Sommaire du BIPP n° 62 - Mai 2012

Éditorial Michel Marchand

Assemblée Générale 2011

- **Rapport d'activité** Élie Winter
- **Rapport moral et d'orientation** Michel Marchand
- **Élections des délégués au Collège National**
- **Motions**

Le mot de la rédaction Thierry Delcourt

Augmentation du CNPsy

Convention P4P Patrice Charbit

Avenant 2 Claude Gernez

Données de santé informatisées Claire Gekiere

La loi du 5 juillet 2011 déclarée partiellement inconstitutionnelle Patrice Charbit

Lettre ouverte au Président de la République

Pour une psychiatrie de la parole Jérémie Sinzelle

Tribune libre

Pour une bonne pratique ... du secteur 2 Françoise Coret

Comment la psychothérapie vient au psychiatre Françoise Labes

Lettre ouverte aux adhérents de l'AFPEP - SNPP Philippe Ledoux

Avis Patrick Stoessel

Au-delà des recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant l'autisme Claire Horiuchi

Editorial

Michel Marchand

Nouvelle donne

Avec le changement intervenu à la tête de l'État s'ouvrent de nouvelles perspectives, y compris dans le champ de la santé.

Après des années où nous avons dû résister à la démolition du soin en psychiatrie, contrer des textes de loi inappropriés et nous opposer à l'instauration de protocoles administratifs, et protester contre le démantèlement de la solidarité nationale relevant de l'Assurance Maladie, nous garderons la plus extrême vigilance pour que soient enfi n pris en considération notre mode d'exercice et son indépendance, sans ingérence administrative ou politique.

C'est dans ce sens que nous avons adressé une lettre ouverte au Président de la République, sollicitant la mise en place d'une vraie politique de santé en la matière.

Notre dernière Assemblée Générale a déterminé les orientations de l'AFPEP - SNPP, l'avant-veille de la mise en oeuvre du modeste ajustement du CNPsy, obtenu de haute lutte. L'indispensable mise à niveau de la consultation psychiatrique reste pour autant d'actualité, et notamment en pédopsychiatrie. La révision, sans cesse reportée, de la nomenclature des actes cliniques sera le moment de faire valoir cette revalorisation, l'unicité de notre acte de consultation et le retour à l'accès spécifi que pour tous.

Nous avons décidé de suspendre notre affiliation à la FMF qui a signé la nouvelle convention dont nous récusons fondamentalement deux dispositifs : le P4P et l'avenant 2.

Le paiement à la performance est un principe inacceptable en ce qu'il nie notre indépendance dans nos choix thérapeutiques et notre éthique du soin : nous avons rappelé à la CNAM notre opposition et exigé que l'Assurance Maladie donne, à tout moment et donc sans date butoir, droit à nos collègues qui manifestent leur refus du P4P.

L'avenant 2 prévoit de lourdes sanctions financières pour les récalcitrants à la télétransmission : nous avons également demandé à l'assurance maladie de maintenir le libre choix du mode d'établissement des feuilles de soins, admettant le principe d'une participation financière aux feuilles papier mais en refusant catégoriquement toute disposition de sanction.

Dans notre pratique quotidienne nous savons l'importance de préserver notre indépendance professionnelle : l'imposture de la HAS dans sa récente position sur la prise en charge de l'autisme, l'organisation des « territoires de santé » prévue par le plan de psychiatrie santé mentale, et les récents textes de loi - et en particulier la loi du 5 juillet 2011, retoquée partiellement par le Conseil Constitutionnel - en donnent toute la mesure.

Tenant bon sur cette ligne, nous serons en mesure de défendre la conception que nous avons de notre métier et de transmettre les enseignements de notre pratique. Vous êtes nombreux à nous avoir rejoints et c'est un bel encouragement pour le Bureau, reconduit dans ses fonctions par le Conseil d'Administration de l'AFPEP - SNPP pour tenir le cap ainsi fixé.

Rapport d'activité

Elie Winter

Dans le BIPP de juin 2011, j'écrivais un article intitulé « 2011, année charnière pour la psychiatrie ». J'aurais tant aimé me tromper. De fait j'étais en fait bien en dessous de la réalité !

Il y a eu des dossiers annoncés : la révision de la loi de 1990, la nouvelle convention médicale, le titre de psychothérapeute, le plan de santé mentale, le DPC...

Et puis il y a eu les perles de l'actualité : HAS et autisme, P4P, les menaces sur la formation initiale des internes en psychiatrie. Sans compter le souci constant de ne pas se laisser déborder par l'actualité, de continuer à travailler, à ce que l'AFPEP ait ses propres productions, rendre compte de sa pratique pour éviter d'être toujours dans la position de rendre des comptes.

Le tout en veillant aussi au fonctionnement institutionnel de l'AFPEP - SNPP, qui avait donné lieu à des Assemblées Générales mouvementées en 2010 et 2011. J'espère que nous pourrons aujourd'hui démontrer que ces tensions ont été dépassées, sans doute en veillant à nous concentrer sur le travail à faire qui a suffi à nous occuper.

Je dois donc vous faire ce matin un rapport d'activité, qui ne pourra qu'être partiel, tant nous avons eu à faire. Ce que je n'aborderai que rapidement pourra donner lieu à discussion bien entendu, il me faut faire des choix.

Commençons par l'AFPEP, parce que c'est le coeur de notre pratique, l'aspect le plus positif, celui qui nous rapproche de la clinique.

Les Journées Nationales : à Amiens cette année sur le thème « Violence(s) », le travail nous a ramenés sur le terrain de ce que la psychiatrie a à apporter de spécifi que, qui nous différencie de la criminologie, de la police, de la prison. Nous continuerons en septembre prochain à Bordeaux à faire valoir notre conception du « Soin » au moment où la HAS cherche à en donner une définition qui ne nous correspond pas. Et l'an prochain à Lyon, « Résistance » est déjà tout un programme. Merci à Jean-Louis Planque, Béatrice Guinaudeau, Michel Jurus et Thierry Delcourt.

Nous avons soutenu le colloque important de Cerisy-la-Salle en juin 2011, sur l'empathie, grâce à la persévérance d'Antoine Besse, et ceux qui ont lu le compte-rendu paru dans le BIPP ont mesuré l'écart entre ce concept trop vulgarisé et ce qu'un travail approfondi peut nous en montrer.

Nous avons bien sûr continué le travail avec ALFAPSY et la WPA, tant pour le 1er Congrès International Francophone de Psychiatrie Transculturelle à Paris, que pour les congrès de Sousse, Genève, Budapest, Buenos Aires, et la préparation des ambitieuses Journées ALFAPSY de Montpellier en juin prochain. Ce travail mené par Antoine Besse et Paul Lacaze est capital pour la représentation internationale de la psychiatrie française, et la défense du courant de la psychiatrie de la personne dont le poids à la WPA mérite d'être soutenu. Nos engagements scientifi ques sont la base de la crédibilité syndicale.

La formation initiale et continue : les internes ont sollicité cette année la FFP sur la question de la psychothérapie. Car nous le savons, la formation initiale en psychiatrie fait l'impasse sur la psychopathologie, alors même que le titre de psychothérapeute leur est accordé sur simple demande. Cela a été l'occasion pour eux de chercher à faire évoluer l'enseignement.

Les internes ont trouvé un soutien important à l'AFPEP pour défendre cet aspect incontournable (mais pas exclusif) du métier. A Paris, le séminaire d'échanges de pratiques clinique a cherché à répondre à leurs attentes. La FFP leur proposera dans quelques semaines une journée intitulée « Comment la psychothérapie vient au psychiatre », et nos représentants à la FFP ont été déterminants dans ce projet. Merci à Jean- Jacques Bonamour du Tartre et Françoise Labes.

Concernant la formation continue, l'enjeu du DPC (développement professionnel continu) commence à se préciser, mais n'est pas encore applicable.

L'AFPEP devrait remplir les conditions de validation de l'essentiel des formalités exigibles, mais les modalités exactes ne sont toujours pas connues. Ce sera un dossier majeur de l'année à venir.

Côté formation continue, l'engagement de l'AFPEP à l'UNAFORMEC nous a posé de graves questions, à aborder cet après-midi, puisque cet organisme nous a beaucoup coûté, mais rien apporté, et rien n'indique qu'on puisse en attendre plus dans l'avenir.

Le DPC a été cette année un enjeu d'une nouvelle division de la psychiatrie, opposant la FFP et le CNQSP. La FFP défend une approche formative face au CNQSP plus normatif. A titre d'exemple, le CNQSP propose une standardisation de nos échanges de courriers avec les médecins généralistes, absurdité qui vide de sens nos pratiques.

Les alliances de l'AFPEP - SNPP ont trouvé tout leur sens dans ce combat. Et les seuls soutiens du CNQSP ont été le SUP et le SPF.

J'en viens donc à notre action syndicale. Cette dernière année de mandat présidentiel a été le temps de tous les passages à l'acte. D'abord avec la loi du 5 juillet 2011, dont nous avons largement rendu compte dans le BIPP. L'application en est délirante. J'ai eu l'occasion ce mois-ci de rencontrer Marisol Touraine, députée PS et possible future ministre des Affaires Sociales, qui dit avoir lutté contre cette loi, et être surprise de constater que finalement, l'intervention du juge ne pose pas tant de problèmes. Voilà bien une vision comptable des choses : oui, les juges ont réussi à donner des conclusions sans saturer les tribunaux. Mais nous en sommes à l'heure du constat : des patients ont été « libérés » mais essentiellement pour vice de forme et ont été réhospitalisés sous contrainte dans l'heure. Ces nombreuses mainlevées d'hospitalisation sous contrainte ne refl ètent pas un large usage des privations abusives de libertés dont la psychiatrie est accusée. Par contre, les privations de libertés en ambulatoire avec programme de soin ont été créées, se développent à toute vitesse, comme l'ultime avancée de l'organisation des soins. Un scandale sanitaire est en cours, et les psychiatres privés commencent à y être confrontés. Le SNPP a pourtant lutté avec ses alliés du CASP, en rencontrant les députés et sénateurs, mais nous n'avons pas pu défendre les libertés des patients en psychiatrie contre la volonté de la direction de l'UNAFAM qui s'est imposée même à la FNAPSY.

De nouvelles QPC vont cependant amener à réviser très prochainement la loi, et nous espérons que l'expérience de ces derniers mois permettra de corriger la précipitation des épisodes précédents.

Le plan de santé mentale nous a posé beaucoup moins de problèmes... et pour cause : c'est une coquille vide qui ne sera jamais appliquée. Nous avons cependant été aux réunions de concertation au Ministère. Ce simulacre dramatique n'a visé qu'à établir des « indicateurs » masquant qu'aucun moyen n'a été débloqué pour la psychiatrie, pour l'accès aux soins, pas même un effort de redistribution, de réorganisation. Nous devions y être, et je vous avouerai que l'enjeu pour nous a surtout été d'empêcher qu'on s'occupe d'attaquer la psychiatrie privée.

Les négociations conventionnelles ont été plus intéressantes. Michel Marchand et Claude Gernez ont participé directement aux négociations, via la FMF qui existait encore un peu, mais sans craindre de relancer des échanges avec les autres centrales. C'est ainsi que nous avons défendu l'augmentation du CNPsy, et que nous avons pu être la seule spécialité médicale à obtenir une augmentation. Nous avons refusé tout arrangement qui aurait consisté à une augmentation « à la marge » sur des actes très peu utilisés en pratiques tels que le C2. Là aussi, nous nous sommes démarqués de la concurrence syndicale !

Mais le loup nous attendait ailleurs, se révélant avec le paiement à la performance, et ses modalités d'inscription a priori que nous avons été, là aussi, le premier syndicat de psychiatres à dénoncer. Le fameux P4P auquel les médecins sont inscrits a priori est le successeur du CAPI qui demandait une inscription volontaire. La performance du médecin, c'est son taux d'informatisation, de télétransmission, de dossier médical informatisé voire partagé, d'ordonnances établies avec un logiciel spécialisé... et l'application des objectifs de santé de la CPAM défi nis avec la HAS. Le tout avec une hypothétique promesse de prime, qui ne sera effective que si vous remplissez suffi samment de conditions. Par exemple, la prime à la télétransmission est supprimée pour tous les médecins qui n'utilisent pas de logiciel de gestion de cabinet avec module de prescription.

Le SNPP a alerté durant tout le mois de décembre ses adhérents de la nécessité de s'opposer à ce principe du P4P, et les psychiatres ont été 15 % à refuser cette promesse de prime, contre 3 % des médecins. Nous avons désormais à continuer ce combat pour les « obligés du P4P », ceux qui ne se sont pas décidés à envoyer un courrier recommandé avant le 26 décembre.

Concernant la télétransmission, le SNPP a toujours lutté contre l'obligation de ce système. L'an dernier, un projet de taxation des feuilles de soin papier (50 centimes par feuille) a été retoqué devant le Conseil d'État. Voici venu la nouvelle offensive de la CPAM qui s'est précipitée pour faire un avenant n°2 à la convention, qui sanctionne lourdement les médecins récalcitrants. Le SNPP dénonce les centrales syndicales qui ont signé cet avenant. Nous nous sentons beaucoup plus proches d'un syndicat d'anesthésistes, le SMAER, qui a d'ores et déjà renvoyé cet avenant devant le Conseil d'État. Nous attendons le résultat de cette procédure.

Le titre de psychothérapeute issu de l'amendement Accoyer a lui aussi été mis en place, et là encore, nous avons été le premier syndicat de psychiatres à réagir contre ! Les autres se sont contentés d'informer leurs adhérents des modalités à suivre ! Nous avons été les premiers à souligner les risques de division de la profession, et à insister pour que le psychiatre soit reconnu comme psychothérapeute de fait, empêchant ainsi de pousser certains à se déclarer psychiatres nonpsychothérapeutes et à s'en sentir éventuellement même valorisés. L'USP et la FFP ont suivi notre impulsion. Nous rappelons notre mot d'ordre : ne pas s'inscrire sur les listes ! Il s'agit finalemende la même logique que la judiciarisation de la loi du 5 juillet : le gouvernement prétend vouloir défendre les droits des patients et crée une usine à gaz qui se retourne contre les patients et nuit au travail.

Je ne peux développer toutes nos actions cette année. Le rapport de la HAS contre les pédopsychiatres, le travail important de communication avec 3 BIPP et 14 Newsletters Caractères, le Séminaire d'Été à Montpellier en juin, les renouvellements des délégués régionaux, la vigilance sur la mise en application du DMP qui ne doit pas entamer le secret médical, ou encore la participation au soutien à Rafah Nached...

Cette action continue est le résultat d'un travail du bureau et du Conseil d'Administration tout au long de l'année, avec des réunions via Internet tous les 15 jours et des échanges de mails innombrables. Beaucoup se sont investis sans hésiter à bloquer des journées de consultations pour défendre nos positions à la FFP, au CASP, organiser des colloques comme à Grenoble, ou encore rencontrer les conseillers des ministres, des députés et sénateurs. Je remercie vraiment particulièrement cette équipe qui a encore besoin de s'étoffer.

Le résultat de toutes ces actions se fait sentir sur les retours des adhérents. Après notre campagne anti-P4P en décembre, nous avons reçu des dizaines de courriers sollicitant le syndicat pour de nombreux dossiers. Et fin mars, nous avons 27 % d'adhérents à jour de cotisation de plus que l'an dernier, avec une part importante de nouveaux adhérents (10%). Continuons donc !

Rapport moral et d’orientation

Michel Marchand

Dans un contexte général de division et d'affrontement auxquels les associations scientifiques et syndicats n'échappent pas, en psychiatrie comme ailleurs - et nous avons vécu cela de près - le Bureau actuel s'est attaché à nourrir le débat au sein du Conseil d'Administration comme avec l'ensemble de nos partenaires tout au long de cette année, qui a succédé à une période difficile, vous le savez. Nous nous sommes employés, pour notre part, à mettre en place les conditions d'un fonctionnement qui permette une libre circulation de la parole et de l'information.

Et je salue toutes celles et ceux qui se sont investis sans relâche tant dans le champ de la réflexion clinique que dans l'action syndicale qui s'y appuie. Le travail intense du Bureau, élargi à toutes les forces vives qui se sont manifestées, s'est inscrit, je le crois, dans le droit fil de l'histoire des quarante années de l'AFPEP - SNPP.

La défense inlassable des valeurs d'une psychiatrie humaniste a successivement buté sur le vote de la loi du 5 juillet 2011 puis sur les injonctions réglementaires de l'Assurance Maladie et enfin sur les recommandations

de la Haute Autorité de Santé, en attendant celles des Agences Régionales de Santé pressées de satisfaire, dans chacune de nos régions, les orientations définies par le Plan Psychiatrie Santé Mentale.

Les audiences au Sénat, les prises de position déterminées au nom du SNPP mais aussi en commun avec les autres syndicats, souvent sous notre impulsion, au sein du Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie, ont pourtant sensibilisé nos interlocuteurs à la dimension du soin. Reste, qu'une fois la loi votée, nous sommes censés répondre à des demandes de soins ambulatoires sans consentement, incompatibles avec notre conception de la relation soignante. Nous demandons l'abrogation de ce dispositif et plus généralement de cette loi.

Nos interventions auprès des différentes centrales syndicales, ainsi qu'à la table des négociations de la nouvelle convention, ont permis d'obtenir la seule revalorisation de cette convention : la consultation du psychiatre. Une modeste augmentation du CNPsy, qui attendra la tenue de notre Assemblée Générale pour être appliquée ! De même quelques améliorations accessoires en pédopsychiatrie et une cotation à 1,5 CNPsy pour les consultations sous 48 heures à la demande d'un médecin traitant ont été accordées.

Mais apparaît en même temps au coeur de cette convention cet avatar du progrès de l'administration adossé à des considérations supposées scientifi ques : je veux parler de ce mirobolant paiement à la performance, nommé P4P, comme si le fait de mimer les sigles anglosaxons était déjà un gage de modernité et d'effi cacité. Nous ne pouvons accepter cette perte d'indépendance professionnelle doublée d'un conflit d'intérêt manifeste.

Et vient s'ajouter, dans la liste des violences et ingérences faites à notre exercice, la proposition de loi interdisant la psychanalyse dans la prise en charge de l'autisme, précédant de peu les dernières recommandations honteuses de la HAS, dénoncées avec force lors du rassemblement de Montreuil il y a une semaine à l'initiative du Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire. Le règne de l'arbitraire coiffe tous les domaines, sous couvert de scientisme.

Que dire après cela du Plan Psychiatrie Santé Mentale ? Après une parodie de concertation, il s'agit de faire appliquer par les Agences Régionales de Santé la mise en place de « territoires de santé » visant à démanteler le secteur, à inclure tous les modes d'exercice dans la permanence des soins, voire les urgences, à réduire le champ d'intervention des psychiatres aux « pathologies psychiatriques avérées » selon la classification DSM, la souffrance psychique relevant dès lors d'autres prises en charge.

Ici comme ailleurs nous avons insisté sur les conditions qu'exige la pratique du soin : l'indépendance professionnelle, la confidentialité, le libre choix, le temps disponible avec pour corollaires son financement et une démographie suffisante de praticiens, enfin une formation recentrée sur la psychodynamique et la relation au patient.

Et la mise en oeuvre du Développement Professionnel Continu risque bien, si nous n'y prenons garde, d'échapper à son tour aux professionnels.

Sur tous ces fronts il nous a fallu marteler nos positions, informer la presse, publier Bulletins et Newsletters, rencontrer nos adhérents en région, les renseigner dans leurs demandes individuelles, et réagir dans un temps syndical très contraint.

Nos réponses syndicales sont possibles grâce au travail d'élaboration de l'AFPEP, disposant d'un espace temps plus souple mais d'une même densité, entre la réalisation des Journées Nationales d'Amiens, fort réussies, et la préparation de celles de Bordeaux, tout aussi prometteuses, ainsi que le Séminaire d'Été qui s'insèrera dans les Francopsies de Montpellier, sans oublier l'édition des numéros de Psychiatries.

Présente et active à la Fédération Française de Psychiatrie, à Alfapsy et à la WPA pour l'international, l'AFPEP défend ardemment la psychiatrie de la personne.

Après cette description d'une situation qui peut paraître pour le moins décourageante nous pouvons réellement nous demander vers quelle psychiatrie nous allons.

Quel intérêt y aurait-t-il en effet à exercer un métier que l'on voudrait réduire à l'application de protocoles, au traitement de « désordres », définis eux-mêmes par une nomenclature purement statistique, en ignorant ce qu'il en est de la souffrance psychique ?

Notre exercice aurait-il à se réduire à un périmètre limité par une nomenclature ? Devrions-nous accepter de faire entrer à tout prix, c'est-à-dire à bas prix, soignants et soignés dans des cases où il n'y aurait plus ni pensée ni rencontre, et donc plus d'effet ni de la pensée ni de la rencontre ? Les choix thérapeutiques devraient-ils être inféodés à la satisfaction de contingences administratives, sécuritaires et comptables ? Quelles perspectives s'offrent-elles aux praticiens de demain ? Quel est notre engagement possible, en tant que praticiens, dans la formation des internes ? Quelle est notre inscription dans le champ social de nos lieux d'exercice ? Serait-ce un combat d'arrière-garde que celui de l'humain, notion qui réapparaît enfin comme prioritaire dans les discours politiques tenus au seuil d'échéances électorales présidentielles et législatives ? Que sera demain pour nos patients ?

A toutes ces questions nous avons à répondre cet après-midi au cours du débat d'orientation de notre Assemblée Générale, et lors des Assises de la Psychiatrie qui devraient être organisées cet automne.

Nous avons à définir l'avenir de notre métier

- en évitant l'écueil de nous enfermer dans une nostalgie d'une pratique qui nous apparaît, après coup, bien confortable, et en nous préservant d'une opposition binaire en réponse aux provocations actuelles,

- en affirmant la spécifi cité de notre pratique d'exercice privé, notre fonction soignante première et les conditions qui permettent de l'exercer, que ce soit en cabinet de ville, dans les structures médico-sociales ou en clinique,

- en rappelant combien la psychothérapie est consubstantielle du soin en psychiatrie, l'articulation entre différentes approches ouvrant sur toutes les dimensions de la souffrance psychique,

- en orientant la formation initiale et continue dans ce sens,

- en inscrivant la singularité de chaque situation sans méconnaître la nécessaire organisation des soins au niveau de la collectivité,

- en revalorisant sérieusement l'acte de consultation, acte unique et d'accès direct pour tous.

Nous appelons pour cela nos gouvernants et nos législateurs à défi nir une véritable politique de santé pour la psychiatrie, avec les moyens afférents, et nous exigeons de l'Assurance Maladie qu'elle joue pleinement son rôle pour rendre les soins accessibles à tous et qu'elle noue un partenariat respectueux des professionnels de santé.

Mais auparavant je tiens à adresser tous mes remerciements pour le travail accompli depuis un an par le Bureau, élargi à tous ceux qui le souhaitaient.

Et j'appelle celles et ceux qui sont désireux d'apporter leur contribution à nous rejoindre. Pour défendre le présent et préparer l'avenir de la psychiatrie, nous avons besoin de tous. Et vous vous joindrez à moi pour remercier tout particulièrement nos fidèles et dévouées collaboratrices, Chantal, Marie et Évelyne.

Elections - Décisions prises

Renouvellement des Conseillers Nationaux

Sont élus pour trois ans

- Jérémie Sinzelle : 122 voix
- Claude Gernez : 120 voix
- Michel Marchand : 117 voix
- Élie Winter : 116 voix
- Liliane Irzenski : 114 voix

Est élue pour deux ans

- Alicia Bukschtein : 108 voix

Est élu pour un an

- Patrice Charbit : 108 voix

Nouveaux Conseillers

Jérémie Sinzelle. Je suis installé depuis fi n 2010 à Paris 15ème. Formé à Bicêtre Strasbourg et Sainte Anne, je m'intéresse à l'histoire de la psychiatrie et aux questions liées à l'évolution des idées et des concepts. Ma pratique est psychiatrique et psychothérapeutique, proche des écoles analytiques. Je travaille aussi à temps partiel en pédopsychiatrie au CMPP Delepine dépendant de l'Ugecam. Investi à diverses périodes de mon parcours dans des activités associatives (étudiantes) et syndicales (défense des internes), j'ai rejoint le SNPP tout récemment, dans le contexte de réforme de la convention, le rapport de la HAS et devant la désaffection des jeunes psychiatres pour l'installation, garante de l'indépendance d'esprit et la liberté dans la pratique clinique.

Liliane Irzenski A.I.H.P je travaille depuis 1979 en CMPP, auprès d'enfants en diffi cultés et leurs parents et en libéral depuis 83. La loi du 11/02/2005 qui prescrit l'inclusion de tous les enfants dans l'école, pour lutter, à juste titre, contre l'exclusion, n'en crée pas moins «Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées». Ce qui implique que beaucoup trop d'enfants aujourd'hui se trouvent stigmatisés «handicapés» à partir de leurs troubles de l'adaptation, qui ne sont, bien souvent, que des troubles imputables aux modalités de relation avec leurs proches. Notre fonction d'accompagnement thérapeutique se voit ainsi dévoyée et il convient de lutter pour donner à chaque enfant le temps nécessaire à sa construction et à son désir d'entrer dans les apprentissages ou de son insertion sociale.

Alicia Bukschtein. Diplôme de médecin, Université Nationale de Buenos Aires - Argentine (1977). C.E.S. de psychiatrie, Ministère de la Santé, Argentine (1981). C.E.S. de psychiatrie, Faculté de Médecine de Paris-Ouest, Université René Descartes (1986). Interne en psychiatrie, région Champagne-Ardenne, (1984 - 1988). Consultant en psychiatrie, Hôpital Fernand Widal, Paris (1984
- 1990). Praticien hospitalier à temps partiel à titre provisoire, IXe secteur de psychiatrie, (1989 - 1990). Installation en tant que psychiatre conventionnée secteur I dans la ville de Torcy (77200) depuis 1990. Membre de l'Association de la Cause freudienne (1991).

Décisions prises par l'Assemblée Générale

1 - Montant des cotisations 2013 :

- 3 premières années d'exercice : 175 €
- 4ème année et au-delà : 350 €
- membres associés, membres de soutien à l'AFPEP : 120 €
- membres honoraires et retraités : 215 €
- abonnement aux publications gratuit pour les internes, assistants et chefs de clinique.

Unanimité

2 - Le SNPP suspend son affiliation à la FMF

et poursuit ses échanges avec les centrales syndicales représentant les spécialités.
Unanimité

3 - L'AFPEP suspend son adhésion à l'UNAFORMEC.

Unanimité

4 - L'AFPEP confirme son engagement au sein de

la Fédération Française de Psychiatrie et le SNPP

adhère au Conseil Syndical de cette instance.

Unanimité

Motions

Motions relatives à la nouvelle convention

1/ P4P

L'éthique du soin et l'indépendance professionnelle, indissociables de l'acte du psychiatre, interdisent toute rémunération indexée à la satisfaction de critères autres que ceux de sa responsabilité vis-à-vis du patient. Aussi le SNPP s'oppose au paiement à la « performance » inscrit dans la nouvelle convention médicale, mode de rémunération qui relève d'un confl it d'intérêt manifeste.

Le SNPP exige que tout praticien ait la liberté de refuser à tout moment de s'engager dans ce dispositif et demande fermement à l'Assurance Maladie de faire droit aux refus signifiés par les médecins avant ou après la date dite butoir du 26 décembre 2011.

Le SNPP proteste contre la désinformation organisée par l'Assurance Maladie conduisant nombre de praticiens à une adhésion implicite à ce dispositif.

2/ Télétransmission

Le SNPP revendique le libre choix du mode d'établissement des feuilles de soins. Si le principe de la participation financière des praticiens au coût de la transmission des feuilles de soins papier est admis, celle-ci ne saurait être assimilée à une sanction. Le SNPP récuse toute disposition de sanction financière à leur encontre.

Le coût du fonctionnement (incluant la maintenance) de la télétransmission doit être totalement à la charge de l'Assurance Maladie, et celle-ci doit assumer la responsabilité pleine et entière de la sécurité et du secret médical.

3/ CNPsy

Le SNPP prend acte de la revalorisation du CNPsy à 37 €. Cette revalorisation ne dispense en aucun cas l'Assurance Maladie de l'indispensable mise à niveau de la rémunération de l'acte unique de consultation psychiatrique, en prenant tout particulièrement en compte la complexité de la consultation en pédopsychiatrie.
Le SNPP demande par ailleurs le retour à l'accès direct spécifique, sans pénalisation pour les patients. Le SNPP n'acceptera une limitation du secteur 2 que lorsque le CNPsy retrouvera la valeur de 3 C.

Unanimité

Motions relatives à l'organisation des soins

1/ « les territoires de santé » du plan psychiatrie santé mentale

L'AFPEP - SNPP rappelle la primauté de la fonction soignante des psychiatres et la spécificité de l'exercice privé. Il souligne la nécessité absolue de garantir l'indépendance professionnelle.

2/ les recommandations de la HAS

L'AFPEP - SNPP dénonce la prise de position partiale et infondée de la HAS dans ses recommandations, interdisant le packing, et réfutant l'apport de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle dans la prise en charge de l'autisme.
L'AFPEP - SNPP déclare que cette imposture ôte dès lors toute légitimité à cette autorité.

3/ nouvelles lois concernant la psychiatrie

L'AFPEP - SNPP exige l'abrogation de la loi du 5 juillet 2011 introduisant les soins ambulatoires sans consentement et une judiciarisation mal conçue.
L'AFPEP - SNPP récuse tout projet de loi portant atteinte à l'indépendance professionnelle, qu'il s'agisse de l'observance des injonctions de soins ou de l'ingérence du législateur dans les choix thérapeutiques, ceux-ci relevant de la seule responsabilité du psychiatre.

Unanimité

Motions relatives à la formation

L'AFPEP - SNPP rappelle que la formation continue des psychiatres relève des seuls professionnels, et demande que la formation initiale, enrichie d'approches dans toute leur diversité, reste fondée sur l'indispensable approche psychodynamique et la dimension relationnelle du soin.
L'AFPEP - SNPP oeuvrera en ce sens pour apporter le concours des psychiatres privés à la transmission de leur pratique.

Unanimité

Le mot de la rédaction

Thierry Delcourt

Ce BIPP numéro 62, une fois n'est pas coutume, est adressé uniquement aux adhérents de l'AFPEP-SNPP. Ce choix est principalement dicté par les exigences de trésorerie et le coût très important d'un envoi du BIPP aux 6 500 psychiatres privés.

Adhérents, faites-le circuler autour de vous ! Et incitez vos confrères à venir nous rejoindre, et agir à nos côtés ! Nous ne serons jamais assez nombreux pour les combats que nous avons à mener... Et pour ceux qui se préparent.

Merci à tous les adhérents qui ont répondu à l'enquête sur l'urgence et la permanence des soins. Nous totalisons une cinquantaine de réponses, ce qui est une assez bonne base pour poursuivre notre réflexion : prochaine étape lors du Séminaire d'Été à Montpellier, le 30 juin, entre soleil, mer et Rencontres Francopsies (avec lesquelles nous serons partenaires). Vous trouverez tous ces programmes étoffés ainsi que le questionnaire de l'enquête dans le cahier central détachable. Il est encore temps d'envoyer vos réponses au questionnaire. Il est encore temps de vous inscrire et de participer aux débats. Ceux-ci seront transcrits dans un rapport édité par la revue Psychiatries : une solide base de discussion pour échanger le moment venu, avec les décideurs.

Après le Séminaire d'Été de Montpellier et les Journées Nationales de Bordeaux, (validation possible dans le cadre du DPC), nous étofferons, en 2013, l'offre de formation, avec un souci permanent d'ouverture vers les internes, les psychiatres en formation, et tous les acteurs du champ social et psychiatrique.

Je vous rappelle que les colonnes du BIPP sont ouvertes à toutes et à tous : vos textes, vos informations locales et régionales, vos annonces, vos billets d'humeur, les lectures que vous avez envie de faire partager... Bref, tout ce qui permet l'échange et la pensée active au sein du syndicat et de l'association scientifique.

J'ose espérer que la nouvelle donne politique va nous permettre d'aérer nos cerveaux, de les sortir du carcan du « pour ou contre », et de sa violence (je vous renvoie à l'excellent papier de Jacqueline Légaut dans le BIPP numéro 61 : Penser serait il devenu un luxe ???)*.
L'AFPEP - SNPP doit rester un lieu de débat et de conflictualité productive, préservant sa fonction d'empêcheur de penser en rond... en croix... en pré carré.

*** Extrait du papier de Jacqueline Légaut :** *« Posons que la pensée est forcément un processus discursif, qui implique une dialectique, un échange avec un interlocuteur réel ou imaginaire qu'il s'agit de convaincre, de contrer, de solliciter, mais qui est reconnu comme digne d'être cet interlocuteur, d'où le soin que l'on va prendre de la façon de s'adresser à lui, le choix des arguments, le style, le ton, avec tout ce que cela implique de mise en oeuvre d'énergie, d'intelligence, de tentative de se mettre à sa place, de reconnaissance de l'importance de son avis, de construction du sien propre.*
Donner à entendre notre point de vue sous forme d'un lapidaire «pour ou contre», suppose de court-circuiter toute la démarche qui consiste à se donner les moyens d'étudier un processus, un point de vue, avec tout ce qu'il comporte de complexe, voire de radicalement étranger à notre mode habituel, revendiquer le droit de prendre ce temps , sans compter que le temps de comprendre, les cliniciens le savent bien, est fort variable d'une personne à une autre, afin de parvenir à une conclusion, un parti pris exprimé, digne d'être assumé, c'est-à-dire qui engage ».

Augmentation des honoraires

De manière générale, tout ce qui concerne le parcours de soins est inchangé dans la nouvelle convention. Par ailleurs, pour répondre à vos questions :

- Le DA est toujours utilisable dans les mêmes conditions qu'auparavant (coût maximum de la consultation : 52 €).

- Et contrairement à certains documents sur le site de la CPAM, les MAF et MPF ne sont pas réservés aux ALD, MAIS IL FAUT FAIRE TRES ATTENTION AUX CONDITIONS DE FACTURATION QUE VOUS TROUVEREZ EN PIECE JOINTE.

- Le VNPSY = CNPSY = 37 €

Augmentation des honoraires depuis le lundi 26 mars 2012 :

CNPsy = 37 € (augmentation de 7,8 %) Les MPC et MCS restants inchangés, les secteurs 1 (et les CMU seulement pour les secteurs 2) coteront :

CNPsy+MPC+MCS = 43,70 € (augmentation de 6,5 %)

Et pour la pédopsychiatrie :

Avant 16 ans : MPJ = 6,70 € donc **CNPsy + MPC = 43,70 €** (41 € du 22 au 26 mars)

MPF : Majoration PREMIERE consultation familiale pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave : 10 € donc **CNPSY + MPF + MPC = 53,70 €** (51 € du 22 au 26 mars)

MAF Majoration pour la consultation ANNUELLE de synthèse familiale pour le psychiatre et pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave : 10 € donc C**NPsy + MAF + MPC = 53,70 €** (51 € du 22 au 26 mars)

Attention, pour une bonne utilisation légale du MPF et MAF. MAF et MPF ne sont donc des cotations utilisables que très rarement !

Article 14.4.4 - Majoration pour consultation familiale ou avec un tiers social ou un tiers médico-social d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge spécialisée par le psychiatre. (créée par la décision UNCAM du 06/07/07 et modifi ée par décision UNCAM du 20/12/11)

I - Consultation avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée d'une durée prévisible au moins égale à un an.

Cette consultation concerne les enfants de moins de 16 ans pris en charge par un psychiatre. Il s'agit d'une consultation longue et spécifi que nécessitant la présence de la famille, d'un tiers social ou d'un tiers médicosocial, pour aborder les aspects de la pathologie, du pronostic, de la stratégie thérapeutique ou des implications relationnelles.

NGAP - Version Mars 2012 25

Lors de cette consultation, le psychiatre intervient notamment pour :

- délivrer une information aux parents centrée sur la pathologie de l'enfant, les différentes alternatives thérapeutiques, les éléments de pronostic,

- permettre un dialogue autour de cette information,

- identifier avec les parents, ou leurs substituts le cas échéant, les facteurs de risque médicaux, psychologiques et sociaux,

- tenter d'obtenir une alliance thérapeutique avec la famille, évaluer la capacité de soutien de celle-ci, et permettre un dialogue autour de ces fonctions,

- expliciter le déroulement dans le temps de la prise en charge de l'enfant et/ou du groupe familial et définir le rôle éventuel des différents intervenants de l'équipe thérapeutique,

- synthétiser une note au dossier du patient,

- le cas échéant, informer le médecin en charge de l'enfant et les autres intervenants.

Cette consultation ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée MPF (majoration consultation famille).

II - Consultation annuelle de synthèse avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée.

Cette consultation concerne les enfants de moins de 16 ans pris en charge par un psychiatre pour une pathologie psychiatrique relevant d'une affection de longue durée (ALD) exonérée du ticket modérateur. Il s'agit d'une consultation longue et spécifi que, en présence des intervenants essentiels du groupe familial, dédiée à :

- apprécier l'évolution de la pathologie, de la prise en charge thérapeutique de l'enfant et/ou du groupe familial et expliquer les adaptations thérapeutiques éventuellement nécessaires ;

- réévaluer, le cas échéant, les interactions familiales, l'apparition de facteurs de risque médicaux, psychologiques et sociaux ;

- synthétiser le dossier et informer le médecin en charge de l'enfant et les autres intervenants.

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient dont un double est remis à la famille ou son substitut.

Cette consultation est annuelle et ne peut être facturée qu'une année après la première consultation définie ci-dessus.

Cette consultation ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée MAF (majoration consultation annuelle famille).

Ces deux majorations MPF et MAF, liées à ces deux consultations familiales, sont cumulables avec la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste prévue à l'article 2 bis.

La valeur de ces majorations est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Et pour les consultations « en urgence » dans les 48h suivant la demande du généraliste :

1,5 CNPSY + MPC + MCS = 62,20 € en secteur 1 ou pour les CMU en secteur 2 ou coter **1,5 CNPSY = 55,50 € en secteur 2**

« Cette consultation est réalisée à la demande du médecin traitant, dans les deux jours ouvrables suivant cette demande. Elle concerne les patients atteints d'une pathologie psychiatrique connue en phase de décompensation ou la première manifestation d'une pathologie potentiellement psychiatrique.

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient dont un double est adressé au médecin traitant ».

Bienvenue dans l'ère des centimes !

Convention P4P

Patrice Charbit

J'ai cherché, je ne trouve pas d'autre mot : Alerte.

La psychiatrie que nous connaissons est en péril. S'il ne s'agissait que d'un remue-ménage préélectoral et de propositions démagogiques aussi vite oubliées que promises, il serait de bon ton de garder le silence et de laisser passer l'orage.

Il n'en est rien. Ce qui va être évoqué dans ce « Caractères » est le constat des conditions d'une convention valable pour les 5 années à venir, de l'attitude sécuritaire pérenne de la HAS dans sa conception de la prévention des événements indésirables, du scandale du DMP (dossier médical partagé) courant depuis 2004, de l'utilisation des normes d'accueil des handicapés pour transformer nos modes d'exercice, du pilonnage de la pédopsychiatrie, du harcèlement constant des pratiques psycho-dynamiques, entre autres par la HAS.

Le P4P (paiement à la performance), les poursuites démesurées en cas de non télétransmission, l'interdiction du «packing», la mise en cause de la psychanalyse par la HAS, les sanctions en cas de facturation épisodique et motivée au parent d'un enfant qui consulte, toutes ces agressions donnent le timbre de la soumission que l'on exige de notre part. L'actualité est brûlante. Nous sommes dans le collimateur.

Alors que nous observons le coût exorbitant de ces mesures, la raison invoquée de tous ces bouleversements est une rationalisation des soins et des dépenses. La dictature de la norme, le poids des lobbies, la déshumanisation du soin, et la surveillance bureaucratique s'auto justifi ent au nom de la science et de l'idéologie DSM. Il s'agit de diktats qui condamnent nos pratiques.

Commençons par examiner l'avenant 2 de notre nouvelle convention. Comme cela vous est indiqué dans l'article ci-dessous (Claude Gernez), il vous en coûtera autour de 1 000 € par mois si vous ne télé transmettez pas. Nous pouvons toujours penser que la question de la télétransmission est un combat d'arrière garde. Cela est faux, tout d'abord parce que de nombreux confrères ne le font toujours pas, ce qui est un choix, mais aussi parce que la façon dont nous sommes traités est inadmissible.

C'est un passage en force caractérisé : poursuites systématisées et automatiques avec recouvrement « par le droit commun » sans passage par la commission des pénalités. Tout se résume à un « Pas de discussion ». Un référé en suspension de l'exécution et une requête en annulation (en regard de la date de dépôt...) sont en cours. Les sanctions étaient prévues à partir de Mai, tout indique qu'elles peuvent traîner... Si nous acceptons tel quel ce coup de force, nous encourageons le procédé qui ne manquera pas d'être réutilisé à d'autres fins.

Concernant le P4P, son mode d'adhésion est indigne d'une démocratie moderne. La convention vous oblige à participer au paiement à la performance dont on ne connaît même pas les exigences. Des collectifs « d'obligés du P4P » se constituent pour parvenir à sortir du système même si leur lettre de refus n'est pas parvenue avant le 26 décembre 2011.

Observons maintenant ce qu'il en est des nouvelles normes concernant l'accessibilité et la sécurité au sein d'un cabinet médical (revue « Le Généraliste » et ce qui va suivre n'est pas une plaisanterie) :

«Si vous êtes déjà installés, vous avez jusqu'au 1er janvier 2015 pour rendre une partie de votre local accessible aux handicapés et personnes âgées. Si vous reprenez un cabinet, vous devez remplir cette obligation depuis le 1er janvier 2011. Le préfet pourra accorder des dérogations spéciales. Il faut une place de stationnement adaptée proche du cabinet. Les escaliers doivent comporter des mains courantes, les marches doivent avoir une taille réglementaire, les toilettes doivent laisser passer un fauteuil roulant et être accessible par les parties communes.

Sonorisation et éclairage adaptés, possibilitéSi vous n'employez ne serait-ce qu'une personne, « le document unique » évaluant les risques professionnels doit être affiché. Votre responsabilité peut être mise en cause en cas de chute dans votre cabinet et le patient devra apporter la preuve d'une défectuosité, d'un défaut d'entretien ou de signalisation du matériel ou encore de vigilance de votre part. Accès sécurisés, meubles sans coin pointu, pas de tapis ou sol dérapant, pas de fil électrique qui traîne, pas d'objet de décoration. d'évacuation rapide des patients, accès pompier extérieur, extincteur de 6 litres minimum pour 200 m2 par étage et un extincteur à CO2 en cas de risque particulier».

Si ce n'est pas une incitation à s'installer dans une « maison médicale » surveillée et normée et à s'éloigner de nos pratiques singulières et feutrées, je ne sais pas ce que c'est. Là encore, ça se veut obligatoire. Se prendre les pieds dans le tapis n'est plus un acte manqué mais la logique d'un délit.

Passons au DMP. Créé en 2004, il est piloté par Asip santé. Ce projet a coûté à ce jour 200 millions d'euros pour 39 000 dossiers créés au 1er janvier 2012 alors que 500 000 étaient prévus. Quand on fiche, on ne compte pas... C'est très certainement une dépense rationnelle et évaluée.

Tout cela porterait à rire si cela ne faisait peur. Notre grand Roger Misès le note dans une interview pour Média part dans un article intitulé « Roger Misès s'insurge contre la HAS » il dit, je cite : « J'ai peur, peur de ce qu'il va advenir des générations de psychiatres avec ce diktat ; ceux qui ont été formés vont être écartés, que vont-ils devenir ? Les autres, sans formation autre que biologique ou comportementale, comment vont-ils faire ? « Le DSM est imposé par les pouvoirs publics dans le but de réduire les dépenses de santé, d'installer un contrôle gestionnaire et de renforcer le seul personnel administratif » ajoute-t-il encore. Les lobbies nous déclarent la guerre par HAS interposée. Celle-ci est instrumentalisée, en proie aux confl its d'intérêt, mais cela ne l'empêche pas d'évoquer à notre égard un soupçon de charlatanisme parce que nos pratiques n'auraient pas été évaluées ces 30 dernières années. Tout a-t-il donc été évalué ces 30 dernières années selon les normes HAS ? Que fait la HAS des études qui ne vont pas dans son sens ? La HAS préconise les techniques comportementales en ce qui concerne l'autisme, alors qu'aux USA même, temple et « Bethléem » du DSM, leurs évaluations sont pitoyables au regard de leur réclame. Cela en est assez.

Nous sommes au coeur du cyclone, en proie à une attaque généralisée. Des « Assises de la Psychiatrie » se préparent pour le mois de septembre. Nous nous devons de faire entendre le témoignage des psychiatres libéraux, nous nous devons d'indiquer l'impasse dans laquelle nous nous retrouvons emmurés.

Notre prochaine AG du samedi 24 mars 2012 à Paris doit être une grande et riche occasion de débats et d'ouverture de perspectives. Préparons au mieux le rendez-vous des assises. Votre témoignage nous permettra de vous représenter au mieux et de saisir au plus près une synthèse syndicale.

Avenant 2

Claude Gernez

L'avenant 2 porte sur les moyens mis en place pour « convaincre » les « récalcitrants » de télétransmettre à partir de la carte Sésame vitale et vise à l'abandon des feuilles imprimées.

Le fait que cet avenant (numéro 2) survienne si vite après la signature de la convention montre bien l'importance pour la caisse nationale de parvenir à cet objectif, dont elle attend une économie importante par restriction de personnel, mais il s'agit aussi de généraliser toute la gestion des rapports entre les professionnels de santé et les caisses primaires par la télétransmission.

L'avenant 2 prend ainsi une valeur symbolique pour les différents partenaires. La signature par les quatre syndicats (CSMF, SML, MG et FMF) montre qu'il n'y a pas d'enjeu pour eux à ce niveau, pour ce qu'ils considèrent comme un combat d'arrière-garde.

Le décret d'application été publié au Journal Offi ciel le 15/03/2012, il confirme l'avenant et n'introduit aucune condition de dérogation. Ce décret restait la seule possibilité d'amender un texte très « cadré » il aurait pu inclure quelques exemptions à l'obligation de la télétransmission.

Ce n'est pas le cas, il ne restera donc que les demandes d'aménagements effectuées auprès des directeurs de caisse, au « cas par cas » sans critère défini.

Par ailleurs, le SMAER a déposé un recours en annulation auprès du Conseil d'État, reposant sur les dates de parution de l'avenant et celle de la convention.

Le texte lui-même de cet avenant, bien que court, deux pages, reste d'une compréhension difficile : il est composé des modifi cations des articles du code de la Sécurité sociale de référence, notamment 161-35, 75, 76, 78. Il porte aussi sur l'annexe XXII de la convention. Bien sûr, les sanctions précédant cet avenant se trouvent complétées et renforcées dans cette version devenue, de fait, conventionnelle.

Nous devons souligner les points essentiels :

1) Le texte ne comporte aucune exemption à l'obligation de télétransmission, ni l'âge, ni le nombre de feuilles transmises, ni autre clause de suspension. Par contre, les poursuites ne débuteront qu'après le mois de mai, aucune motivation technique n'étant associée a cette date.

2) L'application des sanctions commence trois mois après que le « récalcitrant » a reçu la notification de son absence « systématique » de transmission électronique appelée « la procédure préalable d'avertissement ». Passé ce délai, la direction de la CPAM départementale intervient. Nous devons remarquer cette procédure qui élimine l'intervention de la Commission des Pénalités, et évite ainsi les négociations portant sur les délais d'application.

3) En cas de retard de paiement, le texte précise : « à défaut de paiement de la sanction dans le délai imparti, le directeur de la Caisse procède à son recouvrement dans les conditions de droit commun ». Ceci élimine à nouveau toute possibilité de discussion, la procédure se trouve définie d'emblée. Nous pouvons aussi insister sur l'importance accrue et l'étendue du pouvoir dudit directeur.

4) La sanction consiste, pour le secteur I, à « la suspension de la participation des Caisses aux avantages sociaux » pendant trois mois la première fois, portée à six au cas où il n'y a toujours pas de télétransmission.

Pour le secteur II, et le dépassement permanent, il s'agit d'une « sanction d'un montant équivalent à la participation que supporterait les Caisses au financement de leurs avantages sociaux, sur une durée de trois mois » portés à six pour toute récidive. Le calcul précis de cette somme se trouve très complexe, les Caisses ne l'effectuent pas elles-mêmes et il reste du domaine de l'URSSAF notamment. Cependant, nous pouvons estimer qu'il s'agit pour la moyenne d'entre-nous d'environ MILLE euros par mois.

EN CONCLUSION, nous insistons sur la rigueur de la procédure, la précision de la formalisation des poursuites qui seront particulièrement efficaces dès leur mise en action. Le SNPP maintient sa position : dans

le domaine de la télétransmission comme dans les autres domaines le choix doit rester aux praticiens, et non être imposé par la CNAM.

Données de santé informatisées en psychiatrie, confidentialité et indépendance professionnelle

Claire Gekiere

Claire Gekiere

Psychiatre de secteur, présidente de l'association DELIS SM RA : droits et libertés face à l'informatisation en santé, santé mentale, Rhône-Alpes (a). Mai 2012.

Introduction

Les psychiatres publics et libéraux sont confrontés, comme l'ensemble du corps médical, à l'évolution de l'informatisation des données de santé.

Le nouveau passage en force qui touche les médecins libéraux avec la mise en place de la convention médicale signée le 27 juillet 2011(1) et de l'un de ses avenants récemment publié en mars 2012(2) est l'occasion d'y réfléchir : une pression à la fois bureaucratique et libérale s'intensifi e pour obtenir toujours plus de données de santé informatisées produites par les médecins sur leurs patients, et par les patients eux-mêmes avec le DMP (dossier médical personnel).

Quelles sont les conséquences sur

- les données de santé elles mêmes ?

- les relations médecin-patient, notamment sous l'angle de la confi dentialité et de l'indépendance professionnelle ?

1 - État des lieux en psychiatrie

Concrètement cela passe par des actes quotidiens imposés aux médecins, aussi bien en psychiatrie publique que libérale, qu'il faut d'abord décrire et comparer.

A - En psychiatrie libérale, l'imposition de télétransmettre, avec le risque de sanctions financières importantes en cas de refus(2), et l'arrivée de la « rémunération à la performance », dite P4P(3,4) veulent contraindre à un double résultat :

- l'informatisation des cabinets médicaux avec « dématérialisation » (b) des documents et donc des données de santé

- la banalisation du recueil de ces données de santé et de leur traçabilité, cette «ombre numérique » (sanitaire ici) que «chaque citoyen laisse derrière lui [et] ... qui s'élargit chaque jour»(5).

Il est en effet différent d'envoyer les actes effectués et leur cotation, au choix, par courrier ou par télétransmission, sans avoir pour autant informatisé son cabinet, et de devenir contraint et de télétransmettre et d'informatiser le dossier médical et d'utiliser les « télé services » de l'Assurance Maladie (déclaration du médecin traitant, avis d'arrêt de travail, historique des remboursements, protocole de soins électronique) et le « module d'aide à la prescription certifi é Haute Autorité de Santé »(6), selon des formes imposées et via des logiciels de plus en plus indiscrets et gourmands en renseignements sur les patients et leurs « parcours de santé » (par exemple: quel médecin généraliste, quel mode de paiement ? Comme questions ajoutées à la télétransmission...).

L'Assurance Maladie recensait fin avril 61 versions de logiciels, avec leurs états d'avancement par rapport à ces objectifs(7).

Le refus systématique de télétransmettre va être financièrement très pénalisant et ne va donc plus être tenable, d'autant qu'il complique le remboursement des patients, et ne rencontre pas une demande d'usagers qui souhaiteraient refuser l'informatisation de leur données. L'avenant 2 publié le 15 mars dernier, précise le montant des pénalités(2).

Pour la « prime à la performance », comme il fallait prévoir de la refuser activement et préventivement avant fin décembre 2011, elle concerne l'immense majorité des médecins libéraux, malgré les réactions énergiques dénonçant cette nouvelle étape de la marchandisation de la santé(8,9) et les réserves du Conseil de l'Ordre sur les risques de « conflit d'intérêt » entre médecins et patients compte tenu d'une « logique visant d'abord à faire des économies »(4) (c). Or la nouvelle convention prévoit explicitement une rémunération à la performance versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience(1,10), à côté de deux autres «piliers de la rémunération», une rémunération à l'acte, « principe fondateur de l'exercice libéral » et une forfaitaire de l'engagement des professionnels pour « la prise en charge ou l'accompagnement de pathologies chroniques ou pour la prise en compte de tâches administratives ». Les médecins devront fournir à leur CPAM les informations nécessaires au versement de la rémunération sur objectifs. L'Assurance Maladie précise : « vous devez communiquer l'état de votre équipement en logiciels à votre caisse, en précisant leurs types, noms et version »(6).

Dans les indicateurs sur l'organisation du cabinet on retrouve les différents équipements informatiques décrits plus haut.

Un décryptage - un peu obsessionnel - des 4 types d'indicateurs prévus et de leur rémunération par points (avec un mode de calcul ubuesque et déclaratif décrit dans la convention, dans son avenant 3(11), ou encore sur le site de l'Assurance Maladie(12) montre que ce sont pour le moment ces indicateurs «d'organisation du cabinet», dont la tenue d'un dossier médical informatisé, qui peuvent rapporter le plus et le plus vite (puisque s'adressant d'emblée à toutes les spécialités contrairement au reste du « déploiement du P4P »(4) (d).

Cela nécessite aussi bien sur que les cartes vitales et les CPS (cartes professionnels de santé) deviennent d'un usage banal.

Comme le résume l'Assurance Maladie, qui sur sa page « rémunération » n'évoque pas

les sanctions financières, «concrètement, un équipement informatique compatible avec les indicateurs de la convention permet aux médecins de cumuler jusqu'à 250 points, soit 1750 euros par an, sous réserve qu'ils télé transmettent 2/3 de leurs feuilles de soins et qu'il disposent d'un équipement de télétransmission conforme à la dernière version du cahier des charges SESAM Vitale (version1.40)»(12).

Vu du bord de ceux qui s'emploient à « ajuster le monde à l'impératif technologique »(13), ou à «créer de la valeur avec l'intimité des gens»(14) cela donne l'annonce de la conférence du 23 mai 2012 à Hôpital Expo (où il est aussi question du « e-patient ») : «Hit interactif : l'impact de la convention médicale sur l'informatique de santé» : «votre logiciel vous permettra-t-il de répondre aux exigences de la nouvelle convention médicale ? Dans quelles conditions ? Quels sont les indicateurs à pendre en compte ? Comment seront-ils collectés ?

Que deviennent les aides à la télétransmission ? (e). Cette session est organisée afin de répondre à toutes les questions que vous vous posez concernant les incidences de la convention médicale sur votre équipement informatique et sur les primes attachées à la performance». Et animée par la CSMF, la FMF, trois éditeurs de logiciels et un représentant de la CNAMTS.

Et bien sur, « le dossier médical est voué à évoluer vers un dossier communiquant qui pourra à terme bénéficier d'un accès partagé afin de faciliter le travail en équipe et les échanges avec les autres professionnels »(1).

B - En psychiatrie publique

Les mêmes mécanismes sont à l'oeuvre. Le plan « Hôpital numérique » ambitionne l'identification totale des patients (qui nécessite donc Identito Vigilance et traçabilité) et la certification de certains des nombreux logiciels qui pour le moment pullulent anarchiquement dans les hôpitaux (en 2015 par exemple ceux du « circuit du médicament » devraient être certifiés).

Pour banaliser cette identification, il est de plus en plus courant de d'exiger des équipes dans les CMP (centres médico-psychologiques) qu'elles demandent aux patients une pièce d'identité et les documents prouvant une couverture sociale, alors même qu'il n'y a pas de facturation et que l'Identito Vigilance n'y a pas de légitimité médicale (rares y sont les transfusions en urgence..., ou les patients qui viendraient se faire faire une injection retard à la place d'un autre). Rappelons aussi que l'identifiant de santé des dossiers médicaux créés doit être différent du numéro de sécurité sociale, celui ci n'étant exigible que pour les prestations donnant lieu à facturation. Cela n'empêche pas de trouver par exemple, dans un CHS (centre hospitalier spécialisé), au dos du carton de RV ce petit texte: « pour constituer votre dossier administratif, médical, merci d'apporter : une pièce d'identité ; vos documents de couverture sociale (carte vitale, mutuelle, CMU, assurance privée); autres :... Les données concernant votre identité restent confidentielles ».

L'intéressement (collectif des équipes pour le moment, par exemple dans certains établissements le niveau de remplissage du codage des diagnostics a été retenu comme indicateur pour l'intéressement des pôles) et la part variable de rémunération en fonction d'objectifs fixés par les directions hospitalières pour les PH (praticiens hospitaliers) sont possibles depuis la loi HPST (hôpital patient santé territoire) de 2009 et le démantèlement du statut des PH (part complémentaire variable introduite en chirurgie en 2007, statut de clinicien hospitalier avec contrat d'objectif en 2010, possibilité de « mise en position de recherche d'affectation » c'est-à-dire de licenciement en langue vulgaire)(8,15).

Le recueil des données de santé ne cesse de s'amplifier. Après les données administratives nécessaires à la facturation, la GAMM comme on l'appelait, et en psychiatrie le recueil d'activité avec « la fiche par patient » sont arrivés le PMSI en psychiatrie et le RIMP (programme de médicalisation des systèmes d'information et recueil de l'information médicale en psychiatrie).

Le PMSI en psychiatrie a d'abord été expérimental dans quatre régions puis généralisé et rendu obligatoire sous le vocable de RIMP début 2007 alors même que l'expérimentation venait de démontrer son incapacité à procéder à l'analyse médico-économique de l'activité de soins et donc à produire une tarifi cation à l'activité en psychiatrie (comme elle existe en médecine somatique, dite MCO avec le PMSI) (f).

Ce RIMP, suivant l'état d'avancement de l'informatisation des hôpitaux psychiatriques, est soit encore un recueil papier, soit un recueil seul informatisé avec un dossier papier, soit il est extrait du DPI (dossier patient informatisé).

Il comporte le recueil d'un certain nombre de données, toutes sensibles, avec certaines particulièrement stigmatisantes : diagnostics psychiatriques, mode d'hospitalisation (libre ou sous contrainte), mise en chambre d'isolement(16).

Ce recueil, rempli pour chaque personne vue en psychiatrie, est centralisé par le DIM (département d'information médicale), qui l'anonymise et le transmet, de façon agrégée, tous les trois mois à l'ATIH

(agence technique de l'information hospitalière). Celle-ci les retraite et transmet des informations chiffrées aux tutelles et aux établissements (et depuis 2010, les revend aussi ! par exemple aux consultants... que les établissements produisant ces mêmes données rétribuent pour leur aide aux projets d'établissement...). Pour le moment, sans tarifi cation à l'activité (T2A), elles n'ont pas d'incidence budgétaire. Le projet de T2A psychiatrique, baptisée VAP (valorisation de l'activité en psychiatrie, qui chantera un jour la poésie des acronymes bureaucratiques ?) poursuit sa gestation, entamée en... 1993.

C - S'y ajoute le développement du DMP (dossier médical personnel) d'autant plus promu en ce moment par l'ASIP santé (agence des systèmes d'information partagés en santé) qu'il prend du retard. En mars seulement 100 000 DMP avaient été ouverts en France contre 500 000 annoncés ; retard de croissance d'un dossier qu'il avait déjà fallu réanimer en 2009 ? Du côté des hôpitaux généraux moins de 100 établissements expérimentent actuellement son utilisation, et moins de 3 000 médecins libéraux (17,18,19).

Le DMP est « opérationnel » depuis avril 2011, après sept années d'annonces suivies d'une reprise en main, manifestement plus effi cace (il avait été relancé en 2009 après un constat d'échec sévère des premiers projets en 2008). Depuis un an chacun d'entre nous peut donc demander à son médecin de créer un DMP et chaque médecin est encouragé par l'ASIP à le proposer à ses patients(20).

Un des enjeux du DMP pour la relation médecin malade est illustré par la question du masquage des données. Plusieurs possibilités :

- aucun masquage possible, toutes les informations notées sont accessibles aux médecins autorisés à accéder au DMP. Transparence, traçabilité, accès large aux informations,

- masquage possible, chacun peut refuser l'accès à certaines informations, et le médecin voit que des informations ne lui sont pas accessibles,

- masquage masqué : les médecins qui ont accès au DMP ne peuvent pas savoir que des informations ne leur sont pas accessibles.

C'est la différence entre paternalisme et autonomie (le médecin doit tout savoir pour soigner au mieux le malade versus le malade est un sujet autonome qui peut décider et rester maître de ce qu'il transmet au médecin). A qui appartiennent les données de santé ?

D - Donc en pratique publique et libérale, des parallèles sont repérables dans les évolutions : un recueil d'activité plutôt d'abord administratif, en lien avec des facturations, et avec l'activité des médecins (GAMM, feuilles de maladie) informatisées en premier (logiciels hospitaliers du « bureau des entrées » et télétransmission), nomenclatures et recueil de données médicales de plus en plus proliférants et de plus en plus informatisés (fi che patient, puis PMSI puis RIMP d'un côté, CCAM et indicateurs de performance, déjà connus, ou en voie d'élaboration pour les spécialités, dont la psychiatrie). Et pour tous bientôt le DPI, en lien avec le DMP, sans « doublon » grâce à une Identito Vigilance et une traçabilité sans faille !

2 - Éléments de réflexion

A - Sur les données de santé et leur recueil

Que sont les données de santé ?

Ce sont les informations récoltées et fabriquées lorsqu'une personne rentre en contact avec un système de soins.

Ce sont des données à caractère personnel, et ce sont des données sensibles (être inclus dans un fichier hospitalier comme porteur d'un diagnostic psychiatrique est très différent d'être inclus dans celui d'une grande surface comme acheteur d'un lave-linge par exemple...). Ces données sont de plus en plus informatisées suivant les modalités décrites plus haut.

Ces données sont présentées comme indispensables à la réalisation de plusieurs objectifs comme :

- un meilleur suivi des patients, ce serait la face positive de la traçabilité. Le succès du dossier pharmaceutique, qui avance plus vite que le DMP, s'appuie sur cette notion, facilement illustrée avec les risques iatrogènes des prescriptions médicamenteuses non connectées.

Or les informations recueillies dans les dossiers médicaux informatisés sont plutôt du type empilement de données que du type « différence qui fait la différence » (G. Bateson) : l'information est de moins en moins ce qui se construit dans l'échange et prend sens dans une mise en récit, une mise en forme du réel qui en transforme la représentation. Une information, c'est ce qui est recueilli, transmis et du coup « partageable », dans des réseaux dont nous ne maîtrisons pas les limites. L'accumulation et l'absence de hiérarchisation d'une part, le faux sentiment de sécurité et d'exhaustivité que peut donner l'aspect informatisé d'autre part, ne rendent pas ces dossiers plus fiables que nos systèmes actuels,

- le calcul des tarifi cations : la T2A (tarification à l'activité) en soins somatiques, dont l'équivalent en psychiatrie devrait donc être la VAP (valorisation de l'activité en psychiatrie), inopérant pour le moment en psychiatrie publique,

- l'évaluation des prestations de soins avec l'idée de rationaliser les dépenses de santé. Pour le moment, que ce soit avec le DMP ou les logiciels de DPI, on voit surtout le marché informatique juteux déjà épinglé notamment par la Cour des comptes(21).

Or ces données que l'on nous impose de recueillir et qui s'accumulent posent problème : dans le contexte actuel ce recueil ne peut être considéré comme une pratique neutre, un simple impératif technique seulement bénéfi que au suivi des patients et utile au calcul des tarifi cations et à l'évaluation des prestations de soins. Il y a plusieurs questions à se poser :

- l'avenir de toutes ces données. Pourquoi ne subiraient-elles pas le sort de données collectées dans de nombreux fichiers, aussi bien celles du fichier de police STIC (système de traitement des infractions constatées, 35 millions de fiches en 2009 selon la CNIL) ou du FNAEG (fichier national automatisé des empreintes génétiques, 1,3 millions de profils ADN en 2010(22) ou à l'école de Base-Élèves : d'abord une finalité étroite avec un accès limité, puis au fil du temps des objectifs très étendus avec des accès très élargis ? Il se crée des fichiers tous les jours, par exemple encore récemment celui des SIAO (service intégré d'accueil et d'orientation, pour l'hébergement d'urgence) qui recueille des données nombreuses sur tous les demandeurs, ou celui du suivi des étrangers hors espace Schengen.

Et ce d'autant que les données psychiatriques jouent sur deux tableaux : ce sont des données de santé donc très convoitées au plan commercial, et des données psychiatriques, avec valeur en hausse dans le climat sécuritaire actuel.

Qui peut garantir la confidentialité de toutes ces données ? Rappelons que la confidentialité « est assurée lorsque seuls les utilisateurs dûment habilités ont accès à l'information »(23). Un exemple tiré des pratiques hospitalières : en 2011 « délocalisation du codage T2A par certains hôpitaux publics, à des entreprises privées, afin de mieux valoriser leur activité, et pour réduire leur coût de fonctionnement en supprimant les

DIM. Cette délocalisation confie des données couvertes théoriquement par le secret médical à des entreprises privées, sans que cela énerve la CNIL »(15).

Et les assurances privées et l'industrie pharmaceutique, au moins, sont très intéressées par ces données. Suivant l'évolution de la protection sociale et des partenariats du genre « éducation thérapeutique » dans les années qui viennent, quels seront leurs accès possibles à ces données ?

D'autant qu'actuellement les questions du « droit d'opposition » à l'informatisation des données de santé et du « droit à l'oubli » ne préoccupent qu'une minorité, agissante mais peu entendue(24).

Pour le DMP le patient devient le garant de la confidentialité de ses données de santé, en gérant les accès, muni donc du seul rempart de son consentement éclairé. Il lui suffira de noblement refuser si un employeur potentiel s'y intéresse, puisque la loi l'interdit...

Le cas de conscience du soignant en psychiatrie qui non seulement se voit imposer un travail de collecte de données qui peut devenir dangereux pour la liberté et la vie privée de ses patients, mais qui réalise aussi que le modèle à l'oeuvre dans ce recueil altère et attaque son travail relationnel : l'autre devient un objet à identifi er et étiqueter d'emblée, dans un modèle réducteur qui ne tient aucun compte de l'intersubjectivité. Il faut produire de la donnée, en temps réel ; seul un modèle où l'intervenant est un observateur neutre, extérieur, interchangeable, et ou la donnée, dont le diagnostic en CIM 10 (10e classification internationale des maladies), un attribut fi xe d'un individu passif, est compatible avec une telle production. Le recueil est construit de telle façon qu'il ne s'agit pas de rendre compte de nos actes comme soignants mais d'objectiver les patients(25).

De ce point de vue, pratiques hospitalières et libérales se trouvent rapprochées par la construction de ce « e-patient » très médicalisé : colloque singulier ou pratique de secteur, peu importe, seul compte le listage des attributs du patient, décontextualisé, et source de ce qui lui arrive en raison de ses vulnérabilités individuelles.

Un modèle organiciste causaliste, qui sous tend l'adhésion au moins implicite à une théorie réductrice qui oblige à penser le malade mental comme catégoriellement différent de soi.

Quant à la montée de l'Identito Vigilance (traçabilité du patient comme gage de sa sécurité sanitaire) en psychiatrie, elle accentue ce malaise et augmente le sentiment de participer à un véritable fichage: vérifier d'abord, accueillir ensuite, au nom de la sécurité. Car il y a maintenant une acceptabilité sociale que la traçabilité est une sécurité. La sécurité qui, comme l'écrit fort bien Évelyne Sire-Marin « dans une maïeutique de renversement du sens... est proclamée comme la première des libertés, accolée à tous les substantifs : sécurité publique, sanitaire, alimentaire, routière »(26).

B - Sur le contexte : marchandisation et dangerosité

Cela se produit dans un contexte dont je soulignerai juste deux éléments sans les développer :

- l'installation d'un climat sécuritaire qui assigne de nouveau les fous, les malades mentaux à la dangerosité, toujours à surveiller, toujours à prédire,

- une transformation des services publics et donc des secteurs de psychiatrie vers un fonctionnement d'entreprise privée, la «performance» avec «l'intéressement», et la production de données calibrées fortement valorisées en sont ici deux exemples probants.

L'arrivée de la P4P permet aux libéraux de rejoindre cette grande entreprise libérale !

3 - Que faire ?

Informer et faire prendre conscience des enjeux, comme ici, comme le font les sites de DELIS SM RA(27), de la LDH de Toulon(28) de différents syndicats de psychiatres - l'USP(29), SNPP(30), ou encore la liste de discussion idppsy(31).

Pratiquer la « guérilla juridique », suivant l'expression d'Évelyne Sire-Marin, comme la pratique par exemple le CNRBE (collectif national de résistance à Base-Élèves) contre les fichiers de l'Éducation Nationale, ou encore l'USP,avec sa requête au Conseil d'État contre le guide de recueil des données personnelles en psychiatrie(32). Les médecins libéraux peuvent se battre pour obtenir que la « P4P » soit optionnelle et non obligatoire de fait.

Dans nos pratiques, agir collectivement, même si l'on est souvent peu nombreux, et pas de façon isolée, est important pour ne pas se retrouver marginalisé. Car l'inconscience de l'impact sur la prise en charge des patients de la fabrication quotidienne des données informatisées reste massive, ainsi que le découragement devant une informatisation perçue comme une évolution inéluctable du système.

L'on peut, au quotidien :

- sensibiliser les usagers (patients et familles, associations locales psychiatriques ou généralistes comme le CISS (collectif inter associatif sur la santé), les collègues, les médecins et collèges DIM (en en étant membre), les syndicats, les CLSM (conseils locaux de santé mentale) quand ils existent. Si le Comité National d'Éthique a eu des positions très claires sur les risques de l'informatisation des données médicales et les questions de confi dentialité(33), les réponses de la CNIL et du Conseil National de l'Ordre des Médecins sont le plus souvent décevantes sur les questions des risques pour la confidentialité des données de santé, rappelant en général que les pratiques de plus en plus dérogatoires au secret professionnel et au respect de la vie privée étant encadrées légalement ou règlementairement, elles ne posent pas problème, alors même que la question porte sur la légitimité de ces dérogations légales. Décevantes également, l'interpellation au niveau national de l'UNAFAM ou de la Fnapsy, restées sans résultat, alors qu'au niveau local ces associations peuvent se montrer mobilisées sur le sujet. Mais les dégâts par atteinte à la vie privée sur les réseaux sociaux vont peut être faire évoluer les positions des associations d'usagers ?

- surveiller et intervenir sur ce qui se passe : quels droits d'accès au DPI dans l'établissement (par exemple tenir sur la limitation des droits d'accès en lecture du DPI : les personnels de l'unité ou du secteur mais pas du pôle ou de l'établissement comme c'est hélas souvent le cas), quelle traçabilité de ceux-ci, quel droit à l'oubli, quels excès de l'Identito Vigilance... ?

- pour les psychiatres, vu la « valeur » (scientifique, identitaire de la profession, marchande) du diagnostic, il est possible de refuser de coter les diagnostics, ou de coter en marquant son désaccord par le choix en milieu hospitalier de cotations comme F99 : « trouble mental sans autre indication » et Z004 : « examen psychiatrique général non coté ailleurs ».

Informatiser les données de santé de nos patients n'est donc pas seulement un changement de mode opératoire. Cela induit un changement de modèle clinique (et donc thérapeutique), avec une forte médicalisation de la relation, sans différence de ce point de vue entre l'exercice public et libéral.

Le patient s'y retrouve doublement objectivé : comme objet de soins et comme objet marchand. La libre circulation des marchandises risque fort de périmer confi dentialité et indépendance professionnelle, attributs, déontologiques obsolètes et obstacles à une saine transparence généralisée si sécurisante...

Merci à M. Schyn et P. Gasser pour leur aide « libérale »

a - association de professionnels qui informe, réfl échit et initie des actions face à l'informatisation en santé mentale, association née à partir d'un groupe de psychologues lyonnais qui s'étaient émus, en 1997, de la nature des informations qu'ils devaient fournir sur leurs patients pour alimenter le recueil des données en psychiatrie.

b - terme combien impropre pour qui se heurte quotidiennement à la matérialité butée des outils informatiques et à la traçabilité à durée indéfinie des données enregistrées.

c - méthode éprouvée et qui pourrait se retrouver en exergue de ce texte : qui ne dit mot consent !

d - à noter au passage une erreur amusante dans la convention dans le tableau des « indicateurs de qualité de la pratique médicale », rectifiée sans commentaire dans l'avenant 3 : dans le thème «prévention», il était demandé pour les benzodiazépines à demi vie longue de les prescrire à plus de cinq pour cent des patients de plus de 65 ans, et de prescrire les benzodiazépines plus de 12 semaines à plus de douze pour cent des patients ayant un traitement de ce type... Dans l'avenant ces pourcentages sont devenus des limites supérieures, la prévention est sauve !

e - il semblerait qu'elles disparaissent, puisque englobées dans la rémunération de la P4P.

f - l'explication en est simple. Le coût en psychiatrie dépend surtout des moyens affectés - « l'effet structure » - et pas du diagnostic. Cela n'empêche pas une volonté de collecter de plus en plus de données : récemment, en 2010, la dernière version du guide méthodologique du RIMP s'est même étendue au recueil de données socioéconomiques sur les patients non prévues initialement « pour procéder à des enquêtes visant à mieux connaître les populations prises en charge, et notamment les caractéristiques sociales des patients susceptibles d'influer sur leur traitement »(32). Ce guide fait l'objet d'un recours en Conseil d'État par l'USP (Union Syndicale de la Psychiatrie).

Bibliographie

1 - Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, JO du 25 septembre 2011

2 - Avis relatif à l'avenant du 24 novembre 2011 à la convention, JO du 15 mars 2012

3 - Dr W. Markson : «pourquoi j'ai choisi de ne pas bénéficier de la rémunération à la performance», Caractères n°23, décembre 2011, AFPEP-SNPP, info@afpep-snpp.org

4 - « Le paiement à la performance est-il un jeu de dupes? », Médecins, bulletin d'information de l'Ordre National des Médecins, n°22, mars-avril 2012, p10-12

5 - « Un fichier de police sur deux fonctionne illégalement » interview de W. Bourdon par S. Faure, Libération du mardi 17 avril 2012, p31

6 - Assurance Maladie, nouvelle convention médicale : questions-réponses: informatisation, www.ameli.fr

7 - Assurance Maladie, nouvelle convention médicale, espace Sésame-Vitale: résultats enquête éditeur médecin au 24 avril 2012, www.ameli.fr

8 - Communiqué intersyndical - Prime à la performance des médecins : votre maladie nous intéresse !, 23 mars 2012, www.uspsy.fr

9 - USP et SMG : lettre ouverte au directeur de la CNAMTS du 26 avril 2012, www.uspsy.fr

10 - CNOM, 14 septembre 2011, remarques sur la convention médicale, www.conseil-national. medecin.fr

11 - Arrêté du 5 mars 2012 portant approbation des avenants n°3, n°5 et n°6 à la convention, JO du 22 mars 2012

12 - Assurance Maladie, nouvelle convention médicale: questions-réponses : rémunération, www.ameli.fr

13 - J-B. Fressoz : « L'apocalypse joyeuse. Une histoire du risque technologique », Seuil, 2012, cité par D. Kalifa dans le cahier Livres de Libération, 26 avril 2012

14 - H.Verdier, cofondateur de MFG Labs, cité dans Libération du 4 mai 2012, p32, «Géolocalisation, il est tracé par ici, il repassera par là », S. Fanen

15 - communiqué du SNPHAR-E du 2 mai 2012, www.snphare.com

16 - Arrêté du 20 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 26 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement, JO du 28 décembre 2010

17 - « Démarrage poussif du DMP : 100 000 dossiers ouverts », Le MagIT, 19 mars 2012

18 - « Le DMP monte en puissance », www. acteurspublics.com, 16 mars 2012

19 - « Le cap des 100 000 DMP enfi n dépassé », www.TICsante.com, 13 avril 2012

20 - « L'essentiel sur le DMP », information professionnel de santé, www.dmp.gouv.fr

21 - Les systèmes d'information dans les établissements publics de santé », rapport de la Cour des Comptes, septembre 2008, p307-331

22 - Évelyne Sire-Marin (coord.) : « Filmer, ficher, enfermer, vers une société de surveillance », éditions Syllepse, déc 2010, www.syllepse.net

23 - Quantin Catherine et coll. : « Méthodologie pour le chaînage de données sensibles tout en respectant l'anonymat : application au suivi des informations médicales », courrier des statistiques, n°113-114, mars-juin 2005, p15 à 24

24 - Pétition « en 2012 sauvons la vie privée. Pour un véritable droit d'opposition à l'informatisation de vos données personnelles », www.uspsy.fr

25 - C. Gekiere : «recueil des données en psychiatrie : fichage des patients, attaque des soignants», dossier « contribution à la notion de paranoïa sociale », Rhizome, n° 39, juillet 2010, p11, www.orspere.fr

26 - www.libe.fr, 10 janvier 2011

27 - www.delis.smra.fr

28 - www.ldh-toulon.net

29 - www.uspsy.fr, site de l'Union syndicale de la psychiatrie

30 - info@afpep-snpp.org

31 - idppsy@agora.chahut.info

32 - O. Labouret: « Le nouvel ordre psychiatrique, guerre économique et guerre psychologique », Érès 2012

33 - CCNE, avis n°104 « Le «dossier médical personnel et l'informatisation des données de santé», 29 mai 2008.

La loi du 5 juillet 2011 déclarée partiellement inconstitutionnelle

Patrice Charbit

Le Conseil Constitutionnel a été saisi le 8 février 2012 par le Conseil d'État, dans les conditions prévues par l'article 61-1 de la Constitution, d'une question prioritaire de constitutionnalité posée par l'association « Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie ». Cette question était relative à la conformité aux droits et libertés que la Constitution garantit des dispositions de l'article L. 3211-2-1 du Code de la santé publique, du paragraphe II de son article L. 3211-12, du 3° du paragraphe I de son article L. 3211-12-1 et de son article L. 3213-8.

Cette QPC portait sur des dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Cette loi, réformant la loi du 27 juin 1990, s'inscrit dans le prolongement de deux décisions de censure du Conseil Constitutionnel (n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011). La loi du 5 juillet 2011 n'avait pas été soumise au Conseil dans le cadre du contrôle a priori de l'article 61 de la Constitution. Quatre de ses dispositions étaient contestées.

- L'article L. 3211-2-1 du Code de la santé publique, relatif aux soins sans consentement, est conforme à la Constitution. La loi du 5 juillet 2011 a permis qu'une personne puisse être soumise à des soins psychiatriques sans son consentement, soit sous la forme d'une « hospitalisation complète », soit « sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile, dispensés par un établissement » psychiatrique et, le cas échéant, des séjours effectués dans un tel établissement. Selon la loi, seules les mesures de soins psychiatriques ordonnées sous la forme de l'hospitalisation complète ne peuvent se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention (JLD) se soit prononcé sur leur maintien.

Les requérants dénonçaient l'absence d'une telle intervention du JLD pour les soins ambulatoires.

Le Conseil Constitutionnel a relevé que les personnes traitées en soins ambulatoires ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduites ou maintenues de force pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins. Aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne prise en charge en soins ambulatoires ne peut être mise en oeuvre pour imposer des soins ou des séjours en établissement sans que la prise en charge du patient ait été préalablement transformée en hospitalisation complète. Dès lors le grief, dirigé contre l'article L. 3211-2-1, tiré de la violation de la liberté individuelle, manquait en fait.

- Le paragraphe II de l'article L. 3211-12 et l'article L. 3213-8, relatifs aux règles particulières applicables aux personnes hospitalisées après avoir commis des infractions pénales en état de trouble mental ou qui ont été admises en unité pour malades difficiles (UMD), sont contraires à la Constitution.

Le paragraphe II de l'article L. 3211-12 et l'article L. 3213-8 sont applicables aux personnes ayant commis des infractions pénales en état de trouble mental ou ayant été admises en UMD. Pour ces personnes, des conditions particulières sont prévues pour la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques. D'une part, le JLD ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis d'un collège de soignants et ne peut décider la mainlevée de la mesure sans avoir ordonné deux expertises supplémentaires établies par deux psychiatres. D'autre part, le préfet ne peut décider de mettre fin à une mesure de soins psychiatriques qu'après avis du collège de soignants et deux avis concordants sur l'état mental du patient émis par deux psychiatres.

Le Conseil Constitutionnel a, à nouveau, reconnu qu'en raison de la spécificité de la situation des personnes ayant commis des infractions pénales en état de trouble mental ou qui présentent, au cours de leur hospitalisation, une particulière dangerosité, le législateur pouvait assortir de conditions particulières la levée de la mesure de soins sans consentement dont ces personnes font l'objet. Toutefois, il appartient alors au législateur d'adopter les garanties contre le risque d'arbitraire encadrant la mise en oeuvre de ce régime

particulier.

D'une part, il n'en allait pas ainsi s'agissant des personnes ayant séjourné en UMD. Aucune disposition législative n'encadre les formes ni ne précise les conditions dans lesquelles une décision d'admission en UMD est prise par l'autorité administrative. Les dispositions contestées font ainsi découler d'une hospitalisation en UMD, laquelle est imposée sans garanties légales suffisantes, des règles plus rigoureuses que celles applicables aux autres personnes admises en hospitalisation complète, notamment en ce qui concerne la levée de ces soins. Cette absence de garanties légales a été jugée contraire à la Constitution.

Considérant qu'il résulte de ces dispositions qu'en permettant que des personnes qui ne sont pas prises en charge en « hospitalisation complète » soient soumises à une obligation de soins psychiatriques pouvant comporter, le cas échéant, des séjours en établissement, les dispositions de l'article L. 3211-2-1 n'autorisent pas l'exécution d'une telle obligation sous la contrainte ; que ces personnes ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduites ou maintenues de force pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins ; qu'aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne prise en charge dans les conditions prévues par le 2 de l'article L. 3211-2-1 ne peut être mise en oeuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète ; que, dans ces conditions, le grief tiré de la violation de la liberté individuelle manque en fait.

C'est alambiqué, mais nous pouvons déduire que s'il n'y a pas d'hospitalisation complète, la contrainte n'est pas possible. C'est obligatoire mais sans contrainte... Toujours est-il que cela en est fini des soins sans consentement en ambulatoire sous cette forme et pour le moment.

C'est une victoire pour ceux, dont le SNPP et surtout les « 39 », qui se sont élevés contre le caractère coercitif et sécuritaire de cette loi. Elle est déclarée contraire aux principes républicains par « nos sages » et devra être réécrite d'ici le 1er octobre 2013. La gêne palpable des rédacteurs de cette QPC poussera peut être à une réécriture complète de la loi. La traduction juridique du discours d'Anthony du Président de la République est de fait sensiblement repoussée. Contrairement à ce qui nous a été reproché, l'engagement contre cette loi n'était pas une « excitation en vain » mais un souci de ce qui nous fonde. Le Conseil Constitutionnel l'a de ce point de vue confirmé.

Une nouvelle loi sur la psychiatrie sera donc un des tout premiers dossiers du nouveau gouvernement et la bataille risque d'être âpre entre les différents acteurs. Une période de crise est habituellement une époque propice aux raccourcis ravageurs et aux renoncements injustifiables. Les cartes seront sur la table d'emblée et le positionnement du nouveau gouvernement en dira long sur son état d'esprit. Rester ferme sur les principes reste plus que jamais de rigueur.

Lettre au Président de la République

Monsieur le Président,

L'attitude à l'égard des malades mentaux a toujours été paradigmatique de la philosophie générale d'un gouvernement. Elle dévoile sa position vis-à-vis de l'altérité, de l'étrangeté fût-elle énigmatique, de la reconnaissance de la vanité d'une volonté de maîtrise absolue.

Les cinq années qui viennent de s'écouler ont été l'occasion d'une accélération drastique du processus de destruction de la psychiatrie française tant du point de vue des moyens, de la formation des jeunes confrères, que de la conception même de la folie.

S'en sont suivis le déni de la spécifi cité de la psychiatrie au sein de la médecine, la volonté de cantonner le psychiatre dans un rôle d'expert et non plus de soignant, la tentative de mise en place d'une juridiction sécuritaire et coercitive, la promotion d'une bureaucratie soi-disant compétitive, jalouse de ses prérogatives et éloignée des réalités de terrain, l'abandon à des lobbies de pans entiers de ce qui relève du ressort médical, le renoncement à la neutralité et à l'honnêteté scientifique de bien des organismes d'État pourtant à vocation arbitrale.

La spécifi cité du soin en psychiatrie, tous modes d'exercice confondus, implique l'indépendance professionnelle et la confi dentialité qui sont le pendant de la relation singulière engagée avec le patient.

Monsieur le Président, le climat est délétère et nous vous alertons solennellement de cette dérive. La psychiatrie française est en péril, en passe de destruction.

Une « bulle scientiste » au sein de la psychiatrie, portée par une idéologie néo-libérale, enfl e démesurément sous nos yeux et donnera lieu à un scandale majeur, or la pédopsychiatrie est en lambeaux (et les enfants de plus en plus drogués « sur ordonnance ») ; des médicaments prometteurs ne sont pas mis sur le marché parce que des industriels n'ont pas donné leur feu vert à l'AFSAPS ; les études relativisant les effets de certains produits sont ignorées ; la HAS impose des normes de consensus qui détruisent toutes les pratiques singulières qui ne sont rien de moins que l'engagement des équipes dans leur mission ; l'uniformisation idéologique des soins dénie la nécessité de s'adapter aux troubles en présence ; au nom de la prévention des risques, le seuil du délit est sensiblement abaissé et inhibe la responsabilisation des thérapeutes ; les cliniques de psychiatrie ont le même cahier des charges que celles de chirurgie y compris dans la prévention des infections nosocomiales ce qui n'est rien de moins que kafkaïen ; la direction des lieux de soin est confi ée à des gestionnaires et non à des soignants ; les patients qui ne s'intègrent pas aux protocoles en cours sont abandonnés ; les lieux de consultations sont surchargés ; les sectes et autres médecines parallèles voient leur influence grandir jusqu'à attaquer en justice de réels praticiens de renom ; des équipes psychiatriques sont détruites ; tout est fait pour empêcher peu à peu les psychiatres de travailler auprès des patients.

Nous avions la meilleure organisation psychiatrique au monde et nous l'avons abandonnée.

Le SNPP vous demande solennellement de porter une attention particulière à cette question et de rétablir une logique républicaine d'intérêt général à cette branche de la médecine ô combien sensible à la volonté politique, ce qui en constitue une des spécificités.

Des mesures urgentes s'imposent :

- diversification de l'enseignement de la psychiatrie notamment en donnant toute sa place à la psychopathologie même et surtout parce qu'elle ne possède pas « d'impact factor » reconnu par l'industrie du médicament,

- redistribution des moyens favorisant les praticiens de terrain et l'accueil des patients et non des groupes de pression tel « FondaMental » dénaturant la psychiatrie,

- rétablissement d'une conception des maladies et des soins psychiques indépendante de lobbies industriels ou religieux,

- réforme du plan de psychiatrie et santé mentale,

- retrait des lois sécuritaires et coercitives,

- émancipation des conditions imposées de formation permanente.

Il s'agit en clair de permettre aux psychiatres d'exercer un art déjà assez naturellement compliqué.

Au coeur de nos préoccupations, et il convient de le marteler : l'Assurance Maladie doit retrouver son rôle premier de garantir une solidarité nationale et de permettre l'accès aux soins pour tous.

Ce sont là des enjeux de justice, et de rétablissement républicain.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre très haute considération.

Permettez-nous d'ajouter que tous nos voeux de réussite vous accompagnent.

Copie aux parlementaires et candidats aux élections législatives.

Pour une psychiatrie de la parole

Jérémie Sinzelle

Aujourd'hui, l'exercice clinique psychiatrique (et sa déclinaison psychothérapeutique) est mise en difficulté par le biais de nombreuses évolutions : le mode d'exercice, avec la chute du nombre de praticiens libéraux (de par la démographie médicale et la baisse des vocations) ; la réforme de l'organisation hospitalière nécessitant plus de contrôle administratif ; et les classifications se voulant de plus en plus objectives et scientifiques. Les jeunes psychiatres sont en perte de repères et ont besoin de nouvelles perspectives pour réinventer leur pratique psychiatrique.

Mais la psychiatrie a-t-elle déjà vécu une période apaisée, où les psychiatres sont acceptés par la société comme des médecins comme les autres, et leurs malades comme des « citoyens normaux » ?

Actuellement nous traversons une contradiction qui doit allier un enseignement scolaire, appuyée par une classification simple et reproductible, obligatoire pour tous les étudiants en médecine, et un enseignement par compagnonnage en milieu psychiatrique, complexe et singulier pour chaque clinicien, auquel n'ont accès que ceux qui se destinent à la psychiatrie.

Nos collègues médecins possèdent ainsi une connaissance sommaire et minimaliste de la psychiatrie, quand notre métier n'est pas tout simplement raillé ou tourné en dérision.

LA PSYCHIATRIE C'EST FACILE C'EST QUELQUES ITEMS D'INTERNAT

A l'heure où la recherche apparaît dans les médias comme la seule source de progrès dans les soins, c'est la psychiatrie clinique au quotidien qui se trouve atteinte dans ce qu'elle a de spécifi que : une dimension abstraite, non quantifiable ou évaluable, base du soin psychiatrique : le transfert. Dans certaines facultés, à qui incombe en premier et deuxième cycle un enseignement de la psychiatrie au milieu de toutes les autres branches de la médecine, le temps qui est concerné à notre spécialité semble de plus en plus restreint, se résume à une vision organiciste simplifi ée, et à une extrapolation très peu psychologique du modèle médical de l'EBM.

Or la psychiatrie, discipline médicale à part, est née d'un débat d'idées. Pinel, dans les diverses éditions de son Traité, propose une synthèse entre des questionnements philosophiques (voire politiques) et une clinique dont résultera l'Aliénisme, que les Allemands appelleront Psychiaterie (Reil en 1802). Décalée, par sa nature, de la seule démarche médicale du schéma « physiopathologie, diagnostic (+examens complémentaires),

traitement (médicaments), prévention (et dépistage) », la psychiatrie ne saurait, comme toute la médecine d'ailleurs, se résumer à un seul enseignement théorique.

La grande diffi culté liée à notre enseignement facultaire est que la plupart des médecins n'ont jamais accès ni voire même de contact avec la psychiatrie clinique, et ne se posent la question pratique de la relation médecin malade (finalement la question du transfert) que très tard ; lors d'un exercice médical en pleine responsabilité, c'est-à-dire à la fin des études, une fois dégagé des obligations universitaires.

C'est trop tard pour que notre travail soit connu ou même respecté par nos confrères et consoeurs médecins des autres spécialités. C'est également trop tard pour aider les médecins de toutes spécialités à améliorer leur pratique, autrement que par un apprentissage sur le tas, sur les questions des plaintes psychosomatiques, de la demande implicite (et affective) autour des soins, et du diagnostic d'interrogatoire (reposant uniquement sur le discours du patient). Sur ces questions, le savoir-faire psychiatrique peut apporter un éclairage et une compétence enrichissante.

Dans notre époque où les examens universitaires écrits ont pris le pas sur les évaluations en situation clinique, les facultés proposent à tous les futurs médecins un enseignement reproductible et objectif : l'apprentissage d'un diagnostic basé sur celui des classifications internationales, et une thérapeutique réduite essentiellement à sa pharmacopée.

DOCTEUR, COLLEZ-MOI UN DIAGNOSTIC

Loin d'être des étiquettes, les diagnostics sont d'abord des titres d'ouvrages (ou de chapitres) nés sous la plume de grands cliniciens des années 1850-1950, sous la forme de descriptions cliniques très riches. Ils sont des hypothèses proposées (et largement débattues, à l'époque) pour expliquer de manière plus large le fonctionnement psychopathologique humain et guider la thérapeutique. En psychiatrie, les diagnostics ne sont pas des entités existant par elles-mêmes. Nous avons le devoir de poursuivre ce débat, en les remettant en question, à chaque fois qu'ils sont utilisés. Mais il n'est pas envisageable, pour que la psychiatrie reste de la médecine que nous nous dégagions de toute possibilité d'user ce que représentent les diagnostics, et ne perdons pas de vue que ceux-ci ont représenté un progrès lors de leur apparition.

Indisponibles avant la diffusion de ces écrits dits « classiques », les diagnostics permettent de décrire la clinique avec des mots techniques et spécifiques à la psychiatrie. Avant leur apparition (ou leur apprentissage), cette absence de verbalisation occasionne de nombreuses situations où les médecins, confrontés à des malades leur soumettant des problématiques insolubles, ne peuvent pas verbaliser et parler des patients à leurs pairs. Cette situation anxiogène a souvent été source d'abus de pouvoir médical, ou de marginalisation des patients qualifiés improprement de « résistants ».

C'est ainsi que les grandes descriptions cliniques françaises de tableaux d'État (Esquirol avec la monomanie en 1838, Jean-Pierre Falret et Baillarger avec la folie circulaire - folie à double forme en 1854) et les classifications allemandes (la démence précoce-schizophrénie de Kraepelin et Bleuler en 1899-1911, l'autisme d'Asperger-Kanner) ont aussi donné à l'Aliénisme français et à la Psychiatrie allemande leurs lettres de noblesse, traduisant ainsi la qualité d'une clinique avantgardiste dans les asiles et hôpitaux psychiatriques européens. En définissant de nouvelles maladies, et en les décrivant de manière plus précise, l'effet le plus direct en fut une prise de pouvoir sur la psychiatrie à l'échelle mondiale, appuyée sur un mouvement politique psychiatrique issu d'une époque clinique, visant à supplanter une tradition clinique devenue obsolète. Ce besoin de classifier est devenu un enjeu de pouvoir et un enjeu politique, au nom d'une doctrine qui figure invariablement en préambule de chaque classification. D'une part, les classifications ont rendu possible un enseignement psychiatrique et sa diffusion à l'échelle mondiale. D'autre part, elles ont représenté un outil concret et salvateur pour le clinicien : un vocabulaire technique destiné à traduire l'indicible, la folie, et permettre d'enrichir les discussions entre cliniciens.

Devant l'impasse de la méthode anatomopathologique en psychiatrie, au cours d'un XXème siècle propice aux grandes découvertes dans le domaine des pathologies organiques, c'est en reprenant cette même

démarche qu'est née, aux États Unis, avec le soutien des nombreux collaborateurs et chercheurs de la vielle Europe, la nécessité d'établir une nouvelle classification basée sur la Statistique. D'abord, basée sur un consensus international des traditions psychiatriques au sein de l'ONU (ou plus précisément l'OMS), est née la classification psychiatrique du CIM-6 (1949), dont le but est statistique ; et est apparu ensuite le DSM3 (en 1980) dont la composition repose sur l'analyse statistique, à partir de l'étude clinique de la « taskforce» (les field trials sur 12000 patients, par 500 cliniciens, dans plus de 200 centres sur 2 ans, entre 1977 et 1979) et une méthodologie basée sur un logiciel nommé initialement DIAGNO1 (Cf : Steeve Demazeux). Le but était de définir les maladies de manière la plus objective possible, en sacrifiant un idéal anatomopathologique, et en visant une fidélité inter-juges (c'est-à-dire la plus grande reproductibilité possible).

Le sérieux et l'ouverture dont ont fait preuve les chercheurs à l'origine du DSM3 ont permis au reste du monde de lui accorder une très forte confiance. Les années 1980 représentent la décennie où la psychiatrie américaine acquiert enfi n ses lettres de noblesse, et prend le pouvoir face à la vieille Europe, avant d'être submergée par l'industrie pharmaceutique. Ouvrant la voie à un vocabulaire standardisé en psychiatrie, et une homogénéisation des « cohortes », ces classifications modernes ont permis une révolution, probablement unique en psychiatrie, et difficile à rééditer.

Le DSM3 a permis la mise en place d'essais cliniques multicentriques standardisés, en évaluant de manière uniforme les diagnostics, en traduisant les maladies en symptômes quantifiables et leur évolution de manière chiffrée. Les psychiatres avaient à portée de main un outil ouvrant à la mise en place d'une recherche clinique à l'échelle mondiale. L'ère des grandes études en psychiatrie pouvait débuter, elles allaient devenir l'outil qui permettrait de découvrir de nouveaux traitements et d'améliorer ceux existant déjà. Tout ceci sous l'oeil bienveillant, mais rapidement sonnant et trébuchant de l'industrie pharmaceutique, restructurée autour du marketing (règle des 4P : Produit, Publicité, Prix, Positionnement & distribution), et dont la survie dépend d'une communication en direction des médecins et des pharmaciens.

Cette promesse de modernité, autour d'une classification n'ayant pour but, à l'origine, uniquement l'inclusion des malades dans un but de recherche (dans un nombre exponentiel de troubles plus ou moins flous), a eu pour effet de redéfi nir la psychiatrie comme une science objective, et de standardiser l'exercice psychiatrique par des questionnaires directifs. Les critères d'inclusion sont devenus (peut-être pas dans l'esprit de leurs enseignants, mais dans celui des enseignés), un manuel de psychiatrie clinique dépourvu de la richesse des manuels d'autrefois. Le problème n'est pas l'existence du DSM mais l'usage qui en est fait : un outil de recherche n'est pas un manuel de psychiatrie ou une littérature en soi.

Offrant au public des diagnostics dégagés « de toute stigmatisation » et de « théorie », les médias et la publicité pharmaceutique ont été friands de diffuser sans aucune retenue une quantité de termes psychiatriques, volés aux cliniciens et aux chercheurs, pour en faire un nouvel idéal simpliste d'une psychiatrie rationnelle, scientifique et véridique, qui pourrait se débarrasser des psychiatres et de leur expérience.

Le soulagement qu'a pu représenter l'émergence de « nouveaux diagnostics » pour les cliniciens à la charnière XIX-XXème siècle est éclipsé par l'apparence d'un réconfort et l'apparence d'une résolution d'un confl it intérieur chez les patients quand on « annonce leur diagnostic », depuis l'émergence du « droit au diagnostic » par la loi de 2002. L'un des effets est de détourner les patients d'un travail psychothérapeutique. Il est plus facile de coller l'étiquette pour masquer une béance que de la décoller. Lors d'un premier contact avec la psychiatrie, le public préfère souvent subir cette identifi cation superficielle à une maladie, et retarde la prise de conscience de l'intérêt d'un travail en profondeur.

La conséquence aujourd'hui peut se rencontrer dans de nombreuses écoles primaires où ce sont les instituteurs qui font des diagnostics d'hyperactivité, en se basant sur des questionnaires, et les annoncent « tout naturellement » à des parents ainsi incités à se détourner du médecin qui ne promet pas à l'avance la guérison.

« Quoi ton patient a des troubles anxieux généralisés et il a même pas de benzos ? » : C'est une phrase que m'avait posée, au téléphone, un urgentiste à propos d'un de mes patients qui s'était rendu aux urgences pour une crise d'angoisse. Il m'a semblé que pour lui, la question de relativiser le diagnostic n'existait pas ; et le traitement de l'angoisse se résumait aux anxiolytiques. Sans imaginer ce que peut représenter une psychothérapie pour un sujet souffrant, et sans craindre une intoxication médicamenteuse par benzodiazépines, sans saisir les précautions indispensables lors de la prescription de psychotropes, et la nécessité d'un soutien complémentaire relationnel où le transfert peut jouer un rôle.

Dans son article d'ESPRIT François Gonon nous rappelle qu'une psychiatrie en dehors du DSM est plus que jamais nécessaire. Il semble en effet que se limiter à une approche refermée sur une psychiatrie enfermée dans le DSM et une thérapeutique médicamenteuse est trop réducteur.

Enclose dans un tel système athéorique, elle n'a plus aucune chance de prendre du recul et de conserver un esprit critique, développé autour de nécessaires choix théoriques et éthiques.

CONCLUSION

Dans ce contexte du « droit au diagnostic », d'une psychiatrie se présentant comme technique et objective, d'une pratique clinique évaluable, devant subir le regard des autorités sur les pratiques, que reste-t-il de l'inconscient, de l'Art médical, et, plus largement, de la relation médecin-malade ?

Que reste-t-il de la clinique si les protocoles guident les réactions du clinicien en l'enserrant entre sa peur du gendarme d'une part (psychiatrie pré-judiciaire), et un discours dénigrant la confidentialité, mais aussi l'inventivité et la subjectivité du clinicien ?

Si le maintien de ces trois aspects est de plus en plus utopique dans l'hôpital de 2013, il reste que l'exercice libéral permet certainement de les protéger le mieux possible. Cette angoisse des psychiatres sur la sellette ne peut se résoudre que d'une seule manière à mon avis : la prise de parole, réinventer une nouvelle manière de parler de la psychiatrie, parler de notre métier et de notre savoir-faire. Il existe une nécessité de prendre la population de notre démocratie à témoin, non pas d'une plus grande protocolisation du métier en vue de réduire les coûts et la qualité des soins, mais de la nécessité d'une personnalisation des pratiques pour une efficacité accrue, dans le sens du bien-être de chaque citoyen.

Dans notre métier, issu d'une démarche médicophilosophique, plus que des réponses dans l'infiniment petit ou dans une greffe statistique qui s'apparentent à la recherche du Graal, c'est probablement dans l'archéologie des mots de la clinique que nous trouverons les bases de la psychiatrie de demain.

Il ne tient qu'à nous de renverser la vapeur, et d'unir notre profession en réconciliant le chiffre et la lettre.

Pour une bonne pratique… du secteur 2

Françoise Coret

Le secteur 2 est perçu par le public comme la liberté (la licence ?) accordée au médecin de fixer ses honoraires en fonction de son expérience, de sa notoriété, voire de sa célébrité. L'enquête du Monde montre que les médecins de ce secteur ont la même perception : la plupart d'entre eux ont un tarif fixe dont le montant peut être déraisonnable !

Mais le secteur 2 donne surtout la possibilité au médecin de proposer un tarif à chacun de ses patients qui soit fonction de la situation personnelle de celui-ci, de sa situation financière et du niveau des remboursements de ses assurances. Ainsi le médecin peut-il souscrire à la finalité de l'acte médical, nommément le soin, dont tout

humain vivant peut avoir besoin en raison même de sa condition naturelle. L'essence même de cet acte le distingue fondamentalement d'une prestation de service dont le commerce est évidemment monnayable, comme tout objet dans une société consumériste.

D'autant que la prévalence toujours accrue du chiffre incite à faire passer la valeur, de la qualité à la quantité, du langage avec toutes ses capacités créatrices et ses fonctions au chiffrage et sa virtualité impérieuse.

Comment la psychothérapie vient au psychiatre

Françoise Labes

Le 04/05/2012 a eu lieu, à l'initiative conjointe de la FFP et de l'AFFEP, une journée intitulée : « Comment la psychothérapie vient au psychiatre ».

La demande de nos jeunes collègues d'une ouverture à la question de la dimension relationnelle de notre discipline a fait l'objet d'une riche rencontre. Évitant le risque d'organiser un « salon des techniques psychothérapeutiques » sur un mode informatif, les intervenants ont fait oeuvre de transmission : transmission avant tout d'une éthique, celle du sujet, en prenant le risque d'interroger ce qui nous pousse à cette rencontre avec l'autre souffrant qui nous interroge sur nous-mêmes.

Ces travaux seront repris dans des actes ultérieurement publiés.

Les jeunes confrères, nombreux malgré la date (les changements de stage sont intervenus le 01/05/ et il n'était pas facile de s'absenter dès la prise de poste), ont manifesté un intérêt pour cette formule de travail, éloignée quelquefois de leur formation universitaire. Ces échanges devraient donc se poursuivre, pour notre bénéfice commun.

Lettre ouverte aux adhérents de l’AFPEP-SNPP

Philippe Ledoux

Mes bien chers confrères,

Ce n'est pas à la fi n de la psychiatrie, que nous assistons, mais à celle de la psychanalyse.

Cela n'est pas la première fois, mais plutôt le cas général où des théories se sont vues naître, vivre et mourir...

Personne ne se revendique plus de la physiognomonie, qui a sévi au 19ème siècle dans le milieu psychiatrique. Dès que le Baby-boom se sera papysé en retraite, qu'en sera-t-il de la psychanalyse, et pourrait-il en être autrement ?

La psychanalyse n'était qu'une réactualisation de la légende mésopotamienne de la Gnose, que Freud avait reexhumée au contact ésotérique de la Kabbale, à l'intérieur du BNE BRITT, dont il faisait partie à Vienne. Ses découvertes étaient des secrets partagés bien plus vieux qu'Hérode.

Lacan confi rme l'origine gnosique avec son célèbre hasard qui n'existe pas, confi rmant par là même la prédestination et son origine.

Certes, le déterminisme de la prime enfance, ou d'ailleurs, des étoiles ou de l'inch allah, favorise le calme des individus, mais au prix de leur indifférence indolente qui prive l'homme de son avenir recherché, un peu comme le Cannabis.

La théorie psychanalytique ne répond plus, dans une civilisation de moins en moins préemptée par la religion, dont elle avait pris le relais dans le coeur des baby-boomers bientôt invalidés par la retraite.

La retraite des psychanalystes, tuera-t-elle la psychiatrie ?? Que nenni.

Ce ne sont pas les psychiatres qui font la psychiatrie, mais les patients dont les besoins ont changé. Ils sont devenus impatients. Ils ne se contentent plus de souffrir en silence ordonné par la théorie et le rituel : Ils veulent des solutions.

Il a été démontré qu'au delà de la théorie implicite, c'est la capacité d'empathie qui caractérise le thérapeute effi cace et c' est ce sens qu'il faut donner au dernier opus de Michel ONFRAY au delà de la critique obligée à Freud.

Foutaises que pessimisme rageur !

Les Temps changent, l'avait déjà dit Dylan. Mais scandés par les générations qui changent de vérité à chaque tour de la roue svastique... Mais...

La même goutte d'eau ne repasse jamais sous le même pont... et cela... Par Hasard.

Je sais fort bien que vous ne publierez pas ce texte ! Il était pourtant destiné à vous permettre le deuil de ce pourquoi nous avons vécu.

Bien cordialement.

Avis

Patrick Stoessel

Chers amis,

Je souhaiterais connaître votre avis, celui des collègues sur un fait matériel trivial à première vue mais qui tend à prendre des proportions gênantes pour ma pratique. Je veux parler de l'envahissement croissant de ma ligne téléphonique par des appels inopportuns de marketing téléphonique. Il y a encore un an ou deux je ne recevais ce type d'appel qu'une à deux fois par mois. Actuellement, le phénomène est pluri-quotidien. Voici la lettre que j'ai adressée fi n avril au Président du Conseil national de l'Ordre des Médecins à ce sujet:

Monsieur le Président, Cher Confrère,

J'ai l'honneur de m'adresser à vous pour un problème qui tend à s'aggraver et porte directement atteinte à mon activité professionnelle.

Installé en cabinet à temps plein comme psychiatre psychanalyste depuis plus de 22 ans, je gère moi-même mes appels téléphoniques. Il m'est plus facile d'évaluer en direct le degré d'urgence de certains patients. Lorsque je suis en consultation je choisis de répondre ou de laisser sonner jusqu'à ce que l'appel bascule sur la messagerie vocale. Avec l'identifiant d'appel je peux reconnaître le numéro de téléphone de certains patients que je sais fragiles. Quelques mots échangés suffisent bien souvent à calmer une crise d'angoisse, à prévenir un passage à l'acte ou à modifier une posologie. Autant dire que le téléphone est pour moi un outil

clinique et thérapeutique et qu'aucun secrétariat téléphonique ne saurait s'y substituer.

Cette gestion a un inconvénient : celui de risquer d'être interrompu en pleine séance de consultation ou de psychothérapie au moment même d'une élaboration féconde du patient qu'il ne faudrait pas perdre.

Aussi dans ce système dont j'assume le choix, tout appel de marketing téléphonique constitue une atteinte directe à l'exercice de ma spécialité. Certaines plateformes appellent jusqu'à plusieurs fois par jour tant que vous n'avez pas décroché. Il s'agit bien souvent d'appels masqués ce qui m'incite à ne jamais prendre en direct les appels masqués. Or parmi ceux-ci peuvent se trouver des patients en détresse. Pendant le temps de sonnerie ou les rares fois où je réponds quand même, la ligne est occupée bloquant un éventuel appel entrant urgent.

Il y a donc là pour moi une atteinte directe à l'exercice de ma profession, atteinte préjudiciable pour les patients.

Bien entendu l'inscription en « liste orange » sur l'annuaire est parfaitement inefficace de même que l'inscription, plus récente, sur le site Internet « Pacitel ». Le 22 mars dernier, j'ai déposé une plainte au commissariat contre un numéro qui a appelé avec insistance pendant plusieurs semaines, sans efficacité à ce jour.

Je pense ne pas être le seul parmi les confrères à subir ce phénomène et souhaiterais que le Conseil National de l'Ordre des Médecins puisse engager des négociations avec les opérateurs téléphoniques aux fins de trouver un moyen technique efficace pour protéger les lignes téléphoniques sensibles comme celles des médecins. A défaut, une action collective de nature judiciaire et/ou médiatisée pourrait-elle être envisagée ?

Je reste à votre disposition pour toute information ou contribution et espère que votre institution puisse être en mesure d'oeuvrer pour aboutir à une amélioration face à ce fléau.

En vous remerciant par avance de votre attention, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, Cher Confrère, l'expression de mes salutations les plus confraternelles.

Je précise que les appels auxquels je fais allusion ,ne sont clairement pas des appels de patients. Au niveau du syndicat, peut-être pourrait-on tenter d'évaluer l'ampleur du phénomène par un questionnaire ou une enquête ? Ou bien encore lancer une pétition pour appuyer d'éventuelles démarches officielles ?

La défense syndicale de nos pratiques, de notre exercice passe, me semble-t-il aussi par la protection d'un outil de travail aussi essentiel que le téléphone.

Bien amicalement.

Au-delà des recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant l’autisme

Claire Horiuchi

Après une lecture attentive du rapport de la Haute Autorité de Santé sur l'autisme et un premier mouvement de tristesse face à la confirmation de l'évolution actuelle de notre société, je me suis dit qu'il était fi nalement préférable que la psychanalyse ne soit pas compromise en étant citée comme pouvant être recommandée dans un tel protocole. De fait, comment aurait-elle pu y apparaître alors que la conception du sujet dans un abord psychanalytique se situe aux antipodes d'une telle recommandation ?

Dans les recommandations, le caractère polymorphe de ce regroupement clinique sous l'appellation « TED » est bien souligné et l'absence de recul sur une durée suffisamment longue des techniques rééducatives pour en tirer des conclusions sur le devenir de ces enfants une fois adulte, y est aussi clairement mentionnée.

Comment peut-on, dans le prolongement de ces constats, « patenter » offi ciellement des soins pour des enfants sans tenir compte de la perspective de leur devenir comme adulte ?

Au-delà des querelles d'écoles, la question fondamentale est sans doute le pourquoi d'une telle préconisation, justement autour de l'autisme alors que tout peut laisser penser que si il y a bien un domaine où de telles recommandations ne peuvent s'envisager c'est bien pour ces patients.

Pourquoi vouloir regrouper des pathologies si polymorphes en un seul groupe clinique juste autour de la notion des troubles de la communication ? Pourquoi tenter de trouver à tout prix une étiologie unique qu'elle soit génétique ou autre pour des enfants et futurs adultes si différents ? Comment peut-on envisager de prendre en charge de manière relativement homogène des enfants qui pour certains souffrent d'épilepsies sévères ou autres pathologies neurologiques, pour d'autres n'accèdent pas au langage avec plus ou moins des troubles du comportement graves et des enfants Asperger ? Cette évidence clinique est oubliée de manière étonnante et pose question en tant que telle. Pourquoi cette agitation et volonté d'agir sur l'autisme de cette manière homogénéisante ?

L'argument financier a été avancé et y contribue sans doute. Mais il n'y a peut être pas que cela. Ce qui fait trait commun entre ses différentes pathologies et qui est mis en avant sous la formulation « perturbations qualitatives dans les domaines des interactions sociales réciproques et de la communication » constitue justement ce qui provoque une grande souffrance pour les familles et confronte les soignants à un sentiment d'impuissance lorsqu'ils ont face à eux un enfant qui leur échappe ou qui semble nier leur existence par moment. Nous pouvons déjà nous étonner que finalement ce qui regroupe ces enfants dans une même catégorie serait peut être plus liée à ce qu'ils font vivre aux autres que les symptômes qu'ils partagent entre eux. Par ailleurs, cela survient dans une société où la communication prend une place très particulière, se développant et donnant l'illusion que nous pourrions être en lien en permanence, avec des « amis » de partout et multiples alors qu'en réalité ce lien devient de plus en plus virtuel, sans « corps ». Est-ce simplement un hasard qu'il y ait une tentative de maîtrise pour rendre conforme ces enfants qui échappent et viennent peut être interroger sur nos modalités de liens ?

Il est bien question d'interactions sociales « réciproques » et de la communication. Pour communiquer, il faut être au moins deux. Il y a l'émetteur et le récepteur. Mais là, il n'y a d'une certaine manière que remise en question de l'enfant dit « TED » dans sa manière d'être en lien avec l'autre pour lui permettre de s'adapter à nos codes sociaux, certes majoritaires mais qui ne constituent pas pour autant un modèle absolu.

Notre modalité de communication et d'échanges sociaux s'est constituée telle que nous la connaissons actuellement pour de multiples raisons aussi bien biologiques au sens large que sociétales et elle aurait pu être autrement. Elle ne constitue qu'une variation parmi d'autres. Et si c'était justement notre modalité majoritaire qui empêchait d'être en lien avec ces enfants et futurs adultes ?

Je me rappelle de ma première rencontre avec un enfant autiste dans un hôpital de jour alors que j'étais interne en psychiatrie. Parmi les enfants de cet hôpital de jour, il y avait un garçon à part, non en lien avec les autres et qui ne s'y intéressait pas. Il posait son regard dans un ailleurs insaisissable. Un garçon pour qui ma présence ne comptait manifestement pas. Ce qui n'a pas empêché qu'à quelques moments, je me suis retrouvée face à lui, dans un échange de regards prolongé. « Échange » n'est peut être pas le mot adapté car je serai bien en peine de qualifier ce qui s'y

passait. Il plongeait son regard dans le mien qui en était quelque part captif. J'étais incapable d'imaginer un tant soit peu ce que lui pouvait vivre dans ce moment. Je ne pourrai pas plus définir ce qui était regardé, aussi bien par lui que par moi. Mais si il y en avait un qui pouvait laisser penser qu'il maîtrisait la situation, qu'il détenait un savoir sur l'autre, c'était lui. J'avais l'impression qu'il accédait à quelque chose en moi, à un je ne

sais quoi. Je garde encore en mémoire la perception de ce moment que j'ai pu éprouver avec d'autres enfants par la suite. Je le vis encore comme un moment d'interrogation radicale dans le sens d'un questionnement qui ne renvoie à rien, une forme de questionnement pur ?

La question de la souffrance de l'enfant autiste est une autre question. Si cette difficulté relationnelle provoque réellement une souffrance pour lui, sa modalité relationnelle peut être remise aussi bien en question que la nôtre. Mais qui finalement souffre le plus de cette difficulté relationnelle ? Est-ce vraiment l'enfant dit T.E.D ? Cela n'empêche pas que ces enfants souffrent et la description que peuvent faire certains enfants accédant au langage de leur souffrance est davantage dans un registre sensoriel, sous la forme d'agression par des bruits, des lumières etc. ; une souffrance qui paraît être d'une intensité difficile à imaginer pour nous.

La manière dont nous pourrions les aider pour cette forme de souffrance n'est guère abordée dans les recommandations. Mais il est là encore difficile de supposer que tous ces enfants vivent des souffrances semblables. Ce que vise la psychanalyse (à différencier des psychothérapies d'inspiration psychanalytiques), c'est avant tout l'écoute et une tentative pour comprendre quelque chose à la souffrance psychique d'un autre avec l'espoir d'atténuer cette souffrance. Nous n'en sommes qu'à tenter de comprendre ce que peuvent vivre ces enfants en les écoutant malgré toute leur difficulté de communication, dans leur particularité et toujours dans l'idée d'un enfant comme un être en devenir, un devenir adulte entre autre.

Comment la psychanalyse pourrait-elle avoir sa place dans des recommandations de la HAS telles qu'elles sont préconisées où il est plus question de tenter d'objectiver ces enfants dans un groupe homogène relevant d'un handicap à palier ou à corriger ?

Sans remettre en cause la bonne volonté des personnes qui ont souhaité mettre en place un tel protocole pour répondre à la souffrance réelle de ces enfants et de leurs familles, je crains qu'à vouloir répondre de manière hâtive à des interrogations que ces enfants soulèvent, qui touchent sûrement à des questions bien plus profondes et essentielles pour l'humanité et la société, nous leur en fassions payer à nouveau le prix d'une autre manière, en les stigmatisant dans une catégorie fourre tout. Il y avait sûrement des situations cliniques autres que celles de l'autisme infantile, plus concrètes et homogènes, où les protocoles auraient été moins litigieux et utiles.

Qu'est-ce qui se passe dans notre société pour en arriver là ? N'est-ce pas la réelle question urgente que nous devrions-nous poser ? Ces enfants ne viennent-ils pas nous interroger sur notre mode de communication, nos liens sociaux qui ont de plus en plus de mal à tolérer des différences qui renvoient de surcroît à de l'inconnu ? Une société où la notion de handicap prend une ampleur inquiétante, figeant les statuts, empêchant de dégager une perspective autre que palliative et surtout permettant de nous éviter de nous interroger sur notre manière d'être avec ces enfants et personnes en les renvoyant dans le champ du handicap ? Enfin, comment pensons-nous (ou pansons-nous) l'enfance actuellement ?

Si ces recommandations pouvaient relancer ces questions, alors elles auront peut-être apporté autre chose que des querelles inutiles et des pertes de perspectives d'ouverture vers un plus d'humanité.