Sommaire du BIPP n° 3 - 1995

Editorial - Etienne Roueff

Vie conventionnelle :

- **Lettre au Dr Christian Le Goff, Président de l'UMESPE - Martine Burdet-Dubuc**
- **Lettre au Dr Clery-Melin, chargé de mission auprès du ministre délégué à la Santé - Gérard Bles, Jean-Paul Guittet**

Compte rendu du Conseil d'Administration du 15 janvier 1995

Vie régionale - Joëlle Coron

A propos de \la qualification\""

Appel au Manifeste de la Psychiatrie Libérale

Coordination syndicale : compte rendu de la réunion téléphonique sur l'hospitalisation privée - Pierre Staël

Rapport Soubie - Martine Burdet-Dubuc

Accord conventionnel : le CNPsy à 225 F - Etienne Roueff

Appel relatif à l'ex-Yougoslavie

Editorial. Psychiatrie : de l'éthique au politique

Etienne Roueff

L’émotion, la pensée, le langage sont les fondements de la psyché.

Le psychiatre, dans son exercice, est bien placé pour en débattre et en traiter avec chacun qui le consulte.

Le psychiatre est en situation d’écoute, d’accompagnement, de restitution à l’autre de la plénitude de son être.

Son action aide ses patients à moins souffrir, à s’opposer aux agressions de la collectivité : étatiques, technocratiques, économiques, ...

Résister à la mesquinerie du chiffre, préserver l’essence de l’Homme. Sa responsabilité morale, sa dignité, c’est d’exister ainsi dans la Cité, de remplir sa fonction Politique et d’y être reconnu.

De l’alliance thérapeutique au lien social issu du politique, de la rencontre dans le secret à l’échange dans le groupe, le Psychiatre est un lieu d’épissure entre le monde de l’intime et l’espace de l’agora.

Etienne ROUEFF

Pour un manifeste de la psychiatrie libérale
«De l'éthique au politique»

Dimanche 12 mars 1995 à Sainte-Anne (amphi Magnan) Paris

Lettre au Dr Christian Le Goff, président de l'Umespe

Martine Burdet-Dubuc

Monsieur le Président et Cher Confrère,

Vous me disiez que si vous obtenez pour le CNPSY, 10 francs de revalorisation, cela représenterait 100 millions de francs sur l'année (2400 actes* X 5800 psychiatres X 7 frs**) et vous m'affirmiez que c'est là la moitié de la dotation prévue pour tous les spécialistes !

Il est vrai que, d'une part, nous nous réjouissons que la psychiatrie n'ait pas été oubliée comme le docteur MAFFIOLI et vous même l'aviez promis, et que l'augmentation du CNPSY soit plus conséquente que celle des autres lettres clés, mais d'autre part, nous constatons que cette revalorisation est minime par rapport à celle demandée, 280 francs, représentant la valeur absolue de notre acte, tel qu'il a été défini dans la plateforme revendicative que le docteur MAFFIOLI et vous même avez devant vous depuis 5 mois; il ne faut pas oublier qu'ainsi le CNPSY reste à 2 C (110 X 2 = 220) et laisse les revenus des psychiatres toujours aussi faibles dans l'échelle des revenus de tous les médecins.

Nous vous prions d'accepter, Monsieur le Président et Cher Confrère, nos meilleures salutations confraternelles et syndicales.

Martine Burdet Dubuc

N.B.
** 2400 actes : nombres moyens d'actes annuels par psychiatre.
** 7 frs : remboursement par la Sécurité sociale sur les 10 frs d'augmentation.

Lettre au Dr Clery Melin, chargé de mission auprès du ministre délégué à la Santé

Gérard Bles, Jean-Paul Guittet

Vous avez sollicité l'avis de l'A.F.P.E.P., concernant l'évolution des différentes structures de la psychiatrie et «nos aspirations dans le domaine qui est le nôtre».
Notre Association se consacre spécifiquement depuis 25 ans à l'étude et la réflexion sur les pratiques privées de la psychiatrie. Elle a participé activement à l'élaboration des différents rapports sur la psychiatrie

présentés au cours de cette période, ainsi qu'aux travaux des commissions mises en place à propos des problèmes de cette discipline (pratiques, structures, formation, etc....) en particulier mais pas exclusivement dans le cadre de la Commission des maladies mentales.
C'est dire que votre demande ne saurait, au sens strict, nous prendre au dépourvu. Par contre, le très court délai que vous nous accordez ne nous laisse pas le temps d'actualiser nos propositions dans nos instances et ne nous autorise qu'une réponse écrite nécessairement laconique, des remarques d'orientation en quelque sorte. Mais nous serions tout à fait disposés à vous rencontrer si vous en souhaitiez une explication plus approfondie.

L'importance, sans cesse croissante, de l'exercice privé de la psychiatrie a toujours été passablement méconnue des concepteurs de la politique de santé mentale - comme si l'essentiel de cette discipline était toujours assuré par le Service public. Il est certes normal que l'État se préoccupe en priorité d'assurer ses propres obligations - encore devrait-il le faire en tenant compte des réalités du terrain, en recherchant une harmonisation des équipements et une exploitation optimale des spécificités respectives des opérateurs, plutôt que de s'obstiner dans une démarche solipsiste et trop souvent encore excluante.
Nous ne sommes certes pas demandeurs de directives ou de réglementations qui se borneraient à alourdir bureaucratiquement nos conditions de fonctionnement ou réduire un peu plus des possibilités d'initiative déjà bien limitées en dehors de l'exercice individuel (qui lui-même d'ailleurs et par d'autres biais risque désormais de souffrir à son tour de contraintes réductrices). Nous souhaiterions par contre que soient appréciées à leur juste intérêt l'accessibilité, la souplesse, la disponibilité, la stabilité d'implantation gage de la continuité des soins, la responsabilisation aussi des soignés comme des soignants, toutes caractéristiques qui spécifient notre type d'exercice.
Ces caractéristiques rentrent en ligne de compte non seulement dans la qualité des soins que nous pouvons assurer, mais également pour la place effective que nous occupons dans la perspective d'une prévention authentique en matière de maladies mentales. Notre pratique, non ségrégante, dédramatisée pour ne pas dire banalisée dans son accès, nous permet souvent d'intervenir dans les prémisses même de la crise et avant que ne se constituent des «formes» pathologiques plus lourdes, voire déjà «enkystées».
A cet égard, il nous parait fondamental que soit préservée la liberté d'accès au psychiatre - dans le moment où il est question de limiter cette liberté pour l'ensemble des spécialistes. Cette liberté est liée également au maintien ou au rétablissement de conditions conventionnelles décentes (c'est-à-dire notamment un CNPSY apprécié à sa juste valeur), afin de ne pas instaurer pour le patient de discriminations d'ordre économique dans l'accès aux soins, et corrélativement, de retard dans le recours aux dits soins.

Avant que soient envisagées toutes formes d'évolution dans la pratique, il est primordial que soit soutenue et non pas battue en brèche la qualité de ce qui constitue déjà une réalité efficace.
Au demeurant, et depuis de nombreuses années, nous avons réclamé des aménagements dans le secteur privé afin qu'il puisse participer à la mise en place de «structures alternatives» (les mal nommées dès lors qu'elles se limiteraient à venir se substituer à l'hospitalisation plein temps pour un moindre coût, alors qu'il s'agit en fait de formes novatrices de distribution des soins).
Déjà, pour ce qui concerne les cliniques, celles d'entre elle qui ont choisi de s'orienter vers la psychothérapie institutionnelle, en particulier, mais pas seulement pour la prise en charge des psychotiques, rencontrent toujours nombre d'obstacles, économiques et réglementaires. Quant à celles qui souhaitent constituer un pôle alternatif d'activité (hospitalisation de jour en particulier), elles doivent pour cela satisfaire à des conditions de suppression de lits qui mettent par ailleurs en danger un équilibre de gestion déjà souvent difficile à assurer dans des modalités de fonctionnement «banales». Quant aux possibilités d'articulation avec des appartement thérapeutiques...?!

Mais l'innovation structurelle devrait être aussi accessible aux praticiens libéraux, notamment pour des formes originales de prise en charge collective : une des rares expériences ainsi tentées comme la «Source 94» a été délibérement «cassée» sous le couvert de l'Assurance maladie et sans que l'autorité de tutelle intervienne pour la sauvegarder ! La seule possibilité «d'inventer» nécessiterait au minimum un changement de statut - et encore...

Tout ce qui ne se ramène pas à un schéma strictement «individuel» est ainsi interdit aux libéraux : on en trouve un autre exemple, d'un point de vue différent, en psychiatrie de l'enfant, pour laquelle n'est toujours pas admis l'indispensable abord collectif de la famille, avec ses incidences en temps... et en coût.
Corrélativement, les projets de dissociation au niveau de la pratique entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie d'adultes nous paraissent en tous points aberrants.
Et pour rester dans ce domaine, nous devons souligner notre très grave inquiétude devant ce que nous appellerons la dépsychiatrisation du secteur de l'enfance inadaptée, avec la réduction croissante, quantitative et qualitative, de la place du psychiatre (le plus souvent privé) dans les institutions et les projets de modification en ce sens de l'annexe 32.
Les psychiatres libéraux se sentent également disponibles pour participer à ce que l'on nomme aujourd'hui les prises en charge en réseau (toxicomanies, SIDA). Encore faudrait-il en définir les conditions et ne pas leur imposer, là comme ailleurs, un changement de statut.

Ce changement de statut demeure la condition préalable à toute forme de participation des psychiatres libéraux aux actions de service public : sans doute est-ce là difficilement évitable pour des questions réglementaires. Mais il conviendrait que ne leur soient pas réservées des positions de «seconde zone», avec des responsabilités «minorées» (attachât, assistanat) ou un simple rôle de supplétifs (gardes); l'ancienneté et l'expérience dans l'exercice doivent être mieux prises en compte. L'articulation des secteurs public et privé passe certainement par la rencontre et l'intrication des intervenants, mais tout le moins dans des conditions plus équitables et plus harmonieuses. On retrouve ce problème dans le cadre de la participation des psychiatres libéraux aux Commissions départementales de santé mentale où ils sont placés en position numériquement dérisoire et trop souvent moralement «suspecte» dès lors qu'ils souhaitent aborder d'autres questions que celles qui concernent le service public.

Quant à leur articulation avec les services sociaux, ô combien nécessaire pour les patients, elle est trop aléatoire, fonction des bonnes - ou mauvaises - volontés locales. Trop souvent, c'est le praticien lui-même qui doit assurer les tâches sociales pour lesquelles il n'est pas particulièrement formé, pas organisé... et bien entendu pas rémunéré. Nous avions en son temps réclamé, en vain, la reconnaissance d'un «temps social» pour le praticien libéral - mais il suffirait déjà qu'on l'accrédite officiel-lement auprès des services sociaux.
Un certain nombre de ces propositions vous apparaîtront peut-être banales et ne pas mériter particulièrement le qualificatif de novatrices. Mais notre souci commence par la recherche d'une exploitation optimale de notre potentiel, sans altérer les originalités de sa mise en application. Nous souhaitons bien sûr pouvoir innover - mais encore faudrait-il que cela ne constitue pas pour nous une démarche utopique, impossible, propre à démobiliser les énergies...
Un dernier point nous parait devoir être évoqué, non sans paradoxe pour qui nous imaginerait d'abord soucieux de préserver une quelconque «rente de situation» : nous sommes inquiets d'observer la raréfaction de la formation des jeunes psychiatres - voire des conditions de cette formation dans laquelle le relationnel parait tenir de moins en moins de place. Cela pourrait résulter d'une volonté de voir toute une part de la psychiatrie assurée par des non-spécialistes : il nous apparaît que les exigences de ce travail s ' accommodent mal de l'amateurisme ou de l'à-peu-près - et cela même si l'on s'en tient strictement aux seuls problèmes d'encadrement économique.

Si l'on veut que la prise en charge de la santé mentale s'améliore encore - et les progrès à accomplir demeurent très importants - priorité doit demeurer à la dimension qualitative des soins.

Dr Gérard BLES - Président d'honneur
Dr Jean-Paul GUITTET - Président

Compte rendu du Conseil d'Administration du 15 janvier 1995

Nous étions tous très motivés et décidés à affirmer nos positions plus clairement. Enfin dans un effort commun pour «médiatiser» le plus rapidement possible nos propositions nous nous sommes exprimés sur les points suivants :

1) La convention. Étienne ROUEFF

Nous ne savions pas l'accord du 17/01*. La rupture du mois de décembre ne nous permettait pas de savoir ce qu'il fallait attendre. Les caisses de Sécurité sociale et les syndicats représentatifs étaient alliés autour de l'augmentation qui était prévue dans les textes de la convention. L'augmentation autorisée en 94 était de 3,4 %. Cette année l'augmentation prévue était autour de 3 % avec une augmentation du C, du Cs et du CNPSY au 1er mars 95, l'augmentation des autres lettres était prévue au 1er octobre 95. Le gouvernement et le CNPF refusaient de prendre en compte les engagements précédents.

On était encore une fois au point mort. Une manifestation de défense de la Sécurité sociale avec un accès possible pour tous est prévue le 29 janvier 95 par les Caisses et diverses orga-nisations syndicales. Nous les soutiendrons.

2) PEA et psychiatres salariés. Antoine BESSE

La discussion s'engage sur le travail réalisé par Antoine BESSE durant toute l'année 94.

Nous sommes allés tous unis SALBREUX(C.G.C.), LIBERMAN, (SPF) GUITTET, BESSE (S.N.P.P) et JURIN, (représentant les médecins de rééducation fonctionnelle et les pédiatres pour l'U.MES.PE) , rencontrer le 7 juin le conseiller de Mr DOUSTE-BLAZY : Mr GROUCHKA. Nous avons exposé pour lui, l'ensemble de notre plateforme revendicative. Nous notons que nous avons été très bien entendus mais en l'absence du représentant de Mme VEIL, aucune réponse précise n'a été donnée.

Pour la formation permanente des médecins salariés, il semble que le ministère va pouvoir intervenir auprès des employeurs. Pour les établissements régis par l'annexe 24, une circulaire serait envisagée pour redéfinir la fonction des médecins spécialistes pour leur redonner une autorité perdue lors de la réforme de l'annexe il y a 5 ans. Evoquée, la réforme de l'annexe 32 a été discutée.

Jean-Paul GUITTET a fait remarquer l'utilité de nos visites au ministère.

3) Le projet d'une réunion publique et l'élaboration du manifeste à Ste-Anne le 12 mars 95, fut l'objet d'échanges fructueux. L'aspect éthique proposé comme fédérateur des psychiatres libéraux fut contesté par certains (Gérard BLES) comme peu conciliable avec l'aspect politique; mais l'action est nécessaire, plus que jamais, pour que nous ayons une avancée syndicale.

Didier BROMBERG propose que nous che-minions « de l'éthique au politique » ce qui fut retenu.

La peur d'être corrompu par le politique fut noté comme foyer de résistance importante chez les psychiatres.

4) L'hospitalisation privée (cliniques).

Hervé BOKOBZA qui a fait l'essentiel du travail cette année, aidé par notre président Jean-Paul GUITTET, nous fait remarquer que son établissement n'est pas tout à fait représentatif des cliniques privées et qu'il souhaiterait que d'autres membres du S.N.P.P. viennent enrichir le travail conjoint avec le SPF.

Depuis le départ à la retraite de notre ami Robert PALEM , Éliane BALAYE se propose de prendre la relève dans ce secteur où notre syndicat ne dispose pas d'un délégué titulaire.

La réforme de la nomenclature, K 15, a été sérieusement discutée dans les échanges avec le SPF.

Question de quelques uns : quels sont les objectifs du travail avec le SPF, à moyen terme ?

Notre objectif prioritaire; le respect de l'indépendance de l'exercice psychiatrique, sera-t-il toujours reconnu comme déterminant ?

Ne serons-nous pas étouffés sous la pression dont dispose le SPF tant en moyens qu'en nombre de militants. Leur recrutement tant dans le public que dans le privé leur permet de recourir à une large audience pour la diffusion de leurs informations mais nos syndiqués au S.N.P.P. savent-ils que notre syndicat est un représentant exclusif des praticiens privés ? (Patrick STOESSEL).

5) Jack FORGET demande alors ce que nous pouvons faire avec les **RMO** qui sont en voie d'être publiées officiellement.

Le nouveau Bureau élaborera les réponses possibles* aux nouvelles RMO attribuées à la psychiatrie : suivi des psychotiques, traitement par neuroleptiques; tranquillisants et hypnotiques; en attendant à la fin de l'année, la nouvelle con-férence de consensus sur la dépression chez l'enfant.

Vie régionale

Joëlle Coron

Deux réunions ont ponctué la fin de l'année 1994 :

- l'une à Montpellier le 6 décembre 94 réunissait une quarantaine de psychiatres

- l'autre à Nîmes regroupait le 22 décembre une quinzaine de confrères.

A Montpellier, plusieurs événements sensi-bilisateurs ont mobilisé la corporation autour de la délégation régionale du S.N.P.P.

* difficultés opposant des praticiens libéraux et la CPAM

* confrères licenciés brusquement par leurs employeurs...

La rencontre du 6 décembre nous a réunis dans le cadre convivial et propice à la réflexion du Laboratoire Théraplix qui nous a aimablement accueilli. Maître ISSERT, spécialiste du droit des relations sociales des entreprises et de la Sécurité sociale avait accepté notre invitation et contribuait à l'animation de la soirée.

Nombreux ont été les problèmes évoqués; il est impossible de revenir sur tous mais plusieurs axes de réflexion se dégagent :

- la difficulté et pourtant la nécessité de faire cadrer notre pratique et notre technique avec une réglementation administrative quelque peu tatillonne.

- la notion contractuelle tripartite qui lie le praticien, le patient, la Caisse de Sécurité sociale (et où il serait souhaitable qu'aucun des trois pôles ne s'arroge le pouvoir sur les deux autres).

- et naturellement la délicate question des RMO dont le mode d'élaboration et d'application soulève notre inquiétude : nous sommes des praticiens dont la compétence est garantie par un diplôme; comment pouvons-nous participer à un «consensus» dont il reste à souhaiter que notre «rôle ne s'y limite pas à l'application

passive des décisions prises à la va vite dans un ailleurs mal défini».

C'est d'ailleurs cette inquiétude grandissante qui nous a fait improviser à la demande de nos confrères gardois, dans la foulée de notre première étape, une réunion à Nîmes où cette question des RMO a été largement débattue.

Nous y avons pris la résolution de nous réunir à nouveau dès la parution des RMO pour établir un «cahier de doléances» porteur de nos remarques, inquiétudes et réserves collectives.

La question des pratiques en clinique a également été évoquée ainsi que la nécessité d'expliciter le rôle du psychiatre dans la prise en charge quotidienne des patients.

A bientôt.

Dr Joëlle CORON
Déléguée régionale

A propos de "la qualification"

Après l'article d'Antoine BESSE dans le «PSYCHIATRIES» n° 105, pp. 30 et 31 et le rappel en p 2 de notre bulletin syndical (le 1er paru en novembre), voici quelques propos sur le partage : psychiatrie adulte/pédopsychiatrie que nous redoutons tous. Il faut noter qu'il ne reste plus que 3 pays en Europe où les praticiens peuvent exercer à la fois en consultation enfant et en consultation adulte.

Pour le Conseil National de l'Ordre (critères adoptés le samedi 25 juin 94) les psychiatres ayant été reçu au diplôme de psychiatrie avec option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (ou ayant reçu cette qualification en second par les commissions ad hoc) sont autorisés dans leur exercice professionnel à recevoir des sujets de tous âges.

Appel au Manifeste de la psychiatrie libérale

Martine Burdet-Dubuc

« De l'éthique au politique »

12 mars 1995 de 9h30 à 17h30
amphi Magnan - Sainte-Anne - PARIS

Les psychiatres risquent d'être absorbés par un rationalisme morbide au nom d'une efficacité apparente et pour des soins rapides et peu coûteux.

Au-delà de l'économie, ce rationnalisme dénote une résistance profonde par peur de l'aléatoire. L'affectif et l'émotionnel sont cet aléatoire qui nous détermine malgré nous et que nous ne pouvons reconnaître... puisque cela paraîtrait une défaite dans la logique dominante.

Parallèlement, le contrôle administratif est dans l'incapacité de mesurer ce qui se vit au sein du cabinet médical dans le «secret».

Face à ce premier point, il faut développer l'éthique du psychiatre : lutter contre l'exclusion, ce déni d'émotion et d'affect et pour l'affirmation du rôle perfectionné de la relation psychiatrique, démontrer son utilité qui rend toute sa valeur à la qualité du sujet, d'être «responsable».

Développons donc notre éthique par la reconnaissance du lien de chacun,un par un, avec ses émotions et ses affects particuliers.

Et sachons prendre le temps de traduire celle-ci à nos partenaires sociaux pour que la complexité de la notion d'équilibre soit respectée.

L'aspect pratique et technique de notre profession nécessite une formation continue que nous avons toujours pratiqué, ainsi qu'un travail sur notre identité.

* La formation continue : c'est-à-dire la permanente confrontation avec d'autres, qui est une façon de révéler ce qu'il en est de nous-mêmes. Mais aussi une connaissance la plus large des développements scientifiques concernant notre spécialité.

* Pour aider les patients à s'accepter et à s'entendre, il est tout à fait logique de s'être d'abord entendu soi. Il y a un deuil à faire à propos de la vérité que l'on croit détenir.

Les différentes conceptions techniques du soin psychique sont affaire d'écoles et elles sont toutes valables, si ces préalables sont acceptés.

Notre profession nous incite à repenser sans cesse notre indépendance en sachant demander une valorisation sociale de celle-ci. Et c'est dans cette dialectique que se tisse le lien social.

Martine Burdet-Dubuc

Coordination syndicale : compte rendu de la réunion téléphonique sur l'hospitalisation privée

Pierre Staël

I. Questionnaire sur l'état des lieux de la pratique en hospitalisation privée :

Il est donc décidé une mise à l'épreuve préliminaire du questionnaire auprès de 10 psychiatres désignés par le S.N.P.P. et le SPF (5 chacun) afin de tenir compte pour sa faisabilité des réponses ou d'éventuelles difficultés rencontrées par ces confrères, choisis par Claude ROUX et Hervé BOKOBZA qui sont respon-sables de la finalisation du questionnaire en y intégrant la question des deux grandes options possibles pour une nouvelle nomenclature, afin d'avoir l'avis général de nos confrères.

Quant à la méthodologie du tri de l'échan-tillonnage, il est proposé de retenir l'étude de cinq patients choisis par ordre alphabétique à partir de la lettre A, et de leur suivi pendant 15 jours.

Quand le questionnaire sera prêt, nous organiserons une nouvelle réunion téléphonique, si possible à la mi-janvier 95, et nous ne contacterons l'ANDEM qu'après le dépouillage et l'exploitation de ce banc d'essai

auprès de 10 confrères.

II. Organisation de la journée nationale sur l'hospitalisation privée.

1. Programme :

a) L'hopistalisation psychiatrique privée, partie intégrante de la psychiatrie.

b) L'hospitalisation psychiatrique privée dans le cadre de l'hospitalisation privée en général.

c) L'hospitalisation psychiatrique privée dans le cadre de l'hospitalisation psychiatrique en général : articulation avec les autres acteurs de la santé.

Les deux points b) et c) présentant essentiellement des données chiffrées, disposeraient d'une durée d'un quart d'heure chacun.

d) Spécificité de l'hospitalisation psychiatrique privée : il s'agirait, en fait, d'un catalogue des moyens nécessaires et spécifiques (établisse-ments, plateaux techniques, personnels, non- HDT, etc...).

e) La pratique médicale actuelle : la spécificité de l'acte psychiatrique. Ce point serait à traiter quelle que soit l'orientation des psychiatres, et il engloberait donc l'ensemble des pratiques. Il ne faut pas prêter le flanc à un éclatement des pratiques et des actes qui nous serait à tout coup préjudiciables (rester dans le modèle du CNSPY global des libéraux).

f) Evolution de la pratique depuis vingt ans. Vers une nouvelle nomenclature mieux adaptée ? Ce point devra présenter les deux grandes options d'orientation de la nomenclature que nous avions dégagées lors de nos précédentes réunions, à savoir :

* un acte unique représentant tous les actes (calqué sur le CNPSY des libéraux),

* actes à géométrie variable, tels que définis dans nos documents antérieurs.

Il est convenu de demander à Robert PALEM de préparer un projet sur ce point qui sera ensuite amendé collectivement par les deux syndicats.

Les points e) et f) seront des rapports rédigés et présentés conjointement par le S.N.P.P. et le SPF.

2. Date, lieu, durée : si possible en juin 95 à Paris. Les modalités seront à déterminer plus tard.

3. Invitation d'autres participants : FIHEP, UHP. Nous les contacterons après notre entrevue avec le Dr CLERY-MELIN et après notre rencontre avec le Dr LARUE-CHARLUS, pour leur proposer de participer à la réunion et d'y faire une intervention s'ils le souhaitent.

4. Un argument de la journée va être rédigé avant fin janvier 1995.

5. Rencontre avec le Dr LARUE-CHARLUS.

6. Inviter tous les psychiatres à cette journée et non pas seulement les syndiqués S.N.P.P. et SPF.

7. Prévoir un financement.

Compte- rendu rédigé par le Dr Pierre STAEL

Rapport Soubie

Martine Burdet-Dubuc

Dernier rapport, décembre 94, sur le système de santé des français et les réformes à y apporter dans le cadre des réductions de dépenses de santé.

Ce rapport note en préliminaire : «maximum d'efficacité avec consensus minimal - double objectif».

Puis après l'exposition des systèmes étrangers et l'affirmation d'une véritable recherche en fonction des données françaises entre «le tout-état» et le «tout-marché» il est proposé : «de séparer le petit et le gros risque». Cela semble absurde pour la clinique médicale courante car un symptôme n'est ni gros ni petit, il peut donner à voir ou à entendre de façon plus ou moins caricaturale mais le risque n'est évalué qu'à posteriori (quel casse-tête médico-légal alors !)

L'analyse politique du texte laisse penser que c'est le «tout-état» qui a le vent en poupe.

- Redéfinition de la répartition des responsabilités entre l'état et l'assurance maladie...

- Création au sein du ministère des affaires sociales d'une direction d'admininstration centrale ayant en charge la politique de l'assurance maladie et l'ensemble des questions intéressant le financement de la santé.

- Comble d'ironie, ceci doit être accompagné d'une **base contractuelle** entre «le producteur de soins» (sic) et «l'assurance maladie» (resic);

Si l'assurance maladie est sous tutelle de l'état, (voir ci-dessus) comment , et avec quelle autonomie, pourra-t-elle définir un contrat avec le «producteur de soins» que nous sommes. L'assujettissement à l'État, est ici évident.

P.S. : Alain RICHARD fera un compte-rendu détaillé dans le prochain BIPP.

Martine Burdet-Dubuc.

Accord conventionnel : le CNPsy à 225 F

Etienne Roueff

L'accord s'est enfin réalisé entre Caisses et syndicats médicaux, avec l'aval du gouvernement (élections obligent...).

Revalorisation tarifaire au 1e mars du C et Cs (+ 5 F) et du CNPSY (+ 10 F) et au 1e octobre des autres lettres-clés. En corollaire, encadrement de la maîtrise des dépenses de santé dans un taux maximum d'augmentation de 3 % pour 1995 (2,6 % en 1994).

Remarquons :

1) Nous obtenons une revalorisation du CNPSY, mais au prix de nouvelles RMO (non décrétées encore) dont une au moins en psychiatrie; et d'une contrainte globale d'augmentation limitée à 3 %.

2) La psychiatrie est enfin réhabilitée dans sa spécificité : nos efforts, conjugués ave le SPF, ont été fructueux; mais ces 10 F, même s'ils sont le double des 5 F des C et Cs, sont une aumône au regard de notre revendication pour un CNPSY à 280 F.

3) Cette augmentation «exceptionnelle» du CNPSY (10 F au lieu de 5 F) est à relativiser : cela ne représente que 4,6 % de la dotation globale (1,7 milliards)* accordée aux médecins par le ministère des finances en 95.

Notre spécificité de psychiatres ne concerne ces «chers comptables», que pour une partie infime de leur générosité (... électorale) !

* Ces 1,7 milliards sont eux-mêmes à comparer aux 54 milliards de déficit de la Sécurité sociale et aux 1400 milliards du budget global de la Sécurité sociale.

Étienne ROUEFF

Appel relatif à l'ex-Yougoslavie

L'A.F.P.E.P. s'est officiellement associée à l'Association Française de Psychiatrie pour l'envoi de cette lettre à Mr J.R. GOLDSTONE, Procureur du Tribunal International chargé de poursuivre les personnes présumées responsables de violations graves du droit international humanitaire commises sur le territoire de l'ex-Yougoslavie depuis 1991.

Voici le texte écrit par Jean-Jacques KRESS, Simon-Daniel KIPMAN et Christian VASSEUR :

Nous proposons d'être entendus par votre autorité, en vertu de la procédure de l'Amicus Curiae, lors des procès où sera abordée la question des relations entre l'épuration ethnique et la psychiatrie.

L'Association Française de Psychiatrie 0est profondément émue par les tragédies que s'infligent les belligérants en ex-Yougoslavie, mais certainement encore plus sensibilisée par le fait que certains organisateurs puissent en être des psychiatres dont le comportement est en opposition complète avec le fondement humaniste de la médecine, et dont le corps médical international a déjà condamné les actions. S'agissant de psychiatres (Jovan Raskovic décédé en 1992, et son successeur Radovan Karadzic), nous avons été attentifs à leur démarche intellectuelle. C'est pourquoi, depuis juin 1994, nous avons constitué un groupe de neuf experts qui travaillent sur des textes, des articles de presse et des témoignages venant de Bosnie et les concernant. Nous avons acquis la certitude que les données scientifiques médicales, psychiatriques et psychanalytiques qu'ils utilisent ont non seulement été détournées de leur but, le soin pour l'homme et son progrès, mais aussi déformées et utilisées à des fins nationalistes et raciales de destruction.

C'est pourquoi nous souhaitons être entendus par vous, afin de dire ce qui ne peut pas être la psychiatrie et comment, non seulement ses bases scientifiques mais aussi son fondement humaniste, ont pu être pervertis de leurs buts.

Nous vous remercions de prendre en considération notre demande, et vous prions d'agréer, Monsieur le Procureur, l'expression de nos sentiments respectueux.