Sommaire du BIPP n° 10 - Septembre 1996

Chronique : One world, one language, Gérard Bles

Vie régionale :

- **Grève sur ordonnances - Etienne Roueff**
- **Région des Savoies - Etienne Roueff**
- **Réunion DRAFPEP Languedoc-Roussillon - Joëlle Coron, Paul Lacaze**

Réglementation : ALD 30, changement de thérapeute - Des précisions de la Caisse nationale

Secteur associatif : exemplarité d'une situation dont nous nous sommes portés solidaires - Antoine Besse, Didier Bromberg

UEMS section adulte - Jean-Jacques Laboutière

Déclaration d'Avignon - Anne Rosenberg

Correspondance :

- Colère - un psychiatre
- Rappel à l'ordre - Y. Kaufmant
- Des bons usages - Jacques Barbier
- Racisme et médecine - Georges Federmann

Dernière heure : nouvelles violences à l'encontre de la pratique libérale et de l'hospitalisation privée - communiqué du SNPP

Chronique : one world, one language

Gérard Bles

Tel était l’exergue du Xème Congrès Mondial de Psychiatrie à Madrid.

On peut évidemment l’entendre de bien des manières. Et la glose proposée par les officiels de l’Association Mondiale de Psychiatrie ne s’aventurait pas, en l’ occurrence en affirmant qu’il s’agit "d’étendre notre compréhension envers chacun dans un monde bouleversé par la détresse de la guerre, de la pauvreté et de la maladie" (Harold M. Visotsky, U.S.A, in Programme).

Il n’empêche, la sentence peut faire froid dans le dos. Et je suis sûr de n’être pas le seul à ressentir un malaise certain à son énoncé.

Concrètement d'abord : l'anglais est devenu la seule langue officielle ("de travail") de l'A.M.P. (exeunt français, allemand et espagnol. Nouveaux statuts adoptés le 25-8-96). Langue véhiculaire dira-t'on. L'usage des autres dépendra des circonstances. Mais qui peut soutenir qu'une langue n'affecte pas de son génie propre le développement d'une pensée ? Et qu'elle ne constitue pas en définitive l'outil privilégié d'un certain impérialisme culturel ? Ce n'est pas nouveau remarquerez-vous, puisque par exemple et déjà depuis des années les "bons" auteurs français (ceux qui veulent compter, être lus "dans le monde") publient directement en anglais et qu'il existe même une revue scientifique "française" écrite complètement dans cette langue. Ou que l'essentiel des travaux exploités par l'ANDEM pour élaborer les RMO dans notre discipline sont d'origine anglo-saxonne...

Autre signe de l'évolution : les francophones (qui représentent quand même quelques centaines de millions de personnes dans le monde) n'occupent désormais pratiquement aucune place dans les instances dirigeantes d'une Association mondiale qu'à voulue Henri Ey. Question d'envergure, de personnalité ? Peut-être...

Mais au delà de ces réactions que certains jugeront gallicanes, cocardières, ce qui pourrait inquiéter surtout est ce qui se profile du côté d'une possible pensée unique (concept un peu trop à la mode certes, mais dont justement les États-Unis nous proposent un modèle assez assourdissant...). Une pensée unique dont le D.S.M. serait la Bible et les psychotropes les Saintes Espèces (on ne saurait si bien dire...). La psychiatrie américaine (et, est-ce fortuit, l'A.M.P. elle-même) apparaît de plus en plus scientiste, biologisante, pharmacologisante. Je n'ai pas établi de statistiques sur la teneur des communications à Madrid, mais déjà à Vienne, à Athènes... Et le poids des "majors" industrielles sur les contenus - et sur les fréquentations, 8000 participants à Madrid - est de plus en plus évident.

Le même Harold Visotsky parlait dans le programme des "maladies neuro-biologiques graves comme la schizophrénie et les désordres maniaco-dépressifs"...

Point n'est question de nier les avancées neuro-biologiques fondamentales (désormais fondamentalistes ?) dans notre discipline. Mais est-ce d'une psychiatrie polarisée, monocolore, que nos patients ont besoin - est-ce d'un seul et unique instrument dont nous avons besoin dans notre pratique quotidienne ?

Lors du XXV° Anniversaire de l'A.F.P.E.P., face à l'avenir, nous nous sommes employés à secouer d'autres hégémonies : est-ce pour retomber demain, définitivement, sous un joug d'autant plus contraignant qu'il se parerait des alibis de la science et d'un quelconque "universalisme" ?

Gérard BLES

Grève sur ordonnances

Etienne Roueff

Nous étions en avril 1996. Le 24, les Ordonnances devaient être entérinées par le gouvernement et le même jour, nous allions faire grève. Pourquoi ?

Au-delà des taxations-sanctions des médecins en 1996, les culpabilisant et les montrant du doigt, il y a changement du système de soins : la façon de soigner et d'honorer les médecins est totalement modifiée.

Qu'on en juge :
- maîtrise comptable = limitation de l'offre de soins
- RMO = obligation progressive d'utiliser certaines procédures thérapeutiques
- FMC obligatoire sous contrôle de l'État = formation des médecins selon les critères purement économiques
- début des filières de soins = limitation de
la liberté de choix des médecins par les patients
- informatisation des cabinets médicaux et codages = danger d'atteinte du secret médical (de même, contrôle facilité de l'activité des médecins et de l'état de santé de la population), tiers payant généralisé.

Pour la psychiatrie libérale, des questions simples et graves se posent : qu'en est-il du patient ? Il est le centre de notre action professionnelle, et, n'en doutons pas, le principal intéressé par ce changement politique de l'exercice libéral de la médecine.

1) Quand l'offre de soins se tarit (très peu de psychiatres s'installent désormais; il y en a de moins en moins de formés) et que la demande de soins psychiatriques s'accroît, que deviennent les demandes de soins qui obligent les psychiatres à dépasser l'objectif de taux d'augmentation des dépenses de santé, prévu à 2,1 % cette année ? Y aura-t-il modulation possible de ce taux selon un facteur «accroissement des demandes» ou «augmentation de la morbidité psychiatrique» ? Qui en décidera, sur quels critères ? Sinon, que ferons-nous des patients demandant de l'aide : renvoi à l'hôpital, lui aussi déjà surchargé ? Ou bien nous demande-t-on de travailler gratuitement, puisque le trop perçu d'honoraires devra être remboursé ?

2) Les psychiatres se sont toujours formés : ils n'ont pas attendu que l'État les y oblige. Mais ils ont de fortes craintes sur l' «obligatoire» d'une formation : pour faire des économies ou pour mieux travailler ? Formation faite par des hospitalo-universitaires qui souvent ne voient pas les mêmes patients et ont des missions différentes et complémentaires de la psychiatrie libérale - ou bien formation faite par des psychiatres libéraux expérimentés choisis et subventionnés par qui ? Les psychiatres libéraux seront-ils chargés de former leurs confrères généralistes et autres à une meilleure approche diagnostique et relationnelle du fait psychiatrique ?

3) Les RMO, si elles se généralisent, font fi de la singularité de chaque patient, surtout en psychiatrie. Deviendront-elles de plus en plus astreignantes ? Aurons-nous en tant que psychiatres libéraux la possibilité de les modifier, de nous y opposer ?

4) Quant au secret (dossier médical), au paiement à l'acte et autres «états-d'âme», rappelons aujourd'hui la grande inquiétude pour la liberté de chacun que ces mesures contiennent.
Alors, oui, nous avons fait grève des cabinets médicaux le 24 avril : sans illusion... mais puisque c'est le seul moyen de se faire entendre, de dire ce qui est tu : la médecine libérale est totalement transformée par ces ordonnances. Ce qui caractérisait la médecine française, et plus particulièrement sa branche psychiatrique : l'indissoluble nouage de la liberté du patient avec celle du praticien, se délite à travers cette réforme. De plus, nous sommes très inquiets de ce qui, à l'horizon de quelques années, peut se passer si les médecins et les patients ne résistent pas : une régression du soin en France, une diminution de la liberté et du plaisir de vivre pour nos concitoyens. Cela, nous ne pouvons pas y souscrire.

Étienne ROUEFF

Nous sommes le 10 septembre, 5 mois ont passé. Ce jour, la CNAM devrait décider des «économies de 5 milliards» en attaquant en particulier la ***nomenclature*** *des cardiologues, des gastro-entérologues, des biologistes (suppression ou abaissement des cotations) et celle des psychiatres, au moins en clinique (le K 15). En tout* ***arbitraire****, sans concertation. Et on peut craindre que ce ne soit qu'un début...*

Le texte ci-dessus - et l'acte de grève évoqué ? - est donc toujours et encore d'actualité. La lutte de résistance doit continuer...

Région des Savoies

Etienne Roueff

Les sévères prescriptions Juppériennes ont-elles perturbé la psychiatrie libérale savoyarde ? La réponse est positive quoique incertaine et multiple.

L'inquiétude sourd des conversations, les réactions sont angoissées.

Première concrétisation de ces réactions : la grève du 24 avril, occasion pour les psychiatres d'expliquer, d'informer patients, collègues, entourage et de dénoncer le changement grave et brutal de la pratique médicale, l'atteinte croissante de l'accès aux soins, ceci dans une perspective proche (contrôle d'activité et de prescriptions, filières éventuelles, codage...).

Le jour de la grève une délégation syndicale de médecins, dont j'étais, rencontra longuement le préfet comme dans de nombreux départements. Par ailleurs, nombreux furent les messages audio et télévisuels, dans les journaux des interviews, pour diffuser nos opinions sur les ordonnances.

Pour ce qui est de l'A.F.P.E.P.-S.N.P.P. régionale, nous avons attendu la publication des ordonnances pour informer l'ensemble des psychiatres savoyards des discussions de notre réunion du 7 février, des confirmations de ce qui était pressenti de la réforme, et proposer un nouveau rendez-vous en septembre afin de faire le point.... et le poing ! (consignes syndicales pour le Carnet de santé vis à vis du problème du secret en particulier).

Le groupe scientifique SPEP 74 continue son travail de recherche clinique sur «les changements de cadre dans la dépression» et le prolongera l'an prochain.

Enfin, représentant du département aux Unions Professionnelles régionales, je peux témoigner de l'importance et de l'intérêt que ces Unions prennent; intérêt renouvelé par la place (congrue, mais la seule pour la médecine libérale) qui leur est faite par les ordonnances dans la FMC, l'évaluation des pratiques, et le contrôle collectif et individuel de l'activité médicale. Ces tâches sont si lourdes de conséquences possibles qu'il vaut mieux être présent !

Pour l'Union Professionnelle Rhône-Alpes, j'ai été à l'origine d'une «commission examen des projets» qui subventionnera des projets libéraux de prévention, épidémiologie, évaluation et santé publique, selon des critères simples et publiés.

L'intérêt est que l'Union prenne sa place politique et sociale dans la région, et que les médecins voient un «retour» concret de leurs cotisations obligatoires annuelles, qui alimentent les Unions.

Psychiatres Rhône-Alpins, préparez et adressez vos projets à l'Union, instrument libéral de combat contre l'Etat et l'administration !!

Etienne ROUEFF
Délégué régional - Annecy

Réunion DRAFPEP Languedoc-Roussillon

Joëlle Coron, Paul Lacaze

Compte-rendu de la réunion générale Montpellier Centre «Les Mûriers»
Jeudi 23 mai 1996.

Le faible nombre des participants (18) en cette période où fleurissent «les Ordonnances» nous interroge non pas tant sur les motivations que sur la profondeur de l'effet de choc survenu depuis le 24 avril 96.

Puisse ce compte-rendu, à l'image du rassemblement de psychiatres privés à Paris les 11 et 12 mai derniers pour le XXVe anniversaire de l'A.F.P.E.P., rendre à nos confrères et amis l'envie de se battre pour notre dignité professionnelle à tous !

1) Après le rappel de la stratégie syndicale nationale de l'A.F.P.E.P.-S.N.P.P. (renforcement de l'action sur options éthiques et cliniques claires jusqu'à **«entrer en résistance»**) le débat s'instaure sur le problème des filières de soins. On apprend par exemple que e ce système vient précisément d'être abandonné en Allemagne en raison du surcoût occasionné !...

2) La question de l'informatisation des cabinets fait évoquer celle des Caisses elles-mêmes dont on peut constater régulièrement, à travers les relevés SNIR et les profils TSAP, qu'elle est trop souvent défectueuse, les chiffres fournis étant pour la plupart erronés ! Les explications demandées aux Caisses par nos confrères restent généralement évasives.

Devant un tel désordre de l'informatisation des Caisses, on peut craindre le pire au moment du codage des actes et des pathologies, de la transmission des données médicales par carte à puce et du télé-paiement !

Pour l'heure, il est fortement recommandé

* de demander systématiquement un **relevé mensuel de SNIR** (si l'on veut éventuellement respecter les **quotas** : 2,1 % d'augmentation des dépenses de santé maximum retenu pour 1996 sinon... sanctions individuelles et collectives).

* de vérifier rigoureusement et de se faire expliquer le détail des **profils TSAP**.

3) En ce qui concerne le **carnet de santé**, deux attitudes sont discutées :

* soit l'accepter mais alors comment le remplir pour éviter la perte de confidentialité pour le patient et le contrôle statistique pour le psychiatre ?

* soit le refuser en ne le remplissant pas du tout.

A l'heure actuelle et avant que les décrets d'application ne soient sortis (en septembre 96) la proposition retenue est celle de tenir **«le carnet de santé comme incompatible, en psychiatrie privée, avec ce qui constitue l'essence même de notre art et de notre éthique**. Nous, psychiatres privés, émettons les plus extrêmes réserves sur l'opportunité et l'efficacité du carnet de santé qui, par sa lourdeur d'utilisation, est condamné à devenir obsolète».

Il s'agit là d'une position clairement tranchée des adhérents DRAFPEP-LR.

4) Les autres actions locales syndicales entraînent moins d'enthousiasme mais sont citées : grève du zèle en impliquant les médecins-conseil dans chaque acte médico-administratif type arrêt de travail (embouteillage du système), actions d'information et sensibilisation auprès des patients, des élus, des centrales syndicales, du Conseil de l'Ordre etc. A suivre...

Notre réunion comportait un volet scientifique

1) Bilan des groupes de travail et réflexions suivants :

- pédopsychiatrie

- psychothérapies

L'évolution des autres groupes scientifiques relève de la motivation des animateurs, des préoccupations des participants et de l'objectif recherché.

L'exemple type est celui concernant l'éthique qui a donné naissance, par ailleurs, à l'AME (Association pur une Médecine Ethique).

C'est pourquoi il est apparu opportun d'évoquer la **proposition de créer un Comité de Formation Continue DRAFPEP-LR** en utilisant le numéro d'agrément de l'A.F.P.E.P. Cette question sera débattue en Conseil d'Administration de l'A.F.P.E.P. - S.N.P.P. à Paris les 22 et 23 juin 96.

Pour finir, un appel à candidature est lancé pour le renouvellement des membres de la délégation régionale A.F.P.E.P. Languedoc-Roussillon qui s'effectuera à la prochaine réunion générale à Montpellier le jeudi 26 septembre 1996 au centre les Mûriers, 1804 av Père Soulas à 20 heures 30, où nous pourrons du même coup nous organiser pour faire ensemble le déplacement à l'Ile de Ré pour les XXVIe Journées Nationales de l'A.F.P.E.P. sur le thème «Psychiatrie et prévention, liaison dangereuse ?

Joëlle CORON
Déléguée régionale

Paul LACAZE

Réglementation. ALD 30 - changement de thérapeute. Des précisions de la Caisse nationale

La demande du S.N.P.P.

Je me permets d'attirer votre attention sur le fait que certains médecins-conseil refusent le bénéfice de l'ALD 30 à des patients qui, pour des raisons d'ordre technique ou du simple fait de leur liberté de choix, estiment devoir changer de thérapeute en cours de traitement, s'agissant bien entendu d'un psychiatre - lequel ne saurait, dans tous les cas, bouleverser de façon fondamentale le projet thérapeutique prévu lors de l'examen spécial initial. Tout au plus pourrait-on envisager qu'un nouveau protocole soit établi plus ou moins rapidement sans modifier entre temps les conditions de remboursement du patient.

Il ne nous semble pas, pour l'essentiel, qu'on puisse considérer de tels changements comme un quelconque nomadisme médical. La dimension relationnelle de notre activité est suffisamment prépondérante et la liberté de la demande du patient déterminante du point de vue thérapeutique pour qu'on évite de mettre en question sa liberté d'engagement et le travail entrepris, ne serait-ce que par le biais d'une pression financière.

Souhaitant que vous nous précisiez votre position sur ce point,

Gérard Bles

La réponse du médecin-conseil national

Votre correspondance relative à l'exonération du ticket modérateur au titre des affections prévues par le décret n°86.1380 du 31 décembre 1986, ALD 30, a retenu toute mon attention.

Je vous confirme que lorsque le patient change de thérapeute, un nouveau protocole d'examen spécial prévu à l'article L 324-1 et suivants doit être établi entre le médecin traitant et le médecin conseil. Les conditions de remboursement des prestations n'ont pas à être modifiées sauf en cas de désaccord d'ordre médical sur la nouvelle thérapeutique envisagée.

Dans ce cas, le désaccord est notifié au patient avec la voie de recours à l'expertise médicale.

Quant au libre choix du thérapeute par le patient, il est garanti par des dispositions législatives et conventionnelles et ne saurait être remis en cause par quiconque, dans l'intérêt même du malade.

Je me permets de vous rappeler par ailleurs que le rôle du service médical est notamment de permettre à tout bénéficiaire de l'assurance maladie d'accéder au juste soin et que le médecin traitant est tenu dans tous ses actes et prescriptions d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité et l'efficacité des soins...

Dr J.M. BENECH

Secteur associatif. Exemplarité d'une situation dont nous nous sommes portés solidaires

Antoine Besse, Didier Bromberg

A Paris, deux lieux de soins sont menacés à court terme : l'hôpital de jour Marie Abadie (75014) et l'hôpital de jour J. Salneuve (75017). L'un comme l'autre ont leur budget 96 augmenté de 0% : 52 enfants y sont soignés par des équipes pluridisciplinaires dont le savoir faire, la recherche et des décennies d'expérience thérapeutique et de coopération avec leur environnement social sont reconnus par tous les professionnels.

Les budgets de tous ces établissements sont épluchés depuis longtemps par les tutelles DASS n'y laissant que les dépenses les plus essentielles: celles de personnels augmentant en raison des carrières garanties par les conventions collectives, nous n'évoquerons pas, bien entendu, les dépenses de nourriture des enfants dont l'augmentation est évidente.

En plus du risque de fermer ces établissements, 600 enfants attendent une place en hôpital de jour en région parisienne.

En quoi ce cas est-il exemplaire ?

- Il annonce une psychiatrie de façade qui nous serait imposée au détriment d'une psychiatrie plus humaine qui ne proposerait pas d'emblée les objectifs de guérison;

- La réponse institutionnelle et économique est brutalement assénée puisque les structures de soins ne font pas les preuves de leur capacité à guérir, à s'attaquer plus directement aux symptômes;

- Il annonce une gestion de handicap qui redeviendrait du social avec pourquoi pas, les notions d'asile ou de refuge mais seulement dans la gestion du quotidien;

- Il pose la question même de notre accès aux soins : «Ne vous en mêlez plus !» nous serait-il demandé.

Est-ce la faillite de notre accession à ce savoir-là et à la recherche ?

Est-ce que les psychiatres et les psycho-thérapeutes en sont restés ces dernières années à des querelles inutiles ?

Présent le jeudi 2 mai 96, le S.N.P.P. a soutenu ces 2 équipes en appelant à une manifestation au Ministère de la Santé le 14 mai 96. Cette manifestation a réunit 400 personnes parmi lesquelles les parents et les enfants, les personnels mais aussi de nombreux professionnels et syndicats ayant rejoint le mouvement.

En réponse le Ministère a proposé de «diligenter un audit» qui rende son avis en août 96. signalant à la délégation reçue que les arbitrages des tutelles DASS et au niveau régional à la DRASS se sont avérés encore plus gravement amputés après les précédents audits.

Lors de la manifestation du 14 mai 96, la délégation reçue au Ministère a demandé que des mesures immédiates et urgentes soient prises pour empêcher la mise en péril financier des 2 hôpitaux de jour parisiens par l'attribution d'un budget délibérément insuffisant (taux directeur à 0 %) et pour obtenir la garantie que les 52 enfants intéressés ne se retrouvent pas sans solution de soins en septembre prochain.

La réponse a été d'expliquer par quels mécanismes de «régulation inter-régionale» au niveau national, par quels «arbitrages comparatifs» au niveau régional et enfin par quelle «appréciation comparative» au niveau de la DASS, il pouvait être parfaitement normal que ces établissements aient pour 1996 un budget égal à celui de 1995 plus 0 %. Le Ministère a précisé qu'avec les Ordonnances sur l'hôpital, cette fonction «d'appréciation comparative» sera confiée aux «agences d'accréditation».

Quant à la question de savoir selon quelle légitimité des recours gagnés en justice par ces établissements n'étaient pas honorés parce que les tutelles avançaient un manque de moyens financiers, le représentant du Ministère, en l'occurrence M.J. Lenain, chef de service, adjoint du directeur des hôpitaux, a renvoyé celle-ci au parlement puisque le gouvernement demande à la représentation nationale de voter les restrictions budgétaires décidées en matière de santé.

Dès lors les 2 équipes ont maintenu la mobilisation, appelant à une journée nationale de rassemblement des personnels des établisse-ments, des parents, des associations et des syndicats le 19 juin 96 à Paris, une délégation devant se rendre ensuite à l'Élysée. A cette journée étaient présentes 146 personnes, représentant 33 établissements de Paris et de la province, dont 20 hôpitaux de jour. Le S.N.P.P. était représenté par Martine Burdet-Dubuc, Antoine Besse et Didier Bromberg.

De cette journée, il ressort que les initiatives des pouvoirs publics visent à nous diviser : secteur public contre secteur privé, secteur sanitaire contre secteur social, parents contre professionnels, etc. Lors de la réunion, il a été décidé d'organiser des États Généraux pour la défense et la promotion du travail psychothérapique dans les établissements psychiatriques et médico-sociaux, à Paris le 16 novembre 1996.

Toute correspondance et chèques de soutien sont à adresser à Mr Gérard Douay, 41 rue Raymond Losserand, 75014 Paris, tel : (1) 43.20.23.14, fax: (1) 43.21.60.60.

Dr Antoine BESSE
Dr Didier BROMBERG

UEMS Section adulte

Jean-Jacques Laboutière

Compte-rendu de la réunion de Dublin

La première réunion de l'année 1996 de la section de Psychiatrie Adulte de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) s'est tenue à Dublin du 24 au 26 avril derniers.

La France, qui dispose de deux sièges dans cette section, l'un pour le SPF et l'autre pour le SNPP, n'avait pas été représentée depuis deux ans. Il avait été décidé lors d'un conseil d'administration de l'automne 1995 que l'AFPEP-SNPP devait s'engager à tenir sa place dans cette instance européenne, tant à la section de psychiatrie adulte qu'à la section de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le SPF était également représenté à cette réunion de Dublin.

Rappelons que la section de psychiatrie adulte de l'UEMS est composée de deux délégués par pays. Les pays membres sont les pays de l'Union Européenne (Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Hollande, Irlande, Italie, Luxembourg, Portugal, Royaume-Uni) ainsi que les pays de l'AELE (Autriche, Finlande, Norvège, Suède et Suisse). Ces pays constituent le noyau actif de la section. Tous ces pays étaient représentés à Dublin sauf l'Autriche, le Luxembourg et l'Italie. Chaque délégué doit représenter une organisation professionnelle et non pas une association scientifique.

Par ailleurs, la section invite des observateurs de pays associés, qui sont actuellement : Bulgarie, Biélorussie, Croatie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République Tchèque, Roumanie, Russie, Slovaquie, Slovénie, Turquie, Ukraine. A Dublin, seules les Hongrie, la Pologne, la République Tchèque et la Slovénie avaient envoyé des observateurs.

Un dossier majeur a été bouclé lors de la réunion de Dublin : il s'agit de la Charte sur la formation des psychiatres en Europe qui était en cours d'élaboration depuis 1992. Il s'agit d'un texte important puisqu'il est destiné à s'imposer aux autorités nationales de tous les pays membres de l'Union Européenne : ces derniers devront progressivement mettre en oeuvre les directives qui sont contenues dans cette charte.

Ce texte est d'autant plus fondamental qu'il traduit assez clairement quelle vision de la psychiatrie est en train de s'élaborer au niveau européen. Cette conception européenne peut se synthétiser en quelques points.

Tout d'abord, il est clair pour tous les délégués européens que la psychiatrie est la discipline médicale spécifique du psychisme : elle doit se distinguer radicalement de la neurologie ou des neurosciences. Certes, l'étude de ces dernières est indispensable sur le plan fondamental, mais ne doit pas enfermer la psychiatrie dans un mécanisme biologique. Même l'Allemagne, qui reste le seul pays où la neurologie et la psychiatrie ne sont pas séparées, adhère à la position commune.

La position européenne s'oppose également sur bien des points à la psychiatrie américaine qui est généralement rejetée comme trop réductrice. La psychiatrie, en effet, est définie comme un soin qui doit se déployer dans trois directions dont aucune ne peut être sacrifiée : la dimension chimiothérapique, la dimension psychothérapique et la dimension sociale.

Dans cette vision européenne le psychiatre n'a donc pas à choisir entre être un chimiothérapeute, un psychothérapeute, voire un travailleur social. La dichotomie, perçue comme spécifiquement française par les confrères européens, entre chimiâtres et psychothérapeutes-psychanalystes étonne d'ailleurs beaucoup nos voisins qui trouvent cette vision des choses assez archaïque, d'autant qu'ils ne perçoivent pas la préoccupation sociale dans notre psychiatrie hexagonale.

Le consensus qui se dégage au niveau européen est au contraire que le psychiatre est un médecin qui a parfaitement intégré ces trois dimensions chimiothérapique, psychothérapique et socio-thérapique et les fait jouer comme il le juge utile pour ses patients.

En ce qui concerne la psychothérapie, la référence psychanalytique reste forte, voire prédominante. Pratiquement tous les représentants présents, du moins pour les pays d'Europe de l'Ouest, revendiquent une formation et souvent une pratique analytique. La thérapie cognitivo-comportementale s'impose de plus en plus, mais pas de manière concurrente : elle n'est pas perçue comme pouvant un jour prendre le pas sur la thérapie d'inspiration analytique.

De cette conception de la psychiatrie, il ressort que cette Charte sur la formation des psychiatres ne doit pas être lue comme l'affirmation d'une volonté d'unification de la formation dans les différents pays européens. La spécificité même de la psychiatrie imposait clairement à ses rédacteurs qu'il soit largement tenu compte des particularités culturelles propres à chaque pays. Cette charte doit être comprise uniquement comme le plus petit dénominateur commun souhaité entre les psychiatres européens.

Le prochain dossier auquel va s'atteler la section de psychiatrie adulte sera la rédaction d'une Charte sur l'assurance qualité en psychiatrie, ceci à la suite d'une demande des instances européennes faite à toutes les spécialités médicales.

Cette notion d'Assurance qualité reste encore énigmatique dans la culture médicale française. Ce terme même est un barbarisme, brutalement traduit de l'anglais «Quality Assurance»; je le reprends néanmoins puisque j'ai observé qu'il s'est déjà imposé chez les confrères francophones. Il s'agit de la démarche visant à la fois à améliorer la qualité des soins et à évaluer cette amélioration ce qui, en psychiatrie, ne manquera pas de soulever de nombreux problèmes. Cependant, l'état d'esprit d'ouverture face aux diversités nationales dans lequel travaille cette section de l'UEMS laisse espérer que, sur ce point également, un consensus pourra s'élaborer sans mettre en péril la diversité de nos pratiques qui est aussi le fondement de leur efficacité.

La prochaine réunion de l'UEMS se tiendra à Haugesund, en Norvège, au cours du mois d'octobre 1996, et je ne manquerai pas d'en rendre compte dans un prochain BIPP.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE

Déclaration d'Avignon

Anne Rosenberg

Des nouvelles du "Collectif Psy" du Mouvement de la Déclaration d'Avignon

Notre collectif multiprofessionnel dans le champ psychiatrique s'est donné pour objectif de mobiliser la profession autour des crimes en Ex-Yougoslavie et plus particulièrement en Bosnie-Herzégovine.

- Dans cet esprit, notre pétition a appelé, en septembre 95 à la condamnation et à l'exclusion professionnelle du Dr Karadzic ainsi qu'à sa comparution devant le Tribunal International de la Haye.

- Depuis l'appel a été maintenu et réactualisé : l'Association Mondiale de Psychiatrie ayant prononcé la condamnation du Dr Karadzic au Congrès Mondial de Psychiatrie de Rio de Janeiro de janvier 93, nous demandons plus précisément qu'elle requalifie son jugement en raison de la perpétuation des crimes imputables à cet homme, qu'elle l'étende à tous les psychiatres se réclamant en Serbie de cette idéologie.

- Dans cette optique, notre collectif a reformulé son appel (Appel pour une éthique de justice à venir en Bosnie-Herzégovine) en direction des instances politiques nationales, européennes et onusiennes.

- Nous avons reçu des réponses détaillées et favorables de tous les membres du gouvernement français, des différents partis politiques et du Parlement européen sur les 3 questions posées : Unité de la Bosnie, retour des réfugiés, soutien financier au T.P.I.

- Le 3 mars 96, un porte parole de notre collectif a été reçu la Haye par le juge français du Tribunal, Mr. Claude Jorda.

- La pétition soutenue par 600 signataires a été remise au Président du Tribunal ainsi qu'au Procureur. Claude Jorda a adressé ses remerciements à notre profession pour son soutien. La mission du T.P.I. étant soumise à la politique des Etats, nous devons maintenir de notre place de citoyen et de professionnel, notre pression sur les gouvernements pour refuser l'impunité indécente des principaux responsables des crimes contre l'humanité commis en Ex-Yougoslavie dont celle du Dr. Karadzic.

- La désignation des crimes et de leurs responsables est, nous le savons, vitale à chacune des victimes.

Actuellement notre collectif mène une réflexion sur le livre du Dr. Raskovic : Le Pays Fou, sur l'utilisation qui a été faite d'une pseudo théorie psychanalytique pour alimenter un projet de purification ethnique.

D'autre part, nous sollicitons les institutions qui auraient recueilli, fréquenté et formé le Dr. Raskovic (avant sa prise de pouvoir politique), notamment dans le domaine de la psychothérapie de groupe, afin qu'elles réagissent sur les actes commis dans le champ politique par un de leur ancien membre.

Un colloque, auquel nous avons participé, s'est déroulé le 15 juin à Caen sur les origines et les conséquences psychologiques de l'épuration ethnique.

Pour joindre le collectif psy, vous pouvez appeler le 48-59-35-47 ou le 40-92-04-67.

Anne ROSENBERG

L'Association Mondiale de Psychiatrie a confirmé à Madrid sa dénonciation de la purification ethnique comme «non humaine», sur le rapport de notre collègue C. Vasseur au nom de l'A.F.P. - qui, dans les actions qu'elle a entreprise à ce sujet, a reçu le plein soutien de l'A.F.P.E.P.
Nous y reviendrons.

Gérard Bles

Correspondance

Cette rubrique - la vôtre - doit permettre à chacun d'exprimer son jugement et son témoignage sur les problèmes du jour, grands et petits, à la lumière de sa réflexion et de sa pratique. En précisant qu'il s'agit d'un espace de dialogue : commentaires et répliques autorisés - souhaités...

COLÈRE

Le plan Juppé apparaît, à la lumière des dernières ordonnances, comme une entreprise de destruction de notre système de soins «à la française» que beaucoup nous envient. En effet, le contrat que les médecins devront signer avec la Sécurité sociale et l'État pour que leurs patients puissent bénéficier de l'assurance maladie est tellement contraire à la déontologie, et tellement contraignant matériellement que ce contrat ne peut être fait que pour décourager les médecins d'y souscrire. Il s'ensuivra inévitablement :

1° L'émergence d'une médecine de qualité certes, respectueuse des fondements déontologiques de la pratique certes, mais non conventionnée et donc inaccessible aux peu fortunés.

2° L'ouverture de contrats un peu moins contraignants sans doute, au moins à première vue, mais dans des filières de soins inféodées aux assurances privées et aux laboratoires.

J'accuse le Président de la République Jacques Chirac qui, au mépris de ses promesses et de sa fonction, garante des institutions françaises et des grands principes de notre société - Liberté, Égalité, Fraternité - a laissé se décider par ordonnances un changement radical des règles de couverture sociale et de l'organisation des soins.

Je constate l'inconséquence de Mesdames et Messieurs les députés qui ont rendu possible les ordonnances et ont ainsi privé la France d'un débat fondamental sur un pan essentiel d'une choix de société.

J'accuse Messieurs Alain Juppé, Jacques Barrot et Hervé Gaymard qui, au nom du gouvernement, ont systématiquement endormi nos préventions en occultant les conséquences réelles à moyen terme de leurs décisions. Ce serait faire injure à leur sens politique que de penser qu'ils n'en avaient pas la moindre idée.

Je constate l'aveuglement du syndicat CFDT qui n'a pas su flairer la tromperie qui consiste à assainir les revenus et l'équilibre d'une Sécurité sociale qui ne sera bientôt qu'un recours au rabais pour les seuls déshérités.

J'accuse de corporatisme borné le syndicat MG-France qui, sous couvert de promouvoir la posi-tion des généralistes, a gravement favorisé la réforme dont leurs patients et eux-mêmes seront les premières victimes. En militant pour la mise en place de filières de soins, il ouvre la porte à l'inféodation des médecins et leurs patients à des financeurs extérieurs à la profession comme les assurances privées.

Je constate l'incroyable naïveté de la Confédé-ration des Syndicats Médicaux Français qui, en s'engageant dans ce qu'on a appelé la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, a fait le lit des procédures de la réforme et du matraquage médiatique auquel un certain nombre de journalistes se sont prêtés désignant comme boucs émissaires les médecins soi-disant responsables des difficultés de la Sécurité sociale, et a ainsi grandement facilité le projet machiavélique du gouvernement.

J'accuse enfin le Conseil National de l'Ordre des Médecins de réagir aussi mollement alors que les grands principes de la déontologie sont ainsi bafoués. En effet aucun médecin ne doit pouvoir signer un contrat qui foule aux pieds non seulement le secret médical, mais aussi l'autorité professionnelle devant la liberté et la responsabilité de la prescription comme de la formation, sauf à devenir un officier de santé, et encore...

Un psychiatre

RAPPEL À L'ORDRE

au président de mon Conseil départemental de l'Ordre des Médecins

Monsieur le Président,

Les nouvelles dispositions ministérielles concernant les budgets de santé me conduisent à vous adresser la présente:

Les ordonnances parues récemment soumettent les médecins à un encadrement budgétaire extrêmement strict. Par ailleurs, le Serment d'Hippocrate nous fait obligation, en tant que médecin, de ne pas nous dérober à une demande de soins quelle qu'elle soit et de traiter nos patients au mieux. Il m'apparaît donc clairement que l'exercice médical en France est dorénavant écartelé entre deux instances :

1) l'une, éthique, concernant l'exercice de notre profession dans sa dimension de soin au patient;

2) l'autre, sociale et même civique, faisant obligation à tout citoyen de ne pas compromettre le budget de l'État.

Tout médecin en France me semble donc pris dans cette contradiction et obligé de choisir. Pour des raisons évidentes de civisme, mais aussi parce que j'exerce ma profession en principe pour pouvoir subvenir à mes besoins ainsi qu'à ceux de ma famille, il me parait impensable de continuer à obéir à certains des articles du Serment d'Hippocrate.

Le but de la présente est donc de vous demander s'il est envisageable de délier les médecins des dispositions «antisociales» de cette importante ligne de conduite éthique de notre profession, de manière à ne pas risquer de nous trouver en contradiction avec la marche du «char» de l'État.

Je vous remercie d'avance de bien vouloir m'apporter une réponse qui m'éclairera certainement.

Y. KAUFMANT, PH

DES BONS USAGES

(A propos d'un questionnaire «comminatoire» des Caisses sur les qualifications)

à monsieur le Directeur (de la Caisse départementale)

(...) Vous donnez à votre texte une allure juridique impeccable, sous l'égide d'un arrêté dont nous n'avons pas à douter qu'il existe, et que votre citation est fidèle. Vous y ajoutez des exigences tyranniques.

Une procédure réglementaire doit se dérouler selon un protocole limpide, et votre position exige de vous que vous assuriez la régularité de ces protocoles sans rien ajouter ni retrancher de votre cru.

Vous ne pouvez vous effacer derrière l'écran de simple exécutant, sous le motif que votre hiérarchie vous aurait dit de faire ceci ou cela.

D'où vous vient l'autorité et le pouvoir de la menace concrète du dernier paragraphe : «... une absence de réponse... conduira à vous inscrire d'office...» ?

Vous n'avez pas le droit d'inquiéter des praticiens par des intimidations qui touchent à leurs moyens d'existence. Il est vrai que cette méthode éprouvée a donné d'excellents résultats pour le maintien de l'ordre, mais s'est révélée catastrophique pour les personnes qui les ont subies et léthales pour les institutions. Vaclav Havel et Hannah Arendt en ont donné une analyse lumineuse.

Quand bien même les politiques auraient fait un choix autoritaire, vous usurpez une place qui n'est pas la votre en inventant vos propres procédures.

Votre façon de pratiquer laisse planer le doute sur les écrits émanant d'une institution dont il ne faut pas douter de la légitimité. Il n'est plus possible ensuite de faire la part entre une maladresse, un manque de tact, une erreur formelle, une dérive bureaucratique, un excès de zèle, une faute, ou une volonté de gêner.

Vous induisez une réaction de méfiance, et vous avez beau jeu de jouer les magnanimes, lorsque votre mauvaise action est découverte. On parle de sanctions pour les médecins indociles, mais rien pour le partenaire/adversaire pour qui tous les coups seraient permis ? Vous ne courez aucun risque dans vos moyens d'exercice.

Sur le fond, en une ligne : La question des Spécialistes est de la compétence exclusive du Conseil de l'Ordre. Il n'y a qu'une seule qualification en psychiatrie.

Jacques BARBIER

RACISME ET MÉDECINE

J'exerce la psychiatrie à Strasbourg, et comme chaque citoyen j'ai pu consulter les tracts des candidats aux dernières élections municipales. Je me suis rendu compte que la liste locale du Front National comptait trois médecins, (...).
Je suis hostile aux thèses du Front National, vigilant face à la banalisation du racisme, de la xénophobie et de l'ostracisme, la présence de médecins sur ces listes me pose question au plan civique et au plan déontologique. De surcroît, le contenu du tract du Docteur N. à X. fait référence à la défense de «notre identité nationale», au concept de «préférence nationale» et stigmatise, je cite, «les différents appels au civisme lancés par les associations immigrées pour pousser les «beurs» vers les urnes (qui) privilégient la propagande religieuse au détriment de l'intégration». Par ailleurs, on retrouve les classiques arguments de la chasse au travail au noir, du projet de mettre un terme au regroupement familial et la dénonciation du fait que plus de 60 % des immigrés seraient au chômage.
Je suis très choqué par le concept d'identité nationale car, dès lors que l'on essaye de le définir, on prend conscience que ce concept, loin de renvoyer à une communauté déontologique ou éthique, peut déraper en fonction du projet idéologique de son défenseur vers la mise sur pied d'une communauté de valeurs historiques, culturelles, éthiques, de langage ou des évidences. Je suis curieux et inquiet de savoir jusqu'où les citoyens français pourraient se reconnaître dans cette identité et le sort qui sera réservé à ceux qui en seraient exclus tout en ayant néanmoins la nationalité française ? De même, la «préférence nationale» laisse entendre que les patrons français doivent privilégier l'embauche des français au détriment des immigrés ou des «beurs» et là, autre dérapage qui amalgame ces «beurs» à des non-nationaux, malgré leur citoyenneté. Or, on sait bien que même si les étrangers «rentraient chez eux» le chômage ne baisserait pas. En effet, entre 1974 et 1982 le nombre des demandeurs d'emploi est passé de 400.000 à 3 millions alors que le nombre des immigrés est resté quasiment stable durant cet intervalle.
Enfin, le tract affirme «ostentatoirement» que la France compte plus d'un million de RMistes, «surtout des étrangers». De surcroît, le fait que pour le F.N. de s'opposer au regroupement familial ou de stigmatiser les associations de «beurs» qui ne pourraient agir que d'une manière anti-civique, participe d'une hostilité à un souhait d'intégration auquel rien ne s'opposera si on laisse aux immigrés d'origine africaine ou nord-africaine le temps de le faire, à savoir comme tout étranger «normal», quelques générations. Voyez le cursus des intégrés célèbres d'origine italienne ou polonaise qui ont constitué les régiments glorieux de nos équipes de football (Kopa ou Platini), par exemple.
De plus il semble évident que le regroupement familial participe d'un équilibre psycho-socio-somatique de base qu'aucun médecin ne peut contester.
Je tente de rendre attentifs mes confrères au fait que certaines positions du F.N., notamment à travers les

propositions de Bruno Mégret, peuvent constituer les prémices d'un type de structuration de la société sur un mode potentiellement hygiéniste avec comme conséquence la mise en place de groupes sociaux compartimentés : les «folles», les «sidaïques», les «beurs»,... Même si chaque représentant du F.N., individuellement, n'exprimera jamais en public un discours ouvertement raciste appelant à l'exclusion de certaines catégories de citoyens, certaines propositions du F.N. ou certaines déclarations de ses dirigeants conduisent àconstater que pour le moins les «beurs» ou les «immigrés non européens» sont perçus avec une énorme suspicion comme si, et le F.N. ne perd jamais l'occasion de faire le lien, l'insécurité, la drogue, le chômage pouvaient être attribués à ces groupes de personnes.

On objectera que les confrères du F.N. ne refuseront jamais de soigner le tout venant qui frappe à sa porte et je suis prêt à le croire. Cependant mon objection est que ce n'est pas la qualité de praticien de ces confrères qui est mise en cause, mais le rapport implicite à la déontologie. C'est la dimension symbolique qui est questionnée, à savoir l'éthique d'un homme, l'éthique d'un groupe professionnel, l'éthique d'un pays. En effet, je considère que tant que les hommes nieront l'appartenance d'un seul homme à l'espèce humaine ou à la communauté des citoyens, alors nous courrons le risque que ces hommes-là soient prêts à détruire l'humanité entière au nom de la pureté de leur groupe, de la peur du métissage ou de la «préférence nationale».

De plus, à partir du moment où l'on stigmatise un groupe social arbitrairement sur la couleur, l'origine géographique, l'odeur, le revenu économique, le taux d'invalidité, la masse lexicale, pourquoi pas l'implantation des dents, le profil morphologique et demain le caryotype, si un groupe donc est stigmatisé, qui empêchera que n'importe quel autre groupe défini «scien-tifiquement» le soit à son tour, plus tard, surtout si la question du chômage ou de l'insécurité n'est pas réglée.

Je questionne donc l'intention «de remettre en cause une législation de préférence étrangère» (sic), la contestation des naturalisations accordées depuis 1974 et le retour des chômeurs (en situation régulière) en fin de droit. Je demande aux médecins appartenant au F.N. de nous dire ce qu'il adviendrait de nos confrères se trouvant dans une de ces situations.Je considère que le médecin a une fonction privilégiée à pouvoir être le dépositaire des états d'âme, de la subjectivité, de la créativité, de l'expression de la faillibilité de son prochain : le regard de l'autre n'oblige-t-il pas, comme l'évoquait Levinas ? Privilège qui génère en ce qui me concerne beaucoup d'angoisse car en tant que médecin on est toujours partagé entre le sentiment d'incapacité devant la perpétuation de la souffrance de son patient et la tentation de toute puissance attachée à notre intervention. On apprend, ou plutôt on essaye d'apprendre, à accepter malgré sa sincérité, son engagement, que l'autre puisse parfois continuer à souffrir, même si l'on fait son possible pour l'aider à trouver les moyens de l'apaisement. On accepte d'être une sorte de compagnon de route sur le chemin de la vie, de «l'être au monde». On accepte de ne pas faire taire son patient. Ce faisant, je considère que nous avons une responsabilité civique et spirituelle. Compte tenu du fait d'avoir peut-être une plus grande sensibilité à différentes formes d'expression de la souffrance humaine, on peut essayer d'acquérir une plus grande capacité de discerner la différence que porte chaque individu en lui-même et d'accepter que cette différence psychologique et physique avec ses conséquences socio-politiques, loin de constituer un danger, est incontournable et que plutôt que de la mettre en marge, on peut essayer de s'en nourrir par la confrontation dans notre cadre laïc et pas nécessairement par l'intégration ou l'assi-milation brutale. Évidemment , aucun médecin ne fera taire la douleur que chaque homme porte en lui et je me demande si les extrémistes de tout bord, droite ou gauche, ne sont pas des gens qui par une position dogmatique et autoritaire visent à réduire peu ou prou le désarroi qui les ronge.

Les médecins devraient lire et méditer L'exter-mination douce du Docteur Max Lafont qui fait référence à la mort de plus de 40.000 malades mentaux dans les asiles français durant la seconde guerre mondiale, par réduction volontaire des rations alimentaires.

Il est également important de se replonger dans Science nazie - science de la mort de Muller-Hill qui rappelle douloureusement la participation des psychiatres au programme d'extermination et d'expérimentation des nazis et l'absence de protestations de l'ensemble de la corporation.

Georges FEDERMANN

Dernière heure : nouvelles violences à l'encontre de la pratique libérale et de l'hospitalisation privée

Le 10 septembre 1996, le Conseil d'Administration de la CNAMTS a adopté, à la demande du Ministre des Affaires Sociales et sans aucune concertation préalable avec la profession, une nouvelle série de «mesures d'économie» portant notamment sur la Nomenclature et les conditions de facturation des prix de journée en établissement de soins, qui menacent plus ou moins gravement les «équilibres» de gestion actuels. Le S.N.P.P. a réagi immédiatement et intervient à tous les niveaux pour que soient remises en question ces décisions arbitraires :

Communiqué du S.N.P.P.

Le Conseil d'Administration du Syndicat national des psychiatres privés, réuni les 14 et 15 septembre 1996,

dénonce avec la plus grande indignation le coup de force auquel vient de procéder le Conseil d'administration de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, à l'instigation de son Ministre de tutelle, en supprimant d'autorité un certain nombre de cotations de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, dont le K15 de chimiothérapie intensive utilisé en établissement de soins psychiatriques - alors même que, sur ce dernier point, un travail de réflexion et d'élaboration venait de s'ouvrir avec le concours de ses experts.

Une telle mesure, dans sa brutalité, survenant de surcroît dans le moment où de nombreux praticiens se voient infliger des surcoûts de cotisations sociales extravagants et complètement injustifiés, marque une absence complète d'intérêt du pouvoir quant aux conséquences structurelles des décisions prises et le mépris dans lequel il tient désormais les professionnels de la santé. Elle signe le grave dépérissement actuel tant de la vie conventionnelle que, plus globalement, de l'esprit de concertation qui devrait présider aux rapports entre les instances politiques et gestionnaires et le monde socio-professionnel dans une nation dite démocratique.

Le S.N.P.P. exige l'annulation immédiate de ces décisions avant que tout travail de négociation puisse reprendre.

Affichage des tarifs

Un arrêté du Ministère des Finances fait désormais obligation aux médecins libéraux d'afficher leurs tarifs, à dater du 18 octobre 1996 (ce qui correspond à la date du changement de numérotation téléphonique)

1) les plaques extérieures devront comporter l'indication du secteur conventionnel

- soit «conventionné»

- soit «conventionné à honoraires libres»

2) dans les salles d'attente doivent être affichés les principaux tarifs - ce qui, pour les psychiatres, s'avère à la fois simple (le CNPSY - accessoirement le K30 d'EEG) et délicat compte tenu des conditions de dépassement éventuel, dans le cadre notamment des

psychothérapies : en effet la tarification «a priori» vient en contradiction avec les modalités d'établissement de ces dépassements qui revêtent une signification dynamique importante dans la relation soignante.

Le S.N.P.P. estime cependant que les contrôles risquent d'être nombreux et sévères et que nous ne pouvons nous dérober à cette mesure. Il suggère que les praticiens s'en tiennent, pour le secteur I, à l'indication du tarif conventionnel, et pour le secteur II à l'indication d'une «fourchette» tarifaire.

Le fichier 10-11.txt n'existe pas