Sommaire du BIPP n° 6 - Octobre 1995

A l'offensive ! Jean-Paul Guittet

Vie syndicale - Etienne Roueff

RMO - Jack Forget, Antoine Besse

Brèves

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - Antoine Besse

Vie régionale

Courrier

L'air du temps - Jean-Jacques Laboutière

A l'offensive !

Jean-Paul Guittet

Madame le ministre nous a prévenu : des décisions seront prises avant la fin de l’année au terme du débat parlementaire sur la protection sociale et l’assurance maladie.

Il est clair que des mesures drastiques nous seront imposées.

La maîtrise médicalisée des dépenses de santé a montré ses limites avec les R.M.O. Le deuxième volet qui sera mis en place (codage des actes et des pathologies et dossier médical) entraîne pour notre spécialité des contraintes difficilement compatibles avec notre éthique professionnelle.

Le secteur optionnel, ce serpent de mer de la convention, est un leurre. Comment imaginer dans le contexte politique et économique actuel une revalorisation substantielle de nos actes ?

La psychiatrie libérale est réellement menacée.

Nous avons constaté, lors de nos Journées nationales à Vichy, consacrées à l’Adolescence, la richesse et la diversité de notre pratique.

Nous sommes responsables de la préservation de ce lien thérapeutique. Nous allons donc être encore plus offensifs et sensibiliser l’opinion publique par le biais d’une conférence de presse (le 8 novembre).

Nous demandons instamment à ceux qui ne l’ont pas encore fait, de signer le Manifeste et de participer à la souscription.

C’est avec votre soutien que nous pourrons être entendus.

Jean-Paul GUITTET
président de l'Afpep-Snpp

Vie syndicale. Document de synthèse sur l'exercice libéral en psychiatrie

Etienne Roueff

A propos de la protection sociale en France, nous sommes dans un contexte politique actif, puisqu'en cet automne 1995 un débat public est ouvert dans les régions puis "rassemblé" au parlement national en novembre, sur les deux versants de l'organisation de la protection sociale dans notre pays : le côté recettes et les discussions sur les modes de financement de la Sécurité sociale (entre autres...); le côté dépenses, ce qui concerne directement les praticiens, c'est-à-dire le renforcement de la "maîtrise médicalisée des dépenses de santé" et les éventuelles modi-fications conventionnelles à accélérer ou à promouvoir.

Sur ce dernier volet, à courte et moyenne échéance, des réserves s'imposent pour le moins, sur trois points essentiels :

1) préservation du **secret**, à propos de l'informatisation des données et de la mise en place du dossier médical (exactement : dossier médical et carnet médical), que Mme le ministre Élisabeth Hubert veut rapidement étendre à toute la population.

2) l'**indépendance** professionnelle du praticien face à l'accroissement des contrôles administratifs, et particulièrement à travers le système des Références Médicales Opposables (RMO), critiquables en plus d'un point, et qui restreignent la liberté de prescription.

3) la difficulté extrême, sinon la quasi-impossibilité du **codage** des pathologies en psychiatrie : variabilité selon les sujets, et dans le temps, des symptômes; difficulté du consensus sur la nosologie; approches théoriques multiples et souvent antinomiques... Néanmoins une nosologie de base a pu et pourra être utilisée, mais elle est réductrice, peu précise et surtout "objectivante", ce qui va à l'encontre de la dynamique psychique du sujet. Par contre, pour le codage des actes, la nomenclature (NGAP), la psychiatrie est le champ spécialisé le plus simple: une seule lettre clé, le CNPSY pour toute consultation.

Ainsi s'il n'est pas question de refuser l'informatisation, fait de notre époque, cet outil doit être adapté à notre pratique particulière qui englobe toute la personne, n'exclut ni l'organique, ni le relationnel, ni l'environnement familial et social, en un mot une pratique fondée sur le **"lien"**.

Dans le domaine de la **Psychiatrie**, il y a lieu de faire plusieurs réserves sur les modalités des RMO qui s'appliqueront bientôt à toutes les prescriptions de psychotropes (la RMO sur les antidépresseurs est sur le point d'être rendue publique). De plus, si les RMO ont un but pédagogique et informatif, destinées avant tout aux médecins généralistes, principaux prescripteurs de psychotropes, elles ne mentionnent jamais la nécessité d'une écoute et d'une acuité clinique particulière nécessaires dans ce genre de pathologies : comme si les méthodes psychothérapiques n'existaient pas, comme si les prescriptions médicamenteuses n'étaient pas plus efficaces et mieux tolérées accompagnées d'une écoute et d'une parole, comme si dans ces pathologies il n'y avait que des médicaments à prescrire... alors que le but avoué des RMO est de prescrire moins !!

Au delà, et sur le fond, la psychiatrie libérale a créé par son essor et son implantation dans les villes, depuis 25 ans, une nouvelle offre de soins pour recevoir une population de plus en plus large, qui peut désormais

accéder aux thérapeutiques psychiatriques. Ce cadre nécessite une souplesse, une confidentialité et une formation spécifique des praticiens, gages de l'efficacité et de la qualité des soins.

Il est certain que ces caractéristiques sont peu compatibles avec des systèmes de contraintes standardisées telles que les RMO, qui seront aggravés bientôt, dans leur aspect anonyme et froid, par le codage informatisé des pathologies.

Se pose ensuite un autre problème spécifique à la psychiatrie libérale, la nécessité d'un **suivi régulier et prolongé,** en particulier dans les traitements psychothérapiques. Il faut souligner que chaque consultation, chaque séance de psychothérapie a son importance (quantitative : temps, et qualitative : maillon d'un processus dynamique en cours) et sa densité clinique; ainsi la qualité de chaque acte et l'enchaînement nécessaire dans la durée ont autant d'importance pour le soin du patient dans un processus psychodynamique de psychothérapie, dans une séquence de thérapie comportementale, ou dans la prescription et le suivi d'un traitement médicamenteux, ou même dans la mixité de ces conduites thérapeutiques (pédo-psychiatrie, co-thérapie, etc...). Cet état de fait complexe impose une nomenclature simple et unique : le CNPSY actuel, s'il était toutefois revalorisé, peut ainsi rémunérer tout acte en psychiatrie. Il serait donc néfaste de vouloir différencier dans la spécialité de psychiatrie des actes lourds et légers, dans le but par exemple de pallier l'absence d'actes technologiques qui existent dans la plupart des autres spécialités.

Enfin le **dossier médical** mérite aussi une réflexion particulière : son informatisation devrait accroître la confidentialité par rapport aux écrits lisibles par tous; toutefois les recommandations de la CNIL devront être suivies scrupuleusement (possibilité pour un patient de refuser l'inscription codée de sa pathologie et l'accès à l'information par le patient en corollaire de l'impossibilité d'accès pour tout autre que le(s) médecin(s) traitant et le(s) médecin(s) conseil).

Néanmoins le danger persiste dans le fait que le dossier informatisé peut potentiellement être source de contrôle accru sur l'activité du praticien et d'intrusion dans l'intimité du patient. En psychiatrie, nous sommes à la pointe de ce combat pour maintenir la notion de secret du sujet, fondement de l'identité de chacun. Quand bien même le secret pourrait être respecté par rapport aux non-médecins, le patient doit pouvoir être assuré d'un secret absolu (sauf auprès du médecin conseil). On sait combien, par exemple, le médecin de famille n'est pas neutre dans l'histoire des patients; si l'on veut que la parole soit libre pendant la consultation -c'est le levier de l'efficacité thérapeutique- le secret doit être respecté. Garants de ce secret, nous serons toujours opposés à tout ce qui pourrait l'atteindre. En conséquence le dossier médical doit être propriété du patient quitte à ce qu'il le dépose volontairement chez un médecin de son choix.

La psychiatrie libérale au delà d'un exercice de consultant et/ou d'expert, est avant tout une pratique ouverte et de large impact clinique; elle est fréquemment une médecine de première intention (ce qui exclut tout passage "obligé" par un médecin généraliste pour y accéder) dans une visée anticipatrice afin d'évincer, de "grignoter" au mieux les aliénations du patient et de travailler à son affranchissement et à son épanouissement.

Étienne ROUEFF
vice-président de l'Afpep-Snpp

Ce document est un des textes de base pour la conférence de presse du 8 novembre.

Réflexions au sujet des RMO

Jack Forget, Antoine Besse

I - RMO concernant la prescription des Neuroleptiques:

a) Au sujet de la prescription à titre préventif des correcteurs anticholinergiques, nous ne pouvons faire nôtres les réflexions du Professeur Ginestet (Hôpital Paul Brousse) parues dans le "Quotidien du Médecin" du 6 avril 1995 :

"La psychiatrie, appuyée par de récentes publications (American Journal of Psychiatry, décembre 1994) confirme que plus d'un tiers des jeunes patients présentent, en début de traitement, des dyskinésies aiguës avec le neuroleptique de référence actuel, l'Halopéridol : ces incidents, source d'anxiété, sont dissuasifs pour l'observance ultérieure, surtout en traitement ambulatoire. Ce qui était une option thérapeutique, liée à l'expérience de clinicien et conforme à l'éthique, devient illégal".

b) Prescription des Neuroleptiques eux-mêmes :

Il faudrait entrer dans les détails : un seul neuroleptique à visée antipsychotique en ambulatoire, est souvent insuffisant.

L'équilibre thérapeutique d'un patient à l'hôpital (dans le cocon de l'hôpital) et en ville, sont deux choses différentes:

En ambulatoire, on doit tenir compte de l'environnement, du stress, de l'angoisse générée par la vie à l'extérieur, des difficultés d'adaptation et de réadaptation sociale. Le malade est plus seul qu'à l'hôpital souvent.

D'où nécessité d'association et de potentialisation de plusieurs neuroleptiques dans de nombreux cas (cas lourds comme certains schizophrènes ou délirants chroniques hallucinés qui autrefois, ne sortaient pas ou peu de l'hôpital) et qui maintenant sont "extériorisés".

II - Prescriptions des Hypnotiques et des Anxiolytiques:

"Il n'y a pas lieu d'initier une prescription d'anxiolytiques et d'hypnotiques sans débuter par la dose la plus faible".

C'est une ineptie totale car souvent la dose la plus faible est inefficace. Nous savons tous que les patients attendent un résultat rapide, sinon ils perdent confiance et abandonnent le traitement.

III - Le suivi des Psychotiques :

"Les sels de Lithium sont réservés aux malades ayant un trouble maniaco-dépressif".

Ceci est en contradiction avec l'A.M.M. accordée par l'Agence du Médicament au Téralithe qui inclut les états schizo-affectifs.

Comme le dit encore le Professeur Ginestet "Entre les indications officielles accordées par l'A.A.M., les fiches de transparence, les conférences de consensus et les RMO, des contradictions surgissent : Qui est dans le vrai ?" "Qui arbitrera ?"

Il faut absolument demander, dès maintenant, la révision de ces RMO.

La conférence de consensus des 13 et 14 janvier 1994 (ANDEM) dit elle même que “le médecin est appelé à rencontrer, à soigner, à suivre des sujets schizophrènes, et c’est au cas par cas, que le traitement devra être proposé, appliqué, adapté”.

Cette réflexion rend d’emblée caduque toute référence, toute recommandation “à priori” normative.

Donc beaucoup de bruit pour rien !!!??

Jack FORGET
Longwy

Extrait de la lettre envoyée à l’ANDEM par le docteur Antoine BESSE membre du comité de lecture

Remarques générales

Dans la clinique française on intègre l’aspect relationnel et l’aspect psychodynamique (contrairement aux positions anglo-américaines telles qu’elles s’expriment dans la littérature en langue anglaise) à l’approche chimiothérapique de la maladie dépressive.

- Le fait d’isoler l’abord médicamenteux du reste des autres moyens thérapeutiques est contraire à une pratique clinique reconnue. La prescription d’antidépresseur reste un pan du traitement.

- L’argumentaire est beaucoup plus nuancé que les recommandations.

Citons le professeur P.B. Schneider “regards discrets et indiscrets sur le médecin” Masson ed, 1991 “qui parle d’un médecin hémiplégique ne sachant plus marcher que sur sa jambe scientifique, celle de la relation humaine à son patient et de son utilisation thérapeutique étant paralysé”.

- Pourrait-on mieux le traduire dans les recommandations.

Docteur Antoine BESSE
Mantes la Jolie.

Rappel : pratique des RMO

Malgré notre position critique par rapport aux RMO voici quelques explications d’utilisation pratique.

1) Signaler R ou HR obligatoirement sur l’ordonnance (en haut) et sur la feuille de soins (case CNPSY).
Pour nous psychiatres :
R : prescription de neuroleptiques, lithium, hypnotiques et tranquillisants. HR : tous les autres cas même s’il n’y a pas d’ordonnance.

2) Le contenu (les paragraphes 1, 2, 3, 4...) dans le guide des RMO doit nous servir d’auto évaluation pour éliminer ce qui est «redondant, inutile ou dangereux».
Vous serez jugés et éventuellement sanctionnés sur cela, après deux mois d’observation et de pratique non conforme répétée... Vous pourrez toujours vous justifier médicalement après-coup devant le CMPL (comité médical paritaire local) de votre circonscription de caisse, composée uniquement de médecins. Quelques

dizaines de médecins ont déjà été sanctionnés en France en 1995.

3) Pour modifier les RMO qui ne vous conviennent pas il faut écrire à votre CMPL. Celui-ci enregistrera vos critiques et les transmettra, s'il les juge valables, au CMPN (comité médical paritaire national) qui pourra alors les modifier.
Cela a déjà été efficace deux ou trois fois...

A vos plumes !

Brèves

Suivant l'enquête annuelle du CREDES, **24 % des personnes** interrogés renoncent aux soins parce que le remboursement est limité.

xXx

Le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Bruno Bourg-Broc affirme à propos d'une hausse des dépense de santé «Une convention sans sanctions n'est pas une convention». Le Quotidien du Médecin du 3 octobre 1995. Les 13 et 14 novembre aura lieu le débat annuel sur la Sécurité sociale lors de la session parlementaire.

xXx

Au 1er janvier 1996, les patients seront remboursés à **100 % d'une seule consultation par trimestre** en Allemagne.

Le gouvernement allemand vient de voter la modification du remboursement des consultations.

xXx

Le C.N.P.F. propose au gouvernement que le nombre de médecins conventionnés ne soit plus égal au nombre de diplômés. Le conventionnement serait lié à l'acceptation d'une régulation efficace des dépenses.

Rappel : c'est déjà comme cela que fonctionnent les médecins allemands !

Actualité de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA)

Antoine Besse

P.E.A. DERNIÈRES MINUTES

1. Réunion à Utrecht le 16 septembre 1995 de la Section de l'UEMS* Enfant et Adolescent de Psychiatrie Psychothérapie (C.A.P.P*.) où notre représentant à été élu pour 4 ans. Sa mission consiste à affirmer la position française :

- une pratique où l'abord polyvalent, quelque soit l'âge, reste possible

- une formation avec un tronc commun de psychiatrie adulte, la formation concernant les enfants et adolescents complétant celle-ci. (Prochaine réunion en juillet 96 en Finlande.)

L'an dernier, l'UEMS a pu empêcher en Espagne, la création non concertée d'une spécialité P.E.A. ouverte aux pédiatres comme aux psychiatres. En France la même menace de séparation, psychiatrie enfant-adolescent et psychiatrie adulte en 2 spécialités, est très présente (à suivre !)

2. Des difficultés exemplaires sont, depuis plusieurs mois, le lot des psychiatres salariés associatifs d'un intersecteur de Nîmes menacés de déconventionnement par la direction du CHU. Le S.N.P.P. avait organisé une réunion le 30 juin 1995 à Nîmes où étaient réunis autour de notre délégué Nîmois J.C. Goujon, le délégué régional J. Coron et moi-même.
L'ensemble des psychiatres publics et privés associatifs concernés était présents. Une pétition circule signée et soutenue par les psychiatres des hôpitaux. Elle est à votre disposition au secrétariat.
Pendant l'été parallèlement, un des psychiatres publics qui nous soutenait a été «muté» à Béziers alors que la Commission Nationale Paritaire l'avait désigné au poste de médecin chef de l'intersecteur Nîmois.
Une lettre au ministre a également été envoyée ensuite.
Nous continuons donc notre action car rien n'est réglé bien que le déconventionnement ait été stoppé. D'autres confrères sont menacés (situation proche dans d'autres départements : Val de Marne etc....) Ecrivez-nous de chaque département où une pareille situation existe !

3. Nous continuons, conjointement avec 3 autres syndicats de psychiatres salariés (SPF, CGC, UMESPE), les rencontres avec les Ministères concernés, en vue de la reconnaissance des rôles de médecin coordinateur de l'équipe soignante (établissement Annexe XXIV). Nous soutenons également notre argumentation sur la nécessité d'un texte réglementaire unificateur concernant les institutions sociales ouvertes à l'accueil de pathologies psychiatriques lourdes.
Pour cela les trois syndicats ont demandé un rendez-vous au ministère (Voir plus bas).
Nous en reparlerons avec plus de détail dans le prochain BIPP.

4. Nous allons réclamer la création d'une Commission Nationale pour examiner les cas des psychiatres privés ayant toujours travaillés dans le secteur hospitalier ou public et qui sont pris dans les refontes du système hospitalier (à suivre).

Antoine BESSE
secrétaire national P.E.A. et Psychiatrie salariée.
délégué UEMS section CAPP.

* Union Européenne des Médecins Spécialistes.
* CAPP Child and Adolescent psychiatry and psychotherapy.

Vie régionale : "AME"

Création à l'initiative de médecins libéraux, psychiatres et non psychiatres, réunis autour de l'A.F.P.E.P. Languedoc-Roussillon. (Loi 1901)

Cher Confrère,

Pas de médecine sans «AME»!
Des médecins au service de la Médecine vous appellent.

Si vous considérez que votre Art, éminemment subjectif, est menacé...
Alors, que pouvez-vous tolérer ?
RMO, carnet de santé, codifications, saisies informatiques, sont-ils, oui ou non, compatibles avec votre Éthique ? Celle-ci suppose à l'évidence que vous soyez économe des deniers publics, mais accepterez-vous d'être contenu, contraint, surveillé, limité, là-même où pour vous, il n'y a que doutes, scrupules, inquiétude et responsabilité ?

Chaque année, l'association organisera une journée d'étude pour interroger cette dimension fondamentale de notre pratique.

Désormais, vous n'êtes plus seul. Pour défendre votre Art, une association loi 1901, fondée par des médecins libéraux, vous invite à soutenir son initiative par votre engagement.

Au cas où la pratique de votre Art serait entravée quant à l'Éthique qui la fonde, cette Association se mettra à votre disposition.

Adhérez. ***Adhérez massivement. Faites connaître notre Appel****.*
Des réunions départementales seront organisées dès que possible.

Confraternellement.

Extrait du préambule de fondation

Le plus signifiant est que l'Éthique de la médecine ait en quelque sorte précédé sa naissance 377 ans avant Jésus-Christ, Hippocrate en avait énoncé les principes et Maïmonide (1135-1204) les confirma dans son Guide des Égarés.
Mais il s'agissait là d'une déontologie, non encore d'une Éthique à proprement parler. Car l'Éthique n'est pas la morale. Propre à chaque UN, elle n'est d'aucun collectif, mais régule pour chacun la manière d'en découdre avec sa subjectivité, la question de son désir comme celle du bien d'autrui

> Tel est l'Éthos, soit l'Éthique comme impliquant la structure du sujet, mais ne concernant aucun code. L'Éthique, non sur le versant des moeurs mais sur celui du séjour dans la proximité de l'Être, ne relève d'aucun décret, car il ne saurait exister un modèle de l'Étre. L'énigme de l'Être, en souffrance qui plus est, parce qu'excentrique à toute signification, ne relève d'aucune normalisation.

Que les médecins d'exercice libéral exigent le respect de leur Éthique suppose que cette dimension de leur pratique trouve sa pertinence pour chacun d'entre eux. **Cette dimension impose, qu'individuellement, le**

médecin interroge, sans lassitude, son rapport au temps, à l'argent, à son pouvoir, aux frustrations induites par ses échecs, sa relation avec ses confrères, son inquiétude d'en faire trop ou pas assez...
A défaut d'une telle vigilance, il subira les effets d'encadrement qui aujourd'hui le menacent dans son rôle, donc dans son efficience. Les droits ne vont pas sans devoirs...

Les membres fondateurs, les Docteurs:
Jacqueline Alquié, Hervé Bokobza, Christine Bourié, Joëlle Coron, Joséphine et Bernard Grimaud, Paul Lacaze, Marc Levy. Courrier à adresser au président, Dr Marc Levy,
7, rue Labbé, 34000 Montpellier
tél. 67 64 06 06 - fax : 67 22 30 31

Courrier : l'AFPEP-SNPP fidèle à ses engagements éthiques soutient le collectif Psy issu de la déclaration d'Avignon

Nous publions ici quelques extraits de la lettre accompagnant la pétition.

«RÉSISTANCE CITOYENNE»(1)

Depuis le 20 juillet 1995(2), des collectifs de citoyens, des délégations appartenant à des professions diverses (Éducation nationale, artistes, scientifiques, philosophes, médecins, etc.) ainsi que des élus se sont manifestés nombreux pour soutenir la Déclaration d'Avignon(3).

En continuité avec ce mouvement fédéré par la grève de la faim effectuée au mois d'août 1995 par cinq artistes(3) pour défendre la libération réelle et totale de Sarajevo et l'existence d'un Etat Bosniaque uni, démocratique, pluri-culturel, pluri-éthnique et pluri-religieux, un collectif de psychiatres, psychologues, psychanalystes, et de praticiens du champ social et psychique s'est constitué.

Une délégation de six d'entre-nous(4) a été reçue le 31 août 1995 à l'Élysée par un chargé de mission auprès du président de la République sur le problème de l'ex-Yougoslavie. Au cours de cette entrevue, une lettre spécifique à notre profession a été déposée à l'intention du président Jacques Chirac.
Nous souhaitons à partir de cette lettre nous adresser à l'ensemble de nos professions et solliciter une prise de position de ces dernières face aux crimes commis au sein de l'ex-Yougoslavie.

Une pétition est à votre disposition au siège de l'A.F.P.E.P. , demandez-là pour la faire circuler.

(1) expression utilisée par le philosophe Francis Jeanson lors de sa lettre aux grévistes de la faim de la Cartoucherie en août 1995.
(2) La Déclaration d'Avignon publiée le 20 juillet 1995 a recueilli actuellement plus de 12 000 signatures. Elle a été écrite en écho à la Déclaration de "Sarajevo libre et uni" signée en août 1994 par 200 000 citoyens de Sarajevo (2/3 de la population) à l'initiative du cercle 99 de Sarajevo.
Une deuxième déclaration a été diffusée le 10 septembre 1995 à Sarajevo par le cercle 99 et le "conseil des intellectuels bosniaques" après l'accord de Genève du 8 septembre 95. Cette deuxième Déclaration réactualise la première et définitive plate-forme des principes démocratiques indispensables à la reconstitution de la Bosnie-Herzégovine. Des rassemblements ont lieu tous les mois, le dimanche après-midi à la Cartoucherie de Vincennes pour faire le point des initiatives en cours dans différentes villes de France, et au sein de chaque profession, ainsi que des objectifs de coopération future avec la population bosniaque (aide à la reconstruction, jumelage, etc...) Pour tous renseignements téléphoniques, téléphoner au : 41 74 98 37.
(3) Maurice Guerin à Pau s'y était associé.
(4) Lucien Melese - psychanalyste Paris, Michel Loustalot - psychiatre Montreuil, Régine Herzberg-Poloniecka psychanalyste psychosomaticienne psychiatre Paris, Michèle de Graeve psychologue Hôpital Maison Blanche, Syndicat National des Psychologues, Michèle Bouvard psychologue Etampes; Sarah Makowski-psychologue Paris.

L'air du temps

Jean-Jacques Laboutière

Première Université d'été de la C.S.M.F.
Ramatuelle - 22 au 24 septembre 1995

Que faut-il retenir concrètement de ces journées, et en quoi nos pratiques quotidiennes risquent-elles d'être modifiées à court et à moyen terme ? Quel bilan peut-on faire après-coup de cette université d'été ? Je vous livre, pour conclure, mes propres réponses et quelques éléments de réflexion personnelle, qui ne préjugent pas du bilan officiel qui sera publié par la CSMF.

A. Modifications des pratiques

En ce qui concerne la pratique, quelques certitudes semblent d'ores et déjà acquises :

1. Perspectives générales

La maîtrise médicalisée des dépenses de santé n'est pas remise en cause. Le versant "maîtrise" va au contraire s'intensifier et souhaitons que ce ne soit pas trop au détriment de l'aspect "médicalisé".

Ce développement s'accompagnera d'une révision rapide de la nomenclature.

La place de l'hôpital dans le système sanitaire devrait également se modifier, avec un déplacement de l'activité favorable au secteur libéral.

La formation continue va s'intensifier, jusqu'à devenir obligatoire. On ne parle pas encore d'accréditation, sauf pour le secteur optionnel, dont on ne dit d'ailleurs pas grand chose.

Si le principe de la rémunération à l'acte n'est pas remis en cause, l'idée d'un tiers payant généralisé s'affirme.

L'informatisation des cabinets devient une obligation, en dépit des résistances de la profession. Elle est supposée garantir une plus grande cohérence des informations et faciliter leur transmission entre médecins. Toutefois, au vu des nouvelles contraintes de gestion documentaire auxquelles seront soumis généralistes et spécialistes, certains posaient la question de savoir si ce n'est pas plutôt de secrétaires que d'ordinateurs dont les praticiens auront besoin car, si l'ordinateur est indispensable à maintenir les informations en bon ordre, il faudra du temps pour les saisir, particulièrement celles qui doivent apparaître sous forme codée. Or, il n'apparaît pas que les honoraires seront revalorisés au point de permettre d'engager du personnel supplémentaire. Les médecins sont invités à se regrouper : c'est peut être cette nécessité accrue de secrétariat qui imposera ce mouvement.

Notons enfin que ces modifications de pratique supposent implicitement que deux principes fondamentaux de la pratique médicale soient remis en cause.

D'une part, la notion de "secret partagé" évolue : jusqu'à présent le partage du secret médical se fondait sur l'intérêt du patient. C'est le patient, éclairé par son médecin, qui restait juge de son intérêt de divulguer ou non une information médicale le concernant. La coordination des soins impose de passer à la notion de "secret partagé obligatoire" : dans ce cadre, la vertu n'est plus le silence mais l'exhaustivité de la

communication des informations “pertinentes”. Il ne fait pas de doute que nous aurons de nombreux débats autour de cette question du “degré de pertinence” des informations à transmettre, en fonction de leurs destinataires, et il sera très utile que le Conseil de l’Ordre vienne clarifier cette question. Mais, sans en remettre le principe en cause, soyons au moins conscients que nous passons de ce fait d’une éthique médicale à une logique d’assureurs.

D’autre part, nous voyons s’amorcer ce qu’on appelle en droit un “renversement de la charge de la preuve”, d’ailleurs explicitement souhaité par les économistes dans leurs exposés. En cas de pratique atypique, ce sera dorénavant au praticien de faire la preuve que sa pratique se justifie médicalement, et peut-être économiquement, et non plus à la société de prouver que cette pratique ne se justifie pas. En d’autres termes, il n’y a plus de présomption d’innocence, c’est-à-dire, appliquée à la médecine, de présupposition qu’une atypicité de pratique s’explique, a priori, par l’intérêt singulier du patient. Il se peut que ce soit un point de vue réaliste mais il est évident que cela ne pourra que renforcer la technicisation de la médecine.

Indépendamment de la question de leur nécessité économique, observons que la confiscation du droit au secret du patient, de même que l’obligation faite au médecin de pouvoir à tout moment justifier de ses actes, convergent vers une accentuation de la réification du malade. Je redoute fort que ce ne soient pas les recherches en “quantification de la qualité de la subjectivité”; qui nous ont été présentées dans ces journées, qui renversent cette tendance. C’est pourquoi, il me semble qu’une question fondamentale se pose, que je me suis permis d’introduire dans un des débats : “nos patients auront-ils encore le droit de venir nous consulter uniquement parce qu’ils sont malades, ou faudra-t-il désormais qu’ils aient une maladie pour prétendre bénéficier de soins ?” Les confrères ont entendu la nuance, mais elle était inconcevable pour les économistes qui ont traité le propos de “considération psychanalytique hors-sujet”. En quoi il est au moins clair que nous ne parlons pas du même sujet.

2..Le généraliste

La place du généraliste va se modifier considérablement à très court terme : tout patient devra désigner un médecin généraliste.

Ce dernier sera le détenteur du dossier médical du patient et, de fait, le coordinateur des soins, même si le patient garde l’initiative de consulter un spécialiste de son choix.
Outre la centralisation des informations dans le dossier du malade, il devra remplir de nouvelles missions, visant collectivement sa clientèle, et non plus un patient singulier : prévention et épidémiologie. La question de savoir s’il sera rémunéré pour cela n’est pas clairement tranchée.

Enfin, il est invité à reprendre une place prépondérante dans la prise en charge de l’urgence.

3. Le spécialiste

S’il garde le droit de recevoir directement le patient, le spécialiste sera pour sa part soumis à une obligation de rendre compte de chaque acte au généraliste.

L’impact de cette obligation sur la pratique sera très variable selon les spécialités. Cela ne modifiera probablement rien dans la plupart des cas, mais peut radicalement changer les pratiques dans certains domaines.
Ainsi, par exemple, les pédiatres, les gynécologues proposent des soins que le patient peut également trouver auprès de son généraliste : de nouveaux rapports, basés sur des missions plus spécifiques, vont-ils s’établir entre ces spécialistes et le généraliste ?

Qu’en sera-t-il, par ailleurs, des médecins d’exercice particulier comme les homéopathes ou acupuncteurs : vont-ils devenir des spécialistes à part entière ou rester dans le champ de la médecine générale en acceptant

de tenir le dossier du patient ?

Et, puisque j'en fais partie, je pense aussi aux psychiatres psychothérapeutes : faudra-t-il rendre compte de chaque séance de thérapie et, surtout, qu'en dire quand on sait qu'il s'en faut de beaucoup pour qu'un mouvement psychologique se dessine à chaque séance ?

B. Qu'a apporté cette université d'été ?

Pour ma part, je pense que ces journées sont un succès au moins sur deux points : tout d'abord, en ce qui concerne la liberté de parole des participants, la qualité des intervenants et la densité de la réflexion; ensuite, dans le fait de pouvoir se rencontrer et parler à bâtons rompus, aussi bien entre représentants de la CSMF de divers départements qu'avec les économistes de santé ou les responsables du ministère et des caisses. C'est surtout cette facilité de converser librement avec ces derniers, dont on ne lit habituellement que les discours officiels, qui m'a paru extrêmement féconde, même si c'est au prix de perdre une certains naïveté quant à la manière dont ils nous considèrent.

En revanche, sans parler d'échec, cette université d'été confronte brutalement à l'inconcevable complexité du problème économique, et fait un peu désespérer des solutions. Il est clair que beaucoup, parmi les économistes, ne croient pas à la réussite de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, même s'ils s'y intéressent du fait de son caractère profondément original. Certains affirment sans hésitation que le seul et unique modèle réaliste est le modèle anglais. Madame Elisabeth Hubert n'a pas caché que le pouvoir n'est pas unanime à la soutenir. Les responsables des caisses, quant à eux, sont finalement peu sortis, en public, du discours officiel. Enfin, il est clair que les collectivités locales ne jouent généralement pas le jeu de l'aide sociale, et se moquent des conséquences de cette négligence sur l'économie de la santé.

En dépit de l'intérêt incontestable des débats et de l'investissement des participants dans la réflexion, il se dégage donc un sentiment diffus d'impuissance. Sentiment d'autant plus amer qu'il faut bien avouer, au risque de ne pas paraître très confraternel, qu'on se rend très vite compte en bavardant avec les collègues dans les couloirs, que les bonnes pratiques médicales sont finalement la règle partout, sauf dans trois régions : Paris, Lyon et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Le mode de représentation départemental de ces journées accentuait sans doute cette vision, peut-être un peu radicale, mais il est vrai que l'on ressent nettement une lassitude émanant des départements comparables au notre, d'avoir à payer pour les inconséquences de pratique dans les très grands centres urbains. C'est sans doute une raison supplémentaire d'adhérer, sur le fond, à la politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Jean-Jacques LABOUTIERE
Psychiatre - Mâcon - Saône-et-Loire