

Sommaire du BIPP n° 47 - Février 2007

[Cliquez ici pour télécharger un fac simile du BIPP n° 47 au format PDF](#)

Editorial - Pierre Cristofari

CASP : Norme et pratique en psychiatrie - Séminaire du 1er juin 2006

La psychiatrie libérale et les Etats-Généraux - Olivier Schmitt

Lettre au Président du C.N.O.M. - Jean-Jacques Laboutière

Les guerres de religion - Pierre Cristofari

Le dialogue conventionnel selon les Caisses - Yves Froger

Mesure et TOC - Pierre Coërchon

Au loup ! Au loup ! - Laurent Le Vaguerèse

FMC et EPP : où en sommes-nous ? - Olivier Schmitt

Lettre au Directeur de la CPAM des Deux-Sèvres - Olivier Schmitt

Lettre aux Présidents des CME des cliniques psychiatriques privées - Hervé Granier, Jean-Jacques Laboutière

Ça fait un tabac ! - Jean-Louis Place

Un conflit parmi d'autres - Jacques Barbier

ALD \shunt\" - Jacques Barbier"

Cotation des consultations de \secteur 2\" - Jacques Barbier"

Les psychiatres français à la WPA - Antoine Besse

Editorial

Pierre Cristofari

Gardez-moi de mes amis, mes ennemis, je m'en charge. Les sentiments d'amitié de Nicolas Sarkozy à l'égard de médecins libéraux, trouvant urgente la revalorisation des honoraires des généralistes, peuvent-ils faire oublier cette affaire inquiétante de la loi dite « de prévention de la délinquance » ? Après avoir promis d'en supprimer les articles 18 à 24, qui jetaient une passerelle dangereuse entre le ministère de l'intérieur et les psychiatres et une tentative de les faire passer quand même à la va-vite, il finit par les retirer, annonçant de nouvelles dispositions... après les élections. Cet ami-là est un de ceux dont il faut se garder.

Les États Généraux de la Psychiatrie à Montpellier en 2003 ont renforcé la dynamique du Comité d'Action Syndicale de la Psychiatrie, rassemblant l'essentiel des syndicats de psychiatres publics et privés. Nous nous

sommes engagés à publier in extenso les interventions du séminaire du CASP de juin 2006.

Les alliances sont nécessaires et doivent être pragmatiques, en vue de combats communs ; elles ne doivent pas conduire les psychiatres libéraux au rôle de supplétifs des collègues publics. Pas de procès d'intention à l'encontre de nos collègues, mais une vigilance permanente pour que notre place soit reconnue : gardez-moi de mes amis...

Nous faisons suivre cette lettre d'un article d'Olivier Schmitt qui, à l'occasion de la sortie du livre sur les États Généraux de la Psychiatrie (« La psychiatrie en péril »), rappelle la spécificité de l'exercice libéral.

À la suite d'un article du « Monde » dans lequel un confrère non psychiatre avait dépassé la ligne jaune en matière de déontologie, nous avons écrit au Conseil National de l'Ordre. Cette lettre est suivie d'un commentaire sur cet article, mais aussi sur celui auquel il répondait. Ce commentaire (« Les guerres de religion ») n'engage que son auteur.

Après un texte d'Yves Froger faisant le point sur la question de la télétransmission, on trouvera l'argumentation de Pierre Coërchon en réponse à l'étonnant livret de la Haute Autorité de la Santé sur les troubles obsessionnels compulsifs. Puis un texte de Laurent Le Vaguerèse nous appelant à prendre en mains les questions de formation continue. Nous avons dans ce domaine un passé de plusieurs décennies de Journées et de séminaires, deux revues et notre site. Reste à le faire reconnaître officiellement, ce qui passe par une quantité de travail administratif supplémentaire que nous avons mis en route (FMC et EPP).

Les problèmes de l'hospitalisation privée nous ont conduits à déposer un recours en Conseil d'État ; on trouvera ici le texte de la lettre que nous avons écrite aux présidents des Commissions Médicales d'Établissement des cliniques psychiatriques privées. Suit un texte de Jean-Louis Place qui, en vrai clinicien s'arrête sur le non-sens que représente le radicalisme anti-tabac dans les établissements psychiatriques.

Jacques Barbier, toujours aussi actif et créatif, instruit par sa longue expérience, donne un exemple de militantisme dans sa région pour défendre un collègue injustement attaqué par le service médical de sa caisse ; il nous propose également une idée pour atténuer les difficultés administratives que nous posent les affections de longue durée (ALD), et enfin s'adresse à nos collègues de secteur 2 en interprétant les arcanes de la nomenclature.

Pour conclure, l'habitude est maintenant prise de lire quelques lignes d'Antoine Besse sur la World Psychiatric Association.

Quelques mots sur les prochaines manifestations méritant notre intérêt avant les Journées Nationales au Havre en octobre : outre le congrès ALFAPSY à Neuchâtel à la mi-mai, les Assises de la Psychiatrie Médico-sociale à Marseille fin mai-début juin vaudront le détour, même s'il est vrai que Marseille au printemps, avec son climat incertain et sa mer toujours agitée, risque de décourager ceux qui n'apprécient que le versant touristique des congrès...

Pierre Cristofari
Hyères

CASP : Norme et pratique en psychiatrie, Séminaire du 1er juin 2006

Nous avons souhaité réfléchir ensemble sur « norme et pratique en psychiatrie », pour aller au-delà de ce que l'on nous impose : les cotations, les protocoles, les bonnes pratiques, l'accréditation, bref la norme, sans pour autant nous séparer de la médecine soumise à des contraintes du même ordre.

Pouvons-nous l'attirer sur le terrain du sujet, du subjectif, de l'inconscient, de l'écart à la norme – qui nous tiennent à cœur – et surtout à l'âme ?

Olivier Boitard

Faut-il évaluer les pratiques professionnelles en psychiatrie ?

Docteur Olivier BOITARD
Union Syndicale de la Psychiatrie (CASP)

Si la formation médicale continue est une « ardente obligation », les connaissances en psychiatrie comme dans les autres disciplines évoluant rapidement, l'évaluation des pratiques professionnelles (E.P.P.) n'a pas la même légitimité. Naturellement elle est « tendance » et représente parfaitement la LQR (Lingua Quintae Respublicae) décrite par Éric Hazan (1) ; mais n'est-elle pas une nouvelle usine à gaz parce qu'il faut absolument « réformer », c'est-à-dire rendre acceptable le démantèlement d'institutions publiques (1). Avant de réfléchir sur les thèmes (comment et par qui évaluer), la première question à se poser - mais qui ne semble pas avoir préoccupé les pouvoirs publics - est : pourquoi évaluer ?

Pourquoi évaluer ?

Ne nous y trompons pas. Évaluer est ici un euphémisme pour contrôler. Si il y a une trentaine d'années les médecins jouissaient d'une grande liberté dans leur exercice et leurs prescriptions, il n'en est plus de même depuis le début du xxie siècle : Assurance maladie, Conseil de l'Ordre, juridictions civiles et pénales, et surtout patients et leurs associations exercent une vigilance qui s'accroît sans cesse. Passe encore qu'au nom du bien collectif un contrôle économique s'exerce sur l'activité médicale, mais à quel besoin correspond le contrôle idéologique ? Les tenants de ce contrôle rétorquent qu'il vaut mieux prévenir que guérir et que l'E.P.P. pourrait permettre d'éviter, par exemple, des poursuites pénales. Rien n'est moins sûr : les tribunaux jusqu'à présent vérifiaient que l'obligation de moyens avait été bien respectée, l'obligation de résultats étant réservée à la chirurgie esthétique. On risque d'exiger désormais davantage, et par exemple que la conduite des soins soit conforme aux conclusions des conférences de consensus, même si elles ne correspondent pas aux exigences particulières du patient reçu ce jour-là.

Comment évaluer ?

Si nous ne pouvons échapper à l'E.P.P. (alors que beaucoup de praticiens renâclent mais font preuve de fatalisme), comment pourrait-elle être mise en place avec le minimum de dégâts ? Dans toutes les disciplines et donc y compris en psychiatrie, des « référentiels » vont être élaborés. La bonne pratique consistera à se

rapprocher le plus possible de ces référentiels. Ils se veulent scientifiques, une manière d'introduire en France une psychiatrie « fondée sur les preuves » qui est de plus en plus critiquée y compris aux États-Unis. En médecine et plus encore en psychiatrie, chaque patient est un sujet avec lequel des décisions vont être prises sur des critères cliniques, sociaux, humains et parfois économiques. Lorsque l'on décide de ne pas interner un patient suicidaire, on s'éloigne certainement des référentiels alors que ce peut-être la juste décision. L'autre danger est la « normalisation » des pratiques alors que dans le soin par l'écoute et la parole – part essentielle de notre activité – chacun, patient et psychiatre, va s'exprimer avec sa propre personnalité. Il reste heureusement une part d'art dans la psychiatrie.

Par qui évaluer ?

S'il est important de se former avec des professionnels possédant des expériences et des techniques différentes – y compris dans d'autres domaines que la médecine (en psychiatrie, psychanalystes, psychologues, anthropologues, sociologues, philosophes, etc. sont les bienvenus), la seule évaluation possible dans notre discipline serait celle exercée par les pairs comme du reste cela se pratique depuis longtemps à l'initiative des psychiatres quel que soit le mode d'exercice. On pourrait s'inspirer du modèle des groupes Balint (2) qui réunissent des médecins généralistes autour d'un psychanalyste pour évoquer les cas difficiles pour lesquels la relation médecin-malade semble déterminante. Dans les secteurs de psychiatrie, dans les associations de psychiatres privés, ces discussions sont courantes et améliorent la pratique. Nous verrions volontiers une plus grande « mixité » de ces groupes, c'est-à-dire réunissant des psychiatres publics, privés, salariés. Pour que chacun puisse s'exprimer en toute liberté, il faut bannir la notion de contrôle pour retenir celle de confrontation entre égaux.

La légitimité de l'évaluation des pratiques professionnelles concerne l'ensemble de la médecine. Exercer « suivant les règles de l'art » n'est pas appliquer sans discernement référentiels et normes, même édictés par les conférences de consensus. Avec l'ensemble de la médecine, nous exigerons une évaluation fondée sur le partage d'une pratique clinique entre pairs et en écartant tout jugement de valeur.

1 – Éric HAZAN : LQR – La propagande du quotidien. Raisons d'agir, PARIS 2006.

2 – BALINT : Le médecin, son malade et la maladie. P.U.F. – Paris, 1957.

Professeur Thierry BOUGEROL,
Syndicat Universitaire de Psychiatrie (CASP)

La Loi du 13 août 2004 impose désormais à tous médecins une obligation d'évaluation de leur pratique. Cette obligation concerne tous les modes d'exercice et toutes les spécialités médicales et donc la psychiatrie. Les textes élaborés en vue de la mise en place de cette démarche nouvelle en précisent clairement les objectifs qui ont pour ambition de comparer les pratiques de chaque praticien, de façon régulière, aux recommandations professionnelles validées. Au-delà de la reconnaissance de l'existence de référentiels de la pratique qui auront valeur de comparateurs, l'objectif est d'amener par là chaque praticien à se conformer progressivement en pratique à ces recommandations qui, d'une certaine façon, représenteront à l'avenir la norme à laquelle se comparer.

La démarche est louable et ne peut que servir à améliorer la qualité des soins que chaque usager est en droit d'obtenir de son médecin, en réduisant autant que faire se peut, les pratiques par trop éloignées de la référence retenue. Son application au domaine de la psychiatrie et donc au soin des troubles mentaux est mise en œuvre non sans débat au sein de la profession.

L'application de la démarche d'EPP en psychiatrie soulèvera inmanquablement la question de la reconnaissance effective, par l'ensemble de la communauté psychiatrique, des recommandations professionnelles officielles. D'aucuns verront certainement dans cette nécessité une tentative de mettre à mal la subjectivité fondamentale du soin psychique irréductible à toute systématisation et donc à toute recommandation généralisatrice, au profit d'une normalisation réductrice.

Depuis plusieurs années nous disposons pourtant de recommandations professionnelles de qualité dans différents domaines de la pathologie psychiatrique. Plusieurs rapports ont également été publiés qui permettent de faire le point, de façon rigoureuse, sur telle ou telle question touchant à la pratique de la psychiatrie. Ces démarches ont parfois été critiquées mais marquent un mouvement qui va se poursuivre désormais dans le cadre de l'obligation d'EPP par les praticiens.

La pratique de la psychiatrie ne pourra que s'enrichir de ces questionnements dans la mesure où cette spécialité ne peut se penser comme complètement étrangère au champ de la médecine. La formalisation de la démarche clinique (précision des diagnostics utilisés, évaluation de la sévérité des troubles, mesure des résultats des thérapeutiques entreprises) ainsi que le développement nécessaire d'une méthodologie d'évaluation spécifique du soin psychique, sont autant d'enjeux auxquels nous confronte cette obligation d'EPP. L'enseignement de la psychiatrie, tant en formation initiale qu'en formation continue, et le développement de la recherche clinique représenteront dans ce cadre des dimensions majeures de ces nouvelles réflexions pratiques.

Normes et psychiatrie médico-sociale

Docteur Roger SALBREUX
Syndicat des Psychiatres Salariés CFE CGC (CASP)

Parmi les nombreuses missions du secteur médico-social figurent, au moins pour sa partie psychiatrique, celle d'assurer un accueil de qualité aux handicapés mentaux et aux personnes souffrant de troubles psychiques chroniques. S'y ajoute également, celle de ramener de très jeunes enfants présentant des troubles du développement ou des adolescents déviants, vers une meilleure intégration familiale, scolaire ou sociale, après avoir tenté de comprendre les raisons de leur écart à la norme. Comme l'ensemble de la profession, la psychiatrie médico-sociale se situe donc à l'intersection de la pathologie et de la normativité sociale.

De plus, les origines, souvent caritatives, religieuses ou laïques, des premiers établissements ou services, ont naturellement accentué cet aspect "moral" et ce renvoi aux normes, avant leur remplacement, surtout au cours des trente glorieuses, par le mouvement de "psychiatrie institutionnelle", tendant à comprendre les raisons de ces écarts, puis à réduire la souffrance du sujet en l'accompagnant dans la réalisation de son destin. C'est à cette époque que s'est développé le concept d'institution thérapeutique.

La fermeture excessive de lits hospitaliers publics, non compensée par une reconversion suffisante en dispositifs de proximité, et l'augmentation de la demande ont entraîné une extension considérable de ce secteur. Ce phénomène encore très actuel, a fini par poser des problèmes financiers tels que tout un arsenal de contrôles administratifs et budgétaires s'est progressivement mis en place : autorisations de création, indicateurs d'activité, démarche qualité, évaluation interne, audit externe et finalement création d'un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. À quoi s'ajoutent les mesures prises pour l'ensemble de la médecine et de la psychiatrie, c'est-à-dire les référentiels de bonnes pratiques, les conférences de consensus et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Tant et si bien que le temps de présence, déjà très réduit (entre 0,1 et 0,2 ETP en moyenne) est presque entièrement absorbé par l'ensemble de ces tâches administratives et qu'il ne reste pratiquement plus de temps pour penser la maladie, ce qui représente l'un des meilleurs leviers thérapeutiques dans notre discipline et

pour soulager la souffrance psychique. La question n'est pas de rejeter toute idée d'évaluation et de contrôle, mais de se demander pourquoi évaluer et comment y parvenir. En effet, la relation intersubjective, moyen essentiel de comprendre le patient et de l'aider à donner du sens à son propre désarroi, ne se retrouve pas dans les protocoles de bonnes pratiques. Le principe même d'un consensus, par ailleurs philosophiquement contesté, contribue à stériliser d'avance toute initiative créatrice, puisqu'il réduit les propositions au minimum permettant l'accord de tous.

Dans de telles conditions, le psychiatre perd toute indépendance thérapeutique et comme il est salarié soumis à l'employeur, le maintien même de sa place résulte de sa plus ou moins bonne adhésion à des directives administratives internes ou externes, qui diminuent son efficacité thérapeutique à l'exacte mesure de la liberté que l'on veut bien lui laisser. On peut ainsi souffrir, voire mourir, aussi correctement évalué que possible, dans un environnement parfaitement normé.

Normes et pratiques : écarts et subjectivité : quelles casuistiques

Docteur François KAMMERER.
Syndicat des Psychiatres Français (CASP)

Aborder en si peu de temps l'immensité d'un tel sujet (qui à lui seul intéresse de multiples registres de l'organisation sociétale) relèverait de l'imposture s'il ne s'agissait ici d'un simple flash sur les enjeux de l'application des discours de l'évaluation et de la qualité, issus des pratiques industrielles, à l'exercice futur du soin et de la Clinique psychiatrique.

Parmi ces enjeux, l'une des questions majeures concerne la manière dont les méthodes d'évaluation et d'application de critères de qualités, dont les choix ne sont pas encore faits, vont influencer la Clinique et les choix thérapeutiques.

En d'autres termes :

Quels intérêts servent les projets de normalisation (corollaire d'un discours de qualité) de l'exercice de la discipline, à partir de méthodes organisationnelles hétérogènes, n'ayant pas prouvé leur efficacité dans la discipline : sont-ils pertinents au regard des bénéfices ? Ceux du patient (ou de l'utilisateur ?), et/ou des commanditaires des principes d'évaluation ou de qualité, et/ou des praticiens engagés ou forcés de s'engager dans cette démarche et ce en fonction de leurs niveaux d'évaluateurs ou d'évalués ?

Les implicites contenus dans ces projets (randomisation, reproductibilité, impératifs de la justification comme constance de la pratique, développement de consensus au détriment de la culture de la dissension, ajournement des théories antérieures au profit des « évidences », descriptions des contenus des actes et de la « production », rationalisation des coûts) présentent-ils suffisamment de garantie pour assurer le gain de qualité qu'ils annoncent en affinant la Clinique sans pour autant la façonner à leurs critères ? Ces implicites sont-ils issus d'une réflexion quant à la culture DSM (initiée pour la recherche puis appliquée aux assurances), dont la critique, outre-Atlantique, existe ?

À un autre niveau, un tel système ne semble nullement élaboré quant à ses dépendances idéologiques, sa portée symbolique et ses effets subjectifs. Par ailleurs, frappé au coin du positivisme, mais laissant de côté, en termes de catégorie, le négatif, il ne peut aborder la question narcissique du sujet divisé, fondement d'une clinique à l'écoute du patient parlant de lui et se découvrant un autre. Cet écart (écueil) épistémologique ne pourra être réduit sans être préjudiciable à une Clinique du cas qui ne se limite pas au symptôme.

Norme et responsabilité.

Docteur Jean-Jacques Laboutière
Syndicat National des Psychiatres Privés. (CASP)

Si légitime que soit l'ambition de chercher toujours plus à améliorer les soins, l'introduction de l'obligation d'EPP en psychiatrie pose la question du rapport que les professionnels vont entretenir avec des normes de plus en plus formelles.

En soi, le fait de comparer la pratique de chacun avec des recommandations professionnelles validées n'est pas critiquable. Toute discipline médicale implique des normes et il serait bien difficile d'argumenter que la psychiatrie doive échapper à cette règle. Le problème que pose l'EPP en psychiatrie est donc en fait celui de la position de la norme par rapport à la pratique.

En effet, en médecine somatique, cette norme, telle qu'elle peut être appréhendée à travers les référentiels publiés par la HAS, est clairement posée comme l'horizon indépassable - puisque sans cesse reculé - de la qualité, l'idéal de pratique vers lequel toutes les pratiques individuelles devraient converger pour gagner en qualité. Il s'agit donc là d'une démarche qui, pour être idéalisante, n'en est pas moins fondamentalement réductrice puisque toutes les pratiques devraient à terme se confondre. Les médecins en quête de qualité seraient comme des alpinistes qui, abordant une montagne par ses diverses faces, en graviraient les pentes pour se rapprocher d'un sommet qu'ils n'atteindraient pourtant jamais puisque le progrès des sciences et des techniques en élèverait constamment l'altitude.

Cette position de la norme est-elle pertinente en psychiatrie, discipline dont l'ancrage médical est certes incontestable, mais dont la clinique ne peut pleinement se saisir que dans le cadre d'une relation orientée par le transfert, dont l'opératoire thérapeutique dépasse largement les prescriptions médicamenteuses et, surtout, dont l'objet n'est pas tant d'éradiquer une pathologie que de traiter le rapport que chaque malade entretient avec sa maladie ?

Dans un tel cadre, poser la norme de la même manière qu'en médecine somatique ne peut que conduire à une éviction progressive de la subjectivité, tant du patient que du psychiatre, c'est-à-dire à une éviction de l'objet même de la psychiatrie pour y substituer la seule part objectivable de la vie psychique : les comportements. Or la discipline qui se préoccupe de la valeur des comportements étant la morale et non pas la psychiatrie, le corps professionnel chargé de les réguler étant la police et non pas les psychiatres, on voit bien qu'une telle direction conduirait mécaniquement à l'anéantissement de la psychiatrie.

Respecter l'ambition d'amélioration des pratiques sans stériliser la psychiatrie demeure cependant possible au prix d'un positionnement radicalement différent de la norme. Plutôt que de la poser comme une visée idéalisante mais réductrice, il est au contraire possible de la considérer comme un seuil à partir duquel questionner la diversité des pratiques réelles, l'amélioration de la qualité des soins procédant non plus d'un alignement de la pratique sur la norme mais de la justification de l'écart de pratique à cette norme.

Il n'est pas abusif d'affirmer que, du moins en psychiatrie, la norme peut être considérée comme le degré zéro de la qualité, au sens géométrique du terme, c'est dire le point de repère à partir duquel le praticien pourra évaluer la qualité des soins qu'il a dispensés en constatant un écart justifiable à cette norme.

Contrairement au médecin somaticien escaladant inlassablement la montagne de l'EPP pour se rapprocher sans jamais l'atteindre d'une norme idéalisante, le psychiatre en quête de qualité serait donc comme un arpenteur qui chercherait à mesurer de quelle distance il s'est écarté du chemin balisé et surtout à comprendre pour quelles bonnes raisons il l'a fait.

Toutefois, dès lors que l'on pose la norme de cette manière, il devient évident que la qualité des soins en psychiatrie repose avant tout sur la responsabilité que chaque praticien pourra prendre de s'en écarter.

Or, ce sont sans doute là que se forment les plus vives inquiétudes de la profession.

En effet, dans un système de soins désormais avant tout ordonné à la recherche de la plus stricte économie, les tutelles toléreront-elles ces écarts qui, pour nécessaires qu'ils soient, risqueront pourtant fort de paraître suspects dans le cadre général d'une médecine aliénée à un impératif d'homogénéité des pratiques ?

De même, en cas de contentieux judiciaire, les magistrats n'auront-ils pas tendance à simplifier leur appréciation des situations en suspectant a priori tout écart à la norme, ce qui découragera à terme les praticiens d'en prendre la responsabilité.

Il y a pourtant là un enjeu majeur pour toute la médecine, et non pas seulement la psychiatrie. En effet, confondre le respect de la norme et la qualité des soins, c'est, en décourageant la prise de responsabilité d'un écart par le médecin, limiter à terme toute pratique à l'application de protocoles prédéterminés. C'est donc construire un système de soins dans le cadre duquel un patient pourrait fort bien éternellement circuler pour ne s'entendre répondre par les différents médecins consultés qu'un « vous n'avez rien en ce qui me concerne » sans que jamais la plainte du patient ne s'épuise.

Ce serait donc construire un système de soins dans lequel le médecin esquiverait toute singularité qui ne cadrerait pas avec les protocoles de soins validés, c'est-à-dire tout patient réel tel qu'il se rencontre effectivement en pratique. Or, un tel système de soins serait non seulement dramatiquement inefficace mais financièrement ruineux et seule la responsabilité assumée par chaque praticien d'opérer un écart justifiable à la norme peut nous en prémunir.

Normes et Psychiatrie

Docteur Nicole Garret-Gloanec
Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (CASP)

La question de la norme en psychiatrie a toujours été posée. Elle est une des questions de base de notre discipline. Cette question peut se formuler de différentes façons : quelle est la fonction de la psychiatrie sur le plan social et individuel. Est-ce de ramener l'individu dans la norme ? Quelle norme ? Une norme statistique, une norme conçue comme forme de la santé, (le hors-norme devenant la maladie), norme par rapport à un idéal, norme comme processus dynamique, une capacité de retrouver un équilibre ?

Nous centrerons notre question sur les sujets d'actualité qui interrogent la norme dans la pratique psychiatrique. La première est celle de l'évaluation des pratiques professionnelles, la seconde celle des programmes de prévention et de soin pour des populations ciblées.

La première est complexe car elle se confronte à la définition de la science en médecine et le choix actuel d'assimiler la médecine à une science comme valeur absolue d'une norme et la psychiatrie à la médecine.

La définition de la science objectiviste de K. Popper est actuellement dominante. Elle fait référence et s'applique à des domaines pour lesquels elle ne semble pas faite. La science selon Popper s'applique à la recherche qui pour se mettre en œuvre oblige à une mise en norme des objets suivant des concepts afin de les rendre comparable, reproductible et réfutable. La question de la norme est limitée à son domaine d'étude. Le glissement de la recherche à l'expérience clinique et plus encore à l'évolution de l'existence pose fondamentalement question. D'autant que la norme étudiée scientifiquement suivant les critères poppériens et

interprétée par les tenants de l'EBM voudrait flirter avec la vérité comme valeur objective de la médecine, seule à même de la faire progresser et soutenir une égalité (par application d'une norme identique, qu'elle soit diagnostique, préventive ou thérapeutique) des soins pour toute la population.

La tentation de la relative simplicité de la réponse est grande. Comment parvenir en psychiatrie à une pensée commune, identique à tous, vérifiable et applicable de façon homogène sur le territoire ? Si en plus, elle devenait prospective, la prévention serait alors plus simple.

Les grandes institutions disparaissent, l'assurance du futur s'éclipse, la transmission d'une garantie de protection à nos enfants, l'espoir d'une évolution constante des richesses sont incertaines, la concurrence pour ne pas dire la rivalité à travers la libéralisation dont la contractualisation est le maître mot s'installe. Alors quoi de plus naturel que de chercher des modes d'emploi simples, efficaces, promesses d'un rendement sûr de l'action, d'un retour sur la sécurité applicable à la population ? La norme statistique devient la loi du plus fort, le retour de la valeur conservatrice, là où tout vacille et doit être retenu.

Un monde serein serait celui des valeurs du passé, celles que petits nous avons imaginées, celles que nous nous représentons à la fin de la phase œdipienne : chacun posé à sa place, le moi, le surmoi, le ça prêt enfin à disparaître à l'orée de la phase de latence. La sécurité est assimilée à la conscience qui tiendrait le tout (d'où le prestige actuel des TCC). Le règne de la norme est le règne de la phase de latence et de l'aube de la vieillesse.

Nous pouvons rappeler qu'il ne faut pas dépasser la vitesse, qu'il faut mettre sa ceinture de sécurité, papa et maman ne doivent pas fumer, la maîtresse à raison et l'enfant tait ses cauchemars à qui ne saurait les entendre. La norme est appliquée.

Mais voilà, en psychiatrie comme dans la vie, tout le monde ne passe pas si aisément la phase œdipienne, l'adolescence survient secondairement pour remettre tout en question, plus rien n'est simple, rien n'est prévisible, la norme est hors norme. La vie est interrogation, reprise de l'inconscient, émergence des pulsions, aspiration à des idéaux, lutte contre le surmoi et l'autorité.

Si la psychiatrie oublie d'interroger son savoir, sa place dans la société, son rapport à la norme, sa confrontation à l'individu dans la société plutôt qu'à des populations, si le psychiatre ne s'interroge pas sur son désir qui pèse sur l'autre, sa vision et son rapport à ses patients, à la maladie alors il n'est plus un psychiatre. Il est un médecin de santé publique, un expert évaluateur, un agent de circulation au carrefour de la vie.

Il serait préoccupant de réduire la psychiatrie à la fonction de donneur de réponse. Donner des réponses c'est déjà s'emparer de l'existence de l'autre pour le mettre sur le chemin (le droit). La psychiatrie est plutôt un processus de compréhension et si possible de cheminement vers un équilibre personnel hypothétiquement possible.

Le processus scientifique en cours donnerait des réponses évidentes et l'évidence n'est rien d'autre que la connivence qui a besoin de bien peu de mots et d'aucune grammaire pour être accessible ou compréhensible par le destinataire. La connivence se retrouve dans les SMS que s'envoient les adolescents sitôt qu'ils se sont quittés. Elle signifie seulement l'appartenance au même monde ou son exclusion si on ne rentre pas dans cette évidence. Cette forme de transmission n'a rien à voir avec la grammaire du récit qui ouvre le monde des sens multiples sans être pour autant aléatoires. Elle laisse souvent sur une interrogation autour d'un choix de réponses qui se construisent dans l'esprit du lecteur.

Alors, si la psychiatrie a besoin de la norme pour effectuer certaines formes de recherche, elle en a surtout besoin pour s'en échapper et ne pas tomber dans le processus mortifère de la réponse évidente, commune à tous, de l'oubli de l'Être (Heidegger), de la réification de l'existence.

Là où le patient croit trouver son salut dans un traitement validé scientifiquement et prescrit suivant un protocole formalisé, il devrait penser aussi qu'il y perd un peu de son identité. Le «bon» psychiatre serait celui incapable d'appliquer les recommandations de pratiques cliniques car incapable de mettre son patient dans la norme qui à peine perçue lui échapperait comme le sont le bonheur, la santé, la sécurité. Toute promesse de bonne santé psychique, toute volonté d'éradiquer la souffrance psychique reposent sur des leurre qui devraient rester à leur place d'idéaux au milieu d'autres idéaux.

La norme a certaines applications en recherche afin de stabiliser des concepts, les mettre en évidence, les analyser, les évaluer, les comparer. Les normes sont comme des bornes d'un chemin difficile, elles n'ont de valeur que le temps de leur reconnaissance, elles ont une valeur classificatoire. À l'inverse elles sont peu efficaces dans la pratique clinique, préventive et thérapeutique individuelle. La norme en psychiatrie serait l'équilibre de vie que le patient souhaite, en alliance avec le psychiatre, atteindre avec les moyens qu'ils peuvent mettre en œuvre pour y parvenir.

Vulnérabilité, stigmatisation, abandon, et exclusion : éléments de réflexion sur la notion de « norme » en psychiatrie

Discutant : Jean-Claude Ameisen
Président du Comité d'Éthique de l'INSERM, Professeur d'immunologie à Paris VII

La manière dont une société se préoccupe de ceux qui sont les plus vulnérables traduit à la fois les valeurs qui la fondent et la manière dont elle met en pratique ces valeurs. De tout temps, les cultures humaines n'ont cessé de reconstruire leur identité sur l'invention de nouvelles façons de vivre ensemble, créant à la fois de nouvelles formes d'appartenance et d'inclusion et des formes toujours nouvelles d'exclusion. L'activité médicale est probablement l'une des modalités d'expression sociale les plus anciennes et les plus universelles du refus d'abandon. Fondée sur la volonté de soulager la souffrance humaine, la médecine a constitué une affirmation implicite de la notion de droits de l'homme, longtemps avant qu'ils n'aient fait l'objet d'une formulation explicite : droit de chacun à la vie, au bien-être, et à la solidarité. Si la démarche éthique est, selon les mots d'Emmanuel Levinas, l'expression d'une vocation médicale de l'homme, alors la médecine est par nature une démarche éthique : une mise en pratique de l'accompagnement et du respect de la personne souffrante.

Parmi tous les handicaps et maladies, les handicaps mentaux et les maladies psychiatriques sont ceux qui exposent le plus au risque d'abandon, de stigmatisation et d'exclusion, et ce pour au moins trois raisons majeures.

Premièrement, parce que ces handicaps et ces maladies affectent les capacités de communication et d'interaction, elles favorisent la rupture du lien social et la désinsertion. Le nombre élevé de personnes souffrant de pathologies psychiatriques qui sont à la rue ou en prison est une illustration dramatique de cette situation. Deuxièmement, parce que ces maladies peuvent être associées à des comportements agressifs ou violents, elles conduisent (de même que les maladies infectieuses contagieuses, mais dans un contexte différent) à considérer la personne souffrante à la fois comme une victime et comme un danger pour les autres – voire comme coupable (d'où le grand nombre de ces personnes en prison). Et la tentation est souvent grande de privilégier de manière systématique la protection de la société, même quand c'est aux dépens de la personne souffrante. Troisièmement, une dimension essentielle de la démarche éthique en médecine est aujourd'hui fondée sur la pratique du consentement libre et informé. Le consentement implique que la personne malade soit capable de discernement : or la plupart des handicaps mentaux et des maladies psychiatriques affectent la capacité de discernement et de choix raisonné. Il y a donc un risque de pratiquer une médecine radicalement différente, où l'on décide seul, à la place de la personne, sans la faire participer à

ces choix, et sans faire appel à d'autres formes de médiation.

Pour ces raisons, les handicaps mentaux et les maladies psychiatriques posent des problèmes éthiques majeurs, qui concernent à la fois les modalités d'accompagnement, de traitement, et d'insertion sociale des personnes atteintes. La Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées témoigne d'une prise de conscience dans ce domaine. Mais l'état de déshérence de la psychiatrie dans notre pays contribue à rendre la situation dramatique : comment accompagner et prendre en charge de manière appropriée les personnes handicapées et malades s'il n'y a pas suffisamment de professionnels pour les accompagner et prendre en charge ?

C'est dans ce contexte que la notion de « norme » en psychiatrie, pose, à mon sens, une série de problèmes distincts :

Dans notre pays, la « norme » de notre comportement vis-à-vis des personnes les plus vulnérables consiste souvent à les exclure de la société, à les isoler dans des institutions avant de – et pour pouvoir – les accompagner : il en est ainsi des personnes handicapées mentales, des personnes atteintes de maladies psychiatriques, des personnes âgées, des personnes mourantes... Certaines de ces vulnérabilités peuvent se cumuler souvent : de plus en plus de personnes âgées sont atteintes de maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer, et sont donc isolées à un double titre, comme personnes porteuses d'un handicap mental et comme personne âgée. Dans d'autres pays d'Europe du Nord, comme la Suède, les institutions pour personnes handicapées mentales ont été fermées, et les personnes – y compris celles qui sont atteintes de handicap mental profond – sont accompagnées et prises en charge au cœur des villes et des villages, à proximité de leurs familles, dans des appartements ou des maisons individuelles où elles vivent à trois ou quatre, avec les professionnels de santé qui s'occupent d'elles. Dans ces pays, la loi considère comme un droit – comme la « norme » – que chacun puisse être aidé à accomplir ce que la maladie ou le handicap empêche : vivre avec les autres, au milieu des autres.

Nous interroger sur ces pratiques d'isolement qui constituent notre « norme » m'apparaît important. Ne sommes-nous prêts à insérer, dans notre société, que les personnes qui sont – ou que nous aurons réussi à rendre – « normales », c'est-à-dire semblables aux autres ? Ou pouvons-nous envisager d'ouvrir et de modifier notre société de telle manière qu'elle puisse réussir à intégrer les personnes qui la composent, quel que soit leur degré de diversité ?

La « norme » est souvent de décider à la place de l'autre lorsque sa capacité de discernement est affectée. Inclure, autant qu'on le peut, la personne atteinte de handicap mental ou de maladie psychiatrique dans un processus d'échange, de dialogue, de participation et de choix, et faire appel, non seulement, quand elle existe, à la « personne de confiance », mais aussi à des personnes bienveillantes et neutres (comme le demande, dans un autre contexte, la Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie sur la fin de vie), permettrait de commencer à donner un statut social aux personnes malades isolées dans des institutions. La vulnérabilité mentale et psychique est l'une des formes les plus extrêmes de vulnérabilité. Comme l'a souligné il y a vingt ans le Comité Consultatif National d'Éthique dans son avis n° 7 du 24 février 1986, nous avons le devoir de protéger encore plus ceux qui sont le plus vulnérables. Et il nous faut garder à l'esprit que protéger une personne vulnérable ne signifie pas se substituer à elle. C'est tenter, sous des formes toujours nouvelles de favoriser au mieux l'expression de la liberté et de l'autonomie dont elle éprouve le manque, et de préserver son humanité.

La question de la « norme » en psychiatrie concerne aussi l'évaluation des pratiques et la prise en compte des avancées de la recherche, qui a connu récemment, dans le domaine des neurosciences, des développements importants. Nous vivons à l'époque de la médecine fondée sur des preuves (evidence-based medicine) : l'évaluation des pratiques et des connaissances résultant de la recherche, et la prise en compte des résultats de ces évaluations dans les pratiques sont des prérequis à l'exercice d'une médecine responsable. Mais elles ne peuvent s'y substituer. En effet, la « norme », pour la médecine, ne peut être un point d'arrivée, une fin en soi, mais au contraire, un début. Elle ne peut être conçue comme une fin qu'au sens où l'entendait le poète

T.S. Eliot : « La fin est l'endroit d'où nous partons... ». Si l'on pense qu'un médecin est plus qu'un ordinateur, ne peut être remplacé par un ordinateur, c'est parce qu'à partir de ce qu'il connaît, il invente, il adapte, il remet en question ses connaissances dans un dialogue toujours renouvelé avec une personne malade qui n'est jamais la même, mais toujours différente, unique. L'existence de « normes » permet l'exercice de la responsabilité : elle institue un système de références, qui permet d'expliquer non seulement pourquoi on les applique, mais aussi, quand c'est le cas, pourquoi on croit bon de s'écarter de cette « norme ». Le médecin doit connaître ce qui a une dimension générale, collective (ce qui a été évalué et qui est reproductible, le plus souvent en termes de statistiques et de probabilités) pour l'adapter au singulier. Il doit effacer du mieux qu'il peut l'ignorance, non pas pour arriver à la certitude, mais pour redonner toute sa noblesse à l'incertitude qui, au cœur de la pratique médicale, inscrit le savoir dans une trame toujours nouvelle : le lien avec la personne malade. Une intersubjectivité d'autant plus essentielle et difficile à établir, en psychiatrie, que c'est dans sa personnalité, dans sa vie intérieure, en tant que sujet, et pas seulement dans son corps, qu'est la souffrance de la personne malade qu'il faut aider.

Des « normes » de pratique professionnelle ne peuvent pas être établies en dehors de ceux qui doivent les appliquer, les remettre en question, et parfois, sciemment, les transgresser. Pour cette raison, il paraît essentiel que les psychiatres puissent participer à part entière à l'élaboration de ces « normes » concernant leurs pratiques, aux modalités d'évaluation de ces « normes », aux questionnements sur la signification, l'intérêt et la validité de ce qui est évalué, aux questionnements sur les méthodologies d'évaluation, et aux critères qui seront retenus pour apprécier l'efficacité des pratiques sur l'état de santé et de souffrance de la personne malade ou handicapée. En gardant toujours à l'esprit que l'OMS définit la santé sans faire référence à une notion de « normalité », mais à un état de « bien-être physique, psychique, et social ». En gardant à l'esprit que la valeur sur laquelle est fondée la médecine n'est pas de rendre obligatoirement la personne souffrante semblable aux autres, mais avant tout de soulager sa souffrance, et de lui permettre de vivre, bien que différente, avec les autres, parmi les autres.

Étant donné le manque de soutien que notre société apporte actuellement à la psychiatrie, « la norme », pour les personnes atteintes de handicap mental et de maladies psychiatriques, risque de plus en plus, si nous n'y prenons garde, de se décliner sous la forme de « trois normes », tragiques et inacceptables d'un point de vue éthique :

- I) soit l'isolement, l'abandon et l'exclusion dans des institutions où personne ne pourra plus convenablement les accompagner ;
- II) soit l'enfermement dans les prisons, où les conduira leur désinsertion sociale ;
- III) soit l'abandon dans la rue – exclues hors les murs, « ailleurs », nulle part, seules, au cœur de notre société.

Soutenir le développement d'une psychiatrie moderne, capable de s'évaluer et d'être évaluée, en prise avec la recherche tout en étant attentive à la vie intérieure de la personne souffrante, et capable de soigner, d'accompagner, et de contribuer à insérer dans la société les personnes malades et handicapées, est, au-delà de la dimension médicale, un enjeu éthique majeur : un choix de société.

La manière dont nous nous comportons avec les personnes les plus vulnérables traduit la manière dont nous appliquons les valeurs de notre société – liberté, égalité, fraternité – et tout particulièrement la fraternité. Combien de manières différentes de vivre pleinement une vie humaine, avec nous, parmi nous, refusons-nous, sans même y penser, de rendre possibles ? Ne s'agit-il pas toujours, sous des formes différentes, de la question de la nature des frontières que nous traçons entre « nous » et « les autres » ? De qui parlons-nous quand nous parlons de « nous ».

La psychiatrie libérale et les Etats Généraux

Olivier Schmitt

N'est-il pas surprenant que ce soient des psychiatres libéraux, eux, les nantis, eux qui sont les seuls maîtres dans leur cabinets — c'est ce que l'on croit souvent — qui aient été à l'initiative des États Généraux et se soient autant impliqués dans leur mise en œuvre ?

À part nos patients, et parfois nous-mêmes, les gens ne savent pas ce qui se passe dans le secret de nos cabinets. Et ce que l'on ne connaît pas, on a tendance à l'occulter, à en dénier l'existence ou fantasmer dessus. Or, nous recevons en privé des malades en grande souffrance qui ne sont pas les mêmes ou en tout cas pas aux mêmes moments de leur histoire que ceux qui sont suivis par les services pluridisciplinaires (hôpitaux, CMP, cliniques, CMPP etc.). Ce sont bien souvent des malades qui par leur histoire, leur fragilité voire la gravité de leur pathologie, ne sont pas prêts, ou pas à même, de pouvoir supporter la prise en charge du soin par des intervenants multiples, ni de se confronter à la pathologie des autres.

Le problème est donc pour nous l'ignorance des dangers que font courir au travail en cabinet de ville les décisions intempestives sur l'opératoire spécifique de notre action thérapeutique, préventive et complémentaire des services hospitaliers.

Je veux parler de liberté de choix et d'accès au psychiatre qui doit pouvoir se faire à l'insu des autres intervenants. Sans cette liberté, nombre de nos patients ne viendraient pas nous voir, ou trop tard. Le nouveau parcours de soins est une entrave à cette liberté.

Je veux parler de l'unicité forfaitaire de son acte et de son paiement qui évite toute suspicion de tri des pathologies suivies et laisse la place à l'inventivité indispensable à notre efficacité en évitant ainsi l'apparition de protocoles figés dans une nomenclature éclatée. Nous nous battons par exemple pour que, dans la future classification commune des actes médicaux (CCAM clinique), un seul acte soit conservé en psychiatrie libérale. Ce n'est pas gagné étant donné la volonté de transparence de l'assurance-maladie et l'obsession protocolaire de la Haute Autorité de la Santé.

Je veux parler de la confidentialité non partagée indispensable à la liberté de parole des patients. La bataille sur le droit au masquage sur le Dossier Médical Personnel est une bonne illustration de la difficulté de faire entendre notre point de vue aux confrères généralistes et des spécialités Médecine-Chirurgie-Obstétrique. Là encore nous voyons l'importance de la spécificité indispensable de la psychiatrie.

La novlangue administrative et néolibérale nous inquiète dans tous les sens du terme. Mais le danger vient d'abord des confrères, psychiatres ou non, qui pour des raisons corporatistes à la petite semaine ou carrément idéologiques collaborent, voire reprennent à leur compte le discours économique-pseudo-rationnel dominant.

Donc, si les dangers qui pèsent sur la pratique libérale sont, à l'inverse de nos collègues du public, peu connus voire ignorés, la conclusion est la même : il nous faut prendre la plume et notre courage à deux mains pour faire savoir l'essence et les impératifs fonctionnels de notre pratique. L'AFPEP initie d'ailleurs une étude dans ce sens, espérons que nous arriverons à la mener au bout, sans la dévoyer.

Cela dit, nous avons bien des inquiétudes en commun avec les professionnels hospitaliers en ce qui concerne la psychiatrie en général. Les atteintes à la fonctionnalité de la psychiatrie publique nous touchent par ricochets — ne serait-ce que le manque de personnel et de lit —, et nous nous inquiétons tout autant des dérives théorico-pratiques de la discipline.

L'imposture scientifique des recherches actuellement financées directement ou indirectement par les laboratoires nous révolte. Leur force de médiatisation alimente leur impérialisme. Nous travaillons au sein de

nos associations scientifiques à réhabiliter la recherche clinique et psychodynamique, tant au niveau national qu'international. Nous avons encore beaucoup à faire. Lors de notre rencontre avec les internes à France Culture en août dernier, nos jeunes confrères nous suppliaient, nous, les seniors, de ne pas baisser les bras, et prendre le temps de leur apprendre l'inventivité dans la pratique et la subversivité inhérente à notre métier.

**Olivier Schmitt
Niort**

* Présentation du Livre « La psychiatrie en péril » au colloque d'ISADORA à St Martin de Vignogoul devant une assemblée pluriprofessionnelle de 80 personnes.

Lettre au Président du Conseil National de l'Ordre

Jean-Jacques Laboutière

Paris, le 8 janvier 2007

Professeur Jacques ROLAND
Président du Conseil National
de l'Ordre des Médecins
180, boulevard Haussmann
75389 Paris Cedex 08

Monsieur le Président et Cher Confrère,

Dans le cadre d'un débat d'opinion à propos du traitement des Troubles Obsessionnels Compulsifs (T.O.C.), un article intitulé « Les psychanalystes auraient-ils peur de la confrontation scientifique ? » est paru dans le journal « Le Monde » daté du 19 décembre 2006 sous la signature du Docteur Yves Ferroul.

Dans cet article, dont le principal objet est de promouvoir certains traitements, notre collègue incite explicitement les patients à intenter des procès aux médecins qui se réfèrent à la psychanalyse.

Il nous semble du devoir d'un syndicat médical d'interpeller l'Ordre des Médecins face à l'attitude de notre confrère. En effet, la psychanalyse est pour la plupart d'entre nous un apport théorique indispensable à la compréhension tant des mécanismes psychopathologiques que de la relation thérapeutique au cœur de notre travail de psychiatre.

Les symptômes que la classification internationale des maladies mentales a réduits au terme unique de T.O.C répondent en fait à plusieurs dynamiques psychopathologiques. Cette diversité des mécanismes sous-jacents justifie le recours à des abords thérapeutiques multiples et complémentaires car tout médecin sait qu'il s'agit d'une symptomatologie extrêmement douloureuse pour les patients, souvent invalidante, et parfois désespérante par sa résistance aux différents traitements qui peuvent être proposés.

À l'heure actuelle, aucun traitement de routine ne peut prétendre assurer la guérison de ce type de troubles à lui seul et il y a donc largement place pour de nouveaux apports thérapeutiques issus de tous les horizons de

la recherche.

Le docteur Ferroul se fait l'avocat de traitements encore expérimentaux fondés sur la stimulation électrique de certaines zones du cerveau. Si les études réalisées dans ce domaine ouvrent quelques espoirs pour les formes réfractaires à tout autre traitement, ces perspectives encore incertaines ne peuvent cependant justifier de jeter aussi violemment l'anathème sur une large part de notre corps professionnel au seul motif qu'il demeurerait trop réservé face à ces nouvelles techniques qui, en tout état de cause, n'ont pas encore fait la preuve définitive de leur efficacité (quelques dizaines d'observations publiées jusqu'alors) et ne peuvent de toute manière pas encore être proposées en routine aux patients puisqu'elles ne sont accessibles que dans le cadre de protocoles de recherches menés par de très rares équipes.

Notre corps professionnel doit-il supporter que la prudence qu'il exprime face à des traitements à l'efficacité encore incertaine et dont les effets secondaires n'ont pas encore été pleinement mesurés soit stigmatisée comme de l'incompétence ?

Quel que soit le niveau d'incompétence que le docteur Ferroul prête à ses confrères, est-il digne d'un médecin d'exhorter la population à assigner une grande partie du corps professionnel devant les tribunaux plutôt que chercher à le convaincre de la validité de ses propres positions ?

Enfin, et surtout, les convictions du docteur Ferroul, pour respectables qu'elles soient, peuvent-elles l'autoriser à plonger des dizaines de milliers de patients (la prévalence des TOC est estimée à 2 % de la population générale) dans le plus grand désarroi en discréditant ainsi la psychanalyse dans un journal à forte audience ?

En conclusion, le docteur Ferroul ne devrait-il pas, au moins, être rappelé aux obligations déontologiques communes à tout médecin ?

Vous remerciant par avance de vos réponses à ces questions, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président et Cher Confrère, l'expression de nos sentiments confraternels les meilleurs.

Dr Jean-Jacques Laboutière
Président de l'A.F.P.E.P. – S.N.P.P.

Les guerres de religion

Pierre Cristofari

« Le Monde » nous a offert récemment un échange musclé entre deux confrères, dont on oubliera, par charité, les noms.

Le premier confrère, psychiatre proclamé psychanalyste, de la prestigieuse tribune du grand quotidien, lança une charge violente contre... Contre qui, au fait ? Contre les scientifiques, les techniciens, les biologistes, les universitaires... J'en passe, sûrement, alors disons, une charge contre les « neurosciences », le vocable suffisant en général pour faire sortir de leurs gongs certains et les précipiter de toute la force de leur pensée contre cette muleta.

L'article était remarquable à plus d'un titre. Par son style, talentueux, servi par une plume trempée dans le vitriol. Par sa mauvaise foi, digne d'un militant poujadiste, utilisant les poncifs les plus éculés : tout fout le camp, tout était tellement mieux avant... La psychanalyse, alpha et oméga de toute réflexion, sans qu'il soit

utile de la définir, qu'il faudrait sans doute écrire avec une majuscule, seule garante de l'humanisme, de la culture, du respect du patient. Les autres ne font rien qu'à ouvrir le crâne de leurs patients vivants pour leur enlever des bouts de cervelle. O tempora, o mores !

Tout ce qui est exagéré est ridicule, et cet article l'était, assurément. Malgré le talent littéraire de son auteur, il ne faisait guère progresser la cause de la psychanalyse.

Cet article n'eut sans doute pas valu qu'on s'y arrête, s'il n'avait suscité l'ire d'un autre confrère. Ce confrère, non psychiatre, mais docteur en médecine et psychologue, maître de conférences dans une faculté de psychologie, n'aime guère la psychanalyse. Sa réponse, moins brillante mais en apparence posée se concluait par un manquement grave aux règles déontologiques élémentaires : il encourageait les patients à porter plainte contre les médecins se référant à la psychanalyse. Chance pour le premier protagoniste : non seulement la faute déontologique invalidait l'auteur et sa réponse, mais elle donnait en plus une publicité à un article à l'intérêt modeste.

Mais cette polémique masque le fond, qui est la médiocrité des arguments. Dogmatisme d'un côté, où la psychanalyse, indéfinie (s'agit-il de philosophie, de théorie, de politique, de thérapeutique, de technique ?) éclaire tout et existe par elle-même, et où la confusion entre psychanalyse et psychanalystes est totale. Dogmatisme de l'autre côté, où le rationalisme est pris pour de la raison, où l'argument suprême du manque de validité de la psychanalyse s'appuie sur des assertions sans fondement, où la décision d'un tribunal américain disant nocive la psychanalyse est mise au rang de preuve...

Entre tenants de la vraie foi, il n'y a pas de place pour la réflexion. Quand les seuls arguments audibles sont des arguments d'autorité, sont réunis les éléments d'une guerre de religion. Ce type de confrontation, que les protagonistes eux-mêmes voudraient faire prendre pour un débat, arrange les deux partis : publicité assurée, mobilisation des fidèles, conservation des parts de marché.

On finirait par leur donner raison sur un point : triste époque !

Pierre Cristofari
Hyères

Le dialogue conventionnel selon les Caisses

Yves Froger

La convention prévoit qu'à chaque période anniversaire de la signature l'ensemble des dispositifs soit réévalué, tant du côté de la pertinence que du côté de la revalorisation tarifaire. Que se passe-t-il cette année ?

Le dialogue s'enlise et vous en suivez les péripéties dans la presse :

- - Élargissement du secteur optionnel, mais restreint aux seuls chirurgiens !
- - Valorisation du C du généraliste avec perspective d'alignement sur le Cs, ce qui est la conséquence logique de la création de la spécialité de médecine générale, mais là aussi, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie cherche à retarder au maximum les échéances.

- - Poursuite de la mise au point de la Classification Commune des Actes Médicaux technique et, par contre, silence complet en ce qui concerne la Classification Commune des Actes Médicaux clinique.

Ce chantier devait être clos fin 2005. Début 2007 nous en sommes toujours au même point et il a fallu à nouveau prolonger d'un an la Majoration Provisoire Clinicien qui sert en l'occurrence de cache-misère.

Faute de n'avoir jamais soutenu une politique cohérente et forte pour les spécialités cliniques, les centrales syndicales, au premier rang desquelles la Confédération Syndicale des Médecins Français, ne peuvent que constater les dégâts pour les praticiens concernés.

Il est bien tard pour s'en rendre compte, et le risque est encore plus grand de voir ces centrales s'engouffrer dans la mise en place des dispositifs tarifaires impliquant la dissociation de notre acte avec le risque que ces mesures transitoires se pérennisent.

Nous n'avons pour le moment aucune assurance sur le maintien d'une cotation unique pour notre action. Alors que se passe-t-il ?

Eh bien, ce sont les Caisses qui reprennent des initiatives, en instaurant le principe des menaces, et notamment vis-à-vis des médecins qui ne télétransmettent pas, menaces de sanctions financières, voire de déconventionnement.

Curieuse façon d'alimenter le dialogue conventionnel quand il est précisé dans la convention « ... les partis signataires s'accordent à penser que c'est par l'incitation des praticiens à télétransmettre, et non par des sanctions conventionnelles, que cet objectif pourra être atteint... »

Du reste, un amendement déposé en octobre dernier lors du vote de la loi de programmation du financement de la Sécurité sociale visant à réinstaurer le principe des sanctions pour refus de télétransmission a été retiré.

Ce dispositif n'est donc pas applicable et nous rappelons aussi que le Tribunal Administratif de Dijon a annulé en 2004 les sanctions prises par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Saône-et-Loire à l'encontre d'un médecin refusant la télétransmission.

Sur un plan pratique nous ne manquons donc pas d'arguments pour nous défendre, mais c'est surtout la signification politique de l'attitude des Caisses qui doit nous arrêter.

Là où il est question d'incitation aucune initiative sérieuse n'a été prise, aucune avancée tarifaire en direction des spécialités cliniques, mais par contre, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie agitent le chiffon rouge de la sanction.

Nous avons toujours dénoncé les insuffisances et les impasses de cette convention.

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie déploie un cynisme dévastateur à l'encontre des spécialités cliniques. Les centrales syndicales qui ont de longue date abandonné ce terrain sont incapables de reprendre leur rôle.

**Yves Froger
Lorient**

Mesure et TOC

Les psychiatres français ne sont pas revenus de la réception d'un nouveau livret de la Haute Autorité de Santé, petit fascicule de recommandations de onze pages modestement intitulé : « troubles obsessionnels compulsifs (TOC) résistants : prise en charge et place de la neurochirurgie fonctionnelle ».

Si les praticiens cliniciens du psychisme ont pu sourire à la première lecture rapide d'un tel document, celui-ci leur semblant tellement éloigné et réducteur quant au problème du traitement du symptôme obsessionnel auquel ils se trouvent quotidiennement confrontés, une deuxième lecture plus attentive a pu néanmoins les glacer. En effet, le titre laissait supposer un protocole de prise en charge sérieux, sous couvert d'autorité et de protection de la santé, des dits « TOC », permettant d'écarter tout risque de dérive dans une éventuelle indication neurochirurgicale pour ce type de trouble.

Il paraissait évident à n'importe quel médecin que les précautions les plus délicates se devaient d'être recommandées du fait des conséquences. Toute chirurgie du cerveau, si fine soit elle, peut conduire à la mort, ne serait-ce que la mort mentale avant celle du corps.

Bien au contraire, le document prend plutôt les allures d'une promotion visant à recruter des patients volontaires, avec consentement éclairé à l'appui, candidats à des techniques chirurgicales cérébrales plus qu'incertaines, parfaitement mal maîtrisées à différents titres.

Les indications posées sont particulièrement floues. Elles arrivent après ce qui est qualifié d'échec psychothérapique, mais dans un cadre mal défini, ne serait-ce que par la brièveté du temps qu'il s'accorde avant la chute du couperet, ou par les critères réductionnistes, simplistes, irréalistes par rapport aux possibilités d'une pratique clinique, et après une tentative thérapeutique partielle excluant tout abord autre que les thérapies rééducatives comportementales et/ou médicamenteuses.

La conduite chirurgicale manque considérablement de rigueur quant aux techniques indiquées (où devrait-on couper dans le cerveau ?), et quant à l'information à délivrer aux patients sur ses effets secondaires. Force est de constater qu'un tel protocole n'accorde que peu de valeur à l'existence subjective et, de fait, à l'éthique. Pire, l'arbitraire va plus loin et sous le prétexte de la logique implacable de l'irréversibilité des séquelles des coupures du scalpel dans cet organe cérébral, si crucial au plan fonctionnel, il propose carrément l'implantation d'électrodes, dans différentes zones possibles du cerveau, afin de contrôler par stimulations électriques la résistance symptomatique de ces irrévérencieux malades.

Notre devoir de médecins praticiens nous oblige donc ici à prendre la parole, à des fins de santé publique et de prophylaxie des catastrophes. Nous devons prévenir des risques potentiels les candidats patients éventuels, qui se trouvent naturellement attirés par ce genre de proposition, du fait du désespoir face à leurs symptômes obsédants, ceux-ci alimentant leur demande d'une guérison spectaculaire et les rendant fragiles à la crédulité et l'adhésion sans critique.

Attention ! Il s'agit, dans cette offre d'un traitement neurochirurgical des troubles obsessionnels compulsifs, de promesses certes séduisantes, à fort pouvoir suggestif dans notre culture technologisante de l'adaptation et de l'efficacité, mais non cautionnables médicalement dans l'état actuel de nos connaissances. Car les études citées en référence par les co-auteurs de ce texte prescriptif s'appuient sur des résultats extrêmement parcellaires et sur des cohortes de petits nombres de patients.

En revanche, ces expériences cherchent à étendre massivement leur audience en élargissant leur public.

Un NON franc et massif du pouvoir médical doit ici s'opposer et ainsi baliser le danger pour les patients face à un tel usage des signifiants de l'autorité et de la santé. Non à la répétition et la régression vers les pratiques de la lobotomie réduisant les êtres parlants, dans leur complexité parfois invalidante, à des bouts de corps à

faire disparaître, ou à des connexions neuronales intempestives à contrôler, dans leur dimension pulsatile, par pacemaker cérébral.

Bien que le titre de la brochure des recommandations annonce LES troubles obsessionnels compulsifs, le texte en son contenu fait disparaître la pluralité et la singularité de ces manifestations cliniques symptomatiques au profit d'un abord du trouble en terme d'unicité : dorénavant, ce sera LE TOC.

Regroupés en une classe identifiée comme gênante, ces patients en difficulté avec leur subjectivité sont repérés à présent sous le trait commun du terme TOC dont l'élimination s'indique, avec toute l'agressivité et la radicalité d'un acte chirurgical engageant le risque de leur propre éradication réelle en même temps que celle de leur trouble.

Le tout est rédigé avec un ton bonhomme, dédramatisé, sans scrupule et débarrassé d'éthique. Pourtant, les auteurs évoquent l'existence d'une typologie du TOC. Cependant et malgré l'alibi scientifique, ils ne se donnent pas la peine de la développer afin de nuancer ou distinguer leurs indications neurochirurgicales.

Ce faisant, la question essentielle et fondamentale de la fonction du symptôme obsessionnel passe à la trappe, bien que préalable indispensable à son traitement. Ce trouble s'exprime-t-il comme moyen de défense dans une tentative de renouage de la dissociation de la pensée chez un psychotique ? Permet-il à un pervers de contenir ses passages à l'acte ? S'intègre-t-il à la difficulté de l'engagement en un choix impliquant une perte à assumer dans le cadre d'une névrose obsessionnelle ? Seul compte ici son caractère de résistance d'ailleurs mal défini. Qu'est-ce qu'une résistance ? Pourquoi résiste-t-il ? À quoi résiste-t-il ?

On ne s'embarrasse visiblement pas de ce genre d'intellectualisation inefficace dans ce livret de recommandations de la HAS ! On se propose de trancher dans le vif de la chair pour se débarrasser de cet objet TOC encombrant qui se trouve là indûment incarcéré dans le corps même. En différentes localisations possibles, cet objet TOC devient, dans ce type de construction de réalité, de plus en plus repérable, localisable, photographiable, traçable par les techniques modernes d'imagerie fonctionnelle. C'est à proprement parler fantastique !

Mais nous ne sommes plus dans la fiction. La mémoire historique encore assez proche des résultats de telles expériences ayant conduit à la boucherie humaine ne semble plus ici d'actualité.

La logique à l'œuvre s'organise ici en un « c'est ça ». La vérité y apparaît comme enfin toute dite sans ambiguïté et permettant de saisir la chose. Aucune ouverture de question n'apparaît pertinente dans ce fascicule. Le débat (en fait, quelques réunions entre quelques « experts » pour élaborer des recommandations pas moins que collectives et nationales à propos d'un trouble d'ordre psychiatrique et où les psychiatres se retrouvent minoritaires face à une majorité de neurologues ou de neurochirurgiens) est clos pour traiter, pourtant, d'une indication chirurgicale aussi lourde. Nous sommes dans une configuration de pensée fermée, sphérique, sans échange possible, et où un seul sens est acceptable. Il paraît inutile, dès lors, d'organiser un ou plusieurs congrès scientifiques sur ce thème.

L'affaire se règle de façon univoque, sans aucun débat ni confrontation des expériences et des lectures.

Il s'agit d'une certitude qui, quand nous la repérons en clinique comme organisatrice des propos d'un patient, n'est pas sans orienter notre diagnostic vers la psychose. À cette certitude, l'obsessionnel s'oppose effectivement. Pourtant adepte volontaire de la contrainte, il résiste aux impératifs ou ordres qui lui viennent à l'esprit de devoir faire ceci ou cela. Sa logique conditionnelle (s'il fait ceci ou cela, alors il risque de se produire quelques conséquences fâcheuses) est d'une rigueur implacable et se trouve fort heureusement incluse dans le processus normal même de la pensée. Il se trouve donc fondamentalement soumis et désarmé, face aux impératifs prescripteurs du côté de ses comportements et de ses cognitions, sa seule résistance critique et sa survie subjective résidant autour de sa procrastination, sa tergiversation, voire ses débordements à l'exécution de l'acte.

Le plus souvent, l'obsessionnel résiste à l'acte définitif et se dérobe à la possibilité d'un après-coup susceptible de l'orienter. Ainsi, il doute incessamment, ce qui l'oblige à une éternelle vérification et remise en question, avec la plus grande difficulté à trancher entre deux propositions contradictoires. Il est même fréquent qu'il vienne demander à quelqu'un de confiance ou faisant autorité de trancher à sa place. La réponse de la HAS est ici radicale. Elle tranche pour lui.

Par le biais d'une ordonnance de maîtrise rééducativo-comportementale indiscutable, elle ne manquera pas de relancer chez lui le circuit de l'impératif dans un mouvement d'amplification de ses résistances en cercle vicieux, en aboutissant à sa désorientation. Il deviendra alors, et de mal en pis, un bon résistant candidat à la neurochirurgie, la HAS se proposant ici de trancher dans le vif de son cerveau balayant sa dernière défense subjective armée du doute.

Les recommandations de la HAS, dans son interprétation des processus obsédants, s'organisent en une logique qui rejette dans le réel du corps, une difficulté qui, elle, se trouve dans le registre de la pensée.

Forts d'un tel constat, la sagesse ne réside-t-elle pas dans le fait d'arrêter ici cette expérience humaine suffisamment probante et, accessoirement, probablement coûteuse à différents points de vue ?

Pierre Coërchon
Clermont-Ferrand

Au loup ! Au loup!

Laurent Le Vaguerèse

La question de la formation permanente est une histoire plutôt ancienne. Il y a plusieurs années, lorsque l'on commençait à évoquer sérieusement cette question, certains dans le syndicat où je me trouvais à l'époque avaient même souhaité m'en confier la charge. Las, l'affaire avait fait long feu et il ne semblait pas qu'il faille se presser autrement que d'un pas de sénateur après que d'aucuns aient violemment appelés à sonner le tocsin. L'affaire prend aujourd'hui un autre tour et si autrefois j'étais de ceux qui freinaient des quatre fers, j'en suis aujourd'hui à sonner l'alarme. Comme on s'est beaucoup affairé par le passé, que les choses ont beaucoup traîné, une douce torpeur semble nous avoir envahie. Certes, la chose prendra du temps mais elle semble maintenant sur les rails et il est indispensable de ne plus tarder à l'envisager dans toutes ses dimensions.

Rien de nouveau pour ce qui touche à l'enjeu avoué : la maîtrise des dépenses de santé, avec son corollaire pour les pouvoirs publics une surveillance de plus en plus étroite de ceux qui en sont l'un des acteurs majeurs, les médecins. Cette nouvelle gouvernance passe par l'envoi de messages forts en termes économiques mais aussi de la tenue d'un discours idéologique visant à orienter la pratique et dans lequel la formation permanente est l'un des éléments clé du dispositif.

Pour en prendre la mesure, j'ai participé récemment à une formation réalisée sur le thème : «mieux prescrire les psychotropes». Celle-ci assurée par un organisme de formation permanente privé tout à fait respectable entrait dans le cadre des formations subventionnées par la Sécurité sociale à un niveau de compensation financière tout à fait incitatif, de l'ordre de 600 euros pour un week-end. Quand on pense à tous les colloques où nous nous rendons sans aucune compensation mais en devant déboursier de notre poche la totalité des frais on mesure aisément la différence.

Participaient à ce week-end une majorité de médecins généralistes – une dizaine - et quatre ou cinq psychiatres. Les informations qui avaient été récemment diffusées concernant la mise en place effective du

processus de validation de la formation des médecins n'étaient sans doute pas sans avoir facilité la venue d'une part non négligeable de nos collègues.

Les formateurs, dont la qualité n'est absolument pas en cause, se composaient essentiellement d'un psychiatre de St Anne et d'une pharmacologue niçoise. La première surprise vint du fait qu'au moment le plus inattendu, le psychiatre en vint à formuler comme autre prescriptions possibles dans les « dépressions » les thérapies comportementales. Je demandais aussitôt ce que venait faire cette information dans un stage supposé traiter de la question de la prescription des psychotropes, ce à quoi le psychiatre, un peu gêné et disant au passage son désaccord, nous dit qu'il devait en faire mention car cela faisait partie du cahier des charges.

Autre problème et non des moindres. En posant la question sous la forme de l'administration du médicament, de ses effets secondaires, des précautions à prendre etc., il était tout à fait clair que le cadre diagnostique ne pouvait que se trouver placé en parent pauvre. Ainsi le cadre des dépressions pour ne prendre que cet exemple se trouvait de fait confondu avec celui des mélancolies. On ne faisait évidemment pas référence à autre chose qu'au DSM IV et le problème des cadres nosologiques n'était pas à l'ordre du jour. Aussi les situations cliniques posées dans le cadre des sous-groupes contraignaient-elles à un mode de réflexion qui laissait peu de place à autre chose qu'à une prescription là où beaucoup de participants adoptaient d'emblée – du moins dans le groupe où je me trouvais – une position beaucoup plus nuancée.

On voit bien dans ces conditions à quoi va tendre la formation des généralistes s'opérant dans ce cadre. Certes, un certain progrès sera fait si l'on compare à la situation actuelle qui fait une part écrasante à la publicité des laboratoires, mais l'orientation dont cette expérience fait état nous invite à ne pas laisser le terrain libre à tous ceux qui se soumettront sans sourciller à une approche dont la dimension idéologique n'est guère masquée.

Pour ma part, il me semble urgent de mettre en place au sein de nos structures des dispositifs destinés à la formation des médecins généralistes et de nos collègues psychiatres qui prennent la mesure de l'enjeu qui nous est aujourd'hui proposé. Il va de soi qu'on ne s'improvise pas organisme de formation ni formateur, qu'il y faut non seulement une rigueur de pensée mais une excellence dans l'organisation, la mise en place et la réalisation de la formation. Toutes choses que l'AFPEP est certainement à même d'assurer à condition de pas perdre de temps. Sinon le loup ne tardera pas à venir nous manger lorsque trop tardivement nous appellerons à l'aide.

Laurent Le Vaguerèse
Paris

FMC et EPP, où en sommes-nous ?

Olivier Schmitt

L'organisation administrative inhérente à la mise en œuvre de l'obligation de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles affirmée dans la Loi d'août 2005 arrive à son terme opérationnel. Tous les décrets nécessaires sont parus, toutes les instances sont en place.

Devant ce rouleau compresseur technocratique l'AFPEP et le SNPP ne sont pas restés inactifs. Depuis longtemps déjà, nous avons publié des textes démontrant et dénonçant les dangers de la normalisation et du réductionnisme en notre domaine. Notre participation au séminaire du CASP de juin dernier dont nous

publions les interventions dans ce numéro est un aspect de cette mobilisation. Un autre en est l'organisation du séminaire « L'évaluation : nécessité scientifique ou servitude volontaire » organisé en partenariat avec le Collège de Psychiatrie et le Journal Français de Psychiatrie au printemps 2006 ; les actes de ce séminaire vont paraître dans le prochain numéro de PSYCHIATRIES qui est actuellement sous presse. Ces travaux ont permis un véritable approfondissement de la question et de réaffirmer la limite au-delà de laquelle nous ne devons pas aller si nous voulions ne pas aliéner l'essence même de notre pratique.

En tant qu'organisation professionnelle nous nous devons de permettre à nos mandants de ne pas se retrouver en défaut par rapport à la loi. Nous étions donc dans un couloir étroit entre la soumission et le respect intangible de nos valeurs.

Pour ce qui concerne la FMC, depuis longtemps déjà, l'AFPEP était agréée comme organisme de formation et a permis à de nombreux salariés de profiter de cet agrément. Il fallait cependant qu'elle soit agréée par les nouvelles structures, ce qui est en cours et ne saurait tarder. Outre nos publications, nos séminaires et nos journées nationales, les séminaires locaux pourront être validant à la condition que la structure associative organisatrice soit membre de l'AFPEP en tant que personne morale. Notre souci a toujours été de permettre aux travaux qui se font depuis fort longtemps a sein de notre profession d'être pris en compte. Ce serait un comble qu'il n'en soit pas ainsi.

Pour ce qui concerne l'EPP, notre position est semblable, car nous n'avons pas attendu une quelconque obligation pour nous soucier de la qualité de notre travail. Nous avons mis au point une méthodologie acceptable par les instances officielles (HAS), et qui ne dénature pas le travail qui se fait déjà dans bien d'endroits. Il s'agit du projet « PARAP » que nous vous détaillerons bientôt. Dès maintenant nous pouvons vous dire qu'elle résulte de nos travaux de ces dernières années et s'inspire des groupes de pairs, des groupes Balint et de la spécificité de notre fonction thérapeutique, c'est-à-dire de l'inventivité au cas par cas nécessaire à l'opérationnel de notre pratique quotidienne.

Vos groupes de travail existants auront donc tout intérêt à prendre contact avec nous afin de bénéficier de ce cadre validant tant pour la FMC que pour l'EPP.

Olivier Schmitt
Niort

Lettre au Directeur de la CPAM des Deux-Sèvres

Olivier Schmitt

20 janvier 2007

Monsieur Bruno BATY
Directeur de la CPAM des Deux Sèvres
79041 NIORT

Cher Monsieur,

Je viens de recevoir la Lettre de l'Assurance-maladie « Partenaires Santé N° 39 » sur laquelle j'ai pu lire dans « Flash info » l'avis de décès de la confidentialité sur le parcours de soin sous le titre « L'historique des

remboursements en ligne ».

En ce mois de février 2007 les médecins auront désormais accès à la liste de toutes les dépenses de l'Assurance-maladie concernant chaque patient. C'est ce qu'on a appelé le « Web médecin ». Considéré comme une version légère facile à mettre en place du DMP (Dossier Médical Personnel), il s'impose dès lors, sans tenir aucun compte des préventions qui ont été soulevées à propos de ce dernier. La décision politique de mettre en place le DMP a provoqué un débat hautement nécessaire, en particulier au sujet du masquage de certaines informations.

Cette volonté politique relève déjà de trois démagogies.

L'une concerne les médecins dans l'illusion d'avoir accès à toutes les informations des patients qu'ils reçoivent avec le risque - et peut-être le sourd espoir - de faire ainsi l'économie de l'écoute et de l'interrogatoire comme si l'histoire du sujet devant eux s'objectivait dans les traces des prescriptions antérieures.

La seconde concerne l'Assurance-maladie qui, croyant faire ainsi des économies en se préservant de quelques abus, se donne bonne conscience en se plaçant comme la défenseure de la santé publique.

Enfin, la démagogie auprès des consommateurs les confortant dans la tendance naturelle à la passivité et l'infantilisation — qu'habitent le plus souvent les sujets malades — et l'illusion de croire en la toute puissance de celui qui saurait tout de lui.

Or, ces trois démagogies, en dehors même du fait qu'elles sont fondées sur des illusions, ne sont pas sans soulever quelques conflits d'intérêt.

Dans son désir, légitime mais très ambivalent, de tout savoir sur lui et sur ce qu'on lui fait, le patient veut cependant pouvoir ne divulguer qu'au cas par cas ces informations : transparence pour lui et opacité régulée pour autrui, ce qui peut paraître incohérent, mais reste parfaitement justifié. Par exemple, en effet, de nombreux patients craignent, souvent à tort, mais pas toujours, que leur médecin de famille, une fois au courant du fait qu'ils sont suivis par un psychiatre, n'attribue trop facilement leurs plaintes à un problème psychiatrique et de ce fait seraient somatiquement moins pris au sérieux. Ils craignent aussi que le discours de ce généraliste aux autres membres de la famille ne soit influencé par cette information. Le rapport de confiance en est inévitablement altéré.

Or, pour le médecin, une information tronquée, sans savoir si elle l'est, reste peu utilisable car il peut être dangereux de s'y fier. Mais le fantasme de l'exhaustivité des informations est tout aussi redoutable puisque c'est oublier que de toute façon ces informations seront inévitablement incomplètes. Par exemple, c'est l'illusion de croire que ce qui est prescrit est effectivement pris par le patient et c'est nier toute la part d'automédication.

Pour l'Assurance-maladie, c'est ne voir que les économies supposées générées d'un côté sans se soucier des effets pervers d'une telle divulgation. En effet, ne pas se faire rembourser devient ipso facto la seule voie de la confidentialité, ce qui va à l'encontre des valeurs fondamentales de la Sécurité Sociale au regard de l'égalité d'accès aux soins de la population.

Toutes ces illusions reposent sur un fantasme, celui de la supposée merveilleuse exhaustivité des données et de la transparence généralisée. C'est oublier qu'une information n'est utilisable que si elle est connotée et ciblée, indexée à son origine et son contexte ; ce n'est que dans le colloque singulier du médecin avec son malade, fondé sur une confiance réciproque, que ces conditions peuvent se trouver. Pas dans un mouchard !

Le principe de précaution minimum serait de faire en sorte que le patient puisse avoir le droit au masquage sur le Web-médecin tel que c'est envisagé pour le DMP.

Quoi qu'il en soit, même si les préventions citées plus haut se suffisent à elles-mêmes, l'utilisation du « Web médecin » envisagée par l'Assurance-maladie vient en contradiction avec le chapitre X de Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés version consolidée au 24 janvier 2006.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir utiliser tout ce qui est en votre pouvoir pour faire connaître ce point de vue aux instances décisionnelles.

Veillez recevoir, Monsieur le Directeur, mon bon souvenir et mes salutations les meilleures.

Olivier Schmitt
Vice-président du SNPP

Lettre aux présidents des CME des cliniques psychiatriques privées

Hervé Granier, Jean-Jacques Laboutière

Jean-Jacques Laboutière, Président de l'AFPEP-SNPP, et Hervé Granier, plus spécialement chargé au sein du Bureau des questions concernant les cliniques privées, ont écrit la lettre suivante aux Présidents des Commissions Médicales d'Etablissements

Paris, le 23 janvier 2007

Cher confrère,

Vous avez pris connaissance du récent décret ministériel modifiant l'article D 6124- 472 du code de santé publique qui supprime l'obligation

de permanence médicale 24 heures/24 dans les établissements psychiatriques privés pour lui substituer l'obligation d'une présence psychiatrique 24 heures sur 24.

Les dérogations à ce nouveau principe, prévues "en dehors des heures ouvrables", permettent aux établissements qui le souhaitent, sous réserve de l'accord de l'A RH, de mettre en place une astreinte psychiatrique et de faire appel à leur "environnement sanitaire territorial " pour la prise en charge des pathologies somatiques. Ce nouveau dispositif plus économique supprime la collaboration des médecins généralistes de permanence indispensables à l'organisation de la qualité et de la sécurité des prises en charges médicales et institutionnelles

Vous avez remarqué que ce texte fait porter l'obligation sur les établissements et qu'il appartient à ceux ci de mettre en place ces nouvelles dispositions dans le cadre de discussions internes avec leurs praticiens. Il est probable que de nombreuses cliniques conserveront pour l'instant leur dispositif de référence plus sur et plus performant.

Nous avons déjà alerté le ministère (courrier ci-joint) sur les dangers d'une réécriture partielle et prématurée des dispositions opposables relatives à la permanence des soins, rédigée sur l'insistance des gestionnaires d'établissements et qui ne ferait aucune distinction entre les réelles difficultés des établissements de faibles capacité et l' ambition affichée des grands groupes de santé pour lesquels la rentabilité n'est pas une contrainte mais une finalité.

Le résultat est là. Un décret contre les psychiatres, inapplicable en l'état, et contestable sur plusieurs points.

- l'obligation de présence d'un psychiatre 24 heures su 24 est une mesure excessive, inadaptée et discriminatoire. Nos confrères du secteur public, qui

pourtant sont seuls habilités à recevoir les patients hospitalisés sous contrainte, ainsi que nos confrères d'autres spécialités MCO (hormis les spécialités relevant des soins d'urgence), ne sont pas soumis aux mêmes exigences.

- cette nouvelle obligation d'effectif réglementaire n'est assortie d'aucunes compensations financières (pour la présence sur site et l'astreinte opérationnelle à domicile), au mépris de la nomenclature des actes médicaux et de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoyant que la permanence des soins sera exercée à présent au titre d'une mission de service public.

- enfin, il existe une imprécision manifeste des conditions dérogatoires et de leurs modalités d'application soumises à la seule appréciation des ARH, dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens, sans que la puissance publique, garante du principe d'égalité, n'ait précisé des critères nationaux de fonctionnement.

Pour ces raisons, le SNPP a décidé de déposer un recours en annulation de ce décret auprès du Conseil d'État, et demande que la refonte attendue des normes de fonctionnement, puisse définir des obligations d'effectifs et de moyens véritablement adaptées à la psychiatrie, en fonction de critères précis concernant la taille et l'activité des établissements (comme cela existe déjà pour les cliniques MCO) sans oublier l'horizon de convergence avec le secteur public.

Il serait, par ailleurs, inacceptable que sous prétexte du cloisonnement des financements (médecins/établissements) les représentants des psychiatres privés directement concernés par ces questions, soient, une nouvelle fois, tenus à l'écart de ces discussions.

Enfin nos décideurs devront bien s'interroger sur les contraintes croissantes qui pèsent sur les psychiatres libéraux, de plus en plus instrumentalisés par les nouveaux univers de soins quantifiés et surveillés que construit l'hospitalisation psychiatrique privée. Si la psychiatrie continue de s'écarter de son objet, l'exercice en clinique perdra, perd déjà, toute attractivité pour des praticiens dont le déclin démographique est annoncé.

Nous vous tiendrons bien sûr informé des suites que nous allons donner à cette action et vous adressons, cher confrère, nos plus cordiales salutations.

Hervé Granier
Montpellier

Jean-Jacques Laboutière
Mâcon

Ça fait un tabac !

Jean-Louis Place

Nos collègues du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public ont dès la parution du décret 2006-1386 émis des réserves majeures sur l'application correcte de la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 dans les établissements de soins psychiatriques.

Une fois encore, la maladie mentale est considérée à la même enseigne que la maladie somatique.

L'esprit de ce texte, la lutte contre le tabagisme passif, est vécu par tous, malades et soignants, d'une façon positive – mais en quoi le maintien d'espaces fumeurs correctement aménagés avec un confort et une hygiène suffisante (extracteur de fumée) contreviendrait à cette loi ?

Il y a une image qui persiste : celle aujourd'hui des malades mentaux dans la rue. Cette image va en avoir une autre en surimpression : les malades mentaux : dehors !

Pour beaucoup de patients en psychiatrie, le tabagisme est consubstantiel de la pathologie. Nous œuvrons depuis des années dans les établissements pour déplacer l'usage du tabac des chambres à des espaces réservés aux fumeurs. La prohibition du tabac dans la totalité des locaux sans exclusive représente un risque sanitaire

et un risque d'incendie plus grave de conséquence.

Nous souhaiterions, comme cela a été proposé sans être entendu, que la spécificité de la maladie mentale, reconnue au moins par les médias et bien évidemment par ceux qui sont en contact permanent avec les patients, le soit aussi par ceux qui devraient être les principaux alliés des soignants.

Nous demandons qu'un aménagement du texte aille au-delà de cette réponse à la question sur l'hébergement en hôpital psychiatrique comme substitut ou non de domicile :

« Toutefois, à titre exceptionnel, l'application de l'interdiction de fumer pourra être progressive pour certains patients si la mise en œuvre d'un sevrage tabagique rapide présente des difficultés médicales majeures », paragraphe qui donnerait un délai aux soignants pour guérir leurs schizophrènes...

La simple autorisation de maintien de locaux réservés aux fumeurs dans les établissements recevant des malades mentaux suffirait à poursuivre une politique de lutte contre le tabac qu'assuraient avec conscience professionnelle les soignants en psychiatrie.

**Jean-Louis Place
Chailles**

Un conflit parmi d'autres

Jacques Barbier

L'un de nos collègues a été accusé de profiter d'une clientèle captive et de multiplier les visites auprès de patients désinstitutionnalisés, regroupés au sein de familles gouvernantes. Ces patients pour la plupart psychotiques avaient été sortis de l'Hôpital Psychiatrique sans aucun cadre ni projet de soins. Notre collègue avait eu à cœur de continuer le travail dont il avait l'expérience dans le service psychiatrique où il avait exercé et de l'adapter à la pratique privée (c'est-à-dire privée d'autres moyens que lui-même). C'est le seul psychiatre de la région qui se mettait de cette façon à la portée de ces patients en grave difficulté et parfois dangereux. Il assurait des consultations dans leur cadre de vie, au tarif conventionnel strict alors qu'il est en secteur 2. Le médecin-conseil a diligenté un contrôle totalement à charge, basé sur un bricolage de chiffres, dans des conditions de totale irrégularité et de méconnaissance obstinée des pathologies, mettant en péril la continuité des soins, la sécurité physique et la réputation de notre confrère. Ce faisant, il a aussi ruiné cette institution de soins fragile et appauvrit encore plus ces patients relégués. Un premier jugement au Tribunal des Affaires Sociales a rejeté la plainte et condamné aux dépens, et aux dommages la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Reims; puis il y a eu appel au National qui a confirmé le rejet de la plainte en détaillant les motifs. Le procès de cette mauvaise action n'est pas fait: les médecins conseils ne relèvent pas de l'autorité du Conseil de l'Ordre. Voici la lettre adressée le 30 janvier dernier au Conseil de l'Ordre des médecins de la Marne, ainsi qu'au Conseil Régional.

À suivre...

Monsieur le Président et Cher Confrère,
Chers Confrères Conseillers,

J'ai bien reçu le compte rendu de la rencontre du 8 novembre 2006 avec les médecins-conseil des caisses de sécurité sociale.

J'ai noté, non sans surprise, que les médecins de la CPAM de la Marne ne s'étaient pas déplacés en nombre à votre invitation.

Les différents paragraphes de votre compte rendu indiquent votre souci vis-à-vis de nos difficultés nées de l'application de la convention et de l'impossibilité des confrères à faire entendre les conditions réelles de leur pratique avec des patients réels, face à ce qui semble devenir une bureaucratisation résolue : c'est-à-dire désincarnée.

Vous notez à propos de la visite confraternelle que celle-ci dépend de la qualité de l'une et de l'autre personne, faut-il sous entendre que le médecin visité dépend de l'humeur de son confrère, de son idéologie, de son professionnalisme. Cette visite est-elle basée en premier sur une éthique de la pratique médicale et que la transparence demandée au visité soit appliquée également au visiteur? Alors seulement une rencontre professionnelle est possible sans pour autant exiger que les objectifs de l'un et l'autre coïncident.

Le but de cette lettre prolonge votre souci manifeste et pose cette question: que peut faire un médecin lorsqu'il rencontre un médecin-conseil d'une caisse d'assurance maladie, quand celui-ci est déloyal, voire lorsque le contrôle qu'il effectue contredit et bafoue toutes les règles de confraternité et même la bonne pratique de technique administrative, lorsque sa compétence est prise en défaut, et que son préjugé obstiné témoigne d'une absence de souci de s'instruire ?

Vous rappelez que les médecins-conseil ne sont pas soumis à l'autorité du Conseil de l'Ordre alors que ceux-ci sont admis à siéger dans ces mêmes Conseils. Vous admettez que cette dissymétrie est étonnante et pourquoi pas choquante. Les médecins-conseil sont-ils également à l'abri d'un rappel des principes de la profession ? En cas de manquement le Conseil a-t-il la possibilité de se saisir et le devoir moral d'alerter la hiérarchie ad hoc ?

Je pense évidemment à l'affaire de notre confrère Alain Perceau (qui m'autorise à citer son nom dans ce courrier). Bien que ce confrère ait gagné au National contre des accusations non fondées, le procès n'a pas pu traiter ce que j'appelle l'iniquité (l'injustice commise par la partialité) de la personne qui a fomenté un contrôle scandaleusement à charge, nuisible, dangereux pour notre confrère, dangereux pour les patients et qui ruine la confiance nécessaire à une saine relation avec toute une institution.

J'imagine que ces sujets de société et de culture font partie de vos interrogations, aussi je compte sur une réponse de votre part. Je suis disposé à me déplacer lors d'un conseil, si vous m'y invitez, afin que nous puissions débattre de cette question : Le Conseil de l'ordre doit-il prendre position lorsqu'il est instruit d'un comportement contraire aux principes déontologiques de la profession dans la société ?

Dans cette attente, je vous prie de croire, Monsieur Le Président et chers confrères, en mes sentiments respectueux et dévoués,

Jacques Barbier
Reims

ALD "shunt"

Jacques Barbier

Jacques Barbier propose ici une solution au problème que pose concrètement l'Affection de Longue Durée pour les patients n'ayant pas de médecin traitant. On sait que les caisses interprètent de façon différente les règles d'honoraires pour les patients en Affection de Longue Durée ; cette expérience n'est pas une position

officielle du SNPP mais peut donner à réfléchir à chacun de nous.

Nous savons à quel point les médecins traitants sont embarrassés pour rédiger les protocoles de soins, soit pour les nouveaux patients à inscrire dans cette liste ALD, soit après un arrêt de travail de six mois. Ils sont embarrassés soit parce qu'ils ne savent pas très bien ce que va être le traitement, soit tout simplement que cette surcharge de travail pour des soins qu'ils ne maîtrisent pas les encombre. Il faut y ajouter les confrères qui ne voient pas la nécessité de soins spécifiques.

Aussi, et le plus souvent avec l'accord du confrère généraliste, je propose au patient de devenir sur l'instant son médecin traitant. S'il en comprend l'utilité pour la conduite des soins nous remplissons l'imprimé et le protocole de soins.

Il est évident qu'à une prochaine consultation chez son médecin habituel, le patient aura tout loisir de lui demander d'être réinscrit auprès de lui comme médecin traitant, comme il en a le droit. Cette situation a l'avantage d'alléger considérablement le temps de travail, et de simplifier une bureaucratie encombrante. Chacun peut tenir sa place dans le cadre des traitements qu'il a à soutenir. Cette délégation de prescription des soins psychiatriques au médecin traitant est potentiellement pernicieuse du fait même d'une compétence incertaine et que l'absence de confidentialité de la démarche de soins risque de dissuader la demande.

Jusqu'à présent, je n'ai eu qu'à me féliciter de cette façon de faire et je n'ai pour l'instant aucune remarque négative de mes confrères ni de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Jacques Barbier
Reims

Le fichier 47-15.txt n'existe pas

Les psychiatres français à la WPA

Antoine Besse

Congrès des associations européennes membres de la WPA
PARIS 6 au 9 février 2008

« Éthique, Science et Psychiatrie de la personne »

Les cinq associations françaises membres de l'Association Mondiale de Psychiatrie (AFPEP – Société de l'Information Psychiatrique – Association Française de Psychiatrie – Évolution psychiatrique – Société Médico-Psychologique), coordonnées en une association, organisent le premier congrès européen des associations membres de la WPA. L'ensemble des sociétés savantes regroupées au sein de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) soutient ce congrès. La région WPA-Europe est de loin le continent qui regroupe le plus grand nombre de psychiatres dans le monde (46 000 environ).

Comme vous le savez (BIPP N°45), il a été décidé de nous réunir chaque année lors d'un congrès des psychiatres de toute l'Europe à l'instar de ce que font les psychiatres américains de l'Amérique du sud au sein l'Association des Psychiatres d'Amérique Latine (APAL) ou ceux de l'Amérique du nord au sein de l'American Psychiatric Association (APA) et de l'association canadienne. Sur le plan mondial, la WPA est depuis plusieurs années l'interlocutrice privilégiée de l'OMS pour l'élaboration de la future classification des

maladies mentales (CIM 11 de l'OMS).

Par son thème ce congrès permettra une large confrontation des questions essentielles à laquelle notre discipline doit débattre sur le plan international (via l'OMS et l'ensemble des représentations des sociétés savantes françaises, européennes et mondiales).

L'A.F.P.E.P. y animera plusieurs Symposia sur les « fondamentaux » de la psychiatrie.

Ainsi nous aurons besoin, pour la réussite de cet événement réunissant les psychiatres de 50 pays, des contributions du plus grand nombre d'entre vous.

Une section des jeunes psychiatres est particulièrement ouverte à nos jeunes collègues, qui peuvent demander leur parrainage pour le congrès.

Antoine Besse
Saint-Germain-en-Laye