Sommaire du BIPP n° 30 - Juin 2001

Editorial : Le métier de psychiatre - Antoine Besse

Le \G7\" vers une nouvelle convention - Jean-Jacques Laboutière"

Résumé des positions syndicales du SNPP

Télétransmission : poursuite du débat

- "Contre la télétransmission" - Pierre Cristofari
- Position syndicale - Olivier Schmitt

Contentieux au CNO : succès - Jean-Paul Guittet

Courrier (à propos de la démarche qualité)

A propos de la retraite - Yves Leclercq

Exercice salarié - Marc Maximin

Vie régionale : Languedoc-Roussillon

- Débat et polémique - Hervé Granier
- La psychothérapie en questions - Paul Lacaze

Le métier de psychiatre

Antoine Besse

Alors même qu'ils prétendent moderniser la médecine en mettant le malade, avec la casquette d'usager, au centre du système de soins, nos gouvernants semblent méconnaître aussi bien la maladie mentale que le métier de psychiatre. C'est bien pourquoi l'A.F.P.E.P.-S.N.P.P. poursuit son travail d'explication et son combat pour défendre :

- - le libre accès du patient au psychiatre ;
- - l'indépendance du praticien et l'unicité de son acte ;
- - l'indépendance de sa F.M.C. basée sur l'inter-formation.

Quatre questions, essentielles à nos yeux, sont soulevées par ce projet de loi.

La première concerne une impossibilité de fait : on nous prive des moyens en temps et en nombre de psychiatres quand la demande croît ; par là on menace le patient d'une baisse de la qualité des soins.

La deuxième concerne le risque de disqualification de notre pratique au profit de personnels moins bien formés. Or la qualité même des soins dépend de la singularité de notre formation à la psychopathologie. Dès lors, défendre nos pratiques psychothérapiques en cabinet ou en clinique, c'est aussi défendre les acquis scientifiques et théoriques qui les fondent.

La troisième est liée à la notion de transparence : rendre exigible l'accès direct du patient à son dossier, c'est dénier l'intimité des échanges de parole qui constitue la première des conditions de possibilité de notre métier. On nous rétorque que nous manquerions d'une culture de santé publique : serait-ce la pratique libérale qu'on viserait là ? Or, libéral ou pas, c'est d'être privé que l'espace de soins peut s'avérer thérapeutique : c'est là que le patient peut se sentir suffisamment en sécurité pour dire sa souffrance en lien avec sa vie privée, son histoire familiale, son secret depuis toujours enfoui.

Mais confidentialité ne veut pas dire méconnaissance du social. Si le psychiatre est apparemment "antisocial", c'est en ceci qu'il permet au patient d'affirmer ce qui du social interdit ou exclue sa souffrance. Pour autant l'éthique du psychiatre est de ne jamais pactiser avec la maladie mentale. Si son rapport au social n'est pas direct (il ne peut privilégier la bienséance ou la bonne conduite de son patient sans risquer le pire), il est d'autant plus évident secondairement : il s'agit de permettre au patient un lien social qui tienne.

La quatrième question est liée à la précédente, elle porte sur la spécificité de notre discipline au sein de la médecine. Si le politique nous veut plus rentable et efficace, le scientifique lui désespère de nous voir plus attachés aux données de la neurotransmission, et l'épidémiologiste nous presse d'utiliser de multiples échelles de recueil d'observations. Pourtant, en psychiatrie, l'hyper-technicité n'est pas de mise. Le social est de lui-même une force d'exclusion, nous n'avons pas à y ajouter une déshumanisation des pratiques thérapeutiques. Si nous sommes plus du côté du sujet que de la randomisation, ce n'est pas là mépris des progrès de la méthode en médecine, c'est dû à l'objet de notre clinique : à partir de symptômes faire advenir un sujet, sans jamais oublier les conséquences sociales des troubles.

Ces questions, l'expérience quotidienne que nous en avons, l'élaboration pratique et théorique que nous pouvons en faire, c'est tout cela dont nous nous proposons de débattre lors de nos prochaines Journées Nationales prévues à Lorient du 4 au 7 octobre 2001, sur le thème "Le métier de psychiatre". Nous pensons ces Journées propres à nous rassembler sinon à faire bloc, et vous invitons, cher confrère, à bien vouloir vous y joindre. Vous trouverez en annexe le programme avec le détail des interventions en séances plénières et les différents ateliers que nous avons ouverts et pour lesquels nous recueillons toujours les propositions de communication de ceux d'entre vous qui souhaitent bénéficier de cette opportunité pour faire partager et discuter leur réflexion.

Antoine BESSE

Le "G7" : vers une nouvelle convention ?

Jean-Jacques Laboutière

Depuis 1997, les médecins spécialistes se trouvent dans une situation de vide conventionnel et leurs rapports avec les caisses d'assurance maladie sont régis par le "règlement conventionnel minimum". Cette situation

est source de contraintes dont on ne mesure peut-être pas toujours pleinement les effets. Ce sont d'abord les instances conventionnelles – telles que la Commission Consultative Paritaire Locale et le Comité Médical Paritaire Local – qui ne siègent plus, de sorte que certains litiges opposant les praticiens aux caisses ne peuvent plus être traités de manière paritaire, c'est-à-dire en laissant les syndicats s'exprimer pour la défense des collègues. Mais, d'autre part et surtout, ce vide conventionnel nous soumet de fait au pouvoir administratif qui, par la simple promulgation d'un arrêté, peut nous imposer toute contrainte supplémentaire qu'il lui plaira, et ceci sans aucune possibilité de négociation ni de recours. L'arrêté du 12 août 1999, qui a ajouté au règlement minimum conventionnel l'obligation de la télétransmission aux médecins spécialistes en est un exemple très illustratif.

Certes, il vaut mieux ne pas avoir de convention qu'une convention inacceptable. Toutefois chacun comprend aussi que l'absence de convention muselle la profession puisque, tous les mécanismes du paritarisme étant mis hors jeu, nos représentations professionnelles ne disposent plus d'aucun pouvoir, ni même d'aucun espace d'expression. Dans l'intérêt de tous, sauf à renoncer définitivement au système conventionnel, il est donc souhaitable de parvenir à sortir de cette situation.

C'est l'objectif que se sont donné sept syndicats représentant les médecins et les salariés. Ces sept syndicats, regroupés sous la dénomination de "G7", ont publié il y a quelques semaines un rapport qui pourrait être le socle d'une nouvelle convention médicale. Ces syndicats sont, pour les salariés, la CGT, FO, la CFTC et la CFE-CGC ; pour les médecins la CSMF, le SML et la FMF1.

Le Conseil d'Administration du SNPP, réuni le 17 juin dernier, a étudié en détail ce rapport du "G7" et, après en avoir débattu, a décidé de le soutenir. Nous exposerons ici les principales raisons de cette décision.

Avant toutes choses, notre Conseil d'Administration a pris acte que ce projet ne constitue qu'une base de discussion et ne doit en aucun cas être considéré comme un document abouti. Dès sa publication, une très large consultation a été lancée auprès des syndicats de spécialistes afin qu'ils fassent part de leurs remarques. C'est sans doute la première fois qu'une telle démarche est organisée avant de finaliser un projet de convention médicale et nous ne pouvons que la saluer.

Un autre constat tout aussi déterminant pour notre Conseil d'Administration est le fait que le projet du "G7" vise à restaurer le paritarisme, largement mis à mal depuis plusieurs années par l'ingérence répétée des gouvernements successifs dans les négociations conventionnelles ; au-delà, il s'agit donc clairement de sauver la Sécurité Sociale. Chacun sait que le SNPP s'est toujours montré résolument hostile à la privatisation de l'assurance maladie, considérant que les assurances privées pourraient fort bien pratiquer une sélection des risques excluant certains de nos patients du remboursement des soins, qu'il s'agisse des psychopathologies les plus lourdes comme des états relevant de la souffrance psychique. La socialisation de l'assurance maladie au fondement de la Sécurité sociale reste donc pour nous la meilleure garantie de prise en charge des soins, notamment pour les patients les plus gravement atteints, qui sont souvent aussi les plus démunis du fait du handicap lié aux pathologies en cause et de leur chronicité.

La troisième observation à l'origine de notre soutien à ce projet est que l'acte intellectuel est enfin remis à la place centrale qu'il doit occuper parmi les actes médicaux. La volonté de revaloriser significativement l'acte de consultation organise tout ce rapport et l'accent est mis sans aucune ambiguïté sur le fait qu'une médecine de qualité suppose avant tout un retour à la clinique. La consultation retrouve donc dans ce projet l'importance qu'elle n'aurait jamais dû perdre dans la hiérarchie des actes médicaux et l'ensemble des propositions vise à donner aux praticiens les moyens de s'y consacrer dans les meilleures conditions possibles. Il n'est pas jusqu'à l'importance de la relation médecin-malade qui ne soit soulignée dans ce texte. Peut-être pouvons-nous y entendre un effet du travail que les psychiatres, comme les autres spécialités cliniques, ont réalisé au cours des dernières années au sein de la Confédération. Quoi qu'il en soit, il serait pour le moins incohérent de ne pas soutenir un projet de convention qui cherche résolument à revaloriser l'acte intellectuel au regard des actes techniques.

Enfin, le dernier motif de l'adhésion de notre Conseil d'Administration à ce projet est constitué par le fait qu'il répond à une revendication ancienne du SNPP. En effet, bien qu'il propose une convention unique pour les généralistes et les spécialistes – ce qui est sans aucun doute souhaitable quand on prend la mesure des méfaits des conventions séparées que nous connaissons depuis quelques années – le projet du "G7" intègre la possibilité de volets spécifiques pour certaines spécialités, ce que nous réclamons depuis longtemps. Ici encore, nous avons donc le sentiment d'avoir été entendus, et nous comptons bien, à notre tour, faire reconnaître les dispositions spécifiques indispensables à l'exercice d'une psychiatrie de qualité dans un cadre conventionnel rénové et qui pourra néanmoins rester commun à tous les médecins.

De surcroît, cette possibilité d'obtenir des dispositions spécifiques spécialité par spécialité permet d'envisager avec plus de sérénité d'autres propositions du "G7" qui pourraient heurter de prime abord.

Ainsi en va-t-il de l'évaluation des pratiques. Le SNPP a toujours été résolument opposé à l'idée d'une évaluation normative qui viendrait stériliser nos pratiques. Cependant, nous avons parallèlement toujours soutenu qu'un psychiatre doit être en mesure de rendre compte de sa pratique à ses pairs. La plus grande vigilance sera évidemment de rigueur sur cette question de l'évaluation, mais, dès lors que cette évaluation sera bien fondée sur le principe qu'un psychiatre rende compte de sa pratique à un autre psychiatre reconnu compétent pour en juger, nous ne voyons aucune objection de fond au principe de l'évaluation. En revanche, nous ferons preuve de la plus ferme opposition s'il était question, sous couvert d'évaluation, de nous imposer des procédures thérapeutiques standardisées, et d'autant plus que ces dernières seraient élaborées par des organismes auxquels nous ne reconnaîtrions pas de légitimité à le faire.

Un autre point qui ne manquera pas de soulever de larges débats concerne la remise en cause de la liberté d'installation. Le rapport du "G7" propose en effet que le conventionnement des futurs médecins soit subordonné à une installation dans des zones géographiques où des besoins auraient été identifiés. Un recensement des besoins devrait donc être réalisé, tant au niveau régional que national, et il est proposé de créer un observatoire de la démographie médicale qui décidera des régions dans lesquelles de nouvelles installations seront possibles. Cette régulation de l'installation en libéral, qui avait été déjà proposée dans le Plan Johanet au printemps 1999, sera sans aucun doute l'une des mesures les plus contestées de ce projet. Elle ne devrait cependant s'appliquer que dans un avenir assez lointain, puisque le "G7" demande qu'elle ne soit mise en œuvre que pour les étudiants qui commenceront leurs études de médecine après l'institution de cette mesure, afin que les futurs médecins sachent à quoi s'en tenir dès le début de leurs études. Les médecins actuellement conventionnés, de même que les étudiants actuellement en cours de formation, conserveraient donc la liberté d'installation que propose le système actuel.

Le "G7" propose également l'abandon du secteur II. Les praticiens qui en bénéficient actuellement auraient la possibilité de le conserver mais il serait créé un secteur unique, substantiellement revalorisé, offrant aux patients un ticket modérateur réduit à 10 % au lieu des 35 % actuels. Cet abandon du secteur II ne devrait pas être trop problématique pour les psychiatres libéraux, dont on sait qu'ils sont la spécialité la plus largement conventionnée en secteur I. En outre, nous rappelons que le SNPP s'était violemment opposé à la création du secteur II, considérant qu'il consacrait le principe d'une médecine à deux vitesses. Les revalorisations d'honoraires envisagées dans le cadre de ce nouveau secteur unique sont extrêmement importantes puisqu'il serait question, pour la consultation du généraliste, de la porter à 30 Euros. Nous avons déjà fait savoir que, dans ces conditions, la consultation du psychiatre ne devrait pas être honorée à moins de 70 Euros (pour mémoire, l'honoraire actuel correspond à 34,30 Euros).

Enfin, le dernier point litigieux concerne le travail en réseau, avec le thème récurent du dossier informatique commun, partagé entre tous les professionnels de santé. Ici encore, il faudra faire preuve de la plus grande vigilance et c'est sur ce point que la possibilité d'obtenir des dispositions spécifiques à l'exercice de notre discipline devra être exigée afin que toutes les garanties de confidentialité soient préservées pour nos patients.

En conclusion, et sans doute faut-il le rappeler encore avec insistance, ce projet du "G7" n'est qu'un ensemble de propositions qui ouvrent un débat. Notre Conseil d'Administration a jugé que les grandes orientations de ce projet sont conformes aux directions politiques que le SNPP a toujours soutenues : défense de la socialisation de l'assurance maladie et du paritarisme conventionnel, libre accès des patients aux spécialistes, valorisation de l'acte intellectuel et promotion d'une médecine de qualité.

Notre adhésion à ces principes fondamentaux n'est cependant pas sans réserve et, si nous nous félicitons de la possibilité offerte par ce projet d'introduire des dispositions spécifiques à certains exercices, c'est bien pour faire valoir les spécificités techniques propres à notre exercice que nous martelons depuis plusieurs années : unicité de l'acte psychiatrique, FMC spécifique fondée avant tout sur l'interformation, et respect de la confidentialité, outre le libre accès du patient au psychiatre de son choix qui n'est pas contesté dans ce projet.

Le débat est donc ouvert. N'hésitez pas pour votre part à nous faire part de vos réactions. Pour ceux qui souhaiteraient le consulter, le texte intégral du rapport du "G7" est disponible sur notre site Internet.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE

Résumé des positions syndicales du SNPP

(Les références correspondent aux textes explicatifs ou déclaratifs parus dans le BIPP)

• Le soutien raisonné au " G7 " et à la refondation partenariale [n° 30].

• CPS et télétransmission des feuilles de soins [n° 21 ; n° 22 p. 16 ; n° 25 p. 16-17 ; n° 26 p. 15 (CASP) ; n° 27 p. 17 et précisément ce n° 30 p. 6].

- - Pb de confidentialité non résolu.
- - Transfert de la responsabilité du remboursement du patient vers le médecin.
- - Surcroît de travail, d'équipement et de maintenance non pris en compte.
- - Problème spécialité/compétence toujours non résolu.

• Opposition à la mise en œuvre du PMSI [n° 27 p. 8].

• Libre accès au spécialiste, libre choix des patients [n° 26 p. 14 (CASP)].

• L'ARTT est une obligation légale, il faut se battre pour obtenir une revalorisation sans perte du temps de travail dans les institutions [n° 28 p. 17].

• Cris d'alarme par rapport à la baisse de la démographie médicale [n° 22 p. 9 à 15].

• Pour une revalorisation du CNPsy [n° 25 p. 8] et les propositions du G7 [n° 30 p. 3].

• Opposition au décret de décembre 1999 sur l'évaluation des pratiques par rapport à ce que devrait être une véritable Démarche Qualité [n° 25 p. 3 ; n° 27 p. 10-12 ; n° 29 ; n° 30 p. 8].

• Opposition à la création d'un statut particulier de psychothérapeute. [n° 29 ; n° 30 p. 11].

Et bien sûr toujours :

• Opposition au codage des actes et des pathologies.

• Respect de la confidentialité.

• Opposition au CMR [n° 21 p. 12]

Glossaire :
CPS : Carte informatisée des Professionnels de Santé.
CASP : Comité d'Action Syndicale de la Psychiatrie.
CMR : Comités Médicaux Régionaux ("Tribunaux d'exception").
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.
ARTT : Aménagement et Réduction du Temps deTravail (35 heures).

Télétransmission : poursuite du débat

Pierre Cristofari, Olivier Schmitt

"Contre la télétransmission"

Nous avons combattu la télétransmission. Les médecins cèdent et se rallient. Ils ont tort.

L'idée de la télétransmission a germé dans l'esprit des dirigeants des Caisses d'Assurance-Maladie pour une seule raison : faire des économies d'argent.

Et pour ça, supprimer plusieurs dizaines de milliers d'emplois de saisie.

Continuons à vilipender le PDG de Danone…

La suppression de ces emplois va diminuer d'autant les charges financières de l'Assurance-Maladie ; ça ne suffit pas à en faire une boutique bien gérée.

Quelques dizaines de milliers d'emplois en moins ici, quelques dizaines de milliers de chômeurs en plus là… Il suffira de faire faire ce travail aux professionnels de santé. Et avec un peu de chance, ça les obligera à créer des emplois : on n'espérait pas un simple transfert de charges, mais bien un transfert de salaires. Mais ce n'est que rarement possible : on ne peut pas embaucher quelqu'un pour une heure par jour ! Cela se traduira donc par un travail supplémentaire non rémunéré. Je connais l'argument : "télétransmettre prend plutôt moins de temps que faire des feuilles". Oui, mais… Le temps de choisir et d'acheter du matériel ? De le prendre en main ? De recevoir les émissaires des Caisses vendant la télétransmission ? De choisir le bon logiciel ? De l'installer ? De le réinstaller de temps en temps ? De prendre quelques heures pour suivre les évolutions en ce domaine ? De recevoir les appels des patients ayant un problème de remboursement ?

Bien sûr, lorsque tout le monde télétransmettra, comme tout le monde aura les mêmes soucis, ces soucis-là apparaîtront normaux…

Si on laisse de côté ceux de nos confrères employant déjà du personnel - chez eux, ce sera leur personnel qui supportera la surcharge de travail - il n'y a pour nous qu'un peu de travail en plus, donc une diminution de nos revenus à travail constant, et, pour les salariés peu qualifiés, quelques dizaines de milliers d'emplois en moins.

Que ce soit des économies pour les Caisses d'Assurance-Maladie est possible. Que ce soit un gain pour la société ne l'est pas : des chômeurs en plus, des médecins encore moins payés à travail égal, obligés de recevoir moins de patients, ou bien… de travailler plus vite…

Aujourd'hui, ce projet cosigné par les syndicats de médecins et de salariés représente une date historique : nous devons insister encore plus sur ce lien entre les questions de santé et d'emploi.

Le mythe du modernisme tout-puissant ne peut occulter que guérir, c'est, entre autres, le pouvoir de travailler.

Toutes les suppressions d'emplois - même sans licenciement - sont mauvaises pour la santé.

Que l'on nous démontre que la télétransmission avait un autre but que la suppression d'emplois ?

J'attends.

Pierre CRISTOFARI

Position syndicale

Nous sommes nombreux à dénoncer les effets pervers et les dangers de la télétransmission. Le SNPP le fait depuis qu'on en parle. Il n'en reste pas moins vrai que le règlement conventionnel minimal, auquel nous sommes tous assujettis, implique pour le médecin l'obligation d'offrir le service de la télétransmission des feuilles de soin aux assurés sociaux qui le consultent.

Ne pas s'équiper, ne rien télétransmettre, est une position cohérente avec cette opposition de principe, mais cela met le médecin en défaut par rapport à l'obligation d'offre de service. Nos confrères de certaines régions (Alpes Maritimes par exemple) commencent à être harcelés par les caisses qui les menacent de sanctions conventionnelles (pénalités financières équivalentes à tout ou partie de la participation des Caisses au financement des cotisations sociales des médecins de secteur I). Ces courriers comminatoires sont assortis d'une demande de signer un nouvel engagement à télétransmettre. Attention, en tout état de cause, la signature d'un nouvel engagement, d'autant qu'il est plus contraignant, n'a aucun sens ni justification réglementaire !

Nous, syndicalistes, sommes donc dans la position de combattre une mesure légalement obligatoire. Comment organiser la résistance ?

Depuis qu'il en est question, l'opposition du SNPP à la télétransmission repose sur les deux points suivants : mise en danger de la confidentialité et basculement de la responsabilité du remboursement du patient sur le praticien, ce qui est à l'évidence incompatible avec un cadre psychothérapique.

Par ailleurs, le patient reste libre de demander une feuille de soins papier et de refuser la télétransmission.

C'est pourquoi, estimant que la responsabilité d'un syndicat n'est pas de placer ses adhérents dans l'illégalité, nous proposons l'attitude suivante :

- Faire l'acquisition d'un matériel a minima* lorsque l'on ne veut pas investir dans un processus que l'on condamne par ailleurs afin de répondre à l'obligation d'offre de service.

- Télétransmettre les feuilles des patients qui le demandent (il y en a peu).

- Lorsque l’on est en panne (cela semble fréquent), faire faire des devis de maintenance ou de réparation (la rapidité d’intervention laisse souvent à désirer).

- Enfin, et surtout, informer les patients des risques de la télétransmission au regard de l’opératoire psychothérapique.

Même si nous conseillons à nos syndiqués de ne pas se mettre en défaut de leurs obligations conventionnelles nous continuerons à dénoncer et lutter contre ce qui nous paraît contraire à notre déontologie. Autrement dit, s’exposer inconsidérément n’a jamais servi la résistance, bien au contraire.

Par ailleurs, même (et d’autant plus) si nous avons une position très critique vis-à-vis de la télétransmission des feuilles de soins nous saurons défendre de ses avatars les confrères qui adhèrent au système. La liberté de conviction doit être respectée.

Olivier SCHMITT

* Il existe sur le marché du matériel peu onéreux qui ne nécessite pas de s’informatiser.

Contentieux au CNO : succès

Jean-Paul Guittet

La consultation psychiatrique ne se définit pas par la prescription...

Le 19 mai 1998, une consœur était condamnée par la Section des Assurances Sociales du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins du Languedoc-Roussillon à un mois d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux et d'une amende pour avoir osé prescrire des médicaments hors spécialité lors de ses consultations psychiatriques en vertu de l'arrêté du 1er juin 1994, de l'article 5-3 de la Convention de 1993 et du Code de Déontologie.

Dans notre démarche nous respectons le travail des généralistes et les relations confraternelles dans le cadre d’une même déontologie. Mais il semble que certaines spécificités de notre spécialité échappent aux esprits étroits et rigoristes de certains.

Notre consœur a fait appel et elle a bien fait et ceci essentiellement pour deux raisons :

- la première est qu'il nous semble réducteur de qualifier la nature d'une consultation à partir des seules prescriptions qui en découlent et que, si les psychiatres prescrivent essentiellement des psychotropes, il nous paraît important de pouvoir prescrire les médicaments qui corrigent les effets secondaires de ces psychotropes.

- la seconde est que notre activité correspond souvent à un suivi régulier fondé sur une relation de confiance très importante et que nos patients ont parfois de très grandes difficultés à consulter un autre spécialiste ou leur généraliste.

Doit-on renvoyer un patient à un confrère en sachant qu'il ne s'y rendra pas. Notre appréciation doit se faire en "notre âme et conscience". Cette liberté est essentielle pour notre pratique.

Le Conseil National de l'Ordre a entendu ces arguments et a donné raison à notre consœur.

Voilà enfin une satisfaction dans la morosité ambiante.

Jean-Paul GUITTET

Courrier (à propos de la démarche qualité)

Cher(e)s Collègues,

J'ai été très intéressé par le court article de M. Olivier Schmitt dans le dernier Bulletin d'Information (n° 29) au sujet de la "démarche qualité", je dois dire que je suis très critique par rapport à une telle démarche qui tire sa source du capitalisme américain. Il fallait à tout prix améliorer les produits manufacturés et les rendre perfectibles. Ce genre de démarche est à mon avis très obsessionnel, tendant donc à éliminer toute parcelle de réel (d'impossible) et en particulier la relation médecin-malade au sens transférentiel du terme qui ne peut pas, bien sûr, se coter. À rappeler que ce genre de pratique passe exclusivement par l'écrit, et qu'il faut évaluer par la suite le résultat et le projet écrit. Bien entendu, nous nous trouvons toujours en défaut par rapport à cet écrit idéalisé et nous devons en remettre une couche pour annuler, effacer ce défaut. C'est pourquoi je dis que cette démarche est obsessionnelle. De plus, l'autorité responsable tend à se "diluer" entre tous les protagonistes : tout le monde l'est ou personne ; l'autorité peut être notée par les autres et perd ainsi toute référence.

Le patient devient un client et nous percevons bien que la médecine n'est plus un art mais un bien de consommation parmi d'autres et que le "client" peut se plaindre en tant que consommateur. L'éthique dans ce cadre-là est remplacée par le projet élaboré par l'équipe et auto-évaluée. Un tel processus entraîne des lourdeurs de fonctionnement incomparable (tout passe par l'écrit) et un accroissement des pressions sur tous les membres. Ainsi, on aura un peu plus de dépression. Je m'étonne que l'Ordre des Médecins (voir bulletin n° 4 - 2001) ait tout à fait souscrit à une telle entreprise (c'est le cas de le dire) car cela va, à long terme saper un peu plus l'autorité médicale et nuire à la relation médecin-malade. L'ANAES nous adresse des recommandations thérapeutiques dans une rédaction quasiment impossible à lire tant elle est serrée et écrite en minuscule et qui se voudraient les plus adaptées. On n'oublie qu'un médicament a un nom et si le patient redemande le même, ce n'est pas sa composition chimique qui l'intéresse, c'est son nom, prescrit dans une relation singulière avec son médecin. C'est pourquoi "les génériques" sont parfois difficiles à se substituer.

Il me semble que la "démarche qualité" va dans le sens d'une inhibition plutôt que vers une dynamisation de l'institution même si au départ elle fait illusion.

Je sais que je vais à l'encontre de mon collègue Olivier Schmitt, mais c'est pour ouvrir le débat comme il le demande.

Gilbert LETUFFE

Réponse :

Cher Confrère,

Je vous remercie pour votre courrier qui faisait suite à mon article du BIPP N° 29 sur la Démarche Qualité et autres concepts. Je suis tout à fait d'accord avec vous et ce n'est pas une simple formule de politesse. En effet, l'économisme nous joue de vilains tours et la pression du légendaire pragmatisme anglo-saxon est source de beaucoup d'aspects déshumanisants dans la société actuelle. La médecine et la psychiatrie en particulier ne font pas exception, loin de là. Au contraire, nous devons être particulièrement vigilants pour résister à la réification de l'individu qu'impliquent les entreprises administratives de tout poil visant avant tout à la rentabilité à court terme dans un fantasme de maîtrise obsessionnel.

Je me suis intéressé au concept de Démarche Qualité dans le cadre du projet ESCULAPE à l'URML Poitou-Charentes par réaction au décret du 28 décembre 1999 sur l'évaluation des pratiques (voir à ce sujet l'analyse de Jean-Jacques Laboutière dans le BIPP N° 25 et la critique de ce décret que je fais dans le BIPP N° 27).

Ce n'est pas parce que j'utilise les lois de la gravitation découvertes par un sujet britannique que je suis pour autant royaliste ou anglophile. Le concept de Démarche Qualité n'a d'intérêt à mes yeux que parce que, justement, il réhabilite l'impondérable, le spécifique, un espace pour la complexité, et cela, non pas pour les réduire, mais pour en tenir compte.

Dans les projets d'application formelle du décret dont j'ai eu connaissance auprès de certaines URML, les recommandations cliniques sont présentées comme un idéal à atteindre, ce qui est une absurdité ! Les recommandations ne peuvent être qu'un outil d'aide à la décision. Tout le monde sait que dans certains cas, appliquer la référence serait une grave erreur, en tout cas ne serait pas idéal du tout. C'est le point conceptuel fondamental de notre opposition au décret dans notre Démarche Qualité du projet ESCULAPE (et ici, je ne parle pas des oppositions politiques et des confusions de registres que l'on pourrait développer). Quand bien même voudrait-on évaluer la qualité d'une pratique, ce qui fait un bon médecin est sans doute plus sa capacité stratégique à adapter l'ensemble de ses connaissances générales à une situation particulière que son aptitude à appliquer un prêt-à-soigner quelle qu'en soit la rigueur de son élaboration (ANAES).

Ne confondons pas "évaluation des pratiques", illusion réductrice de tutelles avides de chiffre, d'homogénéité et d'assurance sur l'orthodoxie des professionnels et "Démarche Qualité" qui est une manière de réfléchir sur sa pratique à l'occasion des difficultés rencontrées ne serait-ce que vis-à-vis des références et des réglementations.

J'ai beaucoup apprécié ce que vous dites sur l'écrit. En effet en dehors de l'augmentation tatillonne insupportable de nos charges administratives, il y a cette question essentielle de la réduction qu'il induit. Aussi, dans le projet ESCULAPE nous insistons sur la rencontre et l'interformation à laquelle nous sommes tant attachés à l'AFPEP. L'écrit n'est là que pour la médiatisation nécessaire pour la structuration du projet et faire connaître l'incontournable complexité de la relation médecin-malade.

Merci encore pour votre contribution. Elle m'a permis, entre autres, de préciser mon point de vue qui n'apparaissait bien sûr pas dans ce petit article qui ne voulait que remettre à leur place certains concepts et ouvrir le débat.

Olivier SCHMITT

A propos de la retraite...

Yves Leclercq

Le Maudrux nouveau est annoncé

Le Quotidien du Médecin du 26 mars 2001 fait une analyse relativement détaillée des propositions faites par le Docteur Maudrux, président de la CARMF, au Conseil d'Administration de ladite, aux fins de "sauver" l'ASV, présumée mourante.

La conversion du Dr Maudrux à une tentative de maintenir hors de l'eau, au moins la tête de ce régime conventionnel de couleur rougeâtre et sentant le soufre brûlé, laisse intactes ses convictions libérales et son souci exclusif du secteur II. Le nouveau président de la CARMF veut bien que soit maintenu l'ASV, mais uniquement pour le pauvre secteur I, dont les revenus sont à la discrétion des pouvoirs publics, son montant étant diminué de 25 %, mais la cotisation des actifs augmentée d'autant.

Les médecins du secteur II, qui participent, par leurs cotisations à 100 %, à ce régime auquel ils ont été affiliés avant la création du secteur à honoraires libres, reçoivent toujours des attributions égales de points. Mais, souligne le Dr Maudrux, à l'horizon 2040, le rendement de ce placement obligatoire se rapprochera dangereusement, pour les médecins du secteur II, de celui du livret A. Il y a mieux à faire de ce bel argent qu'un aussi minable placement, fut-il de solidarité. Ils ne paieraient donc plus, comme les médecins du secteur I, qu'un tiers de la cotisation, n'acquérant par contre qu'un tiers des points. Comme il s'agit d'un régime par répartition, la répercussion sur la retraite ASV serait une baisse annuelle de 3 %, pendant huit ans, pour commencer, imposée par la diminution programmée des ressources du régime. Pardonnez-moi de ne pas prendre en compte la "cacahuète" des 0,64 % de la cotisation pour le MICA, dont le Dr Maudrux souhaite le maintien et le transfert au régime de l'ASV, au-delà de 2008 (le financement actuel par le FORMMEL est inclus dans le fantasme, mais… !).

L'élément correcteur… ou aggravant, (tout dépendra de notre ardeur à défendre le financement actuel de l'ASV) est qu'en 2040, le secteur II n'existera plus depuis longtemps. Les chefs de clinique qui choisiront le privé ne formeront jamais de gros bataillons ! Il faut souhaiter que les médecins qui exerceront à cette époque lointaine, subissant probablement toutes les contraintes de la maîtrise comptable, du blocage des honoraires, et des sanctions collectives, n'auront pas été, en plus, abandonnés par les pouvoirs publics.

Comme me disait, il y a bien des années, une patiente âgée : "Ne devenez pas vieux, Docteur !"

Yves LECLERCQ
Retraité
Ancien délégué de la CARMF

Exercice salarié : Eh oui ! Il reste encore des psychiatres dans le médico-social

Marc Maximin

Pour tous ceux qui sont encore motivés par l'exercice salarié, malgré les dysfonctionnements et parfois l'incompréhension, le SNPP continue à se mobiliser.

Il suffit de rappeler l'investissement et le travail important fait depuis de nombreuses années par Antoine BESSE dans le but de défendre ce secteur, pour mieux comprendre les résultats positifs qui arrivent maintenant.

Les différentes réunions entre la Fédération des Syndicats Nationaux d'Employeurs et le SPF, le SPS-CFE/CGC et le SNPP ont permis de mettre à plat quelques-uns des problèmes que rencontrent "ces denrées rares" que sont les psychiatres dans le médico-social et d'essayer d'apporter des solutions.

Il est proposé :

1) Une revalorisation des carrières des médecins psychiatres en lien avec les augmentations perçues dans le public. Cette nouvelle grille des salaires pose une augmentation notable dès le début de la carrière. De plus, l'ancienne grille s'arrêtait à 15 ans d'ancienneté et nous avons prolongé la progression jusqu'à 28 ans. Pour les 15 premières années se mettra en place un reclassement linéaire et pour les plus de 15 ans d'ancienneté, un reclassement pour tous, à partir de 18 ans avec progression après 21, 24 et 28 ans de carrière.

2) Prenant en compte les nombreux problèmes rencontrés par nos adhérents, nous avons retravaillé les CDI temps plein et temps partiel concernant tous les médecins qualifiés dans le cadre de l'élaboration d'une convention pour les médecins généralistes. Ceci nous a permis de modifier, de clarifier et de corriger certaines incohérences et "flous…" qui dans le contexte d'un différend, ne prenaient pas en compte la particularité du statut des médecins psychiatres et servaient de prétexte pour un conflit (tel que les heures complémentaires ou supplémentaires, la flexibilité etc.…). Le résultat est un nouveau type de contrat plus cohérent et plus adapté aux médecins.

3) Les mesures de revalorisation ainsi que la nouvelle mouture pour les contrats doivent être signées en juillet pour être proposées à l'agrément de nos tutelles le plus rapidement possible. Dès que le texte final sera élaboré, nous vous le ferons parvenir dans son intégralité par l'intermédiaire du BIPP.

4) Une réflexion sur la Formation Médicale Continue, toujours pénalisée dans le cadre du médico-social et les congés trimestriels (CT) pour les psychiatres, a été abordée. Il faut d'abord rappeler que les CT pour les psychiatres dans la CCN 66 sont de 6 jours trimestriels. Une proposition d'aménagement d'une partie des congés trimestriels en congé de Formation Médicale Continue a été évoquée, mais cela soulève des difficultés de mise en place ainsi qu'un questionnement de certains adhérents sur des droits qui seraient aménagés du fait d'une mauvaise application et donc qui risqueraient d'être perdus. Rien n'a été posé et c'est seulement une hypothèse d'aménagement, d'échange d'un capital CT pour permettre une FMC.

Non ! Ces petites lueurs d'espoirs ne m'ont pas fait oublier l'avenant n° 10. Il a été décidé de façon unanime l'envoi d'une lettre au Ministre de la Santé (il faudra le faire aussi pour Matignon), signée par tous les représentants présents à ces réunions pour rappeler la nécessité de l'agrément de l'avenant n° 10 pour permettre que le travail dans ce secteur puisse se continuer dans une démarche cohérente de soins, en respect des patients, et dans le cadre de la mission du médico-social…

Voyant le peu de cas que font les médias pour l'exercice privé de la psychiatrie et encore plus l'exercice salarié, je me suis dit qu'une mobilisation des adhérents du SNPP me semble nécessaire, pour essayer de médiatiser ce qu'il en est des difficultés dans ce secteur et de son avenir qui semble compromis sur le plan du soin.

On voit bien comment l'absence d'intérêt, la méconnaissance voire la désinformation amènent une image souvent péjorative de l'exercice privé de la psychiatrie.

Vous pouvez me faire parvenir vos idées, propositions et questions par téléphone, fax et e.mail.

Marc MAXIMIN
Tel - Fax : 05 62 72 25 09
e.mail : Marc.Maximin@wanadoo.fr

Vie régionale - Languedoc-Roussillon

Paul Lacaze, Hervé Granier

"LA PSYCHOTHÉRAPIE EN QUESTION S"

Colloque organisé le 28 avril 2001 par l'AFPEP-LR

À Montpellier, le samedi 28 avril 2001, l'AFPEP-LR (Association Fédérative des Psychiatres d'Exercice Privé du Languedoc-Roussillon) en partenariat avec l'APLSC (Association pour la Psychanalyse dans les Lieux de Soins et la Cité) rassemblait plus de 100 psychiatres et psychologues dans le cadre prestigieux du Théatrum Anatomicum de la Faculté de Médecine, sous l'autorité du Doyen, le Professeur Jacques Touchon, neurologue, psychiatre et psychanalyste, pour une journée de réflexion à propos de "La Psychothérapie en Question s".

Il y va en effet de nos pratiques professionnelles face à un enjeu politique fondamental comme en témoigne l'intérêt manifesté par les parlementaires Serge Blisko et Christine Lazerges personnellement excusés pour la circonstance.

Invité dans cette "journée" à ouvrir les travaux, Charles Melman pose de façon originale, sur l'évolution de notre civilisation post moderne, la question suivante : "y a-t-il un psychothérapeute pour traiter mon malaise ?" et la décline ainsi, "Pour ceux de ma génération, le malaise ce fut le refoulement des désirs et… la névrose" (Freud).

Pour ceux d'aujourd'hui, c'est l'exhibition, et non plus des désirs, mais des jouissances. Le malaise est qu'il y a à fournir ; sinon, c'est la dépression, la déréliction.

La multiplication des offres de "psychothérapies" est contemporaine de cette crise des valeurs. Dans l'ensemble elles se divisent entre hédonistes (amourologie du Dr Meignant par ex.) et traditionalistes, mais dans tous les cas, offrant une adaptation à ce qui serait la "bonne jouissance".

Au moment où ont disparu les grandes idéologies et s'affaiblit le pouvoir des religieux, avons-nous à encourager la prolifération des "guides" spirituels au petit pied ?

En s'exprimant à leur tour largement dans le débat suivant les praticiens prolongent la réflexion en des termes qui, dans leur ensemble, fixent bien les limites de ce qui fait leur conviction professionnelle.

Paul LACAZE
Président de l'AFPEP-LR

DÉBAT ET POLÉMIQUE

La création d'un métier de psychothérapeute et l'instauration de la psychothérapie en tant que discipline indépendante de la psychiatrie et de la psychologie clinique constitueraient une décision politique particulièrement sensible et susceptible non seulement de disqualifier la psychothérapie, privée dès lors de ses références cliniques et psychopathologiques, mais aussi de "déqualifier" les psychiatres atteints au cœur de leur identité professionnelle qui pourraient se voir confiner, à l'avenir, dans des tâches d'experts, de

consultants et pourquoi pas de prescripteurs (pour combien de temps ?) de psychothérapies.

Quelles psychothérapies et à quelles fins ?

Les exigences dépressogènes et le consumérisme de la société post-moderne qui incitent les patients à rechercher dans les soins de purs objets de satisfaction ouvrent un champ quasi infini aux nombreuses psychothérapies, scientifiques ou ésotériques, voire sectaires, facilement et rapidement accessibles, centrées sur le symptôme et l'adaptation du sujet à son fonctionnement social.

Ces psychothérapies "de l'objet" recouvrent les déterminations inconscientes de la souffrance en maintenant l'illusion d'un objet suffisamment thérapeutique pour soulager le sujet de l'existence.

Une telle réglementation favoriserait leur développement.

Pour s'y opposer faut-il encore réaffirmer l'intérêt et l'efficience des pratiques psychanalytiques issues de la psychanalyse, seule psychothérapie "du sujet" relié enfin à son histoire et à la dimension inconsciente de son désir qui peut alors espérer un véritable soulagement de ses symptômes et assumer davantage la responsabilité de sa vie.

Psychothérapie ou Psychanalyse ?

Mais voilà ! "Psychothérapie"… ce terme fait aussi question pour un psychanalyste et nous devrions, dans le débat actuel, non pas nous y attacher mais nous en détacher. Notamment vouloir différencier une psychothérapie analytique de la psychanalyse nous conduirait à une impasse épistémologique déjà dénoncée et ne ferait qu'entretenir la confusion. A cette question J. Lacan avait répondu simplement : "Une psychanalyse est la cure qu'un patient est en droit d'attendre d'un psychanalyste".

On pourrait ajouter : "… quelles que soient les modalités de leur rencontre dont la cure type reste le paradigme".

En effet il y a de l'analyse quand il y a un analyste. L'expérience quotidienne nous démontre que ce qui décide qu'une cure est psychanalytique c'est la position éthique de l'analyste c'est-à-dire ce qui le renvoie à sa propre analyse et sa certitude de l'inconscient quels que soient le cadre (nombre et durée des séances) le lieu (le cabinet ou l'institution) ou le dispositif (divan, face à face, groupe). Une situation psychanalytique compliquée n'est pas pour autant une psychothérapie.

Enfin si la psychanalyse est une science on devrait lui accorder un minimum de prédictivité sur la valeur thérapeutique de ses principes. Nous pourrions, par exemple, nous en inspirer pour réfléchir sur la place de l'argent dans les cures et sur une nomenclature qui en tiendrait compte. Si la gratuité permet l'accès légitime aux soins elle peut aussi, parfois, en altérer la qualité.

Freud nous invitait à ne pas céder sur les mots sinon nous céderions sur le reste. Nous avons déjà cédé sur la nosographie française au profit d'une classification américaine qui nous impose un véritable langage de synthèse et une réalité sémiologique falsifiée !

Allons-nous, à présent, céder sur la psychothérapie ?

Hervé GRANIER
Secrétaire Général de l'AFPEP-LR