

▶ Aux portes du soin : pour une meilleure accessibilité en santé mentale <i>Sylvie Maddison</i>	2
▶ Les naufragés... sur la marée humaine <i>Francis Turine</i>	4
▶ Les jeunes à la limite de plusieurs champs d'intervention <i>Isabelle Deliége et Virginie Olivier avec la participation de Luc Blondieau, Guy Devienne, Jean-Claude Devyver, Marc Lefèbvre, et Denis Rihoux</i>	5
▶ « L'adolescence en rupture le placement : au féminin » <i>Une lecture de Virginie Olivier</i>	8
▶ Brèves...	9
▶ Les structures psycho-socio-thérapeutiques : des structures « intermédiaires » à la croisée des chemins <i>Nadia Lambert</i>	10
▶ Retour à l'hygiène mentale : la clinique et les pratiques actuelles en santé mentale <i>Christine Gosselin</i>	12
<i>En réaction :</i>	
▶ Derrière la catégorie dite « 140 »... pour que le débat reste ouvert <i>Luc Laurent</i>	13
▶ L'urgence psychiatrique et le passage obligé par le judiciaire <i>François-Joseph Warlet</i>	14

DOSSIER : Médecine générale et santé mentale

▶ Du médecin de famille au médecin généraliste <i>Francis Turine</i>	15
▶ La médecine générale est-elle un anachronisme ? <i>Axel Hoffman</i>	16
▶ La « maladie » du médecin <i>Martine Delporte</i>	19
<i>Témoignages :</i>	
▶ Le généraliste face à la maladie d'Alzheimer <i>Marguerite Mormal</i>	20
▶ Un bon médecin généraliste ? <i>Nadine (Psytoyens)</i>	21
▶ La médecine, au confluent des sciences exactes et des sciences humaines ? Regard sur la formation des médecins <i>Rencontre avec Philippe van Meerbeeck</i>	22
▶ Poursuivre sa formation à la relation médecin-patient : l'approche des groupes Balint <i>Philippe Heureux</i>	24
▶ Le réseau Alto : pour répondre aux besoins multiples des usagers de drogues <i>Virginie Olivier</i>	26
▶ Le médecin généraliste face aux changements dans la relation médecin - malade <i>Luc Lefèbvre et Véronique Delvenne</i>	27
▶ Médecin de famille, roue de secours et interprète <i>Anne Gillet-Verhaegen</i>	30
▶ La conception du temps chez les soignants : entre contrainte et valeur thérapeutique <i>Sylvie Carbonnelle</i>	32
▶ Les psychotropes... : pièges ou « merveilles » thérapeutiques ? <i>Anne Gillet-Verhaegen</i>	34
▶ Les médecins généralistes face aux patients « psy » et l'émergence de l'entité diagnostique « Souffrance Psychique » <i>Claudie Haxaire, Philippe Bail et Philippe Genest</i>	36
▶ Quand la santé mentale s'invite à ma consultation... <i>Dominique Hubert</i>	39
▶ Collaboration première ligne / santé mentale <i>Rencontre avec des médecins généralistes namurois</i> <i>Didier De Vleeschouwer</i>	40
▶ Un psy en première ligne médicale : vers une approche transdisciplinaire <i>Vanni Della Giustina</i>	42
▶ Entre corps, esprit et spiritualité : au-delà de la biomédecine <i>Paul Jacques</i>	44
▶ Médecine générale : sparadrap d'une société solitaire... ou aiguillon pour une société solidaire ? <i>Thierry Wathelet</i>	47
▶ Repères et références bibliographiques	48



Aux portes du soin : pour une meilleure accessibilité en santé mentale

Le colloque «aux portes du soin», reporté au 3 février 2006, sera l'occasion de poursuivre le projet de recherche consacré à l'accès aux soins en santé mentale. L'Institut a choisi ce thème de travail début 2005 parce que la question de l'accessibilité semblait effectivement préoccuper la plupart des personnes concernées par les soins en santé mentale, c'est-à-dire, et avant tout, la population pour qui le labyrinthe des aides disponibles reste plus qu'obscur mais aussi, bien évidemment, toutes les personnes qui travaillent au plus près des besoins des gens, qui les accueillent en première ligne : médecins, enseignants, services sociaux, ... Et bien sûr, les professionnels de la santé mentale qui sont parfois bien en peine de trouver les solutions adéquates pour orienter efficacement leurs patients, pour communiquer entre eux à leur sujet, etc... L'accès pour tous à une aide de qualité, ne serait-il jamais qu'une utopie ?

Sylvie Maddison - IWSM

Le projet

Ce projet avait l'ambition, bien entendu, de soulever la question de l'accessibilité en santé mentale, mais aussi d'aller plus loin dans la réflexion en proposant des pistes de solutions concrètes. Pour ce faire, nous avons imaginé travailler en deux temps.

► Tout d'abord, un premier temps - les tables rondes organisées en mai et juin 2005 - qui permettrait, en quelques «tours de piste» de cerner et d'analyser la question.

► Ensuite, un second temps - le colloque - qui aurait pour but, dans la continuité de l'analyse des tables rondes, d'ouvrir la réflexion à toute personne ou structure intéressée par le thème de l'accès aux soins via, notamment, une participation active à des ateliers.

Les tables rondes

Partis de l'idée de dresser une liste des questions qui se posent en matière d'accès aux soins, l'équipe de l'IWSM a donc mis sur pied cinq tables rondes organisées dans cinq lieux de Wallonie. Ces tables rondes ponctuelles ont réuni à chaque fois un panel d'une quinzaine de participants représentant - et

là se situe leur originalité - familles et usagers, professionnels de première ligne et professionnels en santé mentale. De toutes provenances géographiques, les participants avaient en commun un intérêt pour une tranche d'âge précise : petite enfance, enfance, adolescence, adulte, personne âgée. Suivant une méthodologie commune, les participants se sont engagés à jouer un rôle actif dans le processus. Ils étaient invités à prendre connaissance d'un témoignage amené par un usager ou une famille et à répondre à quelques questions avant de se rencontrer. Ce matériel a servi de base à l'élaboration d'une première synthèse des difficultés et facilités en matière d'accès aux soins, des manques et ressources disponibles. La table ronde proprement dite a, elle, permis de mener plus loin la discussion en donnant l'occasion à chacun de s'exprimer pour affiner certains constats mais également pour élaborer des ébauches de pistes visant à améliorer l'accès aux services pour tous. Les minutes de ces cinq tables rondes ont donné lieu à une analyse réalisée sur base d'une grille de lecture des critères d'accès préalablement définis dans un volet de recherche plus théorique. Ce sont les résultats de cette analyse qui font l'objet de la synthèse proposée comme base de réflexion aux participants du colloque.

Quelques résultats de l'analyse

La proximité géographique, l'accès financier, les représentations sociales et culturelles, le manque de structures, ... sont autant d'aspects qui participent et interagissent dans la problématique de l'accès aux soins en santé mentale.

Les résultats de notre analyse ont permis de dégager une série de questions bien concrètes à approfondir, parmi lesquelles ont été sélectionnés les huit thèmes proposés pour les ateliers du colloque.

Voici, en primeur, deux points d'analyse concernant des aspects de l'accessibilité qui touchent, apparemment, toutes les catégories de personnes quel que soit leur âge.

L'information

Les difficultés d'accès à l'information constituent un des éléments importants pointés par l'analyse préparatoire. Comment, en effet, trouver l'aide adéquate quand on ne sait pas où ni comment la chercher ? Et il faut savoir que ce manque d'informations touche aussi bien la population que les professionnels de première et de seconde ligne. On est même étonnés de constater que parmi les professionnels de santé mentale, peu nombreux sont ceux qui possèdent une bonne connaissance de la multitude des services existants, de leurs missions et modes de fonctionnement.

Quelles sont les chances alors pour la personne d'être correctement orientée ?

Il faut aussi noter que ce manque d'information participe à l'ancrage de certaines représentations sociales à l'égard de la santé mentale. En effet, celle-ci continue de faire peur. En parler reste encore souvent tabou et soulève la frilosité de certains intervenants qui évitent d'orienter leurs patients en psychiatrie !

La demande d'information concerne plusieurs aspects dont :

► une meilleure connaissance des problèmes de santé mentale

Quelle définition donner à la santé mentale? Qu'englobe-t-elle comme problématiques en dehors des pathologies psychiatriques? Comment les autres facteurs (sociaux, médicaux,...) interagissent dans les problèmes de santé mentale? Quels sont les différents types d'intervenants qui travaillent en santé mentale, quels sont leurs rôles respectifs? Quelles sont les différentes approches thérapeutiques qui existent et leurs spécificités?

► une meilleure connaissance du secteur de la santé mentale

Ce secteur, il est vrai, s'apparente à un vrai labyrinthe de structures en tous genres. Comment mieux connaître ces structures, leur mission et leur manière de travailler? D'un point de vue pratique, qui fait quoi? Où? Quand? Pour qui? Comment répertorier ces données et les diffuser de manière compréhensible?

Ces constats et questions, pointés parmi tant d'autres, seront approfondis à travers plusieurs ateliers du colloque dans le but de trouver des propositions visant à améliorer l'accessibilité.

Ainsi, un atelier sera plus particulièrement consacré aux *représentations et à l'accès des usagers et de la population à l'information*. Il posera la question du « que faire pour améliorer l'image de la santé mentale? ». Il s'intéressera également aux sources d'informations existantes, en les répertoriant et en réfléchissant à des moyens pour les rendre plus accessibles.

Un autre atelier consacré à la *communication entre intervenants* abordera lui aussi le problème de l'information en cherchant des moyens qui amènent les professionnels à mieux se connaître et donc à mieux utiliser le réseau.

Un autre encore, celui traitant du *travail des médecins généralistes*, abordera inévitablement la question de l'information des intervenants de première ligne: comment leur donner la possibilité de mieux connaître les multiples possibilités de prise en charge pour orienter plus efficacement leurs patients vers une aide appropriée?

Les listes d'attente

Un autre résultat, qui sera traité dans un atelier sur *l'accueil de la demande et la gestion de l'attente*, concerne les difficultés d'accès liées aux listes d'attente des services. Il s'agit d'une question bien épineuse qui a été abordée pour toutes les tranches d'âge.

En effet, en dehors des services d'urgence et à quelques exceptions près, le délai d'attente avant de pouvoir bénéficier d'un rendez-vous ou d'une prise en charge en santé mentale est quasi généralisé. Les conséquences inévitables en sont: la non prise en charge d'une série de personnes qui se découragent, abandonnent et/ou s'orientent vers des solutions moins adéquates; ou encore le choix d'une prise en charge plus « lourde » que nécessaire; mais aussi un éloignement peu judicieux du patient..., avec, à la clef, de surcroît, un risque de rupture dans la prise en charge.

Sensibilisés à cette difficulté, les intervenants se voient dans l'obligation de trouver des « astuces » pour garantir l'indispensable continuité des soins. C'est ainsi qu'on a pu observer un phénomène que l'on pourrait qualifier de « boule de neige », notamment au niveau des jeunes enfants. Celui-ci consiste à allonger la durée de certaines prises en charge dans l'attente de voir une place se libérer dans le service adéquat pour assurer le relais, avec, comme effet pervers, l'encombrement de structures qui se voient ainsi contraintes de prolonger certains séjours...

Ce problème des délais semble s'expliquer de plusieurs manières. Entre autres par le déséquilibre entre l'offre de soins qui évolue peu et la demande de soins quasi exponentielle (la capacité maximale des services est perpétuellement atteinte). Ou encore l'engorgement des services les moins coûteux: plus les soins sont accessibles financièrement, plus les listes d'attente s'allongent...

Comment faire en sorte que ce délai d'attente ne soit pas vécu comme un abandon ou un désintérêt des professionnels à l'égard des usagers? Que mettre en place comme solution(s) pour qu'un suivi minimal ou un relais temporaire soit assuré?

Il existe, semble-t-il, des initiatives spontanées de certains services pour faire en sorte que le temps d'attente puisse être mis à profit ou encore pour tenter de désamorcer l'urgence

d'une situation et, en tous les cas, ne pas laisser les personnes démunies dans la nature.

Un des objectifs de l'atelier qui abordera ces questions au colloque sera de voir comment ces initiatives originales peuvent concrètement se mettre en place. Quels sont les dispositifs imaginés par ces intervenants créatifs qui pourraient, nous l'espérons, inspirer d'autres services et structures n'ayant pas encore réussi à apporter de réponses à ce problème?

Les suites du colloque

Au terme du colloque, l'IWSM compte faire ressortir de ces différents moments d'élaboration, un plan concret de recommandations et suggestions qui auront pour but de chercher à pallier les manques existants et d'améliorer ce qui peut l'être en matière d'accès aux soins... Plan qui devra bien entendu être assorti d'un projet d'évaluation pour que ces nouvelles pistes de travail ne restent pas lettres mortes... L'accessibilité restera donc encore au cœur des préoccupations de l'IWSM pour l'année 2006. ●

Pour information :

Colloque «Aux portes du soins - l'accessibilité en santé mentale»
Le 03 février 2006, de 9h à 17h30 à Charleroi (CEME).

Programme disponible sur le site www.iwsm.be ou sur demande au 081/ 23 50 15
(Il reste encore quelques places dans certains ateliers).

Deux **Cahiers** de l'Institut seront consacrés à ce thème :

► un premier portera sur les résultats de la recherche sur « l'accessibilité aux services de soins en santé mentale » (parution janvier 2006)

► et un second reprendra les actes du colloque et les recommandations qui se dégagent du travail (parution printemps 2006).

¹ Ce document d'une dizaine de pages est disponible sur demande au secrétariat de l'IWSM ou sur le site www.iwsm.be.



Les naufragés... sur la marée humaine

Francis Turine - IWSM

Le réveil de l'hiver et de ses conditions rigoureuses, à la fin novembre, a remis à la une de l'actualité d'une part, la situation des sans abris, SDF et clochards, d'autre part, l'annonce d'initiatives diverses (restos du cœur, ouverture des casernes aux sans abris, ...). Nous avons été nombreux à regarder cette séquence du JT montrant le Président du CPAS de Bruxelles cherchant à convaincre un clochard d'accepter un logement dans un lieu sec et chauffé. Ce dernier, une bouteille de cinzano à la main, refuse calmement cette invitation !

Un regard implacable, sans complaisance mais fait de grande humanité, sur les années qu'il a passées auprès des clochards de Paris, tel est le témoignage introspectif, le récit extraordinaire que Patrick Declerck a nommé « les naufragés ».

Il l'a voulu « *non pas académique, ethnographique, ... objectif ... mais, un peu trop brûlé au contact de trop de souffrance, d'horreur et de non-sens, ... récit du cheminement de la conscience, de ma conscience à travers ce qui, peu à peu, s'est révélé être une manière de voyage initiatique ... C'est qu'au soleil noir de la mort, la science objectivante apparaît comme une chose bien petite et quelque peu dérisoire ... c'est en cela justement qu'ils se révèlent fascinants et précieux ces clochards ... effarants professeurs de négatif. C'est en cela qu'ils ont, par-delà leurs silences, des choses à nous apprendre. C'est pour cela que je suis resté si longtemps à les regarder, à les humer, à les écouter. C'est pour cela qu'il est des soirs, maintenant que je les ai quittés, où ils me manquent un peu* » (p. 15).

Livre sérieux, grave dans lequel ce qui pourrait apparaître comme l'humanité en négatif, en pose au contraire le fondement, sans détour possible, sans exaltation possible.

« *On mendie quelques heures par jour. On peut choisir la passivité ... Mais les crampes et le froid guettent. Il faut tenir. Ce n'est pas*

facile. On peut aussi tenter d'être plus actif ... Il s'agit alors d'arrêter les passants ... Je l'ai fait moi-même, ethnographe oblige, cela demande un grand courage physique et moral ... Il faut affronter les insultes et les moues méprisantes ... » (p. 27)

Comment parler de ce livre avec des mots autres que ceux de Patrick Declerck, comment le commenter sans en effacer, atténuer, travestir ou trahir la pertinente justesse ?

Il nous fait découvrir un monde qui ne forme pas une entité ; il le fait avec tendresse, horreur mais aussi rigueur ; il nous raconte cette détresse ramassée en un monde survivant.

Radicalement omniprésente, la question de l'accessibilité est là. De quoi parle-t-on quand on parle d'accessibilité, quand on parle d'accessibilité aux soins, quand on parle d'accessibilité aux soins en santé mentale ? S'agit-il d'abord, dans ce témoignage-ci, de l'accessibilité à un asile de l'extrême ou à un désir de retrouver les semblants de la vie sociale ?

L'accessibilité architecturale ? « (p. 102) *On sait construire un bloc opératoire, ... On ne sait pas construire un centre de consultations pour clochards... C'est ici le reflet de l'ensemble des réponses de la société à ces hommes apparemment insaisissables... Ce qui se fait est, comme toujours, un peu à côté. L'effort un peu vain, mal appliqué. L'argent mal dépensé...* »

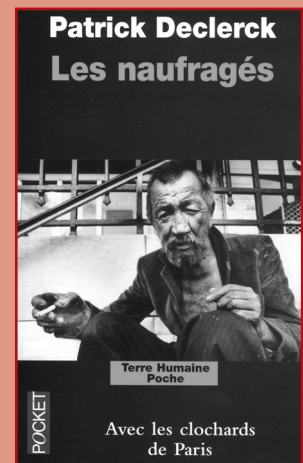
L'accessibilité à la différence ? « (p. 103) *Un savoir fiable existe mais il ne satisfait pas, car l'interrogation ne porte pas en dernière analyse sur la population elle-même, mais sur l'angoisse que nous éprouvons au contact de sa différence. C'est elle que nous ne parvenons pas à métaboliser.* »

L'accessibilité à l'intégration ? « (p. 281) *Ainsi mourut un homme qui s'était élevé jusqu'à une hauteur de vue peu commune, où lui était apparu que la plus grande des libertés, pour lui, consistait justement à y renoncer. On ne le lui permit pas. Les sages*

de l'Antiquité l'auraient admiré. Nous autres, hommes de la modernité, ... ne réussîmes qu'à le conduire à la mort. Pour son bien ... ». Ces propos concernent un homme pour qui certains ont eu le projet de réintégration par le travail mais qui n'ont pas mesuré la marge entre une bricole de travail pour se fournir en pinard et tabac et un travail régulier, quotidien, aussi facile soit-il. Lui, il s'est rebiffé, rétracté au point de nous quitter ...

Accessibilité à une aide thérapeutique ? « (p. 339) *Dans les faits, les contrats thérapeutiques souffrent de ce paradoxe qui consiste à accepter de soigner un sujet malade à condition qu'il commence d'abord par guérir. On exige de ces hébergés potentiels de contrôler pour six mois, et comme par magie, les manifestations symptomatologiques des pathologies dont ils souffrent . »*

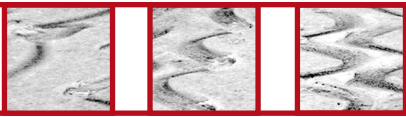
... Ouvrage à découvrir, à lire, à méditer ... pour l'accessibilité ... ●



Patrick Declerck :

Les naufragés (avec les clochards de Paris) Terre humaine /Plon/2001

Patrick Declerck sera présent à Charleroi ce 3 février lors du colloque sur l'accessibilité aux soins en santé mentale autour du thème : « *Rêver furieusement d'un impossible ailleurs...* ». Son nouveau livre vient de paraître : « *Le Sang nouveau est arrivé : l'horreur SDF* », chez Gallimard, Paris, novembre 2005.



Les jeunes à la limite de plusieurs champs d'interventions²

Les intervenants sont de plus en plus confrontés à des cas « limites » d'adolescents, à la frontière de différents domaines comme l'aide à la jeunesse, le handicap et la santé mentale, que ce soit sous forme de psychiatrie résidentielle ou sous forme ambulatoire. Ces cas les interpellent dans leur manière de travailler, non seulement avec le jeune, mais aussi avec leurs collègues d'autres institutions et d'autres champs. Dans ce genre de situation, se concerter, travailler ensemble apparaît comme une nécessité. Une étude en trois volets s'est penchée sur cette question. Après plusieurs constats d'obstacles et d'impasses issus d'une recherche menée à Bruxelles³, c'est sur l'initiative du Conseil d'Arrondissement de l'Aide à la Jeunesse de Namur, en partenariat avec la Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale, que des intervenants de divers secteurs ont poursuivi la réflexion autour d'une situation concrète. Nous avons réuni pour vous quelques-uns des protagonistes de cette recherche afin de faire le point avec eux sur cette expérience et ses apports. Le relais a désormais été passé à Charleroi qui s'intéressera plus particulièrement à l'avis des jeunes et des familles à la fois dans ce qu'ils pensent, mais aussi dans ce qu'ils ressentent⁴.

Table ronde avec la participation de :
**Luc Blondieau, Guy Devienne, Jean-Claude Devyver,
Marc Lefèbvre, et Denis Rihoux**

Propos recueillis par Isabelle Deliége et Virginie Olivier, IWSM

Un dispositif particulier

L'expérience de cette recherche, c'est tout d'abord celle d'une « intervention à deux voix », dans la situation complexe et particulière d'Emile, qui se situe à la limite de plusieurs champs. Deux « co-intervenantes » dans cette situation ont chacune tenté de représenter leur approche : socio-éducative d'une part et santé mentale itinérante (outreaching) d'autre part. Le tout, sous le regard d'un groupe de recherche composé d'une vingtaine d'intervenants de différents secteurs, dont plus ou moins la moitié connaissait la situation pour y avoir été impliqué à un moment ou un autre.

Nos interlocuteurs soulignent d'emblée qu'en raison de l'important coût en temps et en énergie qu'il a représenté pour les intervenants, qui se sont vus une vingtaine de fois pendant 2-3h, ils considèrent le dispositif mis en place comme difficilement reproductible à des situations similaires, en dehors du cadre spécifique d'une recherche.

Un objectif commun

Partant du constat du peu de temps généralement disponible pour ce genre de concertation et de l'existence potentielle de malentendus entre collègues d'institutions et de champs différents, les participants au groupe de recherche proposent de tirer un maximum d'enseignements de cette expérience. Ils présentent ainsi dans leur rapport une série de « réflexions pour l'intervention conjugulée » ayant pour objectif la création d'une sorte de « canal préétabli de communication » entre eux, qui permettrait de « franchir les murs d'incompréhension qui existent encore entre les secteurs : le monde hospitalier, le monde socio-éducatif, le monde de la prise en charge psychiatrique, le monde de la prise en charge AWIPH, le monde de la santé mentale ambulatoire, le monde du rappel de la loi (les IPPJ) et le monde de la justice ».

Ils constatent ainsi qu'on assiste généralement à une succession d'interventions de

différents services, alors que la recherche montre l'intérêt d'intervenir à plusieurs simultanément. Ce travail fait apparaître l'intérêt, voire la nécessité de développer des « outils communs partiels », chacun gardant sa spécificité de fonction, de mission, de champ. Ces outils pourraient s'incarner dans une forme de sensibilité commune ou dans certaines références méthodologiques partagées.

Une meilleure connaissance réciproque

Le groupe de recherche met en évidence l'intérêt de se rapprocher entre « co-intervenants » d'un territoire donné -dans leur cas, le Namurois- et, pour ce faire, de travailler sur leurs « cultures » respectives et de pouvoir anticiper. Nos interlocuteurs soulignent d'ailleurs qu'entre eux, une bonne partie du temps a été consacrée à la **connaissance** des autres services, de leur mode de fonctionnement et à l'établissement de relations personnelles avec les collègues d'autres institutions avec lesquelles ils sont appelés à intervenir. Ceci semble constituer un élément indispensable, peut-être même une condition de ce travail d'intervention conjugulée. Cette interconnaissance prend, de l'avis des professionnels, un temps considérable, temps qu'il faut parfois accepter de « perdre », pour après en gagner. Une meilleure connaissance des services et de leurs pratiques permet également de dépasser certains préjugés et peut-être même de proposer au jeune l'intervention la plus adéquate dans sa situation particulière. Il faut aussi pouvoir faire passer cette information au sein de l'équipe, au-delà du mouvement de rotation qui peut exister au sein du personnel des différents secteurs concernés.

Un fil rouge à maintenir

Une question se pose : Faut-il vraiment parler de **co-intervention** ou bien faut-il plutôt concevoir qu'il y ait chaque fois un

intervenants ayant un **mandat principal**, qui doit travailler en collaboration et développer des partenariats avec d'autres? L'initiative de la demande de collaboration semble donc jouer un rôle structurant.

Elle amène également à la question du **fil rouge** de la (co-)intervention et l'interrogation sur la nécessité d'un « coordinateur » pour mobiliser le réseau. Il semblerait en effet pertinent qu'une personne assume ce rôle pour arriver à rassembler le réseau dans une situation et empêcher sa dissolution.

Ainsi, dans le cas travaillé par le groupe de recherche, il apparaît qu'après avoir beaucoup collaboré ensemble dans les moments de crise, les deux co-intervenantes de l'aide à la jeunesse et du service d'*outreaching* se sont éloignées quand la situation s'est améliorée. A ce moment, à qui incombe la responsabilité de leur suggérer qu'il serait peut-être important qu'elles se revoient quand des problèmes (ré)apparaissent? C'est une des questions qui a été soulevée dans la recherche.

Si les intervenants ont pensé à celui qui a le premier « mandat » pour assumer ce rôle, ils admettent que cela peut poser problème quand celui-ci se retire une fois son travail terminé.

Une piste pourrait être de pouvoir compter sur une personne dans l'entourage du jeune à même d'assurer, de par la connaissance qu'elle a de son parcours, un éventuel relais en cas de nécessité. L'intérêt du recours à une personne de référence, même non professionnelle, est souligné; les expériences en la matière se sont, de l'avis des acteurs de terrain, révélées assez probantes.

Incarnation d' un collectif

Le groupe de recherche a également accordé une certaine importance dans ses travaux et réflexions au fait **d'incarner un collectif**, face au jeune, qui se retrouve selon eux souvent dans un face-à-face dual avec chaque intervenant. Le manque de continuité entre interventions successives correspondrait à un fonctionnement assez **abandonnique** dans lequel peut se retrouver inscrit le jeune qui passe de centre en institution, mettant en échec les différentes équipes, qui se « refilent alors la patate chaude ». Ainsi, le groupe suggère que

chaque acteur et chaque institution puissent concevoir leur action comme s'inscrivant dans un continuum, parmi un ensemble de collègues et de relais institutionnels ayant chacun leurs spécificités et leurs ressources propres, afin que l'aide apportée soit bénéfique pour le jeune. En ce sens, il est intéressant que l'équipe qui s'est trouvée dans une impasse avec un jeune puisse continuer à le suivre, par exemple en prenant de ses nouvelles.

Cette recherche prône donc la « **non-séparativité** » des différents secteurs. Cela signifie que le continuum porterait aussi sur l'articulation de leurs spécificités à travers les choses qui rapprochent les professionnels mais aussi les différencient les uns des autres et consisterait à jeter des ponts entre eux. Autrement dit, ils perçoivent la nécessité d'une approche réunifiante de la situation du jeune, dans le contexte sociétal où la culture dominante opère plutôt un mouvement inverse, d'individualisation.

L'essentiel semble être d'éviter les « trous » dans le dispositif, trous par lesquels peut s'échapper le sens, quand certains intervenants ne sont plus invités ou ne participent plus à la concertation pour une raison ou une autre.

Les participants soulignent aussi l'importance du **regard** qui est posé sur l'autre (intervenant): s'il est positif, il a beaucoup plus de chance de faciliter l'intervention conjointe auprès d'un jeune. Un de nos interlocuteurs rappelle d'ailleurs que tout regard posé sur la situation, qu'il soit socio-éducatif, psychologique, médical ou judiciaire, a une valeur et qu'il faut éviter de les hiérarchiser en fonction de la position ou de la fonction de celui qui le soutient.

Jusqu'ou faut-il aller ?

Une telle optique de non-séparativité soulève évidemment la question de savoir **où s'arrête l'intervention** dans un tel type de fonctionnement. La recherche a par exemple montré l'intérêt qu'un service psychiatrique résidentiel puisse laisser une porte ouverte, même lorsqu'il n'assume plus concrètement la prise en charge ou l'accueil du jeune. La faisabilité de ce genre d'implication au-delà de la fin de la prise en charge est toutefois à aborder, vu le temps qu'elle nécessite, même si tous s'accordent

sur son intérêt clinique dans le cas d'un jeune à la limite de différents champs, qui peut avoir tendance à « enchaîner » les services.

Il y a aussi la possibilité matérielle pour le service d'assumer de nouveau une prise en charge au moment où le jeune pourrait en avoir besoin; la question se pose notamment avec acuité dans le cadre d'institutions résidentielles fortement sollicitées, où chaque place libre est généralement immédiatement comblée.

Un autre obstacle à la continuité des soins se profile dans le manque de structures disponibles pour la tranche d'âge assez sensible des 17-23 ans. Les acteurs de terrain constatent aussi que souvent, le fil se coupe à 18 ans. L'âge de la majorité implique en effet le passage à un tout autre système à la dynamique distincte: celui destiné aux adultes.

Quand la prise en charge des intervenants de seconde ligne s'arrête, la question du **relais** vers les **premières lignes** (enseignants, PMS, ...) se pose pour « témoigner de l'histoire du jeune », « assurer le fil rouge » mais sans stigmatiser et soulève la question du secret professionnel partagé. Par exemple, dans quelle mesure ces derniers doivent-ils être au courant du passage en psychiatrie d'un jeune ou de sa médication, dans la mesure où ces informations peuvent parfois les effrayer? Toutefois, si le groupe de recherche interroge la nécessité de ce partage d'informations, il questionne également l'attitude opposée qui consisterait à ne transmettre que ce que le jeune est d'accord de transmettre.

La voie médiane suggérée serait peut-être de fournir ce qui est nécessaire aux intervenants-relais pour que leur action puisse s'inscrire dans la cohérence avec ce qui a été fait précédemment. On pourrait ainsi éviter le sentiment de « voyage en absurdie » – selon l'expression du chercheur – que certains peuvent parfois ressentir, notamment lorsqu'ils voient adopter une solution déjà envisagée précédemment et en défaveur de laquelle ils s'étaient positionnés.

Un cadre administratif plus souple

Par ailleurs, interrogés sur les éléments qui seraient de nature à favoriser ce type

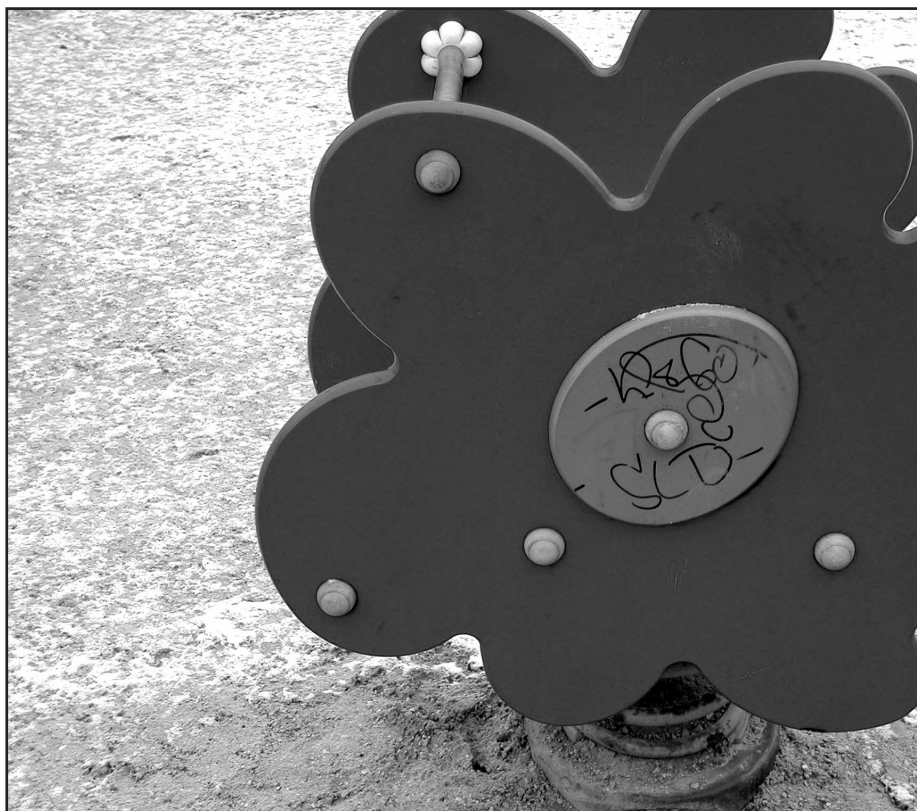
d'«intervention conjuguée» au niveau du cadre **administratif et politique** dans lequel ils s'insèrent, nos intervenants prônent simplement une certaine souplesse administrative. Celle-ci ferait écho à la souplesse dont font preuve les équipes pour assumer et «bricoler» ce genre de prise en charge multisectorielle, au cas par cas. Dans cette optique, il s'avérerait donc utile, selon nos interlocuteurs, de faire reconnaître le temps de concertation autour d'un cas et de pouvoir adresser au politique et à l'administration des demandes pour le financer.

Si les possibilités existantes, notamment en matière de double mandat dans le champ de l'aide à la jeunesse, sont saluées, les acteurs craignent tout de même que celles-ci n'entraînent une «protocolarisation» excessive ainsi que certaines lourdeurs administratives. Ils redoutent également que cette opportunité ne se retourne contre eux dans l'éventualité où ils seraient amenés à justifier leur action par le nombre total de jeunes simultanément pris en charge, qui diminue inévitablement avec les doubles mandats. Cependant, ils soutiennent qu'une telle politique pourrait bien se révéler plus intéressante à long terme, dans la mesure où une action conjointe de différents services à une même période peut éviter qu'une situation traîne et reste irrésolue sur une plus longue période.

Par contre, des rigidités représentent toujours des écueils considérables dans d'autres secteurs, notamment celui de l'AWIPH où deux prises en charge subsidiées par cet organisme ne peuvent être combinées sous risque d'être taxées de double subvention. De même, il n'est pas toujours aisé de prévoir un pont entre le secteur subsidié par l'AWIPH et celui de la santé mentale, alors que le jeune bénéficierait davantage d'une prise en charge alternée.

Les acteurs de terrain soulignent en outre le problème lié à la justification de leur action au départ de chiffres, quand il leur semble surtout possible de dire quelque chose de leurs pratiques, au moyen de recherches et d'évaluations qualitatives.

A titre d'illustration, la nécessité de partenariats apparaît notamment avec insistance dans le cas particulier des **courts séjours**. Les acteurs de terrain constatent



Christine VanCalsteren : Club A. Bailion, CRF

par exemple que les séjours en Centre d'Accueil d'Urgence (Secteur de l'aide à la jeunesse) permettent rarement ce travail pourtant nécessaire de la crise que vit le jeune. Au-delà de l'hébergement, l'ouverture (et une collaboration) vers un centre de santé mentale fait, dans ce sens, tout doucement son chemin dans la mentalité des intervenants. Dans ce genre de circonstances, un partenariat, notamment avec l'endroit d'où vient le jeune et où il retournera vraisemblablement, apparaît indispensable, si l'on veut que ce court séjour ne se résume pas à une petite parenthèse, qui permet uniquement à une équipe de souffler momentanément.

Comme l'extraordinaire complexité du système d'organisation des soins et de l'aide à la jeunesse ne facilite pas les choses pour s'y retrouver parmi toutes les institutions, la spécificité de leurs missions et du public accueilli, les acteurs formulent une proposition concrète. Que des intervenants de différents secteurs puissent aller se voir travailler les uns les autres dans le cadre d'une situation qui les concerne, afin de mieux comprendre comment les autres services fonctionnent, et pouvoir ainsi mieux collaborer avec eux.

Leur donner les moyens de cette

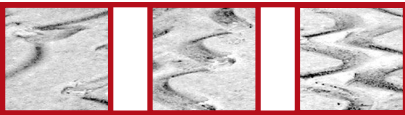
concertation, de cette «intervention conjuguée» et de l'établissement de partenariats, c'est donc ce que demandent les acteurs de terrain. ●

² Cet article s'intéresse aux résultats du volet namurois d'une recherche itinérante sur ce thème : Blondieau Luc, *Un Adolescent, sa famille, des intervenants... Un vrai défi*. Recherche subventionnée par la Direction générale de l'Aide à la Jeunesse du Ministre de la Communauté française de Belgique, Juin 2005. Disponible sur demande à la Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale (PFNCMSM) : plafomam@skynet.be - 0495/24 41 62 ou au Conseil d'Arrondissement de l'Aide à la Jeunesse saj.namur@cfwb.be - tél. : 081/ 22 72 16. Une synthèse de cette étude est également rédigée dans « Le Concertant namurois », PFNSM, Hors série 2005.

³ Moriau Jacques, *L'Ado, la crise, la vie active, la folie*, Recherche subventionnée par la Direction générale de l'Aide à la Jeunesse du Ministre de la Communauté française de Belgique, décembre 2003.

⁴ Au départ du CAAJ de Charleroi et en collaboration avec la Plate-forme de concertation en santé mentale de Charleroi et du Centre. Perspectives recueillies lors du rapport public de la présente recherche le 30 septembre 2005.

⁵ Respectivement : chercheur et psychologue au Centre d'Orientation Educative (COE) Cap J. à Namur, assistant social au Service Résidentiel pour Jeunes (SRJ, anciennement IMP) Kegeljan à Ham-sur-Sambre (pour le secteur subsidié par l'AWIPH), directeur de l'IPPJ (Institution Publique de Protection de la Jeunesse) de St Servais (pour l'aide contrainte), responsable de la Maison des Adolescents du Centre de psychiatrie infantile Les Goélands (pour la santé mentale) et directeur de La Pommeraiie (Projet Pédagogique Particulier – PPP) (pour l'aide à la jeunesse).



« L'adolescence en rupture : le placement au féminin⁶ »

En Belgique, de plus en plus de jeunes sont placés en Institut Public de Protection de la Jeunesse (IPPJ) suite à des comportements à risques, des actes de délinquance. Mais qui sont vraiment ces jeunes ? Qu'ont-ils vécu ? Pour comprendre leur histoire et tenter de savoir si ces placements offrent une réponse adéquate à de tels comportements, Jacinthe Mazzocchetti a réalisé une enquête au sein même de ces institutions où elle s'est arrêtée sur les tranches de vie de quelques jeunes filles de passage à l'IPPJ de Saint Servais. Elle nous livre, dans cet ouvrage, le fruit de son travail d'observation sur le terrain et nous donne des pistes pour réfléchir et agir.

Une lecture de **Virginie Olivier** - IWSM

Les risques avant

Derrière une agressivité flagrante voire même une certaine violence, les pensionnaires de l'IPPJ apparaissent comme des jeunes filles fragilisées que la vie n'a pas épargnées. Si elles sont censées être placées là pour des faits qualifiés infractions, il ressort que, dans de nombreux cas, ce sont elles-mêmes qui sont en danger et le juge saisit n'importe quel petit délit comme prétexte pour justifier le placement, que l'IPPJ n'a pas la possibilité de refuser. « Plutôt que d'être "hors la loi", ces jeunes filles sont plutôt "hors normes attendues des enfants de la part des adultes"⁷. Une des explications formulées par l'équipe psycho-médico-sociale de l'institution est « que les familles sont de plus en plus démunies au niveau économique mais aussi, et surtout, au niveau des comportements à adopter. Il y a démission à tout niveau (l'école et les parents) et chacun se renvoie la balle. On attend tout de l'autre, personne ne donne plus de rails, le jeune déconne alors plus vite ».

Les risques pendant

L'enquête de terrain soulève la difficulté qu'a l'institution de se situer entre sanction/répression et éducation/protection. Cette ambiguïté est pesante tant pour les équipes que pour les jeunes filles. Si « un travail est mis en place autour de la jeune fille », il n'est pas d'ordre thérapeutique car la logique de

travail est celle du secret partagé. Pourtant, les filles sont demandeuses d'une écoute informelle et intime au cas par cas, et les équipes regrettent de manquer de temps pour accéder à cette demande. Si les règles de vie sont très strictes et souvent excessives aux yeux des pensionnaires, certaines admettent que, malgré leur dureté, les respecter leur ont permis de conscientiser certains de leurs comportements et les adapter. Par ailleurs, les équipes se disent démunies face à la problématique des psychotropes qui touche la quasi totalité des adolescentes de l'IPPJ. Cela questionne les structures existantes ou les collaborations possibles pour assurer une « prise en charge correcte ».

Les risques après

La mise en place d'un projet de vie n'est pas facile pour ces filles meurtries : comment envisager un long terme alors qu'elles ont toujours vécu au jour le jour ? Retrouver confiance en elles alors qu'elles n'ont pas été respectées ? Par ailleurs, il faut savoir que le passage en IPPJ s'apparente régulièrement à un véritable stigmaté dévalorisant, lourd à porter, dont il n'est pas simple de se défaire. La mise en autonomie n'est pas toujours suffisamment préparée et des jeunes filles témoignent de leur difficulté à gérer cette indépendance, à poser des limites elles-mêmes (argent, drogues, sorties, etc.) mais aussi à faire face à la solitude, surtout après avoir vécu en groupe tout le temps. Certaines

ont tellement peur de ce saut vers l'autonomie qu'elles sabotent leur sortie en commettant in extremis un acte qui prolongera leur placement lorsqu'elles ne l'avouent pas tout simplement au juge en demandant un report. Certaines évoquent la nécessité d'avoir une personne de contact, un(e) référent(e), qui pourrait les guider dans les démarches administratives mais aussi plus simplement constituer une présence rassurante. Des personnes comme une assistante sociale, une grand-mère, mais aussi des facteurs comme l'école ou la perspective d'une profession (d'aide, la plupart du temps) par exemple, permettent aussi aux adolescentes de s'accrocher dans la nouvelle voie qu'elles s'apprêtent à suivre pour prendre distance par rapport à la rue, à leurs fréquentations douteuses, à leur famille destructrice. D'autres jeunes filles retourneront parfois en famille avec ce que cela peut occasionner comme conséquences néfastes en cas de situation complexe. Ce retour doit être préparé avec beaucoup d'attention et ne pas reposer que sur « l'idéologie du lien ». Ce récit, très touchant, ouvre à la perspective de penser la sortie dès la décision de placement de manière à réduire les risques pour la jeune fille. En effet, si l'IPPJ a une mission éducative, elle n'a pas les moyens en quelques mois d'effectuer le travail en profondeur qui serait nécessaire pour ces filles bouleversées par la vie. Le passage en institution ne devrait être envisagé que comme une prémisse à un projet d'avenir, bâti en fonction des paramètres (sociaux, environnementaux, familiaux, etc.) propres à la situation globale de chacune, de manière à poser les choix les plus adéquats. Penser un projet sur le long terme et assurer un suivi après le passage en IPPJ permettraient sans contester un « travail dans la continuité et non dans la rupture »⁸. ●

⁶ Mazzocchetti Jacinthe, *L'Adolescence en rupture : le placement au féminin*. Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 2005, 170 p. – disponible à in-folio/iwsm - 081/23.50.12

⁷ p. 103.

⁸ p. 114.



Un livre vert sur la santé mentale en Europe

La commission européenne vient d'adopter un Livre vert. Prélude au lancement d'une consultation publique sur les maladies mentales, il propose trois thèmes prioritaires d'action au niveau européen :

- ▶ un dialogue avec les Etats membres pour adopter un plan d'action en matière de santé mentale ;
- ▶ la création d'une plate-forme européenne sur la santé mentale ;
- ▶ l'accroissement des sources d'information sur la santé mentale au niveau de l'Union Européenne.

Plus d'infos sur le site :

http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/consultation_en.htm

A suivre....

Lilly Intégration Award : un oscar pour « A BAS-MONT » à Liernux

Le Lilly Reintegration Award est décerné chaque année dans le secteur de la santé mentale pour soutenir des projets qui aident les patients à réintégrer la société. En soutenant et en faisant mieux connaître ces projets, il espère contribuer à la déstigmatisation et favoriser la réintégration des patients souffrant de troubles de l'humeur et/ou de la pensée.

Trois projets belges viennent d'être récompensés :

▶ Le troisième prix (d'une valeur de 2 500 €) a été attribué au projet «**De Blauwzwarte Vleugel**» du P.C. St Amandus à Beernem pour la participation active et dynamique de l'hôpital en tant que supporter « comme tout autre » du Voetbal Club de Bruges ;

▶ Le deuxième prix, d'une valeur de 5 000 € a été décerné au P.C. Ziekeren de St Truiden pour leur «**Wandelclub De Brug**» qui organise régulièrement des promenades accessibles à tous ;

▶ Et le premier prix, d'une valeur de 7 500 € à été attribué, en Wallonie, au projet «**A bas-Mont**» de l'asbl « Habitations Protégées Fagnes-Ardenne ». Il propose un lieu d'insertion et de déstigmatisation de personnes souffrant de troubles psychiques au travers de 4 activités majeures - petite restauration, boutique de jouets, lieux d'exposition et espace d'accueil pour des événements - ouvertes à tous dans le quartier et bien au-delà.

Félicitations aux heureux gagnants, et bravo pour leurs « bonnes idées » pour mettre la « santé mentale à la portée de tous » !

Temps d'arrêt

La société dans laquelle nous vivons a changé au cours du temps et, avec elle, la notion de famille a beaucoup évolué. Aujourd'hui, les séparations conjugales sont de plus en plus fréquentes et nous avons de ce fait, tendance à les banaliser.

Pourtant, cette tendance ne devrait pas nous faire oublier qu'une telle séparation engendre toujours de la souffrance, non seulement pour les enfants et les parents mais aussi pour leur entourage.

En contact avec l'enfant et ses parents, les professionnels sont confrontés à cette souffrance. Ils sont souvent happés dans le conflit, pris à témoin, et ont parfois beaucoup de mal à ne pas prendre parti, à rester neutres.

La crise de la séparation est douloureuse mais elle est une étape nécessaire à franchir. Comment le professionnel doit-il l'accompagner sans la renforcer ? ; Comment doit-il écouter chacun tout en restant neutre ? ; Comment peut-il relayer la législation en place en tenant compte de l'intérêt de chacun et prioritairement celui de l'enfant ?

Ce nouveau temps d'arrêt, coordonné par Geneviève Monnoye, psychologue psychanalyste, avec la participation de cinq autres professionnels, est un outil de prévention qui propose aux professionnels des repères juridiques, sociaux et psychologiques pour les aider à accompagner au mieux les situations de séparations conjugales.

▶ Monnoye G., Gennart B., Kinoo Ph. & Coll., *Le professionnel, les parents et l'enfant face au remue-ménage de la séparation conjugale*.

Bruxelles, Ministère de la Communauté Française, 2005, 64 p. : téléchargeable sur le site www.yapaka.be

Au plus près des gens : une mosaïque d'idées et d'expériences autour de la santé mentale : un livre et un appel à projet

«**Au plus près des gens**», une première production du tout nouveau Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale, géré par la Fondation Roi Baudouin. **Un livre** qui, au travers de la présentation de nombreuses initiatives, de multiples témoignages, met en évidence l'importance de la santé mentale dans notre société. Il se penche sur cinq grands secteurs : l'emploi, le logement, l'enseignement, la culture et la justice, souligne les problèmes, propose des pistes de réflexion et, surtout, pointe près d'une centaine d'initiatives développées çà et là dans tout le pays pour combler les lacunes.

▶ «**Au plus près des gens**» est téléchargeable depuis la page du Fonds sur le site de la Fondation Roi Baudouin : www.kbs-frb.be. Et quelques exemplaires sont encore disponibles à l'IWSM (081/23.50.15) A faire circuler sans modération.... de préférence hors secteur ! De quoi sensibiliser tout un chacun à la santé mentale et, qui sait, donner de bonnes idées à mettre en œuvre qui dans son quartier, qui dans son entreprise, qui dans son école...

«**Au plus près des gens**» sert en outre de support au **premier appel à projets** du fonds, diffusé ce 10 octobre, à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale. Une aide de maximum 5.000 € sera attribuée à des idées ou initiatives qui renouvellent l'approche de la santé mentale et l'inscrivent ... au plus près des gens.

▶ Les dossiers de candidature doivent parvenir à la Fondation Roi Baudouin pour le 28 février 2006 au plus tard, à l'adresse suivante : fondsfabiola@kbs-frb.be.



Les structures psycho-socio-thérapeutiques :

des structures « intermédiaires » à la croisée des chemins

La réadaptation psycho-sociale est reconnue à part entière dans l'arsenal des soins en santé mentale. L'Organisation Mondiale de la Santé lui fait la part belle et le Ministre Demotte a clairement inscrit cette perspective dans ses intentions politiques en matière de santé mentale. Et pourtant, nous constatons sur le terrain que les mesures d'économie envisagées aujourd'hui ont pour conséquence directe de contraindre des institutions (notamment des institutions pour enfants) à refuser des patients alors qu'il n'existe pour eux que peu ou pas d'alternatives satisfaisantes. La Fédération des structures psycho-socio-thérapeutiques est inquiète. Elle se mobilise. Il y va de l'accès aux soins !

Nadia Lambert

Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques

Constituée en ASBL depuis 1990, la Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques, F.S.P.S.T., regroupe des établissements de rééducation fonctionnelle psychosociale ayant conclu une convention avec le Comité de l'Assurance de l'INAMI.

Ces centres sont indépendants des hôpitaux et des services de santé mentale. Ils se distinguent dans le paysage de l'offre de soins par leurs projets thérapeutiques différenciés et complémentaires (centres de jour, centres de nuit, accueil 24 heures sur 24, etc.).

On peut qualifier ces structures d'« intermédiaires » car elles trouvent leur place parmi les autres acteurs du champ de la santé mentale et du domaine socio-culturel.

Elles accueillent des adultes, des adolescents et des enfants présentant des pathologies psychiatriques fortement invalidantes, en rupture de lien social.

Un peu d'histoire...

Les structures PST⁹ conventionnées avec l'INAMI sont nées autour de projets spécifiques centrés sur les besoins des patients. Elles se sont articulées sur la nécessaire complémentarité de l'offre de soins, reconnue par les acteurs de l'hospitalier et de l'ambulatoire. Les projets thérapeutiques portés par ces institutions ont bénéficié d'un financement INAMI au travers de conventions de

rééducation fonctionnelle propres à chaque centre.

Les principaux objectifs thérapeutiques de ces établissements sont de remédier à une « désadaptation sociale » liée à une pathologie psychiatrique. C'est-à-dire qu'ils prennent en charge des situations où la problématique entraîne une altération des fonctions psychiques et relationnelles et a des répercussions sociales négatives décrites comme une perturbation des habilités sociales.

Pour les jeunes patients (enfants et adolescents), cette prise en charge lie de manière encore plus indissociable la rééducation et le traitement car les problématiques psychiatriques ont, chez eux, des répercussions sur le développement, les possibilités d'apprentissage et l'autonomie de vie.

Il y a quelques années, suite à l'option prise dans les politiques de santé mentale de réorganiser les soins en réseaux et circuits, l'INAMI a revu le système des conventions « enfants et adolescents ». Il a élaboré une convention-type destinée à fournir un cadre de fonctionnement général identique à l'ensemble des conventions pour « adultes ayant une problématique psychique ».

Tout récemment, après audit, le gouvernement fédéral a inclus les conventions INAMI sous l'appellation de « secteur de revalidation », au sein des offres de soins dont il a la charge (Hôpitaux, Maisons de soins psychia-

triques, Initiatives d'habitations protégées).

Cette réorganisation a pour conséquence de placer les structures INAMI à la croisée des chemins après plus de trente ans de fonctionnement et d'évolution sous l'appellation de « projets pilotes ».

Les PST aujourd'hui, un double défi

Le défi aujourd'hui consiste à décrire nos offres de soins spécifiques dans un cadre général permettant la cartographie et la rationalisation de l'offre - comme l'impose l'organisation en « Réseaux et circuits de soins » - tout en conservant ce qui a toujours été la spécificité de nos structures et leur intérêt majeur au sein de l'ensemble des offres : la souplesse et l'adaptabilité aux besoins puisque ceux-ci sont en constante mutation en fonction de l'évolution de nos sociétés.

Premier défi : définir et faire reconnaître le concept général de la rééducation fonctionnelle psychosociale (aujourd'hui appelée revalidation) impliquant nécessairement le maintien de différences entre centres pour garantir l'accessibilité de cette offre spécifique à tous les patients concernés.

L'application généralisée de critères d'admission très rigides ou très contraignants, identiques à toutes les structures, risque par exemple, d'éliminer l'accès aux personnes les plus vulnérables alors que l'évolution sociale tend déjà à leur exclusion.

Nous définissons actuellement notre offre comme « une prise en charge spécifique visant à l'instauration ou la restauration d'un fonctionnement social satisfaisant ». Ce travail de (ré)éducation est indissociable de la notion de traitement, souvent intensif puisqu'il s'agit de personnes confrontées à des pathologies complexes et de longue durée. Ce type de soins leur est bien nécessaire pour pouvoir s'insérer socialement de manière satisfaisante.

Les caractéristiques des structures PST sont leur adaptabilité, leur créativité dans l'orga-

nisation des prises en charge, de la mise en place des traitements, au cas par cas, en fonction des besoins des patients, en évolution constante dans le temps.

Second défi : comment préserver l'accessibilité et la qualité des soins avec des budgets institutionnels de plus en plus étroits? La psychiatrie, et particulièrement la psychiatrie infanto-juvénile, doit-elle rester le parent pauvre de la médecine ?

En ce qui concerne nos structures, elles ont depuis toujours été financées au plus juste, en fonction de leur projet thérapeutique (objectifs de la prise en charge, population visée). Celui-ci détermine le cadre du personnel et les frais de fonctionnement minimaux pour la prise en charge d'un nombre déterminé de patients dans des horaires définis. Il s'agit donc d'enveloppes budgétaires strictes et « fermées » qui permettent un contrôle clair et précis.

Or, il y a quelques mois, le Ministre Rudy Demotte a requis la mise en place de mesures d'économies dans le secteur de la revalidation, à concurrence d'une diminution de 1% du maximum à facturer. Cette injonction s'est traduite, le 28 septembre 2005, par un avenant aux conventions particulières de revalidation, rédigé par l'INAMI, portant sur une double mesure : d'une part le réajustement du maximum à facturer et d'autre part, l'inclusion de la facturation aux organismes assureurs étrangers dans le nouveau maximum à facturer.

En raison de leurs disparités historiques,

cette mesure touche de manière inégale les institutions. Certains établissements voient ainsi leur capacité d'accueil amputée de près de 8%, sans parler des répercussions financières directes ou indirectes : impossibilité d'engager du personnel complémentaire, risque de réduction du nombre d'équivalents temps plein par patient, absence de réserve de trésorerie nécessaire à la bonne gestion des centres.

Au niveau international, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) inclut la réadaptation psychosociale dans les composantes de soins de santé mentale et en donne une définition qui correspond parfaitement aux objectifs thérapeutiques des structures PST, décrits précédemment : permettre au patient de retrouver et de conserver la place qui lui convient le mieux dans la société par la restauration ou l'instauration des habilités, par la consolidation des acquis et la prévention d'une régression de l'adaptation sociale.

En novembre 2004, le Ministre Demotte soulignait dans sa « Déclaration gouvernementale sur la Santé Mentale », la nécessité de s'engager sur ce thème. Plus récemment, dans sa « Note politique relative à la santé mentale », en mai 2005, il donne la priorité à l'accessibilité aux soins.

Paradoxalement, nous constatons sur le terrain que des mesures d'économie comme celle citée plus haut, ont pour conséquence directe de contraindre des institutions à refuser des patients alors qu'il n'existe pour eux que peu ou pas d'alternatives satisfaisantes.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que la situation décrite dans ce même rapport montre que les besoins en santé mentale sont en constante augmentation. L'OMS place la Santé Mentale parmi les priorités politiques. Les chiffres mentionnés dans ce rapport parlent d'eux-mêmes : plus de 500 millions de personnes souffrent d'une affection mentale dans le monde et selon les experts, la dépression sera la deuxième maladie la plus invalidante à travers le monde en 2020 (quelque 33 millions de personnes en Europe souffriraient de dépression majeure). L'Europe présente un des pourcentages de suicides les plus élevés dans le monde. Rien qu'en Belgique, on peut dénombrer quelque 2000 suicides annuels. ●

Sources :

- Michèle VAN den EYNDE - *Texte de Présentation de la F.S.P.S.T. - Forum Santé Mentale 2003*
- OMS - *Rapport mondial de la santé dans le monde « La Santé Mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs » - 2001*
- Discours du Ministre Rudy DEMOTTE - *Réunion gouvernementale sur la Déclaration sur la Santé Mentale - Bruxelles - novembre 2004*
- Ministre Rudy DEMOTTE - *Note Politique relative à la Santé Mentale - mai 2005*

⁹ PST = Psycho-Socio-Thérapeutique.

Principales caractéristiques des structures PST :

- ▶ Unités de dimension réduite : 15 à 30 patients
- ▶ Fonctionnement communautaire
- ▶ Multidisciplinarité et multithéoricité de l'équipe soignante
- ▶ Inscription dans le tissu social
- ▶ Inscription dans un réseau ouvert constitué des différents partenaires du champ de la santé mentale (Services de Santé Mentale, Initiatives d'Habitations Protégées, hôpitaux, médecins, services sociaux, services juridiques, ...)
- ▶ Liaison avec l'environnement du patient (famille, école, ...)
- ▶ Prise en charge globale du patient
- ▶ Psychiatrie infanto-juvénile de pointe pour le traitement des enfants et des adolescents

La F.S.P.S.T. en quelques chiffres ...

- ▶ 14 établissements de rééducation psychosociale pour adultes (conventions 7.72)
- ▶ 7 établissements de rééducation pour toxicomanes (conventions 7.73)
- ▶ 19 établissements de rééducation pour enfants et adolescents présentant des troubles mentaux graves (conventions 7.74)
- ▶ Capacité d'accueil pour l'ensemble de la Fédération : +/- 1 400 places.

Infos :

secretariat@fspst.org
<http://www.fspst.be>



Retour à l'hygiène mentale :

la clinique et les pratiques actuelles en santé mentale¹⁰

Pour sa première journée d'étude depuis la création de l'Institut, la Ligue a choisi de s'interroger sur le retour à l'hygiène mentale. Que ce soit en atelier ou sous forme d'exposés, les intervenants tentent de dégager une possible spécificité du champ de la santé mentale, de questionner ses pratiques à partir des failles et discontinuités qui apparaissent quand on lève le voile de l'idéologie, mais aussi en regard des pratiques développées dans des champs connexes. Se posent alors les questions de la scientificité de ces pratiques, de la pertinence de la démarche scientifique devant la singularité d'une rencontre, de la légitimité du sujet dans ce rapport objectivant...

Christine Gosselin - IWSM

D'entrée de jeux, la ligue souhaite acter une rupture avec son passé et réaffirmer son nouveau statut. Elle ne sera plus représentante d'associations ou de fédérations, mais se veut le carrefour des idéaux philosophico-politiques qui sillonnent le champ de la santé mentale. Elle souligne, en aval, l'idéologie moderne qui conditionne patient comme praticien « à être en tout au top, à rendre possible tout, tout de suite, pour tout âge et tout sexe » ; en amont, le clivage existant aujourd'hui entre la pratique d'une clinique « humaniste » à l'écoute de ses patients tissés d'ombres, de doutes et d'incertitudes et celle d'une clinique gestionnaire et scientifique qui doit faire face aux évaluations, aux codages et standardisations thérapeutiques ... C'est dans l'interstice que vient se poser la question du retour à l'hygiène mentale. Un retour car il s'agira de se tenir à contre-courant de cette idéologie moderne qui veut lisser toutes les aspérités pour présenter une image propre et conforme du sujet et de sa santé mentale.

Madame Demarteau, représentante de Madame Vienne, Ministre de l'Action sociale, de la Santé et de l'Égalité des Chances en Région wallonne, insiste sur la nécessité d'aborder la question de la santé mentale de manière transversale : « s'il est vrai que l'on retrouve bon nombre de problématiques sociales dans la santé mentale, il faut éviter la dérive amenant à psychologiser les problèmes sociaux ». Il s'agit de se tenir sur une voie médiane, entre les deux extrêmes qui vont du « tout au social » au « tout au psy » :

la santé mentale n'est pas pensable sans la santé sociale. Or, il convient de reconnaître une dégradation de ces deux secteurs.

« Nous sommes dans une crise de civilisation » affirme Francis Martens, anthropologue, psychologue et psychanalyste à l'UCL. La traduction contemporaine de l'adage bien connu « Mens sane in corpore sano » pourrait être « un esprit conforme dans un corps qui fonctionne ». Tel est le leitmotiv d'une société qui a opposé le corps et l'esprit et enfui loin en dessous des codes et interdits qui la régissent, l'incommensurable fragilité du sujet. Pour être bien, pour être heureux, il faut tout dire, sa sexualité, ses rêves, ses fantasmes, trouver des systèmes interprétatifs capables de tout expliquer, de juguler tout hasard déstabilisateur, afin de nous constituer en sujet névrosé, psychotique, sain... Mais qu'en est-il alors de la légitimité du sujet, si pour le comprendre, on gomme de lui tout ce qui fait sa spécificité, on efface l'extrême précarité de sa naissance, cette béance qui, en le rendant dépendant d'autrui, le fait être lui-même en retour ?

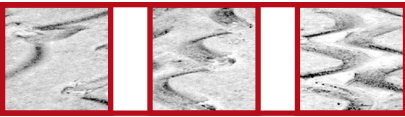
« Elle n'existe plus » répond Jean-Pierre Lebrun, psychiatre et psychanalyste namurois. Refuser de prendre en compte cette négativité qui traverse la santé mentale, c'est refuser de la penser. Car penser, « c'est se soutenir dans le vide », c'est assumer l'incertitude radicale qui nous constitue. « Est sain mentalement celui qui a su y faire avec son manque ; je n'existe comme singulier que par la manière dont j'ai été atteint par le manque ». Un social qui ne

transmet plus cette dimension de la négativité, présente l'autre social sans faille, comme positivité. Il n'y a dès lors plus de place pour une singularité subjective. C'est la grégarisation. S'il y a crise de civilisation, c'est parce qu'il y a crise de légitimité du sujet et de sa négativité constituante. Cette régression est au cœur des enjeux psycho-cliniques. Il faut réinterroger nos pratiques.

Face aux attaques de non-scientificité, dont font l'objet la psychanalyse et le discours psycho-clinique dans son ensemble, il faut réaffirmer la démarche herméneutique dans laquelle ils s'inscrivent et se situer entre deux : entre un discours cognitivo-comportementaliste qui prétend travailler selon le modèle scientifique et un discours qui entend pratiquer au cas par cas sans pour autant s'empêcher de construire des modèles cognitifs toujours à requestionner. Entre santé mentale, médecine et psychiatrie, il y a une nécessaire complémentarité. Il y a des pratiques et réponses collectives et généralisables et d'autres singulières qui peuvent également influencer le collectif et sont à prendre en compte.

Penser et pratiquer en santé mentale, c'est accepter le risque de l'égaré absolu ; c'est interpréter, non reproduire ; inventer, non vérifier ; créer, non se conformer. ●

¹⁰ Journée d'étude organisée par la Ligue Wallonne pour la Santé Mentale, le mardi 15 novembre 2005 à l'Abbaye de Floreffe.



Derrière la catégorie dite « 140 »...

pour que le débat reste ouvert!

Nos articles suscitent régulièrement des réactions... et c'est tant mieux ! C'est une des ambitions de Confluences. Parmi d'autres, la catégorie « 140 » est un sujet sur lequel a déjà coulé beaucoup d'encre... et le débat est loin d'être clôturé.

Tant qu'il y aura des situations d'enfants et de jeunes qui relèvent de tant de complexité, il y aura des professionnels pour s'engager et leur permettre d'évoluer dans de bonnes conditions... Mais c'est un combat de tous les jours qu'on ne peut que reconnaître et soutenir.

Le défi pour ceux qui en définissent les contours, c'est de pouvoir s'assurer de la bonne place pour la bonne situation avec un œil attentif sur les moyens...

Confrontations indispensables.... Points de vue à concilier... Perspectives à articuler... Pourvu que le débat reste ouvert!

Luc Laurent

Psychologue - IMP Sainte Gertrude

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'interview de Madame la Ministre Vienne¹¹ dans la revue « Confluences » de septembre 2005 et apprécié son intérêt pour la pratique de réseau et son abord sociologique et complexe des questions de santé mentale.

Psychologue en SRJ¹², concerné par les problématiques dites « 140 »¹³, j'ai été arrêté et fort interpellé par un passage qui me paraît peu précis et pourrait prêter à confusion : « Dans certains cas, le handicap mental est bien clair, mais – et c'est pour moi une dérive – on a tendance à considérer de plus en plus que tout mal-être chez l'enfant quand il s'exprime à travers des comportements agressifs devient un handicap. Avec l'insertion de la problématique des « 140 » dans le secteur de la personne handicapée, on va très vite qualifier de « handicapé » un enfant qui, par exemple, vit une situation difficile à gérer ».

Les « psys » savent que le savoir clinique est lent et difficile à construire. Le questionnement et le doute restent de mise tout au long de leur recherche. Il en va ainsi dans le domaine des « troubles caractériels ». Réduire leur complexité équivaut à se rabattre sur une position idéologique rassurante ou sur une position stratégique - budget oblige - intéressée.

Lorsqu'on étudie les populations d'enfants accueillis en SRJ et SAJJ avec une approche descriptive (tests, diagnostic clinique biaxial) et statistique¹⁴, on s'aperçoit que

les tableaux individuels sont complexes et relativement sévères, handicapants pour l'intégration dans un milieu de vie ordinaire et perturbant pour les mécanismes d'inclusion sociale. Ces tableaux s'expriment tantôt sur un versant déficitaire, tantôt sur un versant plus psychopathologique. Ils présentent très souvent une étiologie pluriaxiale dans laquelle diverses composantes s'intriquent de manière complexe interdépendante, se renforçant l'une l'autre. L'étude permet de distinguer des composantes organiques (d'origine congénitale ou héréditaire), instrumentales et cognitives, psychopathologiques individuelles et familiales. C'est cette intrication de différentes composantes étiologiques interdépendantes qui semble le mieux caractériser la population étudiée.

Dans la pratique, nous soutenons des enjeux socio-éducatifs, cliniques et éthiques pour ces jeunes. Comment favoriser la subjectivation, faire en sorte que ces sujets blessés puissent devenir davantage acteurs de leur vie, y trouver sens ?

Nos interventions relèvent d'un champ intermédiaire où s'entremêlent des questions de santé mentale, de compensation éducative et rééducative, d'intégration sociale et familiale, de traitement médical. Cette position intermédiaire nous permet d'être créatifs et d'articuler diverses dimensions en tenant compte de la complexité des situations, avec des moyens assez limités.

L'interview me laisse sous entendre que l'attribution de la catégorie « 140 » serait

abusive dans de nombreux cas, voire stigmatisante pour des enfants qui ne présenteraient que de simples troubles réactionnels et ce n'est pas la première fois que nous l'entendons. Or, cela ne correspond ni aux études réalisées ni aux constats en situation.

Très fondamentalement, la difficulté du débat autour de la catégorie « 140 » dérive de la nature même des troubles caractériels où les défaillances identitaires massives et de profondes angoisses déniées induisent dans les entourages concernés de puissants mécanismes de défense. Ces mécanismes infiltrent notre manière de « penser » les troubles caractériels : nous oscillons sans cesse entre déni et stigmatisation, nous refusons facilement la complexité. Le déni conduit à minimiser les difficultés et à ne pas reconnaître la pertinence d'aides spécifiques. La stigmatisation peut infiltrer le mécanisme de la reconnaissance nécessaire pour accéder à ces aides. Elle peut aussi servir de prétexte pour assurer le déni des difficultés.

La catégorie « 140 » est en question depuis longtemps, elle mérite un vrai débat, éclairé et le plus serein possible. Pour ce faire, nous avons besoin de données objectives comme celles que nous avons rassemblées mais aussi d'ouverture à la dimension intersubjective de ces situations qui nous affectent et nous dérangent tout en nous sollicitant vers un enjeu éthique face aux « souffrances sans nom » des troubles identitaires. ●

¹¹ La santé mentale, une matière transversale » - Rencontre avec Christiane Vienne, Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances de la Région wallonne. In : Confluences 11, Septembre 2005, pp. 2-5.

¹² Anciennement dénommés IMP (Instituts Médico Psychologiques), les SRJ (Services Résidentiels pour Jeunes) sont aujourd'hui en restructuration dans le cadre de l'AWIPH. (Voir Virginie Olivier in Confluences 11, pp. 8-9). Ils prennent en charge des enfants handicapés, quel que soit le handicap (défini par catégorie) dont ils souffrent, pour autant qu'ils nécessitent un hébergement.

¹³ La catégorie « 140 » correspond aux enfants atteints de troubles caractériels, névrotiques ou prépsychotiques. SAJJ : Services d'Accueil de Jour pour Jeunes. Ils complètent l'offre décrite ci-dessus en proposant un accueil de jour.

¹⁴ Voir études de Guy Avaux et collègues parue dans la Revue des IMP 140, n°1 et dans la Nouvelle Revue de l'A.I.S. « Instituts de rééducation », n°26. Disponibles à l'IMP Sainte Gertrude.

L'urgence psychiatrique

et le passage obligé par le judiciaire

L'on peut aisément deviner l'intérêt suscité chez un juge de paix par les différents articles parus dans le dernier numéro de "confluences" de septembre 2005¹⁵.

En filigrane, voire entre les lignes, certains acteurs de terrain, évoquent dans le parcours du patient psychiatrique, le passage par le judiciaire, notamment lorsqu'apparaît ce que d'aucuns qualifient de "seule solution possible : la mise sous protection"¹⁶.

François-Joseph Warlet
Juge de Paix

Faut-il souligner que quelquefois certains acteurs, précisément parce qu'ils sont en première ligne lorsqu'il y a urgence, sont des acteurs occasionnels (tels les médecins généralistes¹⁷), ou très involontaires (telles les familles), et sont donc peu voire pas informés de ce que dit la loi¹⁸.

Sans doute en est-il également qui, trop accoutumés à l'exercice, perdent de vue le cadre légal, pourtant contraignant - et pour chacun - imposé par cette loi.

Le but n'est pas, dans ce billet qui m'a été autorisé, de rappeler tous les termes de la loi, mais peut-être de tenter de resituer chacun des acteurs ou collaborateurs du milieu judiciaire, que le patient va devoir rencontrer ou simplement entrevoir... et qui vont jouer un rôle important pour son devenir.

La loi organise les conditions dans lesquelles peut être prise une mesure de protection (...de privation de liberté) à l'égard d'une personne ayant une maladie mentale.

- Une procédure dite "ordinaire" mène à cette protection, normalement en dix jours. C'est le juge de paix qui prend une telle décision suite à une requête qui lui est présentée, accompagnée d'un rapport médical circonstancié, lui-même fondé sur un examen datant de moins de quinze jours.

- En cas d'urgence, c'est une procédure particulière organisée par l'article 9 de la loi, qui permet la mesure, le cas échéant, sans délai.

C'est, et de loin, la **procédure d'urgence** qui est le plus fréquemment utilisée. Elle s'organise de la façon suivante :

1. Parce qu'il y a urgence le législateur a estimé confier le pouvoir de prendre la première décision à **un membre du parquet du procureur du Roi**. Ce sera ainsi le plus souvent le "substitut de service" joignable de jour comme de nuit qui prendra la première décision de **mise en observation d'urgence**

- soit d'office sur un (simple) avis écrit d'un médecin qu'il désigne,
- soit sur requête accompagnée d'un rapport médical circonstancié.

Jusque là, le patient aura eu contact, de près ou de loin, avec un certain nombre de personnes, parmi lesquelles le plus souvent : l'un ou plusieurs de **ses proches**, ou **des inconnus** que son comportement aura interpellé, **des policiers**, **un médecin** (de garde, donc sans doute inconnu du patient), **des ambulanciers**,... et enfin **le personnel de l'hôpital** où il est emmené.

Assurément l'on peut comprendre que ce « *remue-ménage médico-juridico-policier* »¹⁹ soit vécu comme perturbant par les patients et par ses proches. L'on est ici loin du travail en réseau, et pourtant tout ce petit monde doit fonctionner rapidement et efficacement tandis que, le plus souvent, ses membres ne se sont jamais rencontrés et que certains parlent même encore de "collocation".
Et ce n'est pas fini...

2. Une fois sa décision prise dans l'urgence, de décideur, le procureur du Roi doit se muter en requérant "ordinaire".

Dans les 24 heures de sa décision le procureur du Roi **doit**²⁰ déposer chez le **juge de paix** une requête accompagnée d'un rapport médical circonstancié²¹.

Dès réception de cette requête, le juge de paix invite le bâtonnier de l'Ordre des avocats à désigner d'office un **avocat** pour assister le patient. Dans les 24 heures qui suivent, le juge de paix doit fixer sa visite (qui sera suivie de sa décision) au malade, laquelle ne peut avoir lieu au-delà d'un délai de dix jours suivant son hospitalisation décidée par le procureur du Roi.

La loi prévoit que le juge de paix pourra, à cette occasion, entendre toute personne qu'il estime utile, et ainsi, le cas échéant, le **médecin psychiatre** du patient (ou celui que le juge de paix a lui-même désigné), **la personne de confiance** du patient,...

Et ce n'est pas fini...

3. A supposer en effet que le juge de paix ait ordonné une mise en observation (de 40 jours au plus), et dans la mesure où le **médecin-chef**²² estime et atteste nécessaire le maintien de l'hospitalisation, le **directeur de l'établissement**, quinze jours au moins avant la fin de l'observation, en avise le juge de paix qui, au terme de la même procédure que pour une mise en observation, statue « toutes affaires cessantes »²³ pour fixer la durée du maintien, qui ne peut dépasser deux ans.

Rappelons enfin qu'« à la faveur » de cette procédure, le juge de paix peut prendre d'office une mesure de protection de biens²⁴ de la personne concernée, lui désignant alors **un administrateur provisoire** qui sera chargé soit de le représenter, soit de l'assister, selon les cas. Le cas échéant, cela se fera certes au terme d'une procédure distincte mais qui peut être concomitante.

Pour le patient psychiatrique, le passage obligé par le judiciaire est loin d'être anodin : il représente bien une étape importante, difficile et sans doute très souvent perturbatrice si chacun de ses intervenants ne prend pas soin de lui expliquer son rôle, dans la mesure du possible bien-sûr.

Voici en quelques mots rappelée, cette procédure d'hospitalisation contrainte qui permettra la mise en œuvre d'une protection, "à défaut de tout autre traitement approprié, à l'égard d'un malade mental, ... si son état le requiert, soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui"...

¹⁵ Dossier « Urgences psychiatriques et interventions de crise » in Confluences 11, IWSM, septembre 2005, 34 p.

¹⁶ Fr. Lejeune, Similes Wallonie, in Confluences 11, p. 20.

¹⁷ Y. Delforge, in Confluences 11, p. 22.

¹⁸ Loi du 26 juin 1990 (M.B. 27.07.1990).

¹⁹ Fr. Lejeune, Similes Wallonie, in Confluences 11, p. 20.

²⁰ Faute de quoi les effets de la décision de mise en observation prise par le procureur du Roi prennent fin.

²¹ ...et non de l'avis écrit qu'il aurait sollicité dans l'urgence quand il a agi d'office.

²² Il faut souligner que durant tout le processus judiciaire, soit pendant la mise en observation ou au cours de la période de maintien, le médecin-chef de service peut à tout moment, mettre fin à la mesure.

²³ ...mais de toute manière bien-sûr, avant le terme du délai de la mise en observation.

²⁴ v. article 488bis b, §1er, al. 2 du code civil.

Du médecin de famille au médecin généraliste ?

La santé mentale? Déclassée par les avancées techno-scientifiques ou neuro-scientifiques! Cela est mis en exergue dans le dossier qui suit et notamment dans la rencontre avec le Professeur Philippe van Meerbeeck: le principe de formation en médecine qui se fondait, voici un siècle encore, sur la capacité de penser et sur un humanisme - préalable à l'apprentissage des techniques et des remèdes - s'est inversé pour donner toujours davantage de poids à l'apprentissage des connaissances objectives au détriment, voire jusqu'au mépris, des attentions portées aux phénomènes psychiques et propres à chaque patient.

Plutôt qu'un médecin de famille connaissant chacune d'entre elles avec ses composantes, ses heurts, bonheurs et malheurs, le médecin est appelé, aujourd'hui, à être d'abord généraliste devant connaître tout de la médecine, tous les symptômes et leurs répondants médicamenteux. Le médecin qui était « de famille » n'est plus tenu, aux yeux de la science, de saisir le contexte dans lequel le symptôme apparaît alors que, comme le dit le Professeur van Meerbeeck, « 80% des patients (au moins) seraient atteints de la maladie humaine de la douleur d'exister »! Cette hypothèse donne toute la pertinence de la place du généraliste dans les questions d'accessibilité aux soins et peut expliquer pourquoi nous avons décidé de centrer ce dossier sur la relation du médecin généraliste aux questions de santé mentale.

Cependant, face aux questions de santé, qu'elles soient d'ordre physique ou mental, le médecin généraliste est repris parmi ceux que l'on désigne comme « les premières lignes ». Mais comment s'y sont-ils préparés ?

Idéalistes au départ, les étudiants ne sont-ils pas déroutés par la dimension objectivante de la formation et leur projet de soigner ?

Les techniciens formés ne sont-ils pas angoissés face à la manifestation des symptômes psycho-physiques et des difficultés existentielles que leur présentent les patients ?

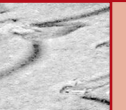
Il ne faut pas négliger qu'un tiers des médecins généralistes sortant de l'Université quittent ce métier endéans les cinq ans ! C'est un signe de malaise, peut-être justement parce que le mental, l'humain, le convivial, la proximité relationnelle n'y trouvent plus leur place face aux avancées de la Science et aux exigences de l'Economique !

Et cependant, dans son rôle « de famille » ou « généraliste », comme le dit le Dr Anne Gillet-Verhaegen, le médecin « fait » de la santé mentale, comme Monsieur Jourdain faisait de la prose.

Ceci étant, s'il fait de la santé mentale sans le savoir, dans le contexte social de dé-liaison accrue actuel, cela ne suffit pas (les récents événements des banlieues françaises en sont un exemple). Les intervenants psycho-sociaux, qu'ils soient de première ou deuxième ligne, doivent en prendre conscience.

La question des réseaux est donc inévitablement posée. Elle est de plus en plus présente actuellement ; il n'est pas honteux de penser qu'elle en est à ce point parce que les intervenants eux-mêmes, dont font partie les médecins généralistes, éprouvent la nécessité vitale et professionnelle de s'articuler pour participer à une relance du lien social, du réseau relationnel « humain » pour chacun.

Francis Turine
Président IWSM





La médecine générale est-elle un anachronisme ?

Rattrapée au milieu du siècle passé par le mouvement constant de différenciation des savoirs et des techniques, la médecine générale fait aujourd'hui figure de marche-pied ou d'antichambre aux nombreuses spécialités médicales. Son importance pourtant ne cesse d'être réaffirmée au nom d'une conception de la santé qui ne se réduit plus à l'absence de maladie mais intègre les aspects physiques, psychologiques, sociaux et culturels du bien-être. Le rôle du médecin généraliste échappe alors à la surdétermination scientifique "dure" et s'ouvre aux sciences dites humaines. Ce contexte rend compte des rapports actuels de la médecine générale avec la santé mentale.

Axel Hoffman, Médecin généraliste¹

Coordinateur de rédaction de la revue *Santé conjugée*²
Fédération des Maisons médicales

Le généraliste du XXI^{ème} siècle...

Contrairement aux spécialistes dont le domaine se fait toujours plus pointu et donc toujours plus étroit, les généralistes d'aujourd'hui voient leur champ d'action s'ouvrir largement. Ils se sont appropriés la définition étendue de la santé telle qu'elle a été définie à Alma Ata³ ainsi que les concepts énoncés à Ottawa⁴ et Adélaïde⁵ sur la prévention et la promotion de la santé.

Cette mutation commencée dès les années 80 a profondément remanié leur identité et leur action. Non seulement, ils demeurent les acteurs de base dans le domaine curatif, mais ils déploient leurs interventions dans une perspective globale, incluant les déterminants non strictement médicaux de la santé, tels que les facteurs psycho-sociaux, environnementaux et culturels ; de par leur position centrale en première ligne, ils remplissent une fonction de synthèse de ces diverses approches et représentent un axe transversal essentiel de toute action de santé ; ils sont amenés à diversifier et étendre sans cesse leurs réseaux de collaborations, bien au-delà du monde médical ; ils constituent le pivot de la communication entre les différents intervenants ; leur implantation dans les quartiers fait des généralistes les principaux agents de proximité, connus de leur population, aisément accessibles que ce soit au plan financier, culturel, temporel ou géographique ;

leur activité se déploie sur l'ensemble du territoire en un maillage plus serré qu'aucun autre dispositif et dans une continuité sans faille. C'est ainsi qu'ils sont souvent les premiers acteurs professionnels interpellés par la population dans les problématiques de santé mentale.

... un modèle en construction

Pourtant, aujourd'hui encore et sans doute moins que demain, les médecins généralistes sont formés selon un idéal biomédical, organo-centré, technomédical, dans lequel la subjectivité du patient n'est envisagée le plus souvent que sous le mode anecdotique, compassionnel ou parasitaire. Seule la formation spécifique en médecine générale accorde quelque attention à la relation médecin-malade, trop timide encore.

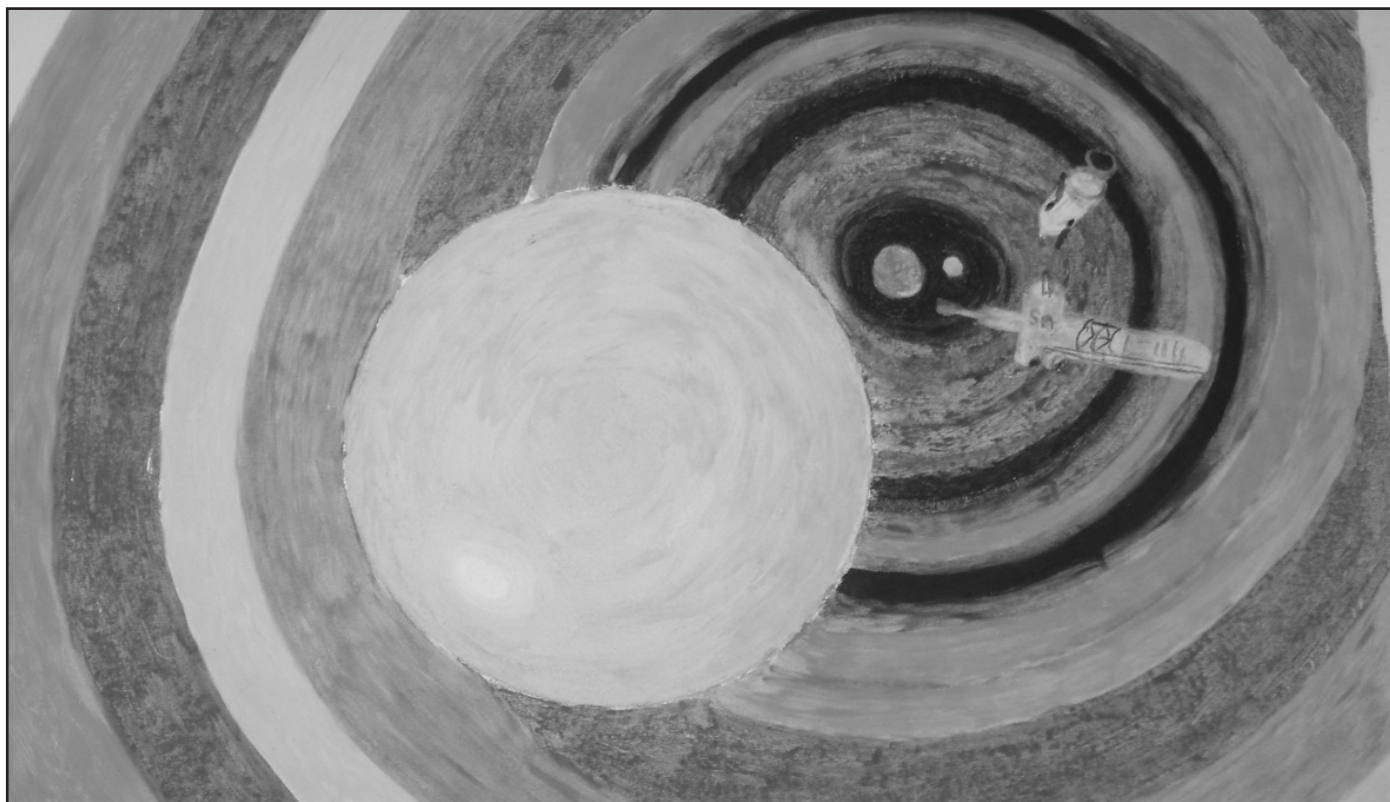
Avec ce maigre bagage et ces lunettes déformantes, les généralistes jeunes promus vont rencontrer des personnes en souffrance, qui ne classifient pas leurs pathologies et ne cloisonnent pas leur mal-être. Ils auront à prendre « sur le terrain » la mesure de l'écart entre leur formation de base et la réalité de la pratique. En réponse aux aspects psy de la plainte, certains se cramponneront au signifiant médical de ce que le patient apporte, se contentant d'un jeu d'étiquettes succinct, trois diagnostics correspondant aux trois classes de médicaments qu'ils auront appris à manipuler au cours de ... pharmacologie.

D'autres s'inquiéteront de l'inadéquation de leur formation avec la réalité de la pratique et se formeront au gré de leur sensibilité, développant une approche davantage orientée sur la santé mentale que sur le diagnostic psychomédical ou acquerront des compétences spécifiques (par exemple dans l'accompagnement des usagers de drogues). D'autres encore, souvent nourris d'une pratique en réseau ou en maison médicale, s'ouvriront à la dimension globale de la santé, « bio-psycho-sociale » et même politique.

Des approches spécifiques

Ce tableau rend compte de l'hétérogénéité qui caractérise les généralistes dans leurs approches de la santé mentale. S'il est donc vain de broser un portrait type du généraliste en tant qu'intervenant dans le champ psy, on peut néanmoins dégager des « tendances » parmi lesquelles celles qui réfèrent aux notions d'écoute, d'approche « centrée patient » et de globalité sont les plus marquantes.

La notion d'écoute du patient s'est implantée dans l'exercice de la médecine générale en Belgique, ce dont témoigne le temps moyen de consultation qui est un des plus longs d'Europe. Elle invite à prendre en compte l'intrication des problématiques psychiques et somatiques : il y a mille et une façons de vivre un rhume ou un cancer. Qu'elle soit un « bobo » ou une affection au pronostic catastrophique, la maladie physique est un langage, elle parle de l'image de soi, d'un rapport unique à la souffrance et à la mort, elle s'inscrit dans le corps d'un sujet qui la vit et l'exprime à sa manière unique. La réussite de la relation médecin-patient dépend de la capacité à entendre ce langage. C'est aussi ce qu'on appelle parfois décoder la plainte, terme malheureux (il flaire le roman d'espionnage) : chaque individu, chaque milieu social, chaque époque, chaque culture véhicule des conceptions et des codes sur comment se représenter ce qui arrive, quand recourir au médecin, comment déposer chez lui une souffrance ou une requête. Le médecin lui-même a un système de représentations de ce qui peut



Collectif, l'Atelier du CRF du Club A. Bailon

être de son ressort et doit en être conscient car il détermine son aptitude à entendre la demande ou à l'ignorer. On mesure combien cette démarche rapproche les modes de fonctionnement du médecin généraliste et des travailleurs du champ psy.

Avec l'approche « centrée patient », il ne s'agit pas de coller un diagnostic, de tordre le patient pour le faire entrer dans le cadre médical, mais d'utiliser ce savoir comme un outil mis à disposition du soignant au service du patient. Ceci peut passer pour un truisme, il n'en est rien car la première option constitue une pente naturelle des pratiques médicales, dont on se rappellera qu'elles reflètent la société qui les construit (biopouvoir, exemple de la psychiatrie soviétique). L'approche centrée patient caractérise la médecine générale, à la différence de la médecine spécialisée qui a pour centre d'intérêt la maladie et pour tâche de déployer de manière optimale les outils de connaissances et de technologies médicales. A ce niveau, c'est la compétence du spécialiste qui prime sur le vécu du patient. Ce qui ne signifie ni que le généraliste est sans savoir ni le spécialiste sans âme : les deux approches sont toujours mêlées, mais dans des proportions inverses, elles ne sont pas hiérarchisées mais complémentaires.

Ces deux premières « tendances » rendent

compte du fait que les problèmes de santé mentale sont détectés essentiellement en médecine générale, d'où son rôle dans la prévention de ces problématiques.

L'approche globale, enfin, introduit la prise en compte de déterminants non médicaux de la maladie. Elle s'impose dans la pratique quotidienne et fait voler en éclat l'optique étroite du biomédical en le confrontant aux aspects psycho-sociaux, culturels et politiques de la santé.

Les patients ne sont pas étrangers à cette nouvelle donne de l'activité de généraliste. Leur comportement aussi fait montre de mutations profondes. La diffusion de connaissances (à peu près) médicales dans le public a changé le décours des consultations. Il ne s'agit plus de deux monologues séparés par un rite (exposé de la plainte par le patient, rite de l'examen clinique, discours final du médecin) mais d'un dialogue où le consultant apporte ses arguments, négocie et même exige : la dimension du sujet ne se laisse plus aussi facilement réduire au silence. L'irruption chez le généraliste de ce que l'on appelle parfois nouvelles maladies de l'âme, mal d'être soi ou mal-être sociétal renforce la nécessité de s'appuyer sur une alliance thérapeutique et de ranger au placard sa volonté de puissance. Le contact avec une

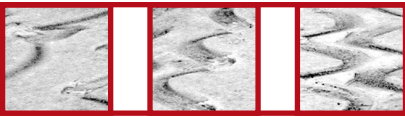
population toujours plus diverse, culturellement et sociologiquement (cosmopolitisme croissant et fracture sociale aidant), achèvera de le laver de ses certitudes.

Le sens de l'intervention du généraliste

Ces « tendances » et la reconstruction du champ généraliste posent la question du sens et des limites de ses interventions.

Une distinction s'impose entre le champ d'action et les compétences. Le généraliste exerce sur un champ « large » mais il n'est pas d'égale compétence pour gérer tout ce qui y pousse... Sa position en première ligne de soins en fait le réceptacle d'une série de problématiques qu'il identifiera sans savoir les « soigner ». La tentation est grande de retrouver là une omnipotence, de jouer au psychothérapeute d'occasion et de faire de la « rétention de patients ». A défaut, les nouveautés de la pharmacopée (et la pression des producteurs de psychotropes) lui font miroiter un nouveau mirage de puissance.

Ce désir peut rencontrer celui du patient, qui éprouve souvent une certaine pudeur à considérer que ses difficultés relèvent du champ psy et préférera s'accrocher au généraliste, intervenant « moins stigmatisant ».



Double combat donc pour le généraliste : reconnaître ses limites et accompagner la résistance du patient. Reconnaître ses limites, celles de la médication et de la « thérapie de soutien », ne pas confondre écoute et interprétation sauvage, accepter d'être un intervenant et non un sauveur et confier à un « inconnu » un patient dont on connaît beaucoup. En même temps, amener le patient à identifier ces limites et créer dans la durée les conditions propices à une prise en charge par un thérapeute compétent.

Travail lent et peu rentable. Une consultation où l'on parle (où parfois le silence se fait pesant) prend beaucoup plus de temps qu'une consultation où l'on prescrit. Le médicament fait aisément taire les symptômes : c'est vrai dans le champ somatique comme dans le champ psy.

La question des psychotropes est particulièrement significative. Le mot autonomie a en médecine un sens physique précis : rendre au patient les capacités fonctionnelles perdues (mobilité, fonctionnement d'organes, etc.) ou pallier à cette perte. De fil en aiguille, le sens du mot s'est étendu au point de se constituer en « valeur » de l'action du médecin. Le psychotrope présente cette ambiguïté de permettre au patient de « fonctionner » tout en le rendant dépendant du médecin via le produit (cela va de la nécessité de continuer à prendre le traitement pour ne pas se sentir mal jusqu'à la véritable assuétude, par exemple aux benzodiazépines). Il est donc non pas le vecteur d'une autonomie retrouvée mais d'une hétéronomie (la loi chimique ...). La transposition du modèle médical (un symptôme, un diagnostic, un médicament, une « guérison ») dans le champ psy est donc contre-productive (sauf à se convertir aux neurosciences, avec toute la discussion sur ce qu'il en reste du sujet). Ce questionnement déborde d'ailleurs l'irruption du médical dans le champ psy et interroge la prise en charge du « social » par le médical. Il réveille aussi cette vieille toison d'or des argonautes en blouse blanche qu'est l'illusion de guérir...

La notion du « médecin médicament » mise en évidence par Balint est susceptible, à cet égard, d'être réinterrogée : le fait que la relation avec le généraliste a un effet thérapeutique ne fait pas du médecin un thérapeute (quand le jeu des mots se joue des hommes ...) et recèle le danger de détourner

ce bénéfique au détriment de l'autonomie du patient. Tant il est vrai que le médecin, de par sa position dans la relation forcément inégale, doit sans cesse se rappeler que « l'autonomie n'est rien si elle n'est pas réciproque » et que « la relation soignant-soigné ne sera véritablement humaine que dans la mesure où les personnes engagées agissent en sujets synergiques et non dans le cadre d'une relation de type mécanique ».

Une mutation difficile

Dans ce contexte déstabilisant, la médecine générale pourrait n'être plus aujourd'hui qu'un bateau ivre, l'approche globale devenant dissolution (pour paraphraser J.-P. Lebrun, la médecine générale deviendrait-elle un monde sans limite ?). L'épuisement émotionnel lié aux investissements attendus du généraliste, le sentiment de dévalorisation de sa fonction et de réduction de son accomplissement personnel, la recherche d'un abri dans la technique médicale à la fois rassurante et déshumanisante guettent les généralistes : le *burn-out* rôde. Pourtant, c'est à eux que les patients s'adressent de prime abord, y compris pour la majorité des problématiques liées à la santé mentale. Le paradoxe n'est qu'apparent. Car les bouleversements parfois douloureux auxquels les généralistes sont confrontés correspondent moins à une disqualification de leurs savoirs qu'à une expansion de leur champ d'actions, à un recadrage en congruence à la fois avec l'explosion des connaissances, définitivement non maîtrisables par un seul, et le besoin de transversalité qui en découle.

Le défi est en effet pour les généralistes de se décentrer de leur statut de détenteur d'un savoir défini pour occuper efficacement l'interface entre l'usager et le système de soins et servir de pivot entre les différents segments de l'aide aux personnes. Ce rôle ne nie pas leur savoir propre (ils demeurent compétents pour 90% des problèmes de santé) mais en reconstruit les limites et appelle péremptoirement le développement du travail en réseau ou en équipe. Pour beaucoup d'entre eux, cela constitue une profonde remise en question : se départir de l'individualisme caractéristique des médecins (le credo de la liberté de choix et de la liberté thérapeutique fonde toujours leur politique syndicale et ordinale), partager la responsabilité, référer à des non-médecins, introduire des tiers dans

le colloque singulier, se libérer de la tyrannie ambiguë du médicament omnipotent, c'est changer (perdre ?) son identité.

Cette mutation de la médecine générale (depuis mai 68, l'antipsychiatrie, Alma Ata 78 ?) coïncide avec la montée en présence sur le terrain des intervenants psy avec lesquels la collaboration se renforce, même si elle demeure souvent chaotique : le mouvement de convergence des deux mondes est toujours en cours. Il porte la promesse d'une approche de la maladie mentale plus attentive à la réalité de la souffrance des patients et contribuera à la réappropriation de leur santé (y compris mentale) par des sujets enfin reconnus comme tels. Puisse ce dossier y contribuer. ●

¹ Le Dr Hoffman pratique à Bruxelles, à la Maison médicale Norman Bethune et en cabinet privé. Il est aussi, entre autres, Président de la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles et Membre du Conseil National du Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO).

² *Santé conjugquée* est la revue trimestrielle de la Fédération des Maisons médicales.

³ La Déclaration d'Alma-Ata, du nom de la conférence internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé qui s'y est tenue en 1978, définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » qui « ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » (Ndlr).

⁴ La Charte d'Ottawa issue de la Première Conférence internationale sur la promotion de la santé en 1986 stipule que « la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer » (Ndlr).

⁵ « La Conférence d'Adélaïde en 1988 est partie du principe que la santé est à la fois un droit fondamental de l'homme et un excellent investissement social. Elle a appelé instamment les gouvernements à promouvoir la santé en liant entre elles les politiques économiques, sociales et sanitaires » en créant de nouveaux partenariats avec des entreprises, syndicats, organisations non gouvernementales et mouvements associatifs. in www.who.int (Ndlr).



La "maladie" du médecin⁶

630 pages pour parler du quotidien d'un médecin de campagne... Et il reste de la matière... Autant dire que les quelques lignes qui suivent ne lèvent qu'un tout petit coin du voile sur ce roman qui se laisse volontiers parcourir... A vous d'y trouver du plaisir, de l'intérêt - ou de l'ennui, voire de l'exaspération - et de vous plonger dans sa lecture.

Un roman (autobiographique?) réaliste, chronique de la vie d'un village et de son médecin.

Martine Delporte, Psychomotricienne

Centre de Santé Mentale « La Pioche » - Marchienne-au-Pont

Les « faits »

Martin Winckler utilise une écriture simple, parfois triviale, pour décrire des faits, d'abord des faits, dans la banalité d'une salle d'attente, d'un cabinet de consultation, d'une rue ou d'un magasin.

Mais très vite, ces faits vont se croiser, s'articuler et tout au long de ces pages, tisser une trame de sens ou plutôt **des** sens.

Car c'est bien là l'originalité et l'intérêt du sujet: la richesse incroyable de perceptions, représentations, émotions qui se vivent dans toute relation - et en particulier dans la relation « soignante » - l'extrême variété et donc la fragilité du sens que chacun, singulièrement, donne à ce qu'il vit, aux actes qu'il pose, aux faits auxquels il assiste ou participe.

Le médecin

Mais qui est-il vraiment ce Docteur Sachs ?

Un déçu du système qui choisit la médecine « parce qu'il a toujours eu un faible pour les victimes » ?

Un apostat de la cause médicale, qui accuse les médecins, malades de leur savoir, d'être « de pauvres types qui ne parviennent même pas à tirer un profit personnel, un épanouissement individuel de leur foutu boulot » ?

Un donneur de leçon, mais qui évite de faire la morale à ses patients, car la morale, « c'est encore plus étouffant que l'asthme » ?

Un pourfendeur du savoir médical, mais qui, psychologisant une douleur abdominale, passe à côté ... d'un ténia!

Un confrère encombrant « borné, hypermoral,

« J'aurais voulu (...) coucher sur le papier le nom de tous les patients que j'ai vu mourir. De tous les bébés que j'ai vu naître.

Et, tant qu'à faire, celui de tous les gens qui sont venus me voir, qui m'ont un jour fait venir. Mais lesquels? Ceux qui m'ont appelé pour quelqu'un d'autre (car on soigne toujours celui qui demande quelque chose, même s'il dit que ce n'est pas pour lui)?

Ceux qui n'ont fait que m'aborder dans la rue avec une question anodine? Ceux qui sont restés debout dans la salle d'attente et sont partis en me voyant? Ceux qui m'ont demandé un simple certificat? Ceux qui prennent rendez-vous et oublient de venir? Ceux dont on ne comprend jamais pourquoi ils viennent? »

un peu con » ?

Ou bien est-il simplement cet être solitaire, névrosé, qui, s'engageant totalement dans une médecine de campagne, pratique un « art de soigner » - et non de guérir - au plus près du quotidien de ses patients et de ses proches, quotidien qui inclut évidemment la vie, la souffrance, la compassion, l'amour, la mort.

Le récit

Dans ce livre, le narrateur est multiple, tantôt patient, tantôt collègue, voisin, ami ou parent, il nous fait découvrir la personnalité d'un médecin à la fois proche, attachant, consciencieux et sensible, mais aussi un peu exaspérant par son idéalisme, ses déceptions, ses révoltes contre l'Institution, la Médecine, le

pouvoir technoscientifique.

Toutes ces rencontres forment un véritable « patchwork » de situations. Chacun, parlant en son nom propre, s'adresse à Bruno Sachs en utilisant le « tu » familier. Le récit nous donne ainsi un portrait multiple, kaléidoscope des différentes facettes du personnage.

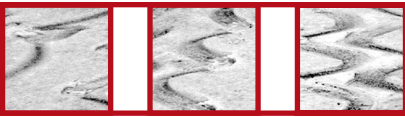
La relation amoureuse s'inscrit alors de façon particulière dans le récit : contrairement aux autres protagonistes, Pauline et Bruno entre eux utilisent le « vous ». Peut-être pour signifier que, parmi les autres, cette « relation » « re-lie », réconcilie les aspects les plus opposés et contradictoires de la personnalité du médecin en un « vous » pluriel ?

La maladie et sa thérapie

Cette expérience contribuerait-elle alors à le sortir de sa « maladie », comme l'aboutissement d'une thérapie? « La maladie de Sachs », ce tiraillement constant entre les espoirs, le rêve, la réalité de la vie ordinaire et surtout la réalité de la mort, c'est la médecine, dont aucun médecin (aucun soignant ?) ne peut « sortir »: *La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins, de manière inégale. (...) Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n'est pas non plus obligé d'en crever.*

C'est bien « pour ne pas en crever », pour ne pas laisser dans l'oubli toutes les vies, les souffrances et les morts qu'il a accompagnées, et qui l'ont accompagné, que le Docteur Sachs-Winckler décide d'écrire: (...) *écrire, pour un médecin comme pour n'importe qui, c'est prendre la mesure de ce qu'on ne se rappelle pas, de ce qu'on ne retient pas. Ecrire, c'est tenter de boucher les trous du réel évanescents avec des bouts de ficelle, faire des nœuds dans des voiles transparents en sachant que ça se déchirera ailleurs. Ecrire, ça se fait contre la mémoire et non avec. Ecrire, c'est mesurer la perte. ●*

⁶ A propos du livre *La Maladie* de Sachs de Martin Winckler - Bibliographie, réf. 44



Le généraliste face à la maladie d'Alzheimer

Marguerite Mormal
Présidente de l'asbl Alzheimer Belgique

« Nous allions régulièrement en visite de contrôle, mon mari et moi, chez notre médecin traitant (homéopathe). Au début des difficultés, le médecin laissait parler mon mari en lui demandant d'exprimer tout ce qu'il ressentait. Il lui laissait le temps (puisque'il avait des difficultés d'expression) d'expliquer ce qu'il ressentait ou déplorait. Parfois, il l'aidait à trouver un mot et l'écoutait avec une grande patience. Il l'a félicité de ne plus conduire sa voiture. A ce stade, il lui a fait quelques tests neurologiques. Un jour, mon mari lui a dit « Je perds la mémoire, je ne trouve plus mes mots ni les noms et je perds mes clés : je crains d'avoir la maladie d'Alzheimer. » Le docteur l'a regardé en souriant et a répondu « Ne vous inquiétez pas, Monsieur G., à un certain âge, tout le monde est dans votre cas et lors de la maladie d'Alzheimer, ce ne sont pas les clés qu'on perd mais sa propre maison qu'on ne retrouve plus. » Après quelques visites, le médecin a dit « Ce que je vous propose de faire pour vous rassurer, c'est d'aller consulter un neurologue qui fera des examens adéquats. » Mon mari a accepté car il avait une grande confiance en les conseils de notre médecin. A l'annonce de la maladie (telle qu'elle m'a été confirmée par le neurologue discrètement sur une petite feuille retournée vers moi), j'ai téléphoné au médecin traitant qui m'a conseillé de ne pas avertir mon mari pour le moment. Et lorsque je suis allée le consulter seule par la suite, nous en avons parlé et il m'a dit que son papa avait eu cette maladie et m'a expliqué ce à quoi sa maman avait dû faire face. En résumé, je puis dire que notre généraliste a agi en être humain face à des êtres humains, avec sincérité et délicatesse. Il a continué à suivre mon mari, a approuvé l'Aricept, le traitement indiqué par le neurologue, et l'a prescrit tout en adoucissant les autres inconvénients qui se présentaient. Il m'a soutenue lors du placement en résidence et a été le voir un jour à titre personnel. »

Madame G.

Madame G. est membre de l'asbl Alzheimer Belgique. Depuis une vingtaine d'années, une écoute téléphonique 24h/24 et les rencontres avec les familles et les malades ont pu nous éclairer sur les attentes vis-à-vis du médecin traitant. C'est à lui que, naturellement, vont être confiées les plaintes de perte de mémoire, les changements d'humeur et de comportement.

Dans les années 1980, cette démence n'était guère connue et seule son évolution vers une perte complète des facultés cognitives était considérée comme inéluctable. Ceci explique le malaise qu'éprouvait le médecin face aux questions posées. « C'est normal, c'est l'âge » ou « C'est un début de dépression », répon-

dait souvent le médecin. En cas de démence identifiée, le conseil du praticien était : « Il est temps de trouver une maison de repos ».

La maladie d'Alzheimer est à présent mieux connue. Son diagnostic est possible dans 90% des cas. Un traitement de stabilisation peut ralentir l'évolution de la maladie. Ceci modifie donc l'attitude du médecin généraliste lors des consultations. En début des symptômes, la prudence s'impose. Le médecin élimine bien sûr d'autres raisons qui peuvent expliquer les troubles de mémoire. Un état dépressif va être soigné. Si les plaintes sont persistantes, le médecin proposera d'avoir recours à l'avis d'un spécialiste, c'est-à-dire un neurologue. Celui-ci complètera la mise au point avec des tests neuropsychologiques.

La difficulté pour le médecin généraliste réside souvent dans la discordance entre la description des troubles par la famille et le comportement du malade pendant les consultations. En effet, une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut longtemps donner le change et ne rien laisser paraître, ou très peu, de ses déficits. Le médecin a alors tendance à trouver que la famille exagère et protège « son patient », surtout s'il le connaît depuis longtemps. Une autre difficulté survient lorsque le diagnostic est confirmé : faut-il le révéler au malade ?

Certains médecins préfèrent dire la vérité. Parfois seulement à la famille mais aussi au malade lui-même. C'est certainement une attitude qui permet le dialogue. Et un accompagnement pourra plus facilement s'envisager si cette annonce est faite avec tact. C'est alors qu'il est utile d'orienter la famille et le malade vers une association compétente pour éclairer sur les stratégies à mettre en place lors de l'évolution de la maladie. A l'heure actuelle et de plus en plus, une collaboration se met en place avec le médecin traitant et les associations.



En conclusion, comme pour toute autre affection, c'est le généraliste qui doit très tôt dépister les signes d'apparition de la maladie d'Alzheimer.

Ce que souhaite la famille, c'est qu'il la soutienne dans des prises de décisions difficiles comme l'abandon de la conduite automobile ou la mise sous tutelle. Il sera attentif à conseiller – voire imposer - à l'aidant de prendre du repos, du répit. Celui-ci dépasse en effet souvent les limites de ses forces.

Ce qui déçoit les familles, c'est de ressentir chez « son » médecin un sentiment d'impuissance, de fuite face au dialogue. Elles ne lui demandent pas de faire des miracles mais simplement d'être comprises et aidées à faire le deuil d'un être cher qui devient un autre, différent et étranger. ●

Un « bon » médecin généraliste ?

Objectifs et actions

Fondée en 1985 pour venir en aide aux familles et malades atteints de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, Alzheimer Belgique a pour buts de :

- Soutenir les familles par des rencontres et une écoute téléphonique 24 h/24 ;
- Diffuser toute information sur la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés ;
- Favoriser le dépistage précoce de la maladie ;
- Organiser des formations sur cette maladie ;
- Mettre en œuvre tout moyen d'entraide pour soulager le malade et ses proches ;
- Sensibiliser les pouvoirs publics à cette pathologie lourde et aux besoins spécifiques des malades et de leurs accompagnants ;
- Encourager la recherche scientifique relative à la maladie.

Activités

- Le **Relais** : activité de répit pour les familles.
- **Café Souvenirs** : activité de réminiscence pour les malades et leur famille.
- **Art-Thérapie** : atelier pour favoriser la communication non verbale des malades.



Pour tout renseignement :

Alzheimer Belgique asbl 02/428.28.10
Avenue Van Overbeke 55
1083 Ganshoren
alzheimer.belgique@skynet.be
www.alzheimerbelgique.be

Ecoute téléphonique 24h/24 :

02/428.28.19

Nadine est très satisfaite de la relation qu'elle a avec son médecin généraliste. Lorsqu'elle a rencontré des problèmes de santé mentale, sa doctoresse l'a beaucoup soutenue et lui a proposé de venir à son cabinet trois fois par semaine. Elle s'est également toujours montrée claire dans ses explications et très attentive tant au niveau physiologique que psychologique. Les expériences d'autres usagers ne sont pas toujours aussi convaincantes, certains n'ayant pas du tout de médecin traitant.

Echange avec
Nadine, Psytoyens asbl.

Propos recueillis par
Virginie Olivier, IWSM.

Quelles sont pour vous les principales qualités dont devrait disposer un « bon » médecin généraliste ?

- l'écoute : non seulement prendre le temps pour véritablement écouter ce que le patient a à dire mais aussi pour décoder ce qui ne se dit pas et qui est parfois essentiel ;
- la profondeur de la relation médecin-patient : quoi qu'en pensent certains professionnels, il est important de tout dire au patient, tout en prenant la précaution de bien lui expliquer les informations transmises ;
- la sociabilité : un médecin doit pouvoir se montrer ouvert, ce qui pourrait inciter plus facilement au dialogue.

Comment le médecin généraliste prend ou doit-il prendre en compte l'aspect santé mentale ?

Si mon expérience en la matière (cf. plus haut) est particulièrement positive, je dois reconnaître avoir été témoin de certaines situations où les médecins généralistes ne tiennent pas compte du handicap psychique : ils feignent de l'ignorer. Et parfois, certains patients ne confiant pas les problèmes de santé mentale qui les touchent, le médecin aurait à les

« deviner ». C'est pourquoi le médecin doit prendre le temps, même s'il en a peu, pour établir une relation de confiance avec le patient.

En quoi le médecin généraliste peut-il jouer un rôle de référent ?

Il s'avère que le référent principal des usagers de soin en santé mentale est leur psychiatre. S'ils n'ont pas tous un médecin traitant, ils ont par contre tous, un, voire plusieurs psychiatres. Il pourrait être pertinent de passer systématiquement par un médecin généraliste avant de voir un psychiatre. Cela éviterait certaines dérives courantes telles que le recours simultané à plusieurs psychiatres et l'excès de prescriptions qui en découle. Le médecin traitant pourrait non seulement faire le lien, mais également être attentif à l'état de santé général du patient (effets secondaires des médicaments, symptômes somatiques indépendants du problème de santé mentale, etc.). Avoir « son » médecin traitant - sans en changer tout le temps - est important pour qu'un véritable lien s'établisse et qu'une vue globale du patient soit assurée.

Quelles seraient selon vous les autres compétences que devraient acquérir les médecins généralistes pour mener à bien ce rôle ?

Le problème majeur des médecins généralistes est le manque de temps. Il est nécessaire de pouvoir le dépasser pour marquer leur investissement par rapport aux patients, se montrer particulièrement attentifs à leur état général et être garants du suivi.

Par ailleurs, il est inévitable qu'ils s'adaptent aux nouvelles réalités sociales qui ont beaucoup évolué ces dernières années.

Enfin, il apparaît que les médecins sont fort démunis quant à l'orientation d'un patient présentant des troubles de la santé mentale : ils connaissent très peu les ressources existantes. Il serait utile de diffuser davantage de documents sur la santé mentale et sur les services et associations actifs dans ce domaine aux médecins généralistes. Car leur cabinet pourrait vraiment être l'endroit où les usagers pourraient trouver le renseignement dont ils ont besoin. ●



La médecine, au confluent des sciences exactes et des sciences humaines ?

Regard sur la formation des médecins

Les médecins se disent peu outillés pour aider leurs patients chaque fois qu'une plainte dépasse un symptôme strictement somatique. Or, l'évolution actuelle des sciences et les progrès de la médecine mettent davantage l'accent sur les aspects techniques de la formation. Des bancs de l'école au chevet du patient, il y a une marge importante que chaque médecin aura à combler s'il veut articuler le *mens sana* avec le *corpore sano*.

Avec le Professeur Philippe van Meerbeeck, nous avons cherché à comprendre ce qui sous-tend ces orientations. Il nous a parlé du combat qu'il mène depuis des années pour ouvrir toutes grandes les portes de la Faculté à ce qui donne sens aux symptômes et permet de les traiter.

Plaidoyer pour une médecine humaniste.

Rencontre avec **Philippe van Meerbeeck**,
Psychiatre, Psychanalyste, Professeur à l'UCL⁷

Entretien réalisé par **Christiane Bontemps** et **Virginie Oliver**, IWSM

La technicité au détriment de l'humanité

Il peut sembler de prime abord étonnant qu'aussi peu de place soit réservée aux sciences humaines dans le cursus de médecine. Le Professeur van Meerbeeck y voit le reflet d'une question bien plus large : le manque général d'« humanité » en médecine, tant dans le monde académique que professionnel.

Et pourtant, il y a 150 ans, le principe de la formation reposait sur la capacité de penser comme préalable à l'apprentissage de la médecine. On était plus humaniste mais on avait moins de remède. Progressivement, c'est le chemin inverse qui a été parcouru, reléguant les sciences humaines au second plan, allant jusqu'à faire de la philosophie, de la psychologie ou de la littérature des insultes aux connaissances médicales. Actuellement, ce déni n'est plus aussi tranché, mais tout ce qui n'est pas d'ordre technique reste bien souvent considéré comme une perte de temps. Le médecin se sent aujourd'hui plus à l'aise pour réaliser des actes techniques, aussi intimes soient-ils (examens gynécologiques, par exemple), que pour poser des questions personnelles touchant aux sentiments (problèmes de couple, par exemple).

« L'abrutissement » des études

Philippe van Meerbeeck pointe l'évolution actuelle de la pédagogie médicale qui paie un lourd tribut à son statut scientifique. C'est, pour les étudiants, le « règne de la peur » ! Il faut connaître toute la médecine sur le bout des doigts, avoir la plus grande distinction, publier, effectuer un bon assistantat, ... Cette pédagogie se base sur le modèle des technosciences, qui prétend que l'on peut tout savoir si on a une bonne formation scientifique. Et pourtant, chacun sait que ces connaissances étudiées par cœur par les candidats médecins seront non seulement oubliées 15 jours après, mais de toutes façons obsolètes, en partie du moins, dans les deux ans ! La philosophie s'avèrera peut-être plus utile que la physique ou la chimie dans certaines circonstances : aucune formule n'est utile pour comprendre ce qui anime les hommes. « On fait étudier des tas de données parcellaires aux étudiants sans leur en proposer un croisement, une synthèse ».

Les études de médecine, dans une volonté d'objectivation à tout prix, participent à la déshumanisation des corps. Il y a deux ans encore, les travaux pratiques en anatomie confrontaient les candidats médecins à des cadavres à disséquer sans le moindre

accompagnement. Ces exercices occasionnaient bien souvent un choc profond complètement refoulé. Depuis, ces travaux sont précédés d'un accueil avec documents audiovisuels et exposés sur la mort et le respect des corps, en présence de représentants religieux et philosophiques.

Une intégration progressive de l'humain dans le cursus

Convaincues par l'importance des sciences humaines dans le cursus de médecine, des personnes se sont battues pour leur faire une place dans la formation. Récemment, à l'UCL, des séminaires en sciences humaines ont pu y être intégrés dès la troisième candidature en plus d'un cours de psychologie médicale, d'un focus sur la relation soignant-soigné en 1^{ère} et 2^{ème} doctorat et d'un cours consacré aux « enjeux sociaux et éthiques de la santé et de la médecine ». Préparées, réalisées et évaluées en collaboration avec des médecins traitants, ces ouvertures concernent tous les étudiants (et pas seulement ceux qui se destinent à la médecine générale) et restent suivies par nombre d'entre eux même lorsqu'elles sont devenues facultatives en 3^{ème} doctorat.

Par contre, alors que la médecine montre timidement des signes d'ouverture, la psychiatrie semble avoir été contaminée par la pédagogie médicale de la neurologie et de la médecine interne. Elle délaisse ainsi l'humain et son unicité au profit de paramètres pseudo-objectivants dictés par le DSM IV⁸. Il est vrai que l'on peut s'interroger sur la place que consacrer le psychiatre à l'individualité de ses futurs patients lorsque l'on voit que leurs connaissances sont testées sous forme d'un QCM (Questionnaire à Choix Multiple) qui ne laisse place qu'à un seul traitement par série de symptômes.

A partir du 1^{er} doctorat, la constitution des jurys d'examens s'est ouverte au pluralisme, associant collège de professeurs et médecins généralistes.



Gabriel Lechmanu: Club A. Baillon, CRF

Humaniser l'enseignement et la profession

Toutefois, malgré l'insertion progressive de sciences humaines, la question de fond, celle du sujet, reste posée. Plusieurs pistes sont évoquées par le responsable du service de psychologie médicale pour y répondre... Il faudrait peut-être commencer par repenser la relation enseignants-enseignés. Humaniser celle-ci permettrait de changer le déroulement même des études de médecine. En effet, s'il n'y a pas de cours pour apprendre à être « bien dans sa peau », il est possible de créer un climat qui favorise la relation (entre élèves, avec les professeurs,...), et ce climat doit être instauré dès le début des études.

Il est essentiel aussi de revaloriser la fonction de généraliste qui avait été complètement dépréciée dans le milieu académique.

Un espoir d'évolution peut-être avec la féminisation de la profession. Le fait que 60 à 70% des candidats en médecine soient des femmes peut être porteur de plus d'humanité. En effet, même passionnées par leur métier, celles-ci envisagent plus souvent de « ne pas faire que cela » (maternité, activités complémentaires, etc.) et elles auraient, plus que leurs confrères, tendance à accorder de l'importance aux sciences humaines.

La confrontation à la pratique

Il s'avère que la majorité des cours en faculté de médecine sont donnés de manière magistrale. La pratique n'y occupe que très progressivement de la place: une semaine en 3^{ème} candidature, un mois en 1^{ère} et 2^{ème} doctorat et puis un semestre en 3^{ème} doc. avec une dernière année presque entièrement consacrée à des stages.

Pour les futurs généralistes, deux années de spécialisation sont dorénavant prévues. Elles permettent au jeune médecin d'accompagner un généraliste au quotidien avec, à la clef, des échanges interpersonnels qui viennent enrichir l'expérience de l'un et de l'autre. Pour les autres spécialisations, par contre, les stages s'avèrent bien éloignés des réalités de terrain. En effet, des étudiants rapportent régulièrement être employés dans des hôpitaux à des tâches administratives peu instructives. L'accompagnement des étudiants prend évidemment du temps et le souci de rentabilité des services semble parfois primer sur la fonction d'apprentissage du stage.

Le traitement par la prescription

Selon le Professeur van Meerbeeck, 80% (voire la quasi-totalité) des patients seraient atteints de « la maladie humaine de la douleur d'exister ». Le restant (5 à 20% seulement) se-

rait constitué de maladies dites « vétérinaires ». Il avance que la plupart des malades sont des « malades de la médecine », notamment de la sur-prescription de médicaments. Une multitude de nouvelles maladies émergent: fatigue chronique, fibromyalgie, spasmophilie, etc. Elles sont unanimement reconnues par le corps médical comme tissées sur un fond de dépression, et on y remédie souvent par des médicaments. Or, tout le monde est fatigué, tout le monde ressent par moments cette souffrance d'exister à divers niveaux: le médecin peut par conséquent rarement se tromper de diagnostic! Mais, même avec une médecine de pointe, il reste difficile de traiter la douleur d'exister. Beaucoup de médecins prescrivent, même s'ils ne sont pas convaincus, parce qu'ils ont l'impression que leurs patients ne reviendront pas s'ils ne prescrivent pas... Et pourtant, l'expérience montre que, lorsqu'un réel dialogue peut s'établir, le patient revient...

L'aspect thérapeutique

Le généraliste acquiert, « à l'usage », une formation thérapeutique. Il ne s'agit pas de faire du médecin un psychanalyste, mais de lui donner des outils pour réaliser une thérapie de soutien et encourager les patients à aller plus loin si besoin. Il ne faut pas nécessairement consacrer une heure de consultation à chaque patient en souffrance psy, 20 minutes à une demi-heure peuvent suffire. Le patient détient, dans de nombreux cas, le pouvoir de se guérir lui-même si on lui donne les outils pour s'écouter. Revaloriser la fonction thérapeutique du médecin doit se faire non seulement en médecine générale, mais aussi en médecine interne.

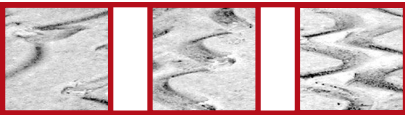
Et le réseau ?

Quant à la question des relais, notre interlocuteur estime que c'est au médecin, lorsqu'il s'installe, à prendre l'initiative de se tenir au courant des ressources. C'est d'autant plus utile que les rapports interpersonnels sont importants dans le travail en réseau à mener par la suite.

... Plaidoyer pour une médecine humaniste, une médecine qui pourra compter sur des médecins qui se sont eux-mêmes intéressés à la vie, qui auront appris le doute, qui auront tiré parti de leurs échecs et qui seront restés ouverts au monde qui les entoure. ●

⁷ Université Catholique de Louvain

⁸ Manuel des troubles diagnostiques en psychiatrie.



Poursuivre sa formation à la relation médecin-patient : l'approche des groupes Balint

Philippe Heureux, Médecin généraliste
Maître de conférences invité au
Centre Universitaire de Médecine générale,
Faculté de médecine, UCL
Animateur de groupes Balint

Mme D., âgée de 65 ans, a une histoire médicale assez chargée: elle a subi de nombreuses interventions chirurgicales au cours de son existence. Elle est également traitée pour hypertension artérielle ainsi que pour des douleurs lombaires. Elle est suivie aussi par un gastro-entérologue pour des problèmes digestifs. Enfin, elle a une histoire familiale et conjugale plutôt malheureuse, ce qui l'a amenée d'ailleurs à consommer de l'alcool en excès à certaines périodes.

Elle a tendance à soigner son propre mal-être en soignant celui des autres, enfants et proches dont elle tâche de prendre en charge les ennuis existentiels et ce, parfois, jusqu'à l'épuisement.

Et effectivement, à la dernière consultation, ses plaintes s'égrènent, nombreuses et variées: fatigue, insomnie, maux de tête, douleurs lombaires, douleurs à l'épaule, ballonnement abdominal et digestion « trop lente », etc.

Mme D. risque d'épuiser rapidement son médecin si celui-ci s'attache à résoudre médicalement toutes ses plaintes les unes après les autres. Il risque de s'épuiser en pure perte s'il se cantonne dans une attitude médicale classique: symptôme, diagnostic, traitement. En adoptant une telle attitude, le médecin ne fera que reproduire le même comportement que sa patiente, à savoir, prendre « sur lui » de tenter de résoudre tous les problèmes de Mme D. de même qu'elle tente, elle, de prendre en charge et de résoudre tous les problèmes de ses proches (ce n'est pas le lieu, dans cet article, de se poser la question, pourtant incontournable, de la nécessité intérieure à laquelle répond ce comportement chez la patiente, c'est-à-dire pourquoi elle semble avoir « besoin » d'agir de la sorte). Car, ce faisant, le médecin de Mme D. risque de passer à côté de l'essentiel: c'est-à-dire

la nécessité pour la patiente de faire entendre, au travers de ses symptômes, toute sa souffrance, de la voir « reconnue », « entendue » par quelqu'un d'autre.

Tout au long des années où Mme D. a fréquenté la consultation, une attitude médicale attentive et quelques examens appropriés ont permis d'écarter l'éventualité de maladies graves. Mais elle continue à se plaindre et ces plaintes sont pour elle à la fois le moyen d'entrer en contact avec son médecin, d'exprimer une série de frustrations et de « transmettre » à son médecin ce qui fait peut-être sa vraie question: comment supporter l'impuissance ainsi qu'une certaine incomplétude ?

Celui-ci, après l'avoir rassurée par un examen médical attentif (et s'être rassuré lui-même), répond à la question de la patiente: « Mais alors, pourquoi suis-je si fatiguée ? » par ceci: « Je me demande si vous n'avez pas tendance, malgré vous, à prendre beaucoup de choses sur le dos ». La patiente sourit alors pour la première fois et acquiesce: « je me disais aussi que je faisais une dépression », terme médical que son médecin s'empresse de... ne pas confirmer. Là, en effet, réside un des risques de la pratique de la médecine contemporaine, à savoir celui de n'interpréter la souffrance du patient qu'exclusivement en termes de maladie médicale, que la médecine s'approprie alors sous un angle exclusivement technologique en ne prenant plus en considération sa dimension subjective. Interpréter les symptômes de Mme D. en termes de « dépression », c'est encore, si on n'y prend garde, un moyen de réduire son histoire à un diagnostic, un nom de maladie qui rassure le médecin et la médecine car ramenant la problématique en terrain connu, celui du diagnostic et des maladies que le médecin « connaît ».

Les médecins sont en effet essentiellement formés à une approche principalement somatique, médicalisée de la souffrance humaine. Cette approche médicalisée est garante des progrès récents de la médecine. Elle comporte cependant un revers, celui d'avoir un peu oublié que dans une consultation, ce qui est aussi à l'œuvre, c'est l'interaction entre deux subjectivités, celle du patient et celle du médecin. Celle du patient est constituée par toute la toile de fond sur laquelle s'inscrit sa plainte: son histoire familiale, relationnelle avec tout ce qui a pu être « bien dit », « mal dit » ou « pas dit », avec les soins apportés au corps, plus ou moins « bien traité » ou « mal traité », avec la « dose » d'amour qu'il a reçu: « assez », « pas assez », « trop ».

Celle du médecin comporte à peu près les mêmes ingrédients plus ou moins heureux, mais dont la résultante est souvent de l'avoir incité à entreprendre des études de médecine. Ces motivations sont le plus souvent, dans le chef du médecin, de nature inconsciente (comme d'ailleurs le choix de la plupart des professions): on fait le métier de soigner la souffrance toujours un peu pour soigner la sienne propre. Sans aller jusqu'à devoir analyser en profondeur ces motivations (encore une fois, je le répète, tout à fait légitimes) on peut cependant en constater les effets dans la pratique médicale de tous les jours.

C'est ici que l'apport de Michaël Balint peut se révéler précieux tant pour les médecins que pour les patients. Balint (psychiatre et psychanalyste anglais d'origine hongroise) a en effet mis en évidence combien les motivations inconscientes du médecin imprégnaient sa pratique, même en ce qu'elle peut avoir de plus scientifique. En effet, de par sa formation, le médecin est tenté de répondre aux nombreux problèmes existentiels de ses patients par des attitudes, conseils et traitements qu'il « prescrit » comme s'ils étaient scientifiquement fondés au même titre que les traitements médicaux. Bref, ce faisant, dit Balint, le médecin « se prescrit lui-même » en

utilisant des éléments de sa propre personnalité, de sa propre subjectivité. C'est, disait Balint, de loin, le médicament le plus souvent prescrit en médecine et j'ajouterais pour ma part que c'est probablement la raison pour laquelle les ordinateurs n'ont pas encore remplacé les médecins en chair et en os ! Cependant, le plus souvent, le médecin ignore en partie ce qu'il prescrit ainsi, de même que la dose adéquate ainsi que les éventuels effets secondaires (lesquels sont repérables à l'insatisfaction dont les patients se plaignent souvent dans leurs contacts avec leur médecin).

Pour aider les médecins à être plus conscients de la manière dont ils se prescrivent, Balint a proposé une méthode originale, celle des « groupes Balint ». En bref, à l'intérieur d'un groupe de plus ou moins 10 à 12 soignants et sous la houlette d'un animateur, un médecin est invité à raconter un cas qui lui pose problème avec un patient (avec le respect de toutes les règles habituelles de confidentialité). C'est le récit du médecin et ce que ses collègues, non directement impliqués dans le cas relaté, lui reflètent, qui va éclairer le médecin peu à peu, au fil des réunions de ce groupe, sur les aspects de sa personnalité professionnelle qu'il utilisait jusque-là à son insu et qui peuvent être tantôt bénéfiques à la relation thérapeutique, tantôt amener celle-ci dans des impasses, préjudiciables tant au médecin qu'au patient.

Devenu plus conscient de ces aspects, le médecin peut ainsi les assouplir, mieux les adapter au soin de son patient tout en se libérant d'une approche trop étroitement médicalisante de la souffrance humaine. Au total, il « se prescrira mieux », ce qui améliore sa prestation au service de la santé de son patient, mais aussi, et ce n'est pas mince, lui procurera un plaisir toujours renouvelé dans sa pratique et constitue probablement une des meilleures préventions du fameux *burn-out* ! ●

⁹ Extraits du site de la Société Balint Belge et de l'Institut de Formation et Thérapie pour Soignants : http://www.ifts.be/index_files/page0056.htm

Les Groupes Balint⁹

Le groupe Balint est défini comme « un groupe de médecins et/ou d'autres professionnels de la santé qui en général ne dépasse pas quinze participants. Il est animé, si possible, par un analyste (médecin de préférence) ou par un psychiatre et un autre médecin ayant acquis une bonne expérience du groupe Balint. L'accent est mis principalement sur la relation soignant-soigné où la dimension de soin est capitale : le symptôme ou la maladie est souvent le support de cette relation et il s'agira d'en comprendre la signification et l'interaction dans le contexte du milieu familial et social. (...) ».

Il se différencie des autres groupes car : « Ce n'est pas un groupe thérapeutique : si le soignant a un problème personnel, il doit chercher à le résoudre ailleurs, mais pas dans le groupe Balint car celui-ci n'est pas un groupe qui soigne le soignant.

Ce n'est pas un séminaire de cas cliniques : ce n'est pas la maladie ou le malade qui est au centre des discussions, comme c'est le cas à l'hôpital ou en clinique psychiatrique. L'histoire du malade est un point de départ pour étudier la relation du soignant avec son patient et voir, par exemple, comment tel médecin peut aider le mieux tel patient à évoluer favorablement.

Ce qui est important dans le groupe Balint, c'est non seulement de reconnaître les émotions du malade mais aussi celles du soignant et de voir comment l'interaction entre les deux peut être favorable et utile au malade. Enfin, on recherche à déceler les phénomènes inconscients tels que les non-dits, les actes manqués, les passages à l'acte, les mots employés et leurs répercussions sur la relation ».

« L'objectif avoué de Michaël Balint était de mieux former (si pas d'informer) les médecins et professionnels de la santé sur le plan psychologique car il avait constaté la faillite des cours magistraux dans ce domaine ».

Pour tout renseignement :

Société Balint Belge et Institut de Formation et Thérapie pour Soignants : IFTS
Rue de la Flanière, 44 à 6043 Charleroi
Tél. : 071/ 34 44 71 – www.ifts.be.

Pour l'adresse des groupes Balint en Belgique francophone :

Secrétariat de la Société Balint belge :
Mme Bodson
Rue de la limite, 43 - 1950 Kraainem
www.balint.be



Le réseau Alto¹⁰ : pour répondre aux besoins multiples des usagers de drogues

Parmi les patients qui mobilisent avec force l'attention et l'énergie des médecins généralistes, on trouve les usagers de drogues. Particulièrement attachants avec leurs questions existentielles, tantôt fragiles et sensibles et tantôt agressifs ou violents, ces patients risquent, si l'on y prend garde, de prendre beaucoup de place dans les consultations, voire dans la vie des médecins... Le réseau Alto s'attelle à chercher et proposer des pistes de réponses.

Virginie Olivier – IWSM

Avec l'aimable contribution du Dr **Sophie Lacroix**, Secrétaire du réseau Alto

Le réseau Alto – Alternative à la toxicomanie - existe depuis une dizaine d'années. Il consiste en un réseau de médecins généralistes qui, au sein de leur pratique courante, accompagnent des patients usagers de drogues. Ce réseau, subventionné par la Région Wallonne, est ouvert aux intervenants médicaux spécialisés, aux pharmaciens, ainsi qu'aux acteurs psycho-sociaux et judiciaires concernés par les problématiques d'usages de drogues. Outre ses missions de départ d'information et de formation des généralistes aux principes de la substitution médicamenteuse et aux problématiques médicales induites par une toxicomanie, Alto a souhaité adopter une approche globale de l'utilisateur de drogues. Ainsi a émergé la notion d'accompagnement, ouvrant l'approche bio-médicale à la santé mentale, à l'insertion sociale et aux trajectoires judiciaires.

La charte d'Alto précise que cet accompagnement dans le milieu (familial, social, économique, culturel, etc.) de l'utilisateur de drogues relève d'un choix personnel du médecin. Au-delà de ses connaissances médicales des pathologies et des traitements liés aux toxicomanies, celui-ci se propose de soutenir le patient dans « son cheminement vers l'autonomie ». Cela sous-tend notamment d'accorder du temps à l'écoute, d'organiser d'éventuels relais ou collaborations en

accord avec le patient, bref, d'évaluer la situation dans sa globalité. Il est important pour le médecin de poser un cadre à respecter (horaires, participation financière même symbolique, etc.) de manière à ce que les usagers de drogues, peu familiarisés aux limites, ne deviennent trop « envahissants » par leurs visites chroniques au cabinet médical. Les médecins témoignent qu'il en va de leur propre santé mentale, car il n'est pas toujours aisé de gérer le transfert face à ces patients souvent attachants et soulevant des questions existentielles.

Ces usagers fragilisés ont souvent des difficultés qu'ils souhaiteraient exprimer, mais « ils ne veulent surtout pas entendre parler de 'psy' ». Là encore, le médecin, s'il est prêt à écouter, doit également poser les limites de ses compétences aux niveaux psychologique et psychiatrique, mais aussi social. Une fois que les problèmes énoncés dépassent ces limites, il doit être à même de présenter les relais à son patient, ce qui « implique d'avoir précédemment noué un lien avec le patient pour qu'il ne vive pas cette proposition comme un désinvestissement de la part du médecin. Cette présentation des relais présuppose également une connaissance adéquate des partenaires afin d'orienter au mieux en fonction des besoins du patient ». C'est là qu'intervient la notion de « triangulation » car le médecin tout en continuant

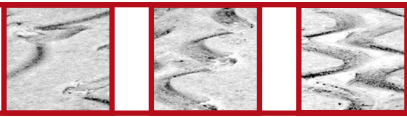
d'assurer les facettes de l'accompagnement qui relèvent de ses compétences, s'enquiert que l'utilisateur investit réellement la piste proposée et le soutient dans ce chemin.

C'est pourquoi Alto a mis en place une formation continue assortie de séances d'interventions auxquelles sa charte invite les membres à participer « afin d'échanger sur les pratiques, de rencontrer d'autres acteurs et aussi de partager d'éventuelles répercussions émotionnelles ». Le rôle de ces interventions cliniques est de permettre de mieux comprendre les dérives de ce type d'accompagnement (époussement, irritation) et, partant, d'adapter son mode d'intervention pour qu'il soit le plus efficace et le plus respectueux possible tant du côté du patient que du médecin lui-même. ●

Pour tout renseignement :

Réseau Alto - SSMG
Rue de Suisse, 8 - 1060 Bruxelles
alto@ssmg.be - www.alto.ssmg.be

¹⁰ Sources: site web du réseau Alto et documents transmis par le Dr Sophie Lacroix, secrétaire du réseau Alto, notamment: « Rôle du médecin généraliste dans les problématiques de toxicomanie », Drs B. Denis et S. Lacroix in *Education du Patient et Enjeux de Santé*, Vol. 22, n° 1, 2004.



Le Médecin généraliste face aux changements dans la relation médecin-malade

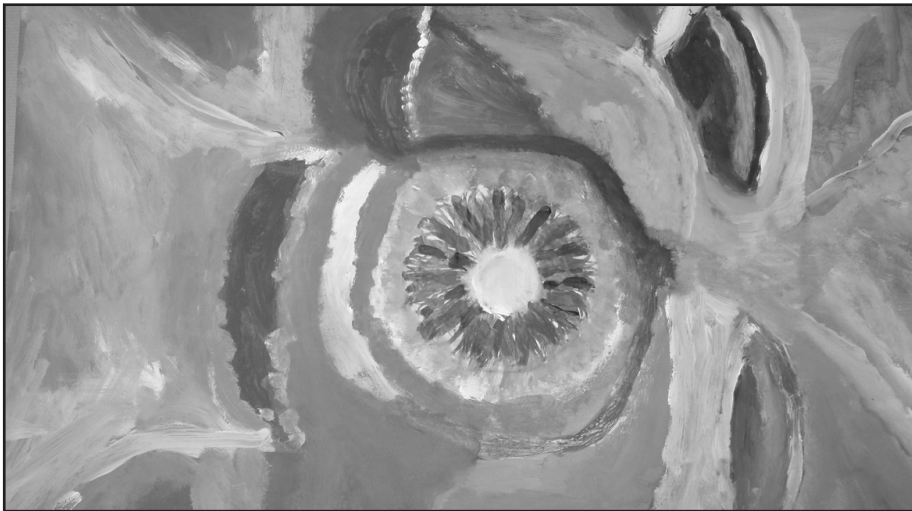
Les médecins ont aussi une santé mentale... et parfois des coups de blues qui peuvent aller jusqu'au *burn-out*.

Les causes de ce malaise sont multiples, de l'excès de travail au manque de reconnaissance de leur rôle dans la société en passant par les aspects financiers. Mais aussi, et peut-être surtout, on les trouve dans l'évolution du sens de leur travail au cœur même de la relation médecin-patient.

Tenir compte ou, mieux encore, anticiper tout ce qui pourrait contribuer à ce malaise, mettre des limites, échanger avec des confrères, ... et profiter des plaisirs qu'apporte cette place privilégiée auprès des gens sont quelques-unes des pistes proposées ici par les auteurs qui ont cherché à comprendre ce phénomène.

Luc Lefebvre¹¹, Médecin généraliste,

Véronique Delvenne¹², Pédopsychiatre, Psychothérapeute analytique et systémique, Animateurs de formation médicale continue (Médecine et communication)



Collectif, l'Atelier du CRF du Club A. Baillon

Un problème international

« *The cultivated general practitioner.... you cannot reach any better position in a community; the family doctor is the man behind the gun, who does our effective work. That his life is hard and exacting; that he is underpaid and overworked; that he has but little time for study and less for recreation-these are the blows that may give finer temper to his steel, and bring out the nobler elements in his character* »¹³.

Sir William Osler¹⁴ (1849-1919)

Partout dans le monde, des Etats-Unis à l'Australie en passant par la Grande Bretagne, la France et bien sûr la Belgique, les médecins n'ont pas le moral. Un système de santé avec des médecins démoralisés ne peut prospérer. Les raisons de ce malaise et la façon d'y faire face sont moins claires. Au cours de ces dernières années, la littérature médicale a commencé à se préoccuper de la qualité de vie des médecins. Tout a commencé en 2001, avec la parution dans le *British Medical Journal* d'un article de Richard Smith¹⁵: « *Why are doctors so unhappy?* ».

L'importance du courrier des lecteurs que cette initiative a suscitée témoigne du fait que ce malaise a des dimensions internationales et n'est pas lié à un système de soins de santé en particulier.

Que signifie *unhappy*?

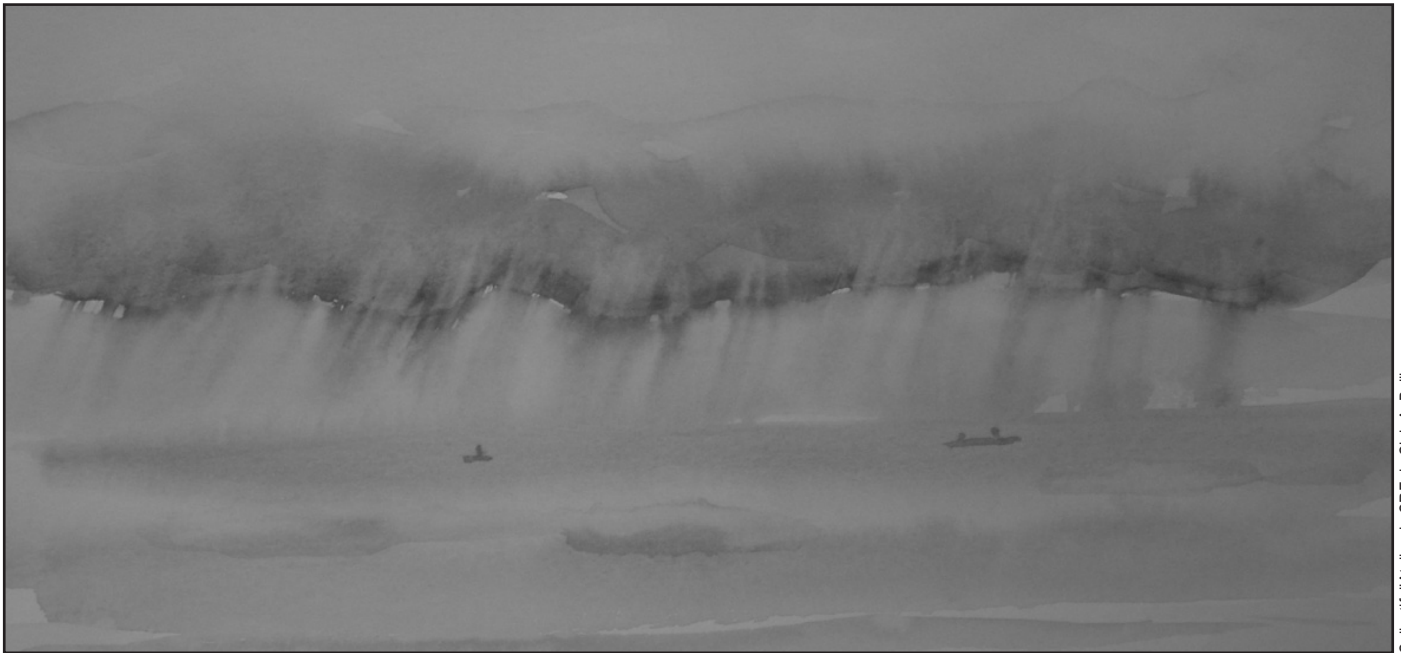
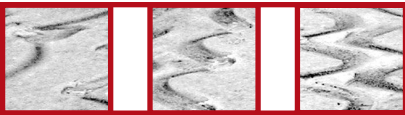
- 1 **malheureux/-euse**; [face, occasion], **triste**;
- 2 **mécontent**; **ne pas être satisfait de quelque chose**
- 3 **inquiet/-iète** (à propos de); **être contrarié par**

Richard Smith ne prétendait pas que les médecins sont malheureux tout le temps. Toutefois, il décrivait un malaise certain dans la profession. Quand ils se retrouvent et discutent entre eux, les praticiens évoquent des difficultés d'exercice professionnel, du découragement, l'envie de se retirer. Cet article a provoqué un afflux énorme de réponses, de discussions, d'enquêtes et a été le point de départ d'ateliers réalisés en Angleterre, aux USA, mais aussi dans notre pays¹⁶.

Les raisons les plus évidentes du mécontentement sont l'excès de travail et les revenus particulièrement bas mais aussi le manque de soutien de la part de la société.

Toutefois, les systèmes de soins de santé dans lesquels les médecins sont mieux payés et disposent d'un plus long temps de consultation ne procurent pas par eux-mêmes un meilleur moral. Il y a donc d'autres sources à ce malaise :

- ▶ Le travail est difficile et émotionnellement exigeant. Le médecin de famille est confronté en permanence à la souffrance physique, psychique mais aussi sociale de ses patients ainsi qu'à la mort.
- ▶ Les sources de valorisation qui lui avaient fait choisir ce métier par le passé, faites



Collectif, l'Atelier du CRF du Club A. Baillon

de respect, de générosité mais aussi de reconnaissance sociale et financière ont quasi disparu.

- ▶ Le contrat psychologique entre le médecin, les patients, la société et les employeurs a changé, mais sans négociation explicite. Beaucoup de médecins se retrouvent à faire un boulot qui n'est pas celui qu'ils ont choisi. Le contrat original offrait au médecin plus d'autonomie, plus de déférence et plus de prestige. Les exigences des patients ont augmenté.
- ▶ Les connaissances qu'un médecin généraliste devrait avoir sont devenues exponentielles. On estime que tous les 5 ans, la moitié de notre savoir est périmée (la difficulté est de savoir laquelle!). Les études de médecine ne nous préparent pas ou peu à la réalité du travail de terrain, trop souvent axées sur une médecine d'organes. Elles ne nous aident pas à réfléchir et à anticiper les changements, à travailler en équipe et à se soutenir mutuellement. Le chacun pour soi reste encore dominant dans notre profession.
- ▶ De nombreux changements sont survenus dans la relation entre le médecin et le patient. Les patients ont des attentes

croissantes par rapport aux médecins, une demande de « tout, tout de suite et si possible gratuitement ». La négociation doit faire partie de la consultation alors qu'auparavant le médecin détenait un savoir non contesté. L'accès aux nouveaux moyens d'informations (presse, Internet, ...) modifie la connaissance que les patients ont de la médecine.

- ▶ Les relations entre les médecins, le gouvernement et les organismes payeurs (patronat, syndicats...) se sont aussi beaucoup modifiées. Les contraintes administratives sont devenues colossales.
- ▶ La presse ne soutient pas les médecins : elle préfère parler du Dr Shipman¹⁷, ou des frasques sexuelles d'un confrère wallon, plutôt que du travail quotidien des « sou-tiers » de la médecine, comme l'écrivait le journal « Libération ».
- ▶ La médecine elle-même a changé. Les règles de la pratique imposent de se référer à l'*Evidence Based Medicine*¹⁸, aux *guidelines*,...

Il apparaît clairement qu'il s'agit d'un phénomène international. Une réforme des soins de santé est indispensable. Elle sera difficile, sinon impossible avec des médecins profondément démoralisés. Le problème ne se limite hélas pas aux seuls médecins : les

kinésithérapeutes et les infirmières sont loin de se porter mieux.

L'expérience en Belgique

Cet aspect du mécontentement des médecins a été travaillé en Belgique avec des groupes d'une vingtaine de médecins sous forme d'ateliers. Plus de deux cents médecins ont participé à ces ateliers.

Les causes du mécontentement ont été regroupées en trois chapitres : la modification du métier, les changements dans la relation médecin-patient et les rapports avec les spécialistes.

Le médecin se sent infantilisé par les autorités, considéré comme un délinquant qu'il faut encadrer. Il doit justifier continuellement ses choix thérapeutiques. Il doit remplir quotidiennement des papiers absurdes pour obtenir l'autorisation pour son patient de percevoir tel avantage ou de se voir rembourser un médicament dont il a besoin. Il doit être disponible presque tout le temps sans pouvoir « récupérer » ses gardes. La population vieillit et s'appauvrit. Les plaintes sont multiformes et nécessitent plus de temps. Les demandes psychosociales ont explosé. La misère et la souffrance sont médicalisées. Il est le dernier rempart pour ses patients. Il doit faire quelque chose, il revêt tour à tour les attributs du mage, de l'infirmier et de l'assistant social.

La relation médecin-patient a changé. Les

attentes des patients vis-à-vis de la médecine sont démesurées. Les médias présentent les promesses d'une médecine qui va tout résoudre jusqu'au mal-être, et le médecin connaît trop bien les limites des antidépresseurs. Comme il n'est pas capable de donner tout ce que les patients attendent, il est contesté dans sa crédibilité, parfois même dans sa compétence. Il a perdu son statut de notable et le pouvoir tout symbolique qui y était attaché. Il lui arrive parfois de subir le manque de respect, ou même l'ingratitude, voire la violence. Enfin, il regarde avec amertume vanter les droits des patients et les devoirs des médecins, alors qu'il aimerait souffler que les patients ont aussi des devoirs. Pour s'assurer un revenu convenable, il est obligé de multiplier les heures et les prestations. Le taux de *burn-out* est élevé, de l'ordre de 42% chez les médecins généralistes européens (WONCA, 2005)¹⁹.

Les rapports avec les spécialistes ne réchauffent que rarement son cœur: il n'est pas de salut hors de l'hôpital et la collaboration avec les spécialistes est rarement satisfaisante.

Sombre tableau, pensez-vous à la lecture de ce qui précède. Et pourtant, il continue à travailler et souvent avec enthousiasme. Nous avons aussi rencontré de nombreux médecins généralistes désireux de réfléchir ensemble aux solutions à apporter, trouvant encore qu'ils font un des plus beaux métiers au monde.

Quelles sont les joies qui permettent de tenir le coup ?

Il est son propre maître, il n'a pas de patron et contrairement à ses amis du même âge qui, une fois la cinquantaine atteinte, sont inquiets pour leur avenir professionnel, lui a la sécurité d'emploi. Certes, il travaille beaucoup mais, à la longue, les revenus deviennent plus confortables.

Son métier lui apporte beaucoup au niveau personnel. Il ne connaît pas l'ennui ou la routine, il se confronte à la variété et à la diversité des populations, des âges, des classes sociales. Il est, avec le prêtre et le notaire, celui qui a une des meilleures connaissances de la société.

Connaître des personnes et des familles sur de longues durées lui apporte une connaissance irremplaçable de l'humain. Il connaît plusieurs générations et ses contacts sont inscrits dans la

durée d'une vie. Les rapports qu'il entretient avec ses patients sont vrais et sincères. L'authenticité est naturelle. Ecouter et voir vivre les autres apprend à chacun sur la vie, certains confrères parlent d'une « autopsychothérapie ». Beaucoup de patients sont chaleureux: ils remercient, font confiance, délèguent une parcelle de pouvoir et donnent cette réconfortante impression de leur apporter quelque chose. Le médecin a du plaisir à faire bien, mieux et vite, c'est un challenge qu'il se donne. Poser un bon diagnostic, guérir un patient, annoncer une grossesse, réussir un acte technique difficile, sont autant de moments précieux dans sa journée.

Il sait aussi qu'il doit changer et s'adapter aux modifications de la société et de la relation médecin-patient. Par rapport à ses aînés, il prend plus de loisirs. La technologie le soulage dans l'organisation de son travail: répondants téléphoniques, téléphones mobiles, secrétariats téléphoniques, déviateurs, informatique,... Les gardes s'organisent au niveau local. Il développe des réseaux de collaboration et travaille de plus en plus souvent en pratique de groupe. Travailler sur rendez-vous le soulage de la pression des patients. Il n'hésite pas à « éduquer » ses patients et des prospectus décrivent le bon usage du médecin. Il accueille des stagiaires, forme des assistants et participe à l'enseignement. La concurrence qui existait entre médecins a fait place à la solidarité et à l'entraide.

Au niveau personnel, les adaptations sont moins simples: apprendre à définir son cadre, mettre des limites, accepter ses limites, savoir dire non, déléguer, s'évaluer, ne pas se sentir indispensable, se déculpabiliser de n'être pas parfait. Il connaît ses défauts.

La formation médicale continue commence à traiter ces sujets et ces formations rencontrent un gros succès auprès des généralistes. Il aimerait avoir accès à un réseau de soutien: lieu de parole, supervision, échanges entre confrères. Mais ces activités doivent se passer en soirée et empiètent encore le temps passé auprès de sa famille.

Les médecins généralistes voudraient qu'on leur donne les moyens d'exercer leur pratique avec qualité et sérénité. Il s'agira, outre de définir un nouveau contrat explicite entre patients et médecins, de repenser en profondeur le rôle

et les attentes des médecins et de la société, et donc des politiques. Face à la politique de la santé, il importe d'envisager une revalorisation de la première ligne, un échelonnement et une diminution de la pléthore médicale. ●

¹¹ Le Dr Lefebvre est également Responsable de la formation des animateurs de dodécagroupes à la SSMG; Maître de stage 1/1 à l'UCL. Il travaille aussi à la Maison Médicale de Laeken.

¹² Le Dr Delvenne est également Chargée de cours à l'ULB en faculté de psychologie et Coordinatrice de l'Espace Thérapeutique Enfants Adolescents Parents, à Bruxelles.

¹³ « Le praticien généraliste cultivé... vous ne pouvez pas atteindre meilleure position dans une communauté; le médecin de famille est l'homme derrière le fusil, qui réalise un travail efficace. Que sa vie soit dure et exigeante; qu'il soit sous-payé et surchargé de travail, qu'il ait peu de temps pour étudier et moins encore pour se délasser – ce sont les coups qui peuvent affiner sa stabilité face aux épreuves et faire émerger les éléments les plus nobles de son caractère » (Ndlr).

¹⁴ Médecin canadien. Il doit sa reconnaissance au fait qu'il a renouvelé la pratique de la médecine en allant au chevet des malades et en alliant la science de la médecine à l'art du guérisseur. Auteur du premier grand manuel de médecine moderne qui date de 1892, traduit en 1908 sous le titre « La pratique de la médecine ».

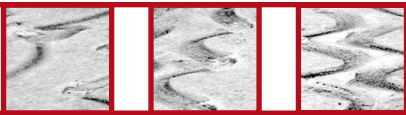
¹⁵ Smith R.: Bibliographie, réf. 41, 1073-1074.

¹⁶ Edwards N., Kornacki M.-J. & Silversin J.: Bibliographie, réf. 12, 835-838.

¹⁷ Médecin qui a défrayé la chronique pour ses nombreux crimes (Ndlr).

¹⁸ Médecine basée sur des faits prouvés (Ndlr).

¹⁹ WONCA 2005: Bibliographie, réf. 14.



Médecin de famille, roue de secours et interprète²⁰

La place du généraliste: au centre...
tout près... entre... en cohérence

Anne Gillet-Verhaegen²¹

Médecin généraliste en médecine de
groupe à Schaerbeek (Bruxelles),
Vice-présidente du GBO²²

Les souffrances du lien social, vues par les médecins généralistes, ont de multiples visages: le harcèlement moral sur le lieu de travail ou à l'école, l'incompréhension dans le couple, la tendance suicidaire, la maladie mentale psychotique, la crise d'adolescence, la fugue, la demande d'avortement, la drogue, le malaise face à la vieillesse, « cette tranche de vie particulièrement menacée par la loi de la désinsertion sociale ».

Comité d'Ethique de la Fédération des
Maisons médicales²³

Quand j'ai terminé mes études de médecine, je savais les maladies et leurs traitements. Je savais les gestes pour palper les ventres, pour ausculter les cœurs. Mes très longues études m'avaient appris cela avec soin. Mais je ne savais pas grand chose de l'humain rencontré. Je ne savais pas alors que j'avais rendez-vous avec la souffrance, l'amour, la joie, la désespérance; que j'aurais à prendre la mesure de la profondeur du désarroi, de la vie qui bascule, de l'espoir qui renaît, des gestes qui libèrent. Nos études ont occulté que c'est cela qui nous colle à la peau tout au long de notre travail. Que c'est cela qui imprègne profondément toutes nos rencontres. Qu'il nous est impossible de faire fi de l'esprit quand on accepte de s'occuper du corps. Et que dans ces rencontres nous avons, « à huis clos, affaire à la santé du corps social... »

Hélène Van Camp²⁴

Au centre

Or, que peuvent les généralistes face aux raisons psycho-sociales des maladies vécues par nos concitoyens? Que peuvent-ils apporter de spécifique? Où se situent-ils dans l'organisation des soins de santé dans la réponse aux souffrances du lien social?

Dans le réseau de soins instauré par le psychiatre traitant de référence, les équipes hospitalières d'urgence et d'unité de soins psychiatriques, les équipes de centres de cure, d'habitations supervisées, d'ateliers protégés, les services sociaux,... où situer la place des médecins généralistes?

Les généralistes y revendiquent un rôle central de par leurs spécificités-mêmes: accessibilité, déplacement à domicile, réponse rapide à l'évènement, travail dans la durée, coordination des interventions spécialisées, gestion des interactions médicamenteuses et des examens complémentaires. Rôle central ne veut pas dire rôle principal. C'est un rôle tout à fait particulier fait de disponibilité, offrant un regard particulier, un temps privilégié pour dire, écouter, interpréter, donner sens à ce qui se passe, gérer, conseiller,... Ce rôle central, ils le revendiquent d'autant plus dans le domaine de la santé mentale, parce que, comme décrit plus haut, ils « font » de la santé mentale comme Monsieur Jourdain faisait de la prose. Toute leur activité en est imprégnée. Mais il est remarquable que dans l'organisation structurée et plus institutionnalisée de l'approche de la santé mentale, ils tiennent souvent le rôle de roue de secours, intervenant après 8 heures du soir ou le week-end, ou lors d'une situation inextricable.

Tout près

La porte du cabinet du médecin généraliste est très souvent la première porte que l'on pousse, la plus proche, la plus accessible... à côté de la boulangerie. Le médecin de famille, on le rencontre à l'école des enfants, chez la voisine grippée. C'est pourquoi on lui confierait peut-être plus facilement ces sentiments qui taraudent: l'impuissance face aux difficultés de vie, face à la maladie, l'angoisse face aux premiers symptômes, quand ils n'ont pas encore reçu de nom, quand ils n'ont pas encore été diagnostiqués comme maladie mentale.

Et parce que le médecin de famille connaît la famille et son environnement, parce qu'il a vécu de près avec elle les mille événements qui font sa vie, souvent pendant de

longues périodes, nous pouvons penser qu'il est à l'écoute de ces inquiétudes exprimées, qu'il est attentif à ces signes peut-être annonciateurs.

C'est parce qu'il me connaît depuis ses premières otites, ses premiers vaccins et ses premiers chagrins que cet adolescent de 15 ans a osé venir en consultation seul pour me parler de sa mère qui l'inquiète: « Son visage se fige, elle ne se fâche même plus ».

Et jusque dans le paroxysme

C'est à 5 heures du matin qu'une jeune fille me téléphone: « Anne, dépêche-toi, Papa va tuer Maman ».

Le médecin généraliste peut donner un soutien « moral » éclairé, aider à comprendre le sens de certains événements ou à tout simplement se parler de choses douloureuses.

Je soigne un jeune patient depuis dix ans. Il a 15 ans aujourd'hui. Un jour, il se présente seul à la consultation. Il veut me parler: depuis 6 mois, il se drogue. Il est inquiet. Il aimerait se sortir de ce piège. Il n'ose en parler à sa mère: « Elle me tuerait » dit-il. Plusieurs fois, je le vois en consultation à l'insu de ses parents pour discuter de ça. Un dimanche matin, je suis appelée au chevet de sa mère grippée. C'est dimanche. J'ai du temps devant moi. Après les soins nécessaires, mine de rien, la discussion dévie. Nous parlons des enfants, de leurs difficultés scolaires, de leurs copains... et de la drogue. La mère me dit: « Si mon fils devait se droguer, je crois que je le tuerais! ». Le fils se mêle alors à la conversation et explique à sa mère pourquoi ses copains se droguent et quel en est leur désarroi. Après une heure de discussion, la mère me dit: « Non, je ne tuerais pas mon fils, mais je serais infiniment triste de n'avoir pas pu l'aider ». On se quitte là. Le lendemain, la mère me téléphone: « Docteur, vous devinez probablement pourquoi je vous téléphone: mon fils m'a parlé! ». Je sais aujourd'hui que ce gosse-là ne se drogue plus.

Et puis, le médecin généraliste peut gérer les événements dramatiques quand ils arrivent, prendre les décisions de manière efficace

et rapide, comme le patient et/ou sa famille auraient aimé qu'il les prenne, parce qu'il les connaît bien.

Entre

Son indépendance intellectuelle et financière par rapport à toute structure peut être un atout majeur dans l'aide fournie aux patients. Le pouvoir médical qu'il détient, il peut en faire un service pour tenter de protéger les plus faibles : un coup de fil à une administration, une recommandation à un service médical, une négociation entre confrères,... peuvent solutionner des situations difficiles, éviter des décisions malheureuses...

Le fait qu'il se déplace au domicile des patients lui permet d'aller à la rencontre des problèmes vécus à domicile, de façon plus authentique que dans le cabinet de consultation : il peut en effet se rendre compte sur place des problèmes. Il peut aussi rencontrer celui dont la famille s'inquiète mais qui tarde à consulter... par crainte, ignorance, pudeur, déni,... et lui proposer aide. Aide avant une éventuelle escalade dans la détresse amenant aux consultations dans un service d'urgence avec toute la violence relationnelle et thérapeutique qu'elles peuvent occasionner.

Il peut répondre aux urgences au domicile et organiser l'intervention spécialisée (un contact téléphonique avec le psychiatre est parfois suffisant et l'on évite une hospitalisation ou le transfert en hôpital est décidé sous la supervision du spécialiste). Le médecin généraliste répond lui-même à l'urgence ou grâce à son service de garde, particulièrement si dans ce service de garde travaillent des médecins remplaçants ayant connaissance des problèmes ou du moins y étant réceptifs, comme l'est le médecin traitant. Un carnet médical gardé à domicile facilite ce travail de collaboration.

Interprète des patients et des familles, interprète des spécialistes, il offre un autre regard, une autre manière de dire, un temps supplémentaire pour ré-expliquer, resituer les informations déjà données : les diagnostics, les traitements, les implications présentes et futures de certaines décisions. Il offre aux patients et aux familles un temps privilégié pour exprimer leurs émotions, leurs convictions, le sens vécu des événements, leurs soucis, même les plus prosaïques, ceux qui précisément interviennent dans la qualité de la vie, les contradictions, les hésitations, les

retournements, les raisons particulières... pour tenter de lever incompréhensions et malentendus. Sachant que la tâche est difficile, qu'elle demande du temps et de la bienveillance.

« Il est important pour les soignants de savoir qu'aucune information n'est inutile. La vie est tissée d'une multitude de détails qui vont de soi et auxquels on ne prête pas attention tant qu'on est en bonne santé, mais qui nécessitent un apprentissage pour s'adapter à ce qu'ils comportent de nouveau lorsque l'on est malade. N'oublions pas que les petites questions aident à approcher les grandes.

Parce qu'une information, il faut l'avoir bien entendue, parce que bien expliquée, il faut la réentendre parce qu'on a la mémoire courte et fragmentaire, parce qu'une nouvelle difficile a besoin d'être confirmée pour être peu à peu acceptée. »²⁵

En cohérence

Mais lorsque le réseau de soins spécialisés instauré autour du patient fonctionne de façon optimale, pourquoi ne pas « se contenter » de ce rôle de roue de secours, l'investir de façon positive de la part des généralistes et l'apprécier à sa juste valeur de la part des spécialistes. Il est bien entendu que pour pouvoir remplir ce rôle, le généraliste doit être membre à part entière de l'équipe soignante et être tenu au courant des évolutions des symptômes et des traitements pour pouvoir réagir quand nécessaire de façon la plus juste possible (lors des urgences par exemple).

Il est remarquable que ce rôle de roue de secours est souvent tenu en dehors de tout contact avec le patient. En effet, il nous arrive régulièrement de ne même pas connaître le patient. Ceci est remarquable avec les toxicomanes que nous ne voyons que rarement. Ils consultent, quand ils consultent, plus facilement les centres thérapeutiques spécialisés en toxicomanie. Nous, nous rencontrons les familles inquiètes, désespérées et nos savoir-faire et savoir-être sont alors utilisés à leur soutien. C'est peut-être là que l'appellation « médecin de famille » prend tout son sens.

Cette conception de travail de collaboration entre médecins psychiatres et médecins généralistes, je suis convaincue que la plupart d'entre nous, tant spécialistes que généralistes, pourraient y adhérer, dans un esprit de confraternité parce que nos rôles s'y révèlent complémentaires et non concurrentiels.

Reconnaître, accepter et utiliser les spécificités de chacun permet l'instauration d'un travail en réseau qui n'exclut personne et qui optimise les fonctions de chacun.

Et je suis convaincue qu'un système cohérent est favorable au travail de « mise en cohérence » que nous faisons avec nos patients. Parce qu'on peut penser que ce que nous mettons en place comme qualité de travail entre professionnels a des répercussions directes sur nos relations thérapeutiques avec les patients : là où il n'y a pas de hiérarchie de valeur, là où il y a négociation réciproque, là où il y a sérénité entre professionnels de la santé, il y a place pour une relation humaniste avec les patients et leur famille. Si les prestataires s'approprient l'interpellation réciproque comme outil de travail, ils permettront aux patients et leur famille de s'approprier une place d'interlocuteurs à part entière dans la démarche médicale.

En conclusion, allions-nous pour que dans chacun de nos travaux, nous puissions faire émerger le sujet là où il n'y a plus de sujet, faire émerger le social là où il n'y a plus de social. Plus globalement, témoignons de nos métiers, donnons à notre société précisément « la chronique de ce qui résiste à l'encodage, aux statistiques, à l'information technoscientifique,... cette chronique de la parole, du silence qui en dit long, ou de la conversation à demi-mot, de ce passage de l'homme, de la femme, de l'enfant dans nos consultations... ce témoignage de l'existence singulière du patient. »²⁴

En dernier lieu, je me tourne vers mes confrères spécialistes : éclairés sur la qualité de la collaboration possible entre spécialistes et généralistes, conseillez donc à vos patients de se choisir un médecin de famille, et cela avant l'urgence. Il nous est, en effet, pour nous généralistes, beaucoup plus difficile de devenir d'urgence médecin traitant. ●

²⁰ Article publié dans « Santé conjugue » n° 19, Janvier 2002.

²² Groupement Belge des Omnipraticiens (Syndicat de médecins généralistes)

²¹ Le Dr Gillet-Verhaegen a également travaillé pendant dix ans dans une structure qui regroupe centre de planning familial, maison médicale et centre de santé mentale; elle a été membre fondatrice du comité d'éthique de la fédération des maisons médicales et a participé pendant quinze ans à un groupe Balint.

²³ Fédération des maisons médicales : www.maisonmedicale.org - tel. : 02/ 514.40.14

²⁴ Extrait d'une intervention orale du Dr Hélène Van Camp (Fédération des Maisons médicales).

²⁵ Hoerni B. : Bibliographie, Réf. 24



La conception du temps chez les soignants : entre contrainte et valeur thérapeutique²⁶

Lorsqu'on écoute les intervenants des secteurs de la santé et de la santé mentale évoquer la question du temps dans leurs pratiques professionnelles respectives, on est frappé de constater que cette notion renvoie à des contenus et des vécus fort divers selon les uns et les autres. De quoi parle-t-on quand on parle de temps ? Comment vit-on cette réalité tout à la fois chronologique du temps qui passe, et sociale du temps que l'on occupe et investit de sens ?

Sylvie Carbonnelle, Anthropologue

Centre de diffusion de la culture sanitaire et Université Libre de Bruxelles

Le temps au pluriel

Temps problème, temps allié, temps pour soi, temps pour l'autre, don de temps, temps thérapeutique, temps relationnel, temps pour comprendre la demande, temps perdu, manque de temps, temps d'un processus, temps familial, temps du patient, temps de l'urgence, temps de formation, temps de concertation, temps d'écoute, temps de réflexion, temps d'attente, temps de diagnostic, temps de décision, temps passé, temps présent et futur, temps individuel, temps collectif, temps fragmenté, temps continu ; ces termes ne constituent qu'un échantillon des diverses manières de se référer au temps, de le décrire et le qualifier. D'emblée le temps est connoté. Positivement : le temps comme atout, comme outil thérapeutique ; négativement : le temps comme contrainte insoutenable, source de sentiment de frustration, voire d'échec. Puis, il y a ceux qui se disent en paix avec ce sujet : « Moi, le temps ne m'inquiète pas trop ». Ou encore : « Le temps ne me stresse plus, j'ai réglé toutes mes angoisses à cet égard, et tant pis si je suis en retard ! ».

Le temps pose question aussi : celle du pouvoir que les professionnels ont sur lui (« Comment maîtriser un temps qui nous échappe sans arrêt ? ») ; ou encore, celle de son efficacité – ou rendement – (« Quel est le « bon temps » ? ») ; interrogation qui ne manque à son tour de renvoyer à celle de la détermination de la juste mesure du temps. Le « bon temps » est-il plutôt affaire de quantité – et dans ce cas, quelle est la durée recom-

mandable (10 minutes, 15, une demi-heure, 1 heure) ? – ou est-il davantage affaire de « qualité » ? Mais comment juger de la qualité du temps ? En outre, y a-t-il un rapport entre la quantité de temps passée et sa qualité ?

Ce souci de la qualité du temps est révélateur de ce que la dimension temporelle ne se résume pas seulement à une contrainte extérieure, objective, mais est également considérée comme le socle du processus thérapeutique à partir duquel construire une relation où les patients, comme les soignants eux-mêmes, ont à trouver leur compte. La notion de temps renvoie alors à un temps intérieur, un temps à habiter en vue de conduire, ou simplement accompagner, les patients vers un mieux-être. Cette qualité de temps-là semble de prime abord s'apprécier de manière subjective, et tenir au sentiment de participer, même ponctuellement, au processus de transformation (dans le sens d'une amélioration) biologique, psychologique, voire sociale de leurs patients. L'énoncé suivant est illustratif à cet égard : « Les gens apprennent ; ils ne sont jamais comme avant ».

Les temps du généraliste

Globalement, il apparaît que généralistes et psychologues conçoivent leur rapport au temps de manière assez différente. Bien sûr le mode d'exercice professionnel (salarié, indépendant, en solo ou en collectif, à l'acte ou au forfait pour les médecins) influence radicalement la valeur accordée au temps. L'adage selon lequel « le temps, c'est de l'argent » n'a pas la même force de réalité selon que le revenu est garanti ou qu'il repose

sur le nombre de patients que l'on pourra recevoir. Cette variable est cependant loin d'être la seule à peser sur les conceptions des uns et des autres.

La question du temps renvoie les généralistes à la conception de leur rôle et de ses limites. Son acuité est d'autant plus grande qu'ils tendent à promouvoir une approche dite « globale du patient ». En effet, ceux qui ont intériorisé un tel modèle comme idéal de pratique se trouvent confrontés à une exigence de soins qu'ils estiment difficilement compatible, d'une part, avec le modèle de la consultation classique (en solo) ; d'autre part, avec le maintien d'une frontière suffisante entre leur vie professionnelle et privée. Ils sont amenés à gérer un nombre considérable de choses. Outre les examens requis par l'objectivation des plaintes en vue d'élaborer diagnostic et procédure thérapeutique, ils ont à décoder ce qui parfois ne se dit pas, ni ne se donne à voir : une détresse psychologique, des conditions de vie difficiles, une souffrance due au contexte familial, social ou professionnel. Il leur faut dès lors travailler par strates, feuilleter la réalité du patient en ses multiples aspects et organiser leur intervention dans le temps (l'immédiat, le court terme, le moyen et le long terme). Ils jonglent dans les faits avec une temporalité plurielle, tout en ayant à réévaluer en permanence leur plan d'action, leur stratégie thérapeutique : que proposer ou mettre en place aujourd'hui, que faudra-t-il suggérer demain, de quoi s'agira-t-il de tenir compte après-demain ?

Les généralistes savent bien qu'ils ne sont pas seuls. Il existe sur le terrain – surtout en milieu urbain – une multitude d'autres professionnels et d'institutions avec lesquels travailler. Mais à quel moment référer le patient vers ces autres types d'intervenants ? Pas trop tôt, au risque qu'il ne se sente lâché par son thérapeute ; pas trop tard, au risque de retarder une prise en charge d'un autre type susceptible d'être salutaire... Jusqu'où aller dans leur propre prise en charge ? Sont-ils toujours les interlocuteurs adéquats, en particulier lorsqu'il s'agit de souffrance psychique ?

On le voit, la question du temps dérive inéluctablement vers celle des rôles de chacun, des territoires... Beaucoup de temps aussi est nécessaire pour identifier et apprendre à connaître l'ensemble des ressources disponibles en matière de services. A cet égard, les médecins qui travaillent en maison médicale se considèrent privilégiés : ils ont la possibilité de partager avec leurs collègues, ou carrément de leur déléguer certains aspects du suivi de leurs patients ; voire simplement de discuter avec d'autres médecins de l'attitude thérapeutique à adopter. Il leur est également plus aisé de ne plus répondre au téléphone au-delà de certaines heures, sachant qu'un autre médecin, au courant de la problématique de la personne concernée, pourra intervenir sans risquer de mettre à mal le travail effectué jusqu'alors.

La diversité – pour ne pas dire la complexité – croissante des situations auxquelles sont confrontés les généralistes les amène à devoir faire face à un nouveau paradoxe : celui d'avoir à élargir sans cesse leur champ d'intervention au-delà de la sphère biomédicale (en venir à « faire un peu de tout »), tout en conservant leur spécificité au sein de l'ensemble de l'offre de soins et de services sociaux (car s'ils sont de plus en plus « bon à tout faire », ils ne peuvent raisonnablement être bons en tout !). Quelle place occuper alors par rapport à la visée d'une approche globale pour ne pas prendre trop en charge tout en assurant le nécessaire ; c'est-à-dire, pour rester cohérent sans pour autant se faire submerger ? De toute évidence, il s'agit là d'un difficile équilibre à trouver. Cela ne va pas de soi et nécessite déjà une certaine expérience du métier. Bref, encore une question de temps ...

Les temps du « psy »

Pour les psychologues, la question du temps est moins préoccupante si l'on peut dire. Intervenants de deuxième ligne, c'est rarement à eux que revient le rôle d'agir dans l'urgence, ni celui d'orienter les personnes. Elle prend donc une autre forme. Par définition, les psychologues inscrivent leur travail dans la durée. Dans la relation au patient, le présent s'efface dans les questions du passé et du futur. L'important est d'instaurer un rythme qui permette d'accorder le temps du thérapeute et du patient de manière à avancer au mieux dans le processus thérapeutique (la notion de temps renverrait au « bon » rythme : ni



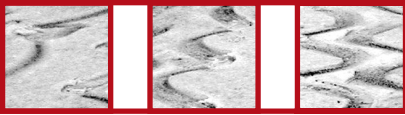
Jean - Jacques Mellaerts : Club A. Bailion, CRF

trop rapide, au risque de déstabiliser un patient fragilisé, ni trop lent, de crainte qu'il n'ait le sentiment de piétiner). Cela dit, avant de se lancer dans un travail thérapeutique, les psychologues ont besoin de cerner convenablement la demande. Si certains patients arrivent d'eux-mêmes, d'autres, envoyés sur le conseil, voire l'indication d'un généraliste exigent de prendre du temps pour définir un cadre adéquat. Cela peut signifier de prendre contact avec l'« envoyeur », et parfois même de l'impliquer dans le processus thérapeutique. Le temps du psychologue est donc essentiellement défini comme un temps relationnel, que ce soit avec les patients ou les autres professionnels de santé.

Ainsi brossées schématiquement, ces diverses manières d'appréhender le temps viennent nous rappeler que cette donnée à laquelle personne n'échappe (le temps se consomme et se consume) est aussi, outre une contrainte externe, une construction sociale. Si le temps – comme l'espace

d'ailleurs – est perçu comme une limite constante aux pratiques soignantes, il est cependant intrinsèquement lié à l'organisation sociale de ces pratiques, et aux activités concrètes que celles-ci requièrent. Il est déjà moins étonnant dès lors que généralistes et intervenants en santé mentale en parlent de différentes voix. ●

²⁶ Dans le cadre de l'Année de la santé mentale, en 2001, s'est tenue une journée de réflexion intitulée « Souffrances du lien social. Généralistes et santé mentale ». Organisée par le Centre de sociologie de la santé (ULB) et le CDCS en collaboration avec la Faculté des sciences politiques et sociales (JA), elle s'est déroulée à l'Institut de Sociologie de l'ULB le 21.10.2001. Cet article est inspiré des échanges qui se sont déroulés lors d'un atelier thématique consacré à la question du « temps », et qui réunissait des généralistes et des intervenants en santé mentale. Il a été publié dans la revue *Santé conjugulée* : Bibliographie, réf. 38 sous le titre « Temps des uns, temps des autres : le temps au pluriel ».



Les psychotropes... :

pièges ou « merveilles » thérapeutiques ?

Quelles solutions chercher pour un patient chez qui « rien ne va plus ! » ? Beaucoup de questions ... à chaque fois les mêmes, et pourtant différentes... Le médecin de famille est souvent partagé - tiraillé parfois - entre la demande de la personne et celle de son entourage, tantôt pressante, tantôt hésitante..., entre le temps qu'il voudrait donner et le temps qui manque, entre les aides qu'il trouve et celles qu'il cherche... Vignettes glanées ça et là au jour le jour... au fil des consultations... comme si vous y étiez !

Anne Gillet-Verhaegen²⁷

Médecin généraliste en médecine de groupe à Schaerbeek (Bruxelles)
Vice-présidente du GBO.

Il a 40 ans, une histoire personnelle et familiale difficile, un travail peu épanouissant, des difficultés relationnelles dans son couple, avec ses amis, ses collègues de travail.

Voilà 10 ans qu'il suit des psychothérapies diverses sans trouver la sérénité qu'il recherche.

Ayant entendu parler de l'efficacité des antidépresseurs, il désire essayer un traitement de ce type, le considérant à juste titre comme une béquille complémentaire à ses démarches personnelles et thérapeutiques entreprises de longue date.

Résultat saisissant ! Cet homme retrouve élan vital, esprit de décision, joie de vivre, envie d'engagement. Il se marie avec la compagne qui vit avec lui depuis de nombreuses années. Ils ont trois enfants, achètent une maison...

Voyant sa vie bouleversée, heureuse, enrichie, cet homme décide de se passer de la béquille médicamenteuse qui l'a si bien soutenu. Drame ! Quelle surprise extrêmement désagréable de retrouver ce sentiment déroutant qu'on n'est pas à la bonne place... Le doute s'installe. Sans ce traitement, se serait-il marié ? Se serait-il engagé face à trois enfants ? La chute est difficile à vivre.

Ce patient-là n'a pas désiré reprendre un traitement médicamenteux. « Docteur, méfiez-vous de prescrire des illusions à vos patients. Ils peuvent, grâce à elles, prendre des décisions qui ne sont pas intrinsèquement les leurs. » Il a divorcé, a quitté son travail, a déménagé. Le seul engagement qu'il n'a pas renié est qu'il est père et passionné de l'être.

Quelle signification ont l'obésité et le tabagisme pour le médecin qui y voit, entre autres, des risques cardiovasculaires ?

Quelle signification a l'obésité pour cette grosse dame dont le mari me dit : "Mais Docteur, ce n'est pas de sa tartine qu'elle grossit, mais du plaisir qu'elle a à la manger !" Quelle signification a le tabagisme pour cet homme qui déclare : "Fumer ? c'est pour enfumer mes pulsions !"

Quel rapport à l'obésité ont ces patients qui revendiquent un traitement médicamenteux coupe-faim pour échapper à une remise en question fondamentale de leur manière de vivre et de leur rapport au monde ? Quelles réponses peut donner le médecin qui se sent parfois otage de ces demandes pressantes qui court-circuitent la démarche thérapeutique de fond qu'il voudrait voir entamer ? Comment alors savoir agir avec fermeté dans l'empathie ?

Un homme de 50 ans, fonctionnaire communal, très aidé par la dive bouteille, attend 3/4 d'heure dans ma salle d'attente en compagnie d'un autre patient, enseignant, lui aussi 50 ans. En rentrant dans mon cabinet de consultation il me dit, avec un sourire que je ne lui ai plus vu depuis longtemps : "Aujourd'hui, docteur, vous ne devez pas m'écouter. Prescrivez-moi seulement mon antidépresseur. Aujourd'hui j'ai pu parler dans votre salle d'attente avec un homme intelligent, chaleureux et ouvert d'esprit. Savez-vous que je ne rencontre jamais quelqu'un d'intelligent, de chaleureux, ouvert d'esprit..." Ce même homme m'avait dit sur le pas de la porte, la consultation précédente : "Docteur, je vous remercie de m'avoir écouté. Savez-vous que c'est le meilleur de vos médicaments..." J'ai même pensé que je devais engager cet enseignant pour ma salle d'attente !

Cette dame, « sauvageonne », vit dans une maison, en plein cœur de Bruxelles, sans eau courante, ni électricité, ni chauffage central.

Au décès de son fils, elle s'enfonce dans un chagrin incommensurable. Je lui propose un traitement antidépresseur qu'elle refuse. « Laissez-moi me vider de tous mes pleurs ! »

²⁷ Voir notes 21 et 22, p. 31

« Quand j'ai mal de tête, je prends un antalgique ! Quand je suis grosse, je prends un coupe-faim ! Quand je ne dors pas, je prends un somnifère ! Et pourquoi pas ? Pourquoi me le refuser ? »

« Pourquoi ai-je le devoir de consulter le médecin pour avoir le droit d'obtenir le médicament de mon choix ? »

Je suis appelée un week-end pour une jeune femme qui a un malaise. Dans un immeuble-tour du centre de la ville, au quatorzième étage, je me trouve transportée en plein centre de Casablanca. Trente femmes dans une pièce, trente hommes dans l'autre... tous très attristés par le décès récent d'un des membres de leur famille. Les femmes pleurent, on dirait même qu'elles chantent leurs pleurs... collectivement... solidairement.

La jeune femme est dans une autre pièce, entourée de deux, trois autres jeunes. Le chagrin est trop fort. Elle ne veut pas céder à ce chagrin et me demande un médicament pour faire taire ses pleurs qu'elle refuse d'exprimer.

Je lui propose au contraire de se laisser porter par le groupe, par sa famille, et de vivre avec eux le chagrin insupportable... mais probablement moins insupportable que celui qu'elle se prépare à vivre seule, de façon plus distante grâce à la médication qu'elle me demande.

A la fin de ma visite, la jeune femme rejoint sa famille et s'installe parmi les femmes les plus âgées... les plus expressives...

Un homme d'une trentaine d'années, déprimé de très longue date, me demande un traitement antidépresseur que je lui prescris.

Après quelques semaines, il m'exprime son sentiment de vivre une véritable renaissance. C'est alors qu'il me raconte la blessure à jamais ouverte, l'irréparable cassure qu'a été la perte de sa maman quand il avait six ans.

Il lui aura fallu plusieurs années pour arrêter ce traitement antidépresseur, après avoir pu enrichir sa vie d'une relation amoureuse épanouie et la venue de deux enfants.

Un professeur d'université, spécialiste, me demande, intéressé : « Mais finalement, quelle est la pathologie la plus prégnante que vous rencontrez en médecine générale ? »

- « Sans doute les conséquences médicales et sanitaires des maltraitances ! Maltraitances interpersonnelles familiales, à l'école, sur le lieu de travail, entre voisins, sur la route, dans la cité, entre amis, entre garçons et filles, sexuelles... Maltraitances collectives, sociales, organisationnelles, politiques, raciales... »

- « Passerait-on à côté de cela dans notre enseignement ? »

- « Comment en effet expliquer pourquoi la prévention et le traitement des maladies cardio-vasculaires ont acquis de telles lettres de noblesse en médecine générale, dans son enseignement universitaire et dans la formation continuée... et si peu la prévention, le traitement et l'accompagnement des difficultés liées aux rencontres interpersonnelles et des conséquences des diverses formes de maltraitances ? »

Il avait 4 ans en 1994. Tutsi, il a perdu presque toute sa famille. In extremis il a pu fuir avec sa maman et rejoindre la Belgique. Inscrit dans l'enseignement néerlandophone, cet enfant intelligent n'a aucune difficulté à suivre les matières enseignées, malgré l'apprentissage d'une troisième langue. Mais son comportement dans les gestes de tous les jours est empreint de cette nonchalance très africaine si peu habituelle dans nos contrées où l'on exige rapidité et rentabilité dès le plus jeune âge. Les professeurs de l'enfant insistent auprès de la maman pour qu'il reçoive de la rilatine.

Hier soir, il est sorti en boîte de nuit. Ce matin il s'est réveillé chez lui, dévalisé de ses bijoux et cartes de crédit. Le souvenir de quelques heures en fin de soirée lui manque. La prise de sang effectuée révèle la présence de barbituriques, pris à son insu.

Le Week-End passé, c'est une jeune femme qui raconte le même scénario, avec la constatation qu'elle a subi des rapports sexuels.

Elle avait 4 ans quand elle subissait les assauts répétés d'un voisin ami de la famille. Sa maman restait sourde à ses appels à l'aide. Aucune amitié, aucun amour, même la tendresse pour sa fille n'ont pu atténuer la désespérance tapie au fond de son être. Une psychothérapie et un traitement médicamenteux tentent de l'aider à avancer...

16 ans. Exigeant, révolté, il harcèle violemment sa maman pour obtenir le dernier cri de GSM, de jeux vidéo, d'ordinateur, de télévision à installer dans sa chambre... et pour obtenir les fonds nécessaires pour sa consommation quotidienne de cannabis. C'est la troisième fois qu'il échoue à l'école.

La maman me consulte et me demande un traitement médicamenteux pour son fils qu'elle pense déprimé parce que jamais content, jamais souriant, toujours insatisfait malgré tous les efforts qu'elle déploie pour répondre à ses demandes incessantes.

Comment amener la maman à accepter l'aide thérapeutique nécessaire pour décoder le malaise de son fils au-delà de son harcèlement sans recourir à un substitut médicamenteux ?

Elle a 88 ans et elle termine sa vie, invalide, dans une maison de repos. La fenêtre de sa chambre donne sur un haut mur blanc lui confisquant tout horizon et tout rayon de soleil. J'exige le changement de chambre, pensant que, dans sa solitude et sa dépendance, la vue d'un horizon sera aussi nécessaire qu'un traitement antidépresseur. Je songe, perplexe, à l'état d'esprit de l'architecte qui a pu concevoir une telle construction.



Les médecins généralistes face aux patients « psy » et l'émergence de l'entité diagnostique « Souffrance Psychique »

Ce sont les problèmes de santé mentale qui amènent le plus souvent les adultes (de 25 à 64 ans) chez leur médecin. Chercheurs à l'Université de Brest, en Bretagne, les auteurs se sont penchés sur la manière dont les généralistes repèrent, qualifient et éventuellement relayent ces troubles souvent traités par des psychotropes .
Enquête sur la nébuleuse « patient psy ».

Claudie Haxaire, Pharmacien-ethnologue et Chercheur
Philippe Bail, Médecin généraliste et Professeur
Philippe Genest, Médecin psychiatre
Faculté de Médecine de l'université de Brest²⁸
et CESAMES²⁹

Patients « psy » et psychotropes

En France, les dernières données INSEE (2003) montrent qu'avant les troubles cardiovasculaires, les troubles mentaux constituent la première cause de morbidité et de recours au médecin généraliste pour les personnes de 25 à 64 ans. La Bretagne où se déroulent les études présentées est l'une des régions où la morbidité alcoolique ainsi que le taux de suicide sont les plus forts. Le taux de remboursement de médicaments psychotropes (donc le taux de prescriptions en libéral) y est supérieur à la moyenne nationale³⁰. Toutes les classes thérapeutiques parmi les psychotropes, sauf les antidépresseurs, ont un taux de remboursement supérieur à la moyenne nationale, ce qui signifie que l'on y prescrit proportionnellement et paradoxalement moins d'antidépresseurs.

Lors d'un projet portant sur la gestion des dépendances aux substances psychotropes par les médecins généralistes de Bretagne Occidentale³¹, nous avons pu montrer que ces médecins cherchaient globalement à cadrer, contrôler, la dépendance aux médicaments psychotropes³². Parmi ceux-ci, les traitements antidépresseurs, pour lesquels ils n'envisageaient pas de risque de dépendance, apparaissaient comme les outils qu'ils assumaient, « leurs » médicaments psy-

chotropes en quelque sorte. Ils argumentaient et évaluaient son usage.

Il s'est avéré en outre que la question des dépendances entrain dans la catégorie plus générale de problèmes ou de patients « psy » que les généralistes avaient à gérer.

Les patients sous traitements antidépresseurs (AD) faisant partie de cet ensemble. Nous avons été amenés à analyser spécifiquement les commentaires de tous les comptes rendus de consultation pour lesquels il était mentionné un diagnostic de dépression ou une prescription d'AD. Il apparaissait que l'usage de ces médicaments débordait largement le traitement des entités dépressives telles que définies dans les divers manuels diagnostiques.

Recontextualisation sociale d'une souffrance psychique polymorphe

Les critères diagnostics, lorsqu'ils étaient utilisés, étaient évoqués dans les termes des patients. Les épisodes « dépressifs » prenaient place dans un contexte familial, social, politique qu'ils restituaient dans les entretiens plus que la symptomatologie de la maladie. Leurs discours déployaient de fait les manifestations de la souffrance sociale telle que les patients la présentaient. Syndrome de signification et d'expérience tout comme pour leurs patients, l'épisode devait prendre sens. Les médecins nous faisaient part des « raisons »³³ qui

donnent une intelligibilité à la souffrance du patient. Ces « raisons », reconstruites peut-être, mais opératoires, leur donnaient capacité à initier et soutenir la démarche de soin.

Nous avons voulu cerner cette nébuleuse « patient psy », d'autant que de nouvelles entités sont proposées au diagnostic (Souffrance Psychique, dépression subyndromique,...) et que les nouveaux antidépresseurs IRSS voient leurs indications de plus en plus étendues (anxiété sociale caractérisée, phobies sociales, anxiété généralisée,...). Pour travailler sur le savoir pratique que les MG développent dans la prise en charge de la souffrance psychique (SP)³⁴, nous avons adopté, comme pour le projet précédent, une approche ethnométhodologique visant à faire expliciter par les acteurs eux-mêmes le sens de leurs pratiques, cela dans des contextes d'interlocution de plus en plus reliés à l'institution hospitalière. Nous avons recueilli d'une part les comptes rendus de pratiques sur l'ensemble des patients reçus en consultation lors d'un jour choisi au hasard, de 6 généralistes de lieux d'exercice variés. Puis, nous avons demandé à 4 groupes de formation continue de régions géographiques différentes de se réunir dans le cadre de focus groupes pour discuter des nouvelles formes de SP et des prises en charge qu'ils mettent en oeuvre. Une interne en médecine générale a, dans le cadre de sa thèse, observé, et, lors des entretiens de supervision, fait expliciter la construction des diagnostics et la justification des réponses élaborées par ses deux maîtres de stages. Enfin, une interne en psychiatrie a analysé les lettres envoyées aux urgences psychiatriques du CHU par les généralistes de la région pendant deux mois.

Nous avons procédé sur les corpus à une analyse thématique et une analyse de discours.

Le « savoir pratique » des médecins mis en lumière via une approche ethnométhodologique

L'entité SP en tant que telle n'appartient pas au vocabulaire spontané des MG, sinon dans le sens plus classique de composante de troubles psychiatriques. On ne la retrouve pas dans les deux corpus reflétant plus immédiatement les pratiques, soient les comptes rendus et les lettres. Les comptes rendus de consultation, recueillis en présence des dossiers des patients, induisaient une remémoration de la situation et de l'histoire thérapeutique. Les lettres, visant à convaincre les spécialistes psychiatres de la nécessité de la prise en charge hospitalière, dessinaient les contours de ce qui déborde les MG. Le terme SP apparaît dans les contextes qui demandent un questionnement réflexif des médecins, relancé par les enquêteurs, soient les entretiens de supervision et les focus groupes.

Nous nous proposons ici de tenter de cerner ce à quoi renvoie explicitement l'entité SP pour les MG, donc de nous centrer sur les résultats de l'analyse des entretiens de supervision et des focus groupes.

Cependant, si les comptes rendus de consultations ne modifient pas fondamentalement les résultats de notre première enquête du point de vue de la façon dont sont posés les diagnostics et ce à quoi ils renvoient, il peut être intéressant de brosser un rapide tableau du contenu des lettres³⁵ pour situer ce sur quoi portent les limites que se donnent les généralistes.

Les décompensations de pathologies psychiatriques déjà identifiées, dont le suivi est renvoyé aux spécialistes, constituent le pôle psychiatrique de ces motifs de demande d'hospitalisation. S'y oppose une série de descriptions plus syndromiques ou comportementales qui ont pour les généralistes une valeur symptomatique sans renvoyer à la sémiologie psychiatrique classique (l'anxiété, le suicide comme risque encouru et comme facteur de gravité d'un processus dépressif sous-jacent, l'alcool comme « tendance » « fond » ou « crise »

et 3 fois le terme médical d'alcoolisme). A l'extrême de ce pôle que nous dirions psychosocial, se situent des lettres sans diagnostic clair, justifiées par une description de la vie sociale du patient, de son comportement tel qu'il inquiète l'entourage ou le médecin lui-même. En effet, seuls 175 courriers sur les 202 comportent des diagnostics. Au centre se trouve la « dépression ».

Quand la « Souffrance Psychique » s'étiquette dépression

Le diagnostic le plus souvent retrouvé est celui de dépression (107 des 175 comportant un diagnostic) mais moins dans son acception de maladie justifiant la demande de soin (46 courriers) que dans sa valeur syndromique et comme conséquence, ou comorbidité, d'une situation ou d'une pathologie qui la justifierait (58 lettres). On constate qu'elle est le plus souvent liée à l'alcool et aux troubles des conduites qu'il génère ou au suicide, et ce sont ces risques, ou la demande d'un diagnostic expert, qui justifient l'hospitalisation à leurs yeux.

Lorsque le seul diagnostic de dépression est évoqué, il est 21 fois seulement assorti d'une clinique particulière, ce qui laisserait entendre qu'il suffit d'un point de vue symptomatologique pour rendre compte d'une situation dans les autres cas. Dans 5 documents, on retrouve une clinique académique (« *inhibition profonde* », « *souffrance nette* », « *troubles de l'humeur* » « *clinophilie* »). Certains signes cliniques sont directement associés à la dépression, d'autres davantage au contexte et bien souvent, les signes évoqués sont plus ceux de mécanismes névrotiques. Ceci est encore plus marqué dans les autres documents comportant une interprétation plus triviale des signes « *pleurs* », « *idées noires* », être « *effondré* », « *mal dans sa peau* », « *il n'arrive plus à assurer* ».

Que dans ce contexte particulier où, par écrit, les généralistes cherchent à convaincre les psychiatres hospitaliers de la nécessité de prendre leurs patients en charge, un tel nombre de lettres soit sans diagnostic et

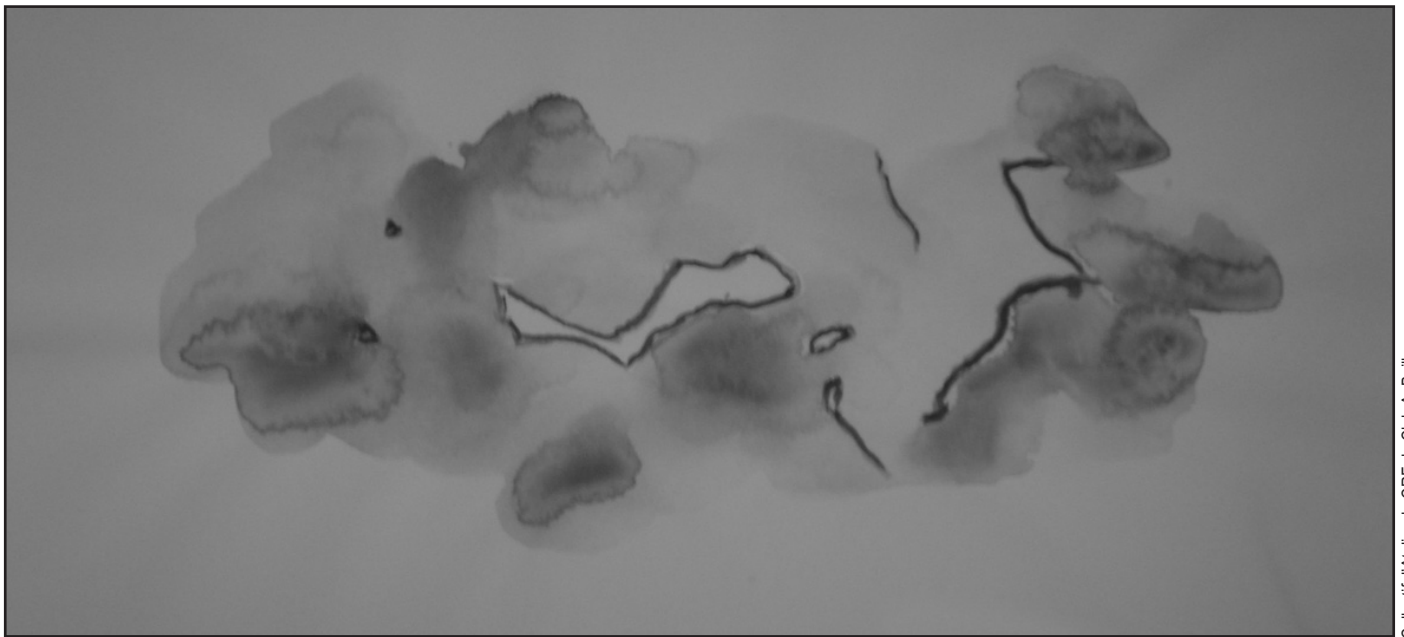
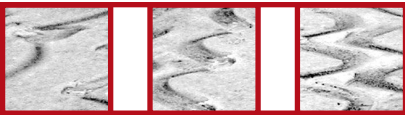
décrive des contextes sociaux, et que, par ailleurs, le diagnostic de dépression ne soit pas justifié plus médicalement, nous semble éclairant du trouble dans lequel sont tous leurs confrères. Nous entendons trouble au sens de défaut d'accommodation, suivant le commentaire d'un participant aux focus groupes.

Diagnostic ou évidence (insight) ?

Mais voyons les critères de reconnaissance de la SP et les éléments discriminants de la dépression³⁶. Les deux maîtres de stages ont validé comme présentant une souffrance 68 patients sur 81 consultations retenues par l'interne en médecine générale autour de cette problématique.

A l'analyse, ces maîtres de stage, pourtant en situation d'enseigner, non seulement n'utilisent pas le modèle inférentiel classique pour diagnostiquer la dépression, mais encore n'argumentent que très rarement leur diagnostic par la clinique. La dépression apparaît comme un phénomène qui s'affiche, se voit, que la rupture de l'état antérieur fait percevoir avec une évidence qui rend parfois vaine la recherche de signes cliniques. Les « raisons » de la souffrance sont alors évoquées par bribes, à l'appui du diagnostic. Elles concourent à valider la pertinence des signes car il s'est trouvé qu'une véritable clinique de la dépression, quoique décrite, n'a pas abouti à ce diagnostic quand la personne, connue, « allait bien mieux » qu'autrefois. Le malade était cependant sous antidépresseur. A contrario, dans la plupart des consultations retenues, qui ne relèvent pas du diagnostic de « dépression » pour le MG, mais éventuellement de SP, la souffrance, parfois non ressentie par l'interne, est affirmée au su de l'histoire d'un patient connu de longue date. Les médecins ne peuvent se prononcer dans le cas de nouveaux patients. Nous n'y retrouvons pas de clinique.

Après avoir éliminé une pathologie somatique, leur première préoccupation, les MG justifient la SP par des successions d'événements de vie, des situations catastrophiques



Collectif, l'Atelier du CRF du Club A. Baillon

ques, difficiles (souvent autour de la perte). Le risque est alors qu'une souffrance exprimée par le patient soit non justifiée à leurs yeux si la situation leur paraît « normale ». Qu'ils s'en tiennent à la restitution de ces histoires marque la difficile prise de distance des généralistes, manquant d'outils d'analyse devant la souffrance psycho-sociale et de discrimination SP/dépression. Les lettres adressées aux urgences en étaient le reflet.

De la souffrance du patient à celle du médecin

Lorsqu'ils s'expriment devant leurs pairs, dans les focus groupes, les généralistes s'attachent à décliner suffisamment de clinique pour, le cas échéant, justifier un diagnostic de dépression. C'est l'entité « Souffrance Psychique » qui leur pose problème. Même si, pour certains, la dépression reste le summum de la souffrance, elle s'inscrit dans un ensemble plus vaste d'une souffrance « un peu cachée », « sans étiquette », « floue » que les mots peinent à décrire tant côté patient que pour le médecin : « stress » ? « angoisse » ? Le médecin la « ressent », en a « l'intuition » dans certaines situations où « y'a kekchoso qui déc..., qui est décalé ». Souvent ce « bizarre » tient à la difficulté de poser un diagnostic et de trouver un traitement efficace à une pathologie qui se présente comme organique, sur une plainte organique qui « ne ren-

tre pas dans les cadres ». Car la plainte est souvent physique. En médecine générale, nous disent-ils, la distinction souffrance physique et souffrance psychique manque de pertinence, « IL Y A souffrance » et tout l'enjeu est de la diagnostiquer puis de la faire expliciter, parler. Les « raisons » qu'ils donnent à cet état de fait, c'est-à-dire la médicalisation de la vie sociale ou personnelle, le contexte et les conditions de vie dans une « société anxigène », les placent devant la nécessité de « faire le distingo » entre maladie, « souffrance psychique supposée », mal-être, difficultés existentielles. Ils disent « récupérer » les névrotiques sévères, les patients en rupture de psychiatres. Ce à quoi ils ont affaire « n'est pas la folie mais nécessité des soins ». Alors ils se demandent si les patients qu'ils reçoivent sont les mêmes, ou « presque les mêmes », que ceux qui fréquentent les psychiatres, de leur point de vue efficaces sur les « réelles pathologies psychiatriques sous-jacentes ». Quoiqu'il en soit, les psychiatres n'ont pas la même pratique et savent se protéger, pensent-ils. Les MG se disent « pas très bien formés pour s'protéger contre toute cette souffrance qu'on te déverse ». Ils se disent trop près de leur patientèle pour pouvoir analyser la souffrance des gens « j'sais pas si y'a ... un généraliste peut être très, très loin hein » et dans cette proximité sont affectés eux aussi par cette souffrance.

Ainsi, quand la souffrance se fait psychosociale, que la douleur, la souffrance, ne sont plus seulement le signe d'une altération organique mais expriment un mal-être, le regard du généraliste formé à la biomédecine perd-t-il sa capacité de discernement. Trop proche, mal outillé, il est pris dans l'histoire du patient qu'il sait parfois exhumer, dont il concourt parfois à infléchir le sens, mais comme à son insu. Cette incertitude est source de souffrance. Le diagnostic de « dépression », ouvrant une perspective thérapeutique, a l'avantage de lever cette incertitude. La SP quant à elle ne dispose pas d'une thérapeutique médicamenteuse. Mais quelle que soit l'extension que l'on donne à l'entité dépression, elle semble tout de même ne pas couvrir tout le champ de la souffrance pour les généralistes interrogés, demandeurs de formations spécifiques. ●

²⁸ UBO

²⁹ UMR 8136-CNRS-Paris 5, INSERM U. 611.

³⁰ Lecadet et al., 2003, Bibliographie, réf. 28

³¹ Haxaire Cl. et al., 2003, Bibliographie, réf. 23

³² Cependant, les hypnotiques et anxiolytiques prescrits seuls ou dans le cadre de pathologies somatiques semblaient échapper à leur contrôle, ils n'assumaient pas pleinement cet acte, minoré et renvoyé au malade.

³³ Wittgenstein L., 1961, Bibliographie, réf. 43

³⁴ Haxaire C. et al., 2002, Bibliographie, réf. 22

³⁵ Bouakkaz-Loubriat C., 2003, Bibliographie, réf. 7

³⁶ Noubissi-Nana c., 2004 : Bibliographie, réf. 29



Quand la santé mentale s'invite à ma consultation...

Grâce à leur présence en première ligne et à la connaissance qu'ils ont de leurs patients, les Médecins Généralistes restent des interlocuteurs privilégiés dans le domaine psychosocial. Leur place dans ce cadre n'est cependant pas bien définie et leur formation spécifique souvent rudimentaire. C'est donc essentiellement par un investissement personnel qu'ils essaient de répondre au mieux aux demandes de leurs patients. L'un d'entre eux nous livre ici quelques réflexions sur sa réalité en ce qui concerne l'abord des problèmes psychologiques et mentaux.³⁷
Coups de projecteur sur quatre des multiples facettes du quotidien d'un médecin de famille.

Dominique Hubert
Médecin généraliste – SSMG

Ecoute et Empathie

La première approche psychothérapeutique est entreprise dans nos cabinets de médecin généraliste. Elle ne dit pas son nom mais peut être drôlement efficace. L'écoute, l'empathie et la prise en considération de la souffrance du patient sont à nos yeux la base, le début de toute prise en charge. Elles sont déjà en soi thérapeutiques, car le patient se sent (et se sait) en confiance. Il peut parler car son interlocuteur est soumis au secret professionnel. Ses confidences n'iront pas plus loin. Combien de fois n'entendons-nous pas nous dire à la fin d'une consultation : « Le fait de vous avoir parlé, je me sens déjà mieux, je suis libéré, c'est comme si un poids s'était détaché de mes épaules. »

La simple écoute peut déjà mettre quelques situations en lumière. Par exemple, ce garçon de 20 ans qui rate pour la deuxième fois sa 1^{ère} année de bio-ingénieur. Il est mal dans sa peau. Il n'avait eu aucun échec auparavant. Dans son histoire, il raconte que son père est ingénieur et sa mère biologiste!!! Personne n'avait remarqué qu'il essayait inconsciemment de faire plaisir à papa-maman. Le simple fait d'en faire la remarque a éclairé toute la famille et il a pu se réorienter selon son véritable choix.

Le relais vers des milieux spécialisés

En écoutant le patient et en l'aidant à exprimer

son mal-être, nous lui permettons petit à petit de se rendre compte que quelque chose ne tourne pas rond... chez lui (et pas chez les autres). Le point de départ, c'est quand le patient peut dire : « Il y a un problème chez moi. » Il est alors prêt à entreprendre une démarche.

Personnellement, je passe la main (généralement à un psychiatre ou à un psychologue) quand le patient a compris les quatre points suivants :

- **Où aller ?** Il doit savoir qu'il va, par exemple, chez un psychiatre (pas parce qu'il est fou, mais pour parler de son problème)
- **Pourquoi y aller ?** Il y va parce que son problème l'ennuie tous les jours et ne passera pas tout seul
- **Quel but rechercher ?** Pour l'aider sur tel point de son comportement (ou travailler ses angoisses ou autre chose). La thérapie ne change pas l'individu ; elle lui permet de devenir lui-même
- **Comment cela va-t-il se dérouler et pour combien de temps ?** J'explique au patient qu'il apporte lui-même les éléments à traiter. Plus il tourne autour du pot, plus la thérapie est longue. C'est important de ne pas y aller en touriste !

Lorsque le patient est prêt, le travail pourra s'entreprendre dans de bonnes conditions. Les contacts avec le psychiatre vont alors dans les deux sens. Chacun est à sa vraie place et le patient en est le premier bénéficiaire.

L'évaluation des situations

Proches de nos patients que nous voyons pendant des dizaines d'années souvent, nous sommes aux premières loges pour les observer et nous rendre compte de leur évolution. C'est un travail habituel dans nos consul-

tations. Nous avons l'œil attentif au contexte dans lequel ils vivent, aux difficultés de vie qu'ils rencontrent (chômage, disputes, séparations, maladies ou deuil d'un proche, anxiété pour l'avenir etc.), et ce contexte détermine souvent le ton de la consultation. L'aide des services sociaux est demandée chaque fois qu'un accompagnement plus spécialisé est souhaitable ou que des démarches administratives sont à envisager. Nous avons malheureusement trop peu de contacts avec toutes ces structures sociales, communales ou régionales.

Les relations avec les familles

Nous soignons les patients au cœur de leur famille. C'est d'ailleurs un titre que nous revendiquons : celui de « Médecin de famille ». Les proches peuvent en effet jouer un rôle positif ou négatif dans la relation médecin-malade et malade-traitement et nous y sommes très sensibles.

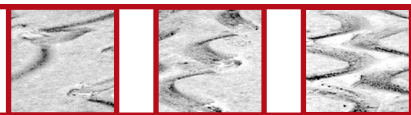
L'assentiment, ou mieux, la complicité du conjoint, du parent ou des enfants quand il s'agit de personnes âgées nous aide beaucoup dans le suivi que nous cherchons à mettre en place. Ecouter le point de vue du conjoint, surprendre ses mimiques ou ses dénégations pendant l'entretien est très instructif. Combien de coups de téléphone ne recevons-nous pas : « Docteur, il vient vous voir, mais il ne vous dira peut-être pas ceci... ». Voilà de précieux renseignements.

A contrario, si le conjoint dénigre en consultation le traitement proposé, ou s'il trouve de nombreux effets secondaires réels ou supposés, on peut être sûr que la boîte de médicaments ira très vite à la poubelle ou au fond d'un tiroir.

Mais la base de toute bonne relation avec la famille : c'est la CONFIANCE.

C'est elle qui nous permet d'avoir une réelle influence sur les patients, et de réaliser un vrai travail en profondeur qui allie soin du corps et souci de la personne dans tout ce qu'elle représente. ●

³⁷Ce texte s'appuie sur les interventions prononcées par l'auteur à Namur en 2004 et en 2005 à l'occasion de la Journée européenne de la dépression, fixée chaque année le 6 octobre. *Infos*: Dr Nicolas Zdanowicz – Professeur à l'UCL - Cliniques universitaires de Mont Godinne - nicolas.zdanowicz@pscl.ucl.ac.be.



Collaborations première ligne / santé mentale ?

Rencontre avec des médecins généralistes namurois

La collaboration avec les soins de première ligne, particulièrement les médecins généralistes, est devenue un enjeu majeur des pratiques de réseau de santé mentale qui tentent de se mettre en place sous l'impulsion du Ministre Rudy Demotte. Ceux-ci sont nommément cités parmi les trois types d'acteurs qui vont constituer les futurs « projets thérapeutiques ». Une telle collaboration est d'ailleurs souhaitée par les professionnels des soins de santé mentale depuis longtemps, bien avant cette nouvelle initiative. S'agit-il d'un vœu pieux ? Force est de constater que nous nous trouvons face à une déclaration d'intention suivie de (trop) peu d'effets sur le terrain, de (trop) faibles modifications des pratiques ? Quelles sont les résistances, quels sont les obstacles à une telle collaboration ?

Didier De Vleeschouwer, Sociologue

Coordinateur de la Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale



Patrick Van Rulten: Club A. Baillon, CRF

Pour tenter de mieux comprendre les collaborations, la Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale a interrogé les médecins généralistes et écouté leur point de vue³⁸. A cette fin, nous avons rencontré les représentants des six cercles de médecins généralistes³⁹ qui couvrent le territoire de la province de Namur, ainsi que les trois associations de santé intégrée (maisons médicales)⁴⁰ présentes sur ce territoire. Une enquête d'opinion systématique et représentative aurait nécessité de choisir de manière aléatoire parmi les quelques 900 médecins généralistes de la région un certain nombre de candidats à interviewer. Nous n'avions ni le temps,

ni les moyens de développer une telle méthodologie. De plus, les médecins généralistes inscrits comme tels à l'ordre des médecins namurois ne pratiquent pas tous une médecine générale de première ligne. Il convient donc de relativiser les résultats obtenus qui sont avant tout qualitatifs et nécessairement interprétatifs. Mais le choix délibéré des cercles de médecins généralistes et des associations de santé intégrée comme point de départ présente l'avantage de cibler directement les partenaires potentiels des futurs réseaux et de la concertation multidisciplinaire à mettre en place. Notre démarche s'inscrit comme une recherche-action prospective orientée vers le développement de réseaux de soins de santé

mentale intégrant les médecins généralistes et les soins de première ligne.

Le cercle de médecins généralistes est une organisation représentative des médecins généralistes d'une zone géographique bien déterminée (une ou plusieurs communes) qui ne se chevauche pas avec d'autres zones. Il assure la mise en œuvre d'une politique de santé locale. A cet effet, le cercle prend des initiatives en vue d'optimiser une collaboration multidisciplinaire entre les prestataires de soins de première ligne, il essaye de conclure des accords de coopération avec les hôpitaux en vue de garantir la continuité des soins et il optimise l'accessibilité à la médecine générale pour tous les patients de la zone concernée. Il assure également le service de garde de médecins généralistes dans la zone (cf. l'Arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes). Le cercle est financé pour réaliser ces missions. Les associations de santé intégrée (ASI) assurent des fonctions de santé communautaire en développant des activités coordonnées avec l'ensemble du réseau psycho-médico-social et en créant des conditions de participation active de la population à la promotion de la santé (cf. circulaire de la Région wallonne du 29 janvier 2004 relative à la notion de santé communautaire). A ce titre, les ASI constituent également un partenaire de premier choix pour le développement des futurs projets thérapeutiques.

Que nous ont appris les représentants des cercles de médecins généralistes et des ASI du namurois à propos des collaborations avec le champ de la santé mentale ?

D'emblée, ils ont exprimé de manière quasi unanime leur bonne volonté et leur désir de collaborer. Il s'agirait donc d'une volonté qu'ils partagent avec les professionnels des soins de santé mentale. Cette bonne nouvelle doit néanmoins être modulée par le constat d'une relative impasse dans la mise en œuvre pratique de ce désir de collaboration. Comment l'expliquent-ils ?

Les trois obstacles qui ont été régulièrement cités par les médecins interrogés sont :

- 1) **la grande difficulté de collaborer sur les problématiques liées à l'urgence.** Tout porte à croire ici que nous sommes face à des acteurs de soins de santé qui vivent des réalités totalement différentes. Les médecins généralistes qui doivent régulièrement intervenir dans des situations d'urgence comprennent mal les professionnels de la santé mentale lorsque ceux-ci déclarent mettre à distance l'urgence pour faire émerger la « véritable » demande, lorsqu'ils ne développent pas ou trop peu de lits d'hospitalisation destinés aux urgences psychiatriques, lorsque des délais d'attente intenablement sont proposés aux patients très fragilisés qu'ils leur adressent. L'urgence constitue bien le domaine où le souhait de collaborer avec les soins de santé mentale se transforme en véritable besoin pour les médecins généralistes. Certes, ils estiment que le développement de soins psychiatriques à domicile ou l'ouverture des lits assuétudes dans les services d'urgence des hôpitaux généraux constituent un petit pas dans la bonne direction mais le chemin est encore long.
- 2) **le déficit de communication qui pose sérieusement la question de la continuité des soins dans une perspective qui favorise de plus en plus les soins à domicile pour les patients psychiatriques.** Ainsi, même s'ils constatent que les pratiques évoluent progressivement dans un sens positif, les médecins généralistes continuent à se plaindre du manque de retour lorsque le patient est pris en charge en psychiatrie. Les hôpitaux transmettent rarement le dossier médical généralisé du patient lorsque celui-ci est hospitalisé en psychiatrie; les rapports médicaux sont trop peu souvent envoyés ou très tardivement (« en décalage ») et se cantonnent à donner une information succincte actant simplement le fait que le patient est pris en charge en psychiatrie (« même si un accusé de prise en charge systématique serait déjà un premier pas »); il n'y a pas ou peu de rapport de suivi notamment au moment de la sortie du patient, ce qui pose un problème au niveau des indications de traitement même lorsque les médecins généralistes sont les envoyeurs et celles-ci quand

elles existent ne sont pas toujours bien adaptées au domicile. Le secret médical n'est bien souvent pas partagé quand il s'agit d'un problème psychiatrique. Tout se passe comme si l'hospitalisation est le point zéro de la prise en charge et que l'on considère que rien n'a été fait avant et que rien ne sera fait après. Les médecins généralistes ne rencontrent pas ce type de problème avec les autres spécialistes et estiment que ce déficit de communication est propre à la psychiatrie qui vit en quelque sorte en autarcie et ne les considère pas toujours comme des partenaires fiables au niveau des soins de santé mentale. Certes, le tableau n'est pas aussi noir grâce aux relations interpersonnelles entre confrères qui permettent une certaine collaboration mais il faudrait aller plus loin. Un « who's who » des professionnels de la santé mentale serait enfin un instrument bien utile pour s'y retrouver dans la grande arche de la psychothérapie.

- 3) **le hiatus entre la dynamique de travail propre aux médecins généralistes (travailleurs indépendants) et celle des institutions (qui emploient en grande partie du personnel salarié) qui aboutit à une incompatibilité en terme d'organisation de la concertation.** Ce hiatus se rencontre également avec les autres spécialistes travaillant dans les institutions hospitalières. Les médecins généralistes rappellent qu'ils collaborent depuis de nombreuses années à des concertations multidisciplinaires notamment au niveau de l'oncologie (concertations reconnues par l'INAMI) mais qu'ils rencontrent des difficultés liées à l'organisation de ces réunions souvent convoquées au moment de leurs consultations ou visites. Ils s'accordent tous pour dire que le matin et l'après-midi sont des moments peu propices pour convoquer des réunions de concertation. Pour certains, l'heure de midi est le moment le plus propice; pour d'autres, c'est le soir après 20h. Par ailleurs, les cercles de médecins généralistes sont devenus les interlocuteurs reconnus et financés pour des concertations concernant l'organisation locale des soins de santé. Leurs représentants insistent pour que celles-ci ne se multiplient pas indéfini-

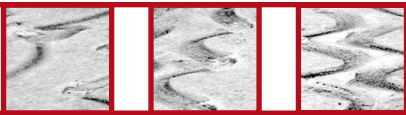
ment et soient relativement efficaces et pragmatiques. En outre, « ils ne souhaitent plus être instrumentalisés dans des collaborations purement formelles ».

En définitive, les professionnels de la santé mentale et les médecins généralistes souhaitent mieux collaborer mais il conviendrait d'y mettre les formes et les moyens pour que ceci ne soit pas une simple déclaration d'intention. Les généralistes nous rappellent qu'ils sont de par leur pratique régulièrement sollicités pour des problèmes de santé mentale (le plus souvent au niveau des dépressions et des assuétudes). Ils déplorent certes le peu de formation de base qu'ils ont eu à ce propos dans leur cursus universitaire; mais nous disent aussi qu'une partie d'entre eux est fort sensibilisée par la santé mentale et a acquis des compétences certaines à ce niveau (d'autres sont plus sensibilisés par telle ou telle spécialité somatique). En outre, mieux que quiconque, le médecin généraliste est garant d'une médecine de proximité qui prend en considération la santé globale du patient telle que celle-ci est définie par l'OMS (santé somatique, psychique, physiologique et liée au contexte environnemental). Ils ouvrent toute grande leur porte au secteur de la santé mentale tout en lui demandant une attention particulière aux problématiques d'urgence psychiatrique. ●

³⁸ Grâce au soutien du Ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Région wallonne

³⁹ Il s'agit du Rassemblement des Généralistes du Namurois (RGN), des Cercles des Généralistes de Namur Ouest (CEGENO), des Cercles des Généralistes de Malonne/Floreffe (CEMAF), de l'Association des Généralistes de la Haute Hesbaye Namuroise (AGHHN), de l'Union des Omnipraticiens de l'Arrondissement de Dinant (UOAD) et du Cercle Médical de la Meuse et du Samson (CMMS).

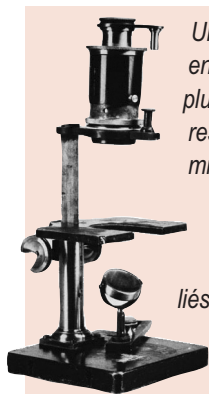
⁴⁰ Il s'agit de la Maison Médicale « de Bomel », de la Maison Médicale « des Arsouilles » et de la Maison Médicale « La Plante ».



Un psy en première ligne médicale : vers une approche transdisciplinaire

« La transdisciplinarité concerne, comme le préfixe "trans" l'indique, ce qui est à la fois entre les disciplines, à travers les différentes disciplines et au delà de toute discipline. Sa finalité est la compréhension du monde présent, dont un des impératifs est l'unité de la connaissance. » Nicolescu Basarab⁴¹

Vanni Della Giustina, psychologue
Maison médicale Bautista Van Schowen - Seraing



Une dame, 65 ans (mais qui en paraît facilement 10 de plus), grabataire et insuffisante respiratoire chronique, vit en milieu confiné dans une petite maison ouvrière; une salle de séjour, pièce unique et surchargée d'objets divers liés à son histoire et à ses soins, le lit installé devant la porte d'entrée, un chien (de la taille d'un gros berger allemand) lui-même au terme de sa vie et souffrant d'une paralysie croissante des membres postérieurs, deux chats. Pas de demande mais une plainte incessante: la vie qui s'en va, progressivement, depuis plusieurs années, l'entourage qui se raréfie, les finances aussi (un gestionnaire de biens a dû être mis à contribution). Quoique la situation soit à la limite des possibilités d'hospitalisation à domicile, la patiente refuse catégoriquement toute idée d'hospitalisation ou de placement. La prise en charge est plutôt lourde.

La situation est évoquée lors d'une réunion d'équipe au moment où la patiente appelle la Maison Médicale « à tort et à travers », manifeste des signes d'angoisse, demande régulièrement à mourir, etc.

On décide alors de proposer un passage du psychologue. Intervention brève qui permettra, par l'ouverture d'un espace de parole, une élaboration autre de l'angoisse de la patiente, ce qui soulagera – pour un temps du moins – l'équipe des projections d'angoisse qui rendaient l'organisation du travail extrêmement pénible.

On a l'habitude de considérer que les consultations de la première ligne médicale sont pour plus de septante pour cent, chargées d'éléments touchant à la sphère psychosociale. Et pourtant, les médecins généralistes sont la plupart du temps unanimes à reconnaître leur manque de préparation à ce niveau à l'issue de leurs études... Les Maisons Médicales, structures regroupant en équipe pluridisciplinaire des soignants de la première ligne généraliste, ont, pour beaucoup d'entre elles, jugé utile d'intégrer en leur sein des travailleurs de cette sphère psychosociale: assistants sociaux et psychologues. Le psychologue qui travaille au sein d'une telle équipe pourra soutenir le soignant dans ce travail de rencontre de la plainte par des moyens spécifiques qui ont été développés dans un autre article⁴².

Déclinaisons autour de la plainte

Qu'est-ce qui spécifie la rencontre entre le psy et le médecin généraliste ?

Comme le souligne dans son livre Basarab Nicolescu: « La disciplinarité, la pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité sont les quatre flèches d'un seul et même arc: celui de la connaissance ». Il ne s'agit pas de gommer les trois premiers niveaux de ce qui caractérise les rapports entre disciplines, mais je me propose ici d'explorer ce que je pense relever du niveau transdisciplinaire.

Que peut-il se passer entre, à travers et au-delà de ces disciplines que sont la médecine générale et la psychologie ?

Depuis plusieurs années, nombre de maisons médicales se sont ouvertes à Bruxelles et en Région wallonne. Elles se définissent comme des « associations autogérées proches de la population, dans lesquelles travaillent en équipe des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des infirmier(e)s, des paramédicaux, des travailleurs sociaux, des accueillants, des professionnels de la santé mentale »⁴³. Par cette transdisciplinarité interne et d'autres partenariats, les maisons médicales entendent ainsi s'adapter à une nouvelle réalité sociale qui les confronte « de manière intime aux déterminants non médicaux de la santé ».

La rencontre entre ces disciplines met à mon sens en évidence des structures et fonctions du rapport au patient et à la plainte.

La particularité des structures de la première ligne médicale, c'est précisément ce signifiant « médical » qui détermine la porte d'entrée de l'institution et organise l'expression spécifique de la plainte par les patients.

La plainte c'est, dans un premier temps, une façon de mise en mots d'une douleur, d'une peine, de « quelque chose qui ne va pas »⁴³. Il s'agit en quelque sorte de déposer un objet et donc de s'en désapproprier à l'adresse d'un supposé expert en résolution de problèmes de santé. L'attente est avant tout attendue d'un traitement. Et la démarche adoptée consistera souvent, à juste titre, à traiter la plainte: prescrire une série d'examen, affiner un diagnostic, mettre en place un plan de traitement, prescrire des médicaments, etc.

Et pourtant, malgré tout ce que le patient peut mettre en place pour se désapproprier de

sa plainte en la confiant au spécialiste, il est un registre de la plainte humaine qui restera irrémédiablement inobjectivable du fait même qu'il touche à l'humain: dans toute douleur, dans tout dysfonctionnement biologique, physiologique ou fonctionnel, il y a précisément une part subjective inaliénable teintée de l'histoire qui a façonné le sujet. C'est cette part subjective qu'illustre la distinction entre ces signifiants que sont *la douleur et la souffrance*.

Le médecin généraliste doit constamment « jongler » avec ces deux parts, ces deux niveaux de la plainte, la part objet et la part sujet. C'est probablement même une des difficultés essentielles de sa discipline pour autant qu'il puisse garder ouverte la complexité de cette dialectique.

C'est à ce niveau que la collaboration transdisciplinaire peut le mieux fonctionner dans la mesure où elle permet la coprésence pour le soignant de ces deux niveaux *a priori* difficilement conciliables de la plainte: l'objet et le sujet, le réel et l'imaginaire.⁴⁵

Ils sont difficilement conciliables parce qu'ils supposent et génèrent un mode différent de positionnement de la part du soignant: un mode *conclusif* pour la part objet, et un mode *éclosif* pour la part sujet.

Le mode conclusif, c'est le stéréotype de la consultation médicale: le patient vient avec une plainte et après examen, le médecin en conclut un diagnostic et un traitement qui se traduira par le « rituel » quasi systématique de l'ordonnance en fin de consultation.

Le mode éclosif, quant à lui, c'est celui, par essence, de la « *talking cure* » inventée par Freud, celui de l'ouverture d'un espace de parole qui permette au sujet, au patient, de se réapproprier sa plainte, son symptôme, de l'élaborer subjectivement, symboliquement pour qu'il puisse in fine s'y reconnaître.

C'est dans ce sens que la clinique montre qu'il est vain que le médecin généraliste prescrive *ex abrupto* à son patient de prendre rendez-vous chez le psy dès lors qu'il a identifié une composante « psychique » à sa plainte.

Le travail psychique ne se prescrit pas, ou, pour être moins catégorique, ne se suffit

pas d'une prescription médicale. Il nécessite un cheminement qui va, *de la plainte à la demande subjectivée*.

Pour ce faire, le médecin pourra se faire soutenir ou même assister par le psy (lors de consultations conjointes, de séances d'intervision ou de colloques d'équipe, par exemple).

La transdisciplinarité en aide au rapport objectivité-subjectivité

Mais il est un cas particulier du travail en équipe pluridisciplinaire de première ligne qui



Illustration by Andrew Skwish

a retenu mon attention ces derniers mois. C'est précisément le type de situation tel que décrit dans la petite vignette qui ouvre cet article.

Il s'agit d'un cas particulier de ce rapport dialectique entre la part objective et la part subjective là où ce n'est pas que la plainte qui objective le patient mais également le traitement lui-même. Il n'est en effet pas rare qu'une équipe de première ligne mette en place une organisation d'hospitalisation à domicile, dispositif lourd par excellence. Il est, il me semble, facilement compréhensible que même avec la meilleure volonté du monde, on ne puisse pas éviter une certaine violence objectivante à l'égard du patient qui bon gré mal gré va devoir se plier aux horaires des passages, aux personnalités et façons de faire des soignants, pour ne prendre que cet exemple. Cette violence structurelle de tout acte soignant, il va falloir que le patient s'y confronte. Et il n'est pas rare que cela suscite

l'apparition d'angoisse voire que l'on assiste alors à l'émergence de conflits thérapeutiques, entre patients et soignants, qui peuvent parfois conduire jusqu'à la rupture thérapeutique.

Là, il est certainement utile qu'un niveau transdisciplinaire puisse permettre qu'une logique éclosive et subjectivante autorise le patient à élaborer sa propre réappropriation des événements et de la maladie.

Et pourtant, ces situations sont parfois très complexes à dénouer et tout conflit risque, s'il s'enlise, de devenir plutôt porteur de fermeture que d'ouverture. ●

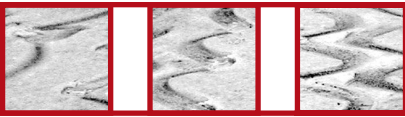
⁴¹ Basarab N., Bibliographie, réf. 1

⁴² La fonction « psy » en maison médicale, in *Santé Conjuguée* – Bibliographie, réf. 26, p. 27 (http://www.maisonmedicale.org/fileadmin/user_upload/Sc/19cahier21_35.pdf).

⁴³ In www.maisonmedicale.org.

⁴⁴ Le Robert dit de la plainte: Expression vocale de la douleur, de la peine (par des paroles ou des cris, des gémissements...).

⁴⁵ Tiré de la Charte de la Transdisciplinarité (Basarab Nicolescu, Edgar Morin, et al., 1994): « La reconnaissance de l'existence de différents niveaux de réalité, régis par des logiques différentes, est inhérente à l'attitude transdisciplinaire. Toute tentative de réduire la réalité à un seul niveau régit par une seule logique ne se situe pas dans le champ de la transdisciplinarité. ».



Entre corps, esprit et spiritualité : au-delà de la biomédecine

Parmi les facteurs déterminants de la santé, on trouve les représentations de la maladie et de la santé. Les modèles explicatifs de la santé et de la maladie ne font pas seulement référence au corps biologique, mais à d'autres dimensions de l'existence. C'est sur cet aspect que je souhaite revenir dans ce dossier, en examinant la question des limites de la biomédecine, lorsque seul le corps malade, hors contexte, est pris comme référent pour comprendre et soigner. Lorsque la quête de soins se double d'une quête de sens, le médecin généraliste s'occupe de bien plus que seulement soigner le corps.

Paul Jacques, Psychologue

Clinique de l'Exil et SSM de Gembloux – Province de Namur

Quelles rationalités ?

Dans son développement historique, la biomédecine a progressivement séparé le social du biologique, le matériel du spirituel. Le succès des méthodes de soins dites « alternatives », « parallèles », « douces » ou encore « naturelles » s'explique sans doute par l'échec des systèmes traditionnels producteurs de sens, que sont la science, l'éducation, la famille, la religion, l'Etat, l'identité collective, ... La biomédecine est souvent considérée comme un référent universel pour comprendre le corps et la maladie. De ce point de vue, les médecines non occidentales et traditionnelles sont envisagées en tant que systèmes de croyance et considérées comme non scientifiques. Et pourtant, selon B. Good⁴⁶, célèbre anthropologue de l'Université de Harvard, il existe des similitudes entre médecine occidentale et autres traditions médicales. Selon lui, la pratique médicale occidentale fait autant appel à des valeurs morales et philosophiques que d'autres pratiques de guérison, jugées non scientifiques. La manière de considérer la personne et sa souffrance dépend toujours de facteurs culturels, y compris dans nos sociétés. La prédominance de la référence à la raison scientifique est d'ordre culturel. Pour Sylvie Fainzang⁴⁷ aussi, les choix thérapeutiques des patients dans nos sociétés ne sont pas toujours rationnels et sont sous-tendus par des logiques sociales et symboliques qui ne sont pourtant pas réductibles à des « croyan-

ces » irrationnelles : « *On sait aujourd'hui que ce qui est en jeu dans les démarches thérapeutiques est loin de se définir en termes d'efficacité seulement biomédicale, et il est désormais admis que les conduites des patients répondent à de multiples raisons qui ne sont pas exclusivement thérapeutiques* ». En Occident, il n'y a pas toujours eu opposition entre philosophie et physiologie. On nous a enseigné qu'au nom de la science, les premiers psychologues ont voulu se détacher de la philosophie. L'historienne Régine Plas⁴⁸, a montré que lorsque les premiers psychologues se sont livrés à des expérimentations vers la fin du XIX^{ème} siècle, c'était pour trouver des traces objectives de phénomènes paranormaux ou occultes dans le domaine de la parapsychologie : hypnose, magnétisme animal, subconscient, métaloscopie et spiritisme ! Freud lui-même, dans une perspective rationaliste, a ouvert le champ de la recherche psychanalytique sur les processus psychiques, précisément parce que la science expérimentale échouait à expliquer et à guérir les névroses⁴⁹.

Des pratiques holistiques

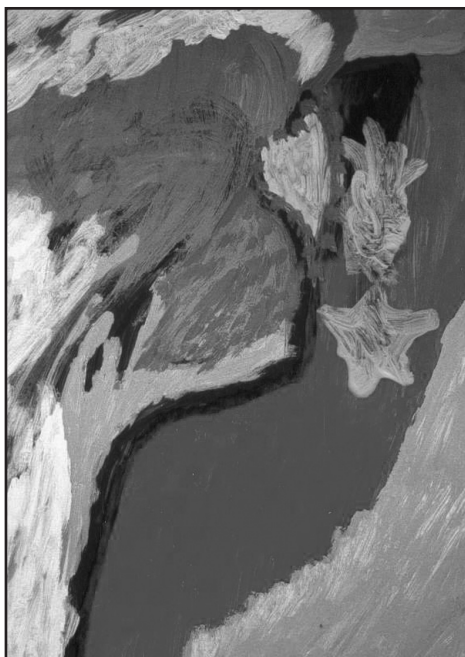
Le corps est bien plus que l'anatomie, la physiologie ou la psychologie. Il est un objet culturel, du fait du langage. En français, on dira, par exemple, « j'ai mal au cœur » pour exprimer sa tristesse, alors que dans d'autres langues, on dira « j'ai mal au foie ». Patrick Fermi⁵⁰ souligne avec justesse que la triade corps-esprit-âme n'existe pas en Chine.

Dans la pensée sino-vietnamienne, indépendamment de la religion confucéenne ou bouddhiste, l'être humain possède deux groupes de « principes vitaux », les hân et les phèch. Dans les langues kanaks de Mélanésie, le mot signifiant la peau est le même que celui qui signifie l'écorce de l'arbre ; ou bien le mot désignant le squelette est le même que celui signifiant le cœur de l'arbre. L'analogie entre corps et nature indique que les représentations du corps s'appuient sur les représentations culturelles. Pour chacun, la maladie sera donc attribuée à une cause qui va dépendre du système de valeurs de la société d'appartenance. Dans toute culture, santé et maladie sont interprétées en fonction du rapport individu-société. Maladie et quête de guérison sont englobées dans un contexte socioculturel. Pour l'anthropologie de la santé, la biomédecine tout comme la psychanalyse sont donc elles-mêmes des ethnomédecines car toutes les médecines ont émergé dans une culture donnée et résultent d'un processus social et historique. Du point de vue anthropologique, les grandes traditions médicales, telles que les médecines chinoises ou indiennes, structurées en un système cohérent et enseignées dans les universités orientales, ainsi que les ethnomédecines, davantage locales en Afrique ou en Amérique du Sud, sont enchevêtrées à l'environnement social, religieux et culturel. Pour Laurent Poridié⁵¹ : « *les actes et pratiques de santé, les savoirs et leur transmission réfèrent tant au religieux ou au thérapeutique, qu'à l'économique ou au politique, pour former finalement un ensemble cohérent dont l'objet est d'expliquer, de prévenir, de soulager ou de guérir ce qui ressort à une catégorie du malheur ou de l'infortune : la maladie* ». La médecine tibétaine, qui fait des emprunts aux traditions médicales indiennes et chinoises, ainsi qu'au bouddhisme, constitue un bon exemple d'une médecine holistique, c'est-à-dire qui intègre les dimensions physiologiques, psychologiques, sociales, environnementales et spirituelles. Dans l'ayurvéda⁵², le corps (microcosme) est de même nature que l'univers (macrocosme), tous deux constitués

de cinq « éléments », traduits par terre, eau, feu, air et espace (éther). Le corps et l'environnement ont une influence réciproque l'un sur l'autre. Dans l'ayurvéda, toutes les activités organiques ou mentales sont sous tendues par la notion « d'humeur ». La maladie est considérée comme un déséquilibre dynamique de trois « humeurs ». La pathologie, précise L. Pordié, est déclenchée par des facteurs liés au mode de vie, à la diététique, aux variations saisonnières, aux répercussions des mauvaises actions antérieures, à un traitement erroné, aux poisons et aux esprits maléfiques. Les traitements sont à visée préventive ou curative et incluent la délivrance de médicaments - essentiellement à base de plantes - et des recommandations quant au mode de vie et à la diététique. En référence au bouddhisme, les maux peuvent être résorbés au travers de la dévotion, la méditation et le contrôle des créations mentales.

En Afrique, les systèmes de soins occidentaux et traditionnels coexistent l'un à côté de l'autre, sans s'exclure. Si elle a l'argent pour payer le médicament, une maman fera volontiers huit heures de marche pour se rendre au dispensaire et trouver l'antibiotique qui pourra sauver son enfant, mais elle ira aussi consulter le devin, afin d'essayer de comprendre pourquoi c'est cet enfant-là qui tombe malade, et à ce moment-là. En Afrique, lorsque le corps d'un individu est malade, c'est que le corps social a été touché. Le guérisseur n'est pas seulement médecin, il est homme de pouvoir parce qu'il est en relation avec le monde visible et le monde des ancêtres, seul capable de « lire » quel dérèglement frappe un groupe social, à travers la maladie d'un de ses membres ou le malheur d'une famille. Ainsi, le guérisseur s'occupera du corps biologique, par exemple, par la pharmacopée, autant que de ramener un équilibre dans les relations sociales en rétablissant, le cas échéant, l'ordre entre le monde visible et le monde de la nuit, par exemple, en prescrivant tel ou tel rituel. Selon Pordié, « le chaman est d'abord un « thérapeute de la société »... L'efficacité est donc en premier lieu une efficacité sociale. Le chaman est en quelque sorte le garant de la santé publique. Le chaman transpose les problèmes sociaux dans le champ de la maladie, et réciproquement ». Lorsqu'il y a maladie, « le chamanisme n'atteint pas le

biologique, mais il change la relation de l'individu à l'évènement, ce qui est en soit une efficacité. Même si le fait matériel n'a pas changé, le vécu du mal a changé. Et, ...guérir la représentation du mal, c'est soigner ». Mais, s'il est doté du pouvoir de protéger contre le



Jean - Jacques Melléris : Club A. Baillon, CRF

malheur, la maladie ou la mort, le guérisseur, aussi appelé sorcier, « notable » dans une chefferie, peut aussi utiliser la magie noire en jetant un sort.

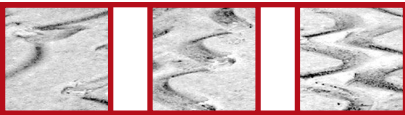
Pouvoir de guérison et politique

En Afrique, aujourd'hui plus que jamais, à travers l'occulte et la religion, le pouvoir thérapeutique touche au pouvoir politique, comme le montre l'excellent dossier sur les pouvoirs sorciers paru dans la revue « Politique africaine »⁵³. Dans le sillage des colonies, on a vu apparaître depuis vingt ans une multitude de prophétismes et de nouvelles religions qui ont fait des emprunts au christianisme catholique et protestant, mais dans lesquelles ont été intégrées des visions du monde et des activités culturelles africaines « traditionnelles » : culte aux ancêtres, croyances dans les esprits et divinités, représentations sorcellaires et cultes anti-sorcellerie, objets sacrés collectifs et individuels, fétichisme ou animisme, rites et activités sacrificielles, cultes de fécondité, cultes thérapeutiques, etc. Selon J.-P. Dozon⁵⁴, ces prophétismes se sont efforcés d'interpréter et de réguler

les tensions entre l'ancien et le nouveau, entre univers villageois et monde urbain, entre contraintes familiales et aspirations individuelles, entre pouvoirs blancs et pouvoirs noirs. Ces églises, en réponse aux graves problèmes économiques et sociaux, suppléent aux carences des Etats, s'occupent de scolarisation, de prises en charge sanitaires. Enfin, ajoute Dozon, cette prolifération religieuse, et particulièrement les églises pentecôtistes, « est à mettre en rapport avec la situation désastreuse que connaît aujourd'hui le continent sur le plan épidémiologique avec des pandémies de sida et d'autres pathologies ainsi qu'un manque d'accès aux médicaments qui peuvent expliquer bien des quêtes religieuses ou des croyances au diable ».

Une quête de sens

En Occident aussi, la santé n'est pas seulement une affaire individuelle ou de biologie. Les recherches en épidémiologie ont montré l'influence des caractéristiques du milieu de vie sur la santé globale d'une population. Au-delà des facteurs biologiques ou des facteurs de risque individuels, les aspects collectifs de l'organisation de la vie (organisation du tissu social et degré de participation communautaire, ressources en services, espaces verts, qualité du logement, présence d'équipements sportifs, ...) et les caractéristiques socio-démographiques de la population façonnent certains phénomènes de santé. Par exemple, l'étude menée dans la ville de Roseto a montré que le haut degré de cohésion sociale de cette ville avait eu pour effet un moindre taux de maladies cardio-vasculaires comparativement à d'autres villes⁵⁵. Par ailleurs, des recherches en anthropologie de la santé ont montré que les itinéraires de recherche de soins des personnes malades dépendent de multiples facteurs, tels que les systèmes interprétatifs, mais aussi des facteurs géographiques de proximité, économiques de coûts, des choix de nature sociale ou familiale. Dans notre pratique, nous constatons que le discours biomédical laisse beaucoup de personnes en attente d'une autre réponse et qu'elles ont, soit recours à des pratiques médicales non « orthodoxes », soit se tournent vers la psychothérapie ou des techniques dites de « développement personnel », soit vers la spiritualité. Chez nous aussi, et pas uniquement en Afrique, de plus en plus de personnes ont recours au gué-



Gabriel Lechanu : Club A. Baillon, CRF

risseur ou à la voyance. Olivier Schmitz⁵⁶ a réalisé un travail de terrain sur les « signeurs » de Wallonie, guérisseurs traditionnels qui utilisent à la manière d'un secret, des formules conjuratoires d'inspiration chrétienne. Il montre que les choix et les démarches thérapeutiques sont largement influencés par les membres de leur entourage et leur expérience de la maladie. Pour Lionel Obadia⁵⁷, les occidentaux sont attirés par le Bouddhisme en raison, en partie, de son pouvoir thérapeutique. La distinction entre sacré et profane n'est pas aussi radicale que Durkheim le laissait entendre. Le sacré aurait quitté les religions séculières, pour se glisser hors des religions, par exemple, dans le domaine psychologique, comme l'explique Françoise Champion, chercheuse au Cesames⁵⁸. En effet, dans une société qui prône de plus en plus le bien-être individuel, les croyances psycho-spirituelles, associant pratiques religieuses et psychologie, foisonnent. Pour Fr. Champion, la psychanalyse et les psychothérapies concurrencent la religion mais aussi la transforment. Ainsi y a-t-il une « psychologisation » des croyances et pratiques chrétiennes. Certains croyants mobilisent leur foi pour être heureux ici-bas sur terre, ou cherchent dans les textes sacrés des paroles que d'autres vont trouver chez des psychologues. Cheminement spirituel et quête de mieux-être se mêlent aujourd'hui davantage, pour fournir à la fois des outils thérapeutiques et du sens à l'existence.

Le recours à des techniques d'inspiration orientales, parfois sérieuses, parfois farfelues, s'explique par le fait que celles-ci associent le corps et l'esprit dans la quête du bien-être avec une dimension spirituelle que beaucoup de gens recherchent.

Philosophes, sociologues, psychanalystes, historiens⁵⁹, souligne G. Bibeau⁶⁰, se sont interrogés ces vingt dernières années sur les facteurs moraux, historiques, anthropologiques, politiques qui décrivent comment et expliquent pourquoi la manière d'être au monde dans les sociétés occidentales contemporaines s'est progressivement et radicalement transformée. Le malaise de la modernité réside dans la transformation de la symbolisation des rapports entre les hommes, c'est-à-dire les liens entre le sujet, son identité, son intériorité, le rapport aux autres, et à la norme. Nous grandissons en référence à notre communauté, nos voisins ; notre identité était fondée sur le lignage, la religion des pères, la tribu ou la nation, comme ce l'était pour nos aînés. Pour Marc Augé, chaque personne devrait aujourd'hui inventer sa philosophie de vie et ses valeurs parce qu'il y a pluralité des références plutôt que références communes. Pour E. Corin, il ne s'agit pas tellement d'une crise de sens, précise Bibeau, mais ce qui caractérise la modernité, c'est que « *le sujet se construit en retravaillant les matériaux d'une culture d'emblée pensée comme hétérogène et plurielle : le*

sujet contemporain, insiste-t-elle, est moins aspiré par le vide du sens, que confronté à une prolifération de signes, de symboles et d'images dont il arrive difficilement à faire sens ». Pour Bibeau, lui-même, nos sociétés sont de plus en plus « créolisées », métissées, c'est-à-dire bricolées à partir d'influences diverses, avec un brouillage des frontières, dans un contexte de mondialisation. Aujourd'hui, nos ancrages sont multiples, nos appartenances sont changeantes d'une génération à l'autre. L'altérité n'est plus lointaine, elle est au cœur de notre identité. Ce qui nous définit n'est plus une langue, une terre, une religion, mais il y a superposition de différents systèmes de valeurs et de références qui se valent tous et que l'on ne subit plus mais que l'on choisit. Le retour du religieux que l'on constate un peu partout dans le monde, la vogue du New Age, le retour à la nature, le succès des thérapies ou des médecines parallèles et l'idéologie du bien-être et de la santé parfaite, s'inscrivent dans ce contexte de « post modernité ». ●

⁴⁶ Good B. : Bibliographie réf. 20

⁴⁷ Fainzang S. : Bibliographie réf. 15

⁴⁸ Plas R. : Bibliographie réf. 31

⁴⁹ Sur les rapports du corps et de l'esprit, voir le séminaire « Psychologie, psychiatrie et psychanalyse : histoires croisées ». Ce séminaire a pour propos de confronter les histoires de la psychologie, de la psychiatrie et de la psychanalyse, et d'explorer les territoires dévolus à l'homme moral, physique et social dans une période allant du 19^{ème} au 20^{ème} siècle. (J. Carroy, EHESS; J.-Ch. Coffin, Univ. René Descartes; A. Ohayon, Université Paris VIII; R. Plas, Université René Descartes)

⁵⁰ Fermi P. : Bibliographie réf. 19

⁵¹ Pordié L. : Bibliographie réf. 33

⁵² Médecine traditionnelle indienne (Ndlr).

⁵³ Revue Politique Africaine: Pouvoirs sorciers : Bibliographie réf. 35

⁵⁴ Dozon Jean-Pierre : Bibliographie, réf. 11

⁵⁵ Potvin Louise : Bibliographie réf. 34

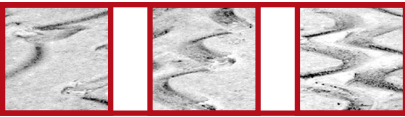
⁵⁶ Schmitz O. : Bibliographie réf. 40

⁵⁷ Voir colloque *Pratiques traditionnelles de guérison: magie ou thérapie ?*, octobre 1999, Louvain-la-Neuve, fac. sociologie

⁵⁸ Centre de recherche « Psychotropes, santé mentale et société », Paris.

⁵⁹ Foucault M., Lipovetsky G., Toffler A., Fukuyama Fr., Bourdieu P., Giddens A., Touraine A., Lyotard, Habermas, Taylor Ch., Ehrenberg A., Castel R., Anatrella, Lebrun JP., Balibar, Augé M.

⁶⁰ Bibeau G. : Bibliographie réf. 6, pp. 49 - 78



Médecine générale : sparadrap d'une société solitaire... ou aiguillon pour une société solidaire ?

Thierry Wathelet

Secrétaire général adjoint de la
fédération des maisons médicales
Médecin généraliste à la Maison
médicale « Espace Santé » à Ottignies
et Psychothérapeute familial

Il y a une semaine, j'avais dans mon cabinet un homme d'une quarantaine d'années. Cela fait un petit temps que je le connais. Au cours de consultations, on a pu aborder bien d'autres choses que la couleur de ses amygdales...

Je savais qu'il avait « bénéficié » d'un suivi psychologique « offert » par sa société parce qu'on s'était aperçu que cela n'allait plus ! Curieux de savoir ce que cela lui avait apporté, il m'a répondu : « oh, pas grand chose... » Si ce n'est la confirmation de ce qu'il pensait. Il y a discordance entre le projet qu'il avait investi et ce vers quoi son entreprise évoluait irrésistiblement.

« Vous comprenez Docteur, moi, j'avais choisi de travailler dans une entreprise publique pour ce côté public : une société au service de la clientèle, disponible, proche... Maintenant, elle est cotée en bourse... » C'était la solution ... Mais elle y a perdu l'humain. A un tel point qu'elle est acculée, pour maintenir une productivité, de financer à ses cadres ... des thérapies !

Cette homme est devant moi, éteint, consultant pour divers bobos « Je chope tout pour l'instant ». Il a arrêté son engagement politique local. Il espère pouvoir « s'y retrouver » avec ses enfants. Il doit se recentrer sur lui, parce que la société qui lui donnait sens à fait semblant de se préoccuper de lui, tout en ne se préoccupant que d'elle-même.

Et moi je suis là. Là, dans mon cabinet avec cet homme défait, que je rejoins dans son idéal. Là, devant cette éternelle question qui, de jour en jour, de micro souffrance en micro sparadrap, fait sa ronde dans ma tête : quel sens cela a-t-il ? Alors, quelques fragments d'un chant me reviennent en mémoire : « Tu verras bien qu'un beau matin fatigué, j'irai m'asseoir sur le trottoir d'à côté »...

L'Individu ou la Société ?

Imperceptiblement, le champ médical s'est vu envahir par des plaintes dont les origines dépassent largement la sphère individuelle, pour rejoindre la responsabilité collective. Or, toutes nos formations nous ont toujours conduits vers une approche individuelle. Ne parle-t-on pas du « colloque singulier » ? Et le burn-out des médecins généralistes ou leur besoin croissant de se former dans le domaine psychothérapeutique ne révèlent-ils pas un constat d'impuissance (voir d'échec) de leurs prises en charge ?

L'enjeu est majeur et place l'intervenant dans une position de double contrainte dont il est difficile de sortir indemne : placé par la société dans le lien individuel avec son patient, il doit veiller à « sa bonne santé », mais il se sent impuissant à pouvoir changer les causes du « mal-être », n'ayant accès à aucun bras de levier de changement, puisqu'il se trouve dans le domaine collectif. Pire, en participant « à une logique individualisée de prévention et de protection », il autorise (voire il favorise) « de négliger une ressource cruciale : celle de l'action collective, misant sur les aptitudes des individus à réagir de concert pour prévenir les situations de souffrances. »⁶¹

Dans quel camp sommes-nous ?

De plus en plus, nous aurons à repenser notre fonction et notre pratique. Il ne nous sera plus possible (pour notre bien-être comme thérapeute) de soutenir « l'atrophie de la pensée critique ». Nous aurons à développer pour le moins notre devoir de témoin, au mieux d'aiguillon, car « ce dont il est question est ni plus ni moins le délitement du lien social ... et une valorisation extrême des activités de production et de consommation au détriment des fonctions créatives et de réflexion. »⁶²

De par notre relation de proximité et de confiance, nous avons une position privilégiée comme témoin, comme vigile des dysfonctionnements sociétaux... Mais notre isolement, l'absence ou le peu de lieux de

partages et d'élaborations « d'alternatives cognitives » (conscience partagée de la possibilité d'une organisation sociale plus équitable), renforcent notre impuissance et notre vulnérabilité.

Des choix à poser

Dans ce cadre, l'implication dans le développement de projets de santé communautaire, la valorisation de l'approche globale de la santé par le biais d'équipes pluridisciplinaires, de création de réseau dépassant le champ du curatif, le soutien de la participation des patients/citoyens dans les lieux de décisions, sont incontestablement des chantiers à poursuivre...

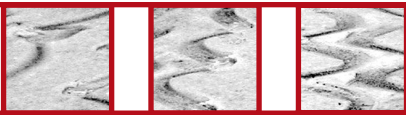
De même, nous ne pourrions faire l'économie d'une réflexion sur la formation. En effet, encore actuellement, la formation des professionnels de la santé est davantage médicale que sanitaire, technologiquement pointue, segmentaire plutôt que globale, soucieuse de rencontrer l'exception pathologique et thérapeutique plutôt que les problématiques du plus grand nombre. Les tentatives de pratiques pluridisciplinaires voire plus communautaires et intersectorielles, vers une approche plus globale, se heurtent à cette carence « fondatrice » des curriculum de base et cette carence d'interaction et de décloisonnement des secteurs sociaux et de la santé en termes de dynamique de travail.

Pour un individu sain dans une société saine...

Le projet que nous souhaitons mettre en place vise à rencontrer ces besoins de formation à cette double globalité : celle de la rencontre de l'individu dans sa chair, ses relations et son être social et celle qui recontextualise dans l'environnement physique, le tissu relationnel et l'espace social. Il s'agit d'apporter des outils de lecture critique qui permettent de resocialiser, « re politiser » la souffrance sociale. ●

⁶¹ Sanchez-Mazas M., Koubi G. : Bibliographie, réf. 36, p.14-15

⁶² idem p. 8



Repères et références bibliographiques

1. Balint E., Norell J.-S., *Six minutes par patient: interactions en consultations de médecine générale*. Paris, Payot, 1976
2. Balint M., *Le Médecin, son malade et la maladie*. Paris, Payot, 1966
3. Balint M., Balint E., *Techniques psychothérapeutiques en médecine*. Paris, Payot, 1966
4. Basarab N., *La Transdisciplinarité. Manifeste*. Monaco, Éditions du Rocher, 1996. La Charte de la Transdisciplinarité <http://nicol.club.fr/ciret/chartfr.htm>
5. Ben Saïd N., *La Consultation*. Paris, Mercure de France, 1975
6. Bibeau G., *Religions et identités: propositions pour imaginer une « clinique interculturelle de l'étranger »*. Association pour la Recherche Interculturelle, bulletin n° 39, 2003, pp. 49-78
Sur le site de l'Association pour la Recherche Interculturelle: <http://www.unifr.ch/ipg/sitecrt/ARIC/Publications/Bulletin/Sommaire39/Som39.htm>
7. Bouakkaz-Loubriat C., *Représentations de la souffrance psychique par les médecins généralistes*. Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Brest, 12 nov. 2003, dir. M. Walter
8. Bourguignon O., Chertok L., *Vers une autre médecine: espoir de formation psychologique en médecine*. Toulouse, Privat, 1977
9. Delbrouck M. (éd.), *Le Burn-out du soignant: le syndrome d'épuisement professionnel*. Bruxelles, De Boeck, 2003 (coll. Oxalis)
10. Demay-Laulan M., *L'Urgence psychiatrique et le médecin généraliste*. Dans: *Thérapie familiale*, n° 3, 1987, pp. 247-256
11. Dozon J.-P., *Aires et frontières religieuses en Afrique: l'Afrique comme modèle d'un non-désenchantement du monde* http://www.afrology.com/soc/afro_religions.html
12. Edwards N., Kornacki M.-J., Silversin J., *Unhappy doctors: what are the causes and what can be done?* Dans: *British Medical Journal*, 324, 2002, pp. 835-838
13. Elghozi B., *Le Médecin généraliste et les publics en difficulté*. Dans: Lebas J., Chauvin P., *Précarité et santé*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1998
14. *The European study of Burnout in GP*. World family doctors WONCA, septembre 2005
<http://www.globalfamilydoctor.com/search>
15. Fainzang S., *L'Anthropologie de la maladie aux prises avec la question de la rationalité*. Dans: *Revue Ethnologies comparées, Santé et maladie: questions contemporaines*, n° 3, automne 2001
16. Fainzang S., *L'Anthropologie médicale dans les sociétés occidentales: récents développements et nouvelles problématiques*. Dans: *Sciences sociales et santé*, 19 (2), 2001, pp. 5-28
17. Fainzang S., *De l'anthropologie médicale à l'anthropologie de la maladie*. Dans: *Encyclopaedia Universalis*, nouvelle édition, 1990, pp. 853-860
18. Fassin D., *Un traitement inégal: les discriminations dans l'accès aux soins*. Rapport Migrations-études, n° 106, mars-avril 2002, France, Agence pour le Développement des Relations Interculturelles (ADRI) <http://www.adri.fr/me/annees/me2002.html>
19. Fermi P., *Corps et culture: de quelques limites invisibles*, 2000
Sur le site: <http://www.perso.wanadoo.fr/geza.roheim/html/corps.htm>
20. Good B., *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*. Le Plessis-Robinson, SynthéLabo, 1998 (coll. Les Empêcheurs de tourner en rond)
21. Guérin M., *Le Généraliste et son patient*. Paris, Flammarion, 2002
22. Haxaire C. & coll., *Représentations de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes (du Finistère, des Côtes d'Armor et d'Ille et Vilaine)*. CNRS/INSERM/MIRE, conv. 22/2002, 2002
23. Haxaire C. (resp. scientifique), Bodenez P., Richard E., Terrien K. avec la collaboration de Bail P., Locquet C., Noailly M., *Gestion différencielle des dépendances par les médecins généralistes (zones urbaines et rurales de Bretagne Occidentale)*. Rapport MILDT/INSERM/CNRS, proj. 99D04, 2003
24. Hoerni B., *L'Autonomie en médecine: nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes*. Paris, Payot, 1991
25. Israël L., *Le Médecin face au malade*. Bruxelles, Dessart, 1968
26. *Je t'aime, moi non plus: malaise en maisons médicales*. Dossier dans: *Santé Conjuguée*, n° 31, janvier 2005
27. Laplantine F., *Anthropologie de la maladie*. Paris, Payot, 1993 (coll. Bibliothèque scientifique)
28. Lecadet J., Vidal P., Baris B., *Médicaments psychotropes: consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. II: Données et comparaisons régionales*. Dans: *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 34, 4, 2003, pp. 233-248
29. Noubissi-Nana C., *Souffrance psychique, prise en charge en médecine générale*. Thèse de doctorat de médecine, Faculté de médecine de Brest, 10 avril 2004, dir. P. Bail
30. Piquard D., *Le Travail en réseau: notes de cours à l'adresse des candidats spécialistes en médecine*. Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, 2000-2001
31. Plas R., *Naissance d'une science humaine: la psychologie. Les psychologues et le « merveilleux psychique »*. Paris, Presses universitaires de Rennes, 2000 (Coll. Carnot)
32. Pordié L., *Diversité des traditions, pluriel des médecines*. Association NOMAD Recherche et Soutien International. <http://www.nomadsri.org/modules/wfsection/article.php?articleid=19>
33. Potvin Louise, *Le Social-communautaire comme prisme révélateur des inégalités de santé*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé/Approches communautaires et inégalités de santé (FCRSS/IRSC), Québec, février 2002 En ligne: http://www.cacis.umontreal.ca/present_Louise.pdf
34. *Pouvoirs sorciers*. Dans: *Revue Politique Africaine*, n° 79, oct. 2000 <http://www.politique-africaine.com/numeros/liste.html>
35. Sanchez-Mazas M., Koubi G., *Le Harcèlement: de la société solidaire à la société solitaire*. Bruxelles, Ed. de l'Université de Bruxelles, 2005, pp.14-15
36. *Santé et maladie: questions contemporaines*. Dans: *Revue Ethnologie comparée*, n° 3, Automne 2001
En ligne: <http://alor.univ-montp3.fr/cerce/r3/n.3.htm>
37. *Santé mentale: pour une approche généraliste*. Dossier dans: *Santé Conjuguée*, n° 19, janvier 2002, pp. 21-108
38. Sapir M., *La Formation psychologique du médecin*. Paris, Payot, 1972
39. Schmitz O., *Pluralité et ajustements des pratiques thérapeutiques « traditionnelles » à partir d'une enquête en Wallonie*. Dans: *Recherches Sociologiques*, n° 1, 2004
40. Smith R., *Why are doctors so unhappy?* Dans: *British Medical Journal*, 322, 2001, pp. 1073-1074
41. *La Souffrance des médecins et des soignants*. Dossier dans: *Ethica Clinica*, n° 35, septembre 2004
42. Wittgenstein L., *Tractatus logico-philosophicus*. Paris, Gallimard, 1961 (coll. Tel)
43. Winckler M., *La Maladie de Sachs*. Paris, Editions P.O.L., 1998

Une bibliographie plus détaillée est disponible au Centre de documentation de l'IWSM
In-Folio 0081/23 50 12