Sommaire du BIPP n° 39 - Octobre 2004

Cliquez ici pour télécharger un fac simile du BIPP n° 39 au format PDF

Le secteur II - Yves Froger

Actualité syndicale - Jean-Jacques Laboutière

Exercice salarié - Jean-David Attia (SPF), Marc Maximin (SNPP), Roger Salbreux (SPS-CFE/CGC)

Informatique et psychiatrie - Jean-Jacques Xambo

Du dossier médical personnel - Marc Maximin

A propos de la position d'expert - Olivier Schmitt

La psychothérapie du pédopsychiatre - Françoise Cointot

De la dignité des professions libérales - Pierre Fichet

Santé publique et psychiatrie libérale - Pierre Cristofari

Le point sur la démographie - Antoine Besse

Chronique d'un silence organisé - Marc Maximin

Qui s'y colle ? Pierre Coërchon

Rien - Yves Froger

Le secteur II. Solution ou impasse : les raisons d'un paradoxe

Yves Froger

Le récent jugement de la Cour d'Appel de Douai déboutant la CPAM et confirmant les spécialistes sans titre spécifique dans leur demande de passage en secteur II, le récent accord dans la crise des chirurgiens sont autant d'indices qui laissent entrevoir que le secteur II, ou un secteur II déguisé, pourrait bien être la solution qui se profile à l'horizon et à ce titre il est tout à fait normal et certainement même souhaitable d'en faire individuellement la demande.

Nos aînés ont été amenés à faire ce choix avant 1989, pour ces mêmes raisons et nul ne songe à les en blâmer.

Dès lors se pose la question de la généralisation du secteur II ; dans un souci d'équité on ne peut répondre que oui. Rien ne justifie de limiter ce privilège à quelques-uns et du reste, le jugement de la Cour d'Appel de Douai rappelle que rien dans le RCM n'interdit le passage du secteur I en secteur II, pas même l'absence de titre spécifique.

Aussi nous devons anticiper les conséquences de cette éventualité, pour les patients et pour les psychiatres.

Du côté des patients : nous savons que les revenus des psychiatres de secteur II ne sont pas significativement plus élevés que ceux de leurs collègues du secteur I, ce qui signifie qu'ils ont une activité moindre. Cette donnée conjointe à la diminution programmée du nombre de psychiatres ne va-t-elle pas compliquer encore plus l'accès aux soins des patients, et nous savons que dans cette course d'obstacles, les patients les plus démunis, les plus fragiles sont les premières victimes. D'autre part secteur II signifie obligation pour le praticien d'augmenter ses honoraires pour faire face au surcroît de charges et donc nécessité de recevoir un nombre suffisamment important de patients pouvant supporter cette augmentation. Qu'adviendra-t-il des autres si tous les praticiens d'un même bassin de vie sont en secteur II.

Du côté des psychiatres, c'est une redistribution des cartes. Peut-on sérieusement penser que le système fonctionnerait de la même façon avec 90 % ou 100 % des psychiatres en secteur II quand il ne concerne actuellement que 25 %. Le fonctionnement du secteur II repose sur l'existence du secteur I. Les spécialistes en secteur II dans leur ensemble ne sont du reste pas favorables à cette généralisation car ils redoutent la redistribution des patients les plus solvables et le risque de baisse des revenus.

En outre, ne risquons-nous pas de voir le problème se déplacer sous l'influence des mutuelles et des assurances privées qui face à l'augmentation du nombre de patients les sollicitant pour le remboursement des dépassements d'honoraires prendront de nouvelles mesures parmi lesquelles on peut craindre la sélection des praticiens, selon leurs propres critères, sous forme de contrats individuels (cf. amendement Dubernard) dont ils proposeront la liste à leurs adhérents, laissant les autres de côté, et reproduisant ainsi le fossé entre deux cadres d'exercice. Tout ce qui nous divise nous fragilise.

Nous serons toujours plus forts, toujours plus solidaires si nous exerçons dans le même cadre, et dans le souci de la défense d'intérêts communs, et la revalorisation du tarif opposable doit rester une revendication forte et commune.

La revalorisation du tarif opposable est tout aussi importante pour les collègues du secteur II que pour ceux du secteur I, or l'existence du secteur II, dans la mesure où il représente une possibilité d'augmentation des revenus des praticiens rend moins nécessaire aux yeux des tutelles la revalorisation du tarif opposable ce dont les praticiens du secteur I font les frais depuis plusieurs années maintenant.

Aussi, tant pour les risques d'accès aux soins pour les patients, que pour les risques d'augmentation des revenus qui pourraient s'avérer fort limités faute de revalorisation du tarif opposable, cette solution pourrait s'avérer un fiasco sur le plan collectif et le syndicat ne peut soutenir ce projet comme étant la solution à nos problèmes bien au contraire, par contre, nous le répétons, que chacun fasse individuellement ce choix parce qu'il pense que c'est une solution qui lui convient dans l'état actuel des choses est parfaitement normal, et nous tenons à la disposition de chacun sur le site, la procédure à mettre en œuvre mais dont le résultat reste incertain. C'est bien sûr le nombre des praticiens qui entreprendront et réussiront cette démarche (prônée par l'association APOS II) qui déterminera la redistribution des cartes et l'importance des changements dont nous parlions plus haut.

Autant dire que le débat est bien difficile. Les psychiatres en secteur II souhaitent pouvoir continuer d'exercer dans ces conditions, beaucoup plus enviables que celles du secteur I, et c'est tout à fait normal. Il n'y a aucune raison de promouvoir un retour en arrière. Les psychiatres de secteur I souhaitent bénéficier de conditions de travail tout aussi confortables et actuellement le secteur II reste le modèle le plus attrayant.

Comment articuler ces 2 assertions quand nous soutenons que la généralisation du secteur II serait éminemment dangereuse.

C'est à ce niveau que le projet de SUHLM* de la F.M.F. nous paraît tout à fait cohérent et le seul à même de garantir l'accès aux soins des patients, de rétablir l'équité entre les psychiatres, sur la base des modalités les plus favorables.

Il conserve l'intérêt du travail dans le cadre du tarif opposable garantissant l'accès aux soins pour tous et offre un espace de liberté tarifaire dans les cas où c'est nécessaire et possible.

Nous nous sommes insurgés contre les attaques qui visaient la pratique libérale et qui font que dans le système actuel le secteur II apparaît comme une valeur refuge garantissant des conditions d'exercice dignes pour la profession.

Nous pensons que le SUHLM est de nature à restaurer cette dignité de la pratique libérale au même titre que le secteur II avec lequel il pourrait cohabiter.

Nous ne pouvons pas non plus déconnecter cette perspective du projet actuel du gouvernement qui vise à accorder aux médecins spécialistes, sous réserve d'accords conventionnels qui restent à négocier, un droit à dépassement en cas d'accès direct, qui ne serait rien d'autre qu'une sanction du patient pour comportement déviant voire délinquant dès lors qu'il n'a pas respecté le parcours vertueux de soins en ne s'adressant pas dans un premier temps à son médecin traitant.

Nous nous sommes déjà expliqués par ailleurs sur notre refus pour notre spécialité de ce dispositif de l'accès direct au regard de cette dimension de sanction qui vient interdire toute relation thérapeutique.

Cette dimension de la sanction aussi bien des patients que des praticiens est sans doute le pilier de la réforme de l'Assurance Maladie, puisqu'elle est aussi à la base du Dossier Médical Personnel.

Nous n'adhérons pas à une organisation des soins qui repose sur des mécanismes d'infantilisation et considère que les patients tout autant que les médecins feraient preuve d'une grand irresponsabilité dès lors qu'ils ne sont pas étroitement encadrés, ce qui justifierait la mise en place du système qui nous est proposé et qui se caractérise par la mise sous tutelle administrative (UNCAM et ministère) de l'exercice libéral.

Face à ce projet encore une fois très infantilisant pour les patients et pour les médecins, il est fondamental de développer un contre-projet qui repose sur l'engagement, la responsabilité et la maturité de tous les acteurs.

Le SUHLM nous semble répondre à ces critères tout comme le secteur II actuellement.

Yves FROGER
Lorient

* Secteur Unique à Honoraires Libres Modulables
Principe :
Chaque praticien peut faire une proportion d'actes au tarif de la Sécurité sociale et une proportion d'actes à honoraires libres. Chaque praticien est alors exonéré de ses charges d'assurance maladie URSSAF au prorata du taux de son activité en tarif opposable. Ces proportions sont individuelles et propres à chaque praticien, c'est l'activité de ce dernier qui en décide, elles peuvent donc varier dans le temps.
En pratique :
- Un praticien peut fonctionner comme un secteur I actuel.
- Un praticien peut fonctionner comme un secteur II actuel.
- Tous les intermédiaires sont possibles.
Conséquences :
- Les praticiens sont encouragés à pratiquer des tarifs opposables (prise en charge d'une partie des cotisations sociales).
- Pour favoriser ce mécanisme la Sécurité sociale est encouragée à assurer un tarif opposable honorable.
- C'est au médecin et à son patient de se mettre d'accord sur le tarif qui convient à la situation.

Actualité syndicale

Jean-Jacques Laboutière

La loi de réforme de la Sécurité sociale votée en juillet dernier est une loi cadre : la plupart des aspects pratiques est remise aux décrets d'application. La rédaction de ces derniers est actuellement en cours. Cependant, le moins que l'on puisse dire est que les nécessités propres à l'exercice de la psychiatrie sont encore fort loin d'être prises en compte.

Dossier Médical Personnel

Outil central de la réforme, le D.M.P. devrait être exhaustif dans l'esprit de nos tutelles, le remboursement des actes étant subordonné à leur inscription dans le dossier. En dépit de nos démarches auprès du Ministère et de la C.N.A.M.-T.S., nous n'avons encore à ce jour aucune garantie qu'il en sera différemment pour les psychiatres.

Une réunion devait se tenir le 13 octobre dernier à la C.N.A.M.-T.S. pour envisager les spécificités de fonctionnement des psychiatres libéraux dans le cadre de la réforme. Elle a été annulée sans explication quarante-huit heures plus tôt et, à ce jour, aucune autre date n'a encore été fixée. Nous avons bien sûr écrit au nouveau directeur de la C.N.A.M.-T.S. pour protester.

Réévaluation des honoraires

Dans le cadre de la Fédération Française de Psychiatrie, en collaboration notamment avec l'Association Française de Psychiatrie, la Société de l'Information Psychiatrique et le Collège National Universitaire de Psychiatrie, l'A.F.P.E.P. s'est investie depuis 1998 dans la réforme de la nomenclature des actes de consultations (C.C.A.M. clinique). Ce travail, nous ne craignons pas de le dire, a été payant.

Non sans mal, nous étions en effet parvenus au premier semestre 2004 à faire admettre à la C.N.A.M.-T.S. que l'acte de consultation du psychiatre devait rester un acte unique, offrant toutefois une possibilité de majoration en pédopsychiatrie ou, par extension, chaque fois que la prise en charge d'un patient imposait le recours à des tiers.

Après bien des réticences – le principe de la C.C.A.M. étant au contraire de décliner les consultations de chaque spécialité en divers types de plus ou moins grande complexité – la C.N.A.M.-T.S. s'était rendue à nos raisons et reconnaissait que, hormis les consultations des internistes, la consultation des psychiatres était l'acte clinique le plus complexe. Il était donc permis d'espérer que la mise en place de la C.C.A.M. serait l'occasion d'une nette revalorisation de notre acte au regard des consultations des autres spécialités.

Cependant, le 7 octobre dernier, le Comité de Pilotage de la C.C.A.M. a décidé de surseoir sine die à la mise en place de la C.C.A.M. clinique du fait de l'opposition des représentants des centrales médicales, notamment de la C.S.M.F.

Parallèlement, nous avons appris le 1er octobre dernier que le S.N.P.P. avait été débouté du recours introduit en 2003 devant le Conseil d'État pour inégalité de traitement des psychiatres par rapport aux autres spécialistes. Nous dénoncions dans ce recours l'augmentation moins importante des honoraires des psychiatres lors la mise en place de la M.P.C. La décision du Conseil d'État rappelle que rien dans la loi ni la réglementation française ne garantit que les psychiatres doivent gagner autant que les autres spécialistes et que, à ce titre, il n'y a donc rien de contestable dans la position de nos tutelles. Pauvres nous sommes, pauvres nous devons rester…

Accès du patient au psychiatre

La réforme de la Sécurité sociale pose le principe d'une régulation des soins de ville par le médecin généraliste, le patient s'adressant directement au spécialiste s'exposant désormais à des pénalités financières : augmentation du ticket modérateur et autorisation de dépassement d'honoraires accordée dans ce cas au spécialiste de secteur I.

Cette autorisation de dépassement d'honoraires en cas d'accès direct demeure cependant soumise à un accord conventionnel et sera encadrée. Il ne s'agit donc en rien d'un droit à dépassement comparable à celui du secteur II. En effet, non seulement le praticien de secteur II demeure libre de fixer son tarif dans les limites du tact et de la mesure, mais encore le dépassement en secteur II symbolise ici sans équivoque la valeur de l'acte.

Or, le droit à dépassement qui serait accordé au spécialiste de secteur I n'a absolument pas la même signification : loin de traduire la valeur de l'acte médical, il symbolise uniquement le fait que le patient ne s'est pas inscrit dans le parcours de soins recommandé par le législateur. C'est dire que, le plus souvent, le psychiatre ne pourra pas y avoir recours car comment pourrait-il sanctionner un patient d'avoir voulu préserver la confidentialité de sa démarche ?

Limité dans son montant, souvent impraticable dans les faits, ce droit à dépassement d'honoraires pour les spécialistes de secteur I nous semble donc un marché de dupe. C'est pourquoi nous avons clairement pris position pour demander que les psychiatres puissent continuer à recevoir librement les patients, à l'instar de ce qu'ont déjà obtenu les pédiatres et les gynécologues.

Conclusions

En conclusion, dans un moment où nombre de syndicats médicaux semblent rechercher une revalorisation de leurs honoraires hors du financement socialisé de la Sécurité sociale, nous persistons à penser que la seule position possible pour les psychiatres est de nous battre pour une revalorisation forte du tarif opposable.

Accepter le principe de dépassements généralisés, c'est accepter ipso facto que les assurances privées prennent une part de plus en plus importante dans le financement du système de soins, avec toutes les conséquences bien connues de risque d'exclusion des patients les plus sévèrement atteints que cela suppose en psychiatrie.

C'est pourquoi nous maintenons notre principal mot d'ordre de D.E. élargi lorsque les conditions locales le permettent. En effet, demander au patient, s'il le peut et s'il en est d'accord, de reconnaître avec nous que la valeur d'une consultation de psychiatre se situe au-dessus du tarif actuel en acceptant un dépassement modéré inscrit sur la feuille de soins c'est bien militer pour la revalorisation du tarif opposable en affirmant devant les Caisses l'alliance du patient et du psychiatre sur ce point.

En revanche, généraliser le droit à dépassement comme principal ressort de l'augmentation des honoraires des psychiatres, serait prendre à terme le risque d'exclure de nos pratiques les patients les plus fragiles sur le plan social. Au-delà, accepter le principe d'appliquer au patient un dépassement-sanction pour n'avoir pas suivi le parcours de soins recommandé, si tant est que cela serait possible dans notre champ, c'est à terme prendre le risque de disqualifier toute la médecine libérale.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE
Mâcon

Exercice salarié

Jean-David Attia, Marc Maximin, Roger Salbreux

Vicissitudes de quatre années de négociations dans le secteur médico-social

1 - avenant 10

La loi Aubry 1 de Juin 1998 organisait la mise en place de l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) autour de la conclusion de protocoles d'accord d'entreprise signés entre les employeurs et les syndicats représentatifs. Les accords devaient être adressés au Ministère pour agrément au plus tard le 30 Juin 1999.

Malgré nos sollicitations réitérées, il a été omis dans :

- l'accord conventionnel du 12 Mars 1999,

- et dans l'accord de branche du 1er Avril 1999, de traiter simultanément la situation des médecins.

Ainsi les accords d'entreprise, agréés par la Commission nationale d'Agrément au niveau de tout le pays, ont indifféremment approuvé des protocoles d'accord qui incluaient les médecins dans le périmètre, ou les maintenaient hors du périmètre, voire ne faisaient pas la moindre référence à cette catégorie de personnels.

Nous avons pu enfin, à l'été 1999, alors que les délais d'application de la loi Aubry 1 étaient dépassés, entamer au plan national, avec la Fédération des Syndicats Employeurs, les négociations qui nous ont conduits à la signature de l'avenant 10, le 29 Septembre 1999.

Cet avenant : "relatif à l'aménagement et la réduction du temps de travail des médecins spécialistes travaillant dans les établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées" venait donc pour régulariser et harmoniser, au plan national, la situation des médecins du secteur social et médico-social pour lesquels rien n'avait été prévu, ni dans la loi, ni dans la négociation de branche, ni dans la négociation conventionnelle, ni au niveau des accords d'entreprise locaux.

C'est alors que le rejet de cet avenant 10 par la Commission nationale d'agrément a concrétisé un vide conventionnel, qui perdure depuis bientôt quatre ans, puisqu'il est légitime d'estimer que les médecins – comme tous les autres salariés du secteur – auraient dû être concernés et avoir leur mot à dire au sujet de l'aménagement et de la réduction du temps de travail dans le cadre de la loi Aubry 1. C'était le sens du préambule de la loi : il eut été légitime et utile que les médecins soient partie prenante de la négociation de l'aménagement du temps de travail les concernant et impliquant leur responsabilité médicale dans le champ médico-social, singulièrement dans celui qui relève du financement par l'assurance maladie, du fait même de la partie médicale incluse dans la prise en charge.

Ainsi aujourd'hui dans des établissements et services relevant du même agrément :

- certains médecins, selon la bonne volonté de leurs employeurs ou les accords d'entreprise qui les ont inclus, sont aux 35 heures ;

- d'autres sont maintenus aux 39 heures par d'autres employeurs qui prennent appui sur le rejet de l'avenant 10 et sur le vide instauré, lequel renvoie à une convention collective (CCN 1979/93) qui ignore aussi bien les lois Aubry 1 et 2, situation rendue encore plus complexe par l'invalidation le 3 Mai 2002 du refus d'agrément de la Commission par le Conseil d'État, décision qui rend applicable un avenant que l'Administration ne provisionne pas toujours.

Outre ce vide juridique, source d'injustice et de conflits, nos interlocuteurs au Ministère nous ont confirmé que l'essentiel des accords ARTT d'entreprise qu'ils avaient instruits et agréés, ignoraient la création ou le

maintien du temps médical pourtant prévu par l'avenant 10. Ainsi dans un secteur déjà sinistré par la pénurie de médecins (essentiellement des psychiatres), le rejet de l'avenant 10 n'a effectivement pas permis la réalisation de ce pour quoi il avait été fait, c'est-à-dire le maintien du plateau technique médical indispensable, lequel se trouve amputé de 10 %, là où la RTT a été appliquée aux médecins.

Les services ministériels ont affirmé que tout cela résultait d'un défaut de chiffrage par les Employeurs de l'avenant 10 et de son inadéquation avec l'article 32 de la loi Aubry 2.

2 - avenant 11

Cet avenant que nous avons signé en Juillet 2001, concerne notre grille de rémunération :

- depuis 1972, nos rémunérations correspondaient à celles du secteur public ;

- en 1991, les médecins et les cadres de la CCN de 1966 ont été exclus des accords Durafour et de l'indemnité de 8,21 %, accordée au reste du personnel ;

- dans le secteur public, au contraire, le protocole d'accord du 19 Mars 2000 a revalorisé, de façon très significative la carrière, la rémunération et le statut des praticiens hospitaliers. L'application de la réduction du temps de travail dans les hôpitaux leur a accordé 20 jours de RTT ;

- en Juillet 2000, et sous une très forte pression, la Commission interministérielle, revenant sur l'exclusion des cadres, a agréé l'avenant 265 de la CCN de 1966, qui a revalorisé la carrière des cadres, notamment de ceux de direction, ainsi que le début de carrière des psychologues. Les psychiatres, ayant une convention spécifique, ne pouvaient pas être concernés par cet avenant.

Lors d'une rencontre au Ministère, il nous a été clairement indiqué que les études des services concernant le déroulement de carrière corroboraient les nôtres et que l'avenant 11 (qui se situe au dessous des rémunérations du service public) était légitime et ne posait pas de problème, si ce n'est :

- qu'il n'avait pas été initialement suffisamment chiffré par les Employeurs ;

- que l'administration centrale était également dans l'impossibilité d'obtenir des services déconcentrés de l'État, qui assurent notre Autorité de contrôle dans les départements, le chiffrage de l'incidence budgétaire du surcoût de l'avenant 11 concernant la rémunération des médecins dans l'enveloppe régionalisée du médico-social ;

- deux arguments qui avaient déjà été développés à propos de l'avenant 10.

3 - avenants 12 et 13

L'avenant 12, signé pour stabiliser la situation des médecins généralistes et l'avenant 13, destiné à permettre la formation continue des médecins, laquelle est obligatoire, mais sans délimitation de temps, ont été pareillement refusés.

Nous avons alors fermement indiqué (et confirmé par plusieurs lettres) que les médecins ne pouvaient continuer à subir les conséquences de textes réglementaires et de processus de négociation qui les avaient tenus à l'écart, tant de la loi Aubry 1, que la loi Aubry 2. Cependant, le vide réglementaire laissé par le rejet de l'avenant 10 doit être comblé sans retard (le fait que son rejet ait été invalidé par le Conseil d'État n'a rigoureusement rien changé à la situation) et, plus encore, il est indispensable de placer tous les médecins du

secteur médico-social à égalité de traitement avec ceux du secteur public, tant au regard de l'ARTT (avenant 10), que du déroulement de carrière (avenants 11 pour les spécialistes et 12 pour les généralistes) et de la formation continue (avenant 13).

Après une dizaine de démarches auprès des Cabinets ministériels successifs, tantôt à l'initiative des Employeurs, tantôt de notre fait et une fois au moins en commun et après trois promesses formelles des Conseillers techniques et, en dernier lieu, le 5 Novembre 2002, du Directeur de Cabinet de Mme Marie-Thérèse Boisseau, la situation demeure bloquée et tous les recours gracieux que l'on nous a demandé d'effectuer ont été rejetés... Le chiffrage demandé a été remis à plusieurs reprises à la DGAS, mais maintenant, l'administration n'accepte pas de prendre en compte l'une des trois primes propres au service public et que touchent absolument tous les praticiens hospitaliers.

Après le troisième rejet des textes présentés et suivant les conseils mêmes de l'Administration, les avenants 11 et 13 ont été réécrits, de nouveau signés et représentés en Mai 2004 sous la nouvelle désignation d'avenants 14 et 15. Cette fois la DGAS n'a même pas jugé utile de les soumettre à la session de Juin 2004 de la Commission d'agrément.

Les médecins du secteur associatif constituent désormais la seule catégorie de personnel dont la grille de rémunération n'ait pas été réajustée depuis treize ans. Avec le temps de présence dérisoire qui leur est accordé, cet ensemble entraîne une dégradation de la situation matérielle et morale des médecins (spécialistes ou généralistes), qui aggrave le processus de pénurie et de démédicalisation dans ce secteur, qui entrave la fidélisation des médecins qui occupent pourtant une place reconnue comme nécessaire. Une solution doit donc être trouvée sans tarder. Elle ne semble plus pouvoir venir d'un revirement de l'administration sur les avenants que nous lui proposons, en accord avec nos Employeurs, ou de l'utilisation des souplesses budgétaires introduites par la nouvelle loi sur les Institutions sociales et médico-sociales (article 341-6) susceptible de ménager, dans certaines conditions, une latitude aux Employeurs à l'intérieur de l'enveloppe budgétaire en matière de politique salariale.

Un moyen de pression plus énergique, à un niveau plus politique, paraît seul susceptible d'amener une prise en considération sérieuse de la nécessité des soins et de leur qualité, objectifs qui ne pourront pas être maintenus bien longtemps devant la fuite accélérée des professionnels concernés.

Jean-David ATTIA - SPF
Marc MAXIMIN - SNPP
Roger SALBREUX - SPS-CFE/CGC

Informatique et psychiatrie

Jean-Jacques Xambo

L'apparition d'outils informatiques dans la recherche et surtout au quotidien du soin en psychiatrie invite à une réflexion sur les notions modernes extensives de communication et d'information.

Qu'est-ce que parler (ou écrire) veut dire ? À qui ? Comment ? Qu'est-ce que communiquer ? Qu'est-ce que manier l'image ? La rencontre intersubjective se réduit-elle à l'automatique d'une transcription, donc à un partage d'informations sérielles. Où à y tendre on ferait fi d'un "en-corp" de l'existence et du langage humain.

En quoi l'outil automatisé peut-il favoriser ou faire obstacle à une rencontre ? Le langage humain existe-t-il hors son incarnation et son effectuation inter-humaine?

L'informatique n'a pas inventé, ni réinventé, l'écriture ou l'image mais elle en étend et en disperse les effets et en modifie les moyens.

Comment dès lors diffuser une information et à qui ?

Écrire ou diffuser la même lettre à cent personnes, hors informatique, réclame un temps et un coût matériel concret qui limitent de fait cette diffusion et impose un choix restreint de destinataires. La correspondance manuscrite invite plus aussi à envoyer à chacun plusieurs lettres personnelles si on en a le loisir du temps.

Sous informatique, le "un par un" de la diffusion manuscrite reste-t-il applicable à un travail de masse ?

L'outil informatique, dont c'est la vocation même, permet une diffusion extensive des données instantanément, en pouvant même se passer d'un support matériel : cette potentialité de l'outil nécessite donc une réflexion préalable (et agit sous forme d'un protocole concret de fonctionnement) pour gérer de façon délibérée à qui doit s'adresser l'information en question, à qui elle doit être inaccessible. Et ce choix doit pouvoir être lié spécifiquement à chaque type de donnée à un instant défini en tenant compte du but poursuivi. Le chaînement des liens ainsi établis en connexion doit donc être formalisé au préalable grâce à une réflexion sur les effets pragmatiques de cette communication avant qu'elle soit instantanément et extensivement agi.

On voit ici les liens avec la question du secret professionnel médical qui impose de protéger la confidentialité des données médicales, biographiques ou subjectives pour protéger l'intimité du patient voire sa "sécurité sociale". Cette question n'est pas en elle-même spécifique de l'informatique, puisqu'elle a pu apparaître à propos du carnet de santé ou du dossier de soin, mais elle pourrait s'y caricaturer par le croisement instantané possible de différents fichiers même éloignés.

Bien sûr les autorités de tutelle et de gestion comptable interviennent de façon plus ou moins éthique dans cette confidentialité : n'a-t'on pas vu proposer récemment qu'au regard de la gestion des coûts de santé, la notion de secret doive devenir subsidiaire voire quasi-obsolète ?

Si on parle de partage d'information, qu'est-ce qu'une information ? Elle se définit parfois plus en psychiatrie par le lien de son échange et par ses effets communicationnels et pragmatiques que par son contenu même :

- l'intolérance allergique à un médicament est une information dont la diffusion rapide et large est utile, du médecin à l'infirmière ou à la pharmacie, i.e. entre toute personne concourant à la préparation, la délivrance et la surveillance de la prise médicamenteuse. Cette information est discrète au sens mathématique : isolable, transmissible sans perte ou déformation. Elle n'est pas liée à un espace inter-subjectif spécifique d'échange, elle garde le même sens et les mêmes effets pragmatiques pour chaque personne qui en prend acte : elle informe ainsi une seule et même décision concrète qui doit aboutir à une seule et même action dont l'effet et le sens se confondent : ne pas donner le médicament en question à ce patient-là. Ici la disponibilité large et instantanée de l'information par le réseau informatique concourt efficacement à la sécurité du soin. Et ce support induit une efficacité nouvelle à transmette instantanément et indépendamment du lieu de recueil de l'information première : par exemple du médecin généraliste à son confrère hospitalier et inversement, du médecin à tout soignant et inversement.

- par contre le recueil d'une donnée biographique sensible (par exemple "avoir subi un viol dans l'enfance") fonctionnera dans un registre tout différent : car ceci prendra un sens différent et aura des effets tout différents à être utilisée dans un registre causaliste statistique impersonnalisé, ou à être entendue dans son effet de traumatisme confié avec la souffrance subjective qui y est liée et

confié à tel interlocuteur spécifique et de confiance avec la honte ou la difficulté même de pensée et de représentation qui y est mêlée le plus souvent. La diffusion de cette "donnée" et son maniement hors du cercle de confiance de l'intime transférentiel où elle prend corps (diffusion comme si c'était une information brute) alimenterait à l'évidence une répétition traumatique en retour vers le patient. La dimension du traumatisme d'être ici pseudo-objectivée en viendrait en fait à être déniée : reconnaître le traumatisme au sens du sujet c'est entendre que le trauma insiste dans l'actuel d'une souffrance psychique solitaire, fomentée depuis et autour d'un fait subi, et non seulement dans l'acte historique daté, et même si ce fait apporte une rupture repérable (ou clairement reconstruite après coup). Reconnaître médicalement ou même par voie juridique l'acte ou "objectiver" son intensité traumatique ne suffit pas. Enfin les capacités personnelles pour un sujet de suppléance, vicariance ou cicatrisation d'un même trauma réside dans un tissage relationnel et métaphorique, une reconnaissance symbolique de la valeur du lien inter humain qui transcendent et pacifient cet événementiel.

Tu n'as rien vécu (ou tu n'as rien à en dire) si je clos ta subjectivité blessée d'une évidence muette en retour par l'information d'une donnée biographique dûment classée dans une biographie pseudo- événementielle voire dictée comme causale. Soit à dire : tu es produit de ça, objet réifié, passif, non subjectif, imprimé par, marqué et non "parlant".

Le "devenir victime", dûment estampillée et réifiée, mais hors sens et hors parole, s'impose comme figure compassionnelle du tragique contemporain. Je citerai ici, le psychanalyste G. Briole : "Le déplacement du débat du dire d'un sujet à une cause qui lui serait extérieure consiste à exclure toute parole. Aussi est-il essentiel d'envisager une causalité rapportée au sujet et non pas hétérogène à lui et dans ce cas débattu en dehors du sujet lui-même : les neuromédiateurs, la société, la famille, les comportements etc."

Nous savons bien que le travail d'écriture même biographique réside autant dans la durcharbeitung subjective qui la traverse que dans sa seule production de scénarios, même historio-graphiques. En ce sens il n'est de biographie que subjective et d'histoire clinique que reconstruite, au mieux au plus près d'une construction collaboratrice entre patient et thérapeute : montage d'une auto-fiction où le sujet peut à la fois se retrouver se reconnaître, mais aussi fiction à "laisser choir" ensuite, en évitant de s'y laisser aliéner au mirage narcissique d'être soi-même ou seulement produit de son histoire. Ici commence la liberté subjective, la sublimation et la création personnelle, l'aventure du désir.

Il importe de différencier donc les différents niveaux épistémologiques en jeu :

- l'information ou la donnée appartenant au champ scientifique est discrète, repérable, trans-subjective, traçable, quasi monovalente, et cumulable. Son sens et ses effets pragmatiques "informationnels" sont stables et peu soumis à interprétation.

- Le niveau du subjectif et de l'intime met par contre au premier plan la valeur de l'interprétation comme garante du sens : cette interprétation est inséparable d'une tension relationnelle intersubjective, donc d'affects et d'inscriptions corporelles, réelles ou métaphoriques qui ne prennent sens que dans le champ de la relation humaine intersubjective. Les faits eux-mêmes sont là au second plan au profit de leur mise en forme imaginaire, des affects qui leur sont liés, mais aussi d'une inscription mnésique et verbale qui en garantit le vécu d'un sens humain supportable, désirant ou créateur. Enfin la capacité d'un partage emphatique et d'un rehaussement par le langage au sens humain commun est lié à la possibilité de la trace et d'un écart symbolique.

Cette nécessité d'une protection de l'intime à l'intérieur du traitement informatique est à l'inverse des effets pervers de la médiatisation journalistique par ces images-chocs dont on sait actuellement qu'elles font effet sur les victimes de répétition ou d'effraction traumatique, redoublement d'un réel irreprésentable ou obscène :

mise à nu et exposition au sens le plus mortifère du corps blessé autant physiquement que dans sa dignité humaine : viande déchirée hors sens et hors dignité symbolique, brutalement expulsée subjecti-vement du discret de la communauté humaine, bannissement hors langage d'un corps réel chosifié, dé-subjectivé, privé de parole et de sens. Ou seulement à s'y reconnaître victime livrée à l'arbitraire absurde d'un bourreau insensé ? L'émergence moderne d'une figure de la victime et son "succès" social paradoxal, s'il a le mérite de ne pas méconnaître la souffrance personnelle réelle dans les situations post-traumatiques est pourtant corollaire d'une désubjectivation, d'un malentendu faisant de la douleur personnelle le produit pur d'un acte extérieur hors de toute représentation personnelle ou trajectoire individuelle. Le succès moderne des classifications descriptives, comportementales et sérielles type CIM 10 ou DSM 4, si elles permettent un échange de recherche moteur et apparemment peu équivoque ne trace-t-il pas le même sillon dangereux ?

Si l'outil informatique doit aider à mieux soigner, souhaitons qu'il reste aussi un lieu discret de recueil du subjectif, un espace transitionnel au sens winnicottien, une aire de jeu ouverte à l'imaginaire, un véhicule passionnant d'échange de connaissances et d'œuvres, donc plutôt le lieu d'une complexité créatrice, et non le cauchemar climatisé d'une novlangue normée et appauvrie. Comme l'interprétation analytique qui connecte signifiant et corporel, trace et histoire, et disjoint et retisse des liens nouveaux déliés de leur fixité névrotique ou de leur répétitif traumatique antérieur, il est vivifiant d'imaginer pouvoir voyager à travers des liens hypertextes qui cheminent à travers le savoir et l'imagination à la découverte de nouvelles constructions humaines.

Jean-Jacques XAMBO
Montpellier

Du Dossier Médical Personnel

Marc Maximin

Et ce brusque effet d’annonce autour d’un outil fondamental du travail du médecin qu’est le Dossier Médical, dont la pertinence et l’utilisation n’ont jamais été remis en question ?

Que vient signifier là le mot personnel ?

Ce dossier qui a toujours existé et existera toujours, car tout médecin fait du lien avec son patient de toutes manières pour les contre-indications ou intolérances connues, et au mieux pour resituer son histoire en tant que malade dans une démarche de soins.

Mais ce n’est pas parce que la santé est devenue un bien de consommation gratuit, illimité et un droit définitivement acquis que le médecin a perdu tout sens de ses responsabilités.

Même si des fautes, des abus existent comme dans tout fonctionnement, n’oublions pas l’illusion sécuritaire protectrice, totalement désincarnée dans un contexte où plus qu’à la prévention le mot d’ordre est à la précaution sans limites.

Mais après tout on n’est plus à ça près pour faire passer une réforme et attention de ne pas tomber dans le piège… car ce n’est pas de Dossier Médical dont il s’agit.

N’argumentons pas sur ce point car ce serait un faux débat qui derrière un argument de "meilleur traitement et de suivi plus efficace", décline en filigrane des dérives inacceptables pour tout citoyen.

Ce DMP est d'abord dangereux pour les libertés individuelles en constituant un véritable "fichier", sans réelle garantie de protection, qui ne prend pas en compte les volontés de chacun, et ne respecte pas les droits fondamentaux de la personne.

Par ailleurs il crée aussi un marché des données personnelles médicales hébergé sur des serveurs centralisés que se disputeront demain les compagnies qui ont déjà les logiciels médicaux et auxquelles les assureurs santé demanderont à accéder.

Quand on sait que la CNIL a perdu ses prérogatives cet été pour ne garder qu'un avis consultatif on ne peut que s'inquiéter devant cette évolution, cet état de fait qui s'inscrit dans une dominante de transparence, de contrôle et de vérification.

Qu'en sera-t-il du devenir de la confidentialité et du secret médical comme garant de l'égalité des personnes sur un plan social et citoyen, quel que soit leur état de santé ?

Enfin ce DMP met le médecin en position de régulateur social à dominante financière, du fait de l'obligation d'attester de la présentation de ce "dossier" pour être remboursé.

C'est donc bien autour du paradoxe de l'emploi du mot "personnel" qu'il faut recentrer le débat.

En effet "personnel" désigne ce qui s'attache à la personne par opposition à ce qui concerne les biens. Or tout est fait à travers ce DMP dans un but de contrôle et de répression financière.

Voilà bien là l'enjeu de notre opposition au DMP, comme lutte qui concerne tout citoyen pour la défense de valeurs fondamentales et qui ne se résument bien sûr pas à une notion de suivi ou de meilleurs traitements...

Marc Maximin
Marseille

Dialectique des points de vue. A propos de la position d'expert

Olivier Schmitt

Expert : Même racine qu' "expérience" (Experii : faire l'essai de)
Adjectif : Qui a, par l'expérience, par la pratique, acquis une grande habileté.
Substantif : Personne choisie pour ses connaissances techniques et chargé de faire, en vue de la solution d'un procès, des examens, constatations ou appréciations de faits.

(Le Petit Robert)

Ce qui fonde la clinique thérapeutique chez le soignant en psychiatrie est cette ouverture d'esprit qui n'enferme pas le sujet dans un carcan et le laisse ainsi surprendre (et se surprendre) à modifier ou infléchir sa dynamique psychique propre. Le clinicien est un chercheur, il doit s'attendre à tout et à rien en particulier. Son expérience ne lui sert qu'à organiser ses propres réactions voire à se rassurer ou à être le moins toxique possible. Dans cette complexité relationnelle, le plaquage d'une attitude est voué à l'échec. Le thérapeute est condamné à inventer, c'est-à-dire à découvrir et s'adapter.

Placé dans un autre champ du même espace que le soignant, l'expert du soin (comme l'expert tout court) est par définition un homme qui se base sur des faits, des techniques objectives. Il est par nécessité piégé par son savoir et son expérience inévitablement limités. Il est tenu de se référer à des acquis dont il peut être amené à répondre devant ses pairs. L'expert se doit donc d'être objectif. Mais quel est donc son sujet d'étude ? Le patient qui est en face de lui ou les troubles que celui-ci présente et leurs conséquences statistiquement prévisibles ? Devant la complexité imprévisible de tout sujet il est sollicité là même où il est impuissant. L'expert tente de résoudre cette difficulté en s'éloignant inévitablement de la réalité clinique au profit d'"a priori", de règles ou d'idéologies nécessaires à sa position et à sa tâche impossible.

On pourrait dire qu'entre ces deux positions soignant/expert, tout recoupement annule la pertinence de chacune d'elles. Y aurait-il là une incompatibilité, un "no man's land", un espace d'inhumanité ? Sans doute s'il y a confusion des deux positions.

Pourtant, le bon sens nous dit qu'on ne peut être expert du soin sans être soignant. Comme si une position était garante de l'autre. Le soignant-clinicien que je suis me protège des dérives formelles de l'expertise, et l'expert qui est en moi me préserve des dérapages subjectifs du soin.

Résoudre ce paradoxe ne peut donc se faire que de manière saltatoire, c'est-à-dire passer d'une position à l'autre de manière extrêmement fréquente sans jamais confondre les deux. Bel exemple de la souplesse intellectuelle et psycho-affective nécessaire à notre art.

Toute tentative administrative, politique ou technocratique de nous cantonner dans une position (par mise à distance de la pratique clinique) est, sans aucun doute à mes yeux, délétère pour notre métier : le métier de psychiatre. Pour les mêmes raisons, il est délétère pour la qualité des soins d'oublier la nécessaire compétence expertale (pré-requis en psychopathologie) des soignants. C'est pourquoi nous continuerons à résister contre la tendance générale à la division du travail par délégation systématique des tâches dans notre domaine.

Olivier SCHMITT
Niort

La psychothérapie du pédopsychiatre

Françoise Cointot

En pédopsychiatrie, la consultation s'éveille, se déploie, travaille, porte, et joue de la dimension psychothérapeutique de façon quasi paradigmatique.

Qui plus est en Europe, l'histoire de la pédopsychiatrie est indissociable de celle de la psychanalyse ; la pensée, les théories, les modèles de compréhension psychanalytique ayant eu une place prépondérante en Europe, dans la clinique de l'enfant contrairement à Outre Atlantique, où prédominent les références socio-adaptatives, neuro-cognitivistes et biochimiques.

La psychanalyse ne cesse de chercher l'enfant, qui se révèle toujours comme une énigme, à travers la névrose infantile des cures d'adultes, à travers le silence des enfants en bas âge, à travers la psyché familiale, l'inscription trans-générationnelle, à travers notre amnésie infantile à tous et ne cesse de penser ses cadres et techniques dans la pratique psychiatrique infanto-juvénile entre observation, vérification, construction, entre

pédiatrie, éducation, développement et psychanalyse.

L’enfance de chacun – écrit Freud – est une sorte de passé préhistorique.

Sûrement mais l’enfant de la consultation pédo-psychiatrique est un enfant bien réel, porteur de fantasmes, entouré de récits.

La demande de consultation en pédopsychiatrie est rarement parlée par l’enfant, mais le plus souvent apportée par les parents, sauf parfois à l’adolescence, où elle peut se faire en nom propre. Si elle n’est pas dite par lui, son symptôme parle pour lui et ses parents le traduisent, le formulent dans ce qu’il a d’émergeant, ou de gênant, le plus fréquemment comme une demande de changement ou de compréhension, soit dans la reconnaissance d’une souffrance psychique à traductions diverses chez l’enfant, soit dans le défaut d’adéquation de l’enfant à des facteurs environne-mentaux ou à son groupe d’appartenance : vie scolaire, familiale ou relationnelle avec les pairs.

La demande initiale échappe souvent donc à l’enfant, elle est apportée par les parents. C’est souligner la dimension douloureuse ou anxieuse quasi constante chez des parents consultant pour leur enfant, avec le plus souvent soit une blessure narcissique importante, soit une crainte d’anormalité de leur enfant.

Toute consultation qui ne prendrait pas en compte à la fois humainement et psychothérapeutiquement cette dimension évacuerait le travail de l’alliance thérapeutique avec les parents, base fondamentale pour la délégation parentale que sous-tend toute prise en charge pédopsychiatrique.

De "apporter une demande d’aide pour son enfant à un médecin" à "porter une prise en charge effective pour son enfant à travers une alliance thérapeutique avec ce médecin", il y a tout un travail déjà de mobilisation psychique chez les parents dont nous aurons à tenir compte tout au long de la prise en charge et dès la première rencontre et qu’il nous faudra travailler avec eux, au gré des résistances, des tâches aveugles de chacun.

Ce travail de mobilisation psychique, pour être réalisable chez les parents puis chez l’enfant, autant que chez nous, est nécessairement précédé chez le pédo-psychiatre d’un travail de représentation, de rêverie au sens Winicottien du terme, de mise en sens du symptôme ou de la demande, tenant compte des niveaux intra, inter-psychique, trans-générationnel et environnemental de la situation amenée en consultation, sans omettre "l’éveil" ou la position de "veille" contre-transférentiel, fil continu durant toute la prise en charge.

Le jeu, l’observation, le dessin y prennent une place prédominante, ainsi que la rêverie, l’absence de position d’omnipotence sur un symptôme mais au contraire l’acceptation de ne comprendre qu’après-coup, en fonction de ce que l’enfant va co-construire dans la prise en charge pour traduire ses conflits ou impasses de développement.

Les effets de transformation chez l’enfant, que l’on peut attendre dans une consultation pédopsychiatrique, vont donc d’abord nécessiter une évaluation préalable du "terrain psychodynamique familial", du désir et des fantasmes des parents vis-à-vis de cet enfant, de leurs propres références ou traces affectives et éducatives et le travail d’une alliance parentale suffisamment bonne.

Quasiment dans le même temps se fera l’évaluation psychopathologique de l’enfant ou de l’adolescent à travers des temps de consultations suffisamment longs pour que se tissent des liens, pour que se déposent une confiance, une curiosité, ou un inconfort, pour que s’ébauchent un dépôt, une élaboration, une dialectique ou une résistance.

Le processus thérapeutique est essentiellement psychothérapeutique, et exceptionnellement chimio-thérapeutique chez l’enfant et l’adolescent, étant données les particularités et les risques pharmaco-dynamiques chez eux, il n’est pas inutile de le rappeler. Dire psychothérapie signifie se donner les moyens théoriques à travers la relation thérapeutique et humaine d’avoir un impact ou un effet soignant, c’est-à-dire

de chercher et de déclencher des effets permettant une libération de la souffrance amenée initialement en consultation et chez l'enfant plus précisément une ré-appropriation de son propre fonctionnement intra-psychique et une sortie des impasses de dévelop-pement, dans lesquelles il est enfermé.

Entre empathie discrète et fermeté du cadre, entre différenciation trans-générationnelle maintenue entre l'enfant et le pédopsychiatre, équivalent de la règle d'abstinence dans les cures d'adultes et capacité de rêverie et d'identification projective, entre position d'étayage à certains moments et attitude induisant des frustrations chez l'enfant à d'autres, entre fantasmes fondateurs (de retour à la vie intra-utérine, de castration, de séduction, de scène originaire) et réalité, la variété des temps et des niveaux intra-psychique ou extra-psychique est une constante dans le travail psychothérapeutique du pédopsychiatre avec une nécessité de créativité, de co-construction permanentes entre l'enfant, le médecin et les parents qui sont plus "réels" dans la consultation, puisque présents dans le quotidien de l'enfant, que dans les cures d'adultes où ils sont remémorés.

Ce travail psychothérapeutique est aussi toujours à la fois un travail pendant le temps de séance et un travail dans l'après-coup, dans l'entre-deux des séances, un travail également de contrôle et d'évaluation des tâches aveugles de notre propre contre-transfert grâce à des lieux d'échange, de supervision ou contrôle, d'écriture de ces prises en charge.

Ces outils seront déclinés de façon souple dans le temps, ferme dans leur cadre, chez un même patient et tiendront compte avant tout de la clinique et de la relation transféro-contre-transférentielle : conseil à travers une guidance, co-étayage à travers la consultation thérapeutique, énoncés interprétatifs dans les premières consultations, entretiens parents-enfant ou thérapie familiale, psychothérapie individuelle, thérapie mère-enfant, selon les situations.

Prendre un enfant par la main de façon respectueuse de son milieu, de sa culture, de sa différence, de son unicité, de sa temporalité, de ses traversées conflictuelles intra-psychiques ; en essayant de, ni trop le devancer, ni trop le perdre… Paradigmatique disais-je en introduction pour la psychothérapie du pédopsychiatre…

Françoise COINTOT
Saint-Malo

De la dignité des professions libérales

Pierre Fichet

Établi à partir du dictionnaire historique de la langue Française et du livre de Jean-Claude Michéa : Impasse Adam Smith.

Libéral : emprunté au latin liberalis (1175) **Libre** ; "qui concerne un homme libre" au sens figuré, psychologique de "digne d'un homme libre" c'est-à-dire satisfaisant, généreux.

Son sens étymologique "digne d'un homme libre" est sorti d'usage mais reste réalisé dans les syntagmes **arts libéraux** (1210) et surtout **profession libérale** (1845).

Comme terme politique, libéral est attesté pour la première fois en 1750. Cependant, le concept reçoit véritablement son acte de naissance avec la révolution et le mot se répand vers 1800. Il s'applique aux partisans des libertés politiques et joue un grand rôle au 19ème siècle.

Le concept économique est né d'une réaction envers les contraintes du colbertisme (1758 Quesnay) et modelé par la réflexion d'Adam Smith (1776).

À ce propos, il est intéressant de lire le livre de Jean-Claude Michéa (Impasse Adam Smith). Il affirme que l'idéologie retenue par les actuels économistes dits libéraux consiste en ce postulat – l'homme est un être rationnel qui agit au mieux de ses intérêts bien compris – (On ne peut réduire la pensée d'Adam Smith à ce postulat, lui-même étant plus nuancé dans ses propos, mais il arrive que les royalistes soient plus royalistes que le roi). Ce faisant, Jean-Claude Michéa en montre les conséquences : pour réaliser cet homme nouveau, il convient de l' arracher à ses idéologies, c' est-à-dire tout ce qui entrave son autonomie... et par idéologie entravante, il faut ici entendre certes les grandes idéologies comme la religion, mais aussi la famille, les racines, l'histoire, l'amour... Cet homme libéré de tout lien se retrouve dans les exhortations à la mobilité par exemple.

La conséquence de cette idéologie d'un homme purement raisonnable agissant au mieux de son intérêt bien compris, et Jean-Claude Michéa le montre bien, c'est que l'homme devient un prédateur pour l'homme.

Il montre également comment l' idéologie progressiste issue des lumières, loin d'atténuer les effets dévastateurs de cette pensée, au contraire la renforce, ne serait ce qu'en perpétrant l'idée de lutte des classes alors que celle-ci est aujourd'hui bien dépassée et désigne de faux ennemis laissant ainsi le capitalisme oeuvrer (ce que nous avons vérifié dans la succession d'un Juppé/Kouchner/Mattei ...).

Jean-Claude Michéa plaide pour un retour au socialisme originaire d'avant les lumières et développé un moment dans les classes pauvres d'Angleterre.

Il n'y a donc pas à rougir de notre statut de profession libérale, à condition d'en rappeler les origines, c'est-à -dire celle d'homme libre, assez libre pour interroger les fondements de notre discipline..., c’est-à-dire en se différenciant de l'acceptation économique actuelle du mot qui conduit à faire de l'homme un prédateur pour lui même.

Pierre Fichet
Amiens

Santé publique et psychiatrie libérale

Pierre Cristofari

Très bon exemple d'une mauvaise politique de santé, les discours sur la prévention du suicide.

Discours, mais aussi plans, projets, études, échelles, à coûts variés, mais allant de très élevés à hors de prix.

Avec, en parallèle, la destruction d'un système efficace, éprouvé et peu coûteux, constitué par les psychiatres libéraux et les médecins généralistes.

D'une question fondamentale et fondamentalement mystérieuse(1), on fait un objet d'étude ordinaire, de plan politique consensuel, de discours pseudo-scientifique sans rigueur, de campagne publicitaire sans imagination. On imagine aisément, calqué sur les affligeantes campagnes anti-tabac, un slogan porteur : "le suicide tue".

Prétendre prévenir le suicide comme si on le connaissait est une imposture. Nous ne savons rien sur le suicide, nous ne savons même pas où commence une tentative de suicide. Nous avons quelques idées, mais

ceux qui imaginent "dépister" et "prévenir" le suicide, manifestement n'y connaissent rien, encore moins que nous, qui voyons pourtant – tous les jours – des patients suicidaires(2).

La prévention du suicide est bel et bien en place, avant que sa destruction ne se termine : le corps des psychiatres libéraux, appuyé par les médecins généralistes, capables non point d'orienter comme on dit dans les ministères, mais plutôt d'aiguiller l'adolescent bouleversé ou le vieillard désabusé.

De grosses structures lourdes et administrées se mettent en place ; ayant épuisé toutes les ressources budgétaires, on fera ce qui se fait de mieux aujourd'hui : après avoir évalué le patient, son circuit, son devenir, après des réunions en veux-tu en voilà, horizontales et transversales, après s'être répété tout ce qu'on avait pu savoir de ses secrets, de l'école à l'hôpital et du service social au psychologue du travail, on l'adressera au psychiatre du coin, s'il en reste un, pas encore assez épuisé d'avoir lu sur le sujet tant d'âneries...

Ainsi, dans un drame, le suicide, inévaluable, inscrit dans la substance de la vie humaine, on cherche ce qui est mesurable. La tentation du suicide ? Inévaluable. Le désarroi qui y conduit ? Inévaluable. Le risque suicidaire ? Inévaluable. Le suicide du patient, c'est la peur permanente du psychiatre, c'est son pain quotidien : il n'échappe pas à ce qu'est le pain quotidien de sa pratique : inévaluable.

Alors, on compte ce qu'on peut compter : les "TS". Pour les besoins de l'étude on inclura ou non une prise exagérée de somnifères, on comptera ou non un accident de voiture bizarre, on attribuera ou non à la négligence un robinet de gaz ouvert ; bref, on sera dans une démarche hautement scientifique.

On compte ceux qui arrivent aux urgences de l'hôpital, en oubliant ceux que nous avons aidés à ne pas en arriver là... Une pathologie dite légère, d'ici peu, ne nécessitera pas de soins pris en charge par la collectivité. Formidable paradoxe de la conception du panier de soins : pas question de rembourser les soins prodigués à un patient à deux doigts du suicide. Pour qu'ils soient remboursés, il faut qu'il passe à l'acte. Alors même que c'est dans la confidentialité du cabinet du psychiatre que ce patient pourra essayer d'apaiser sa souffrance. À condition de ne pas brader ce secret, qui est la seule arme efficace de la prévention du suicide. Croit-on vraiment qu'un patient y songeant osera se confier s'il se sent pris dans un réseau, sorte d'animal capturé pour avoir commis une mauvaise action ?

La tendance liberticide de notre société a ici de quoi s'exprimer : après le tabac, les bavardages sur les paliers d'immeubles, les foulards dans les collèges, interdisons le suicide...

Nul besoin de plan coûteux, pourtant, pour mener une politique de santé publique efficace : le drame du nombre effarant de suicides réussis en prison est à l'image de cette honte de la république. Améliorer les conditions de détention sera autrement plus efficace que des machins fabriqués de toutes pièces à partir de conversations de bistrot érigées en politiques de santé.

(1) - Grand souvenir que le séminaire de l'AFPEP sur le suicide qu'anima avec toute son expérience et toute sa culture Laurence Roux-Dufort.

(2) - On lira par exemple, en se grattant la tête, l'étude commandée à un cabinet de conseil par la CPAM et la DDASS du Morbihan : triste collage de dogmes infondés, de lieux communs, d'ignorance clinique et d'inculture scientifique.

Pierre Cristofari
Hyères

L'audition à l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)

Antoine Besse

Cette question de la démographie avait été le point de départ de la réunion de la majorité des syndicats de psychiatres au sein du C.A.S.P., puis d'un chapitre du Livre Blanc de la psychiatrie.

Lors de son rapport sur **"la démographie des professions de santé"** remis fin 2002, la commission dirigée par le professeur Yvon Berland concluait pour la psychiatrie en une redéfinition des missions et la création de nouveaux métiers. Elle énonçait, je cite : *"Les psychiatres pourraient être déchargés, après avoir éliminé toute pathologie psychiatrique délirante ou à risque suicidaire, d'une partie de la souffrance psychologique et du mal être par une collaboration étroite avec les psychologues cliniciens dont la formation serait reconsidérée et adaptée".*

Notre discipline y était réduite en deux lignes à des symptômes qui, pris isolément, n'ont aucun sens. S'il en était besoin, ce rapport justifiait à lui seul la tenue quelques mois plus tard des États Généraux de la Psychiatrie, et ses conclusions annonçaient le peu de cas que le ministre Mattei allait faire des 22 propositions issues de cet événement majeur heureusement relayé par la presse.

L'O.N.D.P.S. n'a consacré qu'une seule audition concernant la psychiatrie le 7 avril 2004 d'une durée prévue de 2 heures, à laquelle j'avais été sollicité par la FFP pour représenter la psychiatrie privée.

La réunion commence par une présentation d'une évaluation chiffrée du nombre de psychiatres en activité dans la France entière : 11 755 alors que le fichier de l'Ordre n'en recense que 10 867...

Nous abordons ainsi la question du nombre de postes de PH non pourvus et le recours à des médecins généralistes assistants. Ceux-ci, une fois le concours de PH obtenu, demandent leur qualification de psychiatre à l'Ordre des Médecins pour ensuite venir exercer en libéral, s'inquiète la commission (décret du 19.03.04 et le statut des médecins généralistes nouveau régime).

La dérogation à la formation par la seule filière universitaire s'est faite à la demande de la profession dit la DHOS. Ainsi la filière parallèle serait devenue plus importante que la filière universitaire. Le Pr. Aussilloux est très inquiet de cela (filière universitaire avec l'examen de fin d'étude qualifiant d'un côté et de l'autre, entrée non régulée sans réel contrôle de la qualité de la formation).

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé veut donc procéder à une identification des besoins.

La DHOS de son côté insiste sur le nombre important de psychiatres en France qui serait ainsi sur ce plan le deuxième pays au monde et la situation de Paris où l'on voit s'y concentrer 1/3 des effectifs. Ces deux éléments restent très prégnants, cela permet aux pouvoirs publics de faire la sourde oreille à toutes les demandes des organisations professionnelles.

De même, la méconnaissance de l'ampleur du travail effectué par les psychiatres libéraux reste un point d'achoppement pour aborder sereinement cette dimension de la **libre pratique** essentielle en psychiatrie. En effet, après une discussion sur les inégalités de répartition géographiques sur le territoire national des psychiatres publics, les diversités des missions qui leur sont confiées et l'importance de la demande de soins dans la spécialité, j'ai pu parler du parallélisme d'inégalité entre publics et libéraux et aussi de l'idée préconçue de la nécessaire "proximité" immédiate qui méconnaît la mobilité des patients qui consultent.

La représentante de la CNAM-TS/DES/DEPAS présente ensuite une étude sur les psychiatres libéraux en 2002 en France métropolitaine. Il y apparaît que sur les 6 035 psychiatres recensés, **l'évolution des effectifs** des psychiatres libéraux de 98 à 2002 s'est accrue chaque année de 0,7 %, **l'âge moyen** des hommes (50,6 ans) et des femmes (49,8 ans), 62,5 % d'hommes, 37,5 % de femmes (total spécialistes : 70,4 % &Mac220; 29,6 %).

L’évolution 1998 - 2002 de l'activité des psychiatres libéraux : le taux de croissance annuel moyen (en nombre d’actes) serait de 2,7 %, en immense majorité des actes CNP et C, ce qui n'est pas très clair...

Nombre d’actes par APE (actif à part entière, notion propre à la CNAM) en 2002 : 2 877 soit + 3,1 %.

Dans les DOM en 2002, l’effectif diminue.

Ensuite nous avons pu parler du médico-social, oublié de l’étude d’activité des psychiatres, de la question de la réforme de l’internat qualifiant et de la 4ème année hors filière ; et, en toute fin de réunion est abordée la question du transfert de compétence.

Pour les membres de l’O.N.D.P.S. le **problème de l’existant** est que la chute démographique se poursuivra pendant encore longtemps, que faire ?

Les psychologues cliniciens peuvent-ils nous relayer ? J’ai pu dire que les psychologues avaient pu bénéficier, dans le meilleur des cas, d’une formation théorique à la psychopathologie par leur DESS, mais n’avaient pas tous une garantie de formation clinique dans leurs stages, sans parler de leur méconnaissance des pathologies somatiques (diagnostic différentiel).

Quoi qu’il en soit, pour l’A.F.P.E.P.- S.N.P.P., les psychiatres libéraux refuseront de prescrire les soins cliniques effectués en ville par les psychologues. Cette réunion ne permettait pas d’aller au fond des choses.

Le professeur Berland a alors reconnu qu’en 2 heures il avait vu trop juste pour la psychiatrie.

Cela confirmait ce qui apparaissait évidemment dans son rapport.

Devant ce peu d’attention portée à notre discipline un texte de présentation de la psychiatrie libérale leur fut envoyé afin de souligner les avantages de celle-ci, de préserver le nombre de ses acteurs à égalité avec ceux du public et d’en montrer l’utilité en tant que professionnels irremplaçables et non interchangeables.

En effet, la difficile question du transfert des tâches ne doit pas être éludée ou simplifiée en assimilant la psychiatrie aux autres spécialités du M.C.O.

Ainsi la proximité, la permanence et la continuité des soins, l’accueil des patients, les urgences, la consultation, sa personnalisation et sa confidentialité, et le type de traitement méritent d’être éclairés quant à la spécificité de l’exercice de la Psychiatrie.

En ce sens :

1 - il nous apparaît que la psychiatrie libérale n’est pas plus mal répartie sur le territoire que la psychiatrie publique (car beaucoup de postes de P.H. non pourvus sont occupés par des généralistes et beaucoup de médecins étrangers) ;

2 - la psychiatrie libérale a anticipé quelque chose de la mobilité des usagers, la plupart se déplacent pour leur travail comme pour aller voir le psychiatre ;

3 - bien que nombreux, 6 500, pourquoi n’arrivons-nous pas à faire face aux demandes et pourquoi celles-ci augmentent-elles ? Une des raisons majeures de ces dernières années est le transfert de charge sur les psychiatres privés lorsque les secteurs psychiatriques publics sont saturés, le psychiatre de ville étant souvent plus accessible et efficace. L’augmentation des demandes s’explique aussi par l’augmentation des souffrances liées aux nouvelles organisations du travail (harcèlement moral, moindre reconnaissance humaine des personnes, voire management par la terreur dans certaines entreprises) et à l’insécurité de l’emploi alors que les pathologies psychiatriques continuent à sévir : névroses, états limites (troubles de la

personnalité) et psychoses bien-sûr.

Conclusion : face à cette saturation de l'offre de soin, les psychiatres libéraux peuvent accepter :

- des incitations à de nouvelles proximités, pas le quartier mais le lieu de travail ;

- plus de psychiatres formés pour maintenir le niveau actuel des effectifs : le consensus est assuré entre psychiatrie libérale, publique et universitaire (cf. le Livre Blanc et les 22 mesures d'urgence des conclusions des États Généraux).

Ainsi, nous sommes pour des incitations, pas des interdictions.

En effet, la demande psychiatrique est tellement importante que les jeunes échapperont à la contrainte plutôt que d'aller par obligation.

Quant à la question du transfert de compétence : il n'est pas question de prescrire leurs soins cliniques comme à des paramédicaux. Il va de soi que nous avons tous en ville et en institution des collègues psychologues cliniciens très compétents et bien formés cliniquement, dont nous estimons et apprécions la qualité du travail, et avec lesquels nous nous coordonnons et collaborons fructueusement car nos métiers sont complémentaires. En aucun cas, leur activité ne pourra "remplacer" tout ou partie des consultations thérapeutiques des psychiatres de ville.

Antoine Besse
Mantes-la-Jolie

Chronique d'un silence organisé

Marc Maximin

Juste avant l'été 2004 on nous a concocté une réforme de l'Assurance Maladie : enfin des recettes pour combler le trou de la Sécu !! On nous explique que c'est la réforme de la dernière chance, sinon on nous menace d'un système de franchise en fonction des revenus…

Tout le monde se relaie pour dénoncer un déficit tel, qu'il nécessite cette "contre" réforme alors que ce déficit n'a pas de sens en lui-même, qu'il est un solde résultant de l'évolution différenciée des recettes et des dépenses dans un système de protection sociale solidaire et que par là même il est plus complexe que ce qu'on veut nous faire croire.

Ceci montre bien que plutôt que de focaliser sur ce fameux "trou de la Sécu", il est nécessaire d'ouvrir une réflexion sur la volonté politique de défendre un mode de fonctionnement qui est opposé à la pensée dominante actuelle et sur le mauvais partage de la richesse générée par le travail de tous.

De plus cette loi est à peine annoncée que l'on parle déjà d'une éventuelle franchise, comme si on ne croyait pas aux recettes comptables proposées pour financer les besoins et qu'un autre fonctionnement soit déjà envisagé voire prévu.

Il ne s'agit pas de défendre paresseusement le statu quo actuel, mais de tenir compte des marges de manœuvres qui existent (dont on ne parle pas) et qui permettent de déplacer le "curseur" en se basant sur le

principe de solidarité.

Mais surtout qu'en est-il de ce silence radio généralisé face à cette réforme, tant sur le plan politique, syndical que médiatique face à cette réforme et surtout sur ce qu'elle véhicule comme discours aux dépens d'une politique solidaire.

Chapeau ! Quelle belle leçon de politique et quel numéro de duettiste bien orchestré, appuyé sur une partition mise en place depuis de nombreuses années par tout ce que regroupe les différentes instances gouvernementales et les médias qui en "dérivent".

Si on n'a pas compris qu'il y avait un trou, que dis-je un puits, un gouffre et on ne sait même plus quel mot employer pour parler du trou de la Sécu, c'est qu'on est sourd à tout ce qui se dit, s'écrit ou alors on est vraiment "de mauvaise foi".

Si nous tentons un autre discours en envisageant une autre approche, on va encore nous rétorquer que nous sommes des mauvais penseurs rebelles à toutes réformes, des opposants radicaux qui vont jeter un peu d'opprobre, même si leur nombre est réduit…

Mais cela ne nous empêchera pas de nous exprimer, de nous opposer et de dire que plutôt que d'essayer une analyse de fond sur un système envié de tous et qui repose sur la solidarité comme fondement essentiel, on préférera reprendre l'air du temps et chercher à tout prix des responsables.

En plus d'une approche comptable orientée qui devrait réduire les dépenses, on en rajoute du côté d'une logique de culpabilisation des assurés sociaux.

À chacun son tour, après les professionnels de santé responsables de tous les maux c'est maintenant les "usagers".

Comment n'y avait-on pas pensé plus tôt !… Il suffit d'appréhender la réflexion sur un mode de causalité linéaire et alors là on déploie tout un argumentaire nocif mais ô combien efficace ! Tel que :

- les médecins abusent du système, sans se rendre compte du coût occasionné par leur fonctionnement,

- les usagers abusent, voire "trichent" et profitent des avantages du système.

Si on veut être efficace, rigoureux, pragmatique en un mot un bon politique médiatique on doit pointer du doigt ces coupables, responsables du "gouffre" de la Sécu et surtout comme étant ceux qui abusent de la manne de la solidarité nationale.

Ils ont fauté ! Il faut les faire payer, les punir et les surveiller.

Tout d'abord les "usagers" : le terme à lui seul montre bien la précarité et une inscription dans la fabrique des exclus.

Ils ne cotisent pas assez, alors on va leur rajouter l'euro par consultation (excluant bien sûr la CMU, ils ne sont même pas solvables, il ne faut pas exagérer...).

Comment vont réagir les personnes les plus fragiles sur le plan de la santé, les plus âgées et les plus démunies (qui sont juste au dessus du plafond de la CMU) sachant que le soin va devenir un luxe pour eux ?

Somme certes doublement symbolique, car en commençant avec l'euro, on vient rompre cette chaîne de la solidarité de la gratuité du soin et on entrouvre la porte de la marchandisation du soin.

Mais que nenni, nous répondent-ils, pour ces plus démunis on va leur proposer une baisse tarifaire en fonction de l'âge pour l'acquisition d'une complémentaire et les "gentilles" assurances qui les feront bénéficier de cet avantage auront un crédit d'impôt.

On mesure à quel point nos "responsables" ne se rendent pas compte, même avec des avantages d'accès, ce que représente le coût d'une mutuelle (sachant par exemple qu'il double pour une personne âgée).

Par ailleurs, il est bon de savoir qu'il n'y aura pas de crédit d'impôt pour les mutuelles qui remboursent l'euro supplémentaire ou le patient allé directement chez son spécialiste avant de voir son médecin traitant.

Cet accord à trois entre l'État, les mutuelles et les usagers (même s'ils n'ont pas donné leur avis) montre bien comment va être régulé ce qui doit être remboursé dans l'esprit d'un panier de soins et donc qu'il va falloir payer de plus en plus pour être remboursé de moins en moins.

Pour en finir avec l'usager on va lui faire bien comprendre que c'est la faute des profiteurs et des abuseurs s'il y a un trou de la Sécu, même si en réalité la fraude est plus que marginale... qu'importe... il profite.

L'important c'est de culpabiliser, de stigmatiser tout un chacun comme responsable de ces abus qui serait la cause prioritaire du déficit.

Il suffit d'un climat de suspicion qui pointe du doigt des responsables et coupables "qui feraient profiter tout leur clan..." pour jeter le trouble et créer une ambiance délétère.

Alors on va à grands frais mettre une photo sur la carte vitale (on ne sait pas si c'est de profil ou de face, ou peut-être les deux…) mais dans cette logique pourquoi pas une empreinte digitale ou rétinienne, ce serait plus sûr et on tendrait vers le risque zéro… en terme de tricheries !

En martelant cette donnée marginale le gouvernement dans un climat de suspicion désigne l'autre comme responsable, cet autre sous entendu… le pauvre, le démuni, l'étranger…

Ce qui ressort de cette réforme, en dehors de son iniquité, de son injustice, de sa dominante répressive sur le plan financier, de son atteinte aux libertés individuelles c'est que le malade est mis sur le marché et que c'est lui qui va payer dans tous les sens du terme.

Marc MAXIMIN
Marseille

Qui s'y colle ?

Pierre Coërchon

Nous sommes entre adultes ; quoique ? Du moins certains politiques pensent l'être à passer commande à ces grands enfants de psychiatres dépensiers et pas toujours très scientifiques.

Qu'est-ce qui pourrait caractériser le fantasme d'un adulte qui s'y croit ? Je proposerais la formulation suivante : il ne joue plus. Ainsi dans cette application au pied de la lettre, quand il part d'un signifiant (par exemple celui de maîtrise) et qu'il l'associe à un autre signifiant (évaluation, dépense), cela devient un tout, une totalité brutale, voire collante, voire malodorante.

Certes, s'il s'agit d'une logique comptable, la logique principale à l'oeuvre dans ce maniement des signifiants est une logique fantasmatique collante, c' est-à-dire une logique fantasmatique perverse. Logique qui écrase

quoi ? Le sou-rire. Pas de place ici pour le mot d'esprit : ça devient du sérieux ; on ne rigole plus ! Pas de place ici entre deux signifiants pour un sujet, c'est-à-dire pas de sujet pour opérer le ratage du langage et pas non plus de lecteur professionnel qui risquerait de sourire d'une telle méconnaissance.

Alors bien sûr, la tentative d'union entre l'évaluation et un psychiatre devient une conjugaison bien explosive. Ça ne colle pas. Ou tout au moins peut-on espérer que ça décolle et que ça laisse de la place à l'existence d'un sujet humain naturellement (c'est-à-dire langagièrement) symptomatique, qui peut naturellement (c'est-à-dire langagièrement) s'adresser en un lieu où il pourra trouver un congénère spécialisé qui endosse de recevoir et traiter respectueusement son symptôme. Le respect de la nature langagière de ce symptôme ne saurait tolérer ni quelque transparence ni quelque partage en dehors des murs d'un cabinet. Dès lors, remettre en cause ou minimiser la valeur d'un acte psychiatrique serait faire la monstration de la nature de son fantasme : coller suffisamment un signifiant à un autre afin d'éradiquer le symptôme à sa source en faisant disparaître l'espace qui donne structure à un sujet humain parlant et transformer ce sujet en simple marionnette obéissant à sa seule naturalité biologique instinctive enfin domestiquée.

La psychiatrie contemporaine pourra-t-elle résoudre le pari actuel de maintenir sa place qui est aussi bien celle où s'adresse naturellement dans le champ médical un sujet parlant en souffrance et d'assurer son autorité thérapeutique sans nulle nécessité ni de tyrannie ni de délégation ?

Il s'agit bien là d'un exercice de salubrité publique que de maintenir ce souffle vital ludique. Nous ne pouvons plus prétendre l'ignorer au moins depuis Sigmund Freud et son analyse du mot d'esprit.

Pierre COËRCHON
Clermont-Ferrand

Rien

Yves Froger

Nous n’avons obtenu satisfaction sur rien. Toutes les mesures nous concernant, et surtout la mise en place de la future Classification Commune des Actes Médicaux, restent en chantier sans que l’on sache à quoi elles aboutiront.

Dans cette tourmente à l’issue très incertaine nous multiplions les courriers et les rencontres avec tous les interlocuteurs de la réforme (Ministère - CNAM-TS -Conseil de l’Ordre - Centrales syndicales représentatives) avec un objectif double :

- rappeler l’absolue nécessité de la revalorisation de nos honoraires et l’exigence d’en finir avec toute forme de disparité aussi bien entre les différentes spécialités qu’entre les différents secteurs d’exercice ;

- exiger le respect de nos conditions spécifiques d’exercice, d’où notre refus du DMP et notre demande de maintien de l’accès libre.

Ces revendications sont légitimes et nous serons d’autant plus forts pour les énoncer que nous pouvons nous appuyer sur un mouvement de protestation que l’utilisation élargie du D.E. et le refus de la télé-transmission symbolisent au mieux.

C’est pourquoi nous avons toujours maintenu ces mots d’ordre sans ignorer les difficultés qu’ils posent notamment du fait de la très grande disparité des réponses des Caisses puisque nous observons à peu près

toutes les situations depuis le silence total et l'absence de toute réaction jusqu'à l'intolérance maximale et l'application de sanctions financières pour un pourcentage de D.E. tout à fait modéré (15 %).

Dans de telles conditions il est impossible d'unifier le mouvement mais la participation sous une forme ou sous une autre reste la seule possibilité de signifier le mécontentement et l'exigence du changement.

Face à ces menaces ou ces sanctions, l'attitude de chacun dépend tout d'abord de sa propre combativité et aussi bien sûr de l'importance ou non de la solidarité locale. Dans tous les cas, les rencontres avec les C.P.A.M. restent une occasion de marteler les motifs de notre engagement dans ce mouvement et les faire remonter au niveau national. Nous tenons à votre disposition les courriers nécessaires, de même que nous avons constitué un dossier juridique complet pour ceux d'entre vous qui choisissent de contester les sanctions devant le Tribunal Administratif. De nombreux collègues l'ont fait, mais nous n'avons à ce jour pas de jugement sur la base de l'argumentation que nous avons développée qui repose sur l'idée que c'est au praticien de juger les circonstances d'exception justifiant le D.E.

Yves FROGER
Lorient