Sommaire du BIPP n° 18 - Septembre 1998

Chronique : l'idéal du moi(s) - Gérard Bles

Assemblée Générale : genèse

Assemblée Générale : propositions

Rapport Zarifian

Quelques chiffres

Résultats du sondage

Vie régionale

Chronique : l'idéal du moi (s)

Gérard Bles

Thémouraz ABDOUCHELI, qui fut de nos pères fondateurs et dont on trouverait grand bénéfice à relire les réflexions qui nous ont enrichi au long des dix premières années de l'AFPEP(1), ironisait un jour sur la tendance que les psychiatres auraient à confondre Idéal du Moi et Moi idéal. Je ne me souviens plus précisément de l'à-propos, mais je crois que la reprise des définitions basiques conserve toute sa saveur à la sentence.

Idéal du Moi : "instance de la personnalité résultant de la convergence du narcissisme (idéalisation du Moi) et des identifications aux parents, à leurs substituts et aux idéaux collectifs… Modèle auquel le sujet cherche à se conformer" (Laplanche et Pontalis, Vocabulaire de la psychanalyse).

Moi idéal : "idéal de toute-puissance narcissique forgé sur le modèle du narcissisme infantile" (Ibidem).

La remarque peut opérer comme une taupe en notre jardin, creuser, miner le sol en le parsemant de petits tumuli dont on n'est jamais sûr qu'ils nous donnent le juste accès au sanctuaire où se blottit l'animal/vérité – d'autant qu'il peut être plusieurs… La métaphore jardinière nous invite donc aux explorations patientes, et à en accepter les déconvenues.

Longtemps j'ai pensé qu'il y avait là quelque allusion à la tendance que nous aurions à proposer de nous-mêmes et de notre activité de psychiatres privés une image par trop embellie, sans brouillage et sans failles – tels que nous nous rêvions en quelque sorte, ou tels que les autres pourraient nous rêver. Une image au regard de laquelle il serait tout à fait impensable que l'on puisse nous contester, refuser quoi que ce soit des raisonnables exigences que nous serions amenés à avancer. Une identification au "Bien faire psychiatrique" pour le moins – dont de surcroît nous définirions nous-mêmes les critères… On pourrait dès lors prétendre que nous ne sommes pas très loin de la "toute-puissance"…

Làs, la réalité n'arrête pas de nous faire déchanter, face à quoi il ne nous resterait plus qu'à adopter une attitude résolument paranoïaque, avec persécuteur (s) externe (s) et tout et tout, ou bien nous réfugier dans une rumination solipsiste au décours de laquelle notre "Moi idéal" risque d'en prendre un coup.

Une porte de sortie subsiste néanmoins : la position dépressive, qui nous amènerait à considérer, coupables, que nous sommes défaillants à satisfaire notre "Idéal du Moi" dont chacun sait les connivences qu'il entretient avec un Surmoi punitif. Il ne nous resterait plus dès lors, châtiés, qu'à subir nos déconvenues dans l'opprobre, quitte à nous réfugier dans quelque obscure retraite (notre cabinet ?) pour échapper aux foudres du Dieu vengeur – solution douteuse quand, internalisé, on promène celui-ci avec soi. "L'œil était dans la tombe…".

Le problème se simplifierait-il si ce Surmoi venait à se confondre avec une configuration sociale tout aussi punitive qui ne cesserait de nous mettre en accusation au regard d'un Idéal du Moi façonné à coups de serpe économique – pour autant que les idéaux collectifs identificatoires se résumeraient à leur tour aux cliquetis d'une gigantesque machine à calculer ? Et, en fonction des variations d'indices, des fluctuations de la perte, des dépassements du plafond, à partir du pourcentage périodiquement assigné à nos régressions imposées (car de progressions il ne saurait guère être question), s'il fallait en venir désormais à se conformer à "l'Idéal du mois" ? En somme, il suffirait d'introjecter l'instrument comptable (n'est-ce pas ce qu'on nous demande ?) et de laisser notre Surmoi externalisé sévir à chaque erreur d'addition : les coups de bâton, comme chacun sait, font faire l'économie de la culpabilité, ce qui est somme toute bien confortable. Et notre Moi idéal dans tout cela ? Plus de risques de confusion possibles, finie la toute-puissance ! C'est tout l'avantage des systèmes totalitaires (et totalisateurs en l'occurrence…).

J'ai le vague sentiment de murmures désapprobateurs autour de moi : les uns parce qu'on trouve que je malmène les concepts, les autres parce qu'on estime ma conscience civique en voie de décrépitude, d'autres encore parce que les apologues aux allures d'associations libres ne vont rien résoudre des difficultés de l'heure. Ce qui n'empêche pas les uns de tout refuser au nom des principes, les autres de se soumettre à tout au nom du pragmatisme.

Au fond, le plus difficile, c'est le compromis – au nom du principe de réalité ? Renoncer à la toute-puissance, ce n'est jamais qu'admettre un état de fait, aussi douloureux soit-il. Prétendre maintenir en jeu les règles qui donnent consistance et efficacité à notre pratique, ce n'est pas seulement satisfaire aux exigences d'un Idéal du Moi préservé des contagions ambiantes, c'est reconnaître que celui-ci se soutient de la notion du service rendu et de sa qualité. Sans que cela soit d'une prétention outrecuidante, ce n'est ni glorieux, ni confortable, mais cela "donne sens". Narcissisme et plaisir n'y trouvent peut-être pas leur compte – mais notre Moi y puise une indispensable cohérence, qui n'exclut cependant ni de compréhensibles bouffées d'orgueil, ni d'inévitables défaillances.

Mais l'on peut préférer malgré tout la mensualisation…

Gérard BLES

(1) Il est dans nos ambitions de mettre à la disposition de tous et notamment des plus jeunes d'entre nous l'ensemble des principaux textes qui ont maillé le travail de l'AFPEP depuis 28 ans en réalisant la saisie des numéros de Psychiatries (dont beaucoup sont introuvables) depuis les origines et en les éditant sur CD-Rom avec des index thématique et nominatif : rude mais indispensable projet, ne serait-ce que pour découvrir l'acuité des anticipations qui furent les nôtres au regard des évolutions de la psychiatrie d'aujourd'hui (libérale ou non…)

AG Paris 6 septembre 1998 : genèse

Gérard Bles

Depuis plusieurs mois, le Bureau et le Conseil du SN.P.P. avaient ouvert une réflexion en profondeur sur les méthodes d'approche propres à sensibiliser mieux nos interlocuteurs " tutélaires " sur les caractéristiques du travail des psychiatres libéraux ainsi que les exigences spécifiques qui peuvent en découler, thématique obstinée de notre politique syndicale , parfaitement fondée sur le plan qualitatif mais malheureusement trop souvent perçue comme un catalogue de revendications plus ou moins corporatistes dans une perspective plutôt défensive (ce qui en soi n'a rien d'illégitime au demeurant…). La préparation d'une nouvelle convention à l'automne comme les perspectives de refonte de la nomenclature dans les deux ans donnaient de surcroît toute son acuité à ce questionnement : comment restituer à notre argumentation sa pleine dimension de contribution positive, prioritairement ordonnée à la qualité des soins – sans pour autant apparaître accréditer la politique de limitation/réduction des dépenses de santé en tant qu'objectif et selon les seuls critères comptables, ce à quoi le S.N.P.P. s'est toujours refusé.

Le 29 juillet 1998, Martine Aubry et Bernard Kouchner mettaient bruyamment en cause une fois de plus la prescription psychopharmacologique en France, dénoncée comme excessive (et ciblant à cette occasion sur l'utilisation des antidépresseurs, dont ils réclamaient, a priori, une réduction de 10%). Le gouvernement s'appuyait pour ce faire sur le rapport Zarifian (1996) et son actualisation en 1998 . Or ce rapport, considérable, va dans son développement bien au-delà des simples considérations quantitatives qui en étaient circonstantiellement retenues et laisse apparaître, en fait, de nombreuses prises de position convergentes avec les analyses du S.N.P.P. au regard de la pratique libérale de la psychiatrie.

Nous décidions dès lors de partir de la demande gouvernementale sur les prescriptions, tout en nous appuyant à notre tour sur le rapport Zarifian, pour proposer l'organisation de réunions de travail aux fins de rechercher les moyens d'améliorer conditions et contenus de ces prescriptions et, au-delà, d'améliorer la qualité des soins psychiatriques en France, étant entendu que, si l'on s'en tient au repérage des soins ambulatoires effectué à travers les prescriptions et même s'il s'agit d'un biais méthodologique éminemment critiquable, moins de 20% de ceux-ci seraient assurés par les spécialistes de la discipline…Notre engagement devait s'assortir bien entendu de l'exigence d'un inventaire des besoins réels en matière de soins psychiatriques – travail épidémiologique qui ne peut se limiter à répondre aux critères classiquement utilisés dans le service public mais doit faire appel à toute l'expérience clinique accumulée dans le champ libéral. Corrélativement seraient posés les problèmes de formation initiale et continue et d'une éventuelle supervision de la pratique soignante des médecins non-psychiatres, étant admis, comme le souligne Zarifian lui-même, qu'il est politiquement inenvisageable de leur retirer le droit de prescrire dans la prise en charge des problèmes psychiques, même en cas de traitements prolongés.

Une réunion restreinte du Bureau pendant 48 heures au mois d'août puis le Conseil d'administration du 5 septembre finalisaient ce projet, aboutissant aux propositions qui ont été adoptées en AG extraordinaire le 6, communiquées à tous les partenaires politiques et sociaux, présentées à la presse le 24 et dont vous prendrez connaissance ci-après.

Gérard BLES

AG Paris 6 septembre 1998 : propositions pour l'amélioration de la qualité des soins psychiatriques ambulatoires en France

EXPOSE DES MOTIFS

1 - Selon le **rapport Zarifian**, dont les conclusions ont été notamment reprises en juillet 1998 par le gouvernement, la **prescription psychopha-rmacologique** en France serait **quantitativement** beaucoup trop importante. Cette assertion repose essentiellement sur des évaluations comparatives internationales. On remarquera d'emblée que si ce sont les antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques qui ont été mis en cause dans le discours politique récent, les neuroleptiques, d'utilisation a priori plus ciblée (psychoses) et plus délicate, non ou moins soumise à la pression de la demande, partagent pourtant le même sort : ce qui, au delà de la validité des bases de données elles-mêmes, met en question l'intervention d'autres facteurs dans le recueil de ces données qui concernent ici pour l'essentiel la prescription ambulatoire à l'exclusion de l'utilisation hospitalière. Cela met nécessairement en cause l'organisation de la distribution des soins dans chaque pays considéré : à ce compte, il est vrai que la France est le pays qui compte en psychiatrie le secteur libéral le plus développé – alors que par ailleurs, la politique de désinstitutionnalisation y bat son plein, au-delà sans doute de l'intérêt de certaines catégories de patients. Cependant, la portée de cette observation demeure limitée dans la mesure où, en France, les psychiatres ne seraient responsables que de plus ou moins 20 % des prescriptions de psychotropes (30 % pour les antidépresseurs – non précisé pour les neuroleptiques) – le secteur non spécialisé demeurant donc le plus largement responsable des prescriptions : les différences structurelles nationales devraient moins jouer à ce niveau (ce qui reste malgré tout à démontrer, organisations sanitaires et médico-sociales n'étant pas strictement superposables).

2 - On écarte un peu trop facilement, semble-t-il, en n'en mentionnant même pas l'hypothèse, la possibilité de variations dans l'incidence des manifestations psychopathologiques (ou de leur repérage comme telles) en fonction des **contextes nationaux, sociaux, économiques, culturels**. Mais il est vrai que leur objectivation demeure techniquement aléatoire et idéologiquement entravée – et surtout que cette hypothétique implication s'inscrirait dans le cadre d'un ensemble de variables multiples et interdépendantes, difficilement maîtrisables dans des études épidémiologiques même affinées (ce qui est rarement le cas…).

3 - Ce qui demeure apparemment démontré est l**'insuffisance de pertinence de la prescription**. Cette insuffisance se situerait à deux niveaux : d'une part dans l'utilisation des molécules elles-mêmes (même si, par exemple, un certain balancement quantitatif entre l'utilisation des anxiolytiques et celle des antidépresseurs peut représenter en soi plutôt un progrès, notamment dans le secteur non spécialisé), leur posologie (en plus ou en moins) et la durée de prescription. Et d'autre part dans ce que nous appellerons l'opportunité à prescrire et plus largement la place de la prescription dans la stratégie globale des soins, celle-ci pêchant trop fréquemment par son absence ou sa médiocrité.

4 - On ajoutera à cet égard qu'il existe un facteur inversement proportionnel entre temps d'écoute et existence ou importance de la prescription. Il s'agit là d'un paramètre relatif, aucune des deux attitudes n'excluant l'autre en tant que de besoin ; de surcroît, si l'expérience quotidienne autorise à affirmer la réalité de ce balancement, celle-ci, une fois de plus, est malaisée à objectiver – ou seulement de façon très indirecte (comparaison des temps moyens de consultation entre généralistes et psychiatres par exemple, chiffrés certes mais à partir de quel recueil de données ?).

5 - Cette "non-pertinence" repose sans doute et en premier lieu sur des **carences de formation**. Pratiquement nulle ou en tous cas inadéquate dans le cursus médical général, cette formation est peut-être même en train de se détériorer à l'intention des futurs spécialistes en psychiatrie dans la mesure où elle se conforme de plus en plus à des critères de type nord-américain - eux-mêmes avant tout ordonnés, derrière le masque de l'objectivation scientifique, à la recherche psychopharmacologique, dans un champ clinique restreint au recrutement particulier des CHU. Quant à la formation à la relation, qu'il s'agisse de la démarche clinique ou des méthodes psychothé-rapiques, si elle est formellement invoquée, elle ne peut en réalité résulter que d'une implication personnelle que rien ne favorise à ce stade initial.

6 - On évoquera en outre la question des motivations : si l'intérêt des futurs spécialistes pour la problématique psychique et psychopathologique est a priori peu discutable, on ne peut en dire autant pour les médecins en général dont une bonne partie a toujours affiché des attitudes de refus en ce domaine – ce qu'une formation de base médicale de plus en plus technique ne peut que contribuer à accentuer.

7 - Il convient enfin d'insister sur les conditions d'exercice et plus précisément sur **la nature de l'acte de soins psychiatrique** lui-même, dont le paramètre de durée n'est qu'un aspect symptomatique même si le **temps** qui lui est affecté constitue une des dimensions de son possible. Cet acte s'articule autour d'une **clinique spécifique**, prise en considération de la souffrance psychique d'une personne dans sa **singularité** qui ne trouve à se dévoiler que dans la **relation** qui s'établit entre le thérapeute et son patient très au-delà du simple inventaire symptomatique (qui peut parfois s'avérer tout à fait trompeur). C'est en cela que l'on peut affirmer que tout acte de soins psychiatrique **comporte consubstantiellement une dimension psychothérapique**, dès la rencontre initiale et quelle que soit l'importance que prendra ultérieurement cette dimension dans la stratégie thérapeutique. Pour réaliser cet acte, il importe donc de bénéficier non seulement d'une expérience clinique approfondie mais également de la formation à une relation qui ne peut se limiter à une simple bienveillance, aussi exigible que soit cette dernière, formation personnelle qui précède et ne peut se réduire à l'acquisition de techniques psycho-thérapiques proprement dites. Il faut encore une fois souligner que c'est cette formation qui permet seule d'accéder à la plénitude de la clinique de la souffrance psychique.

8 - On ajoutera qu'une bonne stratégie thérapeutique trouvera d'autant mieux à se déployer que le patient sera en situation **d'assumer**, initialement ou secondairement, **sa demande** de soins, qu'il deviendra en quelque sorte co-opérateur du soin, et qu'il sera assuré, corollairement, de la totale **confidentialité** de sa démarche, en particulier pour ce qui concerne son contenu. Ces deux conditions justifient que, dans tous les cas, soit préservée la **liberté de choix et d'accès au thérapeute**.

PROPOSITIONS

1 - Le **Syndicat National des Psychiatres Privés** propose aux Tutelles concernées la mise en place d'**un groupe de travail** aux fins d'élaborer avec elles les conditions nécessaires à l'amélioration des soins psychiatriques ambulatoires, **qu'il s'agisse de la qualité et de la pertinence des prescriptions ou, au-delà, de la recherche des meilleures stratégies thérapeutiques possibles** dans la prise en charge de la souffrance psychique. Dans cette perspective et dès à présent, il est en mesure de formuler un certain nombre de suggestions au regard desquelles les psychiatres libéraux sont directement concernés dans leur exercice et/ou peuvent s'impliquer dans leur réalisation (étant entendu qu'ils ne peuvent intervenir dans un certain nombre de domaines du ressort directement réglementaire).

2 - Pour ce qui concerne les **prescriptions psychopharmacologiques** proprement dites, on rappellera que les psychiatres libéraux sont responsables de moins de 20 % de celles-ci alors qu'ils ont à gérer globalement des problématiques plus lourdes impliquant des soins à plus longue échéance – ce qui peut entraîner parfois des écarts justifiables par rapport aux RMO actuellement mises en place mais dont ils sont prêts à rendre compte devant des instances de contrôle compétentes. Il est largement admis qu'ils représentent des prescripteurs "critiques", moins perméables que le public médical général aux pressions du marketing. Ils ne font aucune objection à l'emploi des génériques quand ils existent. Ils sont de surcroît prêts à pratiquer la prescription en DCI ou DCF et la délivrance en quantités unitaires formellement précisées (dans la mesure où ces dernières modalités seront compatibles avec les exigences de contrôle des Caisses d'Assurance-maladie). Conscients du caractère apparemment redondant de beaucoup des molécules mises en circulation commerciale, ils attirent cependant l'attention sur l'intérêt qu'il y a à disposer d'une certaine diversité dans ce domaine, soit que les caractéristiques pharmacocinétiques de produits à effet voisin répondent à des indications différenciées, soit que la susceptibilité des répondeurs varie pour des raisons encore mal définies (mais qui peuvent tenir pour partie à des effets placebo, eux-mêmes de détermination complexe).

3 - Cela étant, les psychiatres libéraux s'accordent à reconnaître que la prescription psycho-pharmacologique ne constitue qu'un aspect de l'**acte de soins psychiatrique**, aspect souvent nécessaire mais nullement

caractéristique de l'acte en lui-même. **Celui-ci, à partir d'une clinique spécifique, met en œuvre une stratégie thérapeutique complexe et évolutive dont la composante relationnelle est fondamentale à tous les temps, qu'il mette en œuvre une psychothérapie réglée ou non**. L'efficacité de l'action thérapeutique dans ce cadre libéral repose notamment sur l'autonomie de la demande du patient **(liberté de choix et possibilité d'accès direct), la stricte confidentialité de l'échange, la souplesse de la conduite du traitement**. Il importe que ces caractéristiques soient expressément reconnues par les tutelles, que ce soit sous la forme d'une annexe au texte conventionnel ou de tout autre texte à valeur réglementaire.

4 - En contrepartie de quoi les psychiatres ne récusent pas toutes formes de "**transparence"** sur leur activité mais seulement celles qui porteraient atteinte précisément à la confidentialité et plus globalement à la qualité de la relation. Pour ce qui concerne leur activité, celle-ci est déjà codée depuis longtemps pour l'essentiel à travers l'utilisation d'une lettre-clé spécifique, le Cnpsy (qui devrait rapidement laisser place à un Cpsy afin d'opérer la nécessaire distinction entre actes psychiatriques et actes neurologiques dès que la qualification mixte de neuro-psychiatrie aura complètement disparu, vraisemblablement dans les 5 ans). Par contre, le codage des pathologies comme la transmission automatique des informations cliniques, sur le mode informatique ou non, leur paraissent incompatibles avec le principe de stricte confidentialité – ce qui n'exclut nullement l'échange de renseignements au cas par cas, dans un contexte défini et maîtrisé, pour permettre notamment à un contrôle médical compétent d'exercer sa mission. Dans ce dernier cadre par contre, ils récusent certains types d'enquête opérés à l'insu du thérapeute sur sa file active sur un mode plus ou moins policier et incompétent propre à compromettre parfois gravement la qualité indispensable et donc l'efficacité de la relation thérapeutique. D'autres modes de contrôle demeurent à imaginer, faisant notamment intervenir des praticiens de même compétence (tel le modèle des "médecins médiateurs" proposé par l'AME).

5 - Les psychiatres libéraux sont par ailleurs tout à fait disposés, sur la base du volontariat, à participer à un **travail épidémiologique**, que celui-ci opère sur les files actives (et il apporterait alors des renseignements autrement précieux, même si collectifs et anonymes, sur leur profil d'activité et le contrôle de sa qualité) – ou qu'il s'oriente vers l'identification des besoins de soins. Il conviendrait cependant qu'ils disposent pour cela de moyens structurels et financiers qui leur font défaut actuellement du fait même de leur mode d'exercice (paiement à l'acte). On pourrait envisager par exemple l'établissement de contrats collectifs type INSERM, sous l'égide d'une société savante comme l'AFPEP.

6 - L'hypothèse d'un **démembrement de l'acte psychiatrique** (à la faveur par exemple de la révision de la nomenclature) à la recherche d'une analyse et d'une évaluation plus fines des activités nous apparaît en réalité **particulièrement dangereuse** pour la nature de l'acte lui-même en ce qu'il accréditerait l'idée (qui conviendrait sans doute à certaines parties prenantes) qu'il puisse exister un acte purement prescriptif en dehors de toute relation psychothérapique – ce qui irait à l'encontre même de la conception de la démarche psychiatrique telle que nous la prônons (et que la défend également le rapport Zarifian à travers la notion de stratégie globale de soins) et entraînerait inexorablement l'aggravation des tendances actuellement déplorées.

7 - On pourrait imaginer évidemment à partir d'une évolution telle que ce démembrement une augmentation des cadences productives propre à pallier d'une part les saturations d'activité déjà observées dans certaines régions sous-équipées en psychiatres libéraux et d'autre par la réduction démographique de la spécialité déjà programmée et effective dès 2004. Les contraintes de temps comme éventuellement la pression économique pourraient de leur coté contribuer dans ce contexte à réduire l'acte psychiatrique au simplisme prescriptif. Peut-on considérer que ce soit là le but recherché ?

8 - La **durée de l'acte** constitue effectivement le corollaire de sa complexité et de ses exigences qualitatives. Considérant que pour l'essentiel la demande de soins dans le domaine de la souffrance psychique n'est pas compressible, le recul démographique prévu va donc inexorablement entraîner une dégradation de la nature des soins tout en excluant la moindre possibilité de régulation quantitative et qualitative des activités. Quant à la solution qui consisterait à renvoyer une partie des actes de soin psychiatriques vers des praticiens insuffisamment formés et disponibles, elle ne ferait qu'aggraver les carences actuellement dénoncées.

9 - Le SNPP souligne une fois de plus l'irrationalité d'une politique de réduction démographique de la spécialité alors que les besoins de soins de qualité ne sont pas tous satisfaits, notamment dans certaines régions sous-équipées Cela étant, compte tenu des délais d'inertie inévitables d'une inflexion différente de l'orientation démographique, le SNPP pourrait se montrer favorable à un système d'incitations (à déterminer) pour favoriser les installations dans ces régions sous-équipées – incitations plutôt que limitations autoritaires à l'installation, généralement mal acceptées et propres à susciter une surenchère dans la reprise des cabinets déjà implantés (avec derechef la tentation d'amortir les investissements par une suractivité…).

10 - Préoccupé par la qualité exigible de la formation des futurs psychiatres, le SNPP regrette l'abandon de la **filière spécifique de formation** alors que la discipline s'avère tout à fait originale dans ses exigences propres, clairement différenciées par rapport au modèle médical général. Cette filière spécifique fait d'ailleurs partie des propositions européennes (UEMS) et existe déjà pratiquement dans tous les autres pays d'Europe. Ces propositions retiennent également l'obligation d'être formé à au moins deux techniques psychothérapiques. On peut regretter enfin pour les raisons que nous avons énoncées plus haut que les conditions actuelles de formation cantonnent les internes aux seuls CHU alors que les CHS et l'activité de secteur proposent une expérience clinique différente, complémentaire et indispensable. Enfin, les psychiatres libéraux se déclarent prêts à participer à cette formation dans la mesure où les futurs psychiatres seront amenés s'ils s'orientent vers la pratique privée à se confronter avec un champ clinique et des méthodes de travail en bonne partie originaux.

11 - Reste enfin l'indispensable formation des médecins non psychiatres. S'ils n'ont pas vocation à intervenir au stade de la formation initiale, les psychiatres libéraux se proposent d'intervenir dans le cadre de la formation continue, considérant que le champ clinique original dont ils sont spécialistes est souvent celui-là même dans lequel risquent de se multiplier les interventions thérapeutiques non pertinentes aussi coûteuses économiquement que qualitativement à l'encontre de l'intérêt des patients.

Les raisons de l'excès de prescription de psychotropes selon le rapport Zarifian (1996)

Jean-Jacques Laboutière

Les résultats de la "Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France", publiés en mars 1996 et mieux connus sous le nom de "rapport Zarifian" ont fait et continuent de faire un certain bruit en dénonçant, a-t-on dit, l'excès des prescriptions de psychotropes en France.

Or, nous sommes frappés de constater que de cet énorme document de près de trois cents pages, extrêmement riche, foisonnant de remarques et de propositions souvent pertinentes, on ne ressort toujours que cette seule et unique idée : il y a trop de prescriptions de psychotropes. C'est pourquoi, sans résumer l'intégralité d'un texte trop riche pour le permettre, nous présentons ici les principales raisons invoquées par Édouard Zarifian pour expliquer cet écart de consommation avec nos voisins européens et surtout les principales conclusions qu'il en retire.

Les chiffres des consommations de psychotropes eux mêmes, sur lesquels se sont fondées tant de déclarations politiques depuis la publication de ce rapport, ne seront pas repris ici, non pas qu'ils ne présentent pas d'intérêt, mais Édouard Zarifian lui-même nous invite à ne pas trop en tenir compte. Il suffit de savoir qu'ils établissent de manière incontestable que la consommation de tranquillisants, d'hypnotiques et d'antidépresseurs est effectivement en France considérablement plus élevée que partout ailleurs en Europe.

Édouard Zarifian organise toute son analyse autour d'un constat fondamental : il existe en France une parfaite coïncidence entre le discours universitaire et les discours promotionnels de l'industrie pharmaceutique alors que, dans les pays voisins, le discours académique est généralement beaucoup plus riche, laissant bien plus de place à d'autres stratégies thérapeutiques que la prescription. Cette particularité a pour principale conséquence que la clinique académique, celle là même qui est actuellement enseignée aux étudiants, futurs généralistes ou futurs psychiatres, est totalement d'origine nord-américaine et ne peut, de ce fait, que conduire à la prescription puisque cette clinique a précisément été élaborée à des fins de recherches psychopharmacologiques, hors de toute réflexion psychopathologique.

C'est donc sous une triple responsabilité que Édouard Zarifian place le probable excès de prescriptions d'antidépresseurs et de benzodiazépines observé en France : d'abord celle des discours promotionnels de l'industrie pharmaceutique, puis celle des universitaires, qu'il dénonce non seulement comme défaillants à soutenir un autre discours mais encore comme étant trop soumis à cette industrie, enfin celle des pouvoirs publics, notamment l'Agence du Médicament, qui ne se donnent pas en France les moyens d'échapper à cette convergence de l'industrie et de la psychiatrie universitaire.

S'il juge de grande valeur le travail réalisé par l'ANDEM, il regrette par contre vivement la forme bien trop réductrice des RMO. Bien qu'il se déclare favorable aux durées de traitement les plus courtes possibles, il pense irréaliste certaines restrictions de durée des traitements qui ne prennent absolument pas en compte l'état actuel de centaines de milliers de patients consommateurs réguliers de ces médicaments depuis des années, et donc dépendants.

En fait, l'auteur fait preuve d'une certaine indulgence envers les prescripteurs. Dans le contexte très particulier de notre pays, il estime même que "non formé à la Faculté, uniquement informé ultérieurement par des sources contrôlées par l'industrie, sans références académiques objectives et indépendantes qui pourraient être contradictoires avec des messages promotionnels, soumis aux seules représentations de la promotion – directe ou indirecte –, pressé par la demande de sa clientèle, le médecin est un héros de savoir encore, parfois, résister à la tentation de prescrire systématiquement".[1]

Le rapport permet également de découvrir qu'il existe moins de données sur les prescriptions que l'on ne le pourrait croire. Les informations disponibles de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie concernent en effet essentiellement le respect des limitations de durée des prescriptions de tranquillisants et d'hypnotiques. Sur un sondage de 127 958 ordonnances réalisé en 1994, il apparaît que cette limitation de durée est respectée dans 78,5 % des cas.

Ces données mettent cependant en évidence que 83 % des prescriptions de benzodiazépines, 70 % des prescriptions d'antidépresseurs émanent de généralistes. Le reste ne serait pratiquement délivrés que par les psychiatres, neurologues et neuropsychiatres (qui ne sont pas distingués). Les autres spécialistes ne prescriraient pas pour plus de 1 à 2 %. Ces chiffres doivent cependant être nuancées du fait que seules sont repérables les prescriptions délivrées en officines, ce qui exclut la plus grande part des prescriptions réalisées dans le secteur hospitalier ou institutionnel.

Enfin, comme nous l'avons souvent exprimé nous-mêmes à l'AFPEP, répondre à la question de savoir s'il existe une éventuelle surconsommation de psychotropes supposerait préalablement de connaître les besoins sanitaires de la population. Or Édouard Zarifian reconnaît que si les résultats de nombreuses études sur les besoins de sanitaires de la population, émanant de diverses sources, lui ont été fournis à l'occasion de son rapport, il n'en retient aucune comme valable.

Toutes ces raisons ont pour conséquence que le traitement psychotrope s'affirme de plus en plus comme le seul traitement efficace en psychiatrie. "Tous les discours aujourd'hui en matière de traitement des troubles psychiques ont tendance à se développer comme si la prescription résumait les soins et comme si aussi bien dans le contexte de l'essai thérapeutique que du cabinet médical elle était à elle seule responsable des effets thérapeutiques constatés".[2] Édouard Zarifian insiste donc sur l'impérieuse nécessité de laisser place à

d’autres discours.

Ces discours existent : n’est-ce pas en substance ce qu’affirment inlassablement les psychiatres libéraux ? Ils existent aussi par ailleurs, et l’auteur cite à titre d’exemple un extrait des conclusions du rapport LEGRAIN sur l’usage des benzodiazépines en 1990, rapport pourtant commandité par le Syndicat National de l’Industrie Pharmaceutique. “Comme tout traitement pharmacologique d’un trouble psychique, un traitement à visée anxiolytique ou hypnotique ne peut être qu’un élément de la prise en charge. Il doit se dérouler dans le cadre d’une relation thérapeutique entre médecin et malade. […] La stratégie non médicamenteuse la plus importante et la plus accessible est certainement l’écoute et le soutien psychologique du médecin face à un malade anxieux ou insomniaque. Elle devrait être l’intervention initiale dans tous les cas, et, en l’absence de pathologie sous-jacente avérée, rester la seule dans un grand nombre d’états anxieux et d’insomnies liées à des situations de stress transitoires. Son efficacité a été bien démontrée, même dans les cas pour lesquels le médecin avait envisagé un traitement médicamenteux. Si un traitement médicamenteux s’avère nécessaire du fait d’une symptomatologie grave et invalidante, le soutien garde une grande importance dans le suivi du malade : il facilite la stratégie de traitement médicamenteux court, à posologie minimale et efficace. Une sensibilisation des médecins à l’importance thérapeutique de l’écoute et du soutien psychologique et la valorisation de cet aspect peut être un élément crucial pour l’utilisation plus restreinte des médicaments.”

On ne peut mieux dire, mais, de ce rapport, les pouvoirs publics n’ont gardé que la limitation des durées de prescription des anxiolytiques et des hypnotiques…

Au delà de la question d’un éventuel excès des prescriptions de psychotropes en France, c’est donc essentiellement la **pertinence** de ces prescriptions que le rapport Zarifian veut questionner. Il ne propose pas de réduire arbitrairement les prescriptions, comme cela a été annoncé de manière fracassante fin juillet dernier, mais recommande de veiller à ce qu’elles s’intègrent bien dans une **stratégie globale de soins** qui laisse à la dimension relationnelle toute la mesure qui doit être la sienne.

C’est essentiellement cet aspect du rapport, avec lequel nous ne pouvons qu’être d’accord, que nous avons retenus pour appuyer nos propositions aux pouvoirs publics car, encore une fois, et contrairement à ce que les annonces médiatiques en ont toujours laissé entendre, ce n’est pas tant un problème de **quantité** qui devrait être en cause mais bien un problème de fond sur l’**identité** de la psychiatrie.

Le rapport Zarifian constitue une condamnation sans appel de la psychiatrie nord-américaine et de ceux qui s’en inspirent en France. Or, étant donnée la faveur que ce rapport semble avoir eu en haut lieu, à en croire les références qui y sont faites de manière répétitive par nos dirigeants, il est important que nous soyons tous bien conscients qu’il défend une idée de la psychiatrie aux antipodes de ce modèle, et insiste sur un retour à la clinique telle que la conçoivent l’immense majorité des psychiatres libéraux.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE

NB : Une analyse plus complète de ce rapport est disponible sur demande au siège du Syndicat pour ceux que cela intéresserait.

Quelques chiffres statistiques pour l'année 1996 (extraits des carnets statistiques 1997 de la CNAMTS)

Effectif total

Au 31.12.96, psychiatres + neuropsychiatres : 6613, soit un taux de croissance de 0,4 % par rapport à 1995.

- Neuropsychiatres : 828 (- 7,9 %)
- Psychiatres : 5785 (+ 1,7 %)

Premières installations : 164 - Départs : 138

On relève ainsi, avec un solde de 26 installations supplémentaires un très net fléchissement par rapport à 1995 (+ 109)

Taux de féminisation :

- en 1985 28,2 %
- en 1996 34,4 %

Age moyen :

- neuropsychiatres 59,7 (52 en 1985)
- psychiatres 46 (40 en 1985)

soit un vieillissement sensible de l'âge moyen des praticiens.

Résultats du sondage sur les modes d'activité

Jean-Jacques Laboutière

Nous tenons à remercier tous ceux d’entre vous qui ont pris la peine de répondre au sondage que nous avons réalisé au cours du mois de juillet dernier. Près de la moitié de nos adhérents nous ont renvoyé leurs réponses, ce qui constitue donc un échantillon largement représentatif pour pouvoir en tirer des conclusions.

L’analyse des résultats montre tout d’abord la proportion considérable de psychiatres ayant un exercice mixte, qu’il s’agisse de pratique salariée en institution ou de pratique libérale en établissements de soins privés ou publics. Pas moins de 53 % de nos adhérents ont une pratique mixte (à rapprocher avec les chiffres de l’ensemble de la profession : 52 %). La mixité des pratiques est donc particulièrement présente en psychiatrie puisque, toujours d’après les données officielles, il ne serait que de 40 % dans les autres spécialités médicales.

Parmi les praticiens d’exercice exclusif, la pratique de cabinet est très largement majoritaire avec 94 % des adhérents. Seuls 2 % des adhérents exercent de manière exclusive en établissement de soins privés et 4 % comme salariés en institution. Ces résultats sont conformes à ce que l’on pouvait intuitivement attendre : il est en effet exceptionnel que ces deux derniers modes d’exercice soient pratiqués de manière exclusive.

Ce sondage nous a également permis de déterminer des profils moyens d’activité et nous informe de ce qui pourrait être considéré comme un «plein-temps» dans les différents modes d’exercice : il serait d’environ 9 demi-journées par semaine. (Minimum : 6, maximum : 13).

Ce dernier chiffre, qui paraît singulièrement bas pour un exercice exclusif, demanderait à être mieux expliqué : s’agit-il d’une volonté délibérée des confrères de limiter leur temps de travail ou bien les psychiatres rencontrent-ils de plus en plus de difficulté à trouver un emploi en institution ?

En ce qui concerne la pratique de cabinet, la notion de demi-journée est évidemment beaucoup plus élastique que dans une institution rythmée par des horaires mieux définis. Si l’on admet qu’une demi-journée correspond à quatre heures de travail, la moyenne observée de 9 demi-journées par semaine laisse penser que le «plein-temps moyen» en cabinet de nos adhérents serait de 70 à 75 actes par semaine (sur la base d’une durée moyenne d’une demi-heure par consultation). Ce chiffre doit cependant être pris avec prudence car beaucoup d’entre nous travaillent plutôt sur un rythme de trois quart d’heures par consultation, voire une heure pour les premières consultations.

Toutes ces données, qui méritent d’être encore affinées, nous seront précieuses pour défendre notre exercice. Merci encore à tous d’avoir été si nombreux à répondre.

Jean-Jacques Laboutière

Vie régionale

LANGUEDOC-ROUSSILLON

DRAFPEP-LR

L’année 1998 ressemble à une «veillée d’armes» après l’annulation des conventions et à la veille des nouvelles négociations conventionnelles.

Toutefois en mai dernier, à notre appel, les psychiatres du Languedoc-Roussillon ont réagi massivement dans le **contentieux** opposant une consœur montpelliéraine à la CPAM de Montpellier au motif que ses prescriptions s’écartaient parfois de son exercice exclusif.

Face à cette **logique de «transparence»** simpliste où «prescription» qualifierait «acte spécifique de spécialité», la profession s’inquiète des manœuvres inquisitoriales qui tendraient à enfermer la pratique libérale de la psychiatrie dans un ghetto chimiothérapique exclusivement constitué de psychotropes (sous contrôle RMO !) et soutient le principe de la spécificité de l’acte psychiatrique en cabinet.

Dans ce contexte un **Bureau décentralisé du S.N.P.P.** s'est tenu à Montpellier où il y a été également question des applications du «C» de surveillance et de la permanence des soins en cliniques privées. Par ailleurs le Bureau s'est intéressé à l'expérience originale susceptible d'être mise en application dans notre région à l'initiative de l'AME.

C'est pour débattre de l'ensemble de ces points dans l'intervalle de temps qui sépare l'Assemblée Générale Extraordinaire du 6 septembre 1998 de l'Assemblée Générale Ordinaire du 18 octobre (aux Journées de Beaune sur le thème «La consultation») que la **DRAFPEP-LR** vous convie à une réunion importante mardi **6 octobre 1998** à 20 h 30 à la Maison des Professions Libérales de Montpellier.

Paul LACAZE - Jean-Jacques XAMBO
Délégués Régionaux

PROVENCE ALPES CÔTE-d'AZUR

Inquiets de l'évolution du contexte conventionnel, les psychiatres libéraux de Marseille ont décidé de se regrouper. A l'initiative du Docteur Linda SARFATI, une réunion d'information s'est tenue le 17 septembre pour annoncer la création d'une association régionale : «Association des Psychiatres des Bouches-du-Rhône» en vue de permettre aux psychiatres marseillais de se rencontrer régulièrement pour réfléchir ensemble à leur pratique et aux moyens de la défendre.

Les confrères du département du Vaucluse, qui ont pris une initiative semblable l'an passé, étaient venus pour témoigner de leur propre expérience.

Le S.N.P.P. ne peut que se féliciter de cette initiative et encourage les confrères marseillais à s'y joindre.

Jean-Jacques Laboutière