

Les spécificités et compétences du porteur de titre AFC-AMPP

Daniel Widmer

L'Académie pour la Médecine Psychosomatique et Psychosociale (AMPP) s'est réunie à Morges le jeudi 23 mars 2006. Le matin eut lieu l'assemblée des délégués et l'après-midi la rencontre des porteurs de titre de l'attestation de formation complémentaire (AFC). Ces derniers devaient tenter de définir leurs spécificités et leurs compétences, avec l'éclairage de deux orateurs, le Professeur J.-N. Despland (directeur de l'Institut Universitaire de Psychothérapie, Lausanne) et le Dr Danièle Lefebvre (médecin généraliste et présidente de l'association romande pour la formation en médecine psychosomatique et psychosociale, Versoix). La modération était assurée par le Professeur Anne-Françoise Allaz (HUG, Genève).

Trois porteurs de titre différents

La définition d'une identité personnelle des porteurs de titre ne peut pas être séparée de la reconnaissance par le tarifaire, à l'heure où santéuisse, allergique aux écarts-types, voit d'un œil noir ces déviants de la norme que sont les psychosomatiques. Les négociations semblent en bonne voie pour définir trois catégories: ceux qui exercent la médecine générale, ceux qui ne font que de la psychothérapie et une catégorie intermédiaire.

La psychothérapie en médecine, une tradition suisse

Le Professeur Despland nous rappelle qu'Oscar Forel fut à l'origine de la création de la Société Médicale Suisse de Psychothérapie en 1948, allant ainsi à l'encontre des vues de C.-G. Jung, qui pensait

que la psychothérapie ne s'accordait pas avec le travail médical. Dès la fin des années 1950, P.-B. Schneider renforce la formation psychothérapique des psychiatres. La psychologie médicale se développe dans les facultés en même temps qu'apparaît une psychothérapie ambulatoire dans les policliniques. Le double titre de psychiatre et psychothérapeute date en Suisse de 1961. Par contraste, il faudra attendre l'amendement Accoyer (24 septembre 2003) pour que l'on admette en France que les psychothérapies sont de véritables traitements réservés à des professionnels.

Pourquoi l'AMPP doit-elle s'abriter derrière la psychothérapie?

La psychothérapie médicale comme la psychologie médicale ont développé une réflexion psychopathologique permettant la formulation du cas, ainsi que des outils permettant de travailler sur la relation de soins. Formuler un cas et réfléchir sur la relation de soin n'est pas en soi réservé à la psychothérapie, souligne le Professeur Despland, qui n'hésite pas à se demander pourquoi l'AMPP se réfugie derrière la psychothérapie. N'y a-t-il pas là un risque politique?

Mais qu'est-ce que la psychothérapie?

Il est plus facile de définir le psychothérapeute que la psychothérapie. Le psychothérapeute pratique son activité à titre professionnel. Il choisit sa méthode, basée sur des moyens psychologiques. Il établit un contrat avec un patient qui se plaint d'un mal être et qui décide d'entreprendre cette démarche pour aller mieux.

La psychothérapie est-elle efficace?

Les recherches datent des années 1970 et la première méta-analyse de 1979. On peut déduire de ces études l'efficacité absolue des psychothérapies (en comparaison avec la liste d'attente) avec un NNT (number needed to be treated) de 5 pour la dépression, que l'on comparera à un NNT de 25 pour la prévention des saignements gastriques par le traitement idoine. Par contre, un type de psychothérapie n'est pas meilleur qu'un autre. Il n'y a pas non plus de lien direct entre la technique et le résultat. Mais alors ...

Qu'est-ce qui dans une psychothérapie influence le résultat?

Essentiellement des facteurs non spécifiques comme l'effet placebo qui explique 4% de la variance, l'alliance thérapeutique (6%) et les qualités personnelles du psychothérapeute (9%).

Les médecins de famille sont-ils efficaces quand ils font de la psychothérapie?

Le Professeur Despland cite deux études [1, 2]. L'étude de Ward [1] compare le traitement de patients dépressifs par le généraliste et par des psychothérapeutes, rogiériens ou cognitivo-comportementalistes. La thérapie par le psychothérapeute semble plus efficace dans le court terme mais aucune différence n'est trouvée après un an. Par ailleurs on ne note pas d'impact supplémentaire si l'on laisse le patient choisir son traitement. Quant à l'étude de King [2], elle s'interroge sur l'opportunité d'une brève formation cognitivo-comportementale donnée à des généralistes (4 demi-journées). L'étude ne

montre aucun avantage après six mois pour les patients suivis par les généralistes ainsi formés. Que faut-il conclure de ces études? Qu'il est inutile de former les généralistes ou bien qu'il leur faut une formation longue en psychothérapie?

L'importance de l'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est un facteur prédictif important du succès d'un traitement, qu'il soit médical ou psychothérapeutique. L'alliance thérapeutique se définit par ses trois dimensions:

- le lien affectif entre le patient et le thérapeute,
- l'entente sur les objectifs du traitement,
- l'entente sur la manière de travailler.

La compétence seule n'influence pas le résultat, mais il semble que l'alliance soit impossible sans compétence. Le médecin construit son alliance en tenant compte du niveau défensif de son patient et en interprétant correctement son conflit intrapsychique. L'alliance se base sans doute sur la tradition de la médecine et sur ce que l'on appelait autrefois la psychologie médicale, enseignée aujourd'hui sous le vocable SKILLS. Il faut l'alliance thérapeutique pour qu'agisse l'un des trois moteurs de la relation d'influence: persuasion, suggestion ou transfert.

La Dresse D. Lefebvre nous a proposé ensuite de faire avancer le débat sur la psychothérapie du praticien et de différencier les aptitudes du médecin de premier recours qui lui permettent de faire des interventions à visée psychothérapeutique.

L'approche centrée sur le patient

C'est là une des compétences fondamentales du médecin de famille. La conférencière nous en a rappelé les dimensions:

- la maladie/problème et l'expérience vécue par le malade
- comprendre la personne dans sa globalité

- trouver un terrain d'entente pour la prise en charge
- tenir compte de la prévention et de la promotion de la santé
- renforcer la relation médecin-patient
- être réaliste (temps-ressources-durée) [3].

L'écoute est le mot clé de l'approche centrée sur le patient et permet la construction d'une relation de confiance à long terme, ainsi qu'une connaissance de la personne, de son mode de référence, de ses capacités d'adaptation et de ses compétences. On nous rappelle la citation de Balint: «la capacité d'écouter est une aptitude nouvelle, qui exige un changement considérable, bien que limité, dans la capacité du médecin».

Comment décrire l'action psychothérapeutique du médecin de premier recours?

Telle est la question que se pose D. Lefebvre. Et par ailleurs: quel continuum y a-t-il entre un MPR de base et un MPR porteur de titre AMPP? Sélectionnent-ils des patients différents? Ont-ils un savoir-faire différent? Un savoir-être empathique différent? Est-ce la supervision qui fait la différence, en identifiant le malaise du médecin?

Le cabinet du généraliste, un pays pauvre?

La psychothérapie telle que pratiquée dans les pays riches n'est pas transposable dans les pays pauvres. Chez nous aussi, seuls certains patients bénéficient d'une psychothérapie à proprement parler. L'OMS n'a d'ailleurs pas de consensus sur la définition de la psychothérapie [4]. B. Saraceno (Dir. Mental Health WHO) disait récemment que l'on peut attendre des médecins une attitude psychothérapeutique dans toute pratique de santé mentale et toute pratique médicale. Les points forts universels de cette attitude sont: l'accueil humain, l'écoute, le temps et le soutien affectif.

Que fait le généraliste?

Sur la base d'exemples cliniques, Danièle Lefebvre recense sept niveaux de l'action psychothérapeutique du généraliste.

- 1 La base, c'est l'accueil humain, l'écoute, le temps et le soutien affectif.
- 2 La maîtrise des techniques d'entretien (communication skills) est aussi élémentaire dans la formation du généraliste: attendre, répéter, reformuler, résumer, être empathique ...
- 3 La connaissance des étapes du changement (di Clemente) permet de savoir où en est le patient dans sa demande d'aide et sa motivation.
- 4 Le médecin peut se situer dans une fonction de suppléance ou d'assistance pour aider le patient à utiliser ses ressources (thérapie de soutien).
- 5 Le médecin peut utiliser une technique psychothérapeutique à proprement parler, ce qui nécessite une formation et un travail personnel (thérapie cognitivo-comportementale - approches psychocorporelles - hypnose - modèle systémique - modèle psychanalytique).
- 6 Le médecin peut avoir recours à une supervision.
- 7 Il doit enfin pouvoir référer le patient et collaborer avec des psychiatres.

Une riche et longue discussion, animée par A.-F. Allaz, a suivi les conférences, débats dont j'essayerai de tirer quelques conclusions.

Pour conclure. Le porteur de titre fait de la «thérapie psychosomatique»

Comment former le généraliste de base à la psychosomatique? Les points 1 à 4 de Danièle Lefebvre sont les éléments clés de l'attitude psychothérapeutique du généraliste. Le Professeur Despland nous a rappelé qu'une formation brève aux techniques psychothérapeutiques n'avait pas fait ses preuves. Si l'on passe donc aux points 5 et 6 de Danièle Lefebvre, on entre sans aucun doute dans la logique d'une formation complémentaire de lon-

gue haleine, qui dépasse la formation de base du généraliste. Il y a certainement des collègues prédisposés ou réceptifs, prêts à entreprendre une telle formation et d'autres n'y sont pas prêts. De là, on passe au problème de l'identité personnelle des porteurs de titre et à leur reconnaissance par le tarificateur. Comme le fait remarquer le Professeur Despland, le tableau de Danièle Lefebvre a le tort d'introduire une hiérarchie. A ses yeux, on éviterait tout problème en supprimant le terme de psychothérapie et en ne parlant que de traitement psychosomatique. Pourtant ceux qui ont fait une formation longue revendiquent une reconnaissance de celle-ci. Sont-ils davantage (psycho) thérapeutiques? De l'autre côté, le généraliste de base ne souhaite pas que le tarificateur

lui limite sa durée de consultation, sous prétexte qu'il ne fait pas de psychothérapie ou de traitement psychosomatique. L'AMPP se doit de défendre à la fois les porteurs de titre et simultanément la psychosomatique en médecine générale, telle qu'elle se pratique par des non porteurs de titre. Comment sortir de cette double contrainte? Soyons conscients que ce sont les marchands du temple qui nous emmènent dans ces eaux mercantiles. Faudra-t-il à l'avenir définir une prestation réservée aux porteurs de titre? En tous les cas, je vois mal les généralistes non porteur de titre accepter, sans réagir vivement, qu'on leur limite le temps d'écoute.

Références

- 1 Ward E, King M. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *BMJ* 2000;321:1383-8.
- 2 King M, Davidson O. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomised controlled trial. *BMJ* 2002;324:947-53.
- 3 Stewart MA. Patient-centred medicine. Transforming the clinical method. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.
- 4 http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf
- 5 Pour les documents de cette journée sur le site de l'AMPP: <http://www.appm.ch/afri.php?go=archiv>

Dr Daniel Widmer
2, av. Juste-Olivier
1006 Lausanne
widmer@primary-care.ch



PRIMARY SCHTÄRN: ÄrztInnen-Horoskop¹

Zwilling (ca. 22. Mai bis 21. Juni)

Das Leben ist ein «Gambling-Spiel», wem Abwechslung behagt, der ist bei Ihnen gut aufgehoben. Sie sind stets auf der Jagd nach Neuigkeiten, und wenn es das Informationszeitalter nicht schon gäbe, müsste man es für Sie erfinden. Sie sind ein wahrer Meister der Argumentation. Wenn Sie könnten, würden Sie sich selber etwas abkaufen und dann glauben, Sie hätten das Geschäft Ihres Lebens gemacht. Nichts Öderes als die ewig gleiche Praxisroutine. Aber, wenn Sie aus all der grauen Langweiligkeit mal wieder eine «Rosine picken» können, ist der Tag gerettet! Zu Problemen führen kann eine gewisse Unstetigkeit: Sie vermögen zwar im Gegensatz zu Otto Normalverbraucher durchaus fünf Dinge gleichzeitig zu tun, wenn aber das sechste und das siebte hinzukommen, wird's eng. Und so legen eine Menge Pendenzen entlang Ihrer Lebensbahn Zeugnis ab von Ihrem Problem, eine Sache von A bis Z zu Ende zu bringen. Zwar sind Sie kontaktfreudig wie kein anderer, die Welt der Gefühle ist Ihnen aber etwas suspekt. Wenn man es nicht anders wüsste, könnte man glauben, Emotionen würden Sie in Angst und Schrecken versetzen, und Ihre Witzigkeit und Debattierlust sei nur ein Mechanismus zum Schutz Ihrer verwundbaren Seele. Sie würden Ihren Partner schon ehelichen, müssen aber zuerst noch Ihre dritte Weltreise planen und heiraten nur, wenn das auch einen steuerlichen Sinn ergibt.

Markus Gnädinger

¹ Wenn es Sie stört, dass die Sternzeichen wegen der historischen Kalenderverschiebungen und der Bewegung unseres Sonnensystems in der Milchstrasse durcheinandergeraten sind, oder falls Sie nicht an Astrologie glauben, suchen Sie sich einfach ein anderes Sternzeichen aus, das Ihnen dann hoffentlich besser zusagt ... Wenn hier von dem «Zwilling» die Rede ist, so gilt das Gesagte natürlich genauso für die «Zwillingin».