Sommaire du BIPP n° 53 - Novembre 2008

Cliquez ici pour télécharger un fac simile du BIPP n° 53 au format PDF

Editorial - Olivier Schmitt

Convention, ou comment faire tenir un paradoxe - Yves Froger

Vie syndicale :

Lettre aux centrales syndicales - Olivier Schmitt

A propos du titre de psychothérapeute - Yves Froger

Communiqué de presse

Contributions du SNPP à la Commission Couty :

Organisation des soins - Yves Froger, Jean-Jacques Laboutière

Cabinet de ville - Olivier Schmitt

Hospitalisation privée - Hervé Granier

Médico-Social - Frédérique de Ona, Yannick Cann, Marc Maximin

Informations pratiques :

Relation avec le Conseil de l'Ordre - Antoine Besse

Décret sur les honoraires de secteur II - Olivier Schmitt

Quelques nouvelles de la FMC ! Yves Froger

Relations avec les caisses

Textes de réflexion :

Psychiatrie humaniste et psychiatrie EBM - Robert Boulloche

Fichage : jusqu'où va-t-on aller ? Marc Maximin

Le projet de loi HSPT et la Santestroïka - Dominique Dupagne

L'AFPEP s'engage :

Formation des internes : appel à candidature - Pierre Coërchon

L'AFPEP à la WPA - Antoine Besse

JN d'Annecy - Yves Froger

UNAFORMEC - Martine Dubuc

ALFAPSY : Francopsies à Dakar

Séminaire de printemps de l'AFPEP

Glossaire des sigles

Editorial

Olivier Schmitt

Du contrat social au contrat individuel

La crise financière n'est que l'avatar d'une évolution redoutable de notre Société, mais elle va avoir des conséquences dramatiques pour les citoyens en général et pour nos patients en particulier.

Dans le projet de contrat individuel que concoctent nos tutelles, il est explicitement dit que le médecin devra plier sa pratique aux décisions du Parlement et de la HAS. Nous pouvons y voir une intrusion du politique dans le colloque singulier de la consultation médicale, ce qui est la porte ouverte à toutes les dérives et aux conflits d'intérêt entre le patient et son médecin. Ce dernier se trouve de facto à la solde du pouvoir. Mais ce n'est pas tout. Avec l'ouverture des « négociations » conventionnelles aux assurances privées, nous pouvons percevoir un glissement progressif vers l'individualisation de contrats divers entre groupes d'influence et acteurs de terrain soumis à un chantage financier ou aux rétorsions réglementaires.

Les choses s'installent progressivement, de manière insidieuse. Rappelez-vous l'évolution de l'EPP comme de la télétransmission, il s'agit toujours du même processus : d'abord des expérimentations avec des volontaires, ensuite des expérimentations loco-régionales, maintenant une obligation statutaire et l'intéressement financier.

Le morcellement contractuel est très inquiétant. « Tout est possible », disait Sarkosy dans sa campagne. Nous étions prévenus.

Ne nous laissons pas abuser par les discours lénifiants qui jouent sur les mots et sur des notions apparemment généreuses de Santé Publique et de « bon sens ». Roselyne Bachelot semble croire à ce qu'elle dit. Mettons à son crédit son manque de philosophie politique et sa déformation commerciale.

Du contrat social des Lumières aux contrats individuels rémunérés, il y a là comme un glissement vertigineux, un malaise dans la civilisation.

Nous sommes en train de passer d'une Société de Droit Républicain (tous les hommes naissent égaux en dignité et en droit) à une société de contrats atomisés en proie au juridisme généralisé, alors même que l'autoritarisme s'exerce en haut lieu. L'Histoire nous montre que, derrière cet apparent paradoxe, il n'y a rien de contradictoire, il relève de la même logique sociétale. Une société totalitaire se fonde sur la raison du plus fort. La bureaucratisation envahissante, caractéristique des dictatures, s'accompagne inévitablement de petits

arrangements éclatés pour survivre, de l'exacerbation des individualismes et du narcissisme des petits territoires.

Devant cette évolution, l'AFPEP-SNPP se mobilise et s'engage. Elle diffuse ses messages et agit à tous les niveaux de son domaine. De ses actions syndicales et son soutien à la Convention Nationale à l'organisation de ses colloques et son implication dans tous les lieux de rencontre et de réflexion où peut se jouer l'évolution de sa discipline (Tutelles, Centrales syndicales, CASP, Fédération Française de Psychiatrie, Associations amies, ALFAPSY, WPA…), elle lutte pour la sauvegarde du tissu social dont la Psychiatrie est un lieu paradigmatique. La prise de conscience ne cesse de progresser, la résistance s'organise, nous avons même pu l'observer au niveau mondial au dernier congrès de la WPA.

Saluons ici les adhérents sans lesquels rien ne serait possible et tous ceux qui engagent leurs compétences et leur temps dans ce combat.

Olivier Schmitt
Niort

La convention, ou comment faire tenir un paradoxe

Yves Froger

À l'heure où j'écris ces lignes, il est impossible de savoir sur quoi débouchera la négociation conventionnelle en cours.

Le SNPP, du fait de son adhésion à la FMF, a été invité à participer à la négociation concernant les spécialités cliniques, ce qui me permet d'assister à ces séances interminables dont vous avez quelques échos dans la presse médicale.

Avant même de savoir ce qu'il en ressortira, il n'est pas inutile de planter le décor.

Cinq centrales participent à la négociation : CSMF, SML, Alliance, MG France, FMF qui invite aussi Espace Généraliste.

En face, l'UNCAM pilotée par son directeur, Frédéric Van Roekeghem et, pour les séances concernant le secteur optionnel, l'UNOCAM.

Premier point important : tous les partenaires sont conventionnistes.

L'UNCAM qui défend le pacte de solidarité et d'égalité des soins pour tous ne peut tenir ce projet que dans le cadre d'une convention nationale avec les médecins.

Les complémentaires qui, comme leur nom l'indique ont vocation à compléter le remboursement des honoraires, ont tout intérêt à ce que le socle de la prise en charge soit assuré par l'assurance-maladie et défini par la convention.

Les médecins, qui n'oubliant pas que la convention a fait prospérer la médecine libérale partagent le souci du maintien de soins de qualité pour tous.

Alors pourquoi tant de difficultés autour d'un projet commun ?

La convergence se limite probablement à l'énoncé du projet de convention.

Dès lors qu'il s'agit de choisir ce qu'il convient d'y mettre, les divergences apparaissent au grand jour, constituant autant d'écueils à la rédaction d'un texte.

Au nom du maintien de la solidarité sans majoration des prélèvements sociaux et obéissant à la commande politique - pas de dérapage des comptes publics -, l'UNCAM verrouille la tarification des actes et cherche à imposer la transparence au nom de la garantie de la qualité.

C'est l'idée que tous les soins ne sont pas de qualité et qu'il y a lieu d'en apporter la preuve (démarche EPP). Cette logique vient plomber le dialogue conventionnel en instaurant cette partition qualité - non-qualité que tout le monde s'empresse de dénoncer quand bien même elle est à la base du raisonnement.

Les complémentaires dans leur discours se gargarisent bien sûr de cette exigence de qualité pour élargir un propos à tonalité purement commerciale : acheter les soins le moins cher possible pour s'assurer de meilleurs bénéfices à la revente sous forme de primes d'assurance demandées aux adhérents.

Face à ces propos peu engageants, les médecins ont à cœur de revendiquer une tarification des actes à hauteur de la valeur réelle et actuelle et non pas le maintien des prix anciens qui n'ont pas évolué, le maintien de l'indépendance professionnelle et de l'autonomie dans la décision thérapeutique.

Quel texte pourrait rassembler des aspirations aussi divergentes ? Quelle est la force de chacun des partenaires ? Comment vont se nouer les alliances pour parvenir à un accord qui risque d'être très parcellaire ?

La CSMF et le SML ont avancé une première carte à propos du secteur optionnel en jugeant intéressantes les dernières propositions de l'UNCAM, là où la FMF et Alliance regrettent un texte extrêmement limitatif, quant à son champ d'application (praticiens de plateaux techniques lourds, chirurgiens, anesthésistes et gynécologues obstétriciens), quant aux conditions d'accès (les actuels praticiens de secteur II probablement peu tentés par l'aventure et tous les médecins de secteur I qui du fait de leur titre auraient pu choisir le secteur II) mais en laissant à l'écart les autres praticiens, issus du CES notamment, quant aux exigences demandées (démarche de qualité là où les autres ne le feraient pas !) et quant aux limitations des dépassements.

Cette négociation, fort loin de concerner les psychiatres, est emblématique de l'ambiance conventionnelle.

N’oublions pas la commande politique : limiter les compléments d’honoraires de secteur II. Là où il s’agirait d’inventer un nouveau cadre d’exercice unique et qui fasse référence, suffisamment fort pour s’imposer à tous, les signataires s’orientent vers un texte discriminant, insatisfaisant qui n’apportera rien de nouveau et laissera entier le problème des dépassements exorbitants, tout différent de la question des compléments d’honoraires permettant de réajuster l’acte à sa valeur tarifaire.

Les autres points en discussion dans cette négociation sont :

- le C à 23 ¤

- la proposition pour les généralistes du contrat individuel à la performance, axé sur les démarches de prévention mais où il apparaît que pour être bon médecin, il faudra avant tout avoir de « bons malades » tout à fait compliants, ce qui suffit à poser le problème inacceptable des conflits d’intérêt médecin-patients

- des mesures incitatives pour une meilleure répartition géographique des médecins, axe fort de la commande politique

- et la revalorisation des actes cliniques, seul point qui nous concerne pour le moment.

La discussion a été esquissée par le directeur, Frédéric Van Roekeghem qui pensait à nouveau s’appuyer sur le dispositif du parcours de soins pour valoriser la fonction de consultant expert qui a pourtant largement fait la preuve de son inapplicabilité en psychiatrie. La remarque lui en a été faite pour repositionner cette revalorisation dans le maintien d’une cotation unique pour tous les actes. Sera-ce possible ? Suite aux prochains épisodes, et bien sûr dans le respect de l’ONDAM qui va être fixé à 3,1 % dans la Loi de Finances de la Sécurité sociale qui doit être votée au Parlement avant la fin de l’année.

L’espace de la négociation est donc très serré. Là où il faudrait être inventif et abandonner des dogmes trop rigides, nous nous orientons vers une alliance politique, ministère, UNCAM, CSMF et SML pour faire passer un texte avant tout proche de la doctrine élyséenne relayée par Bercy.

Là où la FMF cherche à élaborer des propositions dans l’enceinte de la négociation conventionnelle et dans le cadre strict de celle-ci, véritable lieu de la représentation professionnelle, la CSMF et le SML font le pari d’accords en coulisse avec les forces politiques gouvernantes dans le but d’assouplir les mesures draconiennes nous concernant, mais sans espoir d’évolution favorable.

Ce grand respect de la procédure conventionnelle par la centrale que nous avons choisie, et son invitation à ce que nous participions à ce débat, nous confortent dans notre vote d’adhésion à la FMF lors de la dernière assemblée générale du SNPP.

Enfin, il me semble également que là où il est question d’être inventif pour élaborer un texte suffisamment souple pour relayer les aspirations des différents partenaires, nous pouvons rappeler que la proposition de la FMF du secteur unique à honoraires modulables reste la proposition la plus cohérente et la plus adaptée.

Yves Froger
Lorient

Lettre aux présidents des centrales syndicales

Olivier Schmitt

18 septembre 2008

Cher Président et Cher Collègue

Notre avenir professionnel est actuellement en cours d'élaboration dans ces deux textes : le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale et la loi "Hôpital, Santé, Patient et Territoire".

Des fuites, sans doute volontaires, dans la préparation de ces deux textes en disent long sur les intentions des technocrates des ministères au service d'élus politiques prêts à entériner ces orientations-là si nous réagissons en ordre dispersé. Ces effets d'annonce invraisemblables et leurs retraits partiels devant l'opinion publique nous préparent à accepter des mesures peut-être moins drastiques qui n'en sont pas moins des coups de canifs successifs mettant à mal l'essence même de notre pratique.

Nous assistons à une attaque sans précédent contre la pratique libérale dans un double mouvement d'étatisation et de verrouillage de l'exercice de notre métier dans toutes ses dimensions (choix thérapeutique, prescription, confidentialité, formation, etc..).

Pour exemple, ne retenons que quelques points :

- Cette manière de nous prendre en otages en « transformant le revenu des médecins libéraux en variable d'ajustement des comptes de la sécu et les pousser à maintenir leurs honoraires en rationnant les soins » comme le dit très justement Michel Chassang. Alors que dans le même temps on multiplie les exonérations de cotisations sociales dont la dernière en date concerne les primes de transport privant ainsi une fois de plus l'assurance-maladie de revenus.

- Les sanctions envisagées d'un éventuel refus de reporter dans le dossier médical personnel « les éléments issus de chaque acte ou consultation » au mépris du droit des patients à la confidentialité non partagée. (PLFSS)

- Les directeurs de caisse d'assurance-maladie érigés en « nouveaux juges de la déontologie médicale » comme s'insurge à juste titre l'Ordre des médecins.

- L'introduction de contrats individuels et d'une rémunération à l'intéressement dans le mépris de la vie conventionnelle en isolant les médecins dès lors vulnérables à toutes les pressions.

Ces textes nous sollicitent à deux niveaux, idéologique d'une part et en termes de rapport de forces d'autre part.

Nous ne pouvons pas nous contenter de préserver le Secteur 2 et négocier le secteur optionnel, qui s'annonce déjà très limité et très encadré, même s'ils sont tous deux emblématiques d'une pratique libérale.

Nous ne pouvons pas nous contenter de l'installation d'une codification de la consultation complexe (C2), que l'on peut craindre elle aussi très limitée et très encadrée, comme succédané d'une CCAM dont la mise en place, toujours retardée, risque de ne jamais voir le jour.

Mettre médiatiquement en avant des intérêts particuliers et des petites soumissions nous affaiblit considérablement et fait le jeu du dénigrement orchestré de la profession.

Face à une offensive d'une telle ampleur, l'unité des médecins libéraux nous paraît un préalable indispensable. Il est trop aisé pour nos adversaires de s'engouffrer dans nos lignes de partage, misant sans aucun doute sur elles pour asseoir leurs positions.

Pourtant, des points fondamentaux rassemblent les médecins libéraux et au-delà :

- L'éthique et l'indépendance professionnelle.
- La déontologie et la juridiction adaptée qui s'y rattache.
- L'attachement au système conventionnel et au paiement à l'acte.

Nous ne savons pas encore quelles devront être la nature et l'ampleur de nos réactions, mais ne pouvons-nous pas déjà mettre au grand jour les bases de notre unité.

Vos fonctions à la tête de centrales syndicales au rôle prépondérant vous donnent ce pouvoir dans l'intérêt de tous les médecins libéraux. Il y va de votre responsabilité historique de faire au minimum cause commune en ce qui concerne nos fondamentaux, garants d'une médecine humaniste.

Il s'agit de montrer haut et clair l'unité du corps médical devant des valeurs intangibles :

- Dans le soutien unanime au Conseil de l'Ordre dans sa fonction juridictionnelle garante de la déontologie.
- Dans le refus du transfert de responsabilité sur les médecins de l'incurie politique.

L'unité de la profession est peut-être notre seule force, mais elle est loin d'être négligeable en cours de négociation. Cette unité existe, montrons-la ! L'effet médiatique sera sans précédent.

Nous ne prétendons pas vous apprendre quoi que ce soit. Tout ce que nous rappelons vous le connaissez autant que nous. Mais à l'aune de ces circonstances exceptionnelles, nous vous demandons simplement de mettre de côté les vieilles ou moins vieilles divergences pour réagir d'une seule voix.

Que cela prenne la forme de déclaration solennelle commune sous forme de communiqué de presse voire d'une réunion pour l'élaboration d'une charte, peu importe. L'heure est à l'unité de notre message.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à cette requête, nous vous adressons nos salutations amicales les meilleures.

Syndicalement vôtre,

Dr Olivier SCHMITT
Président du SNPP

A propos du titre de psychothérapeute

Yves Froger

Si la loi régissant l'usage du titre de psychothérapeute a été votée il y a plusieurs années maintenant, elle reste néanmoins inapplicable en l'absence d'un décret d'application précisant la formation des postulants à ce titre.

L'AFPEP a combattu avec vigueur ce texte dans les premiers moments de sa construction en 2000.

Au début de l'été, après plusieurs auditions auxquelles nous avons participé, le Ministère a fait circuler un projet de rédaction de ce décret manquant qui a une nouvelle fois suscité une vive protestation des professionnels les plus impliqués et les plus concernés, si le texte avait dû paraître en l'état.

Nous nous sommes associés à cette protestation, comme à chaque étape malheureuse de ce projet.

Vous trouverez ci-après le communiqué de presse que nous avons diffusé :

Yves Froger
Lorient

Communiqué de presse du 10 juillet 2008

L'AFPEP-SNPP a participé à une réflexion commune avec les principales organisations professionnelles représentatives des psychiatres sur l'article 52 de la Loi du 9 août 2004 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute ; elle a été reçue plusieurs fois au Ministère avec ces organisations pour énoncer les craintes et les attentes de la profession concernant le décret d'application de cet article 52.

Le risque était grand, en effet, de voir la psychothérapie perdre tout son sens et d'être ravalée au rang d'une simple technique, voire d'un bien de consommation, dont tout un chacun pourrait revendiquer la compétence moyennant une formation ultra-minimale.

C’est hélas ce à quoi il faut s’attendre si l’on en croit les projets diffusés récemment. Il semble que le Ministère a refusé les arguments des professionnels pourtant les mieux à même de définir ce qu’est et ce que n’est pas la psychothérapie.

L’AFPEP-S.N.P.P. s’est donné comme ligne de conduite de maintenir la pratique psychothérapique dans toutes ses dimensions et à sa juste valeur. Cette pratique, qui nécessite une formation bien plus approfondie que ne le prévoit ce projet décret, se trouve donc gravement mise en danger par un texte qui apparaît comme une porte ouverte à l’installation de psychothérapeutes au rabais forts d’une patente officielle. Est-ce bien l’esprit des initiateurs de l’article 52 de la loi du 9 août 2004 qui voulaient lutter contre les dérives sectaires ?

L’AFPEP-S.N.P.P. se joint à toutes les organisations professionnelles représentatives qui demandent sa réécriture. Ce décret d’application de l’article 52 doit tenir compte des prérequis bien plus solides, déjà maintes fois énoncés et indispensables aux praticiens qui ont la charge délicate de recevoir des patients en souffrance psychique.

Communiqué de presse du 10 juillet 2008

L’AFPEP-SNPP a participé à une réflexion commune avec les principales organisations professionnelles représentatives des psychiatres sur l’article 52 de la Loi du 9 août 2004 relatif à l’usage du titre de psychothérapeute ; elle a été reçue plusieurs fois au Ministère avec ces organisations pour énoncer les craintes et les attentes de la profession concernant le décret d’application de cet article 52.

Le risque était grand, en effet, de voir la psychothérapie perdre tout son sens et d'être ravalée au rang d'une simple technique, voire d'un bien de consommation, dont tout un chacun pourrait revendiquer la compétence moyennant une formation ultra-minimale.

C’est hélas ce à quoi il faut s’attendre si l’on en croit les projets diffusés récemment. Il semble que le Ministère a refusé les arguments des professionnels pourtant les mieux à même de définir ce qu’est et ce que n’est pas la psychothérapie.

L’AFPEP-S.N.P.P. s’est donné comme ligne de conduite de maintenir la pratique psychothérapique dans toutes ses dimensions et à sa juste valeur. Cette pratique, qui nécessite une formation bien plus approfondie que ne le prévoit ce projet décret, se trouve donc gravement mise en danger par un texte qui apparaît comme une porte ouverte à l’installation de psychothérapeutes au rabais forts d’une patente officielle. Est-ce bien l’esprit des initiateurs de l’article 52 de la loi du 9 août 2004 qui voulaient lutter contre les dérives sectaires ?

L’AFPEP-S.N.P.P. se joint à toutes les organisations professionnelles représentatives qui demandent sa réécriture. Ce décret d’application de l’article 52 doit tenir compte des prérequis bien plus solides, déjà maintes fois énoncés et indispensables aux praticiens qui ont la charge délicate de recevoir des patients en souffrance psychique.

Psychiatrie privée et organisation des soins

Yves Froger, Jean-Jacques Laboutière

La Psychiatrie et la Santé mentale constituent un volet important des projets de restructuration de l'organisation des soins qui sont envisagés avec la prochaine Loi Santé-Patients-Territoire et l'avènement programmé des Agences Régionales de Santé,

Dans cette perspective, l'implication des psychiatres privés dans le dispositif de soins, la spécificité de leur mission et les limites de leur champ d'intervention doivent être précisées, et ceci d'autant plus que, en Psychiatrie, les offres de soins privée et publique ne sont pas en concurrence mais s'articulent depuis toujours dans une volonté de complémentarité.

L'élaboration du SROS III avait déjà introduit une réflexion démographique nouvelle en distinguant des données statiques, l'implantation des populations, et des données dynamiques concernant les différents trajets effectués par les habitants. La nouvelle législation en préparation peut faire socle au remaniement considérable de la notion d'accessibilité des soins au sein d'un territoire dont la définition doit tenir compte des compétences et du temps.

Cette nouvelle approche est en adéquation avec les modes de vie contemporains et permet d'ores et déjà de mieux rendre compte du développement de l'activité des psychiatres libéraux observé ces vingt dernières années. Il nous paraît, en effet, évident que l'offre de soins des psychiatres libéraux a tout naturellement accompagné ces nouveaux modes de vie, les psychiatres ayant en quelque sorte, anticipé cette redéfinition de la notion d'accessibilité.

A - TROIS NIVEAUX DE PROXIMITÉ SONT OBSERVABLES :

- Le premier est celui de la proximité du domicile. Il ne concerne pas l'exercice libéral de la psychiatrie quand bien même la proximité géographique peut apparaître comme un facteur facilitant. Ce serait, néanmoins, une erreur d'en faire un déterminant de la pratique.

- Le deuxième niveau est celui du bassin d'emploi. Il constitue le territoire du « vécu de base », polarisé par la ville. Ce niveau de proximité correspond au champ d'action des psychiatres libéraux. C'est, en effet, bien plus dans cet espace que se repère la demande de soins des patients désireux d'obtenir un rendez-vous, avant, après les heures de travail ou éventuellement lors de l'interruption du midi. Cet espace englobe les trajets pouvant être effectués dans la demi-journée et qui correspondent non seulement au travail mais encore à une multitude d'activités. Il garantit en outre aux patients un minimum de confidentialité. Il exige des psychiatres libéraux de la disponibilité et des capacités d'adaptation aux contraintes horaires des patients. On inclut aussi dans cet espace les lieux d'hospitalisation privée nécessaires à l'accueil des patients lorsque les soins ambulatoires s'avèrent insuffisants ou inopérants. Ce niveau est aussi celui de la continuité des soins - davantage que de la permanence des soins au sens strict du terme qui relève plus en psychiatrie des structures publiques intervenant au 1er niveau de proximité. Nous reviendrons plus loin sur cette différence entre continuité et permanence des soins.

- Le troisième niveau de proximité constitue un espace plus large, très au delà de la région, dans lequel prennent place les cliniques privées proposant des soins très spécifiques, notamment ceux reposant sur la psychothérapie institutionnelle, et qui restent très rares en France. Ce niveau est aussi celui des exigences particulières de confidentialité qui peuvent imposer un éloignement géographique.

B - PERMANENCE DES SOINS, CONTINUITÉ DES SOINS

Le fait que l'exercice libéral de la psychiatrie se situe électivement dans le deuxième niveau de proximité impose de préciser les notions de permanence des soins, de continuité des soins et d'accueil d'urgence qui sont trop souvent amalgamées.

La permanence des soins englobe en fait les deux autres. Il s'agit tout aussi bien de garantir la continuité des soins pour un même patient que de garantir des possibilités d'accueil d'urgence pour différents patients.

Cependant, cet accueil d'urgence n'est pas du même ordre selon le niveau de proximité. Pour le niveau 1, il s'agira de l'intervention du médecin généraliste de garde et du recours éventuel à une hospitalisation. Pour le niveau 2, il s'agira d'une demande de consultation pour un avis spécialisé, celui-ci devant intervenir dans un délai assez bref selon l'état du patient : dans la journée, dans la semaine, à la rigueur dans la quinzaine. Dans ce cadre, les psychiatres libéraux sont fréquemment sollicités par leurs collègues généralistes et incluent des consultations non programmées dans leur planning. Pour le niveau 3 la notion d'accueil d'urgence s'efface puisqu'il ne s'agit ici que de soins programmés.

La continuité des soins pour un même patient est en revanche d'un autre ordre. Elle est au cœur de la pratique des psychiatres libéraux, tant les soins psychiatriques s'inscrivent dans la durée.

Continuité des soins signifie d'une part disponibilité pour programmer des rendez-vous réguliers et suffisamment rapprochés, d'autre part possibilité de proposer des rendez-vous en urgence intercurrents selon l'évolution des patients qui demeure souvent totalement imprévisible.

La continuité des soins repose donc avant tout sur une disponibilité à moyen terme (24, 48, 72 heures plutôt qu'une heure) et nécessite des capacités d'adaptation et de souplesse dans l'emploi du temps, ce qui se traduit le plus souvent par le rajout de consultations tardives.

La continuité des soins signifie aussi la possibilité de répondre au téléphone pour apporter des réponses immédiates parfois suffisantes (ajustement de la posologie d'un traitement, évaluation de l'état clinique du patient). Cette facilité de joindre personnellement le psychiatre au téléphone est un élément important de l'exercice de la psychiatrie libérale.

Ces précisions sur ce qui constitue la continuité des soins permettent de mieux comprendre comment et pourquoi elle relève électivement d'une pratique libérale de niveau 2. Elle est différente mais complémentaire de celle du service public.

C - ACCUEIL ET URGENCES, CONSULTATION ET SOIN

Spécificité de la pratique libérale, complémentarité avec le service public

Les cabinets de psychiatres libéraux sont actuellement saturés et ne peuvent que très difficilement prendre en charge de nouveaux patients. Les raisons de cette saturation sont indéniablement mal comprises par les tutelles. Cette incompréhension faisant à son tour suspecter l'adéquation des patients au dispositif de soins, il importe de clarifier les notions de « consultation » et de « traitement » en psychiatrie afin d'avancer dans le travail d'articulation des psychiatres libéraux avec les autres acteurs du système de soins.

Cette saturation altère également l'accueil des patients, au risque de les décourager de rechercher les réponses thérapeutiques exigées par leur état. Cette notion d'accueil ne doit donc pas être sous- estimée mais, en dépit des apparences, sa qualité est en réalité moins dramatique que les apparences ne peuvent le laisser penser.

Accueil des patients

Le terme d'accueil recouvre ici la première réponse faite au patient au moment où il exprime sa demande de soins, avant même toute considération diagnostique de son état de santé. Ce temps de prise de contact avec le praticien est capital dans la mesure où il détermine très largement l'engagement ultérieur du patient dans les

soins qui peuvent lui être nécessaires.

Depuis de nombreuses années, les revenus des psychiatres libéraux stagnent tout en bas de l'échelle des revenus médicaux de sorte que, à de rares exceptions près, cette insuffisance de revenus ne leur permet pas de salarier une secrétaire assurant la prise de rendez-vous, même dans le cas de cabinets de groupe. Ce sont donc généralement les praticiens eux-mêmes qui gèrent l'accueil téléphonique.

Par ailleurs, la demande de soins est telle que les appels téléphoniques interrompent en moyenne deux ou trois fois chaque consultation, au détriment du patient auquel la consultation est consacrée. C'est pour cette raison que la majorité des psychiatres libéraux travaillent en laissant leur ligne téléphonique constamment connectée à un répondeur et rappellent eux-mêmes les patients entre les consultations ou bien en fin de journée.

En terme de qualité d'accueil, une telle organisation peut sembler extrêmement insuffisante. Elle n'est effectivement pas sans risque, notamment du fait que certains patients confrontés à un répondeur téléphonique sont déconcertés et raccrochent sans indiquer leurs coordonnées.

Cependant, en dépit des apparences, ce mode d'accueil est probablement beaucoup plus adéquat que ne le serait un accueil téléphonique assuré par une secrétaire chargée de la prise de rendez-vous, et ceci pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, il faut partir du constat que l'agenda est de toutes manières déjà plein, et cela pour une durée de trois mois en moyenne. Une secrétaire ne pourrait donner un rendez-vous que sur la base des disponibilités de l'agenda, donc toujours dans un délai très long. En revanche, lorsque le praticien tient lui-même son agenda, il peut décider d'ajouter une consultation à sa journée de travail si cela lui paraît impératif, voire retarder la consultation d'un patient pour lequel il pense cela supportable afin d'en faire bénéficier un autre patient. Cet accueil téléphonique assuré par le psychiatre lui-même permet donc une certaine souplesse.

D'autre part, en rappelant lui-même le patient, le psychiatre est en mesure de réaliser une évaluation sommaire de la demande de soins et de son degré d'urgence, ce qu'une secrétaire ne pourrait pas faire car, quand bien même elle aurait bénéficié d'un minimum de formation à cet égard, elle ne pourrait évidemment pas en assumer la responsabilité médico-légale. Aussi rudimentaire qu'il puisse paraître, ce système d'accueil téléphonique intègre donc une véritable dimension de régulation des soins, assurée de fait par le praticien libéral sans aucun surcoût pour la collectivité.

Urgences

Certes, l'on pourra objecter que cette manière de faire ne permet absolument pas de répondre à l'urgence. Il doit toutefois être rappelé ici que les urgences psychiatriques correspondent à des situations précises et bien codifiées qui ne doivent pas être confondues avec l'impatience des patients d'obtenir un rendez-vous. Il s'agit des psychoses aiguës (état maniaque, état mélancolique, bouffée délirante aiguë, confusion mentale), des crises suicidaires et des crises d'angoisse paroxystiques.

En ce qui concerne les psychoses aiguës, la sécurité du patient suppose une hospitalisation aussi rapide que possible. Cette hospitalisation peut être décidée par un omnipraticien et le recours au psychiatre n'est donc pas indispensable à la prise en charge initiale de l'urgence.

Dans les deux autres cas en revanche, crise suicidaire et angoisse paroxystique, l'accès rapide à un psychiatre est incontestablement nécessaire. Toutefois la réponse immédiate peut être valablement apportée par un infirmier bien formé à la santé mentale dans le cadre d'un CMP ou d'un service de porte hospitalier, que le patient s'y présente spontanément ou après avoir consulté un omnipraticien, et le psychiatre peut n'intervenir que dans les heures qui suivent.

Dans le cadre de l'organisation actuelle des soins, il n'y a donc pas lieu de remettre en cause les modalités d'accueil des psychiatres libéraux. L'urgence psychiatrique est valablement prise en charge sans eux grâce

aux interventions conjointes des médecins généralistes, des infirmiers de CMP et des services de porte hospitaliers. En contrepartie, les psychiatres libéraux offrent à la collectivité un service de régulation de la demande de soins qui, bien qu'il ne soit généralement pas repéré puisqu'il n'est pas rémunéré, présente les meilleures garanties de qualité puisqu'il repose sur les psychiatres eux-mêmes et non pas sur d'autres intervenants moins qualifiés.

Consultation et traitement

Dans l'organisation générale du système de soins, le terme de consultation renvoie le plus souvent à l'avis diagnostique et thérapeutique que le médecin généraliste peut demander à un spécialiste. Après avoir examiné le patient, le médecin consultant communique son avis au médecin traitant qui mettra en œuvre et surveillera le traitement en s'appuyant sur cet avis. Cette distinction entre consultation et conduite du traitement légitime la distinction entre une médecine générale de première ligne et une médecine spécialisée de second recours.

Cette distinction n'est cependant pas pertinente en psychiatrie pour plusieurs raisons qu'il importe de clarifier.

Tout d'abord, du fait des particularités du diagnostic en psychiatrie qui présente cinq caractéristiques essentielles :

- Le diagnostic différentiel est bien plus important pour décider de la prise en charge que le diagnostic positif ; il demande souvent plusieurs consultations pour être posé.

- Ce diagnostic doit se faire à un double niveau : d'une part au niveau syndromique (par exemple état dépressif, délire paranoïde, trouble anxieux, etc.) et d'autre part au niveau de la structure de la personnalité (structure névrotique ou psychotique de la personnalité, troubles de la personnalité, etc.).

- L'émergence complète des manifestations cliniques nécessaires à l'élaboration du diagnostic suppose préalablement la mise en place d'une relation avec le patient qui soit déjà thérapeutique. En effet, les signes cliniques ne se dévoileront pas si le patient ne ressent pas au moins déjà un soulagement de la rencontre avec le praticien, ce qui signale la mobilisation d'une dynamique psychique inconsciente dans laquelle le praticien doit rapidement se repérer.

- L'élaboration du diagnostic et la mise en œuvre du traitement intègrent des hypothèses du fonctionnement psychique elles-mêmes fondées sur une pluralité de modèles théoriques dont aucun ne rend complètement compte de l'ensemble du fonctionnement psychique. Le psychiatre doit donc opérer des arbitrages parmi ces modèles en fonction de sa formation, ses références théoriques propres et l'adéquation au cas particulier du patient.

- Le diagnostic est toujours dynamique, les effets thérapeutiques de la relation soignante pouvant amener le psychiatre à le remettre en cause à tout moment.

C'est pour rendre compte de la complexité de cette intrication particulière des temps du diagnostic et du traitement que les psychiatres préfèrent le terme globalisant de « clinique » pour désigner leur démarche diagnostique, voulant signifier ainsi que cette démarche ne se réduit pas à la maîtrise d'une séméiologie aussi fouillée soit elle comme c'est généralement le cas en médecine somatique mais intègre des aspects psychodynamiques.

De même, le traitement psychiatrique se décrit dans plusieurs dimensions qui doivent constamment être articulées entre elles en dépit de leur hétérogénéité pour être efficaces :

- Une dimension relationnelle, constamment à l'œuvre et la plus déterminante, pour mobiliser les fonctionnements psychiques du patient.

- Une dimension historique, sociale et culturelle, le psychiatre devant tenir compte au cas par cas du contexte singulier dans lequel s'inscrit l'histoire de chacun de ses patients, afin d'ajuster sa position aux représentations psychiques du patient sans polluer ce dernier de ses propres représentations du trouble psychique.

- Une dimension psychopharmacologique parfaitement maîtrisée afin de permettre en cas de besoin le recours au médicament sans figer pour autant la dynamique psychique du patient.

Généralement appelée psychothérapique par la communauté professionnelle, la dimension relationnelle du traitement en constitue le socle. Les récents débats à propos de la réglementation des techniques psychothérapiques – improprement désignées du terme de « psychothérapies » – ont apporté de notables confusions sur cette notion, la plus pernicieuse étant de laisser croire que ces techniques pourraient sans aucun risque pour les patients être mises en œuvre de manière isolée, alors qu'elles ne peuvent valablement s'intégrer que comme des supports de pratique dans la démarche globale, à la fois diagnostique et thérapeutique, que nous venons de décrire.

Le respect de la qualité des soins suppose que ces particularités du diagnostic et du traitement psychiatriques soient respectées dans l'organisation du système de soins. En effet, quelle que soit la nature de la pathologie en cause, quel que soit le cadre des soins, l'articulation permanente entre ces différentes dimensions doit pouvoir être respectée.

Quand l'état du patient impose de recourir à une hospitalisation, la multiplication des intervenants (psychiatres, psychologues, infirmiers et travailleurs sociaux) impose donc un travail collectif de réflexion afin de soutenir l'efficacité des soins sous la responsabilité du psychiatre qui demeure garant de leur adéquation à l'état du patient. La pénurie de personnel rend d'ailleurs ces temps de travail en commun de plus en plus difficiles à mettre en œuvre, ce que dénoncent régulièrement les organisations représentatives des infirmiers.

A l'inverse, les prises en charge réalisées par les psychiatres libéraux, si elles ont l'inconvénient de restreindre les indications aux patients dont l'état de santé n'impose pas d'hospitalisation, permettent l'économie de ce travail d'articulation, cette dernière étant garantie par le fait qu'il est le seul intervenant dans la prise en charge.

Cette économie de moyen a des effet très mesurables puisque 6000 psychiatres libéraux prennent en charge à eux seuls autant de patients que les 6000 psychiatres publics assistés de leurs équipes soignantes. Cela repose sur le fait que les psychiatres libéraux peuvent consacrer l'essentiel de leur temps aux patients alors que les psychiatres publics doivent constamment partager le leur entre les patients et le travail de ré-articulation des différentes dimensions du soin auprès de leurs équipes soignantes.

Une compréhension claire des procédures diagnostiques et thérapeutiques en psychiatrie permet aussi de comprendre pourquoi la question des transferts de compétence ne va pas sans poser de nombreux problèmes en psychiatrie.

En médecine somatique, une organisation tayloriste du travail peut à la rigueur se concevoir : le traitement peut être divisé en une séquence d'actes prédéfinis et bien codifiés, permettant que certains d'entre eux soient confiés à des professionnels ayant reçu une formation adéquate, ce qui permet d'économiser le temps des professionnels les plus qualifiés tels que les médecins.

En revanche, ce modèle ne peut être appliqué à la psychiatrie puisqu'il serait contre-productif. En effet, toute répartition des tâches entre différents intervenants imposant au contraire une augmentation du temps de travail du psychiatre puisque ce dernier doit consacrer une partie de son temps à l'indispensable travail de réarticulation des différentes dimensions de la prise en charge avec tous les autres intervenants pour soutenir l'efficacité des soins. A l'inverse des schémas de soins en M.C.O., la division des tâches consomme du temps de psychiatre au lieu d'en épargner. Cette division des tâches devrait donc être utilisée de manière aussi parcimonieuse que possible, et réservée aux patients nécessitant des prises en charge institutionnelles, que ce soit en hospitalisation à temps-plein ou à temps partiel, ainsi que dans le secteur médico-social.

L'utilité sociale des psychiatres libéraux paraît dès lors beaucoup plus évidente : leur formation leur permettant de prendre en charge un patient dans toutes les dimensions nécessaires à l'efficacité du traitement tant que l'état du patient n'impose pas de recourir à l'hospitalisation, cette modalité de prise en charge constitue sans doute la plus économique pour les patients qui en bénéficient.

Dr Jean-Jacques LABOUTIERE
Psychiatre – Mâcon – Président d'honneur de l'AFPEP – SNPP
Dr Yves FROGER
Psychiatre – Lorient – Secrétaire Général de l'AFPEP – SNPP

Psychiatrie en cabinet de ville et maladie mentale

Olivier Schmitt

À part nos patients, et nous-mêmes, qui peut vraiment savoir ce qui se passe dans le secret de nos cabinets ? Ce que l'on ne connaît pas laisse bien souvent la porte ouverte à l'imaginaire ou bien encore est ignoré dans sa réalité. Or, nous recevons dans le secteur privé autant de malades en grande souffrance que ceux qui sont suivis par les services pluridisciplinaires publics (file active équivalente). Certes, ce ne sont pas les mêmes, ou en tout cas pas aux mêmes moments de leur évolution. Ce sont bien souvent des patients qui, par leur personnalité, leur histoire, leur fragilité voire la gravité de leur pathologie, ne sont pas prêts, ou pas à même de pouvoir supporter la prise en charge du soin par des intervenants multiples ni de se confronter à la pathologie des autres malades.

Les psychiatres de cabinet libéral ne soignent pas indûment des souffrances existentielles "normales" ; dire cela serait un véritable déni de la maladie mentale et de ses processus. Dire encore que la consultation d'un psychiatre de ville n'est justifiée que lorsqu'il y a nécessité de prescription médicamenteuse ou besoin d'un avis d'expert serait, sans aucun doute, le fait de ceux qui n'ont pas l'expérience de cette pratique.

Dans la très grande majorité des cas, les malades que nous recevons présentent une souffrance psychique signant une faille dans la structuration de la personnalité, sans qu'il s'agisse forcément de psychose. Ces failles sont parfois sans grande conséquence immédiate sur la vie professionnelle et familiale mais comportent un risque important de décompensation. Ne faudrait-il soigner que lorsqu'il est trop tard alors même que, bien avant, la demande de l'intéressé se manifeste ? Dans ces cas, une hospitalisation n'a souvent pas lieu d'être, est inutile voire contre-productive. Ces personnes n'ont pas toujours besoin de recevoir un traitement chimiothérapique, cette intervention cependant possible est à évaluer à chaque consultation. L'approche psychothérapique spécialisée permet d'éviter bien souvent ces décompensations dramatiques et,

même si cette faille n'est pas toujours réparable, au moins peut-on permettre à ces patients de réaménager à terme des systèmes de défense plus efficaces et moins coûteux psychiquement pour eux et pour leur entourage. Négliger ce coût psychique se paye tôt ou tard par de grandes souffrances sociales et par des coûts économiques désastreux.

Encore faut-il que ceux qui les soignent aient une formation et une expérience approfondies en médecine et en psychopathologie et qu'ils soient en nombre suffisant pour prendre en charge ces malades souvent exclus des statistiques puisque les effets d'une prévention primaire ne sont pas mesurables, donc pas évalués.

Certes, l'intensité d'un symptôme ou d'un syndrome peut toujours s'évaluer, en admettant toutefois que cette mesure est le plus souvent subjective, mais cela ne nous renseigne pas ou si peu sur son origine, sur les processus psychiques sous-jacents. Or, ce sont justement ces processus qui vont nous renseigner sur la stratégie thérapeutique à mettre en place. Nous recevons des états dépressifs légers dans le cas de processus psychopathologiques graves comme nous recevons des états dépressifs impressionnants par leur intensité dans le cadre de processus psychopathologiques bénins.

Parmi les nombreux processus pathologiques à l'origine d'une perte de santé mentale, les psychiatres privés reçoivent donc des malades aux tableaux cliniques très divers. L'accès aux soins de ces personnes exige des conditions de travail particulières. L'exercice libéral offre le cadre nécessaire à un opératoire spécifique indispensable à notre action thérapeutique, préventive et complémentaire des services hospitaliers.

- Il s'agit de la liberté de choix et d'accès au psychiatre qui doit pouvoir se faire à l'insu des autres intervenants. Sans cette liberté, nombre de nos patients ne viendraient pas nous voir, ou trop tard.

- Il s'agit de l'unicité forfaitaire de notre acte et de son paiement qui évite toute suspicion de tri des pathologies suivies et laisse la place à l'inventivité indispensable à notre efficacité en évitant des protocoles réducteurs qu'induirait une nomenclature éclatée.

- Il s'agit de la confidentialité non partagée indispensable à la liberté de parole des patients. Ce n'est d'ailleurs pas sans irriter parfois nos confrères.

La recherche de transparence est compréhensible dans une organisation rationnelle des soins, mais elle a ses limites car elle doit respecter le ressort même de notre efficience. Nous voyons là l'importance de la spécificité inhérente à la psychiatrie.

Par ailleurs, il nous paraît indispensable que la fonction d'expert, que nous ne réfutons pas, soit assumée par des praticiens aguerris à la confrontation permanente à la psychopathologie générale et à ses traitements. C'est pourquoi, dans un souci éthique, la plupart d'entre nous ne veulent pas se limiter à cette activité.

En France, les conditions exceptionnelles des soins en psychiatrie libérale ont été possibles avec développement de la protection sociale qui a solvabilisé les patients quels que soient leurs revenus. La pertinence de ce secteur d'activité en termes d'efficacité et de complémentarité explique le choix, pour la moitié des psychiatres français, de s'orienter vers l'exercice libéral à temps complet ou partiel, malgré la relativement faible attractivité financière de ce type de pratique.

Enfin, les atteintes à la fonctionnalité de la psychiatrie publique nous touchent par ricochets mettant parfois à mal la souplesse de notre complémentarité.

Nous travaillons au sein de nos associations scientifiques à maintenir la recherche clinique et psychodynamique, tant au niveau national qu'international. Nous pouvons observer, même aux États-Unis, un mouvement de résistance aux simplifications abusives. Aussi, nous comptons sur les responsables politiques français pour soutenir notre pratique et permettre à la psychiatrie de rester une discipline à la recherche permanente de plus d'humanité et d'efficacité. Cette attention à la personne ne peut être que bénéfique, tant en termes de santé publique qu'en termes d'économie.

Dr Olivier SCHMITT
Psychiatre — Niort — Président de l'AFPEP-SNPP

Le secteur psychiatrique privé dans le dispositif hospitalier français

Hervé Granier

Les principes

La France dispose d'un système hospitalier original, quasi unique au sein de la communauté européenne. Cette originalité repose sur la présence d'un secteur privé, complémentaire du secteur public, pris en charge par l'Assurance Maladie, et donc accessible à tous les patients quels que soient leurs revenus. Le pluralisme, la qualité et l'accessibilité des prestataires de soins hospitaliers financés par la solidarité nationale sont les composantes majeures d'un système de santé dont la qualité est unanimement reconnue par l'ensemble des instances internationales.

Les acteurs en présence

L'offre de soins publique couvre l'ensemble du territoire et repose sur la sectorisation psychiatrique, norme française d'accessibilité et de continuité des soins. Chaque secteur dispose d'une capacité d'hospitalisation à temps complet assurée par les grands hôpitaux psychiatriques publics, et une gamme de soins ambulatoires diversifiés, (CMP, CATTP et hôpitaux de jour). Ce secteur a une capacité de 60 000 lits d'hospitalisation à temps complet et de 25 000 places à temps partiel. Il emploie 6 000 psychiatres salariés.

L'offre de soins privée est constituée par 156 établissements, dont 13 cliniques de soins de suite et de réadaptation. Ce secteur représente 12 000 lits et emploie 1 000 psychiatres et médecins généralistes libéraux. Il existe de fortes disparités régionales d'implantation.

Ces établissements privés travaillent en collaboration avec les cabinets médicaux des médecins généralistes et des 6 000 psychiatres libéraux qui constituent les soins ambulatoires privés.

En vingt ans, l'activité de ces deux secteurs a profondément évolué sous la pression conjuguée de plusieurs facteurs, notamment :

- La « désinstitutionnalisation », c'est-à-dire la diminution massive des lits du secteur public, incapable à l'heure actuelle d'assumer pleinement ses missions de service public.

- La forte croissance et la destigmatisation des pathologies mentales, mieux identifiées et mieux prises en compte en terme de santé publique.

- L'augmentation exponentielle des demandes de soins et du niveau d'exigence des patients en matière de prise en charge.

- Enfin, l'évolution considérable des pratiques professionnelles en psychiatrie.

Aujourd'hui, la collaboration entre ces deux secteurs est aussi indispensable qu'indiscutable et quelques chiffres suffisent à démontrer le rôle essentiel de l'hospitalisation privée dans l'offre de soin globale et sa véritable mission de service public.

Avec 20 % de la capacité hospitalière nationale, le secteur privé accueille et soigne, chaque année, 140 000 patients en hospitalisation complète, contre 300 000 patients dans le secteur public, ce qui représente plus de 30 % du total des hospitalisations. Dans certaines régions, le secteur privé représente plus de 50 % des hospitalisations et pour certaines pathologies, comme la dépression, par exemple, 70 % des hospitalisations nationales.

Enfin, la file active du secteur privé ambulatoire, qui prend en charge deux millions de patients par an est le double de celle du secteur public.

Les caractéristiques de l'offre de soins privée.

D'une façon générale, la complémentarité du secteur privé se caractérise par plusieurs atouts spécifiques à ce secteur qu'il convient de souligner car ils garantissent aux patients

- La liberté de choix de leur établissement de soins et de leur psychiatre. Ce principe fondamental, inscrit dans le code français de santé publique, revêt bien sûr une importance à la fois thérapeutique et éthique. Les patients suivis par le secteur public dépendent des structures de soins attachées à leur secteur géographique et ne peuvent malheureusement pas choisir leur établissement et leur équipe de soins.

- La possibilité d'être accueillis quelles que soient leur pathologie et leur condition sociale dans des établissements à taille humaine (de 80 à 100 lits en moyenne), prodiguant des soins personnalisés. La seule exception concerne les patients hospitalisés dans le cadre de mesures de contrainte légale qui relèvent exclusivement de l'hôpital public. Les anciennes mais tenaces représentations sociales "le secteur privé pour les riches, le secteur public pour les pauvres" ou "les pathologies légères pour le privé et les pathologies lourdes pour le public" n'ont plus de sens en France, mais semblent encore conserver leur noyau dur dans certaines instances tutélaires.

- L'assurance de recevoir des soins de qualité qui peuvent s'inscrire dans la durée et la continuité d'un véritable parcours de soins (intra et extra-hospitalier). C'est d'ailleurs en s'inspirant du secteur privé que les pouvoirs publics se sont engagés dans une démarche d'évaluation constante de la qualité nécessaire à la certification des établissements de santé.

- Enfin, le maintien d'une liberté et d'une grande diversité des projets thérapeutiques élaborés, dans chaque institution, par des praticiens libéraux soucieux de leur indépendance professionnelle. Cette « psy diversité » française est le fruit d'une grande tradition clinique, psychanalytique et philosophique, réfractaire aux univers de soin trop standardisés, quantifiés et

surveillés, plus proche de l’utilitarisme anglo-saxon.

Dans des domaines plus précis, à présent, le secteur privé collabore étroitement avec les services d’urgence des hôpitaux publics, pour l’orientation et les prises en charge secondaires des patients. Les cliniques privées n'ont pas vocation d'avoir des services d'urgence qui nécessitent des moyens spécifiques et coûteux (unité de soins dévouée, personnel important, moyens juridiques). Elles mettent par contre tout en œuvre pour accueillir le plus rapidement possible les patients toujours en état de crise ou de décompensation lorsqu'ils nécessitent une admission.

Il offre, aussi, une véritable alternative et des compétences reconnues :

- Sur des lignes de soins particulières, comme les nouvelles pathologies (troubles des conduites alimentaires, troubles anxieux) les psychoses chroniques et les conduites addictives (alcool, toxicomanies).

- Sur la prise en charge spécialisée de populations particulières :

- services réservés aux adolescents.

- secteurs de gérontopsychiatrie.

Difficultés et perspectives d’avenir

Malgré ses performances et sa qualité, le secteur privé rencontre actuellement de graves difficultés, dues essentiellement à l’inégalité de traitement et de financement par rapport à l’hôpital public, dans le contexte difficile d’une maîtrise accrue des dépenses de santé. Il ne perçoit que 6 % des dépenses consacrées à la psychiatrie

Fortement contingenté, sous le contrôle de l’état qui refuse bien souvent les créations ou les extensions d’établissement, il ne doit compter que sur ses propres efforts de gestion et de productivité car sa tarification au prix de journée est largement insuffisante (trois à quatre fois inférieure aux prix pratiqués dans l’hôpital public pour le même type de soins) et il est en général écarté des plans nationaux d’aide au financement des investissements immobiliers (rénovation hôtelière et mise en conformité).

Infléchir les politiques publiques vers une plus grande reconnaissance de l’hospitalisation privée dans sa mission de service public permettrait :

- de favoriser dans le cadre des schémas régionaux d’organisation et d'aménagement sanitaire, la création d'un secteur privée dans chaque territoire de santé afin d'étendre la complémentarité des secteurs.

- de donner au secteur privé de véritables moyens par une tarification correspondant à la réalité de leur activité et du coût des soins pratiqués avec, à terme, une convergence tarifaire avec le secteur public autant pour l'hospitalisation à temps complet que pour les alternatives à l'hospitalisation.

- d’élargir l’horizon de ses compétences à l’ensemble des missions d’intérêt général, notamment la formation des internes et la recherche.

Dr Hervé Granier
Psychiatre — Montpellier
Secrétaire général adjoint à l’hospitalisation privée de l’AFPEP-SNPP

Les psychiatres libéraux exerçant en clinique

Problèmes actuels et perspectives

Les psychiatres privés souhaitent attirer votre attention sur les points suivants :

1) L’évolution de la psychiatrie privée.

En effet, pour les raisons précédemment citées, les praticiens sont confrontés à une activité de plus en plus importante des établissements et des prises en charge de plus en plus lourdes.

Au travail institutionnel proprement dit (réunion d’équipes, élaboration de l’organisation des soins, participation aux différentes activités thérapeutiques, rencontres avec les familles et les différents intervenants en amont et en aval de l’hospitalisation) se sont progressivement ajoutées des contraintes de plus en plus lourdes dues aux nouvelles fonctions transversales qu’imposent la démarche qualité et la certification des établissements (CME - CLIN - CLUD - évaluation des pratiques professionnelles et de la qualité des soins de l’établissement - recueil des données informatisées dans le cadre du futur PMSI … etc..).

Les psychiatres assument cette charge croissante, désormais aussi indispensable à l’organisation des soins qu’à l’administration des établissements, sans aucune reconnaissance ni financement.

De plus, les actes cliniques et leurs honoraires (C de surveillance - CNPSY 0,8) ont été écartés des revalorisations tarifaires prévues par la Convention, alors que les soins psychiatriques en clinique représentent l’exemple même de la coordination des soins.

2) La mise en cause progressive de l’exercice libéral.

La psychiatrie libérale en clinique privée repose sur un principe fondamental qui est celui de la dissociation des ressources liées à l’activité médicale des médecins de celles qui concernent l’hôtellerie et les soins fournis par la clinique.

Les psychiatres libéraux sont rémunérés par des honoraires versés par les patients. Le système est bien sûr solvabilisé par la Sécurité Sociale et les mutuelles qui remboursent les frais engagés par les patients (honoraires - frais d'hospitalisation - frais pharmaceutiques). Chacun connaît le faible engagement des assurances privées dans le remboursement des soins psychiatriques privés et ses conséquences sur l'accès aux soins des plus démunis.

Sous la pression des grands groupes hospitaliers qui s'emparent progressivement de l'ensemble du parc hospitalier psychiatrique français, de plus en plus de psychiatres libéraux sont remplacés par des psychiatres salariés dans le but de mieux maîtriser la présence et l'activité des psychiatres dans leurs établissements. Cette évolution vers le salariat s'effectue d'ailleurs avec la complicité des caisses d'Assurance-maladie qui, pour des raisons idéologiques préfèrent ce statut et n'hésitent pas à payer les honoraires des médecins directement aux directeurs d'établissements qui transforment ces honoraires en salaires et en charges ce qui va à l'encontre des principes fondateurs et de la nomenclature.

Il y a là bien sûr une atteinte fondamentale aux principes de la psychiatrie libérale et un risque majeur pour l'indépendance professionnelle des praticiens qui exercent dans les cliniques psychiatriques de court et moyen séjour.

3) Le problème de la permanence des soins en clinique privée

Le décret ministériel du 7 novembre 2006 modifiant l'article D 6 124 - 46 du code santé publique a profondément modifié le cadre légal de la permanence des soins dans les cliniques psychiatriques privées.

Nous ne reviendrons pas sur les conditions de cette réécriture prématurée des dispositions opposables relatives à la permanence des soins, rédigée sur l'insistance des gestionnaires d'établissements.

Ce décret, aux imprécisions manifestes et de l'aveu même du Conseil d'État, mal rédigé, est critiqué par l'ensemble de la profession y compris par ceux qui l'ont inspiré. Vous trouverez en annexe deux textes qui résument l'analyse et la position de notre syndicat sur cette question.

Il convient de rappeler que, quelle que soit la solution qui sera retenue, les soins en clinique sont des soins de deuxième recours qui imposent l'intervention des praticiens dans leur domaine de compétences et de qualification À ce titre, la permanence des soins somatiques doit être bien différenciée de la permanence des soins psychiatriques et financées dans le cadre des contrats d'objectif et de moyens.

4) L'absence de concertation entre les différents acteurs du système de soins.

Si les représentants syndicaux des psychiatres privés exerçant en clinique n'ont pas été consultés au sujet de cette permanence des soins. Ils ont été, une nouvelle fois, écartés des discussions qui se sont engagées sur la réforme des normes de fonctionnement des établissements.

Certes, il y a là une vielle habitude des formes dictée par le cloisonnement de financements (médecins/ établissements).

L'UNCAM discute avec les confédérations de médecins et la DHOS avec les fédérations hospitalières.

Sur de telles questions, ce cloisonnement, source de dysfonctionnement, devrait être levé car, malheureusement, le gouvernement, lorsqu'il crée des sujétions dans l'organisation du système de santé n'est pas lié par les décisions prises par l'UNCAM et les partenaires conventionnels en matière de codification et de tarification des actes. Les psychiatres sont ainsi renvoyés a des négociations contractuelles avec leur établissement.

Les établissements, par ailleurs, n'ont pas besoin d'un accord obligatoire des CME pour signer avec les ARS des contrats d'objectif et de moyen qui engagent pourtant les médecins.

Si une telle politique publique se poursuit, les psychiatres, dont le déclin démographique est programmé, vont continuer à se désengager des établissements au profit de leur cabinet. Les "postes vacants" qui étaient jusqu'à présent l'apanage du secteur public en difficulté, commencent à se multiplier aussi dans les cliniques privées et ce secteur va lui aussi rencontrer des difficultés pour assurer sa mission de santé publique dans une organisation globale de notre système de santé.

Dr Hervé Granier
Psychiatre — Montpellier
Secrétaire général adjoint à l'hospitalisation privée de l'AFPEP-SNPP

Pour le secteur médico-social

F. de Oña, Y. Cann, M. Maximin

La loi Santé-Patients-Territoire et l'avènement de l'Agence Régionale de Santé vont légiférer et réguler tout un pan institutionnel complexe et riche regroupé sous l'appellation médico-social.

Dans cette perspective, nous proposons un état des lieux argumenté pour éclairer les orientations en cours avec le souhait de contribuer utilement à des décisions importantes pour la santé publique et le lien social.

Ce secteur important, tant dans le nombre de personnes qu'il concerne que par les services rendus, reste difficile à identifier pour les tutelles et souvent méconnu par les secteurs psychiatriques.

Rappel historique

La création du secteur médico social associatif est relativement récente, ses textes fondateurs sont le décret du 9 mars 1956 et l'arrêté du 7 juillet 1957.

Ce secteur a connu rapidement un développement considérable proposant souvent des pratiques nouvelles qui ont fait école et ont contribué à l'amélioration du soin, en intégrant la dimension éducative et pédagogique tout en tirant les leçons de la thérapie institutionnelle.

Cette réponse originale, associant dimensions thérapeutiques et sociales, répondait au problème de la prise en charge de longue durée dans les pathologies mentales, physiques ou sensorielles, qu'elles soient infantiles ou adultes.

Ce sont essentiellement des institutions pour enfants qui ont d'abord été créées, accueillant des déficients sensoriels, moteurs ou mentaux. Ces derniers, les plus nombreux, ont été successivement appelés inadaptés

puis handicapés mentaux.

A la même époque Roger Mises individualisait les psychoses déficitaires parmi les psychoses infantiles et témoignait ainsi d'une articulation plutôt qu'un d'un clivage entre psychopathologie et handicap

Par ailleurs furent promulguées les 2 lois du 30 juin 1975, la première concernant les personnes et la seconde les institutions pour organiser tout ce qui concerne le champ du handicap.

Les enfants accueillis dans ces institutions vieillissant, les associations gestionnaires ont créé des établissements pour adultes, Maison d'Accueil Spécialisée, Centre d'Aide par le Travail, Foyer d'Accueil Spécialisé, Foyers, Foyer à Double Tarification, etc…

La fermeture progressive de plusieurs dizaines de milliers de lits psychiatriques a augmenté la charge de ces institutions.

Le secteur médico-social comprend également des structures de diagnostics et de soins comme les Centre d'Accueil Médico-Social Précoce et les Centre Médico-psycho-pédagogique qui répondent à une part importante des demandes de soins.

Au vu des chiffres de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, ce secteur accueille avec ou sans hébergement près de 450 000 patients dont 250 000 jeunes et 200 000 adultes dans environ 7 300 établissements dont 2 800 pour les enfants. Le secteur médico-social assure plus de 150 000 consultations psychiatriques par an et accueille en mode ambulatoire, semi-résidentiel ou résidentiel plus de 250 000 patients.

Il faut rappeler qu'en France la prise en charge des enfants présentant des troubles psychologiques est assurée pour une part importante par ce secteur, que ce soit dans une première phase de consultation et suivi ambulatoire au CMPP et CAMSP ou pour une prise en charge plus globale et plus longue dans les Institut Médico-Educatif, les Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique et les Services d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile qui leur sont attachés.

Sur environ 80 000 jeunes enfants qui présentent des troubles psychologiques importants, nécessitant une prise en charge thérapeutique adaptée, plus de 70 000 sont accueillis dans les IME avec des moyens de prise en charge souvent limités mais un important savoir faire.

L'évolution de l'approche du handicap et ses conséquences institutionnelles

A / Nouvelle définition du handicap consacré par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2001

Elle repose sur un modèle d'analyse des inégalités sociales qui met plus l'accent sur les potentialités des individus que sur leurs difficultés.

Ce versant ramène les difficultés des personnes à des obstacles qui les empêchent de se réaliser souvent aux dépens de la dimension du soin et surtout du soin psychique.

Le handicap prend un caractère événementiel qui trouve sa source dans des facteurs contextuels et s'articule avec une rationalité qui reporte les problèmes sociaux aux services qu'ils requièrent et aux moyens supplémentaires qu'ils consomment.

Il n'y a rien à redire quant à la commande d'efficacité. Mais, en tant que médecin et psychiatre, nous nous devons de rappeler à quel point le sujet humain ne peut se réduire à une vision opératoire.

Le handicap social doit être évalué et pris en compte mais il doit également être intégré dans une dimension notamment plus large qui requière une offre particulière.

B / Les deux nouvelles lois dans le secteur médico-social

Loi du 2 janvier 2002 et de son décret financier du 22 octobre, qui est là pour rénover l'action sociale et médico-sociale.

Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Avec la loi 2002 nous assistons à une recherche de qualité pour apporter un service efficace et adapté au meilleur coût ; qualité calibrée par la mise en place d'indicateurs qui sont définis comme une collecte d'informations par les structures.

Démarche qui témoigne d'un choix, d'une logique de l'encadrement global des dépenses de la structure et des modes de travail.

Avec la loi 2005 il est parlé de la scolarisation, de la création de la Maison Départementale des Personnes Handicapées et s'installe la notion de handicap psychique. Cette loi définit la prestation de compensation personnalisée qui prend en compte les besoins de la personne, singularité d'une réponse à un projet individualisé.

Le concept nouveau de handicap psychique veut souligner les difficultés dans la vie quotidienne et sociale des personnes présentant des troubles psychiatriques. Il se distingue du handicap mental essentiellement par trois différences : la personne handicapée psychique n'a pas de déficience intellectuelle à proprement parler, elle est très médicalisée et enfin son handicap est essentiellement variable.

Que la maladie mentale crée un déficit dans l'adaptation à la réalité et à la société, nul doute.

Que des mesures compensatoires soient prévues et améliorées certainement.

Mais pourquoi ce glissement vers ce concept nouveau de handicap psychique, qui oriente et justifie une prestation prioritairement dans le secteur médico-social, voire dans le social, sans une évaluation sérieuse des implications dans l'offre de soins psychiatriques ?

Par ailleurs le droit d'inscrire à l'école tout enfant qui présente un handicap constitue un élément fondamental de cette loi : la scolarisation en milieu ordinaire est posée comme principe. Devant la problématique que représente la scolarisation d'enfants handicapés mentaux, on ne peut que regretter l'absence d'instances de réflexion et d'élaboration avec tous les professionnels concernés sur des sujets aussi complexes.

Évolution

Évoquer « le médico-social » tient toujours de la gageure car nous sommes face à un champ d'intervention multiforme, disparate, interdisciplinaire comprenant des établissements pour enfants, adolescents et adultes "handicapés" et pour lesquels une ligne directrice simple est toujours problématique à définir.

Les nouvelles lois génèrent des nouveaux règlements et modifient les modes de fonctionnement des institutions. L'accumulation de toutes ces réformes a entraîné un brouillage des repères, une difficulté à penser au risque de passage à l'acte déspécifiant et désorganisateur. Un temps de travail de réappropriation de tous ces textes doit pouvoir s'effectuer afin que la mise en perspective et l'élaboration nécessaire à ces pratiques interdisciplinaires de travailleurs sociaux et de soignants se poursuivent.

Le secteur médico-social voit son champ d'exercice s'étendre de plus en plus tant sur le plan de la diversité de ses structures que des pathologies accueillies.

La création massive et prioritaire d'unités à prises en charges ambulatoires et de proximité empreint d'un désir d'intégration, ne doit pas se faire aux dépens du soin au risque de renforcer l'exclusion. Si le maillage des soins existants doit évoluer, il serait fort dommageable que cela se fasse aux dépens de l'existant qui a déjà prouvé son intérêt.

Une prise en compte de ce qui est en place, des différentes modalités d'accueil articulé à ces nouvelles pratiques nécessite, avec tous les professionnels concernés, une élaboration cohérente et structurante au vu des pathologies reçues.

La mise en place des MDPH, dans un désir de regroupement et de cohérence, se doit d'éviter une stigmatisation du handicap et surtout nécessite pour fonctionner des moyens adaptés à leurs objectifs. Il serait préjudiciable qu'une vision essentiellement technocratique conduise ce secteur dans les impasses que susciterait le décalage entre organisation administrative et réalité du travail en institution.

Depuis quelques années le secteur médico-social a été mieux associé au champ de la psychiatrie sans pour autant se confondre avec lui.

L'Agence Régionale de Santé doit apporter plus de précisions concernant ce partenariat de soin entre l'hôpital et la psychiatrie de ville.

L'éducation nationale est devenue un collaborateur omniprésent avec la scolarisation de tous les enfants et les nouvelles données de ce partenariat ne doivent en aucun cas aboutir à une confusion des rôles de chacun et respecter les missions et prérogatives différentes afin d'assurer la meilleure collaboration et synergie possible.

Conclusion

L'évocation de ces différents axes de travail dans ce secteur met en évidence la nécessité que les acteurs de la prise en charge du handicap soient représentés de manière significative dans l'élaboration de ces réformes.

Le psychiatre, dans le médico-social, a été marginalisé et sa présence réduite. Il est de plus en plus difficile pour le médecin de garantir et de penser le soin avec les équipes et permettre ainsi que s'élabore un travail sur l'institution thérapeutique.

Cette difficulté est corroborée et accentuée par le glissement du soin vers l'accompagnement. L'intitulé « projet individualisé d'accompagnement » remplacerait dorénavant l'appellation « projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique ». Comment faut-il comprendre cette notion d'accompagnement qui viendrait effacer le pédagogique, l'éducatif et le thérapeutique ? Nous ne pouvons que nous interroger sur ce

nouveau glissement sémantique et sur ses implications.

Cet état de fait, associé à la diminution du nombre des psychiatres, entraîne une démédicalisation galopante qui ne fait que s'accentuer et a des conséquences sur les prises en charges. La chute de la démographie des psychiatres qui va se renforcer dans les années à venir touchera en premier lieu le médico-social au moment même où nous assisterons à un transfert de mission du sanitaire au médico-social.

Pour toutes ces raisons, les psychiatres souhaitent participer à l'élaboration des projets concernant le secteur médico-social.

Frédérique De Oña - Paris
Yannick Cann - Brest
Marc Maximin - Marseille
Secrétariat au médico-social de l'AFPEP-SNPP

À propos du courrier du Conseil de l'Ordre

Antoine Besse

Sur la mise en service du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS)

Nous avons reçu un courrier du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) daté du 30 06 2008 nous indiquant notre identifiant RPPS personnel.

Cet identifiant RPPS devra figurer à terme sur notre Carte de Professionnel de Santé (CPS) et remplacera notre n° ADELI. Ce n° RPPS devra aussi figurer sur nos ordonnances et feuilles de soin.

Le CNOM nous propose de rectifier si nécessaire notre fiche ordinale d'inscription au Tableau de l'Ordre dans laquelle vous pouvez avoir la surprise de voir quelques erreurs qu'il faudra corriger.

Pour les confrères qui ont validé l'option Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent ou, après 1985 le DESC de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, cette indication peut être inscrite par erreur dans vos qualifications. Vous devez savoir qu'une qualification est à exercice exclusif contrairement à la « compétence » qui n'indique qu'une orientation ou une capacité particulière. Le Conseil de l'Ordre du Bas Rhin a récemment confirmé que le fait d'avoir validé l'option PEA correspond bien à une compétence, ce qui est parfaitement logique. Si vous voulez conserver la possibilité de suivre des adultes, vous devrez donc corriger les lignes correspondantes de la manière suivante :

Qualifications :

1 - PSYCHIATRIE : (exercée). (psychiatrie "polyvalente" ou "générale")
2 – MÉDECINE GÉNÉRALE : (non exercée)

[Et plus bas]

DESC du groupe 1 et capacités :

DESC de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

[ou, selon le cas]

Option de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Vous pouvez donc avoir plusieurs qualifications, mais ne pouvez en exercer qu'une.
Le DESC groupe1 n'a pas le caractère d'un exercice exclusif, tout comme la compétence.

Ce vieux malentendu vient du fait que le terme universitaire d'« option », choisi dans l'ancien régime pour nommer la compétence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, a été confondu par l'Ordre de l'époque avec une qualification à part entière.

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des difficultés à vous faire entendre par votre Conseil départemental de l'Ordre.

Antoine Besse
Saint-Germain-en-Laye

Décret sur les honoraires de Secteur II

Olivier Schmitt

Extrait du Journal Officiel relatif à l'information écrite aux patients concernant les honoraires supérieurs ou égaux à 70 euros

Article 1
Le professionnel de santé remet au patient une information écrite préalable dès lors que, lorsqu'ils comportent un dépassement, les honoraires totaux des actes et prestations facturés lors de la consultation sont supérieurs ou égaux à 70 euros.

Article 2
Le directeur de la sécurité sociale, le directeur général de la santé et la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française et qui entrera en vigueur le premier jour du quatrième mois suivant celui de sa publication au Journal officiel de la République française.

Commentaire :

Cette disposition qui concerne sans doute peu d'entre nous doit prendre effet à partir du 1er février 2009. Cette nouvelle contrainte se veut dissuasive, elle n'est qu'inadaptée à la relation médecin-malade qui se fonde sur la parole, surtout en psychiatrie. Il s'agit à l'évidence de paperasseries supplémentaires inutiles,

d’autant que le médecin devra garder un exemplaire signé du patient comme preuve qu’il le lui a bien remis ! Le conseil de l’Ordre lui-même s’en émeut dans un communiqué récent (http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=actualite/article.php& id=81) et lance une consultation publique auprès des médecins.

Olivier Schmitt

Quelques nouvelles de la FMC

Yves Froger

La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) dite loi Bachelot a été présentée au Conseil des ministres fin octobre et sera débattue au Parlement début janvier 2009.

Cette loi qui vise à réformer des pans entiers de notre organisation sanitaire, avec la création des fameuses ARS, comporte aussi un chapitre concernant la restructuration de la FMC. Dans les faits, les dispositions restent pour le moment très évasives, étant renvoyées à la mise en place des décrets d’application.

Que peut-on en dire pour le moment ? Pas grand-chose.

Nous savons que le CNFMC (Collège National de Formation Médicale Continue) va disparaître dans sa forme actuelle pour laisser place à une instance multi-partenariale où l’on peut d’ores et déjà noter que la représentation professionnelle sera diluée avec le risque d’une plus grande difficulté à soutenir nos priorités au profit de la commande sociale. Car tel est en effet l’objectif de cette réforme : faire coïncider la FMC avec les priorités de santé publique, et d’économies. Avec la disparition des 250 points de crédit qu’il fallait acquérir tous les 5 ans, la pression s’exercera sur l’indemnisation. Ce n’est sans doute pas pour rien que l’on entend parler de la fusion de l’OGC et du FAF (traduction : l’argent de la sécu pour la formation conventionnelle et celui de nos cotisations obligatoires pour notre formation personnelle). Si elle se précise, cette OPA sur nos cotisations sera un casus belli.
Cependant, l’obligation d’EPP semble devoir perdurer, mais reposera sur un principe qui n’est pas encore déterminé. On peut dès lors imaginer l’exigence d’un certificat délivré par un Organisme Agréé par exemple.

Trois questions se posent pour l’AFPEP :

- Qu’en est-il de notre agrément délivré par le CNFMC ancienne formule ? Beaucoup de bruit pour rien semble-t-il. Et quand nous disons « bruit », cela veut dire énergie et tracasseries invraisemblables pour tous.

- Quelle sera la pertinence de cet agrément pour poursuivre les actions de FMC qui nous intéressent vraiment pour notre pratique ? Elles risquent (mais nous avons l’habitude), de ne pas s’intégrer dans le cahier des charges de la FMC indemnisée, ce qui n’interdira évidemment pas de poursuivre ces actions de formation en dehors des dispositifs à venir.

- Enfin, le système de contraintes se recentrant sur l’EPP, avec les difficultés de mise en place que nous avons maintes fois soulignées pour la psychiatrie, les groupes de pairs comme notre

projet PARAP (dont nous vous reparlerons) seront-ils validants ?

Quoi qu'il en soit, l'AFPEP continuera à réfléchir comme elle le fait depuis plusieurs années à un cadre compatible et cohérent avec la pratique commune des psychiatres libéraux, et aux moyens pour le faire accepter par la HAS en nous appuyant notamment sur d'autres partenaires (l'Unaformec et la Fédération Française de Psychiatrie).

Pour l'heure, nous ne sommes donc pas en mesure d'apporter une réponse étayée aux associations qui nous sollicitent pour organiser leur réunion de FMC en s'appuyant sur notre agrément. Comme tous les dossiers, c'est une affaire de constance et de ténacité pour nous accrocher aux orientations toujours réaffirmées lors de nos Assemblées Générales.

Yves Froger
Lorient

Relations avec les CPAM

Nous publions ci-dessous la lettre que notre confrère a envoyée au Médecin-conseil de sa patiente comme une introduction à l'article qui va suivre. Cela nous est apparu un bon exemple de résistance à l'arbitraire dont nous avons tous plus ou moins l'expérience même si nos relations avec les CPAM ne sont pas toujours conflictuelles, loin de là. Cependant, les relations peuvent être très différentes d'une CPAM à l'autre.

N.D.L.R.

***

Docteur Robert BOULLOCHE
59, avenue Victor Hugo
92100 BOULOGNE

Le 8 septembre 2008

Docteur X
Médecin-Conseil CPAM
75 PARIS

Cher Confrère,

Vous avez examiné au mois de juin Madame B. dont j'assure le traitement psychiatrique, afin de vérifier l'adéquation de ce traitement à la pathologie.

À mon sens, cet examen ne s'est pas déroulé de façon satisfaisante et je vous exprime mon désaccord quant aux modalités ainsi qu'aux conclusions. Comme vous n'avez pas jugé utile, à aucun moment, de prendre

contact avec moi, je suis obligé de me fonder sur le compte-rendu que m'en a fait la patiente.

Sur les modalités :

1 - Je reviens sur l'absence complète de concertation qui vous prive d'informations utiles à votre évaluation.

2 - Il semble que votre examen ait fait l'impasse totale sur les troubles anxieux sévères et invalidants qui sont à l'origine du traitement en vous limitant à un commentaire général sur l'évolution pondérale.

3 - Cet examen pour le moins succinct d'une durée de 10 minutes et qui n'a à aucun moment interrogé la symptomatologie psychiatrique ne vous a pas empêché de préconiser un traitement standard sans que vous vous soyez préoccupé des contenus et objectifs de la psychothérapie actuelle dont vous avez décidé de limiter la prise en charge financière.

4 - Contester directement comme vous l'avez fait auprès du patient le traitement en cours est une attitude qui décrédibilise aussi bien le médecin conseil que le médecin traitant, plonge le patient dans le désarroi et porte préjudice à l'efficacité thérapeutique.

En conclusion :

Le traitement actuel consiste en une psychothérapie bihebdomadaire sans médicament. Je vous prie de m'indiquer en quoi, selon vous, ce traitement n'est pas adapté à la pathologie présentée et ce que vous proposez. Il va de soi que je m'attends à une argumentation rigoureuse et détaillée.

Cette situation me paraît suffisamment exemplaire pour être portée à l'attention des autorités compétentes.

Je vous prie de croire, cher Confrère, en mes sentiments cordiaux.

Des relations entre la psychiatrie humaniste et la psychiatrie EBM

Robert Boulloche

Il est clair que la psychiatrie EBM (Evidence Based Medicine) refuse la coexistence pacifique avec la psychiatrie humaniste centrée sur la personne qu'elle tente de disqualifier par tous les moyens.

Quels sont les motifs de cette agressivité ? Quelle est la nature des griefs invoqués ?

La posture la plus évidente de la psychiatrie EBM consiste à se revendiquer comme scientifique, sous-entendant que la psychiatrie centrée sur la personne (CP) ne l'est pas, n'est pas évaluable de façon objective, donc inefficace. Mais la psychiatrie EBM est-elle scientifique ? Certainement d'un point de vue statistique : on peut lui faire confiance pour comparer des cohortes, pour évaluer un traitement standard appliqué en aveugle (doublement si possible) sur des symptômes isolés de leur signification afin que la reproductibilité soit assurée. Il se trouve que la souffrance psychique se constitue à travers l'histoire d'une personne unique dont la trajectoire ne se superpose à aucune autre. C'est cette singularité que se propose d'effacer la psychiatrie EBM au motif qu'elle est incompatible avec la quantification statistique et la reproductibilité. On comprend la difficulté et on s'attend à ce que la psychiatrie EBM nous dise : « Désolé, nous avons nos limites, nous n'avons pas la possibilité de proposer un traitement qui prenne en compte la spécificité de chaque patient, nous sommes obligés de nous baser sur des moyennes. »

Au lieu de cette clarification, qu'entend-t-on ? Le silence. La question de la spécificité est évacuée comme si elle ne se posait pas. Toutes les simplifications exigées par la modélisation statistique, qui impliquent l'abandon de la singularité et du sens au profit de profils interchangeables, sont passées sous silence. Est-ce là un raisonnement scientifique ? Certes non ! Les vrais scientifiques prennent soin de préciser les conditions et les limites de leurs modèles. Nous en sommes loin puisque la question n'est même pas abordée. Se départir de cette élémentaire rigueur signe un positionnement idéologique, même s'il s'avance masqué en tentant de se faire passer pour scientifique afin de couper court à la discussion.

Dans la pratique, les thérapeutes assurent les soins au patient individuellement ou en très petit nombre, les techniques thérapeutiques doivent ainsi être individualisées. La proposition de techniques qui s'adressent à des groupes n'est donc pas adaptée.

Mais revenons un instant aux concepts de base de la psychiatrie EBM. Ces concepts sont purement déterministes, condition nécessaire à la sacro-sainte reproductibilité : la même expérience refaite dans les mêmes conditions doit produire les mêmes résultats. J'ai indiqué ailleurs (BIPP 50) comment le strict déterminisme conduit à une impasse logique. Mais d'autre part, il y a maintenant un siècle que la mécanique quantique nous montre que le déterminisme est borné du côté des particules élémentaires dont le comportement n'est prévisible que statistiquement et non individuellement : la même expérience portant sur une particule élémentaire ne donne jamais les mêmes résultats. Malgré un titre récent, il serait hasardeux de nous identifier aux particules élémentaires. Mais le déterminisme a des limites, même en science.

L'imagerie médicale nous montre les structures cérébrales en activité à l'occasion de tel ou tel comportement ou idéation. Il est possible de stimuler à l'aide d'électrodes ces structures et de provoquer ainsi des sensations aiguës de joie ou de tristesse en fonction de différents paramètres. L'existence de telles structures ne gêne en rien la psychiatrie centrée sur la personne qui reconnaît pleinement la nécessité d'un support matériel aux expressions psychiques. Mais les tenants de la psychiatrie EBM en concluent avoir localisé l'origine de ces sensations et être à même de rectifier un supposé dysfonctionnement de ces structures. Sous une apparence de bon sens, il s'agit là encore d'un positionnement pseudo-scientifique : le terme d'« origine » laisse supposer un circuit linéaire dont le point de départ serait la structure désignée. Il n'en est rien : ces circuits se présentent sous forme de boucles aux multiples entrées et connexions. On en chercherait en vain l'origine car il n'y en a pas. Ainsi une véritable conception scientifique n'est pas compatible avec la vision simpliste et exclusive que propose la psychiatrie EBM. Mais la psychiatrie CP s'en accommode fort bien.

Non seulement la psychiatrie EBM, dans sa prétention d'exclusivité, reste aveugle à ce qui constitue l'être humain, mais encore elle le détruit en niant son existence. Il n'est plus possible à notre époque de croire que le Moi, pris au sens large à la fois d'identité et d'appartenance, ait une existence naturelle, intrinsèque et autonome, donnée une fois pour toutes, au même titre qu'un objet ou un organe, un foie ou un tibia. Il s'agit d'une construction culturelle en perpétuel devenir : notre façon de nous concevoir comme personnes évolue à travers les siècles. La notion d'intimité, par exemple, qui nous paraît si évidente, est d'apparition récente. Les modes de vie évoluent également, et la hiérarchie des valeurs aussi (cf. Charles Taylor, Les Sources du Moi).

Dire qu'il s'agit d'une construction ne revient pas à dire qu'il s'agit d'une illusion ou d'une fiction dont la persistance ne se soutiendrait que d'un manque de lucidité, mensonge charitable qui permettrait d'échapper au cauchemar déterministe. Au contraire, l'idée d'une construction du Moi implique une responsabilité quant à la continuité et l'orientation de cette construction. Elle implique également la fragilité et la possibilité d'une destruction. C'est pourquoi la psychiatrie EBM, en ignorant délibérément et même en niant ce qui constitue l'être humain en souffrance est non seulement inadéquate mais directement toxique en renforçant l'aliénation presque toujours à l'œuvre dans cette souffrance.
Cette idéologie qui nie l'humain et s'efforce de le ramener au rang de la machine ou de l'animal est une idéologie fasciste. Il faut le dire nettement et sans hésitation.

Robert Boulloche
Boulogne

Fichage : jusqu'où va-t-on aller ?

Marc Maximin

« Il travaille volontiers à leur bonheur ; mais il veut en être l'unique agent et le seul arbitre ; il pourvoit à leur sécurité, prévoit et assure leurs besoins, facilite leurs plaisirs, conduit leurs principales affaires […] que ne peut-il leur ôter entièrement le trouble de penser et la peine de vivre ? »

Alexis de Tocqueville

Depuis toujours, la surveillance politique et la police de manière générale ont essayé par de multiples moyens de contrôler et de surveiller les populations et en priorité les populations dites "à risques". Le fichier n'est pas le premier ni le moindre de leurs outils pour cet objectif mais leur multiplication et l'étendue de leur champ d'action questionne et inquiète. Qu'en est-il de ce besoin de tout savoir, d'une transparence totale aux dépens de l'intime pour une meilleure gestion des affaires et une protection de l'individu contre une insécurité soi-disant galopante ?
Par ailleurs, la banalisation de l'usage de technologies contrôlant comportements et mouvements des individus, ainsi que le conditionnement de la population aux "bienfaits" de celle-ci, ne peut que nous inquiéter.

Ces mesures habituelles et d'apparent bon sens s'étayent sur un sentiment de crainte exacerbé et une adhésion d'une partie importante de la population. Elles stigmatisent tous ceux qui n'ont pas pu, où pas voulu, s'inscrire dans ce schème, en quelque sorte des déviants au système général.
La définition extensive et floue des populations à risque confine à l'amalgame en posant les enfants, jeunes ou familles rencontrant des difficultés matérielles, éducatives ou sociales comme critères. Le spectre paraît bien large pour repérer et encadrer ceux dont la situation pourrait potentiellement être considérée comme un risque.

Pour maintenir le pouvoir d'apathie et d'adhésion d'une partie importante de la population aux moindres décisions et projets renforçant cette évolution, on s'appuie sur l'attrait du toujours plus de consommation et du précaire confort qu'il entraîne.
"Ne rien vouloir savoir" aux dépens du lien social entretient l'illusion pour continuer à jouir tranquille de tous ces "biens" qu'on nous propose.

Qu'en est-il de cette insécurité où plutôt de ce besoin de sécurité répété à l'envi et à l'unisson, comme si c'était l'élément princeps, le fondement d'une psychopathologie de la vie quotidienne des Français.
Quand on parle d'insécurité, il faut rappeler qu'historiens et sociologues démontrent que la violence sociale (homicides, agressions, vol à main armée, etc.) décroît depuis longtemps.
Toujours est-il qu'on nous assène à longueur de journée une information sans mise en perspective qui confine au bourrage de crâne compulsif du fait de sa réitération : « l'insécurité gagne du terrain, elle est partout et il faut remettre de l'ordre… » Les moindres faits-divers, les malheurs de nos contemporains sont montés en épingle et les politiques s'inscrivent dans ce système avec un populisme s'appuyant sur la compassion. Ne nous étonnons pas des dérives de la "peopolisation" qui n'est que la résultante d'un populisme à grand spectacle.

On ne peut être qu'impressionné par l'efficacité du trompe l'œil qui ordonne le débat, tel qu'aucune question de fond ne puisse être posée, mais qui dédouane comme si "le clinquant" des interventions ne risquait pas grand-chose. Cette pratique vient ainsi renforcer la médiatisation du "manque de sécurité" et permet aux politiques de montrer à leurs électeurs qu'ils sont soucieux de leur "bien" avec toujours plus de sécurité.

Ce type de fonctionnement est révélateur d'une folie sociale et collective où l'on est tous un peu pris, fascinés par l'ampleur de ces faits comme des choses extraordinaires qui nous sortent de notre quotidien et plus on en rajoute, plus on risque d'être imprégné voire séduit. Cette population-cible, mise en avant comme surface projective responsable de tous les maux, ravive le sentiment d'insécurité et le canalise.

Médias, sondages, etc., tout cela participe à nous faire adhérer au modèle dominant, tout cela s'inscrit dans une quête de consensus immédiat qui s'impose avant même de pouvoir poser une vraie problématique, de se questionner.
Tous les marchands d'informations rivalisent à ce sujet, sachant que pour mieux faire vendre et adhérer il faut la caution royale, la référence obligatoire : l'expert.
Cette question de l'expertise est devenue centrale dans la construction de la légitimité des discours. Les médias sont de très grands consommateurs de ces "spécialistes" convoqués pour commenter les événements.
Pour pouvoir paraître et être convoqué dans les médias, les experts en oublient souvent ce qui les spécifie ; par leurs participations, ils s'inscrivent dans la dominante événementielle et cautionnent une orientation générale.

Les médias n'ont plus qu'à déployer leurs méthodes et s'inscrire dans une commande sociale centrée sur les thèmes porteurs. Il y a d'abord une dépolitisation, un glissement qui s'inscrit dans une logique de banalisation avec un matraquage médiatique où tous les détails sont orientés vers des interprétations les plus spectaculaires possible. Enfin, la déformation de la réalité découlant du tri par découpage du réel permet la mise en exergue des signifiants qui frappent et la stigmatisation recherchée.
C'est le triomphe du paraître aux dépens de l'être, de la communication aux dépens du langage qui vient renforcer ce sentiment d'insécurité, ce besoin de protection, de surveillance avec la création de fichiers.

La voie est alors toute tracée pour mettre en place une surveillance pour notre bien-être collectif articulée à une loi du marché qui entretient le leurre de l'individualisme et la mise en place de mesures coercitives pour nous protéger…
Ce modèle dominant se fonde sur un désir de classification, d'universalité et de transparence qui entretient le règne de la norme et du protocole, toujours pour notre bien-être et un "plus" de progrès.
Cela témoigne depuis quelques années de l'accélération d'une "mise au pas" généralisé qui n'excepte aucun des domaines propres à l'Être : mise au pas normative avec une accumulation de lois et de projets de lois amenant une inflation du droit dans la "nouvelle gouvernance" pour toutes les questions dites de société. Le lien juridique prend le pas sur le lien social car la protection des prérogatives de chacun devient la préoccupation prioritaire et le fonctionnement à dominante collective laisse place à un "contractualisme". Ce système vient régler le moindre des litiges et implique le recours systématique à une contractualisation de tout et l'établissement d'un ordre juridique prévalant.

Alors on va mettre en place tout un battage de textes, réformes, discours et actions pour montrer qu'on s'en occupe… On voit arriver des projets de lois en urgence, sur des mesures à prendre pour l'insécurité, sans réel débat et où le fait d'annoncer un projet de loi, d'en parler, de montrer qu'on agit est l'élément principal car le médiatique l'emporte, il faut que l'illusion produise son effet.
Ces projets reposent sur la transparence qui est justifiée comme une valeur partagée pour le bien collectif et il n'y a qu'à voir comment cette politique se déploie sur le domaine de la santé publique. On assiste à une déferlante de réglementation, d'interdictions en vue de préserver notre santé, comme pour nous rappeler que tout un chacun compte, mais aussi a un coût, dans une exigence de santé pour le supposé bien-être collectif. Cette obligation s'impose à tous avec sa démarche d'évaluations et fait disparaître l'individu dans le général, dans un système de contrôles et un discours de maîtrise.

Ainsi, chacun est pris dans une société de réseaux avec une politique qui privilégie la forme au fond et où l'acte se résume à une démarche calibrée en fonction de normes et de stratégie.
Tout le monde est concerné par ce maillage, cette mise à la norme organisée. Nos chères petites têtes blondes ne pouvaient rester à l'écart. La machine à contrôler déploie alors ses classifications et enquêtes qui sont en réalité des fichiers et qui ne font que renforcer la production d'exclus.
Les adolescents, "nos sauvageons", ne suffisaient plus, ce n'est pourtant pas faute de projeter sur eux tous les maux qui nous concernent… Il fallait remonter "plus avant" dans une causalité linéaire de "bon sens", source de toutes les extrapolations et anticipations.
D'ailleurs, l'enfant ne répond plus à nos attentes. Où plutôt, l'enfant, qui devrait pouvoir répondre à toutes nos attentes, nos projections et nos illusions, ne nous satisfait plus ! Alors sous la caution de la prévention, de l'efficacité, de la "science" et de l'évaluation fétichisées, il ne nous reste plus qu'à classifier et nommer tout ce qui concerne l'enfance.

On assiste à l'émergence de nouveaux discours où les problématiques sont remplacées par des énumérations et tout ce qui sera à la marge et qui ne rentrera pas dans les normes va se retrouver en difficulté, voire exclu. Le réalisme gestionnaire sait bien nommer les choses et les gens ; échec scolaire, caractériel, opposition, refus d'intégration ou d'insertion, etc. En nommant on classe, on met en place des causalités et des explications justificatives. Le débat est clos avant même d'avoir eu lieu.
On réduit l'enfant aux supposés facteurs de risques qui finissent par le représenter complètement et, pris dans une prédiction autoréalisatrice, bornent finalement son destin.
Il faut éradiquer "le mal" à sa source. Avec l'aide de cautions pseudo-scientifiques, on met en place des protocoles de préventions et de "traitements" dès la toute petite enfance, au cas où… : dérives d'un pseudo-soin, d'une pseudo-prévention pour se protéger, face au sentiment d'insécurité entretenu, avec une caution médicale pour tout expliquer dans une idéologie de certitude antiscientifique.

Il est facile d'exploiter cette tendance naturelle à considérer toute manifestation agressive comme une pathologie. Comme l'écrit le sociologue Laurent Mucchielli : « lorsqu'un individu est confronté chez autrui à une agressivité dont il ne comprend pas les ressorts, il lui est commode de désigner cet Autre comme "fou" s'il emploie le langage le plus ordinaire, ou comme "psychopathe" s'il veut employer un mot d'apparence savante ».

Tout est prêt pour mettre en place des mesures que l'on nous décrit comme cohérentes, nécessaires, dans une logique de simplification, d'efficacité et toujours de "bon sens".
D'ailleurs, on nous dit que "Bases élèves" du premier degré n'est que la suite logique de la collecte d'information du second degré et, de même, EDVIGE n'est que la suite logique du fichier de renseignements des RG.
Mais ceci est faux, c'est un changement fondamental de nature qui pose les citoyens à tout âge de la vie comme des menaces potentielles pour l'ordre public et ravale l'humain au rang d'objet.

Les tutelles concernées nous rassurent quant à l'éthique et l'adéquation de ces demandes, avec bien sûr quelques remarques mais sans réelle inquiétude…
Le gouvernement pense-t-il avoir assez martelé toutes ses thèses sur l'insécurité ? Espérait-il qu'une apathie ambiante laisse passer des décisions qui, en d'autres temps, auraient jeté les gens dans la rue ? Les technocrates se sentant dans une toute puissance (qu'on pourrait qualifier d'infantile…) ont poussé tellement jusqu'à la démesure ces démarches que l'outrance de la méthodologie et des items ne pouvait qu'impliquer une riposte et un refus.
Devant cette tendance à la répression et à la tolérance zéro, on ne peut qu'être inquiet, car les lois et décrets mis en place vont dans le sens d'une transformation profonde de la conception de la prévention et, par là même, de la conception de l'humain.
Tous les ingrédients sont en place pour faire accepter à une partie de la population des projets liberticides qui portent atteinte aux droits, à la dignité et à la protection de la vie privée. Avec ce sentiment de crainte qu'on injecte à fortes doses, associé à une vision manichéenne de la société, jusqu'à quelle servitude va nous entraîner ce système de contrôle et de fichage "pour notre bien" ?

Il est nécessaire que la CNIL retrouve une place et une réelle efficacité pour permettre que soient respectés les droits élémentaires de l'homme et du citoyen.

Le défi repose sur notre capacité à une mobilisation politique de tous et sur la solidarité avec les plus défavorisés qui restent les premiers concernés. Devant cette idéologie sécuritaire sans fondement, avec la surveillance et le fichage qui en découlent, on ne peut laisser ce discours dominant envahir notre champ sans prendre position. L'absence de réaction laisse les élites technocratiques sans contre-pouvoir susceptible d'endiguer leurs velléités de contrôle des esprits et d'ingérence sociale.
Comme l'a écrit Michel Foucault : « le pouvoir n'est pas une relation univoque de dominants à dominés », la visibilité est un piège et ce désir de transparence est un leurre, mais aussi un assujettissement.

Marc Maximin
Saint-Affrique

Le projet de loi Bachelot et la « Santéstroïka »*

Dominique Dupagne

Je suis médecin généraliste. J'aurais pu, à propos de la réforme Bachelot qui circule sur internet, redire la nausée que je ressens à être l'éternel pilier du système de soin, tel Atlas portant le monde, mais monté sur un pinacle de carton-pâte. Le projet de loi continue à nous inonder de tâches diverses de coordination et de synthèse, mais sans nous en donner les moyens. Mais ce n'est pas le titre que j'ai choisi pour mon billet. Je voudrais vous faire réaliser que nous appliquons de plus en plus à notre système de santé un modèle de gestion soviétique planifiée de triste mémoire.

Alors que les Américains mangent leur chapeau de chantres du libéralisme dans un pathétique sauve-qui-peut financier, Roselyne Bachelot affine une gestion du système de santé français directement inspirée du Gosplan. Elle ne l'a pas initiée, elle met juste la touche terminale à l'entreprise fondée par ses prédécesseurs.
À l'origine de ces deux reniements, la même cause : une panique devant des gouffres financiers abyssaux, eux-mêmes provoqués par vingt ans de gestion à courte vue insensible aux signaux d'alerte émis de toutes parts.

Les similitudes entre l'économie soviétique stalinienne et l'organisation du système de santé français sont saisissantes. Dans les deux cas, les débuts ont été prometteurs : croissance économique robuste et chômage zéro d'un côté, système solidaire et efficace de l'autre, aboutissant à un des meilleurs systèmes de santé au monde.
Mais la similitude touche aussi la chute du système, effective en URSS, programmée chez nous.

Revue de détail :

Définition des besoins et de la qualité par des experts

Contrairement à l'économie de marché, dont se réclament les libéraux, ce ne sont pas les utilisateurs qui définissent et évaluent leurs besoins, mais des experts. Ces experts sont présents à tous les niveaux : choix de l'offre, répartition, contrôle qualité, validation… C'est exactement le principe de la planification soviétique, censée œuvrer pour le bonheur des masses populaires. Production uniformisée, laissant peu de place aux variantes nées de besoins particuliers réels. Hors du plan, point de salut : il faut suivre les recommandations,

les référentiels. Il n'y a qu'une seule façon de traiter le diabète, l'hypertension, le cancer.
Gare au soignant ou au patient qui sort des "clous". La variété de l'offre de soins sera bientôt aussi misérable que celle des produits de consommation soviétiques.

Contrôles tatillons, envahissants et paralysants

Patients et médecins sont prévenus : ça va contrôler sec ! Non pas tant les malversations et abus, mais les écarts au plan et aux "référentiels médico-économiques" que la Haute Autorité de Santé est priée de pondre au plus vite. Convocation des agents hors-norme pour les remettre dans le "droit chemin".
L'individualisme était mal vu chez les soviets, il l'est de même dans la réforme Bachelot : à tous les échelons, des contrôleurs vérifient que les pratiques sont en accord avec les normes qui sont passées du statut de "recommandations" à celui de "référentiels".
Les mots ont du sens. La santé devient normée.

Inflation de l'administration du service, au détriment de ses acteurs

À l'hôpital, la mise en place du contrôle des dépenses a induit une bureaucratie dont la masse salariale approche celle des soignants. Personne n'a tenté de faire le bilan financier de cette aberration. Cette bureaucratie aussi stérile qu'envahissante est un des éléments qui a provoqué la chute du système soviétique. Elle génère actuellement une dégradation de la qualité des soins évidente à l'hôpital. On en est à vouloir mettre des bracelets d'identification aux patients car les intérimaires qui bouchent les trous des plannings ne les connaissent pas.
Produits et services dépassés, évoluant peu. Traquer et interdire l'initiative individuelle pour imposer le respect de la norme a une conséquence grave qui est peut-être la principale cause de la chute de l'URSS : l'innovation disparaît, car l'innovation résulte justement de l'initiative individuelle. L'appareil industriel soviétique est devenu progressivement obsolète après des succès initiaux trompeurs. L'état des hôpitaux français se dégrade, les matériels ne sont plus remplacés, voire sont systématiquement volés.

Survalorisation des procédures et des produits "bien conçus" à défaut d'être utiles ou efficaces

Ah ! la démarche qualité en santé, quelle merveilleuse machine à détruire… la qualité ! Il suffit de l'avoir vécue pour le comprendre. La "démarche qualité" (ou pire la "qualité totale") est sans doute la pire verrue idéologique que nous ayons appliquée à la santé.
L'Homme, sa santé et le soin sont bien trop complexes pour supporter cette approche industrielle réductionniste et stérilisante. Les Russes aussi n'en pouvaient plus de leurs produits ternes, mal fichus, uniformes et sans génie, mais conformes au cahier des charges issu du Gosplan.

Déconnexion du client et de ses besoins

Dans l'économie soviétique, le client n'existe pas, il n'y a que des camarades. Dans le système de santé français, il n'y a pas de clients non plus, il n'y a que des patients, et on ne leur demande pas leur avis : ce sont des usagers.

Files d'attente, délais, produits ou services chroniquement indisponibles ou mal répartis

Il n'y a pas de différence fondamentale entre des magasins soviétiques en rupture d'approvisionnement et les attentes interminables à l'hôpital ou les délais de rendez-vous à 8 mois de certains spécialistes. Les médecins généralistes disparaissent des campagnes, ils ne seront pas remplacés et il est illusoire de penser que l'on pourra forcer des jeunes médecins à aller là où la Poste ne reste pas. Tel un trou noir, la planification absorbe les énergies et sclérose l'activité.

Démotivation des agents les plus capables

Les acteurs les plus performants d'un domaine ne sont pas ceux qui respectent les procédures, mais ceux qui savent faire mieux, ou encore qui les adaptent au mieux. Un travailleur efficace est quelqu'un qui sait s'adapter à l'imprévu, à l'accident, au hors-norme. Comme l'ouvrier soviétique enfermé dans une procédure de production stérilisante, le soignant 2 008 est prié de ne pas s'écarter du chemin tracé par le référentiel. Les médiocres s'y épanouissent, les bons s'y morfondent.

Institutionnalisation de la corruption

Dans un système contrôlé par des experts, et dans lequel les prescripteurs ordonnent les dépenses, la corruption s'installe très vite. Dans le projet de loi qui circule sur internet, il n'est mention nulle part de garde-fous contre l'énorme influence de l'industrie pharmaceutique sur les dépenses de santé : la loi anti-cadeaux officialise en fait les cadeaux ; chaque médecin est l'objet de 25 000 euros de dépenses promotionnelles par an de la part de l'industrie pharmaceutique. Cette industrie finance également massivement la formation des médecins. Elle risque bientôt de financer l'éducation des patients, nouveauté du projet de loi.

Apparition d'une économie parallèle inaccessible aux plus démunis

Avec la paralysie progressive du système soviétique par le plan, une offre "privée" permet aux plus riches et aux apparatchiks d'accéder à des biens inaccessibles même à la classe moyenne. Dans le système français, c'est le secteur II (honoraires libres) que la réforme se propose d'encadrer, mais qui persistera ou évoluera sous une autre forme. Lorsque la pénurie s'installe, il existe toujours un marché noir, c'est juste une question de sémantique. Le secteur II n'est pas le problème, c'est la conséquence d'un système qui n'arrive plus à rémunérer ses acteurs.

Grands chantiers à la gloire du Secrétaire Général Président

Est-il besoin de détailler les similitudes ?
Bref, vous aurez compris que ce ne sont pas des amendements qu'il faut à ce texte. Nous avons besoin d'une véritable refonte de nos systèmes de valeurs. En modifiant les structures de "gouvernance" du système, la Ministre va de plus paralyser le système pendant plusieurs années : les luttes de baronnies vont générer une désorganisation durable.
C'est peut-être le moment de lire Edgar Morin, au moins son introduction à la pensée complexe : un problème aussi riche et multifactoriel qu'un système de soins ne peut se gérer avec une **démarche aussi simpliste** que celle perpétuée dans ce projet de loi. **Nous ne savons toujours pas, en 2008, évaluer la qualité en santé**. Nous faisons semblant de le faire, mais nos outils ne le permettent pas. On n'est pas un bon médecin parce que l'on prescrit tel examen tous les trois mois chez le diabétique ou que l'on prescrit systématiquement des mammographies à toutes ses patientes. **La santé, la maladie, la vie, c'est plus compliqué que cela**. Il faudra un jour que nous réfléchissions à des outils permettant d'évaluer vraiment la qualité, car quand on ne sait pas dire qui travaille bien ou mal, on ne peut pas progresser (ni faire d'économies). Ce sera alors le début d'une vraie réforme, d'une véritable révolution sanitaire.
En attendant, nous allons droit vers le désastre, la "Santéstroïka", et le dépeçage des restes de la sécu par des prédateurs, comme cela s'est passé pour l'économie de feu l'URSS. Si l'on veut arrêter le massacre, il va falloir agir vite, très vite, et imaginer des approches vraiment nouvelles.

Dominique Dupagne
2 octobre 2008

* Texte déjà paru sur le site Médiapart. Reproduit ici avec l'accord de l'auteur.

Appel à candidature pour la formation en cabinet libéral

Pierre Coërchon

Constitution d'un annuaire des psychiatres intéressés par la formation à la pratique en cabinet libéral des internes en psychiatrie

Les discussions profitables qui ont pu avoir lieu récemment entre les représentants des internes en psychiatrie et l'A.F.P.E.P.-S.N.P.P. ont fait clairement apparaître le regret partagé de l'absence d'un apprentissage spécifique à la pratique en cabinet privé dans le cursus de formation hospitalo-universitaire de l'internat psychiatrique.

À la demande pertinente des internes qui souhaitent pouvoir disposer du moyen de se mettre en lien de travail avec des praticiens cliniciens exerçant en cabinet privé, l'A.F.P.E.P.-S.N.P.P. répond donc en lançant un appel à ses membres pour la constitution d'un annuaire des psychiatres libéraux intéressés à la transmission et prêts à s'investir (ou bien déjà investis) dans des initiatives locales de rencontres et d'élaboration avec les internes.

Si vous vous sentez concernés par cette initiative, vous pouvez remplir et nous renvoyer le formulaire ci-dessous, actant de votre inscription dans ce projet et permettant la constitution d'un annuaire à l'usage des internes en psychiatrie qui auront ainsi les moyens de rentrer directement en contact avec vous.

Pierre Coërchon
Clermont-Ferrand

ANNUAIRE DES PSYCHIATRES POUR LA FORMATION ET LA TRANSMISSION DANS LE CADRE DE LA PRATIQUE EN CABINET LIBÉRAL

BULLETIN D'INSCRIPTION

Docteur (nom et prénom) :

Adresse du cabinet :

Téléphone cabinet :

Courriel :

Demande mon inscription sur l'annuaire tenu par l'AFPEP regroupant les psychiatres libéraux prêts à s'engager dans un travail de transmission sur la pratique en cabinet à l'adresse des internes en psychiatrie.

Fait à le

Signature et cachet.

L’AFPEP à la WPA

Antoine Besse

Du Caire à Prague via Istanbul, Melbourne et Paris

Après ces trois ans d’engagement de l’AFPEP à la WPA (2005-2008) est-il permis de faire le bilan d’un retour des Français dans cette association vieille de plus de 50 ans et fondée en 1950 par Henry EY et Jean Delay ?

Cet engagement a été marqué par la création d’une association des associations françaises membres de la WPA, la tenue d’une conférence internationale à Paris en février 2008 dans le cadre de l’initiative du Président Juan Mezzich d’un programme de psychiatrie de la personne (proche de notre conception humaniste), la tenue de symposiums AFPEP à chaque congrès annuel de la WPA : Istanbul en 2006, Melbourne en 2007 et Prague en 2008.

Enfin l’affiliation d’ALFAPSY à la WPA avec tous les psychiatres privés des pays francophones aura été un nouvel élément de notre intérêt pour ce retour.

Dans le Haut comité des Candidatures (WPA Standing Committee of Nomination 2005-2008) dont je faisais partie, il a été possible d’instaurer un mode de scrutin électronique sécurisant les votes, tout comme la création d’une future instance de régulation et de réflexion concernant les règles internes, les statuts et élections, indépendante des présidents « elect » et en exercice.

Les psychiatres français investis dans la WPA au niveau de leurs diverses sections ont pris des responsabilités d’animation et ont été sources de nombreuses initiatives.

Dans notre effort pour soutenir le Programme Institutionnel de la Psychiatrie pour la Personne (IPPP), en plus de l’organisation de la conférence de Paris, nous avons présenté un ouvrage en langue française : « le Manifeste pour une psychiatrie de la Personne » (qui paraîtra aux éditions Doin en janvier 2009). Ce mouvement avait été rejoint par le soutien des patients et de leurs familles (EUFAMI, UNAFAM). Notons aussi, chez les psychiatres cliniciens de divers pays, un retour à une vision humaniste, proche de la phénoménologie et de la psychodynamique, critique à l’égard d’une vision technocratique hégémonique avec son idéal scientifique assimilant la psychiatrie à une spécialité médicale comme une autre sans sa spécifité.

Lors de l’Assemblée Générale de Prague, c’est un collègue français, Michel Botbol, qui a fait voter l’inscription du mouvement humaniste IPPP dans le prochain programme triennal 2008-2011 du nouveau président, italien, Mario Maj. En effet, après ces trois années aux côtés de Juan Mezzich, qui a rappelé à chaque occasion tout ce que la psychiatrie devait à ses origines, notamment françaises, instaurant les prix « Pinel » et « Jean Delay », que reste-t-il de notre investissement international ?

Nous allons voir dans les prochains mois comment nous organiser au sein de notre association des 5 associations françaises *. Nous allons proposer la tenue d’un séminaire international d’éthique dans un lieu symbolique avec des membres de la WPA proches de nos convictions et cela alors qu’aux États-Unis la nouvelle présidente de l’APA soutien un mouvement très critique sur les excès passés. La déclaration de

conflit d'intérêt vis-à-vis de l'industrie réduisant l'influence des tenants de l'hégémonie du courant majoritaire.

Nous avons en Europe pris une place très repérée et appréciée des acteurs de la Task Force Européenne (OMS, UEMS, AEP, EUFAMI, WPA) qui nous compte maintenant comme des leurs. Nous comptons beaucoup sur le nouveau secrétaire général de la WPA Levent Kuë, psychiatre turque, très ouvert d'esprit. Il devra veiller à la poursuite du débat au sein de ces instances européennes et mondiales.

Antoine Besse
Saint-Germain-en-Laye

* Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé
Association Française de psychiatrie
Société de l'Information Psychiatrique
L'Évolution Psychiatrique
Société Médico-Psychologique

Annecy, l'engagement et la vitalité de nos rencontres

Yves Froger

Les 37° journées nationales de la psychiatrie privée organisées par l'AFPEP se sont déroulées à Annecy du 2 au 4 octobre 2008 sur le thème **L'ENGAGEMENT DU PSYCHIATRE**.
Après la question de l'Écoute au Havre en 2007, nous avons continué de balayer cette année ce qui fait le quotidien du travail du psychiatre, les éléments sans lesquels le soin perdrait tout son sens.
Écouter, s'engager dans une relation thérapeutique constituent les ressorts de l'acte du psychiatre, quels que soient les supports du traitement, mais aussi quelque soit le cadre du soin, le cabinet, l'institution voire des expériences tout à fait innovantes dans le champ social plus élargi.

Notre pratique est conflictuelle, parce que, d'une part, elle convoque la conflictualité qui nous agite tous et ne peut faire l'économie de cette confrontation, d'autre part, elle se réfère à des corpus théoriques multiples et contrastés qui alimentent des disputations enrichissantes.

Nous sommes nécessairement traversés par ces confrontations qui nous obligent à faire des choix, individuels dans le colloque singulier ; mais aussi des choix collectifs quand il s'agit de nous positionner face à la commande sociale alors que nos tutelles, que le politique construit des discours incompatibles (exemplairement les procédures d'EPP ou la contestation de nos repérages cliniques).

Impossible de ne pas s'engager…

Les multiples interventions en plénières et en ateliers sont venues illustrer cette évidence, tout comme les débats auxquels elles ont donné lieu.

Fermer son cabinet quelques jours, payer son inscription sans la moindre aide financière alors que tant d'autres manifestations sont entièrement prises en charge par l'industrie pharmaceutique, constituent aussi un engagement qu'un grand nombre de psychiatres privés ont fait cette année pour constituer un auditoire fort

appréciable.
Les journées de l'AFPEP restent une occasion privilégiée de rencontre et d'échange dans une convivialité appréciée et entretenue par tous.

Rendez-vous l'an prochain à Nice

Yves Froger

L'AFPEP à l'UNAFORMEC

Martine Dubuc

L'UNAFORMEC est une structure qui permet aux confrères de toutes spécialités de suivre sa formation en trouvant des outils adaptés au plus proche de son travail quotidien, en ayant la certitude que ceux-ci ne sont pas une instrumentation pour une maîtrise administrée de la médecine.
L'Évaluation est un enjeu politique de taille ; certains prétendent que des batailles quant à ses conséquences sont en dispute entre les différents organes de pouvoir.
Or, nous sommes à travers l'Unaformec en capacité d'être validé pour notre EPP puisque la reconnaissance de la validation lui a été conférée pour quelques années encore !
Capacités de cet organisme :

- possibilité de validation en loco-régional de l'EPP
- accès à une bibliothèque médicale en ligne
- des associations régionales pour le lien M.G./Spé
- un organe de consolidation des formations (aide et prolongement)

Devant la loi H.P.S.T. quelques relectures s'imposent et notre bureau Unaformec, ces derniers mois, veille à ce que la F.M.C. faite par la profession ne disparaisse pas du paysage.

Martine Dubuc
Déléguée de l'AFPEP au Bureau de l'UNAFORMEC

Glossaire des sigles employés dans ce numéro

ACLiMSS : Association des CLiniciens du Médico-Social et du Sanitaire
AEP : Association Européenne de Psychiatrie
ALFAPSY : Alternative Fédérative des Associations de Psychiatrie
APA : American Psychiatric Association
ARS : Agence Régionale de Santé

ASPsy : Association Sénégalaise des Psy
CASP : Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
CME : Comission Médicale d'Etablissement
CMP : Centre Médico-Psychologique
CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté
CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français
EBM : Evidence Based Medicine
EDVIGE : Exploitation Documentaire et Valorisation de l'Information GÉnérale
EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles
EUFAMI : European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness
FMF : Fédération des Médecins de France
HPST : Hôpital, Santé, Patient et Territoire
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
SIUEERPP : Séminaire Inter-Universitaire Européen d'Enseignement et de Recherche en Psychopathologie et Psychanalyse
UEMS : Union Européenne des Médecins Spécialistes
UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques
UNAFORMEC : Union Nationale de Formation Médicale Continue
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
WPA : World Psychiatric Association