

Bulletin national santé mentale et précarité

La médecine générale à corps et à cris

édito

Bernard ELGHOZI
Jean FURTOS

Voilà un numéro qui traite de pratiques ordinaires de premier recours, celles des médecins généralistes exerçant auprès des personnes et familles en situation de précarité.

On doit historiquement reconnaître à la poignée de médecins généralistes qui, en 1974, a fondé le Syndicat de la Médecine Générale, le mérite d'avoir défendu et développé une médecine de qualité auprès des publics vulnérables. Dix ans plus tard, ils créeront les premiers réseaux de santé.

On lira des pratiques nouvelles... depuis 30 ans, comme le modèle institutionnel du Centre de Santé de Grenoble, exemplaire notamment dans son financement à 40 % par les collectivités territoriales. On y trouvera le développement d'actions de prévention et de recherche trop rarement articulées avec les pratiques thérapeutiques.

On y lira un aperçu sur la politique de santé publique menée en Grande-Bretagne, à propos de laquelle des représentations tenaces et une désinformation évidente méritent d'être étudiées de plus près.

On lira l'engagement souvent difficile du médecin libéral avec les plus fragiles de ses concitoyens : comment prendre le temps nécessaire avec des personnes présentant « un retard et un renoncement aux soins » si l'on travaille seul et vite ?

Rapprochement non exceptionnel, des généralistes et des psychiatres rappellent leur volonté d'un travail commun et sa difficulté. Ils plaident pour la mise en œuvre du paradigme bio-psycho-social, celui-là même que les psychiatres de secteur ont toujours cru spécifique de leur pratique, mais qui gagnerait à devenir une référence pluri-disciplinaire !

L'actuelle orientation du système de santé a choisi une logique de production et d'économie de santé : convention médicale de janvier 2005, suppression du Tiers Payant associé à la non reconduction de « l'option médecin référent », non reconnaissance du DES de médecine générale...

Le risque est immense de décourager les jeunes générations à s'engager dans une voie où l'épuisement professionnel des médecins généralistes est maintenant avéré.

Pourquoi est-il si difficile de questionner les limites de la logique libérale dans le système de santé français et ses modes actuels de rémunération ? Pourquoi refuser de reconnaître et de légitimer des pratiques performantes qui existent déjà, mais qui ne correspondent pas aux grilles de lecture existantes ?



Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

DOSSIER

Position d'un maire sur la place de la médecine générale dans les villes de banlieue <i>Maurice CHARRIER</i>	p. 2	Représentation du trouble psychique par les médecins généralistes du Nord-Pas de Calais <i>L. DEMAILLY, I. SOLOCH</i>	p. 10-12
La médecine générale face à la souffrance sociale <i>Albert FHIMA</i>	p. 3	Interview d'un médecin généraliste et d'un psychiatre <i>Bernard ELGHOZI, Alain MERCUEL</i>	p. 13-14
Quitter la chimie nécessite un changement dans la pensée <i>Bertrand RIFF</i>	p. 4	Le secteur psychiatrique, un partenaire du réseau de santé <i>Laurent DEFROMONT, Olivier VERRIEST</i>	p. 15
Médecine générale et précarité sociale : les Centres de santé à Grenoble <i>M. NOYARET, M. LAURE, D. LAGABRIELLE, A. CRUAUD</i>	p. 5-6	Le sujet schizophrène n'a-t-il pas aussi un corps ? <i>Pascal TRIBOULET</i>	p. 16
Carnet de bord d'une maison médicale en Ecosse <i>Susan HENNESSY</i>	p. 7-8	L'ambition holistique de la médecine générale <i>Claude ATTALI, Vincent RENARD, Michel MÉDIONI</i>	p. 17
Paroles d'un médecin de banlieue <i>Philippe FOUCRAS</i>	p. 8	RUBRIQUE : LA PAROLE EST À VOUS	
Retour au serment d'Hippocrate <i>Georges Yoram FEDERMANN</i>	p. 9	Travail social : psychologisation des pratiques ou nouvelle figure de l'individu ? <i>Jacques ION</i>	p. 18-19
		Quelle gouvernance ? <i>Jean-Maurice LASSERRE</i>	p. 19
		ACTUALITES	p. 20

Position d'un maire sur la médecine générale dans les villes de banlieue

Maurice CHARRIER

Maire de Vaulx-en-Velin,
Vice-président
du Conseil national des
villes et du développement
social urbain
(depuis février 2006).

Etre à l'écoute des gens, des populations est sans doute la capacité qui manque le plus à nos dirigeants actuels qui font et défont des lois sans être au cœur des véritables préoccupations de leurs concitoyens et n'ont pas peur de mettre à mal les acquis obtenus après la Libération en matière de santé.

En tant que maire d'une ville de banlieue dont une grande partie de la population est victime du chômage, de la précarité, des discriminations, et des dysfonctionnements d'une société basée non pas sur la solidarité mais sur la recherche de profits, je m'efforce de rester le plus près possible du terrain, à travers l'organisation de visites de quartiers, d'assemblées d'habitants, de débats, de rencontres avec la population.



Mais être à l'écoute ne suffit pas, il faut aussi pouvoir rendre compte des difficultés auxquelles les gens sont confrontés pour les aider à mettre des mots sur les maux dont ils souffrent.

C'est pourquoi, dans nos villes de banlieue où les carences de l'Etat se font le plus sentir, où les souffrances sont telles qu'elles mettent en péril non seulement des individus, des familles entières, mais aussi des collectifs d'individus, il doit être institué une véritable politique de la ville. Dans ces villes où le taux de chômage est plus élevé que celui de la moyenne nationale, où l'illettrisme prive les populations du moyen de s'informer, d'oser exprimer leurs besoins, parfois leur détresse, il est évident que les souffrances s'installent insidieusement.

Or c'est justement dans ces zones d'habitations que nous constatons des déséquilibres en matière de soins.

A Vaulx-en-Velin par exemple, nous avons réalisé un diagnostic santé qui confirme les disparités entre les communes de l'agglomération lyonnaise.

Il apparaît que plus les populations sont en difficultés sur le plan économique et sont issues des milieux populaires, moins elles se rendent chez les médecins.

La santé des adultes est reléguée au second plan. Les parents, lorsqu'ils sont présents et en capacité de suivre leurs enfants, sont obligés de faire des choix financiers et donnent priorité à la santé et la scolarité de leurs enfants.

Dans certains cas, les parents sont tellement « dépassés » par les difficultés et les comportements de leurs enfants qu'ils baissent les bras ou recourent à la violence ; celle-ci devient pour eux le seul « remède » aux déviances comportementales de leur progéniture.

Et paradoxalement, c'est dans les zones de populations où les besoins sont plus accrus que les carences en matière de soins, notamment de services de santé de proximité, sont les plus grandes.

Avec la mise en place du médecin traitant qui conditionne les remboursements des frais de santé, le gouvernement a imposé au généraliste de nouvelles conditions d'exercice qui ont un impact sur son rôle et la place qu'il occupe désormais auprès de son patient mais aussi de ses confrères spécialistes.

Certes, lorsque le contexte familial est favorable, le généraliste en tant que médecin de famille peut être celui qui saura le mieux gagner la confiance de ses malades et les orienter vers des confrères compétents dans les domaines qui ne sont plus de son ressort pour des pathologies lourdes.

Mais malheureusement, nous avons déjà constaté dans nos banlieues que le nombre de spécialistes est en deçà des besoins ;

et nous assistons maintenant à une désertion du terrain de la part des généralistes. Il est urgent de prendre des mesures concrètes pour soulager les maux dont souffrent nos populations déjà frappées par les inégalités sociales.

J'ai réfléchi à un certain nombre de propositions pour permettre un rééquilibrage des services offerts à nos concitoyens en matière de soins de proximité.

Il me paraît nécessaire d'instaurer des quotas de médecins généralistes et spécialistes afin de lutter contre les « déserts sanitaires » ou bien, autre alternative, d'instaurer une tarification différente, par une prise en charge par l'assurance maladie, des honoraires des médecins installés dans les quartiers classés en politique de la ville.

Il faut créer des centres de santé et des dispensaires avec des services de prévention, d'information, de dépistages, de vaccinations obligatoires, des gardes de nuits et de week-end. Il faut aussi favoriser la création de lieux d'écoute face aux souffrances psychologiques, créer un poste d'infirmier dans chaque collège et lycée, un service de santé scolaire permettant au minimum une visite médicale par an pour chaque élève et assurant la relation avec les familles et les autres partenaires santé de la commune.

Il faut faciliter l'accès aux soins grâce à la CMU, la couverture par les mutuelles, la proximité des services, l'éducation à la santé.

Il s'agit de réformer le système actuel de santé pour rendre à chaque individu l'envie de prendre soin de soi et des siens. Il est temps de remédier aux conséquences désastreuses d'une politique politicienne autiste plus apte à concourir à l'enfermement des privilèges qu'à s'efforcer de rendre sa dignité à chaque citoyen. ■

Le médecin généraliste face à la souffrance sociale

Albert FHIMA,
Médecin généraliste,
Lyon.

Aborder la situation du médecin généraliste, c'est aussi aborder celle du citoyen face à la détresse sociale, la dégradation économique pouvant en constituer l'une des causes objectives. Pour le généraliste que je suis, il apparaît évident qu'aujourd'hui, devant cette souffrance sociale, il est nécessaire de porter un diagnostic. Une grande partie de la population présente une souffrance psychique non pathologique mais qui peut aller jusqu'à la pathologie mentale effective; dans cette conjoncture, la collectivité ne remplit pas pleinement ses missions d'aide, d'assistance et de prise en charge nécessaires et indispensables à toute personne malade.

La banalisation de ces situations et l'extrême vulnérabilité de ces personnes constituent des indicateurs déterminants de la souffrance sociale.

Il convient à ce titre de rappeler à chaque professionnel de santé, et à l'ensemble de la population citoyenne, qu'il est du devoir de cette collectivité :

- de ne pas accepter aujourd'hui de laisser pour compte ces populations fragilisées et malades, qui ne peuvent subvenir à leurs besoins,
- de remettre à niveau les établissements médico-sociaux qui avaient en partie la mission de prendre en charge ces populations.

La mission de soin du médecin généraliste est aujourd'hui fortement remise en cause, et ce depuis de nombreuses années, par ces déterminants psychosociaux qui pèsent sur l'état de santé des personnes malades. Outre l'aspect de la demande directe que se réserve le colloque singulier, il apparaît nécessaire et indispensable que le généraliste se voit attribuer des missions collectives, tant dans le domaine de la prévention que dans l'éducation à la santé.

Depuis près d'une vingtaine d'années, des professionnels, dont des médecins généralistes,



ont *entendu* ces préoccupations et les ont prises en compte, ce qui a fortement contribué à la mise en place d'un nouveau concept, le « Réseau de Santé », pour répondre à ces situations complexes. Les caractéristiques de ces réseaux de santé se singularisent par un décloisonnement médico-psycho-social, par une prise en charge globale des personnes malades, et par la mise en cohérence des actions sanitaires et sociales.

L'outil « Réseau de Santé » peut être une réponse adaptée, mais là encore, il ne saurait engager l'ensemble de la profession et, à ce titre, il reste aujourd'hui encore marginalisé dans sa pratique au sein des populations professionnelles.

Dans cette perspective, il convient :

- de prendre en compte la réalité de ces pratiques en se donnant les moyens effectifs de leur développement afin de toucher l'ensemble des professionnels dans leur formation initiale et continue, et en définissant les cadres et les missions choisies dans l'intérêt collectif,

- de définir des actions territoriales de santé qui affirment la nécessité d'une prise en charge de ces populations fragilisées et qui délimitent les niveaux de responsabilité des acteurs sanitaires et sociaux,

- et d'inclure dans la réalité des pratiques professionnelles le logement, l'accès au travail, les modes de réalisation individuelles et collectives, comme facteurs déterminants de santé.

Cette cohérence et cette synergie des actions se doit d'être organisée autant dans les pratiques professionnelles que dans les objectifs, avec des

déclinaisons territoriales de proximité qui sont des maillons indispensables à la prise en charge des personnes, en tenant compte de leur environnement et de leur capacité à intégrer ces processus de prise en charge.

Dans ces conditions, il apparaît essentiel que le rôle du médecin généraliste puisse évoluer dans ses missions et dans sa formation afin d'être en adéquation avec ces demandes autant individuelles que collectives.

Le paiement à l'acte, actuellement le seul mode de fonctionnement des médecins généralistes, ne répond en aucune façon à la nécessité de ses missions et à leur développement.

Les modes d'attribution des financements publics devront accompagner ces changements. Il n'en demeure pas moins que des actions militantes sont présentes et qu'elles sont de véritables leviers d'espoir sur lesquels nos décideurs politiques se doivent de réfléchir pour impulser de nouvelles dynamiques dans un système en constante évolution, où il faut accepter que les bouleversements psychosociaux ont des impacts économiques majeurs. ■

Quitter la chimie nécessite un changement dans la pensée

Bertrand RIFF

*Médecin généraliste,
Lille.*

La médecine générale c'est quoi ?

On me dit souvent, « vous n'êtes que généraliste » ; depuis peu, on me demande si je veux être médecin traitant, mais traitant de quoi ?

Probablement de la complexité d'être médecin, et non technicien.

Un technicien est centré sur une partie du corps : le corps psychique, le corps social ou le corps biologique.

Le médecin est interpellé par les trois corps ainsi que par les interrelations entre ces corps. Médecin de quartier, de campagne, de famille, médecin de premier recours. Au fait, c'est qui ton médecin ? La médecine générale est encore une médecine de l'oralité, pas de livre de médecine générale, essentiellement une transmission de savoir oral, dans la tradition populaire. Nous sommes des artisans un peu commerçants.

La toxicomanie c'est quoi ?

Vision de généraliste : terme ancien désignant un usager de substance psycho active interdite, utilisé aussi bien par les usagers (je suis toxicomane) que par la médecine (intervenant spécialisé en toxicomanie) ou la justice (le toxicomane est un délinquant).

Terme qui veut tout dire et rien dire, mais qui veut surtout faire peur.

Il s'agit d'hommes et de femmes porteurs un jour d'un « va mal » d'origine sociale et/ou psychique et/ou somatique et qui ont rencontré ces substances psychoactives (héroïne, alcool, cannabis), s'en sont bien sentis et ont continué à les prendre. C'est donc un adepte de l'auto phytothérapie de la rue. Mais il s'agit de soin sans parole, il s'agit de panser les plaies sans les penser. Il va découvrir au fur et à mesure deux effets secondaires de cette auto phytothérapie, la dépendance et le retrait du monde des vivants. Voilà une définition de médecine générale, faute de

mieux, qui permet de conceptualiser le soin en médecine générale.

La médecine générale a surtout rencontré des patients en difficulté avec les chimies de l'apaisement, opiacés, cannabis, alcool, nicotine. Je parlerai surtout de cette expérience.

Les bases de l'accompagnement en médecine générale

Accompagner un mort-vivant vers le monde des vivants nous oblige à travailler la question du désir, non plus de façon freudienne, mon désir c'est mon manque, mais à la mode de Deleuze, s'autoriser à avoir envie pour être en vie. La médecine générale est régulièrement confrontée à ce questionnement, la perte du désir dans la dépression, la non autorisation à désirer dans la vieillesse, où l'illusion qu'avec la retraite viendrait le désir. Pour ces patients le besoin s'est substitué au désir.

Quitter la chimie qui est tout, nécessite de changer la vie et cela prend du temps, beaucoup de temps. Le médecin généraliste est habitué à travailler sur du long terme. Trop souvent il se met en résonance avec le patient et pense qu'en 2 temps 3 mouvements le problème sera réglé. Pourtant l'une des spécificités de la médecine générale, c'est un accompagnement dans le temps.

Les patients souvent lucides imaginent une petite vie, un petit travail, une petite maison, un petit stage, une petite amie. Les médecins souvent mégalomanes ont pour leur patient de grandes ambitions. Changer la vie c'est passer d'une non vie à une petite vie.

Quitter la chimie nécessite un changement dans la pensée, passer de « je prends un produit qui me drogue » à « je prends un médicament qui me soigne ». La difficulté vient de ce que produit et médicament sont la même molécule. Aider le patient à ce changement de paradigme est une des missions du médecin généraliste. Cela n'est pas simple

car nombre de confrères, de familles, de patients pensent qu'un opiacé ne pourrait avoir plusieurs fonctions (drogue, médicament antalgique, tranquillisant,...). Tant que les médecins pensent que l'objectif du traitement c'est de vivre sans traitement, ils ne prescriront que des produits.

La question du pourquoi et du comment arrivera le jour où le patient nous dira « vous ne pensez pas qu'il faudrait que je parle de tout ça » cela nécessite un ailleurs. Ailleurs qui doit être là en permanence : ne pas travailler seul, appartenir à une communauté de soignants coconstruite et covalidée avec le patient.

Accompagner le désordre

On aime à penser que les patients « chimie nécessitant » sont dans le désordre, traitement mal pris, envie de vivre incertaine, demain improbable, psychopathologie certaine, logement précaire, ressources au jour le jour. Comme pour toutes pathologies chroniques, les études épidémiologiques montrent que seuls 40 % de ces patients sont dans le désordre. Ils nécessitent alors un accompagnement multiple et donc des pratiques de réseau.

Les pratiques de réseau, c'est ce qui permet de passer du multipartenarial au transpartenarial ! C'est ce qui permet de mettre de la démocratie dans l'accompagnement quand les problématiques sont telles que les réponses a priori en manquent cruellement.

Mais alors, que sont ces pratiques de réseau ? C'est l'acceptation de la multiplicité des concepts et de la nécessité de débat entre ces conceptualisations ; c'est l'acceptation de la multiplicité des langages, un médecin généraliste ne parle pas comme un psy qui ne parle pas comme un éducateur... et donc la nécessité, soit de médiateur, soit de langage commun, entre ces professions. ■

Médecine générale et précarité : les Centres de Santé à Grenoble

Marc NOYARET,
Directeur général.

**Marie Laure
CHANTALOU,**
Médecin généraliste.

**Dominique
LAGABRIELLE,**
Médecin généraliste,
Membre du Bureau de
la CME.

Anna CRUAUD,
Coordinatrice de la
Prévention.

L'Association Gestionnaire des Centres de Santé de Grenoble (Agecsa), a pour objet la gestion et le développement de centres de santé implantés sur les quartiers de la ville de Grenoble. Elle s'attache à réunir et à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour permettre au personnel médical et paramédical de dispenser des soins de qualité dans le cadre d'un travail d'équipe pluridisciplinaire et en réseau. Quatre de ses cinq Centres de Santé sont établis en zones urbaines sensibles, quartiers reconnus « difficiles » sur le plan de l'accès aux soins, de la prise en charge des malades et de leur accompagnement.

L'ACCÈS AUX SOINS

La prise en charge et l'accompagnement de personnes en situation de précarité et d'insertion sont des objectifs partagés pour la Métro¹, l'État, la Ville de Grenoble, le Conseil Général de l'Isère et le projet d'entreprise de l'Agecsa. Plus de 21 000 patients sont suivis au sein des 5 centres, pour une population avoisinant les 30 000 habitants. Les professionnels de l'Agecsa sont au service d'un public composé à 40 % de patients en situation de précarité financière et socio-familiale, soit environ 8 000 patients. L'association dispose d'une cellule administrative et de direction (9 salariés) et déploie 25 médecins généralistes, 5 spécialistes, 15 infirmières D.E., 4 kinésithérapeutes, 1 psychologue, 1 diététicienne et 3 orthophonistes qui exercent leur activité de soins, assistés de 18 secrétaires d'accueil médico-social.

Les centres sont de taille variable et proposent une offre de soins différente selon la demande existant sur leur quartier d'implantation.

UNE RÉPONSE LOCALE VOLONTARISTE FACE À L'INSUFFISANCE DE L'OFFRE DE SOINS

Les Centres de Santé sont une réponse à l'absence ou à l'insuffisance d'offre de soins sur les quartiers populaires, liées aux particularités peu attrayantes de la patientèle : les médecins ne parviennent à réaliser au mieux que trois consultations par heure. Ces territoires sont donc peu attractifs pour les professionnels libéraux. Cette difficulté structurelle est renforcée par un financement (les actes de soins qu'ils produisent, financés sur la base de la nomenclature de l'Assurance Maladie) inadapté au salariat et à une durée du temps de travail fort éloignée de celle des médecins libéraux.

Exercice après exercice, il revient par conséquent aux collectivités publiques (principalement la Ville de Grenoble et le Conseil Général de l'Isère, subsidiairement la CPAM, l'Agglomération et l'État) d'apporter un soutien financier pour maintenir une offre de soins sur ces quartiers².

Sur fond de crise des finances publiques, et dans un but d'explicitation de leurs missions, il a paru pertinent aux professionnels des Centres d'étudier de plus près les particularités de leur patientèle, l'incidence de la précarité sur la santé et en quoi était rendue plus complexe sa prise en charge médicale.

LA PRÉVENTION AU CŒUR DU SOIN

Deux compétences professionnelles de type relationnel, améliorant l'accès aux soins apparaissent alors : la qualité de l'accueil et la compréhension par les professionnels de l'effet des ruptures de vie dans l'usage du système de soins.

• Zoom sur une étude du projet précarité de l'Agecsa

En 2004, les travaux sur les besoins des patients vivant dans



une relative vulnérabilité médico-psycho-sociale se sont focalisés sur la compréhension des retards et des renoncements aux soins. Il s'agissait de mieux comprendre ce phénomène de décrochage. L'usage moins efficace de l'offre de soin par ce type de public étant alors mieux compris, il s'agissait d'identifier, dans ce qui revient aux professionnels, les pistes d'adaptation de nos manières de faire et nos compétences professionnelles spécifiques à cette particularité du public rencontré. A partir du bilan de l'existant dans ce domaine nous élaborons une stratégie d'amélioration de nos compétences pour les travaux ultérieurs à travers deux études.

- **Première étude : les déterminants du retard et du renoncement aux soins selon les professionnels.** Deux groupes focaux de discussion réunissant médecins et secrétaires d'accueil sur le thème du renoncement et du retard aux soins ont été organisés³.

Cette première expérience de formation partagée entre médecins et secrétaires a permis de prendre conscience qu'au delà des procédures, c'est bien la qualité de l'accueil dans sa dimension personnalisée et dans le respect de sa dignité qui constitue le meilleur atout pour réduire les conséquences pour la santé des retards et des

¹ Communauté d'agglomération de Grenoble.

² NDLR : les paiements à l'acte représentent environ 60 % du budget.

³ En partenariat avec l'Observatoire du Non recours aux services publics (ODENORE), organisme de recherche en Sciences politiques rattaché au CERAT.

Médecine générale et précarité : les Centres de santé à Grenoble (suite)

renoncements aux soins. Il convient cependant d'être vigilant pour ne pas interpréter trop rapidement le retard et le renoncement aux soins comme un choix de la personne de ne pas se soigner.

- Deuxième étude : les moyens mis en œuvre par les professionnels pour s'adapter au retard et au renoncement aux soins.

Une enquête semi-directive auprès des médecins concernant 152 situations de retard et renoncement aux soins issues de l'échantillon de file active 2003 a été réalisée. Les facteurs psycho-cognitifs (déli de la pathologie, anxiété et difficulté à comprendre la maladie) en sont les premiers déterminants. L'adaptation du professionnel à cette réalité consiste d'abord à augmenter sa disponibilité. Plus largement, mesurer l'impact des compétences médicales sur l'état de santé de ces populations pourrait être utile, mais cela relève avant tout du champ scientifique, qui ne correspond pas aux compétences reconnues d'une structure créée pour dispenser des soins.

• Zoom sur le projet santé mentale de l'Agecsa

La précarité des habitants sus-citée se conjugue avec certaines spécificités (personnes d'origine étrangère, montée des communautarismes) et avec une diminution des moyens des CMP. Le clivage entre la pathologie psychiatrique et la souffrance psychique s'estompe, nécessitant un travail global dans lequel le soin et la prévention sont étroitement intriqués.

Parallèlement les médecins généralistes des Centres de Santé sont amenés à prendre en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques de plus en plus graves et des situations d'urgence (nécessitant des hospitalisations à la demande d'un tiers et, plus rarement, des hospitalisations d'office ou un maintien à domicile en l'absence de place dans les diverses structures d'hospitalisation psychiatrique).

Ces évolutions nécessitent d'améliorer les compétences, de cerner les limites des soignants, de reconnaître les spécificités de l'accueil et de l'accompagnement médico-social de patients souffrant de troubles psychiatriques et de soutenir les professionnels. Cette mission, intriquant soins et prévention, est coordonnée par la commission «santé mentale» représentant chacun des 5 Centres de Santé, animée par la psychiatre de l'Agecsa, en lien avec la psychologue :

- Participation à la conception et au déroulement d'un diagnostic de santé mentale communautaire sur le quartier de la Villeneuve (initié par la Ville de Grenoble) et débouchant sur la mise en place d'actions préventives.

- Constitution d'un partenariat permanent entre les professionnels des Centres de Santé et l'équipe du secteur 38 G 01 rattaché au CHS de Saint-Egrève avec analyse de situations et définitions de conduite à tenir ; mise en place, au sein de l'Agecsa, de concertations sur des cas individuels (psychiatre, psychologue, médecins, infirmières,...)

- En faveur de la petite enfance, approfondissement des analyses de situation familiale en partenariat avec les institutions spécialisées (CMPP, GAPP, CMP, CLIS, IME, ASE)³ ou ponctuellement à la demande de groupes, d'associations, des PEI⁴.

- Participation des médecins de l'Agecsa à différentes structures de quartier (crèches, lieux de parentalité, PMI,...) afin d'améliorer la connaissance des situations, d'améliorer le dépistage, de permettre une prise en charge globale en lien avec les partenaires médico-sociaux.

- Prise en charge thérapeutique par la psychologue après concertation avec les soignants, de patients dont la situation de précarité ne leur permet pas d'accéder à une prise en charge psychologique libérale.

- Mise en place de formations spécifiques à destination des professionnels des Centres de Santé (la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées isolées, l'accueil de patients en souffrance psychique et/ou malades psychiatriques à destination des secrétaires).

L'ouverture globale des Centres de Santé sur l'évolution sociétale de la souffrance psychique permet de poursuivre ces réflexions (intrication et interrelation soins/hors soins en matière de santé mentale, progression de la souffrance psychique, diminution du clivage entre pathologie psychiatrique et souffrance psychique, conformation des soignants de l'Agecsa comme substituts des secteurs psychiatriques en perte de moyens, possibilités thérapeutiques actuelles, lien avec les partenaires institutionnels) pour s'adapter aux besoins des patients et mieux orienter les actions de prévention inter-institutionnelle. ■

³ CMPP : centre médico psycho pédagogique
GAPP : groupe d'aide psycho pédagogique
CMP : centre médico - psychologique
CLIS : classes d'intégration scolaire
IME : instituts médicaux éducatifs
ASE : aide sociale à l'enfance

⁴ PEI : projet éducatif individualisé



Carnet de bord dans une maison médicale en Ecosse

Susan HENNESSY
Médecin généraliste,
Lille.

L'institution : le National Health Service (NHS)

J'ai passé un an en Ecosse comme « registrar », équivalent d'un stage chez le praticien en France. Il s'agissait d'un poste salarié avec un maître de stage : 3 jours et demi de travail par semaine (1/2 journée de cours et topos avec le médecin, 1/2 journée de travail seule sur des projets, présentation etc., et 1/2 journée d'atelier avec d'autres « registrars »).

Un examen écrit terminait l'année avec un audit et 12 consultations filmées pour évaluer nos compétences. Les médecins là-bas gagnent, en travaillant 40 h par semaine, au moins 50 % de plus que les généralistes français.

Le cabinet

- 4000 patients sur la liste.
- 4 médecins permanents et un autre à temps partiel. Pas de remplaçants, sauf pour des congés prolongés (maternité etc.) ; un tour de rôle est assuré pour les vacances.
- 2 infirmières à temps plein
- 4 secrétaires
- 1 « practice manager » : personne qui gère tout ce qui est administratif ; elle est présente dans les réunions, et assure le lien entre les personnels et les médecins.
- 2 sites (un deuxième cabinet proche, surtout pour les personnes âgées à mobilité réduite).
- 1 petite pharmacie sur place, un café (géré par des bénévoles), et une salle de conférence.

La structure elle-même peut énormément varier. Notre cabinet était rural, adapté aux besoins locaux et régionaux.

Depuis assez peu de temps, la permanence des soins la nuit est partagée avec les cabinets voisins. Le médecin peut être de garde une fois par mois ; c'est un choix qui donne un supplément de salaire. A côté, il y avait une équipe d'infirmières de ville qui travaillent parallèlement en

utilisant nos lieux de travail comme base.

Un petit hôpital local où des généralistes, des chirurgiens généraux, et des spécialistes consultent une ou deux fois par semaine. Un service psychiatrique dans un hôpital à proximité, mais avec une équipe ambulatoire.

1 ou 2 psys avec 3 infirmiers en psy consultent dans les 2 hôpitaux et visitent les cabinets pour des réunions multidisciplinaires sur les patients « difficiles ».

Les cas compliqués sont envoyés au centre spécialisé le plus proche. Dans notre cas, c'était Glasgow, à 2 heures de route ; les AVC¹ graves ou problèmes de maternité graves sont adressés par hélicoptère.

Le quotidien

2 séances de consultations par jour, et 10 minutes par patient.

Les dossiers sont informatisés mais le dossier papier existe (souvent c'est uniquement informatisé ailleurs). La plupart des patients sont reçus le jour même et au pire le lendemain, pratiquement toujours avec le médecin demandé. S'il n'y a plus de possibilité de rendez-vous, on donne un rendez-vous « d'urgence » de 5 minutes et on leur fait comprendre que la consultation va être brève.

Un tour de rôles est assuré entre les consultations pour les visites à domicile.

Nous avons plusieurs maisons de retraite y compris des maisons médicalisées.

Nos médecins étaient « les médecins » de ces maisons.

Les visites étaient regroupées et fonctionnaient comme à l'hôpital avec un tour des services.

Les dossiers papiers étaient utiles dans ces cas-là.

Le National Health Service

Un système public de médecine gratuite

Créé en 1948, le NHS offre une couverture universelle et gratuite pour tous.

L'accès aux médecins spécialistes du service public est conditionné par une visite chez le médecin généraliste, salarié du NHS, qui oriente le patient. La majorité des spécialistes sont hospitaliers, et comme les généralistes, ils sont salariés.

Ses services

- L'accès au médecin
- L'accès à l'hospitalisation
- La pharmacie
- Les soins ophtalmologiques

Les réformes successives du système

Les réformes qui traversent le système de soins britannique ne remettent pas en cause la légitimité du NHS, en dépit d'une dénonciation récurrente de ses dysfonctionnements (mauvaise qualité du système hospitalier, listes d'attente trop longues, manque de médecins...).

Depuis 2001, le NHS s'est vu allouer un financement en vue de recruter du personnel et d'investir. En 2003, plus de 60.000 emplois ont ainsi été créés dans le NHS, qui est le plus grand employeur national avec plus de 1 million de salariés. Le financement d'un programme de construction d'hôpitaux en 1997 est fondé sur un schéma de partenariat privé-public. Le NHS a par ailleurs décidé de moderniser sa gestion des dossiers médicaux des patients et de mettre en réseau tout le système de santé britannique ; les cabinets sont maintenant informatisés à 98 %.

¹ AVC : accident vasculaire cérébral.

Carnet de bord dans une maison médicale en Ecosse

(suite)

Il y avait des réunions entre médecins avec le practice manager au moins une fois par semaine et également une fois par semaine avec les infirmières du cabinet et de ville.

Une fois par mois le service psy nous rejoignait.

L'objectif de notre fonctionnement consistait à fournir un service holistique et un centre de la communauté, avec :

une coiffeuse sur place (ça n'était pas comme ça partout !); un petit café à côté de la salle d'attente géré par des bénévoles; une petite bibliothèque médicale avec vidéos et livres à la disposition des patients; une « newsletter » une fois par mois qui raconte les histoires locales et les mouvements du cabinet; des projets pour trouver des fonds (par exemple pour une chaise roulante destinée à un enfant...).
Egalement, un site internet sur le cabinet : <http://www.taynuiltmedical.co.uk/>.

Les différences qui existent avec le système français de médecine libérale sont nombreuses et souvent dues aux différences culturelles, politiques et économiques. A propos de la solidarité et de la précarité, je voudrais préciser :

- la visite chez le médecin est gratuite dans tous les cas,
- les médicaments sont gratuits pour ceux avec « exemption », les enfants, les personnes âgées, les maladies de longue durée.
- les gens prennent soin de leur voisin.
- le médecin se sent moins isolé puisqu'il travaille en équipe; même pour appeler les spécialistes, il y a toujours moyen. En France, je trouve que l'abysse qui existe entre médecine générale et l'extérieur du cabinet est immense.
- la démarcation entre les acteurs de la santé et les bénévoles, les groupes pour s'entraider etc., est moins

importante, ce qui donne lieu à une meilleure communication.

Par exemple une personne obèse peut profiter de séances à tarif réduit à la piscine avec un certificat du médecin; ou bien des groupes « troisième âge » nous envoient leurs coordonnées.

Nous étions au courant des ressources et possibilités qui existaient autour de nous.

Malgré l'énorme budget consacré à la santé en France, les IRM et les spécialistes qui « poussent » partout, je me dis qu'il nous manque quelque chose.

Une personne a besoin d'être entourée par la société dans laquelle elle vit, d'avoir l'impression que, s'il lui arrive quelque chose de « mauvais », quelqu'un viendra volontairement à son secours. Sinon, même si « la mauvaise chose » ne lui arrive jamais, elle meurt. ■

Paroles d'un médecin de banlieue

Dans une des villes les plus pauvres de France, « capitale de la CMU, titrait le journal local », une gamine dans la rue m'avait dit : « Si vous avez pas de cabinet, vous êtes pas un vrai médecin. » Les pauvres, ils veulent se soigner comme tout le monde, ils veulent des vrais médecins. La décision était prise. J'ouvrais un cabinet de ville. Les pauvres allaient pouvoir se soigner maintenant. Mais ma médecine de qualité certains n'en voulaient pas.

« Comment ? Faut se déshabiller ? Mais le médecin d'en face, il me demande pas ça pour mes médicaments ! » - « Comment ? Une prise de sang pour signer le papier de grossesse ? C'est bien la première fois ! Vous croyez que j'ai que ça à faire ? » - « Qu'est ce que c'est que ces conneries que j'ai un souffle au cœur ? Quel rapport ça à avec mon certificat de sport ? Moi on me l'a toujours signé comme ça... Et il faudrait payer en plus ? » - « Vous savez ce qu'on dit dans le quartier ? Le nouveau docteur il veut pas donner de médicaments » - « Mais c'est parce qu'il les connaît pas ! ».

Et puis il y a ceux avec qui ça marchait.

« Avec vous au moins, on peut parler à son compte ! » - « J'venais chercher des cachets, mais maintenant ça va mieux, j'en ai plus besoin ».

Au moment où je m'apprete à arrêter la pratique de soins, d'autres visages défilent encore. Quand épuisés, l'infirmière et moi on est tombé dans les bras l'un de l'autre, cette nuit-là. C'était devant Dédé. Il venait de mourir. Dans son lit, sans souffrir, comme il voulait. On était heureux d'avoir obéi à Dédé. Pour une fois qu'il obtenait ce qu'il demandait dans la vie Dédé. On avait fait du bon boulot. Il y avait le patient à la rue, sous insuline, qui arrivait à s'équilibrer. Il y avait Robert qui arrêtrait de boire pour la première fois. Il y avait Ahmed, asthmatique depuis dix ans qui, pour la première fois, enlevait le bouchon de son inhalateur et s'apercevait que, oui, il respirait mieux...

Il y a là un vrai défi pour la société et la médecine ! Saurons-nous le relever ?

Philippe FOUCRAS

Médecin généraliste, Roubaix



Retour au Serment d'Hippocrate

**Georges Yoram
FEDERMANN**

*Citoyen psychiatre du
centre ville à Strasbourg,
Co-fondateur du Cercle
Menachem Taffel,
Porte parole du comité
de soutien des Roms de
Zamoly.*

« Il n'y a pas d'urgence mais des médecins pressés » a-t-on coutume de dire pour décrire l'exercice médical. C'est vérifiable pour l'immense majorité des consultations. Mais comment faire pour accueillir, au cabinet, en médecin de famille, « en continu », les patients marginalisés, pas toujours solvables, comme les S.D.F. ou les « Sans-papiers », qui ne bénéficient pas nécessairement de la C.M.U ? Il s'agit alors notamment de repérer leur inscription dans un rapport au temps qui leur est propre et vital et qui impose aux médecins de les recevoir sans rendez-vous. Un sacré défi pour les spécialistes et l'occasion d'un retour pédagogique au Serment d'Hippocrate « Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent » et à la prière de Maïmonide (12^{ème} siècle) « O Dieu, soutiens la force de mon cœur pour qu'il soit toujours prêt à servir le pauvre et le riche ».

Je considère que le médecin, libéral ou hospitalier, reste encore en France dépositaire d'une mission sociale qui consiste à favoriser l'accès aux filières de soins pour toute personne vivant sur le territoire de sa cité, en continu. Or cet accès peut être entravé par de nombreux obstacles financiers, administratifs, juridiques et socioculturels. Le médecin doit alors lutter contre ce réflexe qui consisterait à oublier sa responsabilité et son devoir d'accueillir, dans son cabinet, certains patients, et de les renvoyer vers les urgences hospitalières ou les praticiens de structures d'assistance comme Médecins du Monde. Là, en effet, à chaque visite, l'usager doit se heurter à l'inertie institutionnelle et exprimer ses plaintes à nouveau sans pouvoir s'appuyer sur le sentiment rassurant d'avoir en face de lui « une oreille » qui s'est familiarisée avec « son histoire » et son rapport au temps, cyclique (le temps de la nature et de ses révolutions) ou linéaire (le temps des hommes et du caractère irréversible de leur histoire).

Nous sommes confrontés d'emblée, extrêmement brutalement, à une violence symbolique dont la responsabilité nous incombe, à nous les quatre cents médecins généralistes de l'agglomération strasbourgeoise.

Car nous ne voulons pas voir certains visages de la misère et acceptons que des patients (qui souffrent à nos portes et qui pourraient bénéficier de la continuité de nos soins et de notre attention) ne parviennent pas à écrire leur histoire médico-sociale.

En effet, le médecin libéral a admis trop souvent que ces patients ne font plus partie de son champ de compétence, et force est de constater que certaines « catégories » d'usagers dépendent entièrement des associations caritatives ou de l'assistance hospitalière.

Les personnes sans domicile fixe ou en situation irrégulière, surtout lorsque leur état impose des prescriptions, des examens et des traitements réguliers; les chômeurs qui ne bénéficient plus de la médecine préventive du travail; de nombreuses mères célibataires; les personnes au seuil de pauvreté; les toxicomanes, les travailleurs de force immigrés victimes d'accident du travail dont les conséquences psychiques sont parfois sans commune mesure avec le caractère en apparence anodin du traumatisme en cause, sont victimes de cet état de fait.

Tous ces usagers qui vivent à nos portes, dans nos banlieues, sont les principales cibles et victimes des menaces sociales, psychologiques et politiques qui se traduisent par des difficultés d'accès au logement, au travail, aux soins médicaux, aux conseils juridiques et à la régularisation de titre de séjour, dans un « monde » de plus en plus riche où l'ultra-libéralisme a remplacé le politique et l'éthique médicale.

Or ils ont mal, ils souffrent, souvent isolés. Les somatisations, l'hypochondrie et la consommation abusive de psychotropes en automédication peuvent faire fonction d'affirmation identitaire, de sentiment d'appartenance au groupe des personnes consommant des psychotropes et des antalgiques et engagés dans les rituels d'achat.

Bien sûr, ces stratégies de lutte et de survie psychologiques sont vouées à l'échec et source d'insatisfaction profonde.

Comment pourrions-nous soutenir, nous médecins libéraux, notre incapacité à reconnaître ces souffrances dues à l'atteinte des « liens sociaux » (précarisation du salariat, menaces sur la sécurité sociale, délocalisations, dégraissages de personnels dans les sociétés anonymes... faisant des bénéfices), sauf à être prisonnier nous-mêmes d'une pathologie liée au rapport au temps qui nous aveuglerait à force de nous pousser à la précipitation (la durée moyenne d'une consultation de généraliste n'excède pas 10 minutes) et à intégrer une sorte de fantasme de toute puissance qui consisterait à contrôler la Douleur, les Emotions, l'Inconfort et même la Mort par la grâce du progrès technique et de la recherche pharmaceutique sans prendre conscience que ce serait au prix du renoncement à l'écoute...

Ecoute qui nous conduit à être le dépositaire privilégié des états d'âme, de l'expression de la subjectivité et de la faillibilité du prochain et du lointain dans le cadre de la vie de la Cité.

Le regard de l'autre oblige comme l'évoque Lévinas ?

Mais ce privilège génère en ce qui me concerne beaucoup d'angoisses (je dois en tenir compte pour ne pas blesser mes patients) car en tant que médecin, je suis toujours partagé entre un sentiment d'incapacité devant la perpétuation de la souffrance de mon patient et la tentation de toute puissance qui se traduit par « l'obsession de la santé parfaite ».

Nous acceptons alors de (re)devenir une sorte de compagnon de route sur le chemin de la vie, une sorte de médecin de famille en continu, étant bien conscients que nos efforts doivent se porter sur la prévention puisque environ 60% des déterminants intervenant dans l'amélioration de la santé relèvent de facteurs d'environnement physique, social et psychologique alors que 10% dépendent du système de soins et 30% des facteurs biologiques.

Car nous avons, du moins j'ose l'espérer, acquis au contact de nos patients-enseignants une plus grande sensibilité à différentes formes d'expression de la souffrance humaine. ■

Représentation du trouble psychique par les médecins généralistes du Nord-Pas de Calais

Lise DEMAILLY

Professeure de sociologie,
Université de Lille.

Isabelle SOLOCH

Doctorante,
USTL-IFRESI-CNRS.

L'étude

L'étude que nous présentons est de type qualitatif (entretiens semi directifs anonymes, enregistrés et intégralement retranscrits). Elle ne prétend pas à une représentation statistiquement valide. Néanmoins, comme elle porte sur une trentaine de généralistes du Nord, pour lesquels nous avons fait varier plusieurs caractéristiques, on peut considérer qu'elle est représentative des tendances et tensions qui caractérisent les représentations et pratiques des généralistes. Au-delà de ce qui est déjà largement exposé dans la littérature médicale et sociologique, à savoir que

(semi) rurale¹. Les médecins généralistes sont assez difficiles d'approche à cause du système de la rémunération à l'acte (qui fait ressentir l'entretien avec le sociologue comme une perte de revenu) et de leurs horaires de travail lourds. Très peu ont accepté de faire l'entretien hors temps de travail, les entretiens ont donc eu lieu au cabinet du médecin, n'ont pas dépassé une heure et se sont parfois limités à une demi-heure ; mais les médecins ont manifesté leur intérêt pour l'échange.

Nous avons orienté l'entretien par les questions suivantes : à quoi reconnaissez vous qu'un de vos patients a un trouble psychique ? Que faites-vous dans ce cas ? Nous avons cherché systématiquement à explorer les représentations qu'ils se font des autres professionnels du champ de la santé mentale.

chent la discrétion et fuient leur « médecin de famille »).

Les pratiques de soin

Tous les médecins généralistes interviewés de notre échantillon sont des prescripteurs de médicaments psychotropes, exceptés le médecin qui partage son temps entre la médecine générale et la psychothérapie, les deux qui pratiquent l'homéopathie (mais, dans le suivi des toxicomanes, l'un des deux prescrit du Subutex ou de la Méthadone), le médecin ostéopathe.

La prise en charge est quasiment exclusivement médicamenteuse dans la moitié des cas, ou bien associée à un temps de « discussion (écoute et conseil) prolongé, ce qui signifie quinze minutes ». Exceptionnellement, on donne les rendez-vous en fin de journée pour pouvoir faire durer la consultation jusqu'à une demi-heure.

Les ré-adressages

Les médecins généralistes, globalement, ré-adressent très peu leurs patients.

En zone rurale, nous avons recueilli un discours systématiquement défavorable au ré-adressage, avec une argumentation en quelques points :

- le patient va attendre pour obtenir le rendez-vous, c'est beaucoup trop long,
- le psychiatre ne va pas faire mieux que moi,
- je ne vais plus revoir le patient (les psychiatres sont des gens avec qui l'on perd les patients), je ne serai informé de rien du tout.

En ville, il y a davantage de ré-adressages, mais en même temps aussi des arguments pour ré-adresser le moins possible. Par exemple, trois généralistes qui pratiquent la médication et la consultation plus longue pour donner des conseils, préfé-

Les positionnements dans le champ des soins

On peut distinguer deux cas de positionnement objectifs :

- Le médecin généraliste travaille sous les conseils d'un psychiatre qui suit le patient et qui lui a envoyé ce patient (ce dernier cas de figure devrait disparaître avec la mise en place du médecin traitant). Il s'agit de patients catégorisés comme psychotiques. Le médecin généraliste suit la prescription conseillée par le psychiatre.
- C'est le généraliste que le patient est venu voir. Les patients arrivent pour une consultation en exprimant soit un malaise psychique, soit une plainte somatique que le médecin généraliste va re-catégoriser comme trouble psychique.

Il arrive que les médecins généralistes reçoivent des personnes qu'ils n'ont pas habituellement comme patient (elles recher-



le médecin généraliste est, après l'entourage, la première personne que l'on consulte en cas de mal-être (c'est donc une des principales portes d'entrée dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques) et que les médecins généralistes sont grands prescripteurs de psychotropes, l'étude permet d'affiner ce qu'il en est de leurs modes de catégorisations et de ré-adressage. Notre échantillon est composé pour 2/3 environ de médecins de zone urbaine, et pour 1/3 environ des médecins de zone

¹ Le travail a été mené dans plusieurs cadres :

1) La recherche soutenue par la MIRE et l'INSERM :

Demailly L, Bresson M., 2005, *Les modes de coordinations entre professionnels du sanitaire et du social dans la prise en charge du trouble psychique*, IFRESI

2) La thèse en cours d'Isabelle Soloch

3) Le mémoire de maîtrise de sociologie de Magali Gladic "Les pratiques des médecins généralistes face aux patients atteints de troubles psychiques" (L. Demailly Dir) USTL 2001.

Représentation du trouble psychique par les médecins généralistes du Nord-Pas de Calais (suite)

rent assurer la prise en charge seuls.

« Oui, en général je démarre un traitement moi-même et puis si pour une raison ou pour une autre, cela ne suit pas la progression normale, on l'envoie chez un spécialiste ».

« Le patient se sentirait, je pense à mon sens, un petit peu abandonné. C'est-à-dire, il est venu vers vous, il s'est confié ou alors vous l'avez interrogé et il finit par se confier. Puis tout de suite après vous lui dites : vous devez aller voir untel !!! ».

« Oui, je ne m'en débarrasse surtout pas, parce que le fait d'adresser, parfois, la personne le ressent comme un abandon de la part du médecin ».

La vision des autres soignants

Les médecins généralistes voient les psychiatres « comme tout autre spécialiste »

« Ah oui, il y a toujours les mêmes relations que tu peux avoir avec n'importe quel spécialiste à qui tu demandes un conseil : "Là j'ai des difficultés pour résoudre ce problème. C'est votre spécialité, aidez-moi". Il te répond, voilà ce que j'en pense. Cela avec le psy comme avec un gastro, comme un cardio ou avec un chirurgien. »

Mais ils évoquent un manque spécifique d'échange avec les libéraux

« On a un suivi des patients que l'on envoie dans les centres spécialisés c'est-à-dire les hôpitaux psychiatriques entre guillemets parce que je crois que l'on ne les appelle plus comme cela. Là, on a très souvent un retour, un courrier qui nous demande une poursuite de prise en charge, qui nous conseille un traitement ou qui nous dit que le patient devra continuer d'être suivi dans le cadre de la consultation médico psychologique de secteur, etc. Par contre, lorsque l'on envoie chez un psychiatre libéral, c'est absolument exceptionnel d'avoir un courrier, d'avoir un suivi. Moi, cela m'a toujours complètement étonné parce que



quand j'envoie quelqu'un chez le cardiologue ou le gynécologue, chez le pédiatre, j'ai un courrier systématiquement ou tout autre spécialiste, sauf le psychiatre. Au départ, j'avais du mal à comprendre qu'une fois que j'avais adressé un patient chez le psychiatre, je n'avais plus le droit de rien savoir. Et parfois le malade ne m'en parlait plus du tout.

En règle générale, il n'y a pas de courrier en retour. C'est le patient qui dit : "j'ai vu le psy. Il m'a dit qu'il fallait que je change ça. Il m'a changé mon traitement, il m'a filé une ordonnance". C'est le patient qui dirige, voilà. »

Ils expliquent que les patients ont une mauvaise image des psychiatres et que le fait de consulter un psychiatre les stigmatise

« Je ne vais pas parler des patients qui ont été voir les pys et ne veulent plus en entendre parler et qui veulent être suivis par le médecin généraliste. Parce que les psychiatres ont des techniques probablement plus élaborées que les nôtres, mais ce n'est pas toujours bien ressenti par les patients. Quand vous avez un

patient anxieux dépressif et qu'il arrive devant un psy et que pendant 1/2 heure il se trouve devant un mur qui ne lui adresse pas la parole, ce n'est pas toujours évident pour le patient. »

Les modes de catégorisations des troubles

Chaque groupe de soignants dans le champ de la santé mentale développe des façons de nommer et catégoriser les troubles psychiques, parfois de façon non homogène au sein d'un groupe professionnel. Les généralistes présentent une certaine unité. Ils utilisent surtout deux groupes de catégories pour désigner les troubles psychiques.

Mots utilisés à propos des patients qu'ils gèrent seuls :

troubles anxieux-dépressifs, dépression, anxiété, troubles du comportement, mal-être, névroses, dépréciation de soi, perte d'estime de soi, déprime, fatigue passagère, hypochondriaque, trouble psychologique, difficulté de vivre, vide identitaire, mal de vivre, stress,

(suite page 12)

Représentation du trouble psychique par les médecins généralistes du Nord-Pas de Calais (suite)

pressions négatives, nervosité, fatigue psychosociale.

Mots utilisés à propos des patients qu'ils sont susceptibles de ré-adresser à un psychiatre : « trouble psychiatrique » (tous), trouble psychotique, démence, violence, troubles du comportement.

« Alors la dépression est liée en majorité au travail. Ensuite, très souvent liée à un décès. Et puis très souvent ce qui est lié au travail, c'est une dépréciation de soi par rapport à sa réussite personnelle, son estime de soi. »

Chez les adolescents, on a aussi beaucoup de problèmes de violence et l'on n'est pas toujours formés pour y faire face euh... Puis troisième cas, c'est la personne âgée. Là, on rentre dans la psychose, on rentre dans la démence.

Et puis cela dépend, quand je vois que la personne qui peut accepter son diagnostic, peut accepter qu'il déprime, je lui dis « voilà, c'est un problème de dépression, de fatigue passagère ». J'essaie de lui donner de grandes définitions pour qu'elle comprenne d'abord sa maladie avant de lui dire le problème vient de là ou de là. Mais si la personne ne me donne que des stigmates de refus, j'essaie de dire « bon voilà je vous donne cela... », j'essaie de rappeler que

peut-être le médicament, le traitement ne marchera pas. »

Les médecins ont des théories sociologiques spontanées pour expliquer l'augmentation des troubles. Ils réfèrent cela en général à des faits de civilisation, le plus souvent aux tensions de la vie moderne

« Il n'y a plus de religion, plus rien pour aider les gens » dit un généraliste qui se sent de plus en plus interpellé par des patients dont la « demande dépasse la prise en charge médicale : problèmes familiaux, stress au travail... ».

Parfois au contraire, comme dans le cas suivant, à ses facilités

« Je pense que les gens s'écourent de plus en plus. Il y a beaucoup de cela. Parce que les gens sont beaucoup moins malheureux qu'avant et là ils ont plus de temps pour penser à leurs problèmes. Les gens qui travaillaient 12 heures par jour ne se plaignaient pas. Pourtant je trouve qu'ils étaient plus malheureux que maintenant (rire). Et quand on voit au niveau du confort que l'on a, même les gens les plus pauvres ont plus de confort que des gens qui étaient très à l'aise il y a 40-50 ans. Mais bon je pense que l'on est arrivé dans un système où l'on n'est jamais content. »

Conclusion

Si on les situe par rapport aux autres acteurs du champ de la santé mentale, les médecins généralistes prennent en charge en pleine responsabilité les syndromes dépressifs réactionnels, par la prescription médicamenteuse, et tendent à déléguer à d'autres soignants, surtout en ville, certains des cas qu'ils identifient comme « troubles du comportement » et les « troubles psychiatriques ».

Ils ont, sauf exception, peu d'idée précise sur ce qu'est une psychothérapie, et, en zone rurale, ils dénie la spécificité des compétences des psychiatres et pensent que ceux-ci ne se débrouilleraient pas mieux qu'eux avec les cas difficiles (mis à part la possibilité d'hospitalisation).

Le travail des généralistes est le plus souvent solitaire, en appui sur un petit réseau personnel habituel, qu'ils n'ont guère le temps de développer. Ils luttent peu contre la stigmatisation et la relative fermeture de l'hôpital psychiatrique sur lui-même, ils en prennent acte simplement. Ils ne travaillent pas avec les services sociaux.

Puisque les patients viennent à eux, ils ne posent pas la question que se posent d'autres professionnels du champ de la santé mentale : faut-il attendre la demande du patient ou faut-il aller au-devant du potentiel patient par une politique de prévention ?

Ils attribuent le plus souvent des causes sociales et relationnelles au trouble psychique, même s'ils n'envisagent pour l'essentiel pour le soigner qu'un traitement médicamenteux assorti de conseils sur la manière de bien vivre. ■



Interview d'un médecin généraliste et d'un psychiatre

Rencontrez-vous, dans votre pratique, des personnes en souffrance psychique ou psychosociale ?

Bernard ELGHOZI

Médecin généraliste,
Coordinateur du Réseau
de Santé de Créteil
Solidarité,
Maître de Conférences
à l'Université
Marne-la-Vallée.

Alain MERCUEL

Psychiatre,
Chef du service
d'Appui "Santé mentale
et exclusion sociale",
CH Sainte Anne,
Paris

A. Mercuel

Du fait des missions confiées aux équipes mobiles psychiatrie-précarité, la rencontre avec des personnes qui présentent ce « fourre-tout », souffrance psychique, souffrance psychosociale, est fréquente. Véritables états de souffrances psychologiques liés à la situation sociale mais pas seulement ; liés à l'histoire de la personne, aux événements, à l'environnement... Ces états se présentent aussi par des aspects cliniques psychosomatiques ou des expressions somatiques d'une souffrance psychologique (troubles digestifs, cutanés,...). D'où, pour moi, l'importance de travailler avec des médecins généralistes pour prendre en compte ces manifestations de la souffrance.

B. Elghozi

Je ne rencontre que des « gens », des personnes qui viennent à moi. Quand ils le peuvent. Ceux qui n'ont pas les ressources pour venir à moi, je ne les vois pas. Depuis trente ans que je fais ce métier là, je suis un témoin de la vie de la cité et de la vie des gens dans la cité. Aujourd'hui, une grande partie de ces personnes que je rencontre tous les jours est en souffrance. Ce n'est pas vraiment de la psychiatrie au niveau classique théorique et ce ne sont pas que des difficultés sociales. C'est un mélange des deux, des situations face auxquelles on ne peut pas dissocier l'un de l'autre. En plus, il y a la maladie organique qui se rajoute comme une assiette de plus sur la pile, qui n'est pas seulement de la somatisation, parce qu'ils ont le droit d'avoir une angine, un ulcère ou même un cancer. Je suis confronté à quelque chose pour laquelle je n'ai pas été formé.

Si je reste dans la logique et le discours médical, tels que les décrit Jean Clavreul dans « L'ordre médical », je ne devrais pas être en capacité d'entendre autre chose que ce pour quoi j'ai été formé, donc incapable d'entendre la souffrance de l'autre. Il faut commencer par faire le deuil de ma « toute puissance », du pouvoir qui m'est conféré sur la base de mon « supposé savoir ».

Quelles sont les difficultés d'articulation avec la psychiatrie concernant ces personnes en souffrance psychosociale ?

B. Elghozi

Le problème n'est pas celui des pratiques, des logiques professionnelles et encore moins des personnes. C'est le dysfonctionnement des logiques institutionnelles. Pour faire tomber les murs entre le généraliste, le psychiatre, la ville, l'hôpital, le médical et le social, il faut accepter de prendre du temps, du temps et encore du temps. Il faut avoir envie de le faire ensemble. Et toute démarche dans ce sens passe par un constat commun, par une convergence d'intérêts ...

En amont, ce qu'on voit, ce qu'on entend, c'est le manque de moyens de la psychiatrie publique, c'est la non reconnaissance des fonctions de prévention et de promotion de la santé, des missions de médiateur social du médecin généraliste ; il n'est pas formé, pas reconnu, pas valorisé, pas légitimé, pas rémunéré pour ça. Il est seul. D'un autre côté, les psychiatres publics (je parle bien de la psychiatrie publique) sont enfermés dans leurs hôpitaux ou dans leur CMP, avec leur logique, et quand on va les rencontrer parce qu'on a besoin de travailler avec eux pour ces personnes et ces familles en situation de vulnérabilité, on entend toujours la réponse

classique : « *Il n'y a aucun problème. On est là. C'est gratuit. Ils n'ont qu'à venir, formuler une demande et on les recevra* »... Il y a aussi un problème d'image et de représentations, c'est l'histoire d'un malade chronique, avec des complications qui ne va pas bien, un peu déprimé mais pas que, qui refuse les anti-dépresseurs... J'ai mis six mois, avec l'aide d'une psychologue et du réseau, pour lui faire accepter de voir un psychiatre au CMP. Il accepte, il va au CMP ; quand je le revois, il me dit « *Je ne suis pas fou, je ne veux pas y retourner* ».



A. Mercuel

On ne peut nier que plusieurs niveaux d'articulation sont déjà bien développés entre médecine hospitalière et psychiatrie (psychiatrie de liaison, urgences, ...), mais en médecine libérale, le déclouonnement est à peine amorcé. Il demeure des fantasmes de part et d'autre : « *Vous faites du détournement de clientèle à partir du CMP* », ou « *Les médecins généralistes ne savent pas soutenir psychologiquement des malades, ils font des mauvaises prescriptions* ». Il faut dire aussi que la psychiatrie se sent rassérénée en cela par le fait que ce ne sont pas les psychiatres les plus prescripteurs de psychotropes.

B. Elghozi

Sur mon territoire, la psychiatrie publique reste dans sa tour. J'ai beau aller frapper à la porte, je

Interview d'un médecin généraliste et d'un psychiatre (suite)

ne vois pas encore le pont-levis se baisser.

On avait un psychiatre avec lequel on a posé les premières pierres de cette construction commune. On a bossé avec lui pendant dix ans ; on a réussi à mettre en place un dispositif sentinelle justement pour ces personnes en grandes difficultés dont aucun professionnel ne comprend ce qui se passe, ne sait comment faire. Il est parti. Il n'y a pas eu de relais pris ensuite. Depuis, on a mis le dispositif en stand-by parce que travailler sur ces questions sans les représentants de la psychiatrie publique institutionnelle et territoriale, ça me semble un non sens.

Aujourd'hui, le psychiatre n'est pas là, n'est pas beaucoup là, n'est pas assez présent dans les quartiers à nos côtés. J'en ai besoin et pas seulement pour répondre aux symptômes... Il n'y a rien qui m'horripile plus que de poser ces frontières, ce partage des tâches : au généraliste le corps et au psychiatre le psychisme.

La problématique qui nous intéresse aujourd'hui n'est pas ce qui se passe dans l'hôpital mais dans la ville, dans la vie de la cité. Ce que j'attends de la psychiatrie publique institutionnelle, c'est qu'elle prenne sa place dans la vie de la cité comme un des acteurs de la santé au sens large de la définition de la santé (OMS, Ottawa...).

Quels sont les cadres où une meilleure pratique articulée entre médecins généralistes et psychiatres publics peut se mettre en place ? Que proposez vous ?

A. Mercuel

Le cadre le plus fonctionnel serait un bassin géographique, un territoire de santé. On ne peut imaginer une seule équipe permettant cette articulation, surtout en mégapole. Aussi un travail de proximité avec les intervenants locaux devrait permettre une meilleure efficacité, une répartition des charges, un travail de réseau avec les correspondants administratifs, collectifs, ... tout en tenant compte de l'histoire des quartiers, des arrondissements, de leur particularité socio-démographique et des besoins. Quelque chose de l'ordre de la *proximologie*, mot qui devient à la mode. Proximité avec les précaires, qui malgré leur errance, tentent de garder des repères dans la cité; proximité avec les médecins généralistes.

Pour une meilleure pratique auprès des publics précaires, une piste à développer consisterait à faire accepter les soins en psychiatrie publique à proximité du médecin généraliste traitant. Quelqu'un en situation de précarité, au petit boulot claudiquant en banlieue, vivant dans Paris ne pourra avoir de prestations sur le CMP local puisque rentrant trop tardivement. Il va tout naturellement demander une aide au CMP de la ville où il travaille ; mais on lui répond encore trop souvent : « Attendez Monsieur. Vous n'habitez pas là. Allez vous faire suivre là où vous habitez ». Cette « dérogation », pour qu'elle soit acceptée, demande une négociation ardue. Elle serait plus aisée si le médecin traitant, choisi proche du lieu de travail, la facilitait en démontrant la cohérence de cette prise en charge.

Enfin il me semble qu'une autre piste de recherche de pratique de qualité serait d'abandonner la notion de priorité, que ce soit le soin psychiatrique, le soin somatique, l'habitat ou l'activité. Tous doivent être envisagés de façon coordonnée : loger sans soigner une infection, calmer une anxiété sans réactiver la créativité, ou encore proposer une activité sans hébergement sont autant d'actions toutes aussi inopérantes les unes que les autres. Les médecins généralistes prennent toute leur importance dans la construction de cette aide médico-psychosociale. Monter ensemble la valence sociale, la valence psy et la valence somatique, de façon harmonieuse. On ne bâtit pas un édifice coin par coin ou façade par façade. Les étages se montent progressivement en s'appuyant sur tous les piliers de soutènement sans en privilégier un plus qu'un autre au risque d'effondrement.

B. Elghozi

Je pense à une histoire qui m'est arrivée récemment. J'ai une malade qui ne va pas bien, j'ai du mal à évaluer le degré d'urgence, j'ai besoin de l'avis d'un psychiatre pour assurer le diagnostic et le besoin de traitement. Je l'adresse à l'équipe du CMP après lui avoir précisé ma demande (troubles bipolaires ou pas). Elle est vue par l'infirmier qui, lui-même, l'adresse alors vers un psychiatre libéral qui la reçoit dans son cabinet privé et lui prescrit de la PAROXÉTINE. La patiente me dit qu'elle ne peut revoir ce psychiatre (la consultation est à 70 € et remboursée à minima car hors parcours de soins). A partir de là, je prends mon téléphone, je questionne l'équipe du CMP et on se met d'accord pour une réunion de travail sur les modalités de pratiques partagées à construire ensemble.

*Propos recueillis par
Christian Laval*



Le secteur psychiatrique, un partenaire du réseau de santé

Laurent DEFROMONT

Psychiatre praticien
hospitalier,
EPSM Lille Métropole.

Olivier VERRIEST

Médecin généraliste,
Mons en Baroeul.

S'il existe une prévention en santé mentale, elle dépend essentiellement du vivre ensemble et de la société dans sa globalité. Elle échappe largement aux professionnels. Par contre, si le système sanitaire peut rendre une prévention efficace, c'est au niveau de la prévention secondaire. L'organisation des soins que nous tentons de mettre en place au sein du secteur 59 G21 tend à s'en rapprocher le plus possible. Ce travail n'incombe pas seulement au secteur psychiatrique qui ne peut rien sans ses partenaires. Il s'agit d'un problème de santé publique.

Les médecins généralistes sont forcément impliqués dans les soins en santé mentale. Le nombre de consultations pour des problèmes de souffrance psychique est souvent évalué aux alentours de 30% des consultations. Pourtant, c'est aussi une de leur appréhension. Tous savent évaluer un risque cardio vasculaire, peu savent évaluer un risque suicidaire. Les diagnostics et les conduites à tenir en psychiatrie restent flous. Certains se sentent parfois bien seuls. Travailler dans la communauté c'est utiliser l'ensemble des moyens existants afin de rendre le plus effectif possible les soins et tendre vers une meilleure qualité des soins de la population. C'est aussi déstigmatiser les patients qui ne sont plus les patients exclusifs d'un système psychiatrique mais des usagers qui utilisent le système de soins. Nous nous centrerons essentiellement sur le mode de collaboration que nous tentons de mettre en place entre le secteur psychiatrique et la pratique de ville. Il repose sur deux grands piliers : la volonté d'améliorer la communication et d'intervenir le plus rapidement pour évaluer les troubles et les prendre en charge au plus juste comme le demandent nos collègues généralistes.

Ajuster les délais de consultation

Toute demande de consultation est évaluée dans les 24h par un

infirmier. L'entretien est long, souvent 1h30 ; il comprend un entretien libre et un entretien structuré qui utilise le MINI¹ qui évalue les troubles et l'évaluation du risque suicidaire. En cas d'urgence, l'infirmier, ou même le médecin traitant peuvent interpellé un psychiatre dans la même journée. Un psychiatre est d'astreinte 24h sur 24 pour le secteur et évalue avec les collègues les mesures à prendre pour chaque situation en fonction des ressources du secteur. Dans la semaine qui suit l'évaluation infirmière, une synthèse multidisciplinaire (infirmier, médecin, psychologue, psychomotricienne) est effectuée sur le dossier. L'orientation peut se faire dans le cadre du secteur ou vers des centres spécialisés (dépendance, anorexie mentale...). Les premières constatations et les choix d'orientation sont envoyés par courrier au médecin traitant pour information.

Favoriser la communication, c'est renforcer la collaboration

La majeure partie des contacts est épistolaire, mais des contacts téléphoniques ou directs sont réguliers. Depuis de nombreuses années, les psychiatres du secteur écrivent des courriers de suivi des patients avec des propositions de traitement prescrits par les médecins traitants. Les courriers sont immédiats à la sortie d'hospitalisation des patients. Lors d'un premier contact, il est demandé aux patients de rencontrer leur médecin traitant avant de rencontrer l'équipe du secteur psychiatrique. Un courrier du médecin traitant est attendu lors de la première rencontre.

La situation est alors claire ; l'équipe de secteur travaille en collaboration avec le médecin traitant. Ce courrier inscrit le patient dans une prise en charge qui comprend, non pas une seule personne (on connaît la difficulté parfois de la rencontre), mais une équipe qui ne se limite pas à une équipe du sec-

teur psychiatrique. Cette mise en relation nous permet de ne pas nous retrouver seuls face à des situations inquiétantes tant du point de vue de la ville que de celui du secteur. Elle évite de passer à côté d'un trouble somatique peu apparent, elle permet au généraliste d'évoquer le problème avec son patient. Il peut alors faire une proposition de traitement ou alerter l'équipe de secteur pour une intervention urgente. Cela permet de ne jamais se sentir isolé devant une situation de risque suicidaire.

Nous disposons de possibilités d'accueil familial thérapeutique alternatif à l'hospitalisation. Durant l'accueil, les patients sont suivis sur le plan psychiatrique et bénéficient de consultations avec leur médecin traitant. Depuis peu nous débutons une prise en charge renforcée au domicile. Cette modalité d'intervention favorise les consultations conjointes généraliste/ psychiatre. Elle se comprend dans une volonté de mobilisation de l'ensemble des aidants, médicaux, paramédicaux, et de l'entourage...

Le cadre de l'organisation matérielle permet aussi de renforcer les liens. Nous avons mis en place une consultation dans le cabinet médical de Mons qui regroupe 7 praticiens. Les contacts sont directs et les échanges nombreux.

Nous animons tous deux un Réseau ville hôpital (Réseau Santé Mons, Hellemmes, Fives) comprenant de nombreux partenaires dont les médecins généralistes. Ce réseau organise des réunions sur des conduites à tenir en fonction de l'organisation des soins de la Métropole Lilloise ainsi que des soirées thématiques. Différents thèmes ont été abordés : « Enfance en danger, le risque suicidaire, le maintien à domicile de la personne âgée... » qui permettent ainsi d'entretenir les connaissances des pathologies et des conduites à tenir. ■

¹ Mini International
Neuropsychiatric Interview
- Version CIM-10
Europe : Y. Lecrubier,
E. Weiller, L.I. Bonora,
P. Amorim, J.P. Lépine
Inserm U302 - Hôpital de
la Salpêtrière - Paris
USA : D. Sheehan,
J. Janavs, E. Knapp,
M. Sheehan, R. Baker,
K.H. Sheehan - University
of South Florida - Tampa.

Le sujet schizophrène n'a-t-il pas aussi un corps ?

Pascal TRIBOULET

*Psychiatre des Hôpitaux,
Président de la CME du
CH Le Vinatier, Bron.*

¹ NDLR : Neuroleptique souvent prescrit lorsque les autres neuroleptiques s'avèrent inefficaces ; le risque de complications nécessite un suivi biologique et somatique régulier.

² Casadebaig F., Philippe A., « Accès aux soins somatiques, morbidité physique et mortalités des patients schizophrènes » in *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 1997.

³ Jonathan M. Meyer, and Henry A. Nasrallah, *Medical Illness and Schizophrenia* 2003.

⁴ Nom des internes en médecine générale.

⁵ A cet égard, le service de médecine interne du CH le Vinatier (Dr Jenoudet) est exemplaire.

⁶ Furtos J., 2004, « Pourquoi les psychiatres n'examinent pas leurs patients sur le plan somatique ? », in *PLURIELS*, n° 44-45, pp. 13-14.

Alain P., atteint de schizophrénie depuis l'âge de 16 ans, profitait depuis 3 ans d'un traitement par CLOZAPINE¹, prescrit au décours d'une nouvelle, et pensait-on, dernière grande crise d'angoisse et de persécution. En 18 ans de maladie, il avait absorbé de très variés psychotropes, et pour la première fois un traitement lui apportait une paix intérieure ; malgré tout, il restait un peu essoufflé quand même, et souvent en sueur. Ses parents avaient gardé en mémoire le décès brutal du fils d'une amie : obèse après 3 ans d'un nouvel antipsychotique, il avait été retrouvé mort chez lui lors de la canicule de 2003. Aussi choisissent-ils de consulter avec Alain un cardiologue.

L'examen révèle une hypertrophie du muscle cardiaque, effet secondaire du traitement qui se réduira totalement à l'arrêt de celui-ci. Mais de nouveau, après ces quelques années de tranquillité, Alain se débatta dans des angoisses psychotiques douloureuses, se terrant à domicile et désinvestissant les quelques activités auxquelles il se tenait ; on redoute l'issue suicidaire.

Vie psychique versus mort physique, nouvelle donne ?

Ces molécules ne seraient pas plus dangereuses que les anciennes : mais auparavant, nous étions protégés par le mythe de l'éternité du malade psychotique, lui et sa mère, qui, tels les vieux ivrognes d'une autre légende de la France viticole, auraient enterré toute une équipe pluriprofessionnelle de secteur psychiatrique.

Une étude de l'INSERM sur la morbidité et la mortalité des malades atteints de schizophrénie² a résolument réfuté cette conception d'une maladie

psychotique protectrice des maladies physiques, et l'on en admet une co-morbidité somatique importante qui permet d'affirmer maintenant que le pronostic de la psychose est quasi somatique, l'espérance de vie des patients schizophrènes étant approximativement réduite de 20 %³.

Les troubles cognitifs exposent de surcroît ceux qui en sont atteints à mal s'occuper d'eux-mêmes, c'est-à-dire à l'incurie et à ses conséquences. L'hygiène demande en effet de l'organisation et les soins

milieu psychiatrique. La psychiatrie de secteur implantée sur CHS n'a pas bénéficié du mouvement symétrique à la psychiatrie des établissements de Médecine-Chirurgie-Obstétrique : la psychiatrie de liaison semblait pouvoir résoudre les difficultés des hospitalisations de patients psychiatriques en apportant sur place son savoir-faire. L'égalité d'accès aux soins était améliorée par l'apparition (réapparition ?), sur certains CHS, d'unités dévolues aux soins physiques d'une population particulièrement fragile et défavorisée⁵.

L'universalité des nouvelles procédures de remboursement des soins, et la mise en place programmée du Dossier Médical Personnel devraient imposer le référencement à un médecin et un décloisonnement des pratiques de soins ; elles s'inscrivent dans les valeurs de la prise en charge de proximité, de continuité, d'accompagnement et de responsabilisation des acteurs de soins qui sont celles de l'exercice de secteur psychiatrique. Des ajustements seront sans nul doute nécessaires.

S'il n'est pas judicieux qu'un psychiatre soit le médecin traitant de ses patients, tant le rapport au corps est ambigu dans les soins psychiques⁶, l'art de s'occuper d'un sujet schizophrène s'apprend et s'enseigne en stage d'externe, d'interne, ou lors de diplômes universitaires spécialisés. Mais tous les médecins n'ont pas cet intérêt, et chaque psychiatre a une liste réduite de médecins généralistes plus disponibles que d'autres pour être en lien avec les personnels de secteur et assurer ces prises en charge complexes, pas toujours gratifiantes, et non exceptionnellement angoissantes. ■



passent par des rendez-vous, de la motivation. L'hospitalisation pour raison psychiatrique est aussi devenue l'occasion d'un bilan, d'un dépistage, d'une remise à jour des vaccinations, de la mise en place d'un discours sur l'hygiène alimentaire, le tabagisme. Cette approche de médecine générale était réalisée jusqu'à la dernière décennie par des étudiants en médecine qui peinaient parfois à concevoir la continuité des soins. De façon concomitante à leur raréfaction, ces résidents⁴ ont été remplacés par un nouveau corps médical, les médecins somaticiens en

L'ambition holistique de la médecine générale

Vincent RENARD

Médecin généraliste
MCU associé, faculté de médecine de Créteil.

Michel MÉDIONI

Médecin généraliste
enseignant, faculté de médecine de Créteil.

Claude ATTALI

Médecin généraliste,
Professeur associé, faculté de médecine de Créteil.

Au moment où se met en place «à marche forcée» la réforme dite du médecin traitant, des inquiétudes se font jour, d'ailleurs largement médiatisées, sur les effets pervers d'une telle réforme. La réforme ne désigne pas le médecin généraliste comme étant le médecin traitant, mais le choix de la population est clair : 99,6% des médecins choisis étaient des généralistes à la fin janvier 2006¹.

La réforme, si elle ne donne aucun statut particulier au médecin généraliste, indique la règle du « parcours de soins ». Le médecin traitant doit être consulté « d'abord », il assure le « suivi médical courant », il « coo donne » les soins, si besoin, il « oriente vers un médecin correspondant ».

La pertinence de ce parcours de soins est contestée dans un système marqué historiquement par le libre accès sans contrôle ni restriction à tous les professionnels et à toutes les structures. Cette modification peut heurter pour une part les usagers du système de soins, d'autre part et peut-être surtout un certain nombre de médecins spécialistes exerçant en ambulatoire, inquiets pour leurs activités et leurs revenus. La critique de la modification du système se fait alors par le biais de la remise en cause de la compétence du généraliste : sont évoqués pêle-mêle des retards diagnostiques en dermatologie, la baisse de la qualité de suivi en psychiatrie, la compétence douteuse des généralistes en pédiatrie, sans oublier la remise en cause du droit des femmes voire l'augmentation du nombre de cancers féminins si la gynécologie médicale ne gardait pas ses privilèges.

Dans ce contexte passionnel, il nous paraît utile de préciser quels sont les contours de la spécialité de médecine générale et comment sont formés les futurs professionnels.

La médecine générale a un contenu et une spécificité reconnus au plan international

«La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires» (Wonca 2002)².

Elle se définit par des caractéristiques propres qui la distinguent des autres spécialités et lui confèrent un rôle particulier dans le système de santé, et non pas seulement de délivrance de soins. Ainsi, elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant une accessibilité complète aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail interdisciplinaire en soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient. Elle développe également une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires et utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin patient basée sur une communication appropriée.

En outre, elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient ; elle base son processus décisionnel spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires, et gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient. Elle aborde les affections à un stade précoce et indifférencié qui pourrait éventuellement requérir une intervention rapide ; elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté, tout en répondant aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

La médecine générale est exercée par les médecins généralistes formés aux principes de cette discipline

Pour exercer sa spécialité, le généraliste applique donc ses compétences dans trois champs d'activité, dont il doit maîtriser les interrelations :

- la démarche clinique,
- la communication avec les patients,
- la gestion de son outil professionnel.

La discipline scientifique centrée sur la personne nécessite la confrontation des compétences et de leurs champs d'application avec trois dimensions spécifiques :

- scientifique : l'approche critique basée sur la recherche et son maintien par une formation continue et une amélioration de la qualité,
- comportementale : les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique,
- contextuelle : le contexte de la personne et du médecin, la famille, la communauté, le système de soins et la culture.

Ces interrelations caractérisent la discipline et soulignent la complexité de cette spécialité. D'ailleurs, les généralistes sont maintenant formés dans le cadre d'un diplôme d'études spécialisées de 3^{ème} cycle, à l'instar des autres spécialités.

Le travail des enseignants a permis une construction pédagogique permettant de faire travailler les étudiants dans le contexte de ce modèle complexe. Ils ont parfaitement intégré l'idée du médecin traitant et possèdent en terme de formation, un bagage que leurs prédécesseurs ne possédaient pas.

Encore faudra-t-il que le système de soins leur permette d'exercer ces compétences. ■

¹ Source Assurance Maladie

² The EURACT Educational Agenda Editor : Jan Heyrman www.euract.org.

Travail social : psychologisation des pratiques ou nouvelle figure de l'individu ?

Jacques ION

Sociologue,
Directeur de Recherches
CNRS, CRESAL,
Universités Jean Monnet,
Saint-Etienne
et Lumière Lyon 2.

Cet article est une réponse en écho théorique à l'article de François Chobeaux « Y a-t-il une psychologisation des formations au travail social aujourd'hui ? », in *Rhizome* N° 19, p. 6, juin 2005

¹ Voir les travaux d'Alain Ehrenberg et quelques uns des textes présentés dans Jacques Ion (dir) *Le travail social en débat(s)*, La Découverte, 2005, notamment ceux de Michel Autès, Robert Castel ou Marc-Henry Soulet.

² Voir les thématiques de deux journées d'études tenues récemment, d'une part à Lille les 14 et 15 octobre 2005 : "Y a-t-il psychologisation de l'intervention sociale ?", GRACC/AISLF GT 19/CLERSE, et à Chambéry, les 1 et 2 décembre 2005, Université de Savoie/CERAT, à l'occasion de la sortie de l'ouvrage collectif dirigé par René Ballain, Dominique Glasman et Roland Raymond, *Entre protection et compassion. Des politiques publiques travaillées par la question sociale*, Presses Universitaires de Grenoble, 2005.

³ Bertrand Ravon, « Vers une clinique du lien défait ? », in Jacques Ion (dir) *Travail social et souffrance psychique*, Dunod, 2005.

Sur le constat, il est assez facile de s'accorder : en la plupart des lieux du travail social, des plus anciens aux plus récents, l'implication personnelle requise de la part de l'intervenant, le souci d'accompagnement des pratiques, l'exhortation à l'autonomie et à la responsabilisation même chez les plus démunis, la mise en œuvre de techniques biographiques, etc., tout indique à la fois une attention accrue à la personne singulière et une montée corrélative de l'incertitude identitaire¹. Les textes législatifs récents sur l'aide aux usagers confirment cette focalisation et laissent à penser à une sorte de généralisation d'un traitement humanitaire de la misère. Peut-on pour autant, comme il est souvent proposé², parler de psychologisation des pratiques ? Une telle assertion me paraît relever d'une vision à trop court terme et faire l'impasse sur une nécessaire analyse sociologique. Je vais essayer en quelques mots de dire pourquoi et esquisser très rapidement une hypothèse alternative.

Qu'on me permette au préalable deux brèves remarques : L'accusation de psychologisation n'est pas neuve ; souvenons-nous que, dans les années soixante-dix, la plupart des sociologues, derrière Michel Foucault et Pierre Bourdieu, accusaient déjà les pratiques du travail social de masquer les rapports d'exploitation et de domination. Cette dénonciation de psychologisme allait de pair avec une mise en cause de l'Etat pensé comme puissance aliénante, instance de contrôle social s'opposant à l'émancipation des individus. Aujourd'hui, la dénonciation de l'usage de la psychologie s'accompagne au contraire, dans un contexte de globalisation néolibérale, d'une exigeante demande d'Etat comme moyen de protection des individus.

Comment ne pas rappeler qu'en fait, l'usage de la psychologie est une vieille chose, quasiment

contemporaine de l'émergence du travail social ! Ce qui change, comme l'a montré Bertrand Ravon³, ce sont les paradigmes de cette psychologie en usage dans le social. Rapidement dit, on passe de la psycho-dynamique à la psychologie des liens, de telle sorte qu'en fait on assiste plutôt aujourd'hui à une sociologisation des référents psys. Christian Laval montre de même que, plutôt que de parler de psychiatrisation du social, il faudrait parler d'imprégnation d'une partie au moins de la psychiatrie, celle qui précisément a à voir avec la question sociale telle qu'elle se pose aujourd'hui, par des référents issus du travail social et de la sociologie des liens.

Pour comprendre alors ce qui se passe actuellement, je crois qu'il ne faut pas oublier de rappeler que le travail social s'est développé là où les autres institutions de socialisation s'avéraient impuissantes ou inadaptées et que donc sa spécificité c'est précisément d'adapter la règle, pour ceux là momentanément en délicatesse ou en peine avec la famille, la justice, ou l'école. C'est en ce sens que le travail social est avant tout, quels que soient ses étayages collectifs – et il faut rappeler fortement qu'il n'y pas de travail social sans ces étayages (idéologiques, techniques, administratifs, etc.), sinon on est dans l'assistance ou la charité – une pratique individualisée. Si l'Etat providence ou plutôt comme préfère l'appeler Robert Castel l'Etat social, procède quant à lui, principalement par voie de catégorisation, traditionnellement il laisse précisément au travail social la charge d'adapter aux cas, aux individus. Suivre les pratiques du travail social, c'est alors suivre les figures de l'individu social, celui qui est implicitement derrière les prescriptions des travailleurs sociaux, celui qu'il faut soit « relever », soit « éduquer », soit « émanciper », soit « relier ». Ce

sont les normes du bon individu qui peuvent se lire au creux de ces pratiques. Ultime instance de socialisation, l'intervention sociale est sans doute le lieu où se visibilise plus qu'ailleurs encore ce qui constitue l'être en société. Or ces figures de l'individu, qui disent ces modes d'articulation entre les *je* et les *nous* ne cessent socialement d'évoluer. Risquons alors une très brève mise en perspective.

L'individu considéré initialement par le travail social réfère simultanément à deux régimes d'individuation, celui de la République et celui de l'Etat social. A l'idéal républicain, il emprunte la valeur d'émancipation individuelle, de libération des appartenances héritées. A l'idéal solidariste, il emprunte une vision davantage holiste où l'ayant droit est construit collectivement, sur la base d'appartenances partagées (le statut familial ou le statut de salarié). Mais dans les deux cas, l'individu ainsi construit est un individu abstrait. Dans les deux cas, l'idéal éducatif porté par le travail social vise à permettre cette transformation vers une citoyenneté (qu'elle soit libérale ou sociale).

C'est cette représentation sociale de l'individu qui est en train de changer. Elle n'est plus guère efficace dans les instances traditionnelles de socialisation, que ce soit la famille, la religion ou l'école, où le statut (celui d'élève, de mère de famille, etc.), où l'anonymat, ne suffisent plus à dire la réalité de l'individu concret. La prolifération des dispositifs montre d'ailleurs la nécessité pour bien des institutions de reconfigurer leur action en intégrant les dimensions oubliées de l'individu lorsqu'il se trouve réduit à son seul statut.

Quand les êtres sociaux sont de moins en moins définis par leurs inscriptions héritées, quand s'effacent les définitions des places sociales par les rôles ou les identités collectives, quand se diluent



La parole est à vous

Travail social : psychologisation des pratiques ou nouvelle figure de l'individu ? (suite)

⁴ Axel Honneth, *La lutte pour la reconnaissance*, éd. du Cerf, Paris, 2000.

⁵ Christian Laval, « L'extension de la clinique au sein du dispositif RMI », in Jacques Ion (dir), *Le travail social et souffrance psychique*, op. cit.

⁶ La première expression est empruntée à Isabelle Astier in « Qu'est-ce qu'un travail public ? », in Jacques Ion (dir), *Le travail social en débat(s)*, op. cit. ; la seconde à François Dubet, in *Le déclin de l'institution*, Le seuil, Paris, 2002.

⁷ Voir par exemple François de Singly, *L'individualisme est un humanisme*, éd. de l'Aube, 2005.

⁸ « L'intervention sociale d'aide à la personne » est l'appellation donnée au modèle de pratiques prôné par le Conseil supérieur du travail social.

⁹ L'analyse du processus d'individuation est développée dans l'ouvrage écrit avec Philippe Corcuff et François de Singly, *Politiques de l'individualisme*, Textuel, 2005.

les cadres sociaux (conventions collectives, prestations automatiques, etc.) de l'Etat social, quand les identités d'appartenance cèdent le pas à des identités de construction, c'est, pour reprendre l'expression d'Anthony Giddens, la « sécurité ontologique » des individus qui se trouve mise à mal. Rien d'étonnant si la question de la reconnaissance vient alors vite sur le devant de la scène ; plus précisément encore, comme l'analyse excellemment Axel Honneth⁴, c'est sous la forme spécifique de l'« estime de soi » que cette question se trouve socialement posée à travers le symptôme aujourd'hui envahissant de la souffrance (qu'elle soit dite sociale ou psychique). Que cette question, aujourd'hui au cœur de l'intervention sociale au front, impliquât la prise en compte de la dimension proprement psychique, qu'elle conduise à mobiliser des techniques de réassurance identitaire (comme le récit de vie), cela peut alors aisément

se comprendre. A distance de l'idéal éducatif correspondant à ce que Christian Laval⁵ appelle le « je inachevé », toujours perfectible, tendent ainsi à se développer des dispositifs d'accompagnement d'un « je désaccordé » avec lui-même comme avec le monde social. Simultanément, le travail « avec autrui » tend ainsi à se substituer au travail « sur autrui »⁶.

On pourrait alors, s'inspirant des travaux de François de Singly⁷, proposer le schéma suivant : le « je inachevé » correspond à l'idéal d'un « je universel », celui précisément des Lumières, tandis que le « je désaccordé » correspondrait à la forme pathologique d'un idéal contemporain du je concret ou singulier. De même qu'au capitalisme industriel valorisant la force de travail interchangeable aurait correspondu l'« ayant droit » anonyme de la redistribution sociale, au capitalisme de réseau correspondrait le salarié individualisé dans son poste comme

dans son salaire et la « personne » de l'aide sociale du même nom⁸. La définition de l'individu évolue, tout comme évoluent les institutions de socialisation. Il est alors erroné d'interpréter la montée de l'intervention sociale comme le seul effet du poids, certes sans cesse grandissant, des idéologies néo-libérales dans le management public. Ce qui est en cause correspond en fait aussi et peut-être principalement à une évolution de très long terme portée à la fois par un capitalisme toujours en quête d'individus libérés de toutes attaches et aux Lumières toujours en recherche d'une citoyenneté indépendante de toute inscription communautaire⁹. ■



La parole est à vous

Quelle Gouvernance ?

**Jean-Maurice
LASSERRE**
Directeur
du CHS de la Savoie.

La nouvelle gouvernance soulève bien des fantasmes. Rhizome s'en ait fait l'écho avec l'article¹ du Dr Jean-Pierre Martin qui me conduit à réagir à mon tour.

Non, l'Ordonnance de Mai 2005 ne va pas bouleverser en profondeur le cadre d'exercice de la psychiatrie publique car elle ne fait qu'officialiser bien souvent des pratiques existantes certes plus développées dans les hôpitaux généraux. Le Conseil exécutif n'est pas autre chose que l'élargissement de la réflexion médico-administrative développée depuis longtemps avec le couple Directeur-Président de

CME, les enjeux de pouvoirs sont heureusement dépassés dans la plupart des établissements où l'amélioration de la prise en charge des patients constitue la première préoccupation partagée ; le directeur est dans la mouvance du soin, le médecin se préoccupe de gestion, il s'agit bien là d'une évolution positive pour l'institution et ses usagers.

Quant aux pôles, ils seront ce que nous voudrions bien en faire ensemble ; évitons toute attitude frileuse et défensive et interrogeons-nous plutôt sur l'efficacité de nos secteurs ; répon-

dent-ils dans les meilleures conditions à toutes les demandes de soins ? Si tel est le cas, le pôle ne présente guère d'intérêt, si la réponse est incertaine, une vraie réflexion s'impose.

Le conservatisme exprimé par un bon nombre de psychiatres et de directeurs n'a pas empêché la psychiatrie de perdre depuis 20 ans des moyens conséquents redéployés vers les hôpitaux généraux. Il est grand temps de saisir les opportunités actuelles et de mobiliser nos énergies en commun pour proposer les adaptations nécessaires et inverser une tendance qui n'a rien d'inéluctable. ■

¹ J.P. Martin, Hôpital 2007 : Quelle gouvernance ? in *Rhizome* n° 20, p.14, septembre 2005.

Nous avons lu

■ L'épuisement professionnel des médecins généralistes, une approche compréhensive en Poitou-Charentes.

Philippe Davezies et François Daniellou, *Rapport de recherche, URML, avril 2004.*

Cette étude permet de poser un diagnostic sûr et précis du « burn out » chez les médecins libéraux. Elle peut être consultée sur le site <http://www.urml-pc.org>.

■ Le sang nouveau est arrivé, l'horreur SDF.

Patrick Declerck, Ed. Gallimard, 2005.

Dans son pamphlet nietzschéen, Patrick Declerck démonte, d'une manière impitoyable, le cynisme des politiques concrètes autour de la grande exclusion. Si cet ouvrage donne à l'excès la nausée au lecteur, il pourra lire le livre profond de Myriam Revault-D'Alonnes, *Fragile Humanité*, Ed. Aubier, 2002.

■ Psychiatrie et folie sociale.

Jean-Paul Arveiller, Ed. Erès, 2006.

Cet ouvrage propose de redéfinir les champs et les missions d'une psychiatrie soucieuse de l'humain mais adaptée à notre temps.

■ Un monde de fous.

Patrick Coupechoux, Ed. du Seuil, 2006.

A la suite d'un réel travail d'enquête auprès des hôpitaux psychiatriques français, des témoignages de malades et de familles, des reportages dans la rue et les prisons... l'auteur nous présente une réflexion sur les politiques de santé mentale et « comment notre société maltraite ses malades mentaux »...

■ Je stresse, donc je suis.

Marc Lorient, Ed. Mots et Cie, 2006.

L'auteur, sociologue et spécialiste de la fatigue et du stress au travail, nous livre, sur un ton humoristique, une foule d'anecdotes drôles sur les soins selon les époques et les pays.

■ La psychiatrie en France, quelles voies possibles ?

Rapport de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, Ed. de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, nov. 2005.

Face à une transformation en profondeur de la psychiatrie en France ces dix dernières années, la MNASM dresse un état des nouveaux lieux de santé mentale avant de s'interroger sur le fonctionnement des structures existantes et de leur devenir.

■ Pourquoi la psychopathologie clinique ?

Sous la direction de Christian Hoffmann et d'Olivier Douville, Ed. L'Harmattan, 2006.

Cet ouvrage pose avec pertinence la question de la formation en la matière, dans le contexte culturel qui est le nôtre.

■ Pauvreté, exclusion : ce que peut faire l'entreprise.

Rapport publié par l'Institut Montaigne, février 2006.

Ce rapport formule des propositions concrètes s'adressant aux décideurs publics, auxquels il incombe de lever certains blocages, mais aussi aux chefs d'entreprises dont les pratiques peuvent et doivent évoluer et les préjugés tomber dans la lutte contre l'exclusion et la pauvreté.

Agenda

■ Jouer ! Enjeux ethnopsychiatriques.

V^{ème} Colloque de la Revue l'Autre, les 19 et 20 mai 2006 à Clermont-Ferrand.

Contacts : Tél. 04 73 19 23 90 - Fax : 04 73 19 23 91 - Mèl : h.asensi@wanadoo.fr

■ Médecine Générale-Psychiatrie-Précarité : Quelles articulations ?

VI^{ème} Journée de rencontre annuelle organisée le mardi 13 juin 2006 par le Service d'Appui « Santé Mentale et Exclusion Sociale », CH Sainte Anne, 100 rue de la Santé, 75014 Paris

Contacts : Tél. 01 45 65 87 95 - Mèl : v.fugier@ch-sainte-anne.fr

■ Les figures du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle.

Journée organisée par l'ONSMP-ORSPERE lundi 19 juin 2006 à l'Institut des Sciences Cognitives à Bron (69500).

Contacts : Tél. 04 37 91 53 90 - Fax : 04 37 91 53 92 - Mèl : orspere@ch-le-vinatier.fr

Les œuvres qui illustrent ce numéro de Rhizome ont été aimablement mises à notre disposition par André Bouilly.

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale
Directeur de publication : Jean FURTOS
Coordinateur éditorial : J. Pierre MARTIN
Assistante de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or)
- Jean-Paul CARASCO, infirmier (St Maurice)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, dr en psychologie, Orspere
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Marie-Claire FILLOT, cadre socio-éducatif (Paris)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Vénissieux)
- Alain GOUFFÈS, psychiatre (UMAPPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Monique LIPS, cadre socio-éducatif (Lille)
- Pierre MERCIER, directeur Habitat et Humanisme (Lyon)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIÈRE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, président d'association (Lyon)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ
- Pauline RHENTER, politologue (Lyon)
- Christiane RICON, directrice établissement social
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).

Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60
Valérie BATTACHE - Tél. 04 37 91 53 90



ONSMP-ORSPERE

CH Le Vinatier, 95, Bd Pinel
69677 Bron Cedex
Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92
E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr
Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere
Impression et conception : Imprimerie BRAILLY (St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47
Dépôt légal : 2249 - Tirage : 9 500 ex.
ISSN 1622 2032
N° CPPAP 0910B05589