Sommaire du BIPP n° 43 - Janvier 2006

Cliquez ici pour télécharger un fac simile du BIPP n° 43 au format PDF

Communiqué de presse

Courrier à l'UNCAM - Jean-Jacques Laboutière et Yves Froger

Courage, fuyons ! Yves Froger

Quelques constats - Pierre Cristofari

Le putsch d'un quarteron - Olivier Schmitt

En pratique - Olivier Schmitt

Sur le rapport des Drs Hardy-Baylé et Schmitt - Martine Fleury

ADD, vous avez dit \a des dés\" ? Patrice Charbit"

La réforme de la Sécu, Outreau... Pierre Fichet

Les évaluations dans le secteur médico-social - Yannick Cann, Marc Maximin, Roger Salbreux

L'AFPEP à la WPA - Antoine Besse

Communiqué de presse

Les partenaires conventionnels viennent de signer l’avenant n° 10 supprimant l’accès spécifique au psychiatre pour les patients âgés de 26 ans et plus.

Le SNPP dénonce cet avenant :

- décidé contre l’avis de la majorité des psychiatres tant privés que publics ;

- décidé contre l’avis des associations représentatives des patients et de leurs familles qui n’ont pas été consultées alors que le SNPP a constamment demandé qu’elles le soient ;

- décidé contre l'orientation politique clairement donnée par le décret du 3 novembre 2005 qui interdit aux Caisses d'Assurances Maladie de sanctionner les patients consultant directement un psychiatre ;

- fondé sur un rapport universitaire dont l'argumentaire reprend largement les arguments du SNPP en faveur de l'accès spécifique bien qu'il en limite artificiellement la portée aux seuls patients âgés de moins de 26 ans. Ce qui est vrai avant 26 ans l'est tout autant après ;

- qui escamote ce que ce rapport aurait pu avoir de constructif en invitant à une réflexion approfondie sur la coordination des soins entre psychiatres et médecins traitants dans le respect de l'intimité du patient tout autant que des nécessités techniques propres à la psychiatrie ;

- qui met en péril les patients qui, confrontés à l difficulté de se confier à leur médecin traitant retarderont ou renonceront à une demande de soins ;

- qui nie la complexité de la psychiatrie en laissant croire au public que les médecins traitants seraient à même de proposer des réponses thérapeutiques adaptées alors qu'ils n'ont le plus souvent, faute de temps nécessaire, aucun autre recours qu'une prescription de psychotropes. Cela ramène le médecin généraliste de façon méprisante à la position d'aiguilleur ;

- qui ravale le secret médical au rang de marchandise, les patients conservant la possibilité de l'acheter en se plaçant hors parcours de soins s'ils ont les moyens de supporter les pénalités financières attachées à cette décision ;

- qui méprise le travail des psychiatres en les invitant de fait à soutenir leurs revenus par des dépassements d'honoraires plutôt qu'en revalorisant leurs honoraires.

Le SNPP s'interroge sur la collusion de l'ensemble des signataires de la convention et sur les motivations réelles qui ont abouti à la signature d'un avenant au mépris des très nombreux signaux contraires qui leur ont été adressés.

Par cet avenant, les partenaires conventionnels ont pris une très lourde responsabilité quant à l'évolution de la santé mentale en France. Le SNPP prend d'ores et déjà date pour leur en demander des comptes quand ses conséquences désastreuses seront manifestes.

Syndicat National des Psychiatres Privés
le 22 décembre 2005

Courrier à M. F. Van Roekeghem, directeur de l'UNCAM

Jean-Jacques Laboutière et Yves Froger

Monsieur le Directeur,

Le rapport sur l'avenant conventionnel pour la psychiatrie vient d'être rendu public. Ce rapport était nécessaire puisque les psychiatres, par la voix de deux organisations professionnelles différentes, sont divisés entre deux positions :

- D'une part le Syndicat des Psychiatres Français souhaite la limitation de l'accès spécifique ; du fait de son affiliation aux centrales signataires, il est représenté dans les négociations conventionnelles.

- D'autre part, le Syndicat National des Psychiatres Privés, que nous représentons, milite au contraire pour le maintien de l'accès spécifique total. Il n'est plus représenté dans les négociations, puisqu'il a logiquement rompu ses attaches avec la CSMF qui, pour des raisons qui lui appartiennent, ne tenait pas compte de son point de vue.

Nous vous remercions cependant de nous avoir reçus et écoutés tant que les centrales signataires ne se sont pas opposées à ce que nous poursuivions un dialogue qui aurait pu être constructif. Cette opposition est d'autant plus regrettable que notre représentativité parmi les psychiatres libéraux est au moins égale à celle du Syndicat des Psychiatres Français puisque nos effectifs sont comparables alors que, contrairement à ce dernier, nous représentons exclusivement la psychiatrie privée.

Mais, au-delà de tout esprit polémique, une question fondamentale demeure : ce rapport va-t-il dans le sens de l'intérêt des patients ? Nous vous rappelons que ce point est resté notre seule préoccupation tout au long de ce débat, et que nous y avons sacrifié toute considération de revalorisation d'honoraires, reportant cet aspect des choses à la mise en place de la CCAM des actes de consultation, dont nous n'avons pourtant actuellement aucune garantie qu'elle se fera.

Dans cette phase ultime de la négociation, il nous semble indispensable de vous exprimer notre opinion sur ce rapport.

Le rapport valide la position du S.N.P.P.

L'intégralité du rapport part d'un constat : la coordination des soins telle qu'elle est définie dans le texte conventionnel est inapplicable en psychiatrie. C'est ce que nous avons toujours soutenu et c'est pourquoi nous avons revendiqué un accès spécifique total.

À cet égard trois points méritent d'être soulignés :

Le psychiatre est un praticien de premier recours.

Comme nous l'avons toujours soutenu, le rapport énonce dès le préambule que, bien que la distinction entre premier et second recours soit ardue en psychiatrie, le psychiatre est le premier recours pour tous les patients dont l'état justifie d'une prise en charge psychothérapique. Nous pensons que cette définition est trop limitative mais elle a le mérite de confirmer notre position.

Le psychiatre n'est jamais dans une position de consultant.

Par ailleurs, et c'est aussi un point que nous avons toujours soutenu, le recours au psychiatre ne peut se penser sur le modèle du spécialiste consultant en médecine somatique. Le rapport non seulement le confirme mais va même jusqu'à proposer des modalités spécifiques d'adressage au psychiatre par le médecin

généraliste.

Sur ce point, nous ne pouvons qu'être d'accord avec les experts sur le fait qu'un acte de consultant n'a effectivement aucun sens en psychiatrie et qu'une évaluation clinique correcte implique une séquence de plusieurs consultations, cette séquence constituant déjà en elle-même une première phase de traitement, raison pour laquelle il serait absurde d'avoir à attendre six mois avant de pouvoir recevoir de nouveau le patient.

Il existe de fortes réticences à s'adresser d'abord au médecin traitant.

Enfin, l'argumentaire justifiant le maintien d'un accès spécifique pour les moins de 26 ans reprend intégralement notre argumentation. Il existe dans un grand nombre de cas de fortes réticences de la part des patients à s'ouvrir de leurs difficultés au médecin de famille. La crainte fantasmatique d'une rupture de confidentialité est largement sous-évaluée par les médecins généralistes et dans nombre de cas elle s'avère suffisamment puissante pour écarter le patient d'une démarche de soins auprès de ces derniers.

Nous ne pouvons que souscrire à tout ce qui est argumenté pour les moins de 26 ans mais, comme nous l'avons déjà amplement développé, les réalités cliniques vont bien au-delà de cette classe d'âge. En fait, tous les troubles psychiques impliquant une atteinte narcissique déclenchent mécaniquement cet évitement du médecin de famille. Qu'il s'agisse de violences conjugales, de conduites toxiques, de harcèlement dans le cadre du travail, de la crainte fantasmatique de se laisser aller à une violence incontrôlable envers ses proches, de jalousie pathologique ou de bien d'autres troubles encore - sans même parler de tous les tourments de la vie affective qui déclenchent également ce recul devant le généraliste - dès lors que le sujet se sent atteint dans sa dignité personnelle et/ou son image sociale, il est malgré lui en proie à cette crainte imaginaire de rupture de confidentialité de la part du généraliste.

C'est ici la première des raisons pour lesquelles nous avons revendiqué un accès spécifique total en psychiatrie. **Contrairement aux experts chargés du rapport, le S.N.P.P. persiste à penser qu'un accès spécifique total se justifie pleinement en psychiatrie au regard de ces arguments scientifiques.**

Le rapport propose une coordination des soins spécifique.

Mais les fondements scientifiques de notre discipline ne sont pas seuls en cause dans ce débat. D'autres considérations concernant l'organisation générale du système de soins président aux décisions et conduisent les auteurs du rapport à s'intéresser à la coordination des soins.

Plusieurs arguments, de valeur d'ailleurs très inégale, sont avancés sur ce point mais nous ne les discuterons pas un à un puisqu'ils convergent finalement tous vers un seul constat : les médecins généralistes sont trop isolés dans la prise en charge des patients psychiatriques et n'ont le plus souvent d'autre recours que d'instaurer un traitement psychotrope plus ou moins bien adapté à l'état du patient.

Dans l'intérêt des patients, c'est un argument que le S.N.P.P. ne peut qu'entendre mais qui demande cependant deux remarques liminaires.

La première concerne **la disponibilité des psychiatres**, qui est elle-même directement en rapport avec la démographie professionnelle. Voilà déjà six ans, en juin 1999, l'ensemble de la profession - c'est-à-dire les psychiatres publics, universitaires, libéraux et salariés du secteur médico-social - a lancé un cri d'alarme pour mettre en garde les pouvoirs publics face aux perspectives démographiques de la profession. Ce cri d'alarme a été répété à deux reprises, en 2001 lors de la publication du Nouveau Livre Blanc de la Psychiatrie et en 2003 durant les États Généraux de la Psychiatrie. Or, rien n'a été fait jusqu'à l'an passé, date à laquelle est enfin intervenu un relèvement significatif du nombre de postes d'internes en psychiatrie. Mais cette mesure tardive n'empêchera pas une situation de pénurie au cours des années 2010.

La seconde remarque concerne enfin **la formation des généralistes**. Cette dernière est probablement insuffisante, ne laissant probablement au praticien guère d'autre possibilité qu'une prescription de psychotropes, mais elle est strictement du ressort de l'Université et les psychiatres libéraux ne peuvent en être tenus pour responsables. Partout où ils sont sollicités de le faire, ils participent volontiers à des actions de formation continue pour les médecins généralistes mais la formation continue ne peut pallier tous les manques de la formation initiale.

À ce sujet, le rapport argumente l'intérêt du retour d'information du psychiatre vers le généraliste par le fait qu'il constitue une formation-action du généraliste. C'est de la part des universitaires se dédouaner à bon compte de la responsabilité de former correctement les généralistes à la psychiatrie que de charger ainsi les psychiatres libéraux de cette mission. La formation à la psychiatrie est une affaire sérieuse qui demande du temps, un investissement soutenu tant de la part des formateurs que des sujets en formation, et surtout la possibilité de se distancier de sa pratique pour porter sur elle une réflexion critique dans le cadre de procédures de supervisions ou de travail clinique. Il est inacceptable de justifier la coordination des soins par cette ambition de formation alors que ni les psychiatres ni les généralistes n'en ont actuellement le temps dans le cadre des pratiques réelles. Si l'Assurance Maladie est disposée à financer la formation à la psychiatrie des généralistes par les psychiatres libéraux, d'autres modalités plus adaptées et incomparablement plus efficaces peuvent se trouver, telles que les groupes Balint, les séminaires de travail clinique ou la supervision individuelle.

Ces remarques faites, il demeure incontestable qu'il existe des difficultés d'adressage des patients du généraliste vers le psychiatre et que des solutions doivent être recherchées dans l'intérêt des patients mais il est clair que nous ne pouvons pas assumer des responsabilités qui ne sont pas les nôtres.

Le rapport relève toutefois deux problèmes dont nous ne pouvons que reconnaître l'importance : le risque de désimplication du médecin généraliste dans la prise en charge du patient, et, à l'inverse, la non implication du psychiatre dans le cas de pathologies chroniques uniquement prises en charge par le généraliste.

Dans le premier cas, il est certain qu'un retour d'information est nécessaire afin que le généraliste se sente non seulement partie prenante dans une prise en charge essentiellement réalisée par le psychiatre mais surtout qu'il soit techniquement à même d'adapter son intervention en fonction de l'état du patient.

Dans le second cas, il est effectivement inacceptable qu'un patient soit durablement traité par son médecin généraliste sans la participation d'un psychiatre à la prise en charge et cette prise en charge bifocale implique inévitablement un partage d'informations.

Un possible malentendu doit être levé ici : le S.N.P.P. ne s'est jamais opposé à la coordination des soins. Pour les raisons scientifiques développées plus haut, il a toujours fortement revendiqué – et revendique toujours – le strict respect de la confidentialité dès lors qu'il y a un risque d'entrave à l'accès aux soins. Pour autant, le S.N.P.P. a toujours reconnu la nécessité de partager les informations pertinentes en cas de prise en charge pluriprofessionnelle du patient.

S'il faut expliciter plus précisément la position du S.N.P.P. quant à la coordination des soins, elle pourrait succinctement se définir ainsi. Le partage d'information avec le médecin généraliste doit être encadré par les trois principes suivants : le patient doit bénéficier d'une prise en charge dans laquelle le psychiatre et le médecin généraliste sont tous deux impliqués ; le patient doit donner son accord à ce partage d'information ; enfin les informations partagées se limitent à des données médicales (symptômes, repérage diagnostic et traitements en cours). En revanche il n'y a pas lieu d'informer systématiquement le généraliste s'il ne participe pas à la prise en charge (cas des psychothérapies) et le droit au secret du patient doit en tous les cas être respecté.

Le caractère restrictif de cette conception de la coordination des soins a pu induire une confusion dans l'esprit de nos contradicteurs mais notre revendication d'un accès spécifique total implique clairement que

nous nous inscrivons dans le cadre de la coordination des soins.

Le rapport propose l'élaboration d'accords de bon usage des soins pour régler cette question. Cette proposition a le mérite de prendre en compte toute la complexité du problème en psychiatrie et peut-être faut-il en passer par là afin de définir aussi clairement que possible le périmètre des informations médicales partageables avec d'autres professionnels. Cependant, ces accords de bon usage de soins auraient pu tout aussi bien être élaborés dans le cadre d'un accès spécifique total.

Toutefois, sur toutes les questions concernant la coordination des soins, le rapport converge globalement avec la position du S.N.P.P. : la coordination des soins en psychiatrie présente des spécificités et exige une extrême prudence. Si elle doit être formalisée, cette coordination suppose un travail préalable de repérage aussi précis que possible des informations de nature strictement médicales, et donc partageables sous réserve de l'accord du patient, travail qui doit être naturellement mené en partenariat avec les sociétés savantes de la discipline puisque ce sujet dépasse largement le cadre syndical.

Le rapport propose le parcours coordonné de soins

La seule divergence fondamentale que le S.N.P.P. maintient avec le rapport est donc la proposition d'instaurer le parcours de soins en psychiatrie plutôt que de maintenir un accès spécifique total.

À vrai dire, le lien implicite établi dans le texte de ce rapport entre la nécessité d'une coordination des soins et le parcours de soins est assez déconcertant.

En effet, tous les arguments développés se superposent largement à ceux du S.N.P.P. et auraient logiquement dû conduire les auteurs à soutenir la proposition d'un accès spécifique total en psychiatrie, mieux à même de garantir une coordination des soins spécifique à la psychiatrie. En réfutant l'accès spécifique total au profit du parcours de soins, les auteurs du rapport se condamnent à l'élaboration supplémentaire d'accords de bon usage de soins, ce qui sera nécessairement long et complexe.

De surcroît, aucun des trois arguments avancés pour soutenir la proposition du parcours de soins (page 3) n'est convaincant :

- Il est vrai que le généraliste est le premier recours pour nombre de patients mais l'accès spécifique total pour la psychiatrie n'interdit en rien au patient de consulter son médecin généraliste. La nécessité d'un adressage plus facile au psychiatre ainsi que les besoins de coordination qui en découlent n'imposent pas non plus le parcours de soins ainsi que nous l'avons discuté plus haut.

- Il est certes indispensable qu'un patient bénéficie d'une prise en charge somatique de qualité, ce qu'un psychiatre ne peut pas assurer, mais cet argument est difficile à comprendre. En effet, l'accès spécifique total en psychiatrie n'implique absolument pas que le psychiatre prenne en charge le patient sur le plan somatique et il est notoire que, dans le cas de pathologies psycho-organiques, c'est toujours le psychiatre qui réadresse le patient au généraliste et non le généraliste qui détecte l'organicité d'un trouble prenant le masque d'un tableau psychiatrique.

- Enfin, il est exact que le généraliste reste dans bien des endroits le seul médecin disponible pour l'urgence ou un relais rapide après une hospitalisation mais cela ne contre-indique pas non plus l'accès spécifique total qui ne dépossède en rien le généraliste de ce rôle central dans la continuité des soins.

Au total, ces arguments en faveur du parcours de soins semblent assez contournés et détonnent au regard de l'ensemble du rapport qui, comme nous l'avons dit, rejoint globalement notre position. Ce rapport aurait incontestablement gagné en cohérence en proposant un accès spécifique total pour la psychiatrie puisque

toute la logique de son argumentaire le poussait naturellement dans cette voie. En revanche, il s'épuise par moments à faire laborieusement entrer dans le parcours de soins,à force d'exceptions et de précautions, ce qui aurait très naturellement trouvé place dans l'accès spécifique total.

Faut-il y entendre un parti-pris en faveur du parcours de soins ? La construction parfois paradoxale du texte autorise à le penser. Fallait-il à tout prix dégager un espace de liberté tarifaire pour les psychiatres ? Peut-être.

Nous nous sommes déjà largement exprimés sur ce sujet : nous maintenons que ce serait la plus mauvaise de toutes les raisons de promouvoir le parcours de soins en psychiatrie.

Le rapport banalise trop rapidement cet aspect des choses en rappelant la possibilité de recours au service public (pourtant tout aussi débordé encore que les cabinets libéraux), l'encadrement et le caractère optionnel des dépassements autorisés ainsi que la protection du patient par l'exonération du ticket modérateur. On peut y ajouter le récent décret du 3 novembre 2005 qui protège également le patient sur le plan financier et dont nous nous félicitons.

Nous l'avons maintes fois répété, parier sur une augmentation de revenus en psychiatrie libérale à travers un mécanisme de dépassement d'honoraires est une erreur à plusieurs titres.

C'est d'abord prendre le risque d'écarter du psychiatre libéral les malades mentaux les plus graves, lourdement handicapés et exclus du monde du travail. Bien que la solvabilité de ces patients soit garantie par l'exonération du ticket modérateur, ces patients ne peuvent être mis en concurrence pour l'accès aux soins avec des patients plus fortunés à même de supporter des dépassements d'honoraires.

En outre, nous maintenons que la psychiatrie est un domaine médical dans lequel le fait de sanctionner le patient pour avoir directement porté sa demande à un spécialiste n'a aucun sens. Recourir à un psychiatre n'est une démarche ni facile ni banale dans la vie de quiconque et ce n'est pas sans y avoir d'abord beaucoup résisté que le patient s'y résout.

Enfin, alors que nous nous battons depuis toujours pour préserver les droits des patients, nous sommes profondément choqués de constater que le secret pourra désormais s'acheter dans le système de soins français, ce qui invalide de fait tout l'intérêt que le rapport aurait pu avoir pour jeter les bases scientifiques et éthiques d'une véritable coordination des soins.

Nous l'avons toujours soutenu : la nécessaire revalorisation des honoraires des psychiatres doit impérativement passer par une revalorisation significative du tarif conventionnel. Quelles que soient les précautions prises, tout autre dispositif, et notamment les dépassements d'honoraires, entraînera mécaniquement à terme une concurrence dans l'accès aux soins entre les patients les plus sévèrement atteints et généralement très démunis sur le plan matériel et les patients qui demeurent socialement bien insérés.

Une question de fond demeure donc posée à la lecture de ce rapport : tout ce débat autour du choix entre parcours de soins ou accès spécifique aurait-il eu lieu si les honoraires des psychiatres ne s'étaient pas érodés aussi sévèrement au fil des conventions depuis la création du CNPsy en 1974 qui, rappelons-le, valait alors trois fois la consultation du généraliste ?

À quelques jours de la signature de l'avenant conventionnel qui scellera le sort des deux millions de patients qui recourent aux soins des psychiatres de cabinet il faut pourtant prendre position.

Le rapport élaboré par les experts reprend les fondamentaux de la pratique et aucun psychiatre ne pourra dire que son argumentaire n'est pas fondé sur le plan scientifique. Vous pourrez vous-même observer que cet argumentaire recoupe largement celui que nous vous avons remis il y a quelques mois.

En revanche, ce rapport entretient une confusion entre coordination des soins et parcours de soins qui demande à être éclaircie, ce que nous espérons avoir fait.

La coordination des soins est une nécessité médicale. Son application à la psychiatrie demande des précautions particulières. C'est ce que nous avons toujours soutenu et ce que confirme le rapport. C'est le fondement même de notre revendication d'un accès spécifique total.

Le parcours de soins est une autre affaire qui n'a que des inconvénients en psychiatrie hormis la possibilité d'une liberté tarifaire encadrée à laquelle aspirent nombre de nos collègues faute d'une revalorisation suffisante de nos honoraires au fil du temps.

Nous savons que ce rapport a été reçu comme base de discussion pour l'avenant conventionnel mais, de notre point de vue, toutes les options restent ouvertes. Dès lors que la confusion entre coordination des soins spécifique et spécificités du parcours de soins est levée, le rapport soutient en effet tout autant l'accès spécifique que le parcours de soins.

Nous vous remercions de l'attention que vous pourrez accorder à ce courrier et espérons qu'il demeure une marge de négociation suffisante pour faire valoir nos arguments.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Directeur, en l'expression de nos respectueuses salutations.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE, Président du SNPP
Yves FROGER, Secrétaire Général du SNPP
12 décembre 2005

Courage, fuyons !

Yves Froger

L'avenant limitant l'accès spécifique en psychiatrie aux patients âgés de moins de 26 ans a été signé le 19 décembre.

Moins d'une semaine plus tard, deux syndicats promoteurs de l'avenant, le Syndicat des Médecins Libéraux (SML) et le Syndicat des Psychiatres Français (SPF), par la voix de deux de leurs éminents représentants voudraient nous convaincre que tout cela ne change rien.

Ne nous laissons pas abuser par cette tentative de désinformation.

Souvenons-nous en juillet 2004, quand le texte de la Loi de Réforme de l'Assurance Maladie était connu, le premier vice-président de l'U.ME.SPE. (branche syndicale des spécialistes de la CSMF), membre influent du SPF, annonçait dans les colonnes du Monde une victoire pour les psychiatres qui allaient pouvoir bénéficier du dispositif autorisant la prise de dépassement.

L'intention était clairement énoncée, et après 18 mois d'une bataille acharnée, ce courant a obtenu gain de cause. L'effet n'est nullement négligeable, il était recherché mais le prix à payer est lourd.

Bien sûr, les patients pourront toujours choisir de nous consulter directement, sans passer par le médecin traitant, mais ce n'est plus la règle. Ils se mettent hors parcours de soins, et n'oublions pas non plus que ce parcours de soins était qualifié de vertueux par les promoteurs de la réforme. Comment affirmer que tous ces

mots ne comptent pas, comment les psychiatres pourraient négliger le poids du signifiant.

Les médias ont déjà relayé l'information et elle est maintenant intégrée par tout le monde patients et médecins. Avant de consulter le psychiatre, le patient doit passer par son généraliste sinon il s'expose à un dépassement non remboursable. Bien sûr, le psychiatre n'est pas obligé de prendre ce dépassement mais d'une part, le patient en ignore tout tant qu'il n'a pas consulté, et d'autre part, c'est oublier que l'avenant a été signé pour cela.

Le changement est donc évident, le psychiatre est maintenant considéré comme un spécialiste de second recours auquel il est fait appel si le médecin généraliste le juge utile ou nécessaire. C'est la règle, ne pas en tenir compte c'est transgresser et la transgression ne sera jamais la règle. Notre pratique et surtout l'orientation des patients sont maintenant grandement liées à la décision des médecins généralistes. Dans leur très grande majorité, les patients consulteront d'abord leur médecin traitant, ou ne consulteront pas du tout si ce passage obligé les rebute. L'effet dissuasif quant à l'accès aux soins ne nous semble plus à démontrer.

Alors pourquoi s'évertuer à nous laisser penser que tout ceci serait sans importance, que le changement tant espéré par ces gens-là ne changerait rien. N'est-ce pas déjà avouer que le prix à payer pour ce changement est trop lourd. Nous l'avons dénoncé, et les psychiatres dans leur ensemble l'ont bien compris.

Notre incompréhension s'est encore renforcée quand le docteur J.-F. Rey, président de l'U.ME.SPE a dénoncé ces méfaits de l'obligation du parcours de soins pour les spécialités cliniques (dermato, rhumato, etc.) qui enregistrent une baisse importante de leurs revenus. Dès lors, pourquoi avoir fait rentrer les psychiatres dans un dispositif qui montre aussi ses failles sur le plan financier pour les spécialistes car les dépassements sont loin de compenser la perte d'activité. Nous avions obtenu dans la convention une place relativement privilégiée et une nouvelle fois la CSMF et le SML, en s'appuyant sur la demande d'une minorité de membres du SPF, n'ont pas hésité à sacrifier la psychiatrie pour maintenir un système, le parcours de soins, qui commence déjà à vaciller.

Ce constat est bien douloureux. Les promoteurs devront en assumer la responsabilité. Or leur comportement ressemble plutôt à une fuite.

Yves FROGER
Lorient

Quelques constats

Pierre Cristofari

Premièrement, cette convention dont nous n'approuvions pas la signature va se révéler inapplicable. Résolument conventionnistes, nous sommes plus attachés que certains de nos confrères à l'importance pour nos patients, mais aussi pour nous, d'une vie conventionnelle où le débat n'est pas la guerre entre les caisses de sécurité sociale et les médecins.

Deuxièmement, parce que nous sommes lucides sur l'origine de la solvabilité de nos patients et sur l'origine des honoraires des médecins, nous sommes très suspicieux vis-à-vis des dépassements d'honoraires. Ceux d'entre nous qui ont fait le choix du secteur II l'ont fait le plus souvent par lucidité. Ceux qui l'ont fait pour des raisons idéologiques demandent très logiquement qu'il soit ouvert à tous.

Troisièmement, les augmentations d'honoraires vues par le prisme de la statistique et son utilisation politique, la fameuse et fumeuse augmentation des revenus des médecins, ne concernent que quelques-uns. La caricature en est celle des consultations privées dans le secteur hospitalier, atteignant, sur une clientèle très ciblée, des sommes parfois considérables.

Quatrièmement, les tergiversations autour du secteur optionnel et de ce ridicule « parcours de soins » ne visent qu'à gratter quelques euros, pour jeter un os à ronger aux cliniciens de secteur I. On a échangé l'accès direct au psychiatre, qui prévalait jusque-là, par un avenant mettant la psychiatrie dans le lot commun avec passage obligé chez le généraliste et retour d'informations chez celui-ci. Pour gagner le denier de Judas ? En tout cas pour pouvoir avoir droit à des dépassements d'honoraires dont le montant sera dérisoire.

Cinquièmement, nous voyons des syndicats signataires de cet ahurissant « parcours de soins » s'inquiéter maintenant de ses conséquences. Qui plus est, s'en inquiéter de façon bien médiocre : certains spécialistes auraient vu leur clientèle baisser… alors que le but avoué des négociations était pourtant bien celui-là ! Les libéraux en peau de lapin, ceux qui veulent du libéralisme pour augmenter les honoraires et de la solidarité pour les augmenter encore, ne sont pas encore guéris d'un poujadisme chronique encore malheureusement répandu chez certains médecins.

Sixièmement, cette convention tourne au calcul médiocre. Nous sommes interpellés par des adhérents interloqués, auxquels nous ne savons que répondre : sincèrement nous n'avons pas compris grand-chose à l'intérêt et au mécanisme de ce parcours de soins tant vanté… Ce qui est certain, c'est que les interprétations des Caisses Primaires seront à géométrie variable et qu'il faudra une forte solidarité syndicale pour lutter contre les innombrables conflits qui ne manqueront pas de survenir.

Septièmement, on retiendra un adjectif de toute cette histoire : "vertueux ". Le parcours de soins va introduire une façon " vertueuse "de pratiquer la médecine. L'adjectif est savoureux : voilà une façon bien commode de disqualifier les opposants . Cette façon de faire est ancienne, c'est l'argument de ceux qui n'ont plus d'argument.

Pierre CRISTOFARI
Hyères

Le putsch d'un quarteron

Olivier Schmitt

Les pires abus s'appuient souvent sur le formalisme.

Sous le prétexte protocolaire qu'il n'adhérait pas à une confédération signataire de la convention, des représentants du bureau du SPF ont obtenu l'exclusion du SNPP des négociations qui concernait un point pourtant hautement important pour tous les patients : l'accès aux soins.

Devant les réticences de l'UNCAM que nous tenions au courant de nos analyses, les représentants du SPF ont demandé l'intervention d'experts « indépendants » qu'ils ont eux-mêmes choisis !… dans leurs rangs.

Ces derniers se sont sans doute sentis bien ennuyés pour produire un texte aussi contradictoire : argumentaire intelligent, conclusions incohérentes. Ah ! Les conflits d'intérêts… Sans doute, loin de la réalité clinique de la pratique libérale, n'ont-ils pas perçu l'importance des conséquences de leur complaisance.

Mais nous sommes représentatifs ! S'escriment à affirmer dans leurs écrits ces fossoyeurs du soin en cabinet.

De la représentativité, parlons-en.

Une pétition du SNPP avait reçu plus de mille réponses favorables à ses positions (du jamais vu dans ce genre de démarche). De nombreux adhérents quittent le SPF pour rejoindre le SNPP pour cette même raison. Rien n'y fait, le quarteron persiste et signe.

Quelle est donc leur motivation ?

L'exercice du pouvoir pour le pouvoir, compenser ainsi leur manque de représentativité ?

En fait, ils ont dit au départ à qui voulait l'entendre qu'ils voulaient l'ouverture d'un espace de liberté tarifaire à tout prix, même réduit à la portion congrue, en misant sur la disparition progressive de la capacité de la solidarité nationale à donner aux patients des soins par des médecins justement honorés pour ce travail. C'est un choix de société inégalitaire que nous n'avons pas fait.

Certes, tout cela n'était pas politiquement correct et ils ont dû modifier leur argumentation.

S'appuyant sur l'article de la convention suivant :

1.3.2. Modalités de rémunération du médecin spécialiste consulté en accès spécifique :

Dès lors qu'ils sont intégrés au parcours de soins coordonnés et que leurs engagements sont identiques à ceux du médecin correspondant, notamment en procédant à un retour d'information au médecin traitant, les praticiens en accès spécifique conventionnés à tarifs opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination bénéficient de la majoration de coordination décrite au point 1.2.2 [majoration de coordination des spécialistes (MCS)], l'accès au DA était pour eux la seule solution pour préserver la confidentialité. Confidentialité que l'avenant brade allégrement pour ceux qui ne peuvent pas payer et pour les moins de 26 ans ! Drôle de manière de se refaire une intégrité.

L'évidence de la nécessité technique, et les relations que nous avions nouées auprès de l'UNCAM et du GIP-DMP nous laissaient penser que cet article était tout à fait négociable pour ce qui concerne la psychiatrie. Mais c'est là affirmer la spécificité de notre discipline. C'est bien là où le bât blesse.

Au lieu de mettre leur énergie à obtenir cette spécificité, ils ont au contraire martelé que la psychiatrie était une spécialité comme les autres.

Leur attitude laisse pantois. Sans doute avons-nous eu le tort de ne pas imaginer possible une telle obstination dans le dérisoire. Erreur historique !

Mais qu'aurions-nous pu faire ?

Rejoindre la CSMF pour leur demander de faire relais de notre point de vue ? Elle ne l'a jamais fait, surtout en ce qui concerne notre spécificité, et c'est d'ailleurs pour cette raison que nous l'avons quittée. C'était complètement illusoire. La position du SPF, pour minoritaire qu'elle soit lui convient bien trop. L'unité des médecins a toujours été pour elle l'occasion de donner l'avantage aux spécialités techniques. Cela a toujours été le cas, même lorsque le président était un généraliste. Encore cette fois-ci, ce sont les spécialités cliniques qui pâtissent de la réforme.

Nous avons perdu une bataille, défaite extrêmement dommageable pour nos patients et la clarté de notre travail. Gageons que cette expérience serait démonstrative. Mais, faut-il attendre ? Ne baissons pas les bras, un avenant n'est qu'un avenant et il peut être modifié.

Olivier SCHMITT
Niort

En pratique. Qu'en est-il de la cotation de nos actes après l'avenant qui vient d'être signé ?

Olivier Schmitt

Nous ne l'avons pas voulu, nous l'avons combattu, devrons-nous hélas dorénavant l'appliquer longtemps ? Vous allez voir comme c'est simple ! Regardez le tableau ci-dessous. Les pastilles chiffrées du tableau correspondent aux notes explicatives suivantes :

Note N° 1
a) Si l'on s'en tient à la convention.
Article 1.4.4 : L'accès non coordonné
"…Lorsqu'ils sont consultés en dehors du parcours de soins coordonnés, et en dehors des cas d'urgence et/ou d'éloignement occasionnel du patient, les praticiens spécialistes conventionnés à tarifs opposables sont autorisés à pratiquer des dépassements.

Ces dépassements sont plafonnés à hauteur de 17,5 % pour chaque acte clinique effectué, arrondi à l'euro supérieur, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés…"

[17,5 % de 40 € = 6,80 € soit arrondi à 7 €]
Article 7.2 : Majorations de certaines consultations
"…Les parties signataires conviennent que la MCS ne peut pas se cumuler avec la facturation d'un dépassement autorisé (DA) prévu au point 1.4.4 de la convention…"

Nous devrions coter CNPSY + MPC + DA (34,30 + 2,70 + 0 à 7 € = 37 à 44 €).

b) Si l'on s'en tient au site « Amelie » de la Sécurité Sociale. Qui affiche depuis le début de la convention :
"Dépassement autorisé :
Lorsqu'ils sont consultés hors du parcours de soins coordonnés, les médecins spécialistes de secteur 1 sont autorisés à pratiquer des dépassements. Chaque dépassement (acte clinique ou acte technique) est limité au maximum à + 17,5 % de la valeur de l'acte, soit un tarif maximum de 32 € pour une consultation. Le praticien s'engage à réaliser 70 % de son activité en tarif opposable, tant pour les actes cliniques que techniques."

Le site Amelie affirme ainsi le cumul MCS et DA pour les autres spécialités (sinon le tarif maximum serait de 30 €), on peut donc en induire la cotation suivante pour les psychiatres :

Nous pouvons donc coter CNPSY + MPC + MCS + DA (34,30 + 2,70 + 3 + 0 à 7 € = 40 à 47 €)
Remarque : Il est surprenant que les caisses aient "oublié" cet article 7.2 de la convention. Nul doute qu'elles s'en rappelleront au moindre conflit.

Note N° 2
Les remboursements des organismes complémentaires seront modulés dans le cadre de "contrats responsables", obligatoires sous peine de subir des taxes et de perdre des avantages fiscaux et sociaux.

Note N° 3

Article 7.2 de la convention :

"Majorations de certaines consultations :
…Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, ces majorations ne pourront être cotées que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et par les praticiens ayant adhéré à l'option de coordination décrite au point 1.2.3 du présent texte ; par dérogation, les médecins du secteur à honoraires différents pourront coter la MCS et la MCG dans le cadre de soins délivrés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire…"

Note N° 4
L'assurance-maladie prend en charge une partie des cotisations sociales du praticien adhérent. Cette prise en charge s'applique sur la part de l'activité du praticien adhérent facturée en tarifs opposables, selon les modalités exposées en annexe viii.3. Sur cette part, les taux de prise en charge sont équivalents à ceux des praticiens exerçant dans le secteur à honoraires opposables.

Note N° 5

Article 2 de l'avenant signé le 19 décembre 2005 :

"L'avis ponctuel de consultant par le psychiatre ou le neuropsychiatre ne peut se concevoir comme pour les autres spécialités car il s'apparente à une séquence de soins permettant d'engager le patient dans un parcours thérapeutique adapté.

La première consultation du psychiatre consultant est cotée C 2,5. À titre dérogatoire, en cas de séquence de soins nécessaire, il pourra revoir ce patient une fois ou deux fois dans les semaines suivantes, en consultation cotée « CNPSY »."

Remarque : Nous osons espérer qu'ici, « CNPSY » ne peut être qu'une erreur de rédaction par assimilation métonymique

CNPSY = CNPSY + MPC + MCS

Note N° 6

Article 4.3. de la convention :
"…a) Le médecin peut s'affranchir des tarifs opposables en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical (DE).

Dans ce cas, le praticien peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal qu'il a effectué et non pour les frais accessoires.

Le praticien fournit au malade toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'assurance maladie et lui en indique notamment le montant et le motif.

L'indication « DE » est portée sur la feuille de soins.

Ce dépassement ne peut se cumuler avec un dépassement autorisé plafonné (DA)…"

Olivier SCHMITT
Niort

Tableau : comment remplir une feuille de soins ?

Sur le rapport des Drs M.C. Hardy-Baylé et L. Schmitt

Martine Fleury

Rapport des “experts incontestables” préconisant le parcours de soins ordinaire pour la psychiatrie

En lisant très attentivement ce fameux rapport on voit les cervelles de nos chers collègues fumer !

En effet, on apprend tout ce qu’il faudrait faire pour que la France ne soit pas en queue de peloton européen pour la prise en charge des malades mentaux, sans aucune analyse des causes, bien sûr! Donc on prescrit des solutions sans avoir porté de diagnostic ; comme démarche scientifique, il y a mieux!

De même on n’explique pas en quoi le parcours de soins peut améliorer la situation de nos patients. Comme s’il n’y avait pas d’échanges actuellement pour ceux pour qui c’est nécessaire !

Nous avons deux catégories de population qui nous consultent : ceux qui veulent laisser leur généraliste hors champ de l’intime, et ceux qui souhaitent une collaboration. Et nous respectons cela. Nous n’avons pas attendu cette convention pour écrire ou téléphoner à nos collègues à la demande de nos patients, heureusement !

Par contre l’inverse n’est pas de notre fait : combien de patients viennent nous voir après des années de souffrance sans que leur généraliste leur ait jamais parlé d’un avis spécialisé, ça, c’est grave et ça tient à la formation des médecins, et ça ne ressort pas d’une convention.

Par ailleurs on apprend dans ce texte infamant que les psychiatres ne sont pas équipés pour faire des diagnostics somatiques ; mais bon sang la clinique n’est pas l’apanage des généralistes et je ne compte pas le nombre de diagnostics de pathologies graves voire gravissimes que j’ai posés avec justesse (hélas ! pour les patients) et parfois dans l’urgence de ma consultation, alors que leur généraliste n’y avait pas pensé. Nous sommes d’abord des médecins avant d’être des psychiatres et notre premier outil est notre capacité d’observation, particulièrement développée dans notre discipline !

On retiendra aussi dans les perles qu’une consultation psychiatrique est longue et peut atteindre une heure, tiens donc, nous voilà avec un rapport qualité-prix qui défie toute concurrence, à 40 euros de l’heure (brut évidemment !), mais surtout la meilleure “le recours à un conciliateur pour des délais d’obtention de rendez-vous trop éloignés”.

On ne voit pas bien en quoi un conciliateur va résoudre la pénurie de psychiatres qui sévit dans certains départements, dont le mien (Seine-Maritime) et qui va aller en s’aggravant, tout le monde le sait.

Quant à la confidentialité qui doit côtoyer le partage d’informations, dans un paradoxe d’un flou consommé, on sent bien que le texte a été “bidouillé” et que les auteurs ne savaient pas comment s’en sortir.

Mais je voudrais surtout leur rappeler à ces universitaires (mais ils ne me liront pas, dommage) les torchons que nous recevons de la part de nos confrères du public. Un style télégraphique, où les phrases ont disparu au profit d’un alignement de quelques symptômes et d’une classification en DSM machinchose d’où la subjectivité du patient a disparu.

D’ailleurs vous l’avez remarqué c’est le généraliste qualifié de spécialiste par nos chers universitaires, qui se réapproprie le parcours de soins !

Il FAUT absolument que nos patients soient informés de ce tissu d'inepties qui veut les chosifier, les faire rentrer dans un cadre administratif où tout sera surveillé, quantifié, par qui, comment, sur quels critères, tout est flou, non défini mais la messe est dite : tenons bon, la majorité d'entre nous est plus près de la retraite que de sa thèse, et nos patients eux sont intelligents, s'ils viennent chez nous c'est qu'ils en veulent des soins (contrairement à ce qui est dit dans ce rapport, nous avons des malades conscients de leurs pathologies). Alors ils nous posent des questions sur cette foutue convention, ils veulent savoir ce que ça veut dire parcours de soins, et moi j'en profite pour leur dire tout le mal que je pense de ce système et leur rappeler qu'ils sont libres de leurs choix, libres, libres…

Si j'étais scénariste, je me ferais un plaisir de concocter une saynète à la Kafka. Bref, une histoire de fous…

Mais en fait, au plus profond de moi, tout ça me rend triste, j'ai honte que des médecins que je n'ose même pas appeler confrères aient une si grave méconnaissance :

- De leur métier
- De notre exercice spécifique libéral
- De ce que sont les consultants des psychiatres
- Et qu'ils se soient laissés aller à cette mascarade pseudo-scientifique.

Ce texte est une insulte à la profession, il est inique, odieux, inacceptable.

Martine FLEURY
Rouen

ADD, vous avez dit "a des dés" ?

Patrice Charbit

« Bonjour docteur, je suis ADD. Mon téléphone est le… »

« Bonjour docteur, je suis le 06._-._-._-._-. ou le 01._-._-._-._-. »

Ces deux entrées en matière, pour le moins singulières, sont énoncées sur un tel mode d'évidence qu'une quelconque tentative d'interrogation serait inutile voire nuisible de prime abord. Les charlatans ont bien fait leur travail et ces patients arrivent convaincus de leur identité « post-moderne » : c'est à ce titre qu'ils entrent en contact avec un psychiatre.

Le premier attend du rendez-vous une prescription de Ritaline censée désarmer l'ADD (Attention Deficit Disorder) à laquelle il s'identifie : « Mon médecin généraliste m'a dit que seul un psychiatre pouvait en prescrire ». Qu'il ne puisse en commander directement sur Internet est considéré comme un archaïsme, d'ailleurs, un de ses amis ne lui a-t-il pas dit qu'il présentait les mêmes symptômes et qu'il devrait suivre le même traitement ?

Il se prête facilement à l'entretien pendant lequel les causes de son anxiété sont très vite abordées, cependant, il termine tout de même en réclamant sa « Ritaline ».

Le second n'a sans doute pas rappelé ou… sous un autre nom…

Si le signifiant représente le sujet pour un autre signifiant, si « ADD » ou le « 06 » représente le sujet auprès du psy joint au téléphone, nous avons à déjouer la place que l'on nous assigne, seule issue à ce que nos interlocuteurs s'interrogent sur la leur. Non, un entretien n'est pas réglé d'avance et si le transfert s'initie avant même la première rencontre, nous ne pouvons que prendre acte du carcan dans lequel les tutelles tentent de nous enfermer. Tout est fait pour que la consultation soit un balai de « non-dupes », un protocole dans lequel chaque protagoniste joue au mieux une partition réglée en vieux routard de la relation « dealeur-dealant ». Bien entendu, l'argument de vente du produit est dénié et la mise en scène est soutenue par la science. Les technosciences sont la caution utilisée pour aboutir à l'établissement d'un « technnopsy » en lieu et place du sujet supposé savoir. Au diable le transfert, vive la transparence. Telle est la perversion dans laquelle les tutelles veulent nous cantonner.

Nous avons souvent évoqué les nouvelles demandes en psychiatrie ; ces deux courtes vignettes cliniques donnent à penser que le sujet de ces nouvelles demandes n'est pas à ignorer non plus. Leur identification adressée au psychiatre est utilitariste, une logique de consommateur à qui « on ne la fait pas ». Ils s'inscrivent dans le champ social contemporain, dans une logique de protocoles cadenassés qui n'imagine même plus qu'un psy puisse les faire voyager ailleurs.

J'avance que les charlatans ont bien fait leur travail (charlatans au sens du xviiie siècle : des praticiens de la médecine non agréés) au regard de l'assurance de ces patients quant à la recevabilité de leur demande. Du laboratoire pharmaceutique, aux médias, à l'entourage et même au médecin généraliste, la chaîne de transmission est parfaitement rôdée et ne souffre pas d'équivoque.

Le patient arrive mûr pour la prescription et la fréquentation d'un psychiatre chevronné est impuissante à le détourner du conditionnement dont il est l'objet, au décours d'une première rencontre.

Le seul espoir du psychiatre dans cette histoire repose dans la perspective de poser quelques repères qui feront éventuellement revenir le patient, comme les cailloux du « Petit Poucet », si la « Ritaline » qu'un confrère aura prescrite lui laisse l'usage, à Dieu ne plaise, de quelques neurones.

Ce patient était né avec un manque d'amphétamines et ne le savait pas.

Toutes ses erreurs passées, ses souffrances étaient donc dues à cela. Du sujet non-informé, le voilà advenu sujet assurément manqué… de drogue.

Si l'inconscient freudien est un savoir sans sujet, la redistribution bio-technologique fait de notre patient une victime d'une non-information scientifique qui le fait advenir, du fait des techniques de communication, revendiquant d'une prothèse. De la perversion à la paranoïa ou « comment gélifier le sujet ».

Le passage par le médecin ou le spécialiste n'est qu'une étape que la technique pourra bientôt contourner. Votre santé dépend de votre information. Gardez le poste ouvert, le suspense et l'adrénaline n'ont pas fini de couler.

Dans l'opération, le symptôme est verrouillé, n'est plus point d'appel à son analyse et l'inconscient n'a plus qu'à aller voir ailleurs.

L'accès spécifique au psychiatre n'est pas une garantie qui éviterait au patient de s'identifier à un numéro de téléphone ou à un slogan de type « ADD », mais une chance de se situer face à une altérité nouvelle, face à un parcours de vie et non de soins ritualisés… si le psychiatre ne prescrit pas d'emblée de la Ritaline.

En tant que « technopsy-évalué-garanti-par-la-formation-protocolisé », je n'aurai plus le droit d'entendre « a des dés » quand un quidam me parlera de troubles cognitifs formalisés ADD. Ce sont des bibliothèques qui brûlent.

Dans le fil de cette réflexion, un certain rappel au sérieux ne serait sans doute pas inutile. Le témoignage des psychiatres concernant la réalité clinique telle qu'ils la côtoient et non telle que des protocoles la supputent serait de bon aloi.

« Une étude contre les protocoles » qui consisterait à demander aux psychiatres d'exercice privé d'exposer un cas clinique qui leur semble représentatif de leur pratique permettrait un rappel des faits.

Faire écrire des praticiens est peut-être ambitieux, mais ne sont-ils pas les mieux placés pour décrire ce qui se passe dans leur cabinet ? Nous avons à intervenir dans le processus en cours, comment le ferions-nous mieux que de notre place ?

Si un nombre convenable de psychiatres répond à cet appel, décrit un cas clinique qui lui semble significatif suivi d'un bref commentaire, serait alors à disposition un matériel inédit doté d'un poids non négligeable.

Nous vivons un moment historique de la République où l'État manque à sa mission en se cantonnant à un rôle d'arbitre, en ne se situant plus à l'égard de l'intérêt général. « Que chaque camp nomme ses experts, nous appliquerons la volonté de celui qui restera debout » est la devise du nouveau régime. Les péripéties concernant « l'accès spécifique » vont bien dans ce sens et c'est pourquoi le SNPP avait fait part de ses craintes à la presse dès qu'il a été annoncé que des experts avaient été nommés, sans attendre les résultats de leurs travaux.

Il ne s'agit plus d'avoir les arguments les plus justes mais le poids le plus grand et nous sommes 6 000 psychiatres d'exercice privé… ce qui, a priori, n'est pas rien.

Les modalités de cette étude seront exposées dans le prochain numéro du présent bulletin. Alors, à vos plumes !

Patrice CHARBIT
Paris

La réforme de la Sécu - Outreau - l'état d'urgence (du passage obligé - via l'économique - chez le médecin traitant)

Pierre Fichet

« La bourgeoisie ne peut exister sans révolutionner sans cesse les instruments de production, c'est-à-dire l'ensemble des rapports sociaux. Le maintien sans changement de l'ancien mode de production était, au contraire, pour toutes les classes industrielles antérieures, la condition première de leur existence. Ce bouleversement continuel de la production, ce constant ébranlement de tout le système social, cette agitation et cette insécurité perpétuelles distinguent l'époque bourgeoise de toutes les précédentes. Tous les rapports sociaux, figés et couverts de rouille, avec leur cortège de conceptions antiques et vénérables se dissolvent ; ceux qui les remplacent vieillissent avant d'avoir pu s'ossifier. Tout ce qui avait solidité et permanence s'en va en fumée, tout ce qui était sacré est profané, et les hommes sont forcés enfin d'envisager leurs conditions d'existence et leurs rapports réciproques avec des yeux désabusés ».

Karl Marx et Friedrich Engels

« La médecine et le médecin sont donc le premier objet de la normalisation. Ce concept commence par s'appliquer au médecin avant de s'appliquer au malade. Le médecin fut le premier individu normalisé en Allemagne »

Michel Foucault, Histoire de la médicalisation

Les experts(1) bien nommés et zélés servent la machine techno-gestionnaire de la nouvelle colonie pénitentiaire(2) mondialisée.

Que le « patient-justiciable-condamné » ne comprenne rien à la novlangue(3) édictée par les hautes autorités et autres ANE (S) A Servir leur est indifférent.

L'essentiel, c'est que la machine fonctionne ! Peu importe qu'au passage les vies humaines, le désir et la demande soient écrasés. Les ressources humaines ne sont-elles point inépuisables et interchangeables?

La sempiternelle évaluation(4) encore convoquée aujourd'hui comme garantie (en trompe-l'œil) ne venant que souligner la non – valeur de l'humain, sa transformation en produit de la technologie économique, inséré dans la logique des flux ou condamné à être soit recyclé, soit mis au ban de cette société.

Que ce soit la réforme de la Sécu, Outreau, ou l'état d'urgence, ce qui rassemble ces trois événements, c'est que nous assistons là aux dérives d'une société ultra sécuritaire. Giorgio Agamben montre dans les premiers chapitres de son livre (Homo Sacer) comment la démocratie est intimement liée à l'état d'exception. Nous ne pouvons plus nous leurrer de ce qui est à l'œuvre aujourd'hui, à commencer dans le monde de la médecine : l'horizon est totalitaire.

Pour ma part je prends mes distances avec cette machine qui veut évaluer, numériser la vie. J'ai demandé à être déconventionné au 1er janvier 2006.

Pierre FICHET
Amiens

1) Ils se sont illustrés (les experts psy) à Outreau déjà, experts et universitaires, cumul de la maîtrise aux conséquences bien insuffisamment interrogées.

2) Kafka (La colonie pénitentiaire).

3) G. Orwel : 1984.

4) Carl Schmitt disait : « la valeur crée ipso facto une non-valeur ».

Les évaluations dans le secteur médico-social : les indicateurs représentent-ils la seule solution pertinente ?

Yannick Cann, Marc Maximin, Roger Salbreux

Dans le secteur médico-social, nous sommes actuellement confrontés à deux tentatives d'évaluation presque simultanées et pour le moment contradictoires :

1°/ en application de la loi du 2 janvier 2002 et de son décret financier du 22 octobre 2003, nous assistons à la mise en place d'indicateurs destinés à moduler de manière plus rationnelle et plus juste l'allocation de ressources aux établissements et services. L'idée est d'apprécier l'activité de ces structures de la façon la plus exacte possible à l'aide d'indicateurs simples et en nombre limité reflétant à la fois, la quantité de travail accompli, mais aussi sa difficulté et sa qualité ;

2°/ parallèlement et en prévision de l'application, maintenant assez proche, de la loi du 11 février 2005 (plus de 80 décrets sont actuellement en cours de concertation), nous commençons à découvrir les organismes et les équipes (notamment la CNSA) qui préparent les référentiels nécessaires à l'évaluation de la compensation du handicap : or celle-ci inclut certes les aides techniques, humaines et animalières, mais aussi les établissements et services ; il n'est pas déraisonnable d'imaginer que cette évaluation ne puisse bientôt concourir à la recherche d'une nouvelle tarification des institutions par l'addition des besoins individuels de compensation des personnes qu'elles accueillent.

La loi du 2 janvier 2002 (dite de rénovation de l'action sociale et médico-sociale), qui "place la personne handicapée au centre du dispositif et les actions entreprises dans une démarche de qualité" a tout naturellement induit la conception des indicateurs qui nous sont présentés dans le premier des deux cadres précédemment cités. En effet, ceux-là ont pour objet de décrire les différentes approches médico-sociales utilisées, d'en dresser une typologie, puis d'analyser en amont les facteurs qui favorisent ou freinent l'amélioration de leur qualité. En effet, la recherche de qualité est ici revendiquée pour apporter un service plus efficace et mieux adapté, mais aussi afin de parvenir à cette même qualité au meilleur coût ; ces concepts ont déjà largement "pénétré" le champ des établissements sanitaires avec la procédure d'accréditation et, par conséquent, il est clair que le secteur médico-social, ne peut rester à l'écart de ce mouvement. Il est dit cependant dans le décret du 22 octobre 2003 que, si l'on peut s'étonner des écarts de prix de revient entre des structures a priori comparables, il ne s'agit pas pour les Pouvoirs publics de tenter d'arriver par le moyen de ces indicateurs à une convergence tarifaire.

Cependant, des inquiétudes demeurent, aussi bien chez les gestionnaires que chez les professionnels : car il n'est pas fait mystère que l'on pourrait parvenir ainsi, plus ou moins directement ou encore en alternative à un usage trop difficile des indicateurs, à une classification qui se voudrait par groupes homogènes de malades et d'ailleurs certains ont déjà proposé tout simplement une tarification par groupes homogènes de handicap.

La quête de qualité dont il vient d'être question et que nul ne peut refuser, serait "objectivée" par la mise en place de "tableaux de bord" d'indicateurs faciles à recueillir et donc renseignés par les établissements et services eux-mêmes. Après avoir été élaborés en concertation avec différents experts et équipes, puis passés au crible d'une diminution de leur nombre et de leur complexité, destinée à simplifier le travail informatique, ils ont été expérimentés sur le terrain par des équipes volontaires en deux phases distinctes :

- Une première phase s'est efforcée de recueillir des informations comptables, la plupart du temps déjà disponibles, structure du budget, nombre d'équivalents temps-plein, qualification et ancienneté du personnel, répartition des bénéficiaires par âge ou par sexe, critères de répartition des types d'activité (prévention, diagnostic, prise en charge), etc. Les arrêtés correspondants sont la plupart du temps déjà parus (durant cet été).

- Une deuxième phase, encore en cours de discussion, porte sur la typologie de la population accueillie, sur le temps de présence effective des salariés, mais aussi sur des informations à propos de la ventilation des activitéspar nature de travail et ne deviendra effective qu'en 2006.

Les indicateurs de première phase, volontiers désignés sous le nom de quantitatifs, renvoient à des statistiques assez larges, portant essentiellement sur des données financières facilement chiffrables, qui permettent d'évaluer globalement l'activité des structures en cause. Les indicateurs de deuxième phase, se veulent plus qualitatifs et voudraient contribuer à affiner les données ci-dessus en introduisant non seulement l'activité, mais aussi sa justification en termes de qualité des services rendus aux personnes, la nature (et le coût) de ces services dépendant alors fortement des besoins spécifiques de telle ou telle catégorie de patients (soins liés à la nature et à la gravité de la maladie et aussi poids du désavantage social qu'elle entraîne et de l'accompagnement qu'il nécessite).

Là encore, on est de nouveau soumis à une simplification des typologies envisagées : confrontée à la nature très différente des soins exigés par un handicapé moteur et un autiste dans un CAMSP par exemple, l'administration souhaite réduire les catégories proposées à l'énumération des grandes catégories du secteur handicap de la DGAS : handicap sensoriel, moteur, mental ou psychique, auxquels est adjointe une classe de multihandicapés ; de même pour les ITEP et probablement les CMPP, on propose les grands titres de l'axe 1 de la CFTMEA. Le réductionnisme de cette procédure est évident et, dans ces conditions, l'exclusion de tout un ensemble de variables personnelles et singulières propres au sujet, enlève toute signification à ce type de catégorisation. En effet, cette démarche ne peut que regrouper les signes qu'il s'agit de critériser et ne parvient finalement à délimiter que des groupes de patients en réalité assez hétérogènes.

Les inévitables comparaisons financières et les calculs de moyenne que l'administration reconnaît être prête à exécuter sur ces bases pour une plus juste répartition des moyens disponibles que tout un chacun appelle de ses vœux, ne seront alors plus du tout représentatifs de la pathologie et encore moins des besoins des personnes. Elles ne pourront donc pas servir à moduler comme il est souhaité l'allocation de ressources en fonction de ces besoins, lesquels seront appréciés de façon assez grossière par des typologies inadaptées et noyés dans la masse et la diversité des cas particuliers accueillis dans les structures.

En fait, il nous semble être en présence de deux méthodologies incompatibles :

- Une méthodologie comptable, fournissant aux établissements et services les moyens de répondre à des besoins collectifs, en fonction d'indicateurs financiers permettant d'évaluer l'activité de ces structures ;

- Une méthodologie d'évaluation des besoins individuels de compensation de chaque personne, incluant le choix de son propre modèle de vie, donc de son désir, et dont à terme l'addition permettra peut-être le financement exact des structures où elle sera éventuellement soignée et/ou hébergée.

Cette incompatibilité provient des préoccupations fort différentes des deux lois : la loi du 11 février 2005 (sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées) fait de la personne en situation de handicap sa référence principale, tandis que la loi du 2 janvier 2002 privilégie une approche de l'usager par la structure ou par le système et entre donc en contradiction avec la démarche précédente. À notre avis, il n'est pas inconcevable de marier ces deux approches qui devraient être tout naturellement complémentaires. Mais à l'évidence cela ne peut se faire dans une perspective uniquement comptable car cette dernière accentue l'inadéquation d'une méthode comme celle des indicateurs médico-sociaux, laquelle mélange deux approches en partie antinomiques.

Surtout, cela nécessite au préalable un choix de société : dans quelle mesure la population désire-t-elle l'application stricte de la loi du 11 février 2005 et l'égalisation des chances par la compensation aussi exacte et individuelle que possible du handicap ou, au contraire, souhaite-t-elle une limitation des dépenses de santé, mutualisées par la solidarité, ce que sous-entend l'approche exclusivement comptable de l'allocation de ressources au prorata de l'activité, sans tenir compte des besoins réels du sujet.

Dans cette vision de l'activité, il ne nous apparaît pas que soient prises en compte la complexité, la singularité et la temporalité propres à notre discipline. L'historicité des pathologies, leur évolution dans le temps, la diversité des moments pathologiques sous l'effet de la prise en charge thérapeutique ont été totalement négligés, puisque les typologies simplifiées qui nous sont finalement proposées, tendent à réduire la compréhension des problèmes et donc le traitement et la prise en charge des personnes qui en souffrent, à des causalités linéaires et à des protocoles collectifs, difficilement appropriés à l'individualité de chaque cas.

De plus, au vu de l'évolution actuelle, on peut se demander si ces données ne pourraient pas déboucher sur l'élaboration de procédures thérapeutiques, de protocoles s'attachant aux seuls symptômes, avec à terme, une tarification à la pathologie et/ou à un glissement de la fonction de psychiatre vers une mission d'ordre public et non plus clinique (cf. le récent rapport de l'INSERM). Or, la typologie d'une personne ne peut en aucun cas traduire les besoins de la personne. Il s'agit là d'un décalage irréductible qui invalide tout essai de formation de groupes homogènes nécessitant un type donné de réponse thérapeutique.

Au total, la loi de janvier 2002 est centrée autour de l'usager avec une logique d'allocation de ressources aux structures d'accueil et de soins. Cette approche s'appuie sur des moyennes statistiques pour délimiter des groupes homogènes de population (malades ou handicapés). Alors que la loi de février 2005, définit le droit à une prestation de compensation personnalisée, qui prend en compte les besoins de la personne : singularité d'une réponse à un projet individualisé. Ce bref aperçu montre l'antinomie de ces deux démarches et, sauf à choisir une politique uniquement centrée sur le contrôle des dépenses, souligne l'impossibilité d'une méthode presque exclusivement comptable et statistique pour évaluer de façon rationnelle et juste l'allocation de ressources dans l'état actuel de la question.

En plus de son inadéquation, ce type de démarche dénature totalement la pratique de notre travail institutionnel. Or l'enjeu nous semble important : on ne peut pas laisser mettre en place des grilles simplificatrices et donc réductrices qui, à travers des évaluations et des ratios, vont mettre à distance les vraies questions, apporter une dérive normative dans le secteur médico-social et formater de façon arbitraire et préjudiciable les populations dont nous avons la charge.

Quel supplément de précision pourront donc apporter ces indicateurs de population, issus de classifications assez rudimentaires ? si ce n'est de complexifier encore davantage la procédure engagée et d'alourdir notre travail par une tâche purement administrative qui mobilisera un temps de plus en plus conséquent, eu égard aux disponibilités de soins déjà très étriquées dans le secteur médico-social, surtout pour les psychiatres, quand il y en a.

Par ailleurs, il est vrai que l'utilisation en psychiatrie des indications diagnostiques, relevant de la singularité du sujet, n'est pas sans nous poser un véritable problème éthique : elle nous met dans une alternative plus qu'inconfortable, celle de donner les détails de ce que nous comprenons de la souffrance du patient en trahissant sa confiance, moteur de la cure, ou de le faire entrer de force dans une classification, le réduisant en quelque sorte à un objet de soins. Mais, même en faisant table rase de cette appréhension majoritairement répandue, notre éthique professionnelle nous suggère de ne pas accepter la mise en place des indicateurs tels que l'on essaie de nous les présenter et nous engage à faire connaître les risques de cette procédure.

Enfin, il est faux de croire que, devant ces classifications sur des critères inadéquats, évacuant toute complexité et toute mise en perspective, il n'y a aucune alternative possible. Tant dans l'intérêt des patients que de la profession, il est indispensable de proposer un choix d'études et d'applications compatibles avec l'exercice de notre pratique et permettant également une meilleure compréhension et appréhension de nos

actions.

Dans un premier temps, c'est en se référant à une logique d'évaluation des besoins des personnes et à une logique d'adaptation permanente et personnalisée des réponses, que l'on pourra élaborer une approche prenant en compte, de façon très précise et synthétique, l'activité d'une institution ou d'un service en fonction de la complexité des situations qu'il ou elle a rencontrées. Ce qui nécessite de travailler non pas sur des données en amont de l'acte thérapeutique, comme dans le cas des indicateurs médico-sociaux, démarche qui n'apporte que des statistiques très larges et évacue toute approche singulière, mais en aval, à partir du terrain, comme le suggèrent de nombreux experts dans le domaine social, afin de montrer les différentes perspectives, historiques, environnementales, etc., mais aussi la complexité de chaque acte accompli.

C'est donc dans cette analyse des interventions effectuées, suivie d'une synthèse a posteriori, que peut résider selon nous l'évaluation de la pertinence du travail de soin et d'accompagnement effectué au service de la personne. Ceci implique une élaboration sur la manière dont on analyse et on approche les situations, ce qui conduit à une proposition qui nous paraît fondamentale pour toute évaluation dans le champ médico-social : l'observation partagée. Pour nous, cette observation partagée est la seule façon de sortir de la contradiction décrite, en essayant d'apporter des réponses positives au problème d'évaluation posé.

En effet, l'acte d'observer constitue un outil remarquable, qui prend en compte des points de vue, des perceptions différentes, mais ouvre aussi sur les notions de temps, d'espace et de globalité, qui sont indispensables pour que cette observation puisse soutenir une réflexion et un projet de prise en charge. Afin de rendre cette procédure efficace dans le travail social et médico-social, cet acte pose la nécessité de partager les données dès le début et rappelle l'importance de l'échange et du temps. En outre, la méthode décrite induit une motivation nouvelle de chacun dans le projet global. Ce double avantage trouve naturellement son mode opératoire et les formalisations nécessaires dans les éléments qui permettent d'élaborer et de moduler le projet de soin et d'accompagnement sur le suivi d'une évolution, comprise de tous, puisque partagée par tous à partir de l'observation initiale.

Ainsi, en définissant l'observation partagée comme le premier acte réalisé de façon collective, cette approche est la seule qui permette une première formalisation des questions en jeu et l'élaboration d'une représentation collective, qui tente d'en saisir toute la complexité. Il ne faut pas oublier en effet que l'évolution, les changements, la prise en charge, entraînent une remise en jeu permanente des données de l'observation initiale et que, par conséquent, essayer de garder la validité de cette démarche, suppose de prendre en compte la diversité des variables, tout en demeurant dans un travail de proximité, de mobilisation, d'échange et de sens.

Cela permet par exemple la prise en compte des "dimensions de vie", lesquelles participent au bien-être social, évite les réponses en "filières" et permet aussi de ne pas réduire les personnes à leurs seules difficultés en proposant, pour les comprendre, une grille de lecture réduite et donc faussée. Dans un contexte dit "d'individualisation", cette méthode, qui fait partager à des professionnels appartenant à des disciplines différentes, des informations utiles à l'élaboration de nouveaux projets, met les participants en position de responsabilité et d'implication et mobilise ainsi chacun dans un projet collectif. À ce sujet, il existe déjà des travaux, des écrits et des propositions concrètes, établies par des responsables et des chercheurs, appartenant au domaine du travail social et médico-social, qui pourraient tout à fait nous servir de référence et de base pour une élaboration plus poussée.

Cette démarche clinique, qui n'est pas nouvelle, pourrait ainsi se conjuguer avec les évaluations quantitatives déjà arrêtées et avec l'appréciation du temps disponible des professionnels engagés dans l'action, pour délimiter une dotation de ressources, qui soit à la fois proche de la réalité des services rendus et des moyens mis en œuvre pour chaque sujet dans le cadre d'une institution. Dans l'évaluation de notre travail, elle permettrait de tenir compte des caractéristiques propres de chaque patient, sans refuser pour autant les incidences inhérentes à l'environnement institutionnel dans lequel nous œuvrons.

Y. CANN, M. MAXIMIN, R. SALBREUX
SNPP, SP-CFE/CGC, SPF.
20 octobre 2005

L'AFPEP à la WPA

Antoine Besse

Ces dernières années, le courant psychiatrique majoritaire dans le monde était celui lié à l'« Evidence Based Medecine » (E.B.M. : médecine fondée sur la preuve), psychiatrie construite autour d'un modèle bio-médical très réducteur. Selon ce courant, elle serait condamnée à devenir comme le dit J.-J. Lottin une « science » rationnelle, factuelle, technique, non intellectuelle, s'appuyant non plus sur l'expérience, l'intuition et l'observation, mais sur des données prémâchées, mises au point par des experts et fournies aux impétrants sous la forme de guides de bonne conduite ou pratique ou de référentiels et de protocoles efficaces immédiatement, selon eux puisque ÉVALUÉS ». Ce courant avait tendance à dominer les autres courants psychiatriques, niant toute spécificité à la discipline par rapport à l'ensemble de la médecine. Il a donc fallu constituer un front contre plusieurs pays. L'Association Mondiale de Psychiatrie (WPA) est donc devenue le lieu de ce débat. Dans notre souci de faire avancer une psychiatrie clinique (« patient based psychiatry ») dans le monde où régnait la domination anglo-saxonne. Souvenons-nous du thème du congrès WPA de Hambourg en 1999 : « one world, one language » et de l'abandon de la langue française comme langue officielle en 1993. Pourtant malgré ces handicaps, c'est à cet endroit-là que nous avons cherché des relais.

Déjà en 1978, Gérard Bles avait su à partir du congrès WPA d'Honolulu inspirer un mouvement « contre l'usage de la psychiatrie à des fins politiques » (IAPUP), tout particulièrement en URSS et obtenir trois ans plus tard l'exclusion de l'association des psychiatres russes de la WPA. Ensuite, les six associations psychiatriques françaises adhérentes à la WPA mirent beaucoup de temps à s'unir. Auparavant, il n'y avait eu que quelques initiatives de soutien de collègues français participant à des sections à la WPA, celle « des psychiatres de pratiques privés » où J.-J. Laboutière a contribué à la rédaction d'une charte.

Certains en ont créé de nouvelles comme « Psychanalyse en Psychiatrie » (S.D. Kipmann et M. Botbol) puis « Littérature et Psychiatrie » (Yves Thoret).

Peu avant les États Généraux de la Psychiatrie, l'AFPEP a soutenu J. Mezzich, l'ancien secrétaire général de la WPA, sur un programme proche des fondamentaux rappelés aux EGP. C'était H. Bokobza qui nous représentait au Japon. C'est pourquoi Juan Mezzich a répondu présent aux EGP avec le représentant ouest-européen, le Dr Martindale du « Royal College » de Psychiatrie britannique.

Ces alliances et ce soutien à cette nouvelle équipe refusant l'EBM réductrice, voulaient retrouver la psychiatrie de la personne avec un esprit d'aide aux patients proche de notre conception clinique, évolutive et non statistique, fermement opposée à l'autre conception atomisant les pathologies et les soins sous un individualisme désubjectivant.

Il est devenu enfin possible de trouver des alliances au sein de cette nouvelle équipe dirigeante élue au Caire en septembre 2005, avec un ensemble français presque unifié. Avec la conscience de plus en plus nette et claire que la psychiatrie ne pouvait se réduire à cette logique biomédicale.

Au-delà de la question de l'efficacité de nos pratiques se pose la question de la pérennité d'un point de vue spécifique si l'on enlève de son champ tout ce qui relève de la subjectivité. Cette nouvelle équipe appuie son émergence sur un discours théorio-pratique fondé sur :

- « Réflexion sur la classification ». Il s'agit de préparer la ICD11 afin de prendre en compte ce qui a manqué à la ICD10 c'est-à-dire la dimension subjective et idiosyncrasique des troubles mentaux plutôt que le seul aspect global et basé sur l'interaction objectivante.

- Travailler à l'élargissement de la définition de l'EBM en y incluant des méthodologies et des considérations qui prennent en compte la subjectivité des patients (ex : méthode de cas unique et monographie).

Tout cela avait sa correspondance au niveau politique car ces deux entreprises se heurtaient à la prévalence des équipes dirigeantes antérieures de la WPA. Cela s'accompagnait dans le récent passé un fort soutien de l'industrie pharmaceutique et de tous ceux qui avaient intérêt à ce que ce réductionnisme bio-médical prévalût. Il s'agit des tenants d'une science réduite à ces aspects regroupant ceux qui souhaitent administrer ou ordonner la psychiatrie comme une industrie (vision statistique, marketing, gestionnaire).

Le combat est loin d'être terminé. Cela a radicalisé les conflits de personnes. Ce qui explique :

- Que l'on nous demande à nous psychiatres français d'exercer à la WPA une plus grande place en tant que tenants d'une psychiatrie plus humaniste résistante à ce réductionnisme;

- Cela rend nécessaire une vigilance active. Trois Français font leur entrée au bureau WPA : nommé au Haut Comité des nominations 2005-2206 : Yves Thoret. Un autre a été élu à l'Assemblée Générale du Caire représentant de l'Ouest européen, Michel Botbol, et moi-même au Haut Comité des publications.

Ainsi défendre notre point de vue dans cette instance internationale participe à une logique associative où la démocratie se fait aussi par les liens.

Enfin, c'est le changement du siège de la WPA qui s'installe à Genève grâce à l'initiative d'un collègue genevois, F. Ferrero.

Lors du prochain congrès WPA les 12 - 16 juillet 2006 à Istanbul dont le thème « Uniqueness and Universality », l'AFPEP organise un atelier intitulé : « patient based Psychiatry in private practice » où 4 collègues évoqueront la question suivante : « la recherche sur l'universel peut-elle se passer de la réflexion et du travail sur l'unique et le singulier ? »

Antoine BESSE
Mantes la Jolie