Sommaire du BIPP n° 8 - Mars 1996

Seuls contre tous ? Gérard Bles

Quelle alternative ? Paul Lacaze

Le droit constitutionnel et les RMO - Martine Burdet-Dubuc

Lettre à nos ministres (affaires sociales et santé) - Gérard Bles

Vie régionale :

- **Savoie - Etienne Roueff**
- **Languedoc-Roussillon - Joëlle Coron, Paul Lacaze**
- **Val de Marne - Martine Burdet-Dubuc**

Hospitalisation privée - Gérard Bles

Sur l'éthique, un ouvrage de Robert Misrahi - Jean-Jacques Laboutière

Chronique : seuls contre tous ?

Gérard Bles

Les boulets, rouges, blancs ou noirs, continuent à pleuvoir sur les médecins libéraux, assoiffés de gains, profiteurs éhontés du système conventionnel, et de surcroît ignares et irresponsables. Nos plus récents contempteurs : Jean-Michel Bezat dans Le Monde du 28 février 1996 ("Le combat d'arrière garde des médecins libéraux"), Bernard Kouchner ("La dictature médicale", Laffont éd.), Jean de Kervasdoué ("La santé intouchable", Lattès éd.). Un journaliste "social", un médecin "politique et humaniste", un technocrate haut fonctionnaire passé au privé... Quel tribunal ! Le seul "acquittement" auquel vous puissiez prétendre sera celui du surcoût de vos cotisations sociales et des éventuelles pénalités pour votre "mauvaise conduite". (C'est bien parti, même pour les psychiatres, mais oui !)

J.M. Bezat nous accuse de "malhonnêteté intellectuelle" quand nous prétendons "défendre l'intérêt des malades" alors que nous n'aurions jamais rien fait contre la baisse des remboursements, l'accroissement des inégalités sociales, le développement des exclusions. Dans la foulée, liberté de choix et de prescription, colloque singulier, paiement à l'acte, passent à la moulinette. Nous sommes "prisonniers d'une conception archaïque du libéralisme médical" et menons "un combat d'arrière-garde" en privilégiant "une approche individuelle des soins" aux dépens de la santé "capital commun, fonction collective".

L’assaut vient nous toucher au cœur de notre propre argumentation de psychiatres et de psychiatres libéraux : ce qui pourrait conforter l’opinion de ceux d’entre nous qui estiment que notre seule chance de préserver nos spécificités soignantes dans l’avenir serait de nous dissocier d’une "médecine technicienne" qui apparaîtrait prioritairement dans le collimateur et à l’égard de laquelle nous nous sentirions facilement critiques - en travaillant à la mise en place d’un dispositif conventionnel propre à la psychiatrie.

Les informations qui circulent sur le nouveau projet de convention tel que le concocterait la Caisse Nationale d’Assurance Maladie donnent à penser que cette éventualité tactique est désormais à l’ordre du jour puisqu’une réflexion serait ouverte "sur l’opportunité de conventions spécifiques à chaque catégorie de médecins" (Quotidien du Médecin, 7/3/96) .

Si cette solution peut apparaître favorable à certains, il en est d’autres qui sont redoutables, tel le projet d’adhésion conventionnelle individuelle: celle-ci rendrait le praticien beaucoup plus vulnérable, sinon totalement désarmé en face du pouvoir réglementaire et gestionnaire (c’est la perspective d’un tel risque qui, dans les années 60, a contribué à ce que le corps médical s’engage collectivement dans le système conventionnel que nous connaissons). Soumis à une forme ou une autre de plafonnement d’activité, confronté à une opposabilité renforcée des R.M.O. (voire une opposabilité des A.M.M. elles-mêmes, dont la stricte observance serait contrôlée à travers les codages...), menacé de sanctions financières personnelles, quelle marge de liberté et de créativité resterait-il au psychiatre désormais isolé, dont, de surcroît, on serait tenté de remettre en question le travail "relationnel" (comme, parmi d’autres, le soulignait le Pr. Marc Bourgeois en juin 1994 dans le Monde des débats: "on aimerait que... les autres types de prises en charge, en particulier la nébuleuse appelée psychothérapie, fassent l’objet du ministère d’un même souci de rigueur et de contrôle que l’ ‘‘utilisation des psychotropes’’)".

La psychiatrie se retrouve régulièrement "oubliée" dans le débat médico-social conventionnel ou politique. A ce compte, et si l’on ne met pas beaucoup d’acharnement à rappeler son existence, nous passerons d’étranglement à la trappe, "par oubli", dans le vaste mouvement en cours de la médecine libérale. Il nous faut donc inlassablement rappeler notre existence et notre originalité. Mais pouvons-nous prétendre lutter seuls ?

Nous avons choisi jusqu’à présent de nous battre au coude à coude avec l’ensemble des praticiens libéraux quels que soient notre envie ou notre besoin de nous démarquer d’autres pratiques ou notre scepticisme sur l’habileté tactique des représentants de la profession - tout en insistant avec obstination sur nos impératifs tant pratiques qu’éthiques (nos "états d’âme" comme disent en forme de dérision certains hauts responsables syndicaux, alors que s’ils y réfléchissaient bien ces impératifs sont en passe de constituer la seule justification subsistante de l’exercice "libre"...).

Beaucoup d’entre nous cependant s’interrogent désormais sur la nécessité et le bien fondé d’une telle stratégie de solidarité. La question demeure ouverte - et connaître votre opinion nous serait précieux dès à présent, sans même attendre les 11 et 12 mai prochains* où, à la lumière de notre expérience passée et présente, nous débattrons de notre avenir.

Gérard BLES

***25e anniversaire de l’A.F.P.E.P., Paris.**

Quelle alternative ?

Paul Lacaze

Vous venez de lire comme moi le “Document d’orientation qui présente les grandes lignes de la future ordonnance sur la médecine de ville” signé J. Barrot et H. Gaymard.

Vous êtes psychiatre d’exercice privé et, à ce titre, vous être donc comme moi pleinement concerné. A partir du 15 avril 1996 c’est toute notre pratique qui va probablement subir le séisme d’une réforme dont nous pressentons que les modalités, technocratiquement définies, vont briser pour longtemps sinon irrémédiablement le cadre de l’acte médical libéral. Filières de soins, carnet de santé, R.M.O. , codage des actes et des pathologies, conventionnement individuel, sanctions collectives et individuelles élargies et intensifiées, toutes ces mesures, plus ou moins panachées, risquent bel et bien d’enfermer chacun d’entre nous dans un dispositif de contention technico-administrativo-économique étouffant nous laissant plus ou moins paralysés sinon bâillonnés face à la souffrance de nos patients.

Quelle alternative ? Laisser faire les technocrates ou bien se mobiliser syndicalement de toutes nos forces pour donner aux médecins que nous sommes et à leurs représentants les moyens de renverser la tendance ? Mais alors, me direz-vous, pourquoi tant de formations syndicales, y compris dans notre spécialité ? N’est-ce-pas un facteur de faiblesse ?

Quelle alternative ? Il est vrai que nos organisations ont des sensibilités différentes face à la crise. Il est vrai également que nos adversaires s’emploient à cultiver nos “divisions”, généralistes contre spécialistes, “techniciens” contre “intellectuels”, indépendants obstinés contre partisans du “tout coordonné”. Il est vrai aussi que ces divisions, facilitées par nos difficultés économiques, occultent trop souvent le sens profond de la mission médicale. Mais elles existent...

L’A.F.P.E.P.-S.N.P.P., quant à elle, peut prétendre à la cohérence de ses positions et de son action à partir d’une réflexion théorico-pratique sur l’exercice privé de la psychiatrie dont le fil se repère de la “Charte” de 1980 au “Manifeste” de 1995, tout en s’interrogeant avec lucidité et rigueur sur les évolutions de la réalité avec laquelle nous avons à travailler - comme elle le fera encore les 11 et 12 mai prochains pour son XXVe anniversaire.

Rechercher l’unité à d’autres niveaux ? Nous nous y employons - mais pas au prix de “renoncer à notre âme”...

Adhérer à l’organisation professionnelle qui représente le mieux notre pratique est la meilleure manière de faire entendre les exigences de celle-ci par nos confrères comme par nos diverses tutelles. Pour nous, psychiatres privés, il n’y a plus, aujourd’hui, d’alternative.

Docteur Paul LACAZE
Trésorier A.F.P.E.P. - S.N.P.P.

Le droit constitutionnel et les RMO

Martine Burdet-Dubuc

MÉDECINS / CAISSES
20 questions sur les références médicales opposables

Isabelle LUCAS-BALOUP - Bruno LORIT (Scrof Éd.)

Le droit à la protection de la santé est garanti pour tous les citoyens par la Constitution du 4 octobre 1958 (Constitution toujours en vigueur).

A propos du «politiquement correct» Maître Lucas-Baloup souligne d'emblée (question n°1) le manque de bonnes relations publiques pour l'application des R.M.O., soulignant le peu d'échos fait à propos de celles-ci, sauf à les critiquer vivement (critiques au demeurant portées par personnalités compétentes et autorisées).

Elle relate également le peu d'information fait auprès du public dont on sait pourtant (électeurs de mai 95) que la préoccupation «santé» est leur préoccupation la plus importante.

La conclusion de ce chapitre peut se lire dans la critique du laxisme dans lequel le Droit s'engage quand est négligée l'applicabilité des normes juridiques, conditions de l'ordre public.

Plusieurs exemples de violations de libertés viennent alors apporter leur appui à ce raisonnement :

- perte de la liberté de prescription du médecin,

- différence d'applications des R.M.O. entre médecins des hôpitaux et médecins privés (perte du principe du libre choix)

- redoublement d'obligations conventionnelles (code de déontologie médicale - code de la Sécurité sociale) culpabilisantes pour les médecins sans démarche d'évaluation pédagogique. Perte de l'indépendance professionnelle sans contrepartie.

Dans le deuxième chapitre est examiné la légalité des R.M.O. La loi du 4/01/93 les instaure comme déterminées par la Convention nationale de médecins qui fut elle-même approuvée par arrêté ministériel. Le Conseil constitutionnel ne s'est pas prononcé sur la conformité à la Constitution des dispositions législatives instituant les R.M.O. Or, en matière de santé publique, le principe fondamental consiste en un droit à la protection de la santé.

Quelques exemples sont cités :

* La radio thoracique préopératoire systématique n'étant plus de rigueur, un enfant de 12 ans est décédé lors d'une intervention pour appendicectomie car il était porteur d'une cardiopathie (les cahiers de chirurgie.)

* l' «American journal of psychiatry» confirme qu'un tiers des patients sous Halopéridol présentent desdyskinésies aiguës en début de traitement. Or la référence écarte la prescription de correcteur en première intention, ce que risque d'être source d'inobservance et d'anxiété.

D'autres exemples sont cités mais nous en connaissons de nombreux dans notre pratique.

Les autres chapitres en bref :

- Le fait que les R.M.O. ne s'appliquent qu'aux médecins conventionnés va développer des demandes aux effets pervers (transfert illégitime de clientèle).

- L'établissement des R.M.O. est soumis aux pressions de la CNAM (qui subventionne l'ANDEM, 9 800 0000 fr. en 93 et 13 200 000 fr. en 94).

Ainsi, nous avons été quelques uns à lire les rapports confidentiels et à apporter des propositions de transformation sans que celles-ci soient prises en compte et sans que l'on sache ce qu'il en est advenu.

Pour «blaguer» sans doute, l'auteur nous propose en réponse à cela le transparence opposable...

- Le CMPL (Comité médical paritaire local) ne peut que constater l'infraction aux R.M.O. et le texte ne prévoit pas de classement sans suite ou de relaxe si plusieurs références n'ont pas été respectées sur un suivi de 2 mois. Pourtant une évolution de R.M.O. était prévue après évaluation de sa pratique par un praticien. Quelle évolution serait possible si la sanction est irrémédiable et l'évaluation une obligation contraignante à respecter une norme ?

- Une décision de sanction du CMPL peut être portée en appel au CMPN mais le CMPL et le CMPN sont considérés à ce jour comme des juridictions administratives spéciales ce qui implique seulement la possibilité d'un pourvoi en cassation devant le Conseil d'état.

- L'abus du praticien par un patient n'informant pas ce dernier des soins reçus chez un autre praticien (même département) peut amener le médecin à ne pas respecter de fait les R.M.O.

Ce livre riche de multiples autres exemples pratiques, de ces problèmes qui se posent à nous quotidiennement dans le cadre de l'application des R.M.O., sera présenté par Maître Lucas-Baloup dans le cadre de la réunion «Ile de France» de l'A.F.P.E.P., le 9 avril 1996 à 20 h 30 au siège des Laboratoires Roche, 52 boulevard du Parc à Neuilly sur Seine.

Martine BURDET-DUBUC

Lettre à nos ministres (affaires sociales et santé)

Gérard Bles

Le 24 février 1996

Monsieur le Ministre,

Monsieur le Secrétaire d'État,

A notre demande, nous avons été reçus le 16 février dernier par Madame Cazala, conseiller technique. Nous lui avons fait part de nos très vives inquiétudes, voire de notre complète opposition pour ce qui concerne la psychiatrie à un certain nombre des dispositifs de régulation et de contrôle actuellement envisagés par le Gouvernement.

Bien que Madame Cazala ait paru comprendre, sur nos explications, les caractéristiques propres à l'exercice libéral de la psychiatrie et reconnaître l'intérêt de celui-ci pour la santé individuelle et collective, les «apaisements» qu'elle s'est efforcée de nous apporter quant à ces mesures nous ont paru reposer beaucoup plus sur des perspectives de temporisation, de délais pratiques d'application, que sur une véritable remise en question de leur opportunité.

La psychiatrie libérale et son important développement ces vingt dernières années (actuellement plus de 6000 praticiens) ont contribué à modifier considérablement les conditions de prise en charge non seulement des troubles mentaux constitués mais plus largement de la souffrance psychique au sens le plus général, dans toutes ses formes d'expression.

Elle autorise ainsi une saisie particulièrement précoce des problèmes, au stade même du conflit initial, de la crise, avant que n'apparaissent les décompensations graves et invalidantes, exigeantes en moyens de soins

lourds. De cette précocité, vous admettrez aisément l'intérêt non seulement sanitaire mais également économique, d'autant qu'il s'agit d'une pratique dans laquelle le travail relationnel, psychothérapique, joue un rôle fondamental alors qu'elle est modérément prescriptive, faiblement inductrice d'explorations complémentaires, sensiblement réductrice en matière d'absentéisme.

Ce travail, dans sa précocité même, est rendu possible non seulement par la disponibilité et l'accessibilité des praticiens (pour l'essentiel conventionnés), mais tout autant par les garanties de confidentialité qu'il offre aux patients dans un domaine qui touche au plus intime de la personne. Beaucoup d'entre eux accomplissent, en venant consulter, une démarche qui n'est envisageable que parce qu'elle reste totalement confidentielle, à l'écart des circuits médicaux classiques, à l'insu même parfois des familles, et qui met en jeu des données qui ne peuvent être divulguées.

Vous concevrez dès lors que la suppression de l'accès direct comme l'obligation d'inscrire des données concernant leur état dans le Carnet médical puissent venir directement contrecarrer une exigence tout à la fois légitime du coté du patient et garante d'efficacité du coté du soin.

C'est pourquoi nous ne pouvons nous satisfaire de l'inscription de la psychiatrie dans une filière de soins supprimant l 'accès direct - même s'il ne s'agit dans un premier temps que d'applications expérimentales locales qui, ne seraient-elles qu'une exception, introduiraient une inégalité difficilement admissible entre les patients.

Tout autant, l'obligation de mentionner systématiquement l'intervention du psychiatre et son contenu comme la nature des troubles traités peut s'avérer non seulement d'une réalisation difficile dans les prises en charges de longue durée, mais surtout en complète contradiction avec le besoin de secret. La nature du support (papier ou informatique) pas plus que le codage (qui, indépendamment des problèmes scientifiques délicats que peut poser celui des pathologies, est, par définition, décryptable) ne résoudront la difficulté.

Au demeurant, un codage se pratique déjà depuis longtemps (et pour nous seuls) à travers l'existence d'une lettre-clé spécifique pour notre acte de base, la consultation (CNPsy et VNPsy). Il conviendrait à tout le moins que toute divulgation supplémentaire demeure facultative, soumise 1) à l'autorisation du patient, 2) à l'appréciation du thérapeute en termes d'opportunité technique (concernant un traitement pharmacologique par exemple) et éthique.

Il va sans dire, ajouterons-nous sur ce point, que nous avons toujours accepté le dialogue direct, encore que limité aux besoins d'ordre strictement médico-social, avec les médecins conseils. Il ne s'agit donc pas d'une prérogative que nous réclamons mais d'un impératif que nous cherchons à faire valoir au regard de la validité et de l'efficacité du soin.

C'est pourquoi, Monsieur le Ministre, Monsieur le Secrétaire d'État, nous souhaiterions pourvoir développer de vive voix, à votre intention, nos arguments fondés sur une expérience clinique désormais solidement assise, afin d'obtenir sur ces points des assurances formelles et non plus seulement circonstancielles.

Dr Gérard BLES

Savoies

Etienne Roueff

COMPTE-RENDU DE LA RÉUNION

Malgré les intempéries de ce 7 février 1996, une vingtaine de psychiatres libéraux des départements de Savoie et Haute Savoie se sont réunis à Annecy.

Après un résumé du «Plan Juppé», ou ce qu'il en restait à ce jour, et des clarifications sur certains points (sanctions rétroactives, maîtrise comptable), ce qui pouvait être encore négocié lors des «ateliers» de rédaction des ordonnances (entre gouvernement et syndicats médicaux) fut ensuite l'objet de notre discussion.

Deux insistances de tous les collègues émergent particulièrement :

- la préservation du secret médical à travers l'obligation du carnet de soins

- l'inadmissible filière de soins («passage obligé» par le médecin généraliste).

A plus long terme, la question du futur codage informatisé des pathologies en psychiatrie, et le problème d'actualité ce mois de février 96, de la formation continue : tout faire pour la conserver nôtre, gérée et distribuée, financée et accréditée par les psychiatres eux-mêmes en toute indépendance.

Enfin un thème a beaucoup animé la fin de la soirée, celui de «l'accessibilité aux soins psychiatriques de qualité pour tous» : idéal à maintenir comme objectif ? - ou, sur le modèle de certains pays voisins, limitation de cet accès à une certaine durée ou à certaines populations (exemple de l'Allemagne : 3 ans de psycho-thérapie remboursée après entente avec la caisse, puis déremboursement progressif) ?... car le fait central, pour chaque participant à notre réunion, est un accroissement de la demande de soins qui nous déborde tous, et qui suggère l'urgence d'une résolution gouvernementale afin d'accroître la formation psychologique des médecins et la fabrication de spécialistes en psychiatrie dans les prochaines dix années.

Ces questions fondamentales pour notre avenir, celui de nos patients et de la protection sociale en France, nous ont agités jusque tard dans la nuit. Pour encourager le retour dans la neige et le froid, nous nous sommes promis de nous revoir à l'automne pour faire le point sur ces changements en cours des conditions basales de notre pratique.

Étienne ROUEFF
Délégué régional - Savoies

Réactions ...

Nous sommes tous habitués à travailler «en notre âme et conscience», dans le respect de nos patients et de nous-mêmes, car l'un ne va pas sans l'autre. On nous reproche nos «états d'âme», là où nous sommes semble-t-il les seuls à refuser de «perdre notre âme» face à l'omnipotence financière.

En effet, nous ne pouvons être psychiatres, c'est-à-dire soignants de la psyché, si nous avons oublié la nôtre. Mais nous ne pouvons non plus refuser de prendre en compte la réalité socio-économique dans laquelle nous vivons et travaillons, faute de quoi, de la position de «marginaux» qui est logiquement la nôtre, nous tomberions dans celle «d'exclus».

Il faut donc faire sur nous-mêmes le travail que nous essayons de susciter chez nos patients, à savoir être capables de faire des liens entre nos fantasmes et nos désirs d'une part, et la castration que la réalité nous impose, de l'autre, afin d'exclure ni les désirs ni la réalité.

Or si la société actuelle tente de situer la finance en position de toute puissance, avec les effets délétères que l'on constate sur la vie psychique et sociale, nous ferions une erreur aussi grave en niant la réalité au profit

d’une supposée toute puissance d’un psychique qui n’aurait que faire des contingences matérielles.

Notre travail de psychiatres, qui a si souvent à faire avec l’inévitable castration - travail toujours à faire - pourrait alors avoir pour but, dans les tempêtes actuelles, de prendre en compte et d’analyser rationnellement les nécessités contradictoires en présence, pour continuer à mener notre barque sans perdre le cap de nos espérances.

Ce qui rend indispensable, si nous voulons survivre en tant que psychiatres, d’être représentés en tant que tels au niveau des instances de décision.

Pour faire respecter quoi ?

En premier lieu, la confidentialité. Ensuite, dans l’ ordre que l’on voudra : le libre choix du psychiatre par le patient et la libre acceptation du patient par le psychiatre !

Il serait dommage que ce choix ne se fasse que sur des critères financiers.

La qualité des soins, liée à la formation mais aussi au temps passé, donc au CPsy...

Annick TROLEZ

Languedoc-Roussillon

Joëlle Coron, Paul Lacaze

Réunion DRAFPEP

Montpellier le 15 février 1996 - Centre «Les Mûriers».

Après avoir rappelé les dernières informations syndicales nationales, Paul Lacaze et Hervé Granier nous informent de leur élection au Conseil d’Administration de la Section Locale de la C.S.M.F. (1er C.A. le 14 mars 1996).

Sur l’activité régionale, Jack Boulet nous a exposé l’affaire d’un confrère gardois sanctionné sur la base des R.M.O. en mai 1995, juste après la parution des textes, pour sa pratique,auprès de patients suivis depuis plusieurs années. L’indignation soulevée par cet exposé fait écho aux préoccupations actuelles de voir la médecine sous contrôle prioritairement administratif et comptable. Sont alors réévoqués : carnet de santé, codage des actes, R.M.O., risque de dichotomie et de compérage créé de toute pièce par la suppression de l’accès direct au spécialiste, etc.

Le projet déjà formulé aux dernières réunions D.R.A.F.P.E.P.-LR de créer un Comité d’Honneur de la psychiatrie en Languedoc-Roussillon (voir encadré) est alors retravaillé et voté à l’unanimité des présents. Ce comité pourrait se composer de neufs membres :

- six psychiatres d’exercice privé élus par leurs pairs,

- trois psychiatres d’exercice public dont un universitaire.

Il est convenu que la section locale du S.P.F./A.F.P. serait informée de cette initiative, la participation à ce Comité étant ouverte à tous psychiatres.

Dès sa création, ce Comité prendra contact avec les médecins conseils des Caisses Locales, le Conseil de l'Ordre, les autres représentants syndicaux (C.S.M.F., S.M.L...).

Ce comité aura un rôle de conseil technique et d'aide morale auprès de tout confrère psychiatre qui l'interpellerait pour avis sur les difficultés rencontrées entre une pratique médicalement conforme aux usages de la profession et l'application des nouvelles références médico-administratives conventionnelles.

Il n'interfère donc ni avec les instances ordinales ni avec les représentations syndicales.

Information brève: La prochaine réunion du groupe de pédopsychiatrie aura lieu le mardi 19 mars 1996 avec la participation du Professeur Aussilloux (Centre Bourneville Montpellier). Y sera abordé le sujet inquiétant du risque de clivage entre les spécialités de psychiatrie et de pédopsychiatrie.

DATE DE LA PROCHAINE RÉUNION D.R.A.F.P.E.P. - LR : Le JEUDI 11 AVRIL 1996 à 20 heures 30 au Centre «Les Mûriers», 1804 avenue du Père Soulas, Montpellier.

Joëlle CORON psychiatre
Paul LACAZE neuropsychiatre

Délégation régionale de l'Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé

Réunion plénière - Montpellier 15 février 1996

Les psychiatres privés de la Région Languedoc-Roussillon réunis en séance plénière à Montpellier le 15 février 1996, résolus à ne plus subir la montée d'accusations injustifiées et arbitraires à leur égard, décident de créer un

COMITÉ D'HONNEUR DE LA PSYCHIATRIE

EN LANGUEDOC ROUSSILLON

Ce Comité d'Honneur, présidé à sa création par le Docteur Jack BOULET, est composé de 9 membres élus par leurs pairs, dont 6 du secteur privé et 3 du secteur public.

Le Comité d'Honneur de la Psychiatrie en Languedoc Roussillon a pour fonction de se mettre à la disposition des confrères dont la pratique pourrait injustement être remise en cause par l'application de toutes procédures administratives.

Les modalités d'organisation, de fonctionnement, d'élaboration et du publication du Comité d'Honneur vont désormais faire l'objet, en collaboration avec des juristes spécialisés, d'une étude élargie aux formations représentatives des autres confrères et seront diffusées aux Conseils Départemental et Régional de l'Ordre des Médecins ainsi qu'aux différentes Caisses d'Assurance Maladie de la Région Languedoc-Roussillon.

Val de Marne

Martine Burdet-Dubuc

Réunion des psychiatres

Nous étions quelques uns, dont certains assez véhéments, à refuser les sanctions : psychiatres secteur I et psychiatres secteur II même punition donc même riposte ! Certains espéraient encore que le degré de liberté

laissé au secteur II permettrait de rattraper le coût des cotisations sociales, mais après réflexion cela fut reconnu comme impossible.

La limitation des dépenses de santé par le biais des médecins libéraux a soulevé un tollé. En effet, nous savons tous le prix d'une hospitalisation, plusieurs milliers de francs, et dans notre pratique de psychiatre installé en ville, nous avons à un moment tenu le challenge d'éviter une ou plusieurs hospitalisations en revoyant régulièrement nos patients, ce qui est évidemment beaucoup moins onéreux.

Certains ont fait valoir encore le pourcentage d'augmentation de la CARMF en rapport avec l'augmentation du C du généraliste 10 %, alors que le CNPSY n'avait augmenté que de 5 % environ. Tous les calculs montrent que la limitation arbitraire de nos revenus aurait pour conséquence de nous faire mettre la clé sous la porte.

Chacun s'étant défoulé en paroles et en comptes, nous avons abordé la deuxième partie de notre soirée avec ressentiment et crainte de voir s'effondrer la valeur du métier que nous pratiquons. Voici quelques uns des propos échangés :

A propos des RMO : «La santé de nos patients c'est cela que nous sommes venus défendre et ces petites mesurettes sont sans efficacité».

A propos des menaces de sanction : «Nous ne sommes pas coupables de soigner. Ne pourrait-on sanctionner les médecins individuellement puisque l'on sait dans les caisses ceux qui abusent?»

A propos des interventions du CNPF à la CNAM: «Puisque les patrons savent ce qu'il faut faire pour bien soigner à juste prix, comme ils sont meilleurs gestionnaires, ils vont établir de grand groupes de santé qui seront beaucoup plus faciles à gérer (cf. la Générale des Eaux à Chambéry)».

A propos de l'accès direct : «Toutes les propositions de limites ne sont-elles pas l'amorce du salariat des médecins libéraux ? Ne pourrait-on accepter le quota d'actes pour éviter cela ?»

A propos de la confidentialité : «L'utilisation de code barre pour les soins comme pour les diagnostics sera probablement un grand dommage pour la médecine de ville car les solutions déterminées au préalable par des experts ne tiennent pas compte de la diversité du citoyen malade. D'autre part, le doute qui permet une organisation dynamique du lien patient-médecin sera nié par cette approximation dans un langage public d'une affaire strictement privée».

Cette réunion a permis de mesurer l'inquiétude des psychiatres convaincus que la réforme à terme sera restrictive. Elle ne permettra plus la confiance dans la relation thérapeutique, l'autorité du médecin étant tronquée par des mesures administratives comptables.

Nous nous sommes promis de nous revoir dans un mois afin de contacter localement des coordinations pour exiger du gouvernement la prise en compte de notre éthique professionnelle.

Martine BURDET-DUBUC

Hospitalisation privée

Gérard Bles

Compte-rendu de la réunion du comité de liaison et d'action de l'hospitalisation privée (CLAHP)

Sous commission PSYCHIATRIE 22 février 1996

avec la participation de la FIEHP, l'UHP, le SYMHOP (CSMF), le SNPP et le SPF (ainsi que la FEHAP, invitée)

pour le SNPP : Dr G. Bles, Dr J.C. Chouraqui.

La réunion, constitutive de la sous-commission, a permis d'effectuer un tour d'horizon général des problèmes qui se posent à l'hospitalisation psychiatrique privée. La discussion a porté principalement sur deux axes :

- l'organisation des établissements,

- la nomenclature.

1) organisation

Un tour d'horizon très large a été effectué en fonction de la réorganisation actuelle de l'ensemble de l'hospitalisation sous l'égide régionale des C.R.O.S.S. et la place qu'il convient désormais de faire au **projet d'établissement, au dossier médical, aux procédures d'évaluation** (via le dossier médical, le codage et les P.M.S.I.) auxquelles les représentants des établissements apparaissent tout à fait favorables.

Le problème des **urgences** apparait étroitement lié aux enjeux de la coordination régionale. A propos de quoi nous avons attiré l'attention sur le fait qu'un certain nombre d'établissements avaient une **vocation «nationale»** (notamment en fonction de leur **orientation spécifique**) et qu'il y avait un risque certain à trop s'enfermer dans une stricte perspective régionale (qui pourrait être celle liée à la mise en place d'une «enveloppe globale» public/privé englobant pour ce dernier secteur les honoraires).

2) nomenclature

Il existe - ce n'est pas nouveau - une forte pression des Caisses pour que soit révisée la nomenclature des actes psychiatriques en établissement, tendant notamment à supprimer le K 15 (chimiothérapie intensive).

Il est bien évident que l'on ne nous propose rien en contrepartie. Face à quoi deux positions sont possibles :

- une attitude strictement conservatrice s'appuyant sur une redéfinition de la technicité de l'acte et dans le même temps préférant conserver des actes en C et en K (lettres-clé considérées comme plus évolutives que le CNPsy). C'est notamment la position de certains représentants des établissements (Drs Cléry-Melin et Léonardi);

- une attitude «alternative», pour le cas où nos interlocuteurs seraient intransigeants : le recours au CNPsy, modulé selon le type de travail thérapeutique effectué : c'est la position, déjà ancienne, du SNPP qui estime qu'il serait cohérent que l'acte du psychiatre en établissement soit reconnu comme de même nature qu'en cabinet.

Restent par ailleurs toutes les difficultés inhérentes à l'utilisation du C de surveillance et ses rapports avec l'obligation de **permanence médicale**, qui font l'objet d'appréciations divergentes... et anciennes.

Cette première réunion de la sous-commission a en fait surtout permis d'établir un inventaire des questions à traiter, de façon à opérer dans un deuxième temps comme une «force de proposition». Chaque composante de la sous-commission est invitée à développer ses propres analyses des problèmes posés avant que ne soit tentée une synthèse.

La prochaine réunion est prévue pour le 18 avril, avec si possible la participation d'un représentant de la tutelle sur les questions de nomenclature.

Gérard BLES

Sur l'éthique

Jean-Jacques Laboutière

LA SIGNIFICATION DE L'ÉTHIQUE
par Robert MISRAHI.

Collection Les empêcheurs de penser en rond.

Robert Misrahi nous livre dans ce livre une réflexion qui ne peut laisser le médecin, et particulièrement le psychiatre, indifférent. Face aux inquiétudes suscitées par les développements les plus récents des sciences biomédicales, l'auteur tente dans cet ouvrage de fonder une éthique médicale capable de répondre aux interrogations les plus déconcertantes.

Précisant d'abord en quoi l'éthique se distingue d'une part de la morale et d'autre part de la déontologie, il nous rappelle qu'il ne saurait valablement exister d'éthique du particulier. L'éthique médicale ne peut se concevoir que comme l'application à ce domaine précis d'une éthique nécessairement universelle. Sa réflexion s'organise donc en deux temps successifs. La première partie de l'ouvrage est consacrée à la recherche de principes suffisants pour juger la valeur de l'action en dehors de toutes références a priori, que ce soit d'ordre moral ou religieux. Dans la seconde partie, il expose les conclusions pratiques auxquelles le mène l 'application de ces mêmes principes confrontés aux problèmes les plus cruciaux de la médecine, qu'il s'agisse de questions liées aux techniques récentes telles que le génie génétique, les techniques de procréation médicalement assistée ou les neurosciences, ou bien de problèmes éternels tels que la responsabilité médicale ou l'euthanasie.

Nous ne pouvons que saluer la démarche de l'auteur sur plusieurs points. Cette tentative de fondation rationnelle de l'éthique, dont le premier effet consiste à articuler l'éthique médicale sur une réflexion éthique générale, est extrêmement stimulante et nous fait passer, de par ce mouvement même, du souci déontologique à une réflexion vivante sur la valeur de nos actes. Par ailleurs, nous ne pouvons qu'adhérer à la ferme affirmation, tout au long du livre, de l'importance primordiale du patient considéré comme sujet, de la valeur inaliénable de sa liberté et de son droit à un épanouissement personnel qui doivent toujours être défendus par le médecin.

Néanmoins, cet ouvrage laissera sans doute le psychiatre-psychothérapeute extrêmement perplexe. Bien qu'il puisse reconnaître dans cet ouvrage la défense, fort bien argumentée, de principes éthiques auxquels il est viscéralement attaché, en dépit de la rigueur et de la clarté des raisonnements exposés, ou peut-être du fait même de cette clarté presque trop limpide, il se dégage à la lecture une impression de simplification excessive qui met mal à l'aise. L'existence de l'inconscient est évoquée, mais ses conséquences en terme de

limites quant à une pleine connaissance de soi et quant à sa liberté ne sont pas prises en compte. L'importance du désir dans l'économie psychique est reconnue, mais l'auteur nous parle d'un désir qui ne connaîtrait aucun obstacle à rencontrer sa jouissance. Les deux pages de l'ouvrage consacrées à la psychothérapie et à la psychanalyse (pp. 141-142) font tressaillir quand l'auteur argumente sur un contresens de sa lecture de Lacan. Enfin, le projet existentiel proposé en conclusion, maîtrise par chacun de sa propre existence, laisse bien dubitatif... Le psychiatre ferme donc ce livre avec l'impression que l'auteur n'a fait que rejoindre le point illuminé d'idéal d'où il est lui-même parti il y a fort longtemps pour commencer son étude et son travail. Impression d'un malentendu, et, en même temps, sentiment que nous sommes sans doute d'accord sur les principes bien qu'il nous soit impossible d'adhérer aux conclusions.

Cet ouvrage reste donc précieux au moins à deux titres. D'une part il rappelle aux médecins qui l'oublieraient que la valeur d'un acte médical ne se soutient pas simplement de sa perfection technique mais avant tout d'un jugement éthique qui ne vaut lui-même que de son universalité : l'éthique médicale n'existe pas car il n'existe qu'une éthique qui s'applique, entre autres, à la médecine. Elle n'est donc pas l'affaire des seuls médecins. D'autre part, au-delà des réserves que nous venons de formuler, ce livre invite à renouer un dialogue entre la médecine et la philosophie qui, sans doute, devant le constat des malen-tendus qui peuvent persister, a été trop longtemps interrompu.

Jean-Jacques LABOUTIERE