Sommaire du BIPP n° 49 - Septembre 2007

Cliquez ici pour télécharger un fac simile du BIPP n° 49 au format PDF

Editorial - Olivier Schmitt

E.P.P. Nouveau départ - Yves Froger

EPP-FMC : précisions

Franchises : Communiqué de presse du S.N.P.P.

Web médecin : Communiqué de presse du S.N.P.P.

D.M.P. et Web médecin - Pierre Cristofari

Courriel à la D.G.S. - Olivier Schmitt

Courrier à l'UNCAM - Olivier Schmitt et Yves Froger

\Allez les petits !\" - Frédérique de Oña"

Des Assises du Médico-Social à l'ACLIMSS - Marc Maximin

Editorial

Olivier Schmitt

En quelques mois, la machine à détruire les principes républicains qui nous sont chers semble s'emballer : injonctions de soins dans la confusion entre traitement et punition ; double peine de l'hospitalisation après incarcération ; jugement des malades mentaux.

Comment avoir confiance dans un pouvoir qui s'applique à désigner des boucs émissaires ? Comment adhérer à une stratégie politique fondée sur l'exploitation du réflexe compassionnel qui s'appuie sur la sourde jouissance du morbide et du catastrophisme ? Comment ne pas réagir lorsqu'on induit l'inquiétude, la crainte de l'autre, pour justifier les atteintes aux libertés individuelles ? Comment accepter la violence faite à l'intimité par le développement des moyens de surveillance et de contrôle ou l'instrumentation de la misère d'autrui ?

Monter en épingle l'horreur d'un fait-divers relève de la manipulation au service du déni d'une réalité dérangeante. Pourquoi ne parle-t-on pas des vraies causes du malaise d'une proportion toujours croissante de nos concitoyens dont l'augmentation vertigineuse des suicides est le signe patent ? Pourquoi ne parle-t-on pas de la maltraitance au travail par un management qui joue sur la pression en mettant systématiquement en concurrence, en culpabilisant, en robotisant par des tâches de plus en plus protocolisées ? Pourquoi ne parle-t-on pas de l'abrutissement de la population par l'empire de la consommation aux dépens de l'éducation, de

la culture et de la convivialité ? Évidemment, cela n'aurait pas le même effet. Les fondements du néolibéralisme en seraient ébranlés.

Et l'on voudrait, en plus, la caution des psychiatres en les intégrant dans ce processus mégalomaniaque où ils pourraient juger du risque de récidive, traiter les pervers. Le jour où l'on s'apercevra de l'imposture, haro sur le baudet ! Celui qui accepte une telle dérive de sa fonction peut s'inquiéter de son avenir.

Le soin, comme l'évaluation du risque à l'échelle individuelle, ne peut se concevoir que sans obligation de résultat.

Dans ce contexte, notre indépendance professionnelle est de plus en plus suspecte au regard de la productivité et de l'efficacité à court terme au nom d'une pseudoscience infiltrée par des intérêts économiques. Si nous abandonnons petit à petit notre indépendance de moyens, nous renoncerons bientôt à notre indépendance de pensée, insidieusement. Nous sommes des témoins qui peuvent devenir gênants, mais nous serons incontournables dès lors que, forts de cette liberté de penser, nous serons nombreux à dire les dérives délétères de notre société.

Depuis le développement de la psychiatrie privée dans la suite de sa séparation avec la neurologie en 1969, l'AFPEP s'est donné pour tâche de conceptualiser cette pratique. Nos aînés d'alors sentaient bien qu'il y avait là quelque chose d'essentiel à soutenir dans le registre de la désaliénation au sens large du terme. Claude Julien, alors rédacteur en chef du Monde Diplomatique, l'avait épinglé en nous lançant, à nos Journées Nationales d'Hyères en 1991 : « Vous êtes les garde-fous de la société ! ». Cette responsabilité-là, nous voulons bien l'accepter, avec d'autres, avec d'autres disciplines, à notre échelle, à l'échelle du patient comme à l'échelle de nos engagements nationaux et internationaux.

Ne croyez pas pour autant que cette noble cause soit désintéressée. Comme nous le rappelait récemment Jean-Jacques Laboutière, la plupart des pays se passent très bien de psychiatres privés. Notre libre pratique est plus fragile que certains pourraient croire. Ce n'est pas dans un repli frileux que nous sauvegarderons l'essentiel, mais dans les contacts que nous entretenons avec nos confrères d'autres pays ou d'autres modes d'exercice. Nous trouvons dans ces rencontres la meilleure légitimation de notre propre existence.

La psychiatrie privée s'est développée en France grâce à la solvabilisation des patients obtenue par la Convention avec la Sécurité sociale, fondée sur la solidarité nationale, qui a su préserver à l'époque notre indépendance professionnelle avec le paiement à l'acte et l'unicité de celui-ci. Vouloir différencier les premières consultations des suivantes est une erreur redoutable. C'est accepter de valoriser une position d'expert aux dépens de notre fonction de soin. C'est aller dans le sens de la dérive développée plus haut. Les seules variations acceptables de nos tarifs conventionnels ne devraient dépendre que des conditions circonstancielles d'accueil (intervention d'un tiers que ce soit la famille ou n'importe quel intervenant incontournable, visite, etc.). La consubstantialité de la consultation et la nature insécable de sa nomenclature sont des gages d'indépendance. Jamais la modulation de la valeur de l'acte ne devrait être une question de diagnostic, de traitement ou de quelque parcours de soins que ce soit.

Depuis les élaborations de l'AFPEP, et leur diffusion dans un effort de transmission et de représentation, jusqu'au combat syndical du SNPP, la ligne est cohérente. Le but est toujours le même : soutenir la profession dans le respect des valeurs qui la fondent. Pour la nouvelle convention qui va bientôt se négocier et la mise en place de la CCAM clinique, la qualité de nos alliances et notre force de conviction seront décisives. Parallèlement, l'AFPEP-SNPP s'efforcera de donner à leurs mandants des moyens pour s'acquitter de leurs obligations légales de FMC et d'EPP sans avoir à adhérer à des protocoles dérisoires et réductionnistes.

Olivier Schmitt
Niort

EPP nouveau départ

Yves Froger

L'obligation, tous les 5 ans, d'une évaluation des pratiques professionnelles est inscrite dans la Loi de Réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 et est entrée en vigueur en juillet 2005.

Nous venons d'apprendre que cette obligation quinquennale ne prendra effet qu'à la date d'installation d'un rouage important de l'EPP, les Conseils Régionaux de FMC prévus pour la fin de l'année. Ce nouveau report qui était tout à fait souhaitable souligne une nouvelle fois les insuffisances du dispositif qui s'apparente pour le moment à une usine à gaz face à laquelle les médecins sont réticents. Seuls 13 000 sur 200 000 ont accompli leur obligation quinquennale.

Que penser d'un système très compliqué, très contraignant, très coûteux pour lequel aucun financement n'est encore envisagé. La HAS veut imposer un cadre strict et souvent inapproprié que les médecins doivent financer eux-mêmes. Et bien soit ! les médecins libéraux sont avant tout soucieux de leur indépendance professionnelle. Si nous devons nous-mêmes financer des actions, nous réclamons d'en définir nous-mêmes les contours en adéquation avec la Loi et non sous le diktat de la HAS.

C'est fondamentalement dans cette optique que nous nous sommes confrontés à l'EPP en réfléchissant à un objectif d'échanges de pratiques sur le modèle des groupes Balint, et qui nous paraît correspondre à la pratique d'un très grand nombre de psychiatres privés, quelles que soient leurs références théoriques, et où il s'agit de promouvoir la qualité des soins dans la capacité de se situer dans un écart par rapport à une norme ou un référentiel quel que soit ce référentiel. Nous y retrouvons l'espace de l'inventivité indispensable à une pratique de qualité et à l'opposé de l'application stricte d'un protocole.

Promouvoir l'écart qualité par rapport à tout référentiel constitue notre objectif principal avant de pouvoir généraliser notre dispositif. Il est bien évidemment difficile de faire entendre ce discours à tous les sbires de l'EPP, formés à la HAS, et pourtant, ce concept d'écart qualité n'intéresse pas que les psychiatres privés mais aussi les cliniciens au premier rang desquels les médecins généralistes.

Dès lors qu'elle est inscrite dans la Loi, l'EPP est incontournable. Nous œuvrons pour nous l'approprier sur un mode adapté à notre pratique, mais nous nous confrontons à une logique technocratique et aliénante aux antipodes des ressorts de l'exercice libéral et qui justifie le peu d'engouement des médecins libéraux toute discipline confondue pour cet artifice.

La FMC figure aussi au rang des obligations légales avec un plan quinquennal couplé à celui de l'EPP.

250 points sur 5 ans pour la FMC dont 100 points obligatoires pour l'EPP

ce qui revient à dire :

- 100 points d'EPP

- + 150 points de FMC : la participation chaque année aux Journées Nationales de l'AFPEP sur 2 jours et à 2 jours de séminaires de travail rapportera 32 points (8 points par jour), ceci, répétés sur 5 ans suffit à remplir les obligations.

Comme nous l'avons annoncé dans le précédent BIPP, nous avons déposé un dossier de demande d'agrément pour la FMC pour que les Journées Nationales et les séminaires organisés par l'AFPEP soient validants pour la FMC des psychiatres qui y participeront, mais aussi pour faire bénéficier les associations locales qui le souhaiteraient de notre agrément FMC pour les réunions qu'elles organisent sous réserve du respect du cahier

des charges de la FMC.

Les psychiatres participent activement à divers groupes de travail qui remettent inlassablement sur le métier les fondamentaux de la psychiatrie.

Le développement de la FMC est aussi l'occasion pour nous de rappeler les aspects propres à la psychiatrie privée et son apport au dispositif de soins.

Yves Froger
Lorient

Formation médicale continue. Quelques précisions

Vous êtes nombreux à nous interroger sur les possibilités d'indemnisation ou de financement pour les journées de FMC.

Il s'agit en fait de deux organisations séparées :

1°/ Si la FMC rentre dans le cadre de la Formation Professionnelle Conventionnelle (FPC) régie par l'Organisme Gestionnaire Conventionnel (OGC : www2.ogc.fr) financé par l'Assurance Maladie, l'indemnisation* est possible. Les thèmes imposés doivent alors être en rapport avec la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. La formation est gratuite, les conditions sont très strictes.

2°/ Dans le cadre du Fond d'Action de Formation des professions médicales (FAF-PM : www.faf-pm.org) alimenté par vos cotisations obligatoires que vous versez à l'URSSAF au titre de la formation, le financement (coût de l'inscription) peut être pris en charge.

Individuellement, chacun peut demander a posteriori le financement de sa formation dans les trente jours qui la suivent.

Collectivement, une association comme la nôtre peut demander le financement d'une action de formation par le FAF-PM. Dans les deux cas, les thèmes acceptés doivent le plus souvent correspondre aux directives du CNFMC.

L'AFPEP aura certainement l'occasion de proposer des séminaires dans ce cadre-là pour répondre à vos attentes, mais elle ne peut pas se limiter à des sujets aussi réducteurs. D'autres organismes de formation s'engouffrent, bien évidemment, dans ces créneaux et vous ont peut-être déjà sollicité. Mais sur ce terrain-là, il nous importe de faire entendre un autre discours. Nous voyons une fois de plus que, si la liberté n'a pas de prix, comme la santé, elle a un coût.

* Le montant de l'indemnité quotidienne F.P.C. pour perte de ressources est, pour les médecins spécialistes, de 343 euros par jour de formation.

Franchises : communiqué de presse du SNPP

Des franchises qui ne disent pas la vérité

Forfaits ou forfaiture ?

Les faits :

Durant sa campagne Nicolas Sarkozy a évoqué des franchises pour réduire le déficit de l'Assurance-Maladie et responsabiliser les assurés.

Il s'agit d'un système de 4 secteurs de franchises sur les premiers euros annuels dépensés en matière de médicaments, consultations, examens biologiques et frais hospitaliers.

Ces sommes inscrites sur un compte annuel ne seraient pas remboursées par la sécurité sociale et feraient l'objet d'un débat chaque année au Parlement en lien avec l'état des finances de l'Assurance-Maladie.

Une première « maquette de réflexion » a été imaginée avec « des franchises annuelles quidevaient s'élever à 10 euros par secteur et par foyer ».

Ces mesures viennent remplacer le premier forfait de 1 euro non remboursé instauré en 2004 pour les consultations et la mise en place un an plus tard d'un forfait de 18 euros pour les actes médicaux d'un montant supérieur à 91 euros dispensés dans les hôpitaux et les cliniques (le forfait hospitalier restant en place).

Déjà à l'époque les partenaires sociaux, usagers et professionnels s'étaient opposés à ce principe qui ne répondait en rien à la problématique de l'Assurance-Maladie et qui était par contre le début d'une dérive attendue...

Ces nouvelles franchises vont être inscrites dans le projet de loi de financement pour 2008 et la ministre de la santé, Mme Roselyne Bachelot précise « il ne faut pas envisager ces franchises sous l'angle d'un rationnement des soins mais sous celui d'une responsabilisation des patients ».

Pour terminer cette présentation et face aux premières critiques qui arrivaient de toute part, la ministre a précisé que : « la franchise [...] serait accompagnée des exonérations nécessaires pour tenir pleinement compte des situations sociales très dégradées ».

Analyse :

Cette soi-disant responsabilisation des « usagers » existe depuis longtemps puisque c'était une des justifications du ticket modérateur. Elle repose sur une confusion qui amalgame réduction de la solidarité et réduction des coûts. Le ticket modérateur a réduit la solidarité, il n'a pas réduit les dépenses. Il a généré la multiplication des contrats santé des mutuelles et des assurances privées, sans limiter pour autant le coût de la santé. On ne voit pas pourquoi des assureurs, abandonnant leurs avantages fiscaux, se priveraient de ce gisement de clientèle et d'offrir des contrats fort cher pour ceux qui le peuvent, pour couvrir ces franchises et autres forfaits, comme ils le font déjà pour les dépassements d'honoraires, l'euro de consultation ou les 18 euros des actes médicaux onéreux. Il s'agit ici d'un pas de plus vers l'alignement individualisé du risque financier qui vient encore remettre en question notre système solidaire de remboursement des soins où chacun cotise selon son revenu et qui protège équitablement des aléas de la santé de chacun.

Une fois de plus on veut nous faire croire que la réduction du déficit de l'Assurance-Maladie devrait se résoudre ou se colmater avec des mesures ponctuelles où l'accès aux soins ne serait pleinement conservé qu'aux très pauvres, par charité, et aux « usagers » nantis de revenus confortables.

Ces franchises reviennent à faire payer les malades alors que l'État doit en permanence des sommes considérables qui se chiffrent en milliards à l'Assurance-Sociale, dettes issues des allégements de charges de certains secteurs au profit bien souvent de la grande finance.

Comment l'État peut-il en appeler à la responsabilisation des patients quand il fuit lui-même ses responsabilités !

Qu'est ce que cela veut dire que de rendre responsables les assurés, comme si c'était leur faute, comme s'ils devaient être punis, pénalisés financièrement d'un dysfonctionnement qui repose sur des prises de positions politiques ? Le financement de la protection sociale est avant tout un choix politique. Il y a des priorités, pas de fatalité...

Socialement injustes, les franchises vont retarder l'accès aux soins aux dépens de leur efficacité ; dans bien des cas l'évolution de la maladie sera telle que cela coûtera plus cher à la communauté et l'on aura ainsi, c'est un comble, l'effet inverse du but prétendu.

En conclusion :

L'instauration de ces franchises est une proposition comptable qui ne peut qu'accentuer les inégalités dans l'accès aux soins et pénaliser les malades les plus fragiles et les plus démunis.

Avec les effets de seuil que l'on connaît, se soigner va devenir un luxe pour une part importante de la population.

C'est une attaque contre les seuls usagers alors que de plus en plus de personnes, du fait deleurs revenus, retardent des soins indispensables voire y renoncent.

Le SNPP déclare que ces mesures vont aggraver les inégalités face à la santé et sont incohérentes avec la volonté déclarée de prévention et de soins précoces.

Pour toutes ces raisons, le SNPP s'oppose à ces mesures discriminatoires, injustes, inefficaces et qui portent atteinte à notre système de soins solidaire.

Web-médecin : un flicage inutile et délétère

Le Web-médecin est la mise en ligne nominale par l'UNCAM de tous les remboursements effectués pour les patients, accessible à tout médecin dès lors qu'il est en possession de la carte vitale de l'intéressé.

Considéré comme une version légère facile à mettre en place du DMP (Dossier Médical Personnel), il ne tient 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, pas le Web-médecin.

Comment une union de syndicats de médecins spécialistes (l'UMESPE), qui se dit représentative, peut-elle demander la généralisation d'une procédure systématiquement intrusive pour la personne et dont l'intérêt clinique est aussi discutable?

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.

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 être réunies. Pas dans un mouchard!

Ces informations seront inévitablement incomplètes et équivoques. Par exemple, il est l'illusion de croire que ce qui est pris en pharmacie est effectivement consommé par le patient et c'est nier toute la part d'automédication.

L'article40 de la Loi Informatique et Liberté stipule que «Toute personne... peut exiger... que soient... effacées les données à caractère personnel la concernant, qui sont... inexactes, incomplètes, équivoques...»

Qu'est-ce que cela veut dire que d'avoir eu un test de SIDA ou d'être allé voir un psychiatre? C'est pour le moins une information ambiguë hors contexte. Elle se rapporte à une intimité que le patient peut légitimement ne pas vouloir révéler à toutes les personnes, même médecin, à qui il est amené à confier sa carte vitale.

Ne pas se faire rembourser devient ipso facto la seule voie de la confidentialité possible du parcours de soin, nouvelle entorse au regard de l'égalité d'accès aux soins de la population.

Le 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. Le patient pourrait alors limiter l'information aux examens complémentaires et aux prescriptions achetées. Toutefois, ces informations tronquées n'auraient pour effet que de dérouter le médecin traitant qui ne pourra l'exploiter, provoquera des problèmes de préséance, avivera chez le patient des sentiments de culpabilité dans ce contexte angoissant de la maladie, nuira à la relation médecin-malade dans son ensemble.

Rendre obligatoire le dévoilement du parcours d'un patient quand il ne le souhaite pas, ne favorise pas la coordination des soins mais étale ce que le patient veut taire pour des raisons sur lesquelles il faut s'interroger plutôt que de le forcer.

Une fois de plus, il semble que l'UMESPE réduise la médecine spécialisée à sa seule dimension technique et fasse peu de cas des spécialités cliniques y compris la médecine générale, assignant le médecin traitant à un rôle de portier et d'agent de contrôle. L'AFPEP-SNPP s'indigne de cette attitude peu réfléchie et demande aux tutelles la plus haute vigilance à ce sujet.

Dossier Médical Personnel et Web-médecin

Pierre Cristofari

Le Dossier Médical Personnel commence à devenir une arlésienne : les retards s'accumulent, la Commission Nationale Informatique et Liberté s'en mêle, les budgets de promotion augmentent. Il semble de plus en plus difficile de le prendre au sérieux : beaucoup d'entre nous prendrons leur retraite avant de le voir monter en puissance.

En revanche, beaucoup plus simple, le Web-médecin entre déjà en service. Il n'a rien à voir avec le Dossier Médical Personnel, le maître d'œuvre en est l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance-Maladie), il est d'ores et déjà disponible dans plusieurs départements. Il s'agit de mettre en ligne, à la disposition des

médecins, la liste des paiements effectués par la Sécurité Sociale pour un patient donné.

Bien entendu, le SNPP a protesté dans un long communiqué contre la mise en place de ce Web-médecin et s'est indigné de la position de certains syndicats médicaux qui s'en félicitaient.

Une fois passée cette nécessaire réaction, nous avons à essayer d'influencer le cours des choses car nos protestations et nos explications n'ont aucun écho chez les tutelles : le Web-médecin n'est pas un projet mais une réalité. Sa simplicité en fera un outil d'efficacité rustique mais rendra son utilisation très simple à condition de disposer de la carte Sésame Vitale du patient. Les éléments qu'il donnera sont d'ailleurs aisément accessibles aux personnes des caisses et l'industrie pharmaceutique n'en est pas toujours aussi peu informée qu'elle devrait l'être.

Ce Web-médecin présentera un aspect pernicieux pour le patient qui ne voudrait pas que son médecin sache qu'il a pris par exemple l'avis d'un spécialiste ou qu'il est suivi par un psychiatre. En revanche il présente de grands avantages pour ce qui concerne les examens paracliniques : un médecin ne peut avoir la même attitude devant une hématurie, selon que son patient a subi une cystoscopie dans un passé proche, ou qu'il n'a jamais bénéficié d'examen paraclinique.

C'est la redondance des examens cliniques, source de coûts, de retards et de iatrogénie qui est essentiellement visée.

L'hypersurveillance, rançon des possibilités technologiques de notre époque, doit être combattue, et c'était le sens de notre position. Le bénéfice attendu du fait de ces technologies ne doit pas nous obnubiler, au risque de faire passer la sécurité dans le domaine de la santé comme dans d'autres, avant la liberté.

Il nous faudra donc essayer de faire comprendre ceci à tous ceux qui risquent de l'oublier et, faute d'avoir pu empêcher la mise en place du Web-médecin par notre avertissement solennel, de travailler à le réduire à son véritable objet, à savoir les éléments paracliniques.

Pierre Cristofari
Hyères

Courriel à la DGS

Olivier Schmitt

Répondant aux urgences gouvernementales de l'été, l'AFPEP-SNPP a exprimé, par courriel, son point de vue à la DGS sur l'injonction de soins psychiatriques aux condamnés. Voici cet échange.
N.B. cet argumentaire a été envoyé également aux sénateurs

??

Direction Générale de la Santé, le 30 juin 2007

Madame, Monsieur,

Le projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, va être discuté la semaine prochaine au Parlement.

Afin d'anticiper les modalités de sa mise en œuvre, je vous invite à une réunion d'échanges sur les positions concernant le dispositif d'injonction de soins.

Cette réunion sera co-présidée par Mesdames Catherine Laporte, sous directrice par intérim en charge de l'intérim de la sous-direction "promotion de la santé et prévention des maladies chroniques" à la direction générale de la santé (DGS) et Martine Krawczak, sous directrice de l'organisation des soins à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Elle se tiendra au Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports le mercredi 4 juillet 2007 à 15 heures dans les salons du cabinet.

Je vous remercie de bien vouloir me confirmer votre présence et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l''expression de ma considération distinguée.

Didier Houssin
Directeur Général de la Santé

Annie Podeur
Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

??

AFPEP-SNPP, le 2 juillet 2007

Chère Madame,

Nous venons de recevoir cette proposition de réunion d'échanges au Ministère sur les positions concernant le dispositif d'injonction de soins. Cette réunion précipitée ne nous permet pas de nous libérer à temps de nos obligations de soignants. Aussi, nous vous serions reconnaissants de noter notre position à ce sujet et d'en faire part lors de cette réunion.

Nous sommes bien convaincus du fait que de nombreux condamnés ont besoin de soins psychiatriques et que tout doit être fait pour que ces soins puissent être administrés dans de bonnes conditions. Pour cela, faut-il encore que l'accessibilité à ces soins puisse être améliorée, sans oublier qu'elle est déjà problématique pour la population générale.

Le projet de loi tel que nous l'avons perçu présente à nos yeux des inconvénients majeurs :

— Tâche et responsabilités exorbitantes pour les experts sur lesquels les juges vont s’appuyer.

— Projet basé sur des a priori hasardeux sur l’accessibilité psychique aux soins des condamnés.

— Une confusion inadmissible et contre-productive entre soins et peines

— Un problème de choix dans la rencontre praticien-patient

Pour sortir de ces difficultés, il nous semble important de soutenir la position suivante :

— Une réduction de peine doit rester une décision judiciaire en rapport et secondaire à un changement du condamné quelle qu'en soit la cause (thérapie ou pas).

— Un traitement doit rester une porte ouverte parmi d'autres à ce changement.

— Un condamné doit avoir accès à plusieurs tentatives de prise en charge pour être déclaré insoignable.

— Le psychiatre doit pouvoir se déclarer impuissant quant à soigner tel ou tel patient, de la même manière que ce dernier doit pouvoir adhérer ou pas à la thérapie de tel ou tel thérapeute, sans préjuger de l'avenir.

Cela permet de ne plus avoir d'expertise a priori et que le soin ne soit qu'une possibilité parmi d'autres (action sociale, études par exemple) qui permettent à l'individu d'évoluer. Cela ne s'oppose pas à une forte incitation à évoluer d'une manière générale et à se soigner en particulier. L'automatisme de la substitution soin/peine suppose une efficacité du soin qu'on ne peut préjuger, surtout dans un contexte d'obligation.

Enfin, la preuve du changement (ou du soin) doit rester sous la responsabilité du condamné. En aucun cas la responsabilité du soignant comme de l'expert ne doit pouvoir être mise en cause en cas de récidive.

En vous remerciant, nous vous adressons, chère Madame, l'assurance de nos sentiments respectueux.

Olivier Schmitt
Président de l'AFPEP-SNPP

Courriel à l'UNCAM

Olivier Schmitt et Yves Froger

Paris, le 7 septembre 2007
Monsieur Frédéric Van ROEKEGHEM
Directeur de l'UNCAM
26-50 avenue du Pr. André Lemierre
75986 Paris Cedex 20

Monsieur le Directeur,

Les chiffres sont redoutables, la publication récente des revenus 2006 des médecins par les associations de gestion agréées montre une baisse du revenu des psychiatres. Nous partions déjà de très bas, où allons-nous arriver ?

Ces chiffres soulignent l'indifférence à notre égard avec laquelle vous avez envisagé la question de la revalorisation des honoraires dans les négociations conventionnelles. Les syndicats signataires ont toujours fait la preuve d'une négligence absolue envers notre discipline, plus préoccupés à défendre des positions plus assises. Étant donné le retard insupportable apporté à la mise en place de la CCAM clinique, il devient urgent d'envisager avec vous la revalorisation de l'acte des psychiatres (CNPSY).

Par ailleurs, il était prévu dans la convention une rencontre de bilan après un an de fonctionnement du parcours de soin et de voir en particulier s'il ne fallait pas revenir à l'accès spécifique général en psychiatrie auquel nous restons d'autant plus attachés que son abandon a généré des dysfonctionnements regrettables.

Pour ces deux questions importantes, nous vous demandons de bien vouloir nous recevoir dèsque possible.

Dans l'attente d'une réponse, nous vous prions de croire, Monsieur le Directeur, en l'expression de notre considération distinguée.

Dr Olivier SCHMITT, Président du SNPP

Dr Yves FROGER, Secrétaire Général du SNPP

"Allez les petits !"

Frédérique De Oña

Emprunté à un célèbre journaliste sportif, ce cri de guerre est d'actualité aujourd'hui pour évoquer les institutions du « Médico-Social ».

On pourrait en dire autant dans beaucoup d'autres domaines comme celui de la lutte contre la malbouffe par exemple. Il faut savoir, et donc faire connaître, les transformations qui s'installent dans ce secteur jusque-là (presque) inconnu des ministères, mais qui reçoit et soigne plus d'enfants que l'hôpital.

L'adage qui voudrait que pour vivre heureux il vaut mieux vivre caché semble avoir été celui de nombreux lieux de soins qui s'appellent IME, ITEP (anciennement IR) et d'autres actions de soins encore plus étranges que sont les Placements Familiaux Spécialisés (PFS).

C'est au titre de psychiatre d'un de ces Placement Familiaux Spécialisés que j'ai eu à mesurer les orientations politiques en cours.

Nous sommes une petite structure qui a choisi de confier à une association la gestion de ce service d'accueil familial créé pour des enfants relevant d'hôpitaux de jour.

Nous élaborons, publions, sommes intégrés au réseau de l'Intersecteur de pédopsychiatrie où nous intervenons, et avons obtenu l'an dernier des subventions pour une recherche sur les effets d'un placement sur la parentalité pour les anciens enfants placés dans notre service.

Or, ce que la DASS remet en question lors de sa récente inspection, ce n'est ni notre travail, ni nos références. Non. Ce que la DASS met en question c'est le fait que nous soyons **PETIT !** (30 enfants, 20 familles d'accueil, 9 salariés).

Un confetti pour eux, une structure à échelle humaine pour nous !

Un décret de 2005 impose aux PFS d'être « associé à une discipline d'accueil ou d'hébergement ». Donc la DASS interprète : vous devez être adossés à d'autres structures plus importantes type IME ou ITEP, ou devenez social.

La loi (écrite par on ne sait trop qui) risque de casser un outil de soin et, comble du paradoxe, parce que nous sommes trop dans le cas par cas ! La DASS reconnaît que oui, nous rendons service au public, mais…

Oui mais voilà, il en va ici comme ailleurs (hôpitaux, éditions, agriculture intensive…), nos tutelles ne veulent plus avoir à faire qu'à un petit nombre de Directeurs Généraux garants de la gestion. L'intérêt des usagers si facilement mis en avant pour les médias n'est pas, sur le terrain, l'objet des préoccupations de nos organismes financeurs !

Comment raconter le rendez-vous avec le « médecin inspecteur-pecteur » — c'est ainsi qu'il se définira lui-même —, tant ce fut un moment ubuesque ?

Après avoir demandé aux psychologues du service les diagnostics de tous les enfants (ce qu'elles refusèrent), il n'en sera jamais question avec moi, médecin du service, et il partira sans même avoir regardé un dossier d'enfant… Il faut dire qu'il faisait chaud ce jour de juin.

Que dire de ce genre de manœuvres ? Ce qui devrait être un contrôle nécessaire se transforme en accusation menaçante. Exemple : le « pecteur » de la DASS ponctuait invariablement ses entretiens d'une phrase comme « Pas trop traumatisées vos psychologues ! » qui laissait entendre que, si nous ne l'avions pas vu venir, le boulet du canon venait de souffler.

Il est regrettable que ces visites viennent déstabiliser un service déjà fort occupé à répondre au plus près à des enfants et des familles dans un très grand désarroi. Elles sont meurtrières (nous sommes effectivement menacés de mort) et contre-productives (nous prenons en charge les situations familiales dont les autres ne peuvent se charger !).

Mais à qui le dire ?

Je le rappelle, nous sommes un confetti dans le réseau de soins aux enfants… et qui plus est aux enfants en souffrance psychique, qui, pour certains, ont été gravement maltraités. Au fond, ces enfants n'intéressent pas grand monde (et que dire de leurs parents !) à part lors des coups médiatiques qui font pleurer dans les chaumières.

Ce qui est au-devant de la scène pour nos « interlocuteurs » c'est de rabattre du côté du social ce soin précis et délicat donné à des parents et des enfants en grande détresse.

Je n'ai rien contre « le social », évidemment, c'est pour ça que nous travaillons, pour que le lien social se reconstruise, mais je sais que ce dont il s'agit ici — tout comme dans le glissement du traitement de la psychose vers la prison — c'est une réduction de l'humain, un vidage du sens de la clinique. Cette clinique qui doit permettre l'émergence d'un sujet avec ce que cela suppose de liberté de choix, tant pour les parents que pour les enfants.

C'est une position très différente de celle qui promeut l'Individu tout en le sommant de s'assujettir à des images préfabriquées, orthonormées.

Que nous ne puissions plus être dans le champ du soin, cela ne changera pas le paysage de la pédopsychiatrie. Mais dans une époque qui commence à s'inquiéter pour son écologie, il serait dommage de rester insensible à la disparition de ces petites institutions qui sont menacées, alors qu'elles assurent une qualité d'intervention impossible dans de grandes structures.

Devrions-nous être absorbés par l'ASE ou mangés par de grosses structures alors que nous faisons du cas par cas ? Qui y gagnerait ? La gestion ? Et encore, c'est à voir…

Nous craignons que l'association ACLIMSS, créée après les Assises du Médico-Social, ne soit que trop tardive pour représenter toutes ces institutions qui, comme la nôtre, petites et sans tapage, assurent un vrai service à un public trop peu médiatique parce que formé d'exclus, de malades mentaux, de parents carencés et/ou maltraitants, de parents à qui on ne laisse souvent aucune chance de trouver une aide sans jugement préformé. Ce ne sont pas des parents qui peuvent s'organiser eux-mêmes en association…

Je voudrais que ce qui se passe dans ce petit, mais valeureux, Placement Familial serve de point de départ à ce à quoi doit servir l'ACLIMSS. C'est-à-dire, représenter un secteur qui a alimenté le soin psychique aux enfants et à leurs parents. Ce secteur est entrain de subir la main mise d'idéologies véhiculées parfois par des universitaires souvent fascinés par les sirènes nord-américaines dans ce qu'elles ont de plus stériles, ou

certains sociologues dont les études sont parfois trop simplistes, voire par des associations de parents très respectables mais qui sont loin de représenter la diversité des problématiques à traiter.

Comme pour les prisons pleines de malades mentaux, ma complainte n'intéressera peut-être que peu de monde parce que beaucoup ne se sentiront pas concernés. Pourtant, nous vivons en société et chacun est responsable du bien-être d'autrui, au risque du pire.

Frédérique De Oña
Paris

Des Assises de la psychiatrie médico sociale à l'ACLiMSS

Marc Maximin

Les 30, 31 mai et 1er juin 2007 se sont tenues au Parc Chanot à Marseille les premières Assises de la Psychiatrie Médico Sociale. Elles ont réuni plus de 700 participants, représentants de diverses professions tant ce secteur est vaste, complexe et qu'il allie une démarche de soins psychiques à une dimension d'accompagnement.

Ces rencontres tenaient de la gageure quand on sait l'étendue du secteur médico social, de son champ d'intervention large, multiforme et disparate mais aussi de l'isolement de ses institutions et des professionnels concernés, le tout associé à une méconnaissance, voire une non-reconnaissance, de ces pratiques de soin.

Le pari a été réussi. Ce fût un moment riche et fécond d'échanges, de participation à partir d'exposés et de débats tant en plénières qu'en ateliers. Ils ont permis d'établir un tour d'horizon critique de ce secteur, certes méconnu, mais interpellé et usité par tous les acteurs de la santé mentale.

Un premier constat s'est rapidement imposé, à savoir la faible présence des travailleurs sociaux et notamment des éducateurs. Faible représentativité sûrement due à des raisons diverses, mais qui repose, sans doute, sur les conditions actuelles de leurs pratiques et aussi à une certaine méfiance à l'égard de la psychiatrie.

Pourtant ces journées ont permis de rappeler que le médico-social est associé au champ de la psychiatrie d'une manière de plus en plus prononcée sans pour autant se confondre avec lui. L'intitulé des Assises prend en compte cette particularité pour que la recherche permanente d'une synergie soit et reste bénéfique au patient.

D'autant que ce secteur se modifie de manière radicale. De nouvelles lois et un nouveau type de fonctionnement sont un enjeu fondamental pour le soin psychique principalement à partir d'un glissement sémantique qui s'instaure entre les notions de maladie mentale et de handicap.

Cette première rencontre transdisciplinaire a mis en évidence un partage des interrogations voire des inquiétudes sur un décalage entre les pratiques et l'application de ces nouveaux décrets. En effet qu'en est-il d'un nouveau fonctionnement qui voudrait une réponse immédiatement visible, évaluable et impose de surcroît une obligation de résultat ?

Le médico social comme tous les autres secteurs est confronté à la pression d'une mutation qui bouleverse le lien social et qui entraînerait une perte des repères tant pour les soignants que pour les soignés.

Comment maintenir vivace et transmettre une pratique originale face à une protocolarisation présentée parfois comme innovante mais souvent excessive et qui oublie la créativité et la singularité ?

Les professionnels du médico-social et du sanitaire rappellent que l'exercice de leurs pratiques nécessite une dimension d'invention, de liberté qui est aussi une reconnaissance de la subjectivité mise en jeu dans le soin.

Ce temps de débat et de réflexion avec ces critiques, ces constats mais aussi ces propositions a mis en évidence la nécessité de pallier l'isolement de ce secteur par sa particularité même, force et faiblesse à la fois, c'est-à-dire la transdisciplinarité et la diversité de ses pratiques.

Les participants, au vu de l'importance des échanges et des enjeux, ont souhaité qu'il y ait une suite à ces rencontres pour les inscrire dans une dynamique.

Ainsi des journées auront lieu prochainement qui continueront, dans la pluralité des disciplines, à élaborer sur nos pratiques, sur l'éthique de notre travail et à tenir compte de nos responsabilités face au défi de la modernité.

Mais aussi pour faire connaître et défendre les pratiques d'un secteur de soin méconnu, qui occupe une place prépondérante et avoir ainsi une force de représentation et de légitimité auprès des tutelles.

Pour toutes ces raisons, s'est créée une nouvelle association. Elle sera présente dans les faits et les actes des réflexions, des pratiques et des propositions des différents intervenants de ce secteur à tous les niveaux d'exercice.

Cette nouvelle association n'est pas… une de plus…, c'est une démarche qui veut prendre en compte la particularité de ce secteur dans la volonté d'une réelle approche transdisciplinaire pour permettre aux différents professionnels concernés de prendre la parole ;

L'ACLiMSS

Association des cliniciens du MédicoSocial et du Sanitaire des établissements et services à but non lucratif

Les buts de l'Association sont :

- Constituer une instance pluridisciplinaire des professionnels du secteur médico-social et sanitaire à but non lucratif. Cette instance se voudra représentative auprès des différents organismes de tutelles et de contrôles pour faire connaître, reconnaître et défendre l'exercice de ces cliniciens et les besoins que rendent nécessaires ces pratiques.

- Mettre en place des groupes de réflexion issus des pratiques afin de soutenir des études et des recherches sur les modalités de cet exercice qui privilégie la dimension intersubjective, la prise en compte de la singularité psychique des usagers indissociable de l'accompagnement social et des soins.

- Organiser et dispenser un enseignement spécifique (formation continue) sous forme de colloques, séminaires et rencontres traitants des pratiques cliniques et des aspects théoriques qui les sous-tendent.

- Promouvoir une réflexion sur les questions éthiques que soulèvent l'accompagnement et les soins dans ce secteur d'exercice.

Dans ces objectifs, on note :

- Novembre 2009 à Marseille : « les rencontres des professionnels du Médico Social ».

- Des groupes de travail et de réflexion, avec des animateurs dans plusieurs régions, départements ou villes tels que : Bretagne, Bouches-du-Rhône, Toulouse et île de France etc.

- Un Séminaire de printemps à Marseille (voire Paris ou Toulouse) pour travailler et élaborer sur la pratique, la clinique.

- Un site se met en place et si vous voulez plus d'information et de renseignements, maximin.marc@club-internet.fr

Marc Maximin
Marseille