Sommaire du BIPP n° 50 - Décembre 2007

Cliquez ici pour télécharger un fac simile du BIPP n° 50 au format PDF

Editorial - Olivier Schmitt

Lettre aux parlementaires - Yves Froger

Communiqué de presse : liberté d'installation

Enquête de la D.G.S. - Yves Froger

E.P.P.-F.M.C. - Yves Froger

Référentiels d'auto-évaluation

Référentiels et contresens - Pierre Cristofari

D.M.P.

A propos des déclarations du Président Sarkozy - Robert Boulloche

Le \décorporatisme\" - Pierre Coërchon"

Fibromyalgie et S.M.I.- Eric Samama

Le SNPP au CASP

L'AFPEP à la WPA - Antoine Besse

Retour du Havre - Hélène Baudoin

Journées Nationales de l'AFPEP 2008 - Etienne Roueff

Séminaire de Printemps 2008

Editorial

Olivier Schmitt

Dans la tranquillité feutrée de nos cabinets, nous serions tentés de croire que rien ne peut entamer notre liberté de soigner en notre âme et conscience les patients qui se confient à nous. L'expérience nous montre que ce n'est pas le cas. Convention avec l'Assurance-maladie, indépendance professionnelle, agréments divers, tout peut être remis en question du jour au lendemain et particulièrement les prérequis opératoires indispensables à notre efficacité : la confidentialité, l'accès aux soins, la solvabilisation des malades. Le seul rempart à ces remises en cause de nos conditions de travail reste l'action syndicale. De tout temps, l'AFPEP-SNPP s'est battu pour maintenir autant que faire se peut les moyens d'exercer notre art et, bon an mal an, nous avons pu continuer à travailler correctement même si, financièrement, notre profession n'est pas honorée à sa juste valeur, particulièrement en pédopsychiatrie.

Après toutes les tracasseries que nous tentons de contourner avec plus ou moins de bonheur, nous passons manifestement aujourd'hui à la vitesse supérieure.

La LFSS* qui vient d'être votée inaugure des dérives encore jamais vues.

Parallèlement, on nous signale ici et là des interventions intempestives de l'État par le biais de ses préfets (Voir l'exemple de Clermont-Ferrand ci-dessous).

Autre sujet de soucis, ce sont les conséquences pour notre pratique qu'auront les États Généraux de l'Organisation de la Santé (les EGOS bien nommés) qui se tiendront en janvier prochain et l'instauration des Agences Régionales de Santé (ARS) qui doivent se mettre en place d'ici 2009. Les conditions d'exercice de la médecine libérale peuvent en être bouleversées. Nous devrons être présents au plus haut niveau pour faire entendre la spécificité de la psychiatrie et particulièrement de la psychiatrie privée. Mais ne nous leurrons pas, dans cette dynamique de régionalisation, nous serons nombreux à devoir nous engager localement en préservant une cohésion nationale indispensable pour éviter toute fragilisation.

Au-delà de l'engagement clinique que nous connaissons bien, l'engagement professionnel sera vital pour notre discipline.

Olivier Schmitt
Niort

* Loi de Financement de la Sécurité Sociale .

Lettre aux parlementaires

Yves Froger

Nous avons écrit aux parlementaires le 29 octobre, au moment où le Projet de Loi de Finances de la Sécurité sociale était examiné au Parlement avant de l'être au Sénat.

La navette parlementaire a produit ses effets jusqu'à l'examen du texte en Commission Mixte Paritaire, regroupant des parlementaires des deux assemblées.

Le texte retenu et proposé au vote pour devenir la Loi de Finances de Sécurité Sociale est finalement très proche du texte initial proposé par le gouvernement. On y retrouve :
- Les franchises qui sont une nouvelle brèche dans le principe de la Solidarité Nationale puisque seuls les malades les paient,
- Le principe du conventionnement individuel sous forme de contrat facultatif proposé aux médecins libéraux par les CPAM sous réserve d'acceptation des règles de bonnes conduites qui incitent les médecins qui les accepteront, à agir dans leur intérêt financier plus que l'intérêt médical des patients. C'est la définition du conflit d'intérêt en opposition au respect du code de déontologie. Outre cet aspect qui aurait dû suffire à écarter ce dispositif, la mise en place de contrat individuel pose la question de l'avenir à long terme de la convention médicale en tant qu'outil s'adressant au collectif. On peut redouter à l'avenir que si les négociations avec les représentants de la profession butent pour des accords collectifs, l'UNCAM pourra toujours se rabattre sur des contrats individuels,
- une véritable mise sous tutelle des accords conventionnels puisque ceux-ci ne seront applicables qu'après un délai de six mois si les finances publiques le permettent. L'engagement des signataires pourra alors devenir caduc,
- et bien d'autres points concernent entre autres le DMP et le secteur 2*.

C'est au tour du Conseil Constitutionnel de se pencher sur ce texte pour juger de sa validité au regard de la constitution.

Nous avons, de notre côté, alerté les parlementaires sur les points qui mettent en danger la pérennité de la convention. Ils n'en ont pas tenu compte. L'avenir conventionnel s'assombrit encore un peu plus.

Yves Froger
Lorient

* Obligation d'établir un devis pour tout dépassement.
? ?

Exemple des lettres envoyées :

Paris, le 25 octobre 2007

Monsieur Pierre MEHAIGNERIE
Président de la Commission des Affaires Sociales
à l'Assemblée Nationale
126, rue de l'Université - 75007 Paris

Monsieur le Président,

Le projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale est en débat au Parlement. Sur les 71 articles qu'il comporte, certains remettent à tel point en question les fondements de la médecine libérale que l'actuelle

convention médicale ne pourrait plus fonctionner si le texte était adopté en l'état.

Avant d'envisager les points précis qui nous préoccupent, il convient de rappeler les principes fondateurs de la médecine libérale telle qu'elle a pu se développer au profit de la Santé Publique : liberté de choix du praticien par le patient, paiement à l'acte, liberté d'installation du praticien, respect de l'indépendance professionnelle, solvabilité des patients par la Solidarité Nationale.

Ces principes sont à la base de l'engagement des praticiens dans l'exercice libéral. Ils font la grandeur de ce métier, ils sont en adéquation avec notre code de déontologie, ils légitiment les exigences de la société envers le corps médical.

Quelle évolution sociale pourrait justifier que ce dispositif soit réduit à néant ? Quelles évaluations attestent de l'inadéquation d'un système vers lequel se tournent chaque année des millions de patients, pour imposer cette totale remise en cause de l'existant ? Quelle force politique peut sérieusement envisager la destruction d'un système de soins qui fait chaque jour la preuve de son efficacité, de sa réactivité et de sa disponibilité face au malade ?

Vos réponses à ces questions se traduiront par vos prises de position dans le débat parlementaire sur le PLFSS. Mais ces réponses engageront la survie de la médecine libérale.

Si les articles 32 et 33, concernant les restrictions de la liberté d'installation, sont en passe d'être corrigés, l'article 30 nous paraît au moins aussi préoccupant car il est intimement lié aux articles 32 et 33.

Il est en effet évident que l'hypothèse de contrats individuels accordés « aux bons élèves » respectant à la lettre les injonctions des Caisses constitue une grave menace pour les patients : celle de voir des médecins se plier en priorité aux exigences des tutelles afin de bénéficier d'une augmentation de revenus, au risque d'abandonner l'engagement individuel auprès du patient qui caractérise le choix de l'exercice libéral. Créer un tel conflit d'intérêt, c'est choisir d'entraver la pratique libérale.

Enfin, nous voudrions insister sur un argument de la large contestation de l'article 35 créant une franchise annuelle laissée à la charge de l'assuré : trouvez-vous normal de faire supporter aux malades les charges de l'amélioration des soins pour certaines pathologies ? Il s'agit là d'une entorse grave au principe de solidarité entre malades et bien portants, mais aussi d'une dissuasion supplémentaire réduisant un peu plus l'accès aux soins, condition essentielle de Santé Publique et d'économie.

Pour toutes ces raisons, nous vous demandons d'être particulièrement attentif au contenu des articles 30 et 35 du PLFSS.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Président, en l'expression de notre haute considération.

Dr Olivier SCHMITT
Président du SNPP

Communiqué de presse : à propos de la remise en cause de la liberté d'installation des médecins

Les Français sont pour une meilleure répartition des médecins sur le territoire. Qui pourrait être contre ? L'impact médiatique d'une réponse rapide par des mesures brutales ne peut que tenter un pouvoir obsédé par l'instrumentation de l'émotion primaire. Peu importent les subtilités du problème, peu importent les effets

liberticides immédiats pour une minorité sacrifiée, peu importent les conséquences absurdes à long terme, les effets pervers et contre-productifs de ces mesures. Sous prétexte de répondre à la désertification médicale qu'ils ont en tout point organisée, les pouvoirs publics, en menaçant de non-conventionnement toute une génération de médecins, touchent une fois de plus à l'indépendance professionnelle et à la pérennité de la Sécurité Sociale.

L'AFPEP-SNPP dénonce depuis plus de quinze ans la politique malthusienne de diminution du nombre de médecins formés. Qu'une profession libérale se plaigne de ce que ses membres ne soient assez nombreux n'est pas un fait banal, cela aurait dû alerter les pouvoirs publics ! Rien n'y a fait.

L'AFPEP-SNPP prévient depuis plus de dix ans du danger de pénurie de psychiatres qui commence à se faire sentir avec le départ à la retraite des psychiatres formés en grand nombre dans les années soixante-dix, phénomène parfaitement prévisible. Rien n'a été fait, ou trop peu, trop tard.

L'AFPEP-SNPP refuse que l'on charge de plus en plus les psychiatres de missions non-soignantes. Cette dérive s'accélère.

L'AFPEP-SNPP s'est toujours battue pour soutenir les petites structures souvent excentrées. On les supprime au profit des centres, des hôpitaux généraux, de pôles spécialisés en moins grand nombre et donc plus éloignés pour beaucoup.

L'AFPEP-SNPP a toujours défendu l'accessibilité directe aux soins dispensés par les psychiatres. Le parcours de soin devient un parcours de prix.

L'AFPEP-SNPP s'oppose à tout ce qui pourrait remettre en question la solidarité nationale dans l'assurance maladie.

L'AFPEP-SNPP affirme que le vrai problème de l'accessibilité aux soins ne peut se résoudre qu'avec une politique à long terme et négociée en tenant compte :

- de l'attractivité de la profession
- de l'aménagement du territoire
- de règles claires d'incitation dès avant la formation spécialisée.

L'AFPEP-SNPP soutient le mouvement des jeunes médecins qui s'élèvent contre les décisions coercitives envisagées dans le PLFSS en cours de débat au Parlement.

Enquête de la DGS

Yves Froger

Le 10 octobre 2007

Chers Collègues *,

Quelques-uns d'entre vous nous ont alertés sur l'enquête diligentée par la Direction Générale des Soins du Ministère de la Santé auprès des médecins spécialistes et en particulier des psychiatres et des patients qui les consultent pour étudier le parcours de soins.

Si nous avons de notre côté demandé un bilan du parcours de soins en psychiatrie, tant il nous paraît inapproprié à notre pratique et mal vécu par les patients, la méthodologie retenue par le Ministère est par contre tout à fait inacceptable. L'interrogatoire téléphonique des patients qui l'accepteraient après avoir été désignés par le psychiatre peut engendrer des réactions que chacun peut apprécier.
Par ailleurs, cette enquête laisse entendre qu'elle se recommande de la FFP (Fédération Française de psychiatrie) et du conseil de l'Ordre. À notre connaissance, aucun avis favorable n'a été donné par ces deux instances.
Aussi, nous dénonçons cette façon de faire et recommandons à ceux d'entre vous qui peuvent encore être contactés de s'abstenir de répondre.

Yves Froger
Lorient

* Cet avis a été mis sur notre site dès que nous avons été informés de cette enquête.

EPP-FMC

Yves Froger

Nous sommes toujours dans l'attente d'une réponse à notre demande d'agrément pour la FMC. Les structures en place au CNFMC sont manifestement insuffisantes pour faire face au dispositif proposé.

Les informations concernant l'EPP sont plus du registre de la spéculation. Le Ministère voudrait dicter sa conduite, la HAS réfléchit à un nouveau schéma plus opérant, le CNOM est intervenu pour faire de nouvelles propositions et le CNFMC émet des protestations. Difficile pour le moment de prédire ce qu'il ressortira de cette agitation. Une chose est actée : le délai de 5 ans pour remplir les obligations ne commencera à courir qu'à l'installation des CRFMC prévue début 2008.
Le financement reste le grand absent des débats et propositions. Aucune piste n'est avancée, et, par ailleurs, quelles que soient les inflexions du discours de la HAS, la philosophie de l'EPP reste référencée à la norme avec toutes les impasses que cela signifie pour les psychiatres.
Nous rapportons ci-après le témoignage de nos collègues du GEFSP (Groupement d'Exercice Fonctionnel Spécialisé en Psychiatrie) de Nancy qui nous le rappelle et nous permet de comprendre pourquoi si peu de psychiatres libéraux se sont engagés dans cette démarche.

Yves Froger
Lorient

Référentiels d'auto-évaluation des pratiques

À Nancy, le 9 juin 2007

Réponse du Groupement d'Exercice Fonctionnel Spécialisé en Psychiatrie de Nancy à deux Référentiels d'auto-évaluation des pratiques en psychiatrie.

Dans le cadre de la nécessaire formation continue des médecins, est en train de se mettre en place sous le patronage de la Haute Autorité de Santé (HAS.) un système d'auto-évaluation des pratiques médicales, et en ce qui nous concerne, des pratiques psychiatriques, ainsi qu'en témoignent deux documents intitulés :

- Référentiels d'auto-évaluation des pratiques en psychiatrie : Dossier du patient en psychiatrie ambulatoire (dossier n°I de 26 pages)

- Référentiels d'auto-évaluation des pratiques en psychiatrie : Prise en charge par le psychiatre d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire juin 2005. (dossier n° II de 19 pages)

Ces deux référentiels, fondés sur le DSM 4 et le CIM 10 (modes d'approche contestables et contestés de la maladie mentale, qu'il ne nous appartient pas de discuter ici), datés de juin 2005, ont été produits par la HAS (Haute Autorité de Santé) et peuvent être consultés sur le site Internet de l'HAS, reprenant les missions de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) et par le Groupe d'investigateurs cliniciens pour des études pivotales (?) de qualité. Ils ont été l'objet d'une journée d'auto-évaluation des pratiques le 16.12.2006 par l'URML à laquelle ont participé 6 membres du GEFSP de Nancy.

Il leur a été demandé d'appliquer ces référentiels à 20 de leurs patients, en vue de constituer un dossier informatisé, ce qui est une sorte de test. Si cette méthode est généralisée à tous les psychiatres privés consultant à leur cabinet médical, de cette forme de dossier dépendra par la suite :

1) le diagnostic de la maladie, son traitement,

2) la prise en charge sociale des soins nécessaires, y compris la rémunération du médecin, et sa responsabilité professionnelle.

Ces référentiels et les questionnaires qui y sont joints nous amènent à formuler les plus sérieuses réserves :

Réserves méthodologiques :

À la lumière de ces documents, est posée la question de la méthodologie concernant la manière dont peuvent être exercées la médecine et en particulier notre spécialité, la psychiatrie.

Rappelons succinctement que jusqu'à maintenant, la consultation médicale débutait par l'écoute du patient s'il est conscient : « Qu'est-ce qui ne va pas ? ». Le malade est d'abord un sujet qui parle. C'est le premier temps de l'observation médicale. Les dires, la pensée du malade doivent, bien sûr, être écouté de façon critique par le médecin, qui procédera ensuite à l'examen physique du malade, et qui demandera les examens complémentaires dans la visée d'établir un bilan et le diagnostic qu'il tirera de son corpus de savoir et de l'expérience qu'il a des maladies, et aboutira au traitement ambulatoire, ou, si nécessaire hospitalier. C'est sur ces différents éléments qu'était établi le nécessaire dossier médical du malade, dossier qui nécessitait, bien sûr, des garanties de confidentialité.

Dans la nouvelle conception qu'on nous propose, il n'est plus tenu compte de la relation Médecin-Malade qui a déjà une valeur thérapeutique et qui échappe totalement aux référentiels. Si elle est mise en application, on voit que l'examen médical procédera d'un certain nombre de signes suggérés par l'ordinateur qui constitueront un certain nombre d'items permettant à celui-ci d'établir automatiquement et statistiquement le diagnostic. Cela entraînera la mise en route d'un protocole qui dictera le traitement, Il n'y aura plus une rencontre entre un malade et un médecin, mais un système de communication entre ordinateurs : ceux des différents soignants, et ceux des organismes de santé qui assumeront les frais du traitement. Sous prétexte d'objectivité, cela rendra anonymes aussi bien les médecins, le personnel soignant, que le malade, et les organismes sociaux. D'une certaine manière, l'application du protocole déresponsabilisera le médecin en cas

d'échec. L'application du protocole sera le garant qu'il a fait tout ce qu'il avait à faire aux yeux du malade et aux yeux des organismes sociaux, assurances comprises ! On obtiendra donc anonymat et déresponsabilisation !

Réserves concernant l'établissement du dossier du malade :

La première partie de ce qui est demandé pour établir ce dossier concerne l'identification du malade. C'est un banal travail de secrétariat, analogue à ce qui est fait par exemple avant l'entrée à l'hôpital et consiste en la confection d'un carnet d'étiquettes avec code-barres qui seront collées sur tous les papiers concernant le malade, pour éviter les erreurs d'identification.

Mais l'autre partie du dossier médical concernant la maladie elle-même sera le garant et éventuellement le contrôle de l'action du médecin qui pourra être sanctionné s'il ne respecte pas à la lettre les consignes du protocole qu'il est chargé de produire ! (Voir dossier II, p. 3 : objectifs de bonnes pratiques évaluées)

Réserves spécifiques à la psychiatrie :

La méthode anatomo-clinique est au fondement de la médecine générale et des autres spécialités médicales. La lésion est objectivée à un moment précis, comme l'est une coupe histologique, puis peut être confirmée par des examens complémentaires et finalement par l'autopsie. Elle convenait déjà très mal à la psychiatrie ! La pensée pathologique du patient ne peut pas s'examiner et être soignée de cette manière.

Cette nouvelle recherche questionnante des signes, fondée sur les découvertes informatiques, va encore plus loin dans la méconnaissance fondamentale de ce qu'est la maladie mentale, et ses conséquences sont loin d'être profitables au malade dans beaucoup de domaines. Elle peut par exemple braquer le malade, prévenu qu'il est maintenant par tout ce qui ressemble à un questionnaire. Cela le fera penser aux questionnaires administratifs plus ou moins inquisiteurs qui sont pratiqués pour toutes les démarches concernant sa vie sociale, ce qui peut lui ouvrir des horizons fallacieux sur ce que le médecin attend de lui. Il pourra être soulagé peut-être, mais aussi craindre d'abord de ne plus bénéficier des avantages compensatoires liés à sa maladie ou à sa souffrance psychique. Il risquera aussi de se sentir suspect, fiché aux yeux des autres. La demande qui lui est imposée de désigner une personne dite de confiance (voir dossier I, p. 3) risque de faire assimiler celle-ci à une surveillante, voire à une tutrice ! Il aura l'impression que sa liberté déjà restreinte est encore plus aliénée. Il se sentira réduit à l'état d'objet alors qu'il est le sujet d'une souffrance qui souvent le culpabilise, et dont nous savons que le fondement lui échappe.

Cette approche très statique du malade à un moment donné ne tient pas assez compte de ce qui fait la spécificité de tout esprit, sain ou malade, fondé sur des paroles présentes ou passées, reçues et renvoyées aux autres, qui constituent son univers mental en perpétuel remaniement. Interviennent aussi dans son fonctionnement mental de multiples facteurs dynamiques, par exemple la pression sociale exercée sur le malade, liée aux avatars de sa vie professionnelle ou familiale, à ses ambitions, à ses succès, à ses échecs, à ses deuils, à ses renoncements, à l'action positive ou négative de son entourage, ou à son isolement, à l'état de ses ressources, etc.. tout cela provenant de fantasmes véhiculés, souvent grâce aux médias omniprésents, par le milieu social dans lequel il se trouve. Ces pressions seront en plus variables selon le moment et selon le lieu.

Cet interrogatoire ou plutôt ce questionnaire médical, ne pourra suppléer au dialogue indispensable pour établir la relation de confiance et une coopération qui est indispensable pour que le traitement proposé soit accepté par le malade.

En ce qui concerne la dépression avec sa complication majeure le suicide, l'interrogatoire, souvent avec l'aide de l'ordinateur, qui veut être le plus exhaustif possible, dans le souci d'avoir un nombre d'items

suffisant pour asseoir le diagnostic et le traitement, perturbera encore plus gravement la rencontre entre le psychiatre et le malade que dans d'autres affections mentales.

L'évaluation obligatoire et chiffrée du risque suicidaire (document I p. 26 et doc. II p. 15) procède de la même approche de la situation, et nous semble encore plus hautement dangereuse. Une enquête faite après un suicide permet a posteriori de retrouver, dans le comportement et les dires de celui qui a mis fin à ses jours, des signes qui auraient pu rétrospectivement passer pour annonciateurs et qui n'ont pas été suffisamment perçus.

Mais la recherche a priori et systématique de ces signes dans un souci de prévention, prend le problème à l'envers, fixe l'attention du malade sur les craintes qu'a son interlocuteur de le voir se tuer, craintes qu'il sait devoir figurer au dossier et être communiquées à la personne de confiance ou à la famille. Il se sentira considéré de manière suspicieuse, éventuellement comme un lâche mal intentionné, ce qui pourra renforcer son sentiment de perte de l'estime de lui-même et de culpabilité. Moyennant quoi il risque de dissimuler encore mieux ses intentions suicidaires et les préparatifs. Que dire de la question : (dossier n°II, page 15, C4) « Au cours du mois écoulé avez-vous établi la façon dont vous pourriez vous suicider ? », à laquelle on pourrait ajouter : « Combien de fois ? », ce qui rappellerait certaines confessions catholiques de jadis ! Cela ne peut que renforcer ses tendances suicidaires. Ou bien le malade pourra se servir de ce questionnement pour manipuler le médecin et l'entourage, et entrer dans le cercle vicieux des bénéfices secondaires. On obtiendra donc l'inverse du résultat escompté.

Les médicaments risqueront aussi d'être stockés pour un usage suicidaire. La surveillance par l'entourage ne pourra pas empêcher le suicide. Les psychiatres connaissent bien les limites et les failles d'une telle surveillance, même en milieu hospitalier ou carcéral. On peut même se poser la question de savoir si, sous prétexte de protéger son malade, il ne s'agira pas de protéger le médecin au détriment de son patient !

Les deux dossiers peuvent être considérés comme de véritables pousse-au-crime !

Nous pourrons ajouter aussi que l'application du protocole nous paraît impossible dans la mesure où il déclare que la guérison ne peut être obtenue que si le malade prend son traitement pendant 18 mois après la disparition des signes cliniques ! Jamais un malade ne consentira à prendre un tel traitement aussi longtemps alors qu'il se croit guéri, ne serait-ce qu'en raison de ses effets secondaires ! (voir dossier II p. 3 dans : objectifs de bonnes pratiques évaluées).

Il ne manque finalement qu'un questionnaire de satisfaction à faire remplir par le malade à l'issue de la consultation !

C'est pourquoi nous émettons les plus vives réserves sur le mode d'approche de la dépression et du suicide, tel qu'il est présenté par les deux dossiers et nous ne pouvons pas nous associer à de telles démarches auto-évaluatrices.

Référentiels et contresens

Pierre Cristofari

Un collègue de province nous a confié la lettre que lui a écrite un médecin de sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Cette lettre mérite publication in extenso tant elle est une perle, voire un sujet exemplaire de dissertation, les quatre points abordés (troubles obsessionnels compulsifs, autorisation de mise sur le marché, prescription d'hypnotiques, référentiels) donnant lieu à de véritables contresens.

***

Cher Confrère,

Vous m'avez informé lors de notre conversation concernant Madame X, votre patiente, qu'elle souffrait de troubles obsessionnels compulsifs. J'espère vous avoir bien compris, les conditions dans lesquelles s'est déroulé notre entretien n'étant pas optimales.

Après m'être replongé dans son dossier, je m'aperçois qu'elle ne prend aucun traitement ayant l'AMM pour cette pathologie.
Un traitement mieux adapté à votre diagnostic ne permettrait-il pas de mieux prendre en charge sa pathologie et de lutter contre sa dépendance aux hypnotiques ?

La prescription d'association d'hypnotiques à haute dose étant fortement iatrogène, il me semble indispensable de reconsidérer le traitement de façon à ce qu'il soit conforme aux référentiels en vigueur, notamment aux indications de l'AMM.

Je suis à votre disposition pour tous renseignements complémentaires et je vous prie de croire, Cher Confrère, à l'assurance de mes meilleures salutations.

Dr Y, Médecin Conseil

***

Pourtant irrités par une pointe d'arrogance (l'expérience ne fait pas tout, mais le collègue auquel était adressée cette lettre n'en était ni à son premier « TOC » ni à sa première insomnie), nous nous sommes contentés d'une position didactique.

1. La notion de trouble obsessionnel compulsif (dont l'abréviation « TOC » est devenue un signifiant populaire) est un syndrome, c'est-à-dire une association conventionnelle de symptômes et non une pathologie associée à une étiologie connue ou une hypothèse pathogénique. Croyant se faire mieux comprendre, les psychiatres utilisent souvent ce raccourci, à tort, avec leurs confrères non-psychiatres, oubliant que ceux-ci ignorent parfois que les « TOC » se retrouvent dans des tableaux pathologiques très différents, conduisant à des conduites très différentes.

2. L'autorisation de mise sur le marché (AMM) est explicitement une autorisation de commercialisation, assortie d'un certain nombre d'indications explicites : en aucune façon, elle ne pourrait être entendue comme l'obligation de prescrire un médicament dans une indication ! Nous avons peur que l'on se laisse abuser par la démarche de communication de l'industrie pharmaceutique qui, non contente de viser les médecins non psychiatres, s'attaque aujourd'hui au grand public. Or, les médicaments faisant aujourd'hui leur cible commerciale des « TOC » donnent des résultats médiocres, les pathologies sévères que nous traitons en médecine spécialisée ne permettant plus les biais des études publicitaires de l'industrie.

3. L'évaluation au cas par cas de la gravité des symptômes associés de façon arbitraire dans toute classification syndromique, doit conduire en pratique clinique - particulièrement en médecine spécialisée, puisque l'on y hérite des échecs des conduites plus conventionnelles - à une hiérarchisation permettant dans chaque cas d'essayer de s'attaquer aux symptômes les plus invalidants chez un patient donné.

La prescription d'hypnotiques donne souvent lieu à des excès, dus à la banalisation de leur usage. D'où la règle générale d'en limiter au maximum le nombre, les doses et la durée d'administration. Or, si une règle de bon sens doit toujours être utilisée en première intention, elle n'est malheureusement pas toujours efficace au point de devoir s'y entêter sans donner une autre chance au patient : le bon sens - et la déontologie - imposent une alternative à un échec thérapeutique.

4. Un référentiel est un ensemble de références, c'est-à-dire de façons de se situer, de points de repères. Il s'agit d'une aide pour le médecin, d'autant plus utile qu'il connaît mal une question : mieux il la connaît, plus il élabore lui-même son propre référentiel, composé de références cliniques et théoriques moins connues du non-spécialiste. Une référence c'est le sens même du mot, est une indication non prescriptive. Le « référentiel », d'ailleurs très critiqué, de la Haute Autorité de Santé montre qu'il n'y a guère de certitude aujourd'hui dans le traitement des « TOC ».

Cette lettre nous semble illustrer la méconnaissance répandue de la psychopharmacologie clinique, discipline complexe que l'on voudrait réduire en quatre classes de médicaments et quelques slogans publicitaires… Méconnaissance dont ce confrère, médecin de CPAM, n'est certes pas responsable mais qu'il importe de combattre.

Pierre Cristofari
Hyères

Dossier Médical Personnel

- Une bonne nouvelle : le Dossier Médical Personnel est reporté à une échéance d'au moins 10 ans

- Une autre bonne nouvelle : le masquage de données sensibles par le patient a été adopté par les parlementaires (loi de Financement de la Sécurité Sociale)

- Une mauvaise nouvelle : ils ont refusé le masquage du masquage.

A propos des déclarations du Président Sarkozy

Robert Boulloche

Les déclarations brutales du candidat Sarkozy, maintenant président, au sujet du déterminisme génétique attire l'attention sur une dérive possible de la conception de ce qu'est une personne et sur la possible mise en danger de la notion d'humanisme.

Il est certain que ce positionnement n'est pas isolé et s'inscrit, comme le souligne Joseph Mornet, dans un courant politique en plein développement.

Nous, psychiatres, sommes particulièrement désignés pour promouvoir un positionnement différent et ne devrions pas nous contenter de réactions épidermiques immédiates dans les revues spécialisées, mais porter nos arguments sur la place publique et en profondeur, car cet enjeu est véritablement crucial et qu'il prend place dans un monde globalisé.

Tout d'abord, c'est se tromper de cible que de nier l'existence de facteurs génétiques dans le développement de certains troubles psychiques, à moins de refuser tout rapport entre le psychisme et l'organe cerveau. La question est de montrer que l'existence de déterminismes, qu'ils soient génétiques ou environnementaux ou même culturels, n'infirment en rien l'approche humaniste et qu'il est toujours possible, comme le dit André XXIII, de conserver l'idée qu'on peut changer le cours de l'existence. Plusieurs arguments vont dans ce sens. Premièrement, si on soutient un déterminisme intégral, alors tout est rigoureusement déterminé y compris la parole de celui qui soutient cette position, ce qui revient à dire qu'il ne la soutient pas parce qu'elle est vraie, mais parce qu'il est déterminé pour le faire. Nous nous retrouvons ainsi devant une proposition indécidable : on ne peut pas prouver que le monde soit déterministe. Autrement dit, soutenir un déterminisme intégral ressort de la croyance et non d'une démarche objective.

Deuxièmement, mettre l'accent sur un déterminisme plutôt que sur la possibilité d'un avenir non écrit et à construire revient à prêcher la passivité et le pessimisme. Qui peut penser qu'une telle croyance n'aura pas l'effet pervers d'aggraver encore les éventuels déterminismes négatifs qu'on voudrait combattre ?

Troisièmement, il est parfaitement simpliste d'imaginer qu'un déterminisme biologique exclue une approche psychodynamique. La souffrance psychique est presque toujours la résultante de phénomènes qui se jouent à plusieurs niveaux : il est ainsi parfaitement possible de compenser une défaillance à un niveau par un apport à un autre et ceci dans les deux sens. Il est aussi possible de compenser une souffrance d'origine psychodynamique par un apport biologique.

Quatrièmement, il existe des déterminismes de tous ordres, certes génétiques mais aussi sociaux, familiaux, personnels, environnementaux, etc. Leur multiplicité met en évidence leur relativité car ils ne sont pas exclusifs les uns des autres.

Cinquièmement, il est certain, me semble-t-il, qu'aucun d'entre nous n'a choisi ses parents, ni son sexe de naissance, ni le lieu de sa naissance, ni son nom, ni même le fait d'exister et qu'une part de notre identité nous est donnée sans que nous ayons notre mot à dire. Cependant, tout est à construire à partir de cette base. L'humain se constitue dans la relation à autrui et par le fait d'être reconnu humain par les autres humains. Prenons garde qu'une vision chosifiante ne finisse par nous transformer en objets.

D'autre part, les avancées technico-scientifiques en cours vont nous conduire à reconsidérer certaines notions fondamentales qui semblaient pourtant aller de soi, et il faudra là aussi nous positionner de façon argumentée et crédible, c'est-à-dire sans rejeter en bloc ce qui nous gêne par une série d'anathèmes ou d'amalgames.

C'est le cas pour la PMA, l'IAD, les mères porteuses. Nous sommes confrontés au quotidien, dans notre pratique, aux difficultés psychiques que ces techniques peuvent faire apparaître chez le père, la mère et l'enfant et à l'interaction entre ces difficultés. Qu'en sera-t-il demain avec l'utérus « artificiel », instrument de libération ou d'aliénation ? Qu'en sera-t-il avec la possibilité technique pour les parents de choisir le sexe de l'enfant ? Et après-demain certaines caractéristiques physiques ou psychiques ? C'est le cas également pour les distinctions touchant au sexe envisagées dans les dimensions du genre, du morphotype et (encore) de la génétique, dimensions autrefois confondues. C'est encore le cas dans la capacité à détecter une sur-exposition à un risque pathologique qui se révélera plus tard. Il est effectivement possible de prévoir que certains enfants ont plus de chances que d'autres de développer des troubles psychiques du fait de déterminismes partiels qui seront bien plus souvent sociaux-économiques ou familiaux que génétiques. Énoncer ce risque implique la possibilité d'une stigmatisation en elle-même pathogène. Fermer les yeux revient à abandonner les gens à leurs difficultés. En réalité, c'est l'intention à l'origine de la démarche qui va la structurer : intervient-on dans le souci d'aider une personne ou intervient-on dans un souci sécuritaire de

normalisation ou de mise à l'écart ?

À suivre…

Robert Boulloche
Boulogne

Le "décorporatisme" : un délire de désarticulation ?

Pierre Coërchon

Sous prétexte de ne pas supporter la faille dans l'Autre et de ne pas entendre comment s'organise la partition autour de l'insatisfaction chez les êtres parlants, il est possible aujourd'hui, dans une interprétation simplificatrice, éducative et gestionnaire, à l'abord d'un trou et dans un corps à corps, de régler le malaise alors découvert en désarticulant n'importe quel corps. Le corps de l'humain, le corps d'un métier, le corps d'une représentation (syndicale y compris), etc. C'est bien de cette façon que vous vous retrouvez, sans le voir venir et sans forcément le désirer, avec un tas d'os défilant bien en rang et au pas sur le podium du considérable. Plus besoin maintenant de la représentation de ce qui échappe ou de ce qui rate, fut-ce dans l'ordre, dans le corps, dans le métier, dans la responsabilité, puisque dorénavant vous n'avez plus affaire qu'à l'homogénéisation harmonieuse de représentants valant comme unités à parts entières, normales, sans faille. Individus indivisés donc. Mais comment faire tenir debout et ensemble un tas d'os sans lien ni articulation ? Il ne vous reste plus alors, ne serait-ce que pour remettre un tant soit peu de décence dans l'histoire, qu'à habiller ces cadavres de jolis oripeaux, qu'à les corseter d'une carapace ou les tuteurer de quelque prothèse fonctionnelle. Charmante perspective… Il existe pourtant un protocole qui vaut et produit de l'intérêt par l'entaille qui lui est faite et qui nous laisse ainsi l'heur de ne pas nous mener à la faillite.

Pierre Coërchon
Clermont Ferrand

Fibromyalgie et SMI ou la médecine marketing

Eric Samama

Il s'agit de pointer la participation active, pour des raisons financières, des laboratoires dans la clinique médicale. Ce ne sont plus les médecins aujourd'hui qui font la médecine, ils deviennent passivement de simples exécuteurs, sinon testamentaires de leur fonction, prescripteurs. Un laboratoire isole une molécule, repère quelques effets contingents, un peu au hasard, et fabrique une entité nosographique, clinique qui pourrait répondre de cet effet. Mais isoler un effet chimique n'a rien à voir avec la médecine. Si le L.S.D fait délirer, il n'explique en rien les phénomènes psychotiques, il ne nous éclaire pas sur la psychose ou la schizophrénie, même à faire l'expérience d'en prendre soi-même. Le laboratoire que je vise est Lilly, déjà connu pour sa molécule prétendue tout traiter, de la schizophrénie à la bipolarité, effaçant par là toute nécessité de précision clinique. Aujourd'hui, un stylo pour prescrire semble suffire à faire le médecin.

Le médecin devient complice de cette duperie qui consiste à envisager que toute souffrance est curable et doit répondre d'un remède. On comprend le patient qui souffre : il veut que cela cesse, mais pourquoi le médecin, qui doit douter au quotidien tant de ses diagnostics que de son efficace, se laisse-t-il emporter par ce genre de discours ? Son devoir est de faire dans le singulier, de respecter à tout prix la singularité du patient venu le consulter. Mais il adhère au fantasme de la science et de la technologie toute puissante, qui peut ou qui doit faire tout cesser, cesser toutes les souffrances, jusqu'à la modification du code génétique s'il le faut.
Devant la demande des patients et des pouvoirs publics avides de rentabilité, le médecin se soumet, souvent dans la honte de ne pas bien prescrire, enfin de ne pas prescrire ce qui est à la mode, ce qui est déjà diffusé sur internet et accessible à ses patients, et déjà prescrit dans un ailleurs mythique comme celui des U.S.A.
La soumission médicale au discours de l'industrie pharmaceutique annonce sa disparition, comme sa soumission aux campagnes de prévention qui génère beaucoup d'angoisses chez le patient, voire des pathologies induites par cette angoisse.
Comment un clinicien peut-il croire aux balivernes scientifiques qu'on lui propose comme la règle censée évaluer la douleur ? Un bras cassé fait plus mal que deux bras cassés ? Je me souviens de cette patiente, qui, comme dans le film de R. Polanski « Le locataire », s'était défénestrée du premier étage puis était tranquillement venue se réinstaller dans son lit. Lorsque je l'ai examinée, elle ne dit rien, n'avait pas mal, n'avait plus mal certainement de la souffrance psychique qui la rongeait. Il s'agissait pourtant d'un poly-traumatisme, fracture du bassin, du rachis et rupture de la rate.

Penser la médecine en termes d'évaluation, de cotation, est une démission éthique du corps médical au profit d'une éthique, si l'on peut dire, économique. Le corps médical se soumet, se place sous la tutelle de la technique, de la science, il obéit, exécute. Ce qu'il nous faut défendre, c'est la singularité de l'acte médical, de la consultation, de la prescription. La singularité de chaque souffrance, de chaque symptôme, sans croire naïvement aux molécules toutes puissantes du bonheur ou du désir sexuel. On le sait : si l'on ne désire pas, ça ne marche pas, pas plus le Viagra que les androgènes déjà dans les cartons pour provoquer le désir de la femme.
Les laboratoires, bien sûr, usent de cette souffrance, de ces pannes dans le désir, dans le fonctionnement humain pour en tirer profit, pour faire du malade un consommateur de soins.
Mais ce que je veux pointer, c'est la complicité passive des médecins à ce petit jeu de dupes, puisque des maladies, des malades, des souffrants, des résistants aux traitements, il y en aura toujours.

Nouvelle clinique

J'ai appris hier que les universitaires, je veux dire les scientifiques, avaient enfin découvert quelque chose, les S.M.I.
Une découverte impensable, inouïe et pourtant si fréquente dans notre quotidien de thérapeute, une découverte au fondement de notre pratique soignante, que nous soyons médecin ou non, une évidence qui était là sous nos yeux, et qui nous aurait échappé, le SMI ou Syndrome Médicalement Inexpliqué.

Hier, je me moque, hier c'était en 1998, une publication dans l'EMC : les SMI. C'est drôle cette obstination de la science à vouloir que la médecine puisse expliquer tous les syndromes. Ceux qui résistent à l'explication sont des injures à notre science. Je pense, quant à moi, que la résistance fait la médecine.
En 98, le SMI, cela semblait encore assez drôle, un nouvel acronyme, un terme pour expliquer quelques-uns de nos échecs thérapeutiques, une perspective de travail, d'interrogation, de recherche, mais depuis, cet acronyme a fait des petits accros, que j'ai vu surgir dans ma clinique, des patients accrochés à un nouveau symptôme qui parle à leur place. Le SPID, ou Syndrome Poly-algique Idiopathique Diffus peut avoir un pronostic redoutable, avec l'invalidité à la clé. Cela est décrit, cette évolution irait jusqu'à l'impotence. Le SPID est mieux connu sur le nom de fibromyalgie, et le nombre de cas ne cesse de s'accroître. Ces nouveaux patients saturent les demandes de reconnaissance d'un handicap, handicap faisant privilège. Les médecins et les instances sont débordés par ce nouveau phénomène qui se mesure à l'échelle du collectif. Les patients se saisissent de ce nouveau signifiant pour en faire un paraître, une nouvelle identité en souffrance. Il y aura

bientôt, sans aucun doute, des associations de fibromyalgiques, de SPID, associations qui exigeront un traitement radical.

L'apparition de nouvelles maladies, de nouveaux symptômes n'a rien de surprenant en soi, quoique l'on puisse toujours se poser la question de savoir si cela existait tout de même avant qu'on puisse les nommer, les enserrer dans les petites lettres d'un acronyme. Ce qui ne s'écrit pas, ce qui ne se décrit pas, est-ce que cela existe ? Cela pose une question épistémologique classique, à savoir le lien entre existence et nomination.

Devant la multiplication des plaintes auto-désignées de SPID ou de fibromyalgie, je veux dire la multiplication de patients qui viennent non pas demander un diagnostic mais demander confirmation d'un diagnostic « auto-porté », via internet peut être, et demander un traitement efficace, pointant par là notre relative impuissance à traiter, à expliquer ce qui ne s'explique pas et ce par définition : S.M.I. Ce qui me surprend, devant un tel phénomène, c'est l'apparition, dès septembre de cette année d'une molécule antidépressive dont la spécificité serait, entre autre, le traitement de la douleur, douleur au centre du tableau clinique du S.P.I.D.

Nouvelle chimie

Cette molécule qui a un nom et un nom commercial que je citerai au risque d'être soupçonné de corruption laborantine, est commercialisée aux USA et dans de nombreux pays d'Europe depuis plusieurs années, et on ne sait pas très bien avec quels succès qu'ils soient économiques ou thérapeutiques. Nous ne disposons que des études préalables à la mise sur le marché et non pas de l'expérience des cliniciens ayant prescrit cette molécule. De même, nous ne disposons d'aucune information sur le nombre de patients traités. Cela ne nous permet aucune évaluation de son efficacité en clinique quotidienne. Ce n'est pas la première fois : on peut évoquer les traitements proposés pour le sevrage tabagique, qui ne donnent que peu de résultats malgré ce qu'annonçaient les études préalables à leur mise sur le marché.
Ce médicament porte un nom qui n'a certainement pas été choisi au hasard, le Cymbalta, et l'homophonie avec battre n'échappe à personne.
Ce médicament est donc commercialisé dans de nombreux pays, aux U.S.A. mais aussi en Europe. Certains de mes patients alléchés par les publications disponibles sur internet, se sont rendus en Angleterre afin d'obtenir ce traitement miracle et non disponible en France. Sans succès thérapeutique, bien évidemment. Cela s'était déjà produit pour le traitement des crises migraineuses. Cette absence de disponibilité sur le marché français d'un traitement déjà commercialisé serait, selon les laboratoires, liée aux lourdeurs des procédures administratives.
Un médicament, pour obtenir son agrément doit faire l'objet d'études cliniques sur 5 ans : c'est un principe de précaution qui permet d'évaluer son efficacité ou son éventuelle toxicité. Mais le laboratoire ne dit pas qu'il attend cet agrément pour obtenir son remboursement par la sécurité sociale, et ainsi multiplier les ventes. Un véritable coup commercial, préparer le public à l'achat remboursé d'une molécule salvatrice, et plus on attend, plus…

Mais, nous, pauvres français, serions à la traîne du fait, du fait de quoi ? d'une culture de la méfiance ou d'une lourdeur administrative, ne disposerons de cette nouvelle, nouvelle molécule remboursée qu'en fin d'année. Et insidieusement, on tente de préparer les médecins à la prescrire.
Alors, nous disposerions d'un traitement déjà présenté comme salvateur et que nous serions incapables de prescrire en raison de contraintes administratives ! On nous ferait presque croire que nous sommes dans un système économique protectionniste, rétrograde, fermé sur lui-même comme certains pays communistes, alors qu'il s'agit simplement d'appliquer le principe de précaution. Attendre de voir, parfois cela peut être néfaste certes de trop attendre, mais parfois cela est nécessaire, d'attendre.

Nouvelle formation

Et certains laboratoires s'y emploient précisément à faire croire à un archaïsme de notre système de soins pourtant identifié comme l'un des plus efficaces. Performant, mais c'était autrefois, Pasteur et quelques

autres. J'ai reçu hier, je dis ça pour rire, un laboratoire qui, comme tous les laboratoires, sont là pour nous renseigner sur les avancées de la science médicale, pour nous informer, pour nous éduquer sans beaucoup de respect pour notre pratique, notre formation, notre clinique considérée comme assez misérable au regard des multiples études qu'ils nous proposent, études multiples par le nombre faramineux de patients traités (plus de 2 millions de patients traités par un nouveau neuroleptique, produit par le même laboratoire et qui avait bénéficié de la même politique marketing) et par le nombre impressionnant de professeurs, d'universitaires, de chercheurs qui valident les médiocres graphes imprimés sur un papier de qualité censé attester de la qualité de son contenu.

Un laboratoire, donc, sans attention particulière à ma maigre expérience de médecin, me remet une petite brochure, comme ça, l'air de rien, mais une brochure de quelques pages éditée par un grand de l'édition médicale et en papier glacé. Simple et pratique à manipuler, à lire, une vraie émission de télévision, de l'image bien structurée. Une brochure à l'allure de recommandation intitulée « La dépression fait mal ». Tiens donc ? Encore une nouveauté à diffuser aux médecins ignorants de la douleur de leur patient, une petite brochure qui pourtant commence bien et par une citation relativement poétique au regard de cette littérature embrochée, une citation de R. Damasio : « Toutes les émotions utilisent le corps comme théâtre ». Et tous les laboratoires utilisent les poètes comme argument. J'aurai bien aimé savoir à combien d'exemplaires cette brochure a été publiée mais paraît-il, il s'agit d'une publication confidentielle réservée aux plus fidèles médecins collaborateurs…
Cette brochure est bien faite, elle nous rappelle quelques évidences censées être oubliées et comme ce n'est pas le cas, on se sent vraiment savant, voire intelligent. Ce qui est écrit est tellement évident, compréhensible, que d'un coup je me suis senti rassuré : la prévalence de l'état dépressif, le risque de chronicité, la gravité de l'État Dépressif Majeur et le risque suicidaire agrémenté de chiffres, la nécessité du dépistage et du traitement enfin toutes sortes de choses qui ne font que conforter le médecin dans son savoir que l'on ne lui suppose pourtant plus. On voudrait, en tout cas, lui en offrir une nouvelle formulation.

Glissement sémantique

Mais ce texte, calqué sur le mode d'un texte qui ferait autorité, d'une recommandation argumentée d'une cinquantaine d'articles, pour la plupart américains, va insinuer quelque chose qui semble paraître nouveau : « la dépression ça fait mal », titre de la brochure. Cela serait nouveau parce qu'on ne savait pas, avant cette information du laboratoire, qu'un «déprimé» avait mal, on pensait naïvement qu'il souffrait. La distinction est subtile, indétectable, on glisse de ce que nous appelions douleur morale à douleur physique. Comme si cela pouvait se distinguer. Eh bien oui, en lisant cette brochure j'ai compris que je n'avais pas d'attention à la douleur physique de mes patients et que, de plus, le physique, le corps fait mal. « Ça fait mal, ça va mal », et pour devancer un peu mon propos, « ça fait pipi dans la culotte », ce que je n'ai jamais osé demander à mes patientes, et qui doit être important puisque l'on en fait des publicités télévisuelles. Je vous parle de l'incontinence urinaire parce que le laboratoire qui prétend dans sa grande générosité nous enseigner sur la douleur va commercialiser un antidépresseur actif sur l'incontinence urinaire de la femme, ce qui n'a rien de nouveau en soi puisque l'on sait de longue date que la Clomipramine, un des premiers antidépresseurs connus est parfois efficace à petites doses sur l'énurésie. De là à établir un rapport entre dépression et pipi…

Nouvelle mesure : Substitution de la souffrance à la pseudo-objectivité de la douleur.

Le passage de la subjectivité de la souffrance à l'objectivité de la douleur est plutôt subtil. Vous n'êtes pas sans savoir qu'un des grands progrès humanitaires de la médecine est de mesurer la douleur. On a même inventé des règles pour la mesurer, des règles complexes. Au lieu de dire : j'ai un peu mal, j'ai mal, j'ai très mal, je n'en peux plus, on vous donne une règle, un étalon, gradué de 1 à 5 et on vous demande de pointer, de pointer le chiffre de votre douleur. C'est objectif, ça, hier c'était 4, aujourd'hui c'est 3, alors ça va mieux, ça ne se discute pas, c'est noté. Comme cela le médecin peut dormir tranquille, il sait qu'il soulage ses patients parce que 3 c'est mieux que 4. Parfois le patient aime bien faire plaisir à son médecin, c'est comme ça un patient, comme les enfants, faudrait pas qu'on lui fasse trop de mal, il ne faut pas rester récalcitrant au traitement, sinon le papa n'est pas content et alors prend garde à toi.

Patients souffrants, endoloris, rassurez-vous nous avons des instruments pour vous évaluer et nous aurons bientôt des molécules pour vous traiter.
La mesure de la douleur, c'est une sacrée invention. Le problème, n'est peut-être pas la douleur, selon le laboratoire qui défend son objectivité scientifique, c'est, en fait, ce que nous n'avions pas entendu, perçu : la douleur telle que l'éprouve le patient.

Nouvelle idéologie rééducative

Une seconde subtilité qui annule toute contestation : Non, la douleur, cela n'est pas objectif mais objectivable, la douleur c'est une question de perception. Le déprimé perçoit mal. Il perçoit mal le mal parce son système neurologique est détraqué et que des choses qui ne doivent pas faire mal lui font mal. Il pense mal, il sent mal, comprenez, il perçoit de travers. On va redresser tout ça puisque ça vient d'un dérèglement neurologique, enzymatique, chimique, physiologique, voire psychologique ou je ne sais quoi. Ne vous inquiétez pas, on s'en occupe.

Il s'agit tout de même de l'infiltration de la pratique médicale par une nouvelle idéologie. Il faut rééduquer le patient, lui apprendre à bien penser, à bien sentir.

L'antidépresseur qui se cache devant cette soi-disant nouvelle clinique, cette façon nouvelle de présenter la clinique au risque de la tordre, est déjà prêt, déjà sur les starting-blocks, déjà connu des médecins qui lisent un peu la presse étrangère, alors je ne le citerais pas.
Jusqu'à lors, les médecins présentaient leurs problèmes cliniques aux pharmacologues qui tentaient d'y répondre. Aujourd'hui les pharmaciens présentent leurs produits testés à grande échelle, avec des efficacités observées sur certains symptômes et nous proposent de revoir, de découper notre clinique en petits morceaux, en mille morceaux douloureux et éparpillés.

L'apparition concordante dans notre clinique de cette plainte étiquetée de SPID et d'une nième nouvelle molécule reste suspecte. Cette molécule sera probablement utile, peut être efficace, mais elle ne doit pas nous empêcher de penser à notre clinique, de rester attentif à la plainte et la nature de la demande qui ne saurait être télé guidée, télévisée.
Il ne peut être question de traquer, de dépister de nouveaux symptômes dont nos patients ne se plaignent pas encore, et même si « nous avons déjà des machines pour les révoquer ».

Dernière minute.

Cette prise en main de notre clinique va encore plus loin ; ce même laboratoire, autour de son médicament vedette, et à juste titre, l'Olanzapine, indiqué dans un tout autre contexte que celui des S.M.I., a encore innové.
J'ai reçu, hier, ce laboratoire venu me remettre « un outil spécifique de suivi somatique ». Cet outil, appelé « mallette d'équilibre » est censé « nous donner des moyens simples et pédagogiques afin de prévenir, en les éduquant, les variations pondérales de nos patients », variations induites, bien sûr, par le traitement. Cette petite valise sera accompagnée d'une balance, afin de croire à une objectivité au regard de l'image corporelle, de « chiffrer » scientifiquement cette souffrance de se sentir trop lourd, trop gros, d'un mètre ruban destiné, j'imagine, à mesurer le périmètre abdominal, un disque de mesure de l'IMC, un ordonnancier, une affiche digne d'une école maternelle sur les règles alimentaires, un carnet de suivi et, top du top, 5 podomètres. Quelle générosité !
Là, on atteint l'absurde. Le médicament ne fait pas prendre du poids, mais au cas où, comme le patient et le médecin, dans le même bain, ne sont pas bien éduqués en matière de nutrition, le laboratoire leur promulgue quelques conseils dignes d'un cours élémentaire. Il s'agit d'un renversement plutôt scandaleux, culpabiliser le patient devant sa prise de poids, l'en rendre responsable au nom de sa mauvaise hygiène de vie et de rendre responsable le médecin prescripteur de ne pas se soucier de cela.

Mais plus insidieux, voire dangereux, que cette grotesque promotion commerciale, que le conseil de l'ordre devrait condamner, se dessine la volonté de reprendre à son propre compte la pratique et la clinique médicales jusque dans la création de nouveaux concepts. De nouveaux concepts en langue américaine, comme si la nôtre n'était suffisamment riche ou sophistiquée, le dernier né est le « Outcome ». Il vient de sortir chez nos amis anglo-saxons, et désigne la « nouvelle évolution de la schizophrénie ». « Outcome », cela signifie en anglais : issue, résultat, aboutissement, dénouement. Le terme est généralement qualifié, par exemple « Outcome financier », comprenez arrangement commercial. La schizophrénie et son dénouement, c'est un signifiant fort promulgué, une fois encore, grâce à une petite brochure en papier glacé, dont l'épaisseur ne dépasse guère celle de l'encre utile pour l'imprimer…
La schizophrénie : il faut s'en sortir, et avec un bon médicament, une bonne hygiène de vie et pourquoi pas quelques aphrodisiaques pour assurer une bonne hygiène sexuelle ! Je me demande si tout cela n'annonce pas la destruction pure de la clinique et de l'héritage de l'histoire psychiatrique dont nous sommes issus.

Éric Samama
Paris

Le SNPP au CASP

Rappelons que le Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie regroupe les syndicats suivants, soit la représentation de plus de 90 % des psychiatres français tous modes d'exercice confondus :

Syndicat des Médecins Psychiatres des Organismes Publics, Semi-publics et Privés
Syndicat National des Psychiatres Privés
Syndicat des Psychiatres Français
Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux
Syndicat Universitaire de Psychiatrie

Union Syndicale de la Psychiatrie Invité permanent : A.F.F.E.P. (Association Française pour la Formation En Psychiatrie : association d'internes)

Les représentants de ces syndicats se retrouvent, sous la présidence du Docteur Olivier Boitard, en réunion mensuelle pour échanger sur divers sujets syndicaux d'actualité et élaborer une position commune diffusée sous forme de communiqués.

Le 26 septembre 2007 : Les franchises

Communiqué de presse :

L'instauration de « franchises » à la charge des patients pour leurs soins suscite de multiples réserves et protestations.

En psychiatrie, la franchise de deux euros sur les transports (jusqu'à cinquante euros par mois) sera particulièrement pénalisante pour les nombreux patients qui ont besoin de soins ambulatoires réguliers.

Éloignés de leur psychiatre libéral ou du centre médico-psychologique, ce n'est qu'en taxi qu'ils peuvent se rendre à la consultation et dans toutes les structures ouvertes à la journée : (centre d'accueil à temps partiel, hôpital de jour, atelier thérapeutique etc.)

Les patients à faible revenu et ceux qui touchent l'Allocation Adulte Handicapé auront des difficultés à assumer cette charge supplémentaire. Ils espaceront, voire annuleront leur prise en charge, ce qui risque de conduire à une réhospitalisation rapide.

Rappelons à nos ministres comptables qu'une journée en psychiatrie coûte autour de 350 euros. Le jeu en vaut-il l'économie de bout de chandelle ?

***

Le 26 octobre 2007 : La liberté d'installation

Communiqué :

Le Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie souhaite une meilleure répartition de la profession sur le territoire pour faciliter l'accès aux soins, notamment dans notre discipline.

Avec les jeunes médecins, nous nous sommes cependant opposés à la menace de déconventionnement en fonction du lieu d'installation, porte ouverte à des conventions individuelles avec les assurances privées.

La solution proposée dans le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale :

À l'article L 162-5 du code de la Sécurité Sociale, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : « les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L-162-14-1 et du présent article applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 1° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique, et des médecins récemment diplômés ou installés avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie ».

Ce texte pose deux problèmes :

1 – le terme « notamment » avant « incitatives » n'exclue pas des mesures qui seraient coercitives.

2 – si les négociations entre les jeunes médecins et les pouvoirs publics sont légitimes, la «concertation» avec les organismes d'assurance maladie doit être menée avec les organisations syndicales représentatives au risque d'isoler nos jeunes collègues.

Notre vigilance reste donc entière à la veille des signatures envisagées.

***

Le 30 octobre 2007 - La formation des psychiatres

Communiqué :

Le C.A.S.P. se félicite de la parution du décret autorisant les médecins généralistes à se présenter au concours de Praticien Hospitalier en psychiatrie lorsqu'ils ont reçu une formation pratique et théorique dans notre discipline.

Un effort parallèle doit être fait pour former davantage d'internes en psychiatrie, l'internat devant rester la filière principale de formation des psychiatres.

L'AFPEP à la WPA

Antoine Besse

Le congrès européen de la WAP prévu le 6 février 2008 à Paris a dû changer de modalité d'organisation et de financement.

Communiqué :

Chers Collègues

J'ai le grand regret de vous annoncer qu'AIMS, l'organisateur professionnel du congrès de Paris de février 2008, a décidé unilatéralement de se retirer de l'organisation du congrès en rompant ses obligations contractuelles à notre égard. Nous sommes donc contraints de constater que le Congrès se trouve annulé par cette action.
Nous sommes bien sûr désolés de cette annulation mais nous ne pouvions prévoir un tel comportement de cet organisateur professionnel. Le remboursement des frais d'inscription et des autres frais engagés doit être demandé à AIMS.
Nous faisons actuellement tous les efforts possibles pour organiser une conférence alternative de plus petite taille aux mêmes dates. Nous vous informerons de l'avancée de ce projet dès que possible
Avec mes meilleurs sentiments.

Dr Michel Botbol
Président du Comité d'Organisation

***

L'AIMS, organisme privé, était en charge de son secrétariat et de son organisation économique : recueil des sponsors et des inscriptions ainsi que des tâches administratives et de secrétariat.

Pour ceux qui se sont déjà inscrits, il vous faudra réclamer le remboursement de vos frais à l'AIMS aux adresses suivantes :

Viviane.Neumann@aims-international.com

Helena.Hradilova@aims-international.com

En attendant qu'une forme alternative de congrès soit à nouveau possible, nous vous proposons de rester attentifs. Dès que nous en connaîtrons les modalités, nous vous en tiendrons informés.

Antoine Besse
Saint-Germain-en-Laye

Retour du Havre

Hélène Baudoin

Les Journées Nationales de L'AFPEP se tenaient cette année au Havre, les 4, 5 et 6 octobre et avaient pour thème « L'ÉCOUTE ».

Ce thème était audacieux. Il n'est pas habituel d'adopter pour des journées de cette envergure un thème aussi proche de la position subjective du psychiatre.

Pas habituel non plus de proposer d'en débattre avec les médecins généralistes autour d'une table ronde, comme l'avait organisée notre consœur Béatrice Bachy pour la soirée inaugurale.

Encore timides ce soir-là, les débats se sont animés à mesure que les journées se déroulaient. Aussi bien en séances plénières que dans les ateliers, ce sujet a permis que chacun se révèle autour de cet acte qui est à la base de la clinique et qui réclame toujours plus de réflexions d'ordre éthique.

Bien loin d'être destinée à une collecte de signes objectifs comme le voudrait une médecine basée sur l'évidence (EBM), l'écoute, dans notre tradition culturelle, fait appel, appel à l'autre dans son altérité, dans son humanité.

Toute la richesse de la conscience que nous en avons s'est exprimée au travers d'exposés à visée théorique, d'études poussées de cas cliniques, de questionnements sur enseignement et transmission comme sur nos liens avec les apports de la pharmacologie.

Nous avons pu également, au cours de cafés littéraires, entrer en contacts avec des psychiatres au sujet de leurs livres récemment parus.

Ainsi, sur le chemin vers l'autre, Histoire, Religions, Arts, Philosophie, Science, Psychanalyse, Politique sont ces sources qui complètent notre formation médicale.

Chacun va y puiser d'une façon originale, avec un talent qui lui est propre mais aussi sans oublier la part à faire au doute, à la complexité, ce qui fait de notre discipline une discipline profondément clinique et toujours en recherche.

C'est pour moi cette diversité qui s'est fait entendre au cours des débats. Toutes les interventions n'ont parfois pu être développées, faute de temps, tant elles étaient nombreuses.

J'ai perçu cette diversité comme le reflet de la qualité du psychiatre, perception vivifiante à notre époque où nous devons trouver la force de résister aux menaces qui pèsent sur notre identité.

Le succès de ces Journées montre que nous devons continuer à défendre notre diversité.

Et pour faire écho aux quelques discrètes allusions à la part de l'ombre et du silence dans l'écoute… j'ajouterai une petite histoire personnelle, au sujet de la Joconde :

Le jour où je suis allée la visiter au musée du Louvre, elle avait été placée à l'issue d'une immense galerie consacrée à une multitude de « Vierge à l'enfant », tableaux tous plus beaux les uns que les autres, certains même absolument somptueux.

Ainsi en la découvrant, Elle, après ce long parcours, il m'est apparu que le mystère de la Joconde pouvait bien résider non pas dans ce qu'elle donnerait à voir de plus beau… mais dans ce qu'elle ne porte pas…

Mystère de l'absence…

Est-ce là cette révélation à saisir qui fait que l'on doit toujours tendre l'oreille un peu plus ?

Hélène Baudoin
Nice

Journées Nationales de l'AFPEP 2008. L'engagement du psychiatre

Etienne Roueff

Les XXXVIIes Journées de la Psychiatrie Privée auront lieu à Annecy
au centre des congrès "Impérial Palace" les 2, 3 et 4 octobre 2008

Thèmes des conférences :

= Le pari de la psychiatrie clinique
= La complexité de l'acte et sa fonction compromettante
= L'engagement dans l'institution, et dans le médico-social

= Engagement, indépendance, invention.

Ces séances plénières alterneront avec des ateliers qui questionneront la relation thérapeutique, l'engagement de la profession, la gageure d'être pédopsychiatre, ou encore la transmission et la formation, etc.

Ces Journées devraient être introduites par une conférence publique sur "l'engagement face au discours dominant : une introduction à la psychiatrie" par un observateur extérieur à notre spécialité.

Notez ce rendez-vous sur votre agenda ; nous vous attendons nombreux entre lac et montagnes à l'automne prochain.

Étienne Roueff
Annecy
Coordinateur des Journées

Séminaire de printemps

Le monde psychiatrique et judiciaire est en émoi. Deux projets de Loi sont à l'étude au Ministère de la Justice, à la demande du Président de la République.

L'un concerne la possibilité d'enfermer pour des raisons médicales, au-delà de la condamnation judiciaire, les détenus pour crimes sexuels. L'autre vise à déplacer la dialectique responsabilité/irresponsabilité des malades mentaux ayant commis des crimes pour renforcer les sanctions pénales et civiles.

Ces démarches affichent une volonté des instances politiques au pouvoir de répondre à de rares affaires, amplifiées par les médias, qui mettent en avant le risque permanent de la folie et des déviances sexuelles et le peu d'attention accordée aux victimes.

La folie est stigmatisée, réduite à la dangerosité, et devant le peu de garantie qu'apporterait le psychiatre, ne pourrait donner lieu qu'à la mise à l'écart et la prison.

La préoccupation pour les victimes prend le pas sur toute autre considération, et la rénovation de la machine judiciaire est énoncée comme un préalable indispensable face à l'incompréhension ou l'ignorance dans lesquelles seraient cantonnées les victimes.

Une réflexion permanente sur l'adéquation des réponses et des dispositifs est sûrement salutaire dans une démocratie. Réagir sous la seule pression de l'émotion, avec le risque de leurrer les citoyens par une dérive démagogique illusoire et dangereuse, représente une grave menace pour tous les professionnels impliqués et plus largement chaque citoyen.

Si elles sont adoptées, les dispositions prévues par les textes remettent en cause certains fondements séculiers des textes de droit qui maintiennent et organisent notre fonctionnement social. Ils modifient radicalement les rapports de la psychiatrie avec la justice.

Ces projets de Loi questionnent la psychiatrie, pas seulement pour des questions d'éthique, mais sur sa responsabilité et les réponses fondamentales que doit apporter cette spécialité avec le risque d'une fonction limitée à la santé publique et à la régulation sociale.

La psychiatrie ne peut pas faire l'impasse sur cet enjeu même s'il se présente sous des formes répressives et sécuritaires. Réaffirmer la dimension et la nécessité des soins dans ces situations difficiles pourrait bien s'avérer comme un des derniers remparts pour éviter l'exclusion.

Les commentaires et les mises en garde ont été fort nombreux et nous avons pensé qu'il est indispensable que l'AFPEP organise une journée de réflexion et de débat sur ce thème à l'intention des psychiatres libéraux avec quelques intervenants majeurs sur ce sujet.

C'est pourquoi nous vous informons
de la tenue du séminaire :

La responsabilité en question pour la justice et la psychiatrie

Samedi 5 avril 2008

Espace conférence des Diaconesses
18, rue du Sergent Bauchat – Paris 12e

****

- Me Jean-Pierre Deschamps – président de la Cour d'Assise des Bouches-du-Rhône ;
- M. le docteur Michel Dubec – médecin expert national ;
- Mme le docteur Catherine Paulet – psychiatre exerçant dans les prisons ;

nous ont donné leur accord pour participer à cette journée.

Plusieurs psychiatres de l'AFPEP soutiendront le point de vue et les interrogations des psychiatres libéraux et un débat animé par Benoît Duquesne, journaliste à France 2, donnera la parole à la salle.