Sommaire du BIPP n° 31 - Novembre 2001

Editorial : \Tout bouge mais pas de panique !\" Antoine Besse"

Actualité politique - Jean-Jacques Laboutière

L'hospitalisation privée : un secteur en grand danger - Jean-Louis Place

Exercice salarié : enfin, un peu d'espoir ! Marc Maximin

Psychothérapies : \Cachez - Médecins - que je ne saurais voir...\" Linda Sarfati"

Courriers :

- M. de Kervasdoué à Lorient :

- **L'invité - Patrice Charbit**
- **Une poussée de colère à métaboliser - Yves Froger**
- **A-t-on vraiment besoin de psychiatre pour faire de la psychiatrie ? Pierre Cristofari**

- A propos de la retraite

Santé mentale : où est la psychiatrie ? Marc Maximin

A propos de la formation - Jean-Claude Montigny

"Tout bouge mais pas de panique !"

Antoine Besse

Les États Généraux de la Santé ont débouché sur l'organisation d'une démocratie sanitaire. De sujets souffrants nos patients deviennent sujets de droit. Les médecins sont sommés de remplir leur devoir d'information (plutôt que de vérité) envers ces derniers.

Nous savons en psychiatrie la place de la confiance dans la relation à nos malades où elle permet la liberté de parole, source d'éclaircissement, de pensée et de sortie de crise parfois salvatrice, du moins salutaire et dynamique. Par contre nous n'avons pas attendu la loi de modernisation de la médecine pour informer nos patients et créer une alliance thérapeutique avec eux et leur famille. La qualité de la relation à nos patients est même soulignée par les Fédérations de Patient.

Après le vote de la loi viendront les décrets d'application. Nous nous battrons pour y faire figurer les conditions spécifiques à notre discipline. Dans le même mouvement, les politiques voudraient nous faire

passer de la psychiatrie à la santé mentale.

Bel élan de générosité ou déni de la difficulté de soigner des maladies aiguës et chroniques toujours stigmatisées dans l'opinion ? Les psychiatres ne seraient plus indispensables que pour parer à la détresse médico-psychologique en cas de crise, de catastrophe, etc…"Bougez-vous, les psychiatres" avait dit B. Kouchner aux "4èmes Rencontres de la Psychiatrie". Est-ce ainsi qu'il faut l'entendre ?

Pour nous encourager pensait-il alors à la stagnation de nos honoraires depuis plusieurs années et à l'avalanche de nouvelles contraintes ? - Obligation de la télétransmission, réquisitions de collègues lors des catastrophes, sans soucis de nos tâches essentielles auprès de nos malades, mise sous tutelle financière des cliniques privées étranglées administrativement par la réglementation et l'expatriation de leur personnel vers les structures publiques, est-ce cela la modernisation de la psychiatrie ?

Les cliniques privées sont exemplaires d'une atteinte à l'outil de travail. Au nom de la maîtrise comptable, sans appréciation des coûts relatifs aux soins les plus essentiels on attaque les cliniques institutionnelles qui depuis plus de 30 ans offrent aux malades les plus graves les soins les plus adaptés. Aujourd'hui le moment est venu de réagir fortement et de se regrouper comme les médecins des cliniques viennent de le comprendre au niveau national en créant la première coordination des médecins exerçant en clinique privée. Beaucoup de cliniques seront en faillite si rien n'est fait pour lever l'étau financier, le rachat de ces structures "à bas prix" par les grands groupes sera ainsi "paradoxalement" la conséquence de cette politique avec une gestion strictement lucrative de ce secteur d'activité.

Dans le même registre, le groupe Vivendi qui avait acquis la majorité de la presse scientifique française vient de la revendre à un groupe de fonds de pension comme un "vulgaire" objet de profit, fragilisant tout un secteur sensible, les publications scientifiques de la médecine d'un pays.

Grâce à notre prudence, notre revue PSYchIATRieS est restée à l'abri de la bourrasque.

Le rapport des docteurs Piel et Roelandt commandé par Martine Aubry, début 2000, illustre cette politique de sortir la psychiatrie de ses axes, missions et traditions. La psychopathologie, est au cœur de notre pratique et se voit ici niée. Il cède à la démagogie des dogmes technocratiques du moment. Ainsi il s'agit de tout réformer, même ce qui a fait ses preuves et est le plus consensuel parmi les psychiatres. Ce rapport rien de moins propose un moratoire définitif sur l'hospitalisation psychiatrique. Certes, l'utopie est invoquée pour permettre de ne pas tenir compte des réalités de la maladie mentale. Nous sommes d'accord qu'il faut lutter contre la stigmatisation des malades mentaux. Pouvons nous cependant ne garder qu'un objectif de santé mentale, diluant notre mission dans une atomisation des moyens, réduisant notre place à égalité avec des acteurs peu qualifiés ni reconnus, pour aller finalement vers une psychiatrie sans psychiatre.

Antoine BESSE

Actualité politique

Jean-Jacques Laboutière

Ainsi que vient de le rappeler notre Président dans son éditorial, ces derniers mois ont été particulièrement chargés en rapports et projets touchant plus ou moins spécifiquement à notre discipline. Faisons le point.

Rapport Piel et Roelandt

Commandé au printemps 2000 par Martine Aubry, nos confrères Piel et Roelandt ont remis leur travail début juillet au Ministre Délégué à la Santé. Quatre idées fortes émergent de ce rapport : placer l'usager au sein du dispositif de santé mentale, supprimer le dispositif hospitalier public en le remplaçant par de petites unités de soins de proximité, renforcer la sectorisation en mettant en place des services territoriaux de psychiatrie correspondant environ à trois secteurs actuels de psychiatrie adulte, enfin réformer en profondeur la loi de 1990, avec, peut-être, à l'horizon une dissociation de l'obligation de soins et de l'obligation d'hospitalisation, afin de se conformer à des recommandations européennes. Tout cela ne va pas, pour le moins, sans poser quelques problèmes… Interrogés sur la faisabilité des mesures qu'ils préconisent, les auteurs répondent qu'aucune ambition ne vaut sans une part d'utopie. Dont acte.

Quant à la psychiatrie privée, elle est, comme d'habitude, oubliée, voire méprisée; son importance dans le dispositif de soins est indiquée en trois lignes pour rappeler qu'elle est exclusivement consacrée à prendre en charge les troubles mineurs de patients aisés pouvant financer leurs soins. Air connu, que nous avons déjà entendu, par exemple dans le rapport Joly il y a quelques années. Grande consolation, cependant, pour les psychiatres privés : l'estime où les tiennent les rapporteurs devrait les autoriser à consacrer jusqu'à 20% de leur temps au service public de psychiatrie sans avoir à passer de concours pour faire la preuve de leur compétence et, comble de reconnaissance de nos mérites, avec une rémunération décente. Merci, Messieurs, de cette arithmétique qui démontre sans conteste qu'un psychiatre privé vaut, au moins, un cinquième de psychiatre public.

L'AFPEP a demandé à la Fédération Française de Psychiatrie de faire part à nos tutelles de son indignation devant la manière dont sont traités les psychiatres privés dans ce rapport, ce qui a été fait, à la fois par communiqué et de vive voix lors de la dernière réunion du Comité Consultatif National de Santé Mentale. Mais les a priori idéologiques ont la vie dure. À l'époque, interpellé par l'AFPEP sur le contenu de son rapport, Monsieur Pierre Joly s'était excusé sur son ignorance de la manière dont il avait traité la psychiatrie privée. Interpellés à leur tour par l'AFPEP, nos collègues Piel et Roelandt reconnaissent qu'ils ont finalement une vision trop partielle des pratiques privées, ajoutent qu'ils n'en ont presque rien dit parce que les psychiatres privés travaillent bien (ce ne serait donc pas le cas des collègues de service public ?), et précisent que l'objet de leur rapport visait avant tout à faire des propositions pour réorganiser le service public. Les excuses sont faciles; elles s'envolent. Les écrits restent…, et se répètent. Mais on n'attaque pas en diffamation les rapports officiels.

Rapport annuel de l'O.M.S.

Le rapport annuel 2000 de l'O.M.S. avait fait l'effet d'un coup de tonnerre en saluant le système de soins français comme le meilleur du monde, alors que nos tutelles cherchaient à nous convaincre qu'il était l'un des pires. Idéologie encore. L'édition 2001 de ce rapport évalue l'état de la santé mentale dans le monde, et pointe les énormes besoins en la matière. Nous essayerons d'en présenter une analyse plus détaillée ultérieurement; pour l'heure, nous voulions juste noter que les préoccupations en matière de santé mentale affichées par le Politique ne sont pas une spécificité nationale : il s'agit à l'évidence d'un mouvement beaucoup plus général.

Faut-il s'en réjouir ? Ce n'est pas si sûr : il n'est pas avéré en effet, du moins en France, que la volonté politique s'ajuste aux données scientifiques, ou aux nécessités techniques, de notre discipline. Prévention et déqualification, la seconde avançant souvent sous le masque de la première, sont les deux principes de l'action gouvernementale en la matière. L'hypothèse "sociogénétique" de la souffrance psychique fait fortune et convoque d'autres intervenants que les psychopathologues à prendre part au débat.

La plus grande vigilance s'impose donc si l'on veut éviter, à terme, une désarticulation entre une Santé Mentale noyée dans le champ des pratiques sociales, et une Psychiatrie qui ferait violemment retour à la médecine sous les seuls auspices de la psychopharmacologie. Il devient urgent de réfléchir à ces questions de notre position de psychiatre. L'AFPEP consacrera son séminaire de printemps, à Toulouse, à cette question.

Réglementation des psychothérapies

Après deux années de débats passionnés, le Ministère a décidé de geler ce dossier par trop brûlant. Une mission d'exploration des pratiques européennes de la psychothérapie a été confiée à l'A.N.A.E.S. L'I.N.S.E.R.M. se voit, de son côté, chargé de mener à bien une mission d'évaluation des psychothérapies. Les rapports ne devraient pas être prêts avant la fin de l'année 2002 et il nous a été confirmé au Cabinet du Ministre qu'il n'est pas question de légiférer tant qu'ils n'auront pas été versés au dossier. Une manière élégante, et fort administrative, de remettre la décision à des temps moins cruciaux sur le plan électoral. Mais l'AFPEP, comme d'autres, prendra soin de maintenir ce dossier à bonne température.

Projet de loi sur les droits des patients et la modernisation du système de soins.

La démocratie sanitaire issue de la mascarade des États Généraux de la Santé entre dans la loi. Jospin l'avait promis, Kouchner l'a fait. Le patient, sujet singulier et souffrant, laisse en effet place à l'usager, sujet énigmatique mais collectif, puisqu'il n'existe nulle part que dans ses représentants. De nouveaux droits lui sont accordés, sa dignité ne pouvant, à l'évidence, plus longtemps être garantie par la seule déontologie et par ce que la société reconnaît d'éthique au corps médical. Bouleversement considérable, donc, de l'ordre symbolique qui présidait jusqu'alors la relation médecin-malade…

Parmi ces nouveaux droits, le plus spectaculaire sera celui de chaque usager d'accéder directement à son dossier médical. Concernant notre discipline, la fédération des associations d'usagers, la FNAP-Psy, s'est émue des conséquences néfastes que cette liberté pouvait avoir pour les patients si elle n'était encadrée par quelques principes élaborés conjointement avec les représentants des psychiatres. La présidente de la FNAP-Psy a donc rencontré le C.A.S.P pour proposer un travail commun sur la question. Ce travail n'est pas achevé mais il laisse penser que l'accès au dossier se fera, du moins en psychiatrie, sous de strictes conditions; il ne devrait pas aller au delà d'une retranscription de l'état clinique actuel, rédigée en concertation avec le patient, sans aucune obligation de référence à des classifications nosographiques officielles, et complétée de l'historique des traitements médicamenteux pertinents afin qu'un autre psychiatre puisse assurer le relais de la prise en charge.

Plan de réforme de Bernard Kouchner

Nous allions mettre ce numéro du BIPP sous presse quand le Ministre Délégué de la Santé a annoncé ce 14 novembre son plan pluriannuel de réforme pour la Santé Mentale, apportant ainsi un nouveau jalon à ce second semestre déjà bien chargé.

Ce plan est hélas sans surprise. En dépit de l'hostilité généralement exprimée par toutes les représentations professionnelles contre le Rapport Piel et Roelandt, il est en substance une version expurgée de sa dimension utopique de ce rapport. Mais sans doute notre Ministre était-il trop impatient de communiquer sur le sujet pour attendre la rédaction d'un autre rapport ?

Il est largement fait état dans ce rapport de groupes de travail actuellement en cours au Ministère et dont les conclusions, qui devraient être publiées en janvier prochain, doivent nourrir certaines orientations du plan de réforme. Le SNPP participe à l'un de ces groupes mais, pour l'essentiel, il y est surtout question des éventuels transferts de compétence, souhaités par l'administration, refusés par les psychiatres, qui devraient pallier la pénurie de psychiatres.

Enfin, ce plan fait de nouveau largement référence aux droits des usagers, au point de remettre en cause la légitimité de l'obligation de soins au cours des hospitalisations sous contrainte. L'idée de détruire les hôpitaux psychiatriques est abandonnée mais pas celle de construire des structures de soins de proximité. Le

dispositif d'hospitalisation publique devrait donc s'en voir fortement renforcé. Enfin, la mise en place de réseaux apparaît comme la solution magique qui permettra de suppléer à toutes les insuffisances de moyen. Vous l'avez déjà compris, c'est bien sûr à s'inscrire dans ces réseaux que les psychiatres privés sont fermement invités.

Je doute que nous y soyons prêts ne serait-ce que devant le risque d'une perte énorme de notre efficacité dans le champ sanitaire par l'introduction de lourdeurs administratives et la réunionite qui guette toute institution. Mais on comprend la position de Kouchner puisque cette efficacité, notre "productivité" en terme de soins, est complètement occultée dans les rapports.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE

L'hospitalisation privée : un secteur en grand danger

Jean-Louis Place

Ce serait une litote de dire que la situation actuelle des établissements privés est grave mais ce ne sera pas en multipliant dans les médias, qui voudront bien s'y intéresser, les superlatifs de la dramatisation que cette réalité sera perçue à sa juste mesure par les responsables de cette politique.

Comment expliquer que nous en sommes arrivés là aujourd'hui ?

La destruction du secteur hospitalier privé est-elle programmée ?

Et dans quel but : punir les patrons de clinique, faire des économies, démontrer l'inutilité en matière de santé de ce secteur ?

S'il n'en est rien, quel intérêt a donc un gouvernement de gauche à faire le jeu des grands groupes financiers acheteurs de cliniques en faillite ?

Quel intérêt ont les médias à détourner le message politique en assimilant le passage en bourse du plus important d'entre eux comme la preuve que l'ensemble du secteur hospitalier privé n'a plus que le profit comme seul objectif ?

Quel est l'intérêt de désinformer la population sur l'existence d'une spécificité française qui a fait la qualité de son système de santé : la Sécurité sociale ?

Qui peut oublier que c'est en tant que tiers payeur que notre Sécurité sociale soutenait, d'une manière presque neutre, la complémentarité et l'émulation des deux secteurs public et privé de la médecine française ?

Qui peut croire aujourd'hui que le transfert de responsabilité, de la Sécurité sociale au ministère, du système hospitalier, génèrera des économies ?

Qui peut penser, en regard des difficultés actuelles, que le secteur public puisse absorber les 6 millions de patients pris en charge par les établissements privés ?

La place du privé :
Il existait en 1998 1300 cliniques (Médecine Chirurgie Obstétrique et Psychiatrie) totalisant 98 829 lits et représentant 20% de la capacité hospitalière. 40 000 médecins y travaillaient à temps plein ou à temps partiel,

ainsi que 120 000 salariés.

Tous ces professionnels ont assuré en 1998 :

- 75% de la médecine ambulatoire (85% avec le privé associatif et le PSPH – Participant au Service Public Hospitalier),

- plus de 40% des interventions chirurgicales (près de 60% avec le privé associatif et le PSPH),

- 30% des accouchements (40% avec le privé associatif et le PSPH),

- 18% des hospitalisations psychiatriques (30% avec le privé associatif et le PSPH).

35% moins cher :
Tout doit être mis en œuvre, dit-on, pour limiter les dépenses de santé. Comment comprendre alors, que le secteur privé, qui coûte 35% moins cher, doive disparaître – sinon au motif idéologique qu'il est à but lucratif !

On avait espéré du Programme Médical des Systèmes d'Information qu'il démontre enfin que les performances, en terme de rapport qualité prix, du privé sur le public n'était qu'un mythe. L'exploitation des résultats du PMSI dans les établissements MCO a permis d'exprimer, par un indice : le point ISA, le coût d'activité des établissements publics et privés. En 1997, le point ISA des cliniques (honoraires et frais de labo inclus) était à 7,94F et celui des hôpitaux à 12,14F.

Une concurrence déloyale :
Quels ont été les moyens (ou plutôt l'absence de moyens) d'une politique qui a pu faire passer la part des groupes financiers à 20% du parc hôtelier privé et devrait faire augmenter le pourcentage de cliniques déficitaires de 30% en 1998, à plus de la moitié cette année et aux 2/3 en 2002 ?

Le coût du principe de précaution :
Tous les établissements publics et privés ont dû répondre, avec une accélération du phénomène ces dernières années, à une succession de contraintes réglementaires dictées le plus souvent par des nécessités légitimes en matière de qualité et de sécurité des soins. Les établissements privés n'ont pratiquement jamais obtenu de contrepartie financière pour la mise en œuvre de ces mesures.

La pérennité du financement de la Réduction du Temps de Travail :
Aucune enveloppe n'a été prévue pour financer le coût de la RTT dans le privé, après la baisse progressive puis l'arrêt des réductions de charges, au moment où la question se pose enfin dans le public.

Le garrot de l'Objectif Quantifié National
En 1991 les fédérations de cliniques privées ont accepté la proposition des tutelles d'une régulation de leur secteur sous forme d'une enveloppe financière à ne pas dépasser chaque année. L'objectif quantifié national était revalorisé tous les ans par un taux prévisionnel des dépenses. De 1992 à 1996, de nombreuses restructurations indispensables avec, à chaque fois une baisse de lits, a permis de maintenir le secteur dans les limites de l'OQN. Depuis 1997, le secteur des cliniques privées, à moyens quasi constants, a vu son activité augmenter. Tout laisse à penser que ce qui a été pris en charge par le privé n'avait plus besoin de l'être par le public. Mais il n'y a jamais eu fongibilité des enveloppes et le secteur privé a été sanctionné de sa trop grande participation à la santé des français par un blocage de l'OQN et par voie de conséquence par une évolution négative en francs constants des taux directeurs des établissements.

Le différentiel des salaires :
Aujourd'hui, certaines catégories de salariés du public (les infirmiers en particulier) ont bénéficié (avant l'application des 35 heures) de revalorisation salariale leur assurant des revenus en moyenne supérieur à 20% de leurs collègues du privé. Lorsque l'État a dégagé ces trois dernières années plus de 10 milliards de francs supplémentaires au budget alloué aux établissements publics pour financer les augmentations salariales, il n'a pas jugé utile de faire bénéficier les salariés du privé de la même mesure en permettant aux établissements de payer leur personnel par une augmentation de leur prix de journée (qui se serait traduit par une enveloppe sociale supplémentaire dans l'OQN).

En l'espace d'un an, la conjonction de l'asphyxie financière des établissements, de la pénurie (aucune anticipation de l'application de la loi de la réduction du temps de travail n'a été faite dans la planification des besoins en formation d'infirmiers) et du transfert d'infirmiers du secteur privé au secteur public, a accéléré un processus de destruction du tissu hospitalier privé qu'un certain nombre de responsables avaient prédit.

Le rôle des médias
Lorsque l'hôpital en difficulté s'exprime, tous les médias couvrent l'événement à la hauteur du fait de société qu'il représente. Lorsque ce sont les cliniques privées qui sonnent l'alarme, le phénomène voit son degré de gravité évalué à la hauteur de l'information régionale, favorisant l'impression d'atomisation du secteur avec ses particularismes locaux. De plus, d'une façon dont le caractère un peu trop systématique invite à toutes les dérives persécutives, le message de la presse est déformé et l'image de l'ensemble du secteur privé dévalorisé et réduit à la dimension la plus péjorative du mot lucratif. Dans l'article du Monde du 28 septembre 2001, la mise entre guillemets de l'expression : "à l'agonie" dans le titre "Menace de grève dans les cliniques privées, qui se disent à l'agonie" met immédiatement une suspicion sur la réalité de la situation des établissements.

A la septième université d'été de la Confédération des Syndicats Médicaux Français, Marisol TOURAINE, secrétaire nationale du PS à la solidarité, a tenté de montrer l'invraisemblance d'un complot contre l'hospitalisation privée, rejointe en cela par le Dr PIGEMENT, délégué national à la santé, et B. KOUCHNER qui ont assuré leur attachement à l'égalité du traitement entre le secteur public et privé (cité dans le Quotidien du Médecin, n° 6975, p.3 du 26 septembre 2001). Nul doute que ces propos politiquement corrects seront préférés par la presse à ceux des médecins contestataires.

La représentation de l'hospitalisation privée
La position de la presse vis-à-vis du secteur hospitalier privé est signalée depuis longtemps par les centrales syndicales patronales : la FIEHP et l'UHP. À ce déficit d'image et ses conséquences, les deux fédérations ont interprété également la faiblesse de leur position dans les négociations avec l'État par la division de leur représentation. Elles ont donc fusionné cet été en une seule fédération la Fédération Hospitalière Privée.

La coordination nationale
La revendication : un même traitement pour les deux secteurs, a été reprise pour sa composante sociale par un mouvement des présidents de CME (Conférence Médicale d'Établissement) apparu simultanément à Tours et à Toulouse. Organisés en Comité d'action les médecins ont pu obtenir le soutien des salariés et des directeurs d'établissements : les premiers parce que la revendication les concernait au premier chef, les seconds par conviction ou par nécessité. Ce Comité d'action a été à l'origine de manifestations locales et nationales à Paris les 9 avril et le 7 juin et a décidé de prendre de l'ampleur en s'organisant en Coordination Nationale des Médecins exerçant en Cliniques (CNMC).

Si les syndicats médicaux ont donné rapidement leur soutien à la CNMC, il n'en a pas été de même pour les syndicats de salariés. La CFDT n'a pas souhaité rencontrer la CNMC et aurait fait dire par l'un de ses représentants, Dominique DROUET (le Quotidien du Médecin, n°6977, p.3 du 28/09/01) que "les médecins se servent des salariés quand ça les arrange".

Dans l'esprit des responsables de la coordination nationale, les personnes les plus crédibles, pour dénoncer au juste niveau de gravité la situation des établissements privés, sont les acteurs de terrain, médecins et soignants, défendant leur outil de travail. Ce sera par contre à la FHP de négocier avec le gouvernement l'enveloppe financière permettant d'équilibrer les salaires des deux secteurs.

Une seule demande : l'égalité des salaires entre le public et le privé

Le 26 septembre à la maison de la chimie à Paris les représentants de la CNMC ont entériné la grève des admissions les 24 et 25 octobre décidée par la FHP et ont menacé de cesser toute activité à partir du 5 novembre si le gouvernement n'accorde pas 6,5 milliards de francs pour la revalorisation du personnel soignant.

Il ne faudrait pas prendre cette somme, qui par son chiffre dépasse l'imagination du gestionnaire moyen, comme une subvention octroyée au secteur privé. Cet argent représente l'écart sur plusieurs années du traitement des deux secteurs. C'est en fait, pour dire les choses simplement, demander à l'État d'être au service de la loi plutôt qu'à l'application obsessionnelle d'une sélection arbitraire de textes réglementaires. Cette dernière remarque pourrait passer pour outrecuidante, voire insultante s'il n'y avait eu récemment plusieurs occasions pour les fédérations de l'hospitalisation privée d'assigner l'État devant la justice. Le 17 décembre 1999, le Conseil d'État désavouait le Ministère des Affaires Sociales qui au nom de l'OQN avait imposer aux seuls établissements privés une baisse du prix de journée pour cause de dépassement de leur enveloppe dans l'Objectif National de Dépense de l'Assurance Maladie. Et nous sommes aujourd'hui dans l'attente du jugement du Conseil de l'Europe interpellé par les fédérations de l'hospitalisation privée pour concurrence déloyale.

Les cliniques psychiatriques privées

Dans ce chaos que vit aujourd'hui le secteur privé, comment se situent les établissements psychiatriques ? Quelles sont leurs raisons d'être dans le dispositif de soins ?

La discipline représente 18% du parc hospitalier privé avec 120 cliniques. Depuis juillet 2001, les établissements psychiatriques sont représentés par un seul syndicat l'UNCPSY, fusion du CPSY (adhérent de l'ancienne FIEHP) et de l'UNEP (UHP). Ce secteur n'a pas été épargné non plus par la boulimie des grands groupes financiers. Dans la seule région Centre 4 établissements sur 10 appartiennent maintenant aux groupes MEDIPSY et MEDIDEP.

La participation à l'offre de soins, 18 %, qui peut paraître minime, doit être réévaluée à l'aune du processus de déshospitalisation qui a fait passer le nombre de lits d'hospitalisation psychiatrique adulte, exclusivement par une baisse de capacité du secteur public, de 86 398 en 1991 à 68 807 en 1997. Pendant la même période, le nombre de places dans les structures alternatives passaient de 22 034 en 1991 à 23 881 en 1997 (rapport de la cour des comptes, p. 417 et 419).

S'il n'y a pas eu de conséquence majeure de ce processus sur le taux d'occupation déjà maximal des maisons de santé, les délais d'admission et les durées de séjour, eux, se sont modifiés, à la hausse pour les premiers et à la baisse pour les seconds. Se séparer des 12 904 lits (en 1997) sur les 68 807 restants ne peut que s'inscrire dans une radicalisation à l'italienne de la politique de santé mentale qui a montré son coût humain dans les pays expérimentateurs.

Même si les contraintes réglementaires sont beaucoup plus nombreuses et lourdes sur le plan financier dans les établissements MCO que dans les cliniques psychiatriques, celles-ci ont vu en quelques années leur rentabilité décroître. Certaines ont rejoint aujourd'hui le rang des établissements déficitaires. La pénurie d'infirmiers touche également le secteur dans des proportions équivalentes au reste du privé. Cette fuite de diplômés vers le service public a pour conséquence immédiate de mettre les établissements à la merci du bon vouloir des tutelles autorisées à reclasser les établissements dans une catégorie inférieure avec des conséquences à court terme sur la survie ou à provoquer une fermeture immédiate pour cause de défaillance

de l’établissement aux normes de sécurité.

Jean-Louis PLACE

Exercice salarié : enfin, un peu d'espoir !

Marc Maximin

Réunion du 25 octobre 2001 avec la Fédération des Syndicats des Employeurs.

1/ Dans un premier temps il a été évoqué l’explosion de l’usine AZF à Toulouse et ses conséquences pour le médico-social. Deux établissements sont fermés et plusieurs autres sont touchés et en difficultés mais ils ont pu continuer à travailler. En plus de l’élan de solidarité général qui a existé sur le plan local, un fonds de soutien a été mis en place par l’UNAPEI.

2/ Une proposition d’avenant n° 13 relatif à la formation est soumise aux différents représentants syndicaux (SPF-SPS- SNPP). Cet avenant est relatif aux jours de formation supplémentaires, avec autorisation d’absence (21 jours ouvrables par période de trois années) et rémunération sur la base du temps habituellement travaillé.

C’est un pas important dans le cadre médico-social pour les médecins au vu du peu de cas qu’il était fait pour eux en ce qui concerne la formation malgré les demandes de leurs syndicats pour la prise en compte de cette donnée.

Cet avenant vient en même temps que le texte de loi qui pose l’obligation de formation et d’évaluation pour les médecins. On fait part de cette nouveauté et des modalités particulières que va impliquer cette loi (loi de modernisation sociale sur les droits des usagers et l’amélioration du système de santé), qui est déjà approuvée par l’Assemblée et le Sénat.

Cette formation obligatoire va dépasser le cadre habituel des fonds de formation qui fonctionnent dans le médico-social et va impliquer des procédures d’agréments et de collecte de fonds, propres à la formation médicale (comité national).

Tenant compte de l’avancée très importante et "novatrice" que représente cet avenant proposé par les Syndicats d’Employeurs nous décidons ensemble d’inclure les modifications que présente sur ce sujet le nouveau projet de loi.

Pour conclure il est évoqué la relation très positive avec les représentants des cabinets des ministres concernés (ce qui n’était pas le cas depuis un moment) et donc la possibilité de travailler ensemble et de faire avancer et donc agréer les demandes du médico-social qui n’étaient pas prises en compte jusqu’à ce jour.

Dans cette ambiance d’échange et de travail, les Syndicats d’Employeurs vont relayer nos demandes et proposer rapidement un projet global dans lequel ils reprendront les propositions des différents avenants :

- Avenant 10 : l’ARTT

- Avenant 11 : revalorisation

- Avenant 12 : extension aux médecins généralistes

- Avenant 13 : formation.

Marc MAXIMIN

Psychothérapies : "Cachez - médecins - que je ne saurais voir..."

Linda Sarfati

Nos tutelles s'inquiètent de la recrudescence des sectes qui recrutent leurs victimes en prétendant les aider dans leur mal de vivre et en s'autoproclamant psychothérapeutes. D'où l'idée de décerner un diplôme d'État reconnu, qui donnerait le droit d'exercer la psychothérapie, comme il existe un diplôme pour pouvoir exercer en tant que médecin ou architecte.

Une nouvelle guerre est de ce fait lancée.

Schéma des forces en présence :

- Les psychiatres, qui disent que cela fait partie intégrante de leur métier d'exercer la psychothérapie;

- Un courant psychanalytique qui est favorable à l'existence d'un diplôme et qui dispense un enseignement dont il voudrait obtenir la reconnaissance de l'État. Ils disent de la psychanalyse qu'elle est une forme particulière de psychothérapie;

- Un courant psychanalytique qui ne souhaite aucunement de reconnaissance de l'État avec comme argument que la psychanalyse n'est pas une psychothérapie. Certains aiguisent le propos en disant que la psychanalyse "s'adresse à des personnes en difficulté", évacuant un aspect "thérapeutique" concernant la psychanalyse;

- Des personnes qui sont médecins ou pas (la plupart n'ont aucune formation à la psychopathologie) qui pratiquent des psychothérapies qui ne recouvrent pas le champ de la psychanalyse. Ces méthodes de psychothérapie sont nombreuses : psychothérapies familiales, compor-tementalisme, gestalt, cri primal… Le catalogue serait long et mon ignorance me permet de ne pas tout citer. Eux, aspirent à un diplôme d'Etat de psychothérapeute. Ils en assureraient les modalités d'accès. Ils contestent aux psychiatres qui n'ont pas de diplôme spécifié de psychothérapie, la qualité de "psychothérapeute". Je ne crois pas qu'ils revendiquent officiellement un statut de soignant. J'ignore leur discours officiel par rapport aux psychanalystes.

Dans une lettre de Freud adressée à Einstein, connue sous le titre de "pourquoi la guerre ?", il évoque en particulier les conflits d'intérêt et d'opinion.

Je ne pense pas avoir à m'étendre sur les conflits d'intérêt qui sont aisés à percevoir.

Les conflits d'opinion se fondent sur un mot, un signifié, "psychothérapie", dont personne ne s'attache à en définir les contours. On se bat, mais on ne dit pas très bien pourquoi, si ce n'est qu'on ne veut pas être confondu avec les autres.

On ne compte pas les torchons avec les serviettes, comme si le compte pouvait être juste, sans manque et sans bafouille. Le torchon brûle mais la pureté du raisonnement ne supporte ni ne se supporte de quelque aporie que ce soit.

Je reviens au lexique, au signifié. **Psychothérapie : traitement psychique**. Et je vous renvoie à un texte émouvant de Freud daté de 1890 intitulé "traitement psychique". Je souligne le mot traitement, pour vous mettre sur la piste de mon orientation. Ce sur quoi j'insiste pour l'heure, ce n'est pas le fond, soit les registres théoriques (quand il y en a) sur lesquels les uns et les autres se fondent. J'insiste sur le constat que quand il y a de l'opinion qui ne renvoie qu'à elle même et du signifié qui fait fonction de parole figée à laquelle on se

met en plus à croire, il n'est pas étonnant de tomber sur les délits d'opinion et les paroles d'Évangile, la religion et les guerres de religions.

Il n'est pas question de défendre la mise en place d'un diplôme de "psychothérapeute", ce qui risquerait en plus de devenir la voie royale pour les sectes. Il n'en est pas question, le risque étant de devenir sectaire, la tentation serait grande. Nous alertons nos tutelles sur les dérives possibles de ce genre de diplôme. Mais on peut comprendre que devant une telle cacophonie, ils se perdent et sont renforcés dans leur envie de trancher.

Il n'est pas question non plus de laisser évacuer la dimension soignante de la technique psychanalytique. Là encore, il serait absurde de se laisser enfermer par le signifié "soin".

Le paradoxe, ça se soutient, c'est même une leçon de la psychanalyse. On ne l'évacue pas pudiquement avec un torchon par dessus : la psychanalyse pour les problèmes existentiels ! On croit rêver !

C'est se mettre en plus complètement dans le fil des idéologies des sectaires qui sont partisans des techniques "light, zen, naturelles"…

Aujourd'hui, il y a encore des psychiatres pour défendre la validité de la théorie analytique dans le cadre de leur pratique. Pour ceux-là, ce qui est appelé psychothérapie, c'est de l'analyse.

Le discours sur la cure idéale, la cure-pure, donne dans l'idéologie totalitaire. Pour paraphraser Lacan, La psychanalyse ça n'existe pas. Et pourtant, de l'analyse, ça a des effets. Des effets thérapeutiques aussi.

Il semble que bientôt, ces médecins qui osent encore soutenir leur travail depuis les avancées de la psychanalyse, introduite comme un progrès par Édouard Toulouse en 1923 à Sainte Anne, ne seront plus là pour en témoigner.

Je crains qu'il ne reste que l'aspect camisole pour les soins, l'exclusion, la dérive sectaire, et le "tourisme psychanalytique".

Si un diplôme de psychothérapeute devait advenir (il y a vraiment le feu), les psychanalystes retomberaient dans les problèmes évoqués par Freud dans la question de l'analyse profane en 1926. Au cas où on l'aurait oublié, se posait déjà le problème des sectes. Qu'ils ne s'imaginent pas être à l'abri d'une exigence de diplôme du fait qu'ils ne se sentent pas concernés.

Et il n'y aura plus aucun médecin pour soutenir la psychanalyse (et l'analyse profane). Pas de combat sans combattant. On ne pourra pas dire que l'alerte n'a pas été donnée.

Ils n'auront pas été soutenus par les courants analytiques au nom de "l'extra-territorialité" de la psychanalyse.

Cela aura fait fermeture. Encore du signifié. Les trois catégories Réel, Symbolique, Imaginaire sont liées (comme le seraient les anneaux borroméens). Et il ne saurait y avoir d'extra-territorialité qui se soutiendrait d'elle-même, comme il n'y a pas de Réel sans Symbolique et Imaginaire.

N.B. Une lueur d'optimisme.
Le S.N.P.P., en la personne de son président, a soutenu Kamel EL YAFI, psychiatre et psychanalyste devant le Conseil de l'Ordre des Médecins.
Les représentants de l'O.D.M. ont eu, de ce fait, à appréhender le champ de notre pratique.
On peut dire que ce procès aura eu le mérite de se transformer en un processus de reconnaissance de la psychanalyse et de ses particularités dans le champ du médical.

Linda SARFATI

Le fichier 31-6.txt n'existe pas

L'invité

Patrice Charbit

Aux récentes Journées Nationales de la Psychiatrie Privée était convié un ancien directeur des hôpitaux au Ministère de la Santé.

Au nom de la science économique, celui-ci est venu nous prévenir de l'imminence du grand soir : celui de notre disparition.

En effet, selon lui, la Sécurité sociale n'est pas censée résister à l'étatisation de sa structure, à nos prescriptions inconsidérées et au papy-boom. Par ailleurs, psychiatres et psychanalystes seront bientôt sommés de justifier de leur légitimité ce qu'ils devraient être bien incapables de faire puisque leur art n'est que "pure humanité" qu'aucune étude n'est venue valider : une tape sur l'épaule ne règle pas des questions de santé publique.

En clair, fini de rigoler.

La salle s'en est émue. Aucun des intervenants n'a pu prononcer son nom, "de peur de l'écorcher"… son nom.

De l'écorcher, ce n'est pas l'envie qui manquait. Les lois de l'hospitalité nous interdisant de muer l'hôte en gigot sacrificiel, nous l'avons donc identifié au reste que nous pouvions : le signifiant "invité".

Cette historiette, qui n'est malheureusement pas qu'anecdotique, illustre, théorie et pratique étant indissociables, certains concepts et interroge notre éthique.

L'invité a utilisé ce que l'on ne peut manquer d'appeler un discours pervers qui consiste là en une simple substitution : ce n'est pas lui qui parle mais la science économique. Ainsi donc, toute tentative de critique relève, de façon automatique, d'une agression obscurantiste dirigée contre la science et l'équité.

Les "psy" sont des ringards corporatistes.

De plus, venant redoubler l'effet théorique, il substitue discours politique et discours économique cherchant à légitimer ainsi son message car s'il est question de politique alors c'est d'un discours de haine dont il s'agit, d'une volonté de destruction de plus d'un siècle de découvertes et d'organisation institutionnelle, de l'avènement d'une idéologie pour laquelle le sujet serait l'ennemi du citoyen fiscalisé.

Mais il nous faut insister sur les qualités de notre invité :

De l'aisance, une certaine allure, de hautes fonctions, de l'avenir, une rosette à la boutonnière bref tous ces signes de légitimité qui incarnent dans ce contexte haineux ce que depuis Freud nous appelons le Surmoi.

Surmoi de Freud, impératif de jouissance de Lacan, impératif moral de Kant, sursaut de l'effort chez Sade, toutes ces figures de l'obscène, celles des braqueurs de banque qui se munissent d'un masque de Mickey Mouse pour opérer. Des masques souriants utilisés pour terroriser d'autant plus qu'ils sont souriants.

Cela étant, l'alibi scientifique est commode.

La science, celle dont se sont soutenus les humanistes, celle qui a inspiré les droits de l'homme et les partisans du progrès, celle dont se sert la médecine, est d'évidence le support d'avancées mais également celui de certaines… industries.

Son objet n'est pas le "bien" et l'existence de la bio-éthique le confirme.

Son dispositif expérimental renouvelable quel que soit l'opérateur ne va pas sans rétrécissement du champ d'observation, ni sans désubjectivation.

En effet, nul besoin d'Archimède pour utiliser son théorème, le théorème d'Archimède forclot donc le sujet… Archimède.

L'exhaustivité de l'objectivité, l'exigence à se débarrasser du "facteur humain" est donc bien un lieu de désubjectivation, de forclusion du sujet.

Le sujet est sommé d'aller voir ailleurs. Ce qu'il ne manque pas de faire.

Et quel est le lieu paradigmatique de cet ailleurs ? Le psy.

Non, la clientèle ne manquera pas et c'est pourquoi la discussion concernant le statut du psychothérapeute est d'importance.

La question a été évoquée à plusieurs reprises durant ces Journées.

D'après les informations données, des écoles de psychothérapeutes feraient du lobbying afin d'obtenir un monopole de la formation sous prétexte de lutte contre les sectes.

Au regard du nombre de psychiatres formés, la psychanalyse ne bénéficiera plus de soutien médical et ne sera plus, sur l'échiquier politique, qu'une particularité diluée parmi d'autres : on ne nous veut pas que du bien.

Pour ma part, un tel constat ne peut se suffire de considérations syndicales.

Durant ces Journées, le contraste entre les considérations théoriques et d'actualité d'une part et les prises de positions syndicales de l'autre, a été frappant. Secteur public délabré, cliniques exsangues, disparition programmée de la psychiatrie libérale versus aléa de la télétransmission.

Tout ceci est peut être une invitation à… plus de circonspection.

Patrice CHARBIT

Une poussée de colère à métaboliser

Yves Froger

Nous voulions voir. Eh bien, nous avons vu.

Bien sûr, nous nous doutions un peu de ce qui nous attendait puisque nous avions pris la peine de lire quelques articles voire, pour certains d'entre nous, des livres entiers. Mais rencontrer une telle caricature laisse pantois. Et pourtant, cette rencontre était indispensable : elle nous éclaire sur le regard et le jugement de certains responsables.

Par naïveté, certainement, j'accordais à cette éminence grise le crédit d'une réflexion construite, à défaut d'être constructive, et, en tout cas, élaborée dans une certaine cohérence.

Rien de tout ceci. Il ne s'agit que d'une attaque tous azimuts, sous-tendue par une méconnaissance totale de notre métier. C'est bien connu, la nature a horreur du vide. Confronté au trou béant de son ignorance, Monsieur De Kervasdoué trace du psychiatre un portrait grossier, tenant plus du patchwork que de la caricature (laquelle aurait pu être subtile) en collant divers a priori pour produire un magma dans lequel ne se distingue aucun repère, ni aucune tentative de clarifier sa pensée.

Ne nous laissons pas abuser par l'argument de la légitimité sociale, la seule qu'il nous reconnaisse. De quelle légitimité se réclame-t-il lui-même pour disserter ainsi à notre endroit et dresser cette diatribe qui touche parfois à l'insulte ?

Je ne vais pas ici détailler son propos, qui sera publié dans les actes des Journées, mais il convient de tirer quelques enseignements de son discours.

1/ Ce discours, bien qu'il n'engage que son auteur, n'est-il pas révélateur des contenus et des mécanismes de la pensée des technocrates qui se penchent sur notre cas pour nous signifier les attentes de la société, ou plus exactement celles qui sont reprises par nos dirigeants, en vue de nous dicter un code de bonne conduite ?

Souvenons nous que Monsieur De Kervasdoué a été directeur des hôpitaux au Ministère de la Santé et qu'il continue de divulguer sa fulgurante pensée dans l'enseignement qu'il dispense à de futurs responsables de haut niveau. Cet homme est influent et se démène pour le rester.

2/ Un tel discours nous met dans l'obligation de répondre, mais comment réagir ?

La difficulté tient finalement à la quasi impossibilité de l'échange du fait :

a) De la malhonnêteté intellectuelle : il n'y a pas de cohérence du discours, ni d'argumentation des propos. Nous ne savons jamais de quelle place parle notre interlocuteur qui fuit toutes demandes d'explications ou d'éclairages complémentaires. De ce fait, le débat devient impossible. Ainsi, alors que les préoccupations économiques sous-tendent largement le discours, pas de débat possible sur le coût des honoraires des psychiatres pour la Sécurité sociale (0,5% du budget de l'Assurance Maladie) ni bien sûr sur les économies réalisées par ailleurs, du fait du travail accompli au cours des ces consultations : limitation des prescriptions de psychotropes, certes très élevées en France mais qui ne sont pas le fait des psychiatres; diminution des indemnités journalières, le suivi de nos patients évitant des arrêts de travail à un grand nombre d'entre eux; diminution des coûteuses hospitalisations en milieu psychiatrique ou, du moins, limitation de leur durée.

b) Du déni de toute légitimité intellectuelle. Notre pratique serait selon Monsieur DK totalement opaque, au point qu'il assimile psychiatre, psychanalyste et charlatan; mais il prend soin de se faire le rapporteur de propos qui ne seraient pas les siens, esquivant par avance la confrontation. Quel écart avec la subtilité du propos de notre collègue Dominique Jeanpierre qui, dans son intervention dans l'atelier sur la formation, a souligné le surgissement tout au long de son itinéraire des rencontres fécondes qui donnent tout son sens à une pratique comme la nôtre. Monsieur DK s'autorise à commenter notre pratique sans se soucier le moins du monde de ce qu'il en est de la souffrance psychique, de sa complexité et de ce qu'elle produit, tant chez le patient que chez le psychiatre à qui elle est adressée. Le patient n'existe que comme consommateur de soins, de sorte que la rationalisation et la rentabilité deviennent incontournables.

On nous demande d'évaluer notre pratique sur la base des échelles simplistes que l'on connaît, aux antipodes de la complexité psychique. On comprend mieux, en entendant Monsieur DK, en quoi la complexité psychique lui est si étrangère. Nous connaissons les ravages de la simplification qui dénature littéralement le fait psychique, lequel reste par essence conflictuel, dynamique et ne se laisse surtout pas enfermer dans une théorie figée. Son appréciation et son appréhension requièrent une inventivité de tous les instants dont il est effectivement impossible de rendre compte dans des schémas préétablis. Il nous faut persister dans cette

inventivité jusqu'à inventer les moyens d'en rendre compte.

Le discours parfois méprisant de notre interlocuteur a suscité une colère bien légitime chez nombre d'entre nous. Colère immédiate, peut-être épidermique, à laquelle le trop court temps de débat avec la salle n'a pas laissé le temps de s'exprimer. Le recul du temps nous permettra finalement d'utiliser au mieux cette poussée pulsionnelle, dans un travail d'exposé de notre pratique qui nous fera sortir de notre tour d'ivoire sans rien mettre en péril de l'intimité de la relation soignante, ni de l'intime des protagonistes.

Nous avons un an pour y réfléchir puisque c'est par cette approche, oh combien précieuse, que nous poursuivrons à Avignon notre perpétuel travail d'élaboration sur notre pratique.

Yves FROGER

A-t-on vraiment besoin de psychiatre pour faire de la psychiatrie ?

Pierre Cristofari

Kervasdoué nous l'a bien dit, et en ces termes, à Lorient : ce que font les psychiatres, d'autres pourraient-ils le faire. Psychologues (c'est déjà admis) ou assistantes sociales.

Cela induit d'autres questions.

A-ton vraiment besoin d'un programme théorique aussi musclé pour passer un CAP ? D'un diplôme de grande école d'ingénieur pour être cadre bancaire ? D'une licence de droit pour être inspecteur de police ? D'un bac S pour entreprendre des études d'infirmière ? D'une licence et d'un institut spécialisé pour être instituteur en maternelle ?

Non, bien sûr, on pourrait faire autrement. Je suis de ceux qui préféreraient un apprentissage, à la place de l'université, dans de nombreux métiers, y compris en médecine.

Mais il faut, hic et nunc, faire avec un système culturel donné, même si on le réprouve.

Les études universitaires sont aujourd'hui l'alpha et l'oméga de toute formation. Si je demeure sceptique sur le bénéfice du système scolaire, je demeure en revanche persuadé que, sauf pour certains doués dont je ne suis pas, peu de choses sur terre peuvent se faire – et s'apprendre – vite et bien.

"Devenez psychothérapeute en dix stages de deux jours", franchement, ça n'aurait jamais été à ma portée. Je suis sûrement un très mauvais psychiatre, incompétent à conduire une psychothérapie, disent les uns, trop longuement et donc trop coûteusement formé, disent les autres (dont Kervasdoué se faisait à Lorient le porte-parole).

Dans ces reproches contradictoires, où se situer ?

On connaît l'histoire : "on va emprisonner les Juifs et les coiffeurs – Pourquoi les coiffeurs ?"…

Pourquoi, dans ce fondamental débat sur le choix de société autour des nouveaux moyens d'apprentissage et des nouveaux savoirs, se focalise-t-on sur les psychiatres ?

Y-aurait-il quelque chose qui titille dans la question du transfert, clef de voûte de notre métier et de notre position, quelque chose qui suscite la jalousie ? Ou qui réveille des fantasmes récurrents sur la relation du psychiatre avec ses patients ?

Sans doute, quelqu'un de bonne volonté, et attentif, pourrait-il faire aussi bien qu'un psychiatre ordinaire dans bien des cas.

Et sans doute un ouvrier adroit, avec un peu d'entraînement, pourrait-il changer un cristallin sans connaître beaucoup de médecine…

Pour moi ce temps fut nécessaire : ces études de médecine, ces gardes, cette spécialisation, ces séminaires. Et encore, combien de fois, ensuite, me suis-je trouvé jeune et inexpérimenté…

Alors, ces économies de temps d'étude, ou mieux d'apprentissage (comme quand on tient pour acquis qu'un DESS de psychologie vaut un DES de psychiatrie), ne me disent rien qui vaille.

Beaucoup de gens sont capables de recevoir nos patients, les écouter, parler avec eux, sans avoir besoin du cursus d'un psychiatre : soit, mais c'est vrai pour bien des métiers relevant d'études longues.

Et même pour ceux relevant d'études plus courtes : faut-il vraiment quatre ans d'études aussi poussées qu'aujourd'hui pour former un infirmier ?

Et pour former un psychologue, cinq ans sont-ils vraiment nécessaires ? Une licence – qui permet aujourd'hui d'être psychologue scolaire – n'est-elle pas amplement suffisante ?…

Un programme actuellement en cours au Kenya a permis de former en quelques mois d'excellents médecins de terrain, probablement plus efficaces que nous ne le serions à leurs places ? Et alors ? Ce programme répond à une urgence et n'a aucune vocation à servir d'exemple à l'Afrique de demain ! Pour qui ne peut faire autrement, un médecin formé en quelques mois peut valoir mieux que pas de médecin du tout, mais notre société, crevant sous les richesses et ses inégalités, a-t-elle les moyens de revenir en arrière sur ses conquêtes, en particulier l'instruction ?

L'allongement phénoménal de la durée de la retraite en Occident, ne doit-il pas imposer au contraire, de prendre le temps de s'instruire et de se former pendant une période de plus en plus longue de sa vie.

L'augmentation du niveau général d'instruction en Occident, ne doit-il pas imposer que les plus humbles professionnels, ceux exerçant les métiers nécessitant le moins de qualification (parmi lesquels, bien sûr, la psychiatrie…) possèdent une formation un peu plus poussée – un peu plus longue – dans leur domaine que la moyenne de la population : à quoi donc pourraient-ils servir sinon ?

Ce métier si facile, si aisément remplaçable par un peu de psychologie, beaucoup d'entre nous serions incapables de l'exercer sans le long apprentissage que nous lui avons consacré.

Et quant à l'énorme temps de formation auquel nous continuons à nous astreindre – sans même en avoir l'obligation légale – ça n'a vraiment, vraiment aucune utilité ?

Pierre CRISTOFARI

A propos de la retraite

Il est pour le moins curieux de lire sous la plume de votre confrère Yves Leclercq, qui se définit à la fois comme retraité et ancien actif de la CARMF, une critique en règle et pour le moins ambiguë de la nouvelle politique de notre caisse de retraite, nouvellement dirigée par le Dr Maudrux, élu brillamment au détriment d'une ancienne équipe, balayée par la lassitude de cotisants totalement abandonnés par leurs élus d'alors.

Mon cher Leclercq, ancien délégué de la CARMF, vous vous préoccupez de ce qui pourrait advenir en 2040 pour les futurs retraités; j'aurais aimé vous sentir concerné par eux, avant que vous (et vos collègues !) ne fassent d'abord passer en priorité vos intérêts immédiats, en vous servant à moindre coût des points de retraite dont l'acquisition aujourd'hui s'avérerait simplement ruineuse (et sans garante) pour les futurs retraités.

Vous avez perdu les élections parce que vous avez méprisé l'intelligence de vos électeurs. Les médecins (échaudés par nos différents gouvernants) ne sont plus les gogos qu'ils ont longtemps été.

Concernant enfin l'appel au gouvernement que vous faites en quelque sorte en guise de conclusion de votre article (on ne peut plus tendancieux), il me semble paradoxal (et pour tout dire immature) de demander de l'aide à ceux qui par leurs politiques successives nous ont toujours démontré le peu d'estime dans laquelle ils nous tenaient...

Le rôle du psychiatre est d'apprendre à son patient (dans la mesure du possible) à mieux se prendre en charge. Notre confrère Maudrux invite tous les médecins à mieux se prendre en charge. Ce n'est déjà pas si mal.

Confraternellement.

Didier GAUCHY

Je vous remercie d'avoir réagi à ma chronique, car les médecins actifs se souciant des problèmes de la retraite n'ont jamais été nombreux, même du temps où je l'étais moi-même et en étais un délégué.

Vous me faites un procès d'opinion : comment ne pas être d'accord avec le bon Dr Maudrux ? Et un procès d'intention: je suis de la génération qui se serait sucrée au détriment des actifs d'aujourd'hui et retraités de demain. Bien !

C'est la ruine des épargnants et des investisseurs due aux deux guerres mondiales et aux mesures de spoliation qui en ont été le corollaire (Loi de 1948, par exemple) qui a imposé la création de la CARMF. J'ai connu l'époque où exerçaient encore, à 80 ans et plus, des médecins qui n'avaient plus qu'une clientèle de vieillards, qui s'amenuisait pour la raison que vous devinez. À ceux qui vivaient encore après quelques années de cotisation, la solidarité de la profession, alors dans ses années de pain blanc, a servi des retraites qu'ils n'avaient peut-être pas "méritées", si l'on rapporte au capital investi le taux de rendement de l'époque. Quant aux valeurs du point définies ultérieurement, elles ne prenaient pas en compte les effets du malthusianisme anti-médical et du numerus clausus. Sur ce point je suis d'accord avec vous : l'action de l'État contre la profession médicale, pas vraiment bien évaluée par les médecins eux-mêmes, craignant depuis toujours la pléthore et la concurrence qui en résulte, est la cause du désastre démographique de demain.

Mais je peux vous assurer que dès cette époque, le conseil d'administration, épaulé par une administration d'un haut niveau professionnel, résistait fermement à la démagogie de certains délégués. Et la tutelle ne laissait pas passer grand-chose.

Je ne pense pas être beaucoup moins libéral que vous, mais porté à la dimension d'une société, le libéralisme, c'est, écrivait P.Viansson-Ponté, un renard libre dans un poulailler libre. Il faut donc des correctifs et des règles du jeu. Un individu isolé, fut-il intelligent, psychiatre et psychanalysé jusqu'à l'os, ne peut maitriser les phénomènes politiques et économiques qui font que rien n'est jamais sûr.

C'est pourquoi j'ai toujours ardemment défendu, déjà au temps où le Dr Maudrux n'était qu'un opposant qui montait en audience, le système par répartition, qui devra être corrigé en fonction de l'évolution démographique (je suis, pour ma part, partisan d'un allongement progressif de la durée de cotisation), mais

sûrement pas aboli au profit du chacun pour soi du placement de l'épargne (la Bourse d'aujourd'hui vous inspire-t-elle ?), et cela, auprès du Dr Maudrux lui-même, admirateur du système chilien.

C'est sur ce point que j'attends de l'État l'exercice de son devoir d'arbitrage, puisqu'il est le tuteur de la CARMF, par ses institutions, non pas politiques (rien à attendre de Guigou et autres), mais juridiques (Conseil d'État, Conseil Constitutionnel).

Yves Leclercq

Je tiens à répondre aux propos de notre confrère retraité le Dr Leclercq, intitulés "le Maudrux nouveau est arrivé" et parus dans le précédent Bulletin d'Information.

Notre confrère procède à une attaque en règle du Président de la Carmf après avoir lu un article du Quotidien du Médecin du 26 mars dernier détaillant les propositions du dit Président en ce qui concerne l'ASV.

J'avoue me méfier des écrits des journalistes souvent si peu au fait du sujet dont la rédaction les a chargés (et pas que pour la médecine).

Je suis délégué (donc élu) de la Carmf, et, plutôt que de m'en remettre à un journaliste néophyte, j'ai assisté à l'Assemblée Générale de fin juin.

D'abord, mais notre confrère ne sera pas le premier à s'en prendre à Maudrux, d'abord je tiens à souligner que Maudrux n'est pas seul. Il est l'émanation du vote de tous les médecins de ce pays et s'est entouré d'une équipe de médecins solidaires avec lui, tous en activité mais bénévoles pour ce qui est de leur action pour la Carmf. Vu l'importance de la tâche, vu l'énormité des sommes gérées, et vu les niveaux de compétence qu'ils doivent acquérir ou affronter (cabinet conseil de Haute Finance par exemple), il faut, comme à leurs prédécesseurs d'ailleurs, leur tirer un grand coup de chapeau.

Cela pour souligner que ni Maudrux ni son équipe ne sont des apprentis sorciers. Pour souligner aussi que selon le principe assez sain : "qui paye décide", la Carmf est administrée par des cotisants ce qui n'est pas le cas de toutes les caisses de retraite (la CIPAV par exemple est administrée exclusivement par des retraités !).

Nous avions pu assister la veille à une séance d'information au cours de laquelle d'éminents spécialistes à la compétence indiscutable nous avaient parlé de l'avenir des retraites et notamment de capitalisation . Pour résumer et faire synthétique : oui à une part croissante de capitalisation mais danger d'une capitalisation trop importante étant donné que dans quelques années les nouveaux retraités réaliseront massivement leurs avoirs financiers ce qui en fera chuter fortement la valeur. En gros, la capitalisation massive, il fallait y penser plus tôt !

Le lendemain avait lieu l'A.G. et il faut le dire l'assemblée était franchement coupée en deux. D'un côté une minorité de courageux et pugnaces retraités, de l'autre une (écrasante) majorité de cotisants dont un tout petit nombre ne cache pas ses opinions de franche droite !

Ce qui les oppose ce sont bien sûr les réformes proposées par Maudrux. Les retraités craignent pour la pérennité des montants de retraites qui leur sont versés. Qu'ils comparent pourtant le pourcentage de leurs revenus consacré aux cotisations quand ils étaient en activité avec celui des médecins en activité actuellement et comparent ensuite ce qui leur est versé aujourd'hui avec ce qui serait versé aux futurs retraités si aucune réforme n'intervenait. Un peu de solidarité s'il vous plaît avec vos fils ... et filles !

Il est clair que Maudrux veut défendre, en libéral, la retraite des médecins contre les pouvoirs publics qui profitent de l'inertie de ceux-ci, incapables même de se mobiliser pour défendre leurs divers C qui n'ont pas pris un franc depuis bientôt 7 ans alors que leurs cotisations obligatoires n'ont fait que croître. Évolution du

pouvoir d'achat ? Passons et venons-en à l'ASV qui constituait la question décisive du jour.

La CSMF était pour une fois présente et a exposé les grandes lignes d'un rapport général sur la retraite, rapport qui a été adressé par courrier à tous les délégués de la CARMF les jours suivants.

Ce rapport, outre que ses conclusions sont proches de celles de Maudrux, souligne les deux éléments les plus préoccupants : la compensation et l'ASV.

"En ce qui concerne la compensation, la CSMF n'y va pas par quatre chemins : il est indispensable de supprimer la compensation nationale avec les autres régimes, compensation qui coûte 7.900F par an à chaque médecin". C'est un peu utopique, la Carmf pour sa part penchant fortement pour une attribution de points pour la compensation nationale.

Quant à l'ASV, "c'est bien entendu le régime le plus en péril avec l'absence de réserves et de perspectives démographiques permettant de faire face aux échéances".

La compensation sert à financer les retraites d'autres catégories professionnelles que les médecins et pas toujours les moins privilégiés et pas souvent libéraux.

Le risque de l'ASV est, qu'en le maintenant, c'est-à-dire en reconstituant des réserves, c'est-à-dire en augmentant nos cotisations ASV, ces réserves soient détournées d'autorité par les pouvoirs publics, en sorte de compensation bis, pour renflouer des régimes dont certains seront ou sont déjà dans le gouffre ! Et ceux qui veulent parier sur la parole des pouvoirs publics et notre capacité à la faire respecter, sont de dangereux rêveurs !

Pour pallier ce risque de spoliation, le président de la CARMF propose (et l'A.G. l'a suivi à 80%) d'arrêter l'ASV et de la remplacer par une augmentation de la cotisation du régime complémentaire, libre à ceux qui le désirent et le peuvent... de se constituer des réserves personnelles c'est-à-dire de capitaliser pour leur propre compte.

Voilà ce que va tenter d'obtenir Maudrux. Tenter avec toute son obstination mais tout président qu'il soit il ne fait pas pour autant tout ce qu'il veut; il y a les coriaces tutelles dont les libéraux ne sont pas la tasse de thé.

Alors cher confrère, goûtez les délices de la retraite aisée et ne tirez pas sur le pianiste ni ne hurlez avec les loups. Pas de mauvais procès, pas de désinformation. Merci d'avance.

Pierre CÉZANNE
Futur retraité. Délégué de la Carmf

Mon cher confrère,

Le secrétariat du SNPP m'a transmis votre lettre, dont je vous remercie, puisqu'elle manifeste pour le problème de la retraite un intérêt qui est mien depuis longtemps.

Car je n'ai pas attendu d'être retraité pour prendre position contre toutes les propositions démagogiques qui s'exprimaient au sein de la CARMF (moins de cotisations, plus d'allocations), mais qui se heurtaient heureusement à la rigueur du conseil d'administration, de la direction, et de la tutelle (animée par ses propres raisons).

J'ai combattu Maudrux dès son apparition dans le champ de la contestation radicale, pour la faiblesse de ses analyses économiques, sa méconnaissance de l'histoire, ses références suspectes, et l'esprit de classe qui l'animait.

Son programme avait cependant de quoi séduire les actifs écrasés de charges et mis à la portion congrue par la politique de tous les gouvernements, inspirés par les énarques, jeunes et bien portants, qu'ils soient de droite ou de gauche : la preuve en est !

Quand tout le monde a tort, tout le monde a raison, disait Mirabeau. C'est le défaut de la démocratie, mais cela ne dure qu'un temps. Vous évoquez des discours raisonnables qui vous ont mis en garde contre le tout capitalisation. L'actualité douloureuse a de quoi nous faire tous réfléchir et redoubler de prudence.

La CARMF n'existe qu'à cause des catastrophes économiques qui ont succédé aux grandes guerres et qui ont ruiné toutes les formes d'épargne, quelle que soit leur forme, financière ou immobilière. La mutualisation des risques a été la réponse généralisée à cette situation, et si elle n'est pas parfaite et exige une discipline pesante, elle est sûrement moins exposée aux aléas politiques et/ou économiques, même si la démagogie ne la ménage pas.

Vous évoquez la possibilité d'une confiscation des réserves reconstituées de l'ASV pour en justifier… la mise en liquidation. L'ASV a pendant longtemps regorgé de réserves, ce qui a conduit le gouvernement à freiner la montée en charge des cotisations et à créer la situation difficile d'aujourd'hui. La spoliation s'est produite sous cette forme indolore pour la plupart d'entre nous. Seuls les responsables de la CARMF ont tiré la sonnette d'alarme. Les Syndicats n'ont pas bougé.

Le cadeau fait à l'État par le renoncement à l'ASV ne serait sûrement pas récompensé par de meilleurs honoraires et un desserrement du numerus clausus. Nous perdrions 40% de notre retraite, mais vous aussi, sans avoir pu mettre de côté de quoi compenser, car l'impôt vous reprendrait les cotisations économisées.

Je perçois bien que de l'eau est maintenant mélangée au vin rouge des grandes révolutions promises à notre retraite. Mais l'orgueil est toujours mauvais conseiller.

Il faut se mettre dans la tête ce que j'ai toujours rappelé au cours des réunions syndicales auxquelles j'ai participé : les électeurs aiment leur médecin, mais détestent les médecins. Il ne faut certainement pas compter sur l'opinion publique et les hommes politiques qui en sont l'émanation pour défendre nos intérêts. Donc, ne rien lâcher, ne pas faire de cadeau. Que les spoliations, s'il doit y en avoir, se fassent sans notre consentement !

Yves LECLERCQ

Santé mentale : où est la psychiatrie ?

Marc Maximin

L'explosion de l'usine AZF le 21 septembre 2001 a été un événement douloureux et perturbant pour tous les Toulousains et cela se ressent toujours actuellement comme une sorte de pesanteur, de morosité ambiante.

On a assisté à ce moment là à un élan de solidarité général et dans le cadre des différents soutiens et aides qui ont été mis en place, il y a eu une médiatisation importante des "psy", comme si tout d'un coup la notion de réalité psychique prenait sens.

La prévention en santé mentale se déployait alors, avec le risque du fait même de son ampleur voire de son appropriation sur le social "d'une psychologisation à tous prix", d'une pathologisation des souffrances, allant même jusqu'à entraîner pour certains une culpabilité.

Ces quelques lignes pour rappeler que même dans un contexte particulier, la prévention se réfère à un partenariat, qui évite des réponses univoques ou prioritaires pour un souci d'efficacité mais aussi pour nous prémunir des aléas de la toute puissance de certains savoirs.

Par ailleurs, et au vu de ce que je viens de vous énoncer, on ne peut que regretter le peu de cas fait tant sur le plan médiatique que sur le plan de la reconnaissance (tutelles), au sujet des dommages considérables subis par l'Hôpital Marchant, avec toutes les conséquences qui en ont résulté aussi bien pour les soignés que pour les soignants.

En effet dans l'urgence une situation de précarité en a résulté avec une dispersion et un éloignement important. Ces conditions d'hospitalisations en plus d'avoir eu peu d'écho, au moins au début, se sont maintenues ainsi pendant un certain temps sans qu'il y ait d'hypothèses ou de propositions de solutions par les responsable de la santé mentale.

Heureusement que l'ensemble du personnel soignant, en plus de s'être mobilisé de suite pour continuer à assurer la totalité de ses missions, a interpellé chacun dans ses responsabilités au vu de cet état de fait, par l'intermédiaire du "Collectif Fous De Rage" et d'autres médiations.

Dans le texte du collectif, ils concluent par : "les malades mentaux et leurs soignants sont-ils voués à la relégation et à un provisoire précaire promis à durer ?".
Pour conclure, il faut à partir de cette situation paradoxale, rappeler qu'on ne peut que s'inquiéter et s'indigner en constatant la dérive néfaste dans le cadre de la santé mentale qui fait souvent peu de cas de la maladie mentale et de la psychiatrie.

Marc MAXIMIN