

La santé mentale en médecine générale : état de la question

Anne Gillet-Verhaegen, médecin généraliste, présidente du Groupement belge des omnipraticiens

.....

Accompagner les petits accidents et les grands drames de la vie : c'est le quotidien du médecin généraliste. Hôte central, roue de secours... Quelle place a-t-il parmi les professionnels en santé mentale ? Plongée sur le terrain qui montre la nécessité du travail en réseau.

.....

Mots clefs : médecin généraliste, relation médecin-patient, santé mentale, réseau.

.....

Témoignages

- Harcèlement au travail. Menaces de représailles violentes par les « amis » de son chef d'atelier s'il y a dénonciation. Silence.
- Violences sexuelles par son mari qui la drogue et invite les amis à se la « partager ». Trois enfants. Silence encore.
- Enseignant. Ecole à discrimination positive. Bâtiments et étudiants délabrés. Burn out.
- 1994. Génocide. Viol collectif, ils étaient plus de 50 hommes, des jours durant... véritable assassinat à retardement. Sentiment indicible.
- Séquestration. Surveillance par son fil de dix ans. Silence et soumission ? Ou révolte et coups ? Soumission. Depuis peu, deux fois par semaine, elle échappe à la vigilance de ses proches... 5 minutes, quand elle se rend à la boulangerie... Elle vient me voir alors, 5 minutes, deux fois par semaine. Sa résistance s'organise.
- Sabena, DHL, VW-Forest...
- Logement dans un box de garage. La lumière s'ouvre à chaque passage. Loyer de 125 euros par mois. Dénuement.
- Renault-Vilvoorde. Caterpillar...
- Un cancer, 48 ans. Quatre lignes de chimiothérapie sans succès. Délabrement physique et psychique.
- Un cancer du sein diagnostiqué à la naissance de sa fille. Castration, 25 ans. Désarroi.
- Clandestins. Les enfants scolarisés et le travail déclaré à portée de main. Mais la régulation tarde... Découragement.

- Accident de voiture. Réanimation. Coma prolongé. Tétraplégique. 40 ans. Désespérance.
- ... crise des subprimes... Inquiétude...
- 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.
- Il avait quatre ans en 1994. Tutsi, il a perdu presque toute sa famille. En 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®.

.....

Cœur à corps

Ces souffrances témoignent de la santé mentale de notre population et font le quotidien de nos consultations. Combien de ces patients auront-ils accès à la consultation d'un psychiatre ou d'un psychologue, (accès géographique, financier, culturel, intellectuel) ?

Article écrit pour le colloque des mutualités socialistes sur "Santé mentale et médecine générale" du 28/03/2013 à Saint Servais (Namur).

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 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 ? ».

« En effet... comment expliquer pourquoi la prévention et le traitement des maladies cardio-vasculaires, des maladies du muscle cardiaque en somme ont acquis de telles lettres de noblesse en médecine générale, dans l'enseignement universitaire et dans la formation continuée... et si peu la prévention, le traitement et l'accompagnement des difficultés liées aux rencontres interpersonnelles, des conséquences de diverses formes de maltraitances ? Comment expliquer que l'on prenne si peu en compte les maladies du cœur... affectif ? ».

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 en effet occulté que c'est

cela qui nous colle à la peau tout au long de notre travail. 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...

Les souffrances du lien social, vues par les médecins généralistes ont donc 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, les assuétudes (drogues, alcool, jeux...), le malaise face à la vieillesse, « cette tranche de vie particulièrement menacée par la loi de la désinsertion sociale »... et puis, les généralistes rencontrent tout particulièrement ceux qui cumulent les vulnérabilités - sociales, médicales et psychologiques...

•••• **Le médecin généraliste dans le réseau de soins en santé mentale : un rôle central**

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, les équipes mobiles nouvellement organisées... où situer la place des médecins généralistes ? Quelles collaborations instaurer entre ces acteurs, ces lignes de soins ?

Les généralistes y revendiquent un rôle central de par leurs spécificités mêmes :

- accessibilité géographique, financière, culturelle et intellectuelle ;
- déplacement à domicile ;
- réponse rapide à l'événement ;
- consultation modulable dans le temps et dans l'espace, pouvant se calquer sur la déstructuration du patient, parfois même sans attendre la formulation de la « demande » ;
- 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, redire, écouter, interpréter, donner sens à ce qui se passe, gérer, conseiller....

Mais il est remarquable que dans l'organisation structurée et plus institutionnalisée de l'approche de la santé mentale, les médecins généralistes tiennent souvent le rôle de roue de secours, intervenant après 20h du soir ou le week-end, ou lors d'une situation inextricable.

Comme il est tout aussi remarquable que les médecins généralistes soient si peu impliqués dans les débats et l'organisation de projets pilotes en santé mentale, organisés le plus souvent au départ d'une réflexion spécialisée, et non globalisée comme elle l'est plus spécifiquement en première ligne généraliste. Un parallèle peut être fait avec la création des trajets de soins dont je parlerai plus loin, eux aussi organisés au départ d'une pensée spécialisée, par pathologie.

La santé mentale en médecine générale : état de la question

Les premiers signes de la maladie mentale, le diagnostic

La porte du médecin généraliste est très souvent la première que l'on pousse, la plus proche, la plus accessible... à côté de la boulangerie. C'est pourquoi on lui confierait peut-être plus facilement ces sentiments qui taraudent : 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.

C'est parce qu'il me connaît depuis ses premières otites et ses premiers vaccins 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 5h du matin qu'une jeune fille me téléphone : « Anne, dépêche-toi, Papa va tuer Maman ».

La dynamique familiale auprès du patient

Le médecin généraliste peut donner un soutien « moral » éclairé, aider à comprendre le sens de certains événements ou tout simplement à 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 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. A la fin de la 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 ! ».

La dynamique familiale sans le patient

Il nous arrive de ne pas connaître celui qui est reconnu comme patient. Ceci est remarquable avec les toxicomanes, que certains d'entre nous ne voient que rarement. Ils consultent plus facilement - quand ils consultent - les centres thérapeutiques spécialisés en toxicomanie ou certains généralistes qui consacrent une partie de leur activité à leur prise en charge. Nous, nous rencontrons les familles inquiètes, désemparées 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.



Une parenthèse d'importance est la prise en charge de l'alcoolisme, essentiellement réalisée par les médecins généralistes. Pathologie pourtant fréquente mais si peu prise en compte en hospitalier (nombreuses crises de délirium en salle hospitalière parce qu'on n'a pas tenu compte de l'avertissement du médecin généraliste quant à la consommation excessive du patient). Pathologie si peu soutenue aussi par manque de structures ambulatoires spécifiques.

Une autre parenthèse d'importance est la prise en charge de la psychogériatrie : que de difficultés pour le médecin généraliste de se faire entendre quant à l'aide nécessaire face aux vieillards déments refusant les soins.

Les urgences

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. Il peut répondre aux urgences à domicile et organiser l'intervention spécialisée (un contact téléphonique avec le psychiatre est parfois suffisant et l'on évite une hospitalisation, où le transfert en hôpital est décidé sous la supervision du spécialiste).

Rencontrer celui qui ne veut pas de soins

Le fait que le médecin généraliste se déplace au domicile des patients lui permet d'aller à la rencontre

de celui dont la famille s'inquiète mais qui tarde à consulter... par crainte, ignorance, pudeur, déni... et lui proposer une aide. Avant une éventuelle escalade dans la détresse, qui amène aux consultations dans un service d'urgence avec toute la violence relationnelle et thérapeutique qu'elles peuvent occasionner.

Le généraliste, roue de secours ?

Mais, lorsque le réseau de soins spécialisés instauré autour du patient fonctionne de façon optimale, pourquoi ne pas « se contenter » d'un rôle de roue de secours et l'investir de façon positive ? Ce rôle peut-il être apprécié à sa juste valeur par les spécialistes ? Bien entendu, 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 si nécessaire de la façon la plus juste possible (lors des urgences par exemple).

Nous voyons cela régulièrement dans certains cas oncologiques nécessitant des soins très spécialisés. Le rôle du médecin généraliste se réactive lors du passage en soins palliatifs ; mais comprenez la difficulté du médecin généraliste si la relation a été interrompue pendant de nombreux mois et que les discussions fondamentales de choix de vie (non acharnement thérapeutique, euthanasie) n'ont pu se faire dans la durée. Là aussi notre rôle vis-à-vis de la famille reste important.

••••

Collaboration et cohérence : le travail en réseau

Cette conception du 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 d'instaurer 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 que la qualité de travail que nous mettons en place 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 à leur famille de s'approprier une place d'interlocuteurs à part entière dans la démarche médicale. Et ici je ne parle pas des trajets de soins semblables à ceux qui sont organisés pour le diabète ou l'insuffisance rénale ; ces trajets sont trop rigides et contraignants, ils sont centrés sur la maladie et non sur le patient, obligeant

● La santé mentale en médecine générale : état de la question

à recourir aux spécialistes, même si ce n'est pas nécessaire... et encombrant de facto leurs consultations déjà surchargées...

● ● ● ● Des soins accessibles ?

Il y a en Belgique une accessibilité maximale à la médecine générale (grâce notamment au tiers-payant social et à l'aide médicale urgente) mais les généralistes sont confrontés à une moindre accessibilité à la deuxième ligne de soins (équipes débordées, consultations chez le psychologue non remboursées) et à une moindre accessibilité aux médicaments et aux prestations paramédicales. Moindre accessibilité financière parce les coûts sont trop élevés pour certains portefeuilles ; moindre accessibilité administrative parce que leur délivrance dépend de conditions... Trois mois parfois pour obtenir l'aval d'une administration pour obtenir un remboursement conditionnel... Le besoin, lui, n'attend parfois pas la nuit : le prix d'une consultation chez le médecin généraliste est de 1 euro lors de la pratique du tiers payant, le prix de l'oxygène est de 100 euros, à avancer avant d'obtenir l'accord du médecin conseil pour l'obtenir gratuitement.

Cette fracture est doublement orchestrée par une mauvaise articulation des différentes lignes de soins entre elles et par une régulation du budget des soins de santé trop bureaucratique qui cadenasse notre travail au quotidien. Cette fracture est une des raisons pour laquelle le généraliste se sent menacé lui-même dans sa propre santé mentale par un burn-out qui le guette : tant il est interpellé par la détresse humaine et

par ailleurs empêché de l'accompagner de façon optimale.

Je soigne une patiente anorexique qui a un Body Mass Index de 13,6 (en dessous de 13,1 il y a danger vital). Malheureusement, elle émerge au CPAS. Nous mettons deux mois à obtenir un réquisitoire qui autorise financièrement une hospitalisation dans le centre spécialisé en anorexie. Quand nous l'obtenons, il n'y a pas de place dans ce centre. Lorsque la place s'offre à elle, le réquisitoire est périmé et nous remettons deux mois à obtenir une nouvelle autorisation... et ainsi de suite... les hôpitaux généraux, eux, refusent la patiente parce qu'elle se situe au-dessus de 13,1...

Par ailleurs, la régulation par prescriptions sous conditions n'a pas fait la preuve de son efficacité concernant l'optimisation de la prescription : l'augmentation de la prescription de Rilatine®, pourtant initiée et annuellement renouvelée spécifiquement et uniquement par les spécialistes le prouve ! Je doute donc que la mise sous conditions par exemple de la prescription des antidépresseurs soit une solution à leur surprescription actuelle !

L'échec d'une collaboration : 40 ans, invalide, ancien toxicomane, alcoolique par intermittence lors de ses excès, comportement schizoïde, tentative récente d'auto-circoncision, famille épuisée. J'exprime à son psychiatre traitant mon inquiétude : le patient énonce de plus en plus souvent des tendances autodestructrices (auto-circoncision), j'exprime aussi mon inquiétude face à cette famille épuisée et je demande une mise en observation, confirmée

par le médecin expert de l'hôpital désigné. La levée de la mise en observation est décidée trois jours après son internement, sans aucune collaboration avec le médecin de famille et sans tenir compte du rapport très alarmiste de l'expert psychiatre. Le patient réussit son suicide 15 jours après sa sortie d'hôpital. Aucun contact n'a pu être établi ensuite ni avec son psychiatre traitant, ni avec le psychiatre de l'institution d'internement, ni avec le juge de paix. Une lettre leur a pourtant été envoyée pour les avertir de l'issue fatale.

Comment se fait-il que dans ces cas si complexes la collaboration soit si peu développée entre généralistes et psychiatres... collaboration qui ne fait pratiquement jamais défaut dans notre travail avec les cardiologues ? ?

Jamais je ne saurai si la mise en observation a été levée suite à l'expertise du psychiatre de l'institution jugeant de la non dangerosité du patient, de l'absence d'une maladie mentale ; ou si la motivation a été d'ordre plutôt plus organisationnel, manque de place par exemple...

Le succès d'une collaboration : 17 ans. HIV positive, contaminée par celui qui savait, sans la dire, sa séropositivité. Lui qu'elle aimait tant. Elle s'enferme chez elle et refuse tout déplacement pour des soins physiques et psychologiques. Son médecin généraliste lui rend visite une fois par semaine. Un psychologue accepte de la recevoir par téléphone pendant cinq minutes, trois fois par semaine ; l'équipe des infectiologues universitaires accepte, sans la voir et par l'intermédiaire du médecin généraliste, de prendre en charge le HIV dont elle souffre ; la mutuelle accepte, sur dossier, de reconnaître son invalidité... et tout cela pendant

trois ans. Aujourd'hui elle a réussi à sortir, a rencontré un ami avec qui elle s'installe, sa charge virale est indétectable et elle est enceinte. Elle consulte au cabinet du psychologue, rencontre les infectiologues et le gynécologue...

C'était le temps d'avant les projets pilotes...

• • • •

Nouvelles pistes

Psy 107¹ : un projet pilote de réforme en santé mentale qui vise à éviter l'hospitalisation, lorsque c'est possible, pour soutenir un patient dans son milieu de vie, aider le médecin généraliste à remobiliser un réseau à même de soutenir ce patient, dans sa place d'acteur. Une équipe mobile de crise vient en appui au médecin généraliste, apportant une expertise particulière dans une collaboration qui respecte la place de chacun.

50 ans, comptable, dépression depuis l'adolescence... rupture de couple : exacerbation de la dépression, elle ne sort plus de chez elle, sa sœur s'inquiète... Nous faisons appel à l'équipe mobile qui se rend à domicile et noue une alliance thérapeutique : adaptation du traitement, amélioration rapide, collaboration optimale... Succès ! Soulagement pour la famille et pour le généraliste.

Nous plaillons pour que les équipes soient organisées à l'instar de ce qui se fait en soins palliatifs... Dans cet excellent modèle de collaboration, l'équipe de seconde ligne vient en soutien ferme de la première ligne pour la prise en charge d'un « malade reconnu souffrant de maladie complexe ». Et dans ces cas un

financement spécifique doit pouvoir soutenir le médecin généraliste dans son approche de la complexité (par exemple par un financement valorisé du Dossier médical global de ces patients) : à ce genre de trajets de soins-là, nous pouvons nous rallier.

Nous soutenons la reconnaissance officielle des psychologues, permettant le remboursement de leurs prestations?

En guise de conclusion, j'adresse un message aux psychologues et à mes confrères spécialistes psychiatres : 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.

Plus globalement, témoignons ensemble de nos métiers pour mieux les organiser et les articuler entre eux au service des citoyens.

Donnons, dit H. Van Camp (généraliste) « 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. » Oui, témoignons pour qu'on entende mieux, ce qu'il est urgent d'entendre : le cœur de notre société.

1. <http://www.psy107.be>