

Pierre Loeb

Pourquoi la psychosomatique a-t-elle de l'avenir?

Discours d'adieu du président sortant de l'ASMPP

Le 26 mai 2011 s'est tenu au *Lindenhofspital* de Berne un symposium d'adieu pour Pierre Loeb, président fondateur de l'Académie Suisse pour la Médecine Psychosomatique et Psychosociale (ASMPP).

Le 26 mai 1994, Pierre Loeb a créé l'association des médecins exerçant la médecine psychosomatique dans la région de Bâle, à laquelle ont suivi la fondation de l'AMPP en mai 1998 à Sion et la fusion de la SSMPP et de l'AMPP en ASMPP en 2008.

Sur invitation du Comité de l'ASMPP, Claus Buddeberg, Anne-Françoise Allaz, Roland von Känel, Danièle Lefebvre, Marzio Sabbioni et Wolf Langewitz ont présenté différents exposés autour du thème «La médecine psychosomatique en Suisse en 2011: où en sommes-nous?». Le physiothérapeute Gilbert Büsching a également pris la parole pour adresser ses remerciements à Tascha Loeb. Le symposium a été modéré par Esther Hindermann et le panégyrique a été prononcé par Alexander Kiss. Au lieu de présenter le rapport annuel, le président sortant a tenu le discours ci-dessous, qui a été légèrement remanié pour PrimaryCare.

Chers collègues, chers amis

Comme annoncé, je ne présenterai pas aujourd'hui un rapport annuel normal, mais j'aimerais aborder un certain nombre de points qui me paraissent importants après 18 années d'engagement pour la médecine psychosomatique en Suisse.

Tout d'abord, j'aimerais néanmoins souligner que je me réjouis de cette journée depuis plusieurs semaines déjà. C'est un grand honneur pour moi que le Comité ait organisé ce symposium d'adieu, qui sera sans doute un moment fort de ma vie.

Il ne faut pourtant pas oublier que même si la médecine psychosomatique nous paraît si essentielle – et malgré les accomplissements de l'ASMPP –, son rôle reste encore secondaire à l'échelle nationale et internationale. La psychosomatique est toujours perçue plutôt comme un engagement personnel que comme une discipline médicale reconnue à part entière. Déjà en Suisse romande, il n'existe pas de services ambulatoires de psychosomatique dans les hôpitaux universitaires, de cliniques de psychosomatique ou d'autres structures de ce nom – et ce, malgré le vif engouement pour notre attestation de formation complémentaire en Romandie –, mais les mots composés commençant par «*psycho*» ne sont tout simplement pas utilisés en français romand. En Suisse alémanique, nous devons également nous demander dans quelle mesure le terme «psychosomatique» est avantageux et vendeur. Toutefois, un changement de nom – par ex. en «médecine comportementale» – ne semble être ni un remède ni une solution à ce problème.

Comment tout a commencé

J'aimerais brièvement expliquer comment tout a commencé. En 1976, j'ai passé ma thèse avec le Prof. Dieter Beck, qui était le premier titulaire de la chaire de psychosomatique de l'Université de Bâle. Dieter Beck, avec qui je n'ai pas tardé à nouer une amitié profonde et qui m'a soutenu en tant que tuteur lorsque j'ai ouvert mon cabinet en mars 1980, a été tué par balle quelques jours après par l'ami jaloux d'une patiente dans le hall d'entrée de l'Hôpital cantonal de l'époque. Mon engagement pour la médecine psychosomatique doit peut-être aussi être compris dans ce sens: je devais poursuivre son héritage. Rapidement, j'ai rejoint un groupe de médecins de famille exerçant la médecine psychosomatique à Bâle (on parlerait aujourd'hui de cercle

de qualité) et nous nous sommes notamment mobilisés pour que la chaire, qui était vacante depuis 1980, retrouve un titulaire (entre parenthèses: cela devrait redonner du courage aux collègues zurichois, car 10 années se sont également écoulées à Bâle jusqu'à ce que la chaire de psychosomatique soit à nouveau occupée ...!).

En 1990, Alexander Kiss a été affecté à Bâle et il a emmené dans son sillage Wolf Langewitz. Il y a très précisément 17 ans aujourd'hui, le 26 mai 1994, j'ai fondé la «Vereinigung psychosomatisch tätiger ÄrztInnen der Region Basel» (VPSB): Wolf Langewitz était mon vice-président!

Un autre aspect du passé mérite d'être soulevé: une partie de la VPSB souhaitait la mise en place d'un titre de médecin spécialiste en psychosomatique – Alex Kiss et Wolf Langewitz ont néanmoins privilégié une médecine de premier recours à caractère psychosomatique à une spécialisation à proprement parler. Ce différend a été tranché par la réorganisation du titre de médecin spécialiste en 1996 par la FMH et il était évident qu'il fallait mettre en place une attestation de formation complémentaire qui soit interdisciplinaire. Aujourd'hui, 13 ans après la fondation de l'académie, je me pose la question de savoir si cette décision était judicieuse sur le plan politique. L'attestation de formation complémentaire reste toujours la solution qui paraît la meilleure pour refléter comment nous comprenons et voulons exercer la psychosomatique. Sur le plan politique, nous nous sentons néanmoins limités à certains égards. Nous avons un accès direct difficile à des organismes essentiels tels que l'ISFM et la chambre médicale, ainsi qu'à la sphère politique et juridique. Wolf Langewitz l'a un jour formulé de la manière suivante: il nous manque les bonnes «mères»: aussi bien les sociétés savantes SSMG/SSMI que la SSPP ne constituent pas pour nous des bonnes mères, qui représentent (peuvent représenter) réellement nos intérêts. Le nouveau Comité et mon successeur devront se demander s'il faudra aspirer à une revalorisation de notre titre en tant que médecin spécialiste à proprement parler dans un futur proche, comme c'est déjà le cas en Allemagne et actuellement en discussion en Autriche.

Pourquoi la psychosomatique a-t-elle un avenir

Malgré les questions critiques récurrentes pour savoir dans quelle mesure la psychosomatique peut s'imposer à long terme et durablement comme discipline autonome en Europe et dans le monde, je suis convaincu que nous possédons des atouts de poids faisant que la psychosomatique a un avenir et que l'ASMPP continuera à avoir une mission primordiale: les coûts liés à l'intensification du diagnostic en médecine organique dans la prise en charge des patients complexes atteignent un niveau abyssal. Comme chacun le sait, de nombreux médecins de famille ont plus de 60 ans et dans les prochains temps, il y aura inexorablement une pénurie marquée de médecins de premier recours. L'orientation des patients vers des spécialistes rend la médecine encore plus chère. Or, les patients ont besoin d'un encadrement, de médecins avec qui ils peuvent communiquer, qui les guident dans la jungle du système de santé et qui les aident à prendre les bonnes décisions. Ce travail de grande responsabilité doit être accompli par un médecin ayant bénéficié d'une vaste formation et non pas un *Nurse Practitioner*.

Le nombre de cas difficiles et de patients âgés souffrant de maladies chroniques ainsi que les missions complexes de traitement et d'accompagnement sont en augmentation. D'une manière générale, les

tensions psychosociales vont continuer à augmenter, ce qui vaut particulièrement pour les maladies de type dépression, troubles anxieux et burnout dans un contexte omniprésent de pression sur les coûts et de surmenage général.

Les médecins traitants doivent apprendre à aborder ces troubles, dont les manifestations sont à la fois psychiques et somatiques. La psychiatrie à elle-seule ne peut y parvenir et il est évident qu'elle a aussi d'autres missions. Les caisses-maladie, les assurances et les politiques savent qu'il y a des besoins et des pistes à explorer dans ce créneau. Seule une faible proportion de patients nécessitent une vraie psychothérapie. Par ailleurs, les effets et les résultats d'une prise en charge psychiatrique ou d'une psychothérapie seront d'autant meilleurs et durables que les patients auront auparavant bien été préparés. Les médecins de premier recours apportent le plus souvent une aide suffisante par le biais de la «petite psychothérapie». Lors de mon différend avec René Raggenbass, membre du Comité de la SSPP (et plus tard, membre du Comité central de la FMH), j'ai dû admettre qu'il n'existe pas une «grande» et une «petite» psychothérapie et que la formation postgraduée pour obtenir l'attestation de formation complémentaire ASMPP n'était pas suffisante pour pratiquer la psychothérapie. Ceci a obligé et a aidé l'ASMPP à redéfinir sa position vis-à-vis de la psychothérapie. Si notre travail quotidien n'a pas le droit d'être appelé psychothérapie, nous devons faire de nos compétences, de notre savoir-faire et de nos approches thérapeutiques éprouvées, bien étudiées et supervisées une entité propre. Ainsi, nous les avons nommé *traitement psychosomatique* et avons même pu obtenir notre propre position tarifaire TARMED. Lors de nos cours de formation postgraduée, nous enseignons de nouvelles approches du traitement psychosomatique, qui offrent également de nouvelles opportunités: empowerment, counseling, coaching, thérapie supportive, mindfulness, thérapie orientée vers les solutions, motivationnel interviewing, et beaucoup d'autres encore. Toutes ces compétences (skills) peuvent s'apprendre et doivent encore être améliorées et davantage explorées.

Dans mes fonctions au sein du comité scientifique de l'ASMPP, qui a récemment vu le jour, je vois une opportunité qui vient à point nommé de travailler avec une équipe d'experts pour continuer à développer le traitement psychosomatique. Dans le prolongement des avancées scientifiques internationales éprouvées, notre académie doit rester en accord avec son temps et à la pointe («state of the art»), non seulement sur le plan administratif et sur le plan de la politique professionnelle, mais également sur le plan scientifique.

Autres missions

Afin de permettre à mon successeur de bien se familiariser à ses nouvelles fonctions et de ne pas lui laisser de «vieilles casseroles», j'ai encore pris en charge quelques dossiers inachevés, notamment la création du comité scientifique mentionné, la demande d'une position TARMED pour la thérapie de groupe ainsi que la reconnaissance des formations continues de psychosomatique en tant que formation continue essentielle auprès de la nouvelle SSMI.

Malheureusement, durant mon mandat, je n'ai pas suffisamment réussi à conquérir d'autres groupes professionnels médicaux à la cause de l'ASMPP. De toute évidence, le besoin et les atouts nécessaires à une affiliation à l'ASMPP font encore défaut. Personnellement, je suis convaincu qu'en raison de la collaboration interdisciplinaire nécessaire dans les cliniques de psychosomatique et de réhabilitation ainsi que dans les équipes hautement spécialisées d'oncologie ou de médecine de transplantation, les personnes compétentes en psychosomatique devraient être regroupées au sein de l'ASMPP et être certifiées par l'ASMPP. Dans son nouveau livre «Die Reanimation der

Psychosomatik», Jürg Kollbrunner a bien expliqué l'importance des différents groupes d'aide. En fusionnant avec la SSMPP de l'époque, l'ASMPP a décidé de s'engager dans cette voie.

Remerciements et vœux de clôture

J'ai invité mon successeur Alexander Minzer à participer à toutes les réunions et je l'ai présenté à tous les comités avec lesquels l'ASMPP travaille. Ainsi, j'espère qu'une continuité optimale sera assurée. Il me remplace au comité de PrimaryCare, au comité du congrès du CMPR, à la commission Psychothérapie déléguée, au comité de pilotage du curriculum Médecine des assurances et à l'alliance pour la dépression et la santé psychique en Suisse, et il a également pris ma place en tant que responsable tarifaire de l'ASMPP pour les questions relatives à TARMED et au système DRG.

A la dernière minute, nous avons réussi à trouver Madame Astrid Roos, Reiden, une successeuse digne de ma femme, Tascha Loeb, pour le secrétariat de l'ASMPP. Ainsi, nous pourrions quitter l'ASMPP à peu près en même temps.

Je suis persuadé que mon successeur, avec l'aide des deux vice-présidentes expérimentées de longue date, Danièle Lefebvre et Esther Hindermann, et de l'ensemble du Comité bien rodé, parviendra à poursuivre avec succès les missions essentielles de l'ASMPP. Alexander Minzer possède une grande habileté politique, il a un bon réseau et il veillera, avec une équipe jeune, à ce que l'ASMPP ait l'influence nécessaire au sein de la FMH et de santésuisse et qu'elle continue à être présente dans PrimaryCare et le BMS. Je vous remercie tous pour votre soutien de tous les instants, pour votre confiance et pour la bonne collaboration. Je nous souhaite à tous que l'ASMPP et la médecine psychosomatique et psychosociale parviennent à consolider leurs positions en Suisse et à l'international et que la plus belle et la plus entière des médecines gagne en importance et en professionnalisme.

Correspondance:

Dr Pierre Loeb, Past-Président SAPP
Winkelriedplatz 4, 4008 Basel
loeb@hin.ch

Développement de l'ASMPP

1. 9.1994 Document de travail Psychothérapie et assurance-maladie
1. 1.1996 Entrée en vigueur de la nouvelle LAMal
5. 6.1996 BMS «réorganisation du titre de médecin spécialiste»
- 28.11.1996 Rencontre de toutes les sociétés de psychosomatique de Suisse: SSMP, SSMPs, SSGOP
- 5.12.1996 Délégation lors du comité pour la RFP
28. 5.1997 Retraite aux chutes de Giessbach
6. 6.1997 Chambre médicale: réorganisation du titre de médecin spécialiste
15. 5.1998 Fondation de l'AMPP à Sion
1. 1.2000 Introduction de l'attestation de formation complémentaire AMPP
- 15.11.2001 Fusion des trois sociétés en SSMPP
- 31.12.2004 Expiration des dispositions transitoires
6. 3.2008 Fusion de l'AMPP et de la SSMPP en ASMPP
1. 1.2009 Introduction de la position 00.0525 Thérapie psychosomatique
31. 3.2011 Fondation du comité scientifique de l'ASMPP
26. 5.2011 Passation de pouvoirs à Alexander Minzer, Rothrist