

# La santé mentale un secteur fondamental qui doit être reconnu

*Colloque organisé par le ministre de la santé publique, Bruxelles, 26 avril 2006*

## Le point de vue du médecin généraliste par le Dr Philippe Heureux \*

### Le médecin généraliste: un « psy » ignoré ou un « psy » qui s'ignore ?

A la lecture de l' avant-projet de loi insérant un chapitre III dans l' A.R. du 10/11/1967 relatif à l' exercice des professions de santé et de santé mentale, nous ne retrouvons pas mention des médecins généralistes. Or, pourtant, nous sommes invités à exprimer notre point de vue au colloque. De même, une série de publications et de travaux de recherche ont, depuis M. Balint en 1953, exploré le champ de la fonction psychothérapeutique du médecin généraliste, fonction que ce dernier a peut-être eu tendance à négliger sous la double pression du progrès scientifique en médecine et d' un enseignement trop exclusivement centré sur l' objectivation des maladies au détriment de l' inscription de celles-ci chez des sujets avec une histoire personnelle à chaque fois particulière.

Et pourtant, il est illusoire de penser à « réintroduire » la relation intersubjective en médecine car, à chaque contact médecin-patient, elle est « déjà là » qu' on le veuille ou non!

Le médecin et plus particulièrement le médecin généraliste serait-il dès lors un « psy » qui s' ignore ?

### Caractéristiques propres à la MG (diapositive n°1)

- Un accueil « en 1<sup>ère</sup> ligne »
- Un champ d' action de plus en plus large
  - la santé physique
  - déterminants environnementaux et culturels
  - déterminants psycho-sociaux
- Une relation au long cours qui permet:
  - l' instauration d' un climat de confiance et de liens fortement investis de part et d' autre
  - Un maniement « à la carte » de la distance et de l' intervention thérapeutiques

Les nouvelles définitions des fonctions du médecin généraliste et qui sous-tendent une tentative de dégager le champ d' action de la médecine générale de demain, insistent sur cette alliance d' une « confiance » (celle du patient) qui rencontre une « conscience » et une « compétence » (celles du médecin).

De par sa situation en « première ligne », le médecin généraliste est appelé à prendre en compte la « complexité » au sens où Edgard Morin l' a longuement définie dans ses travaux. Cette prise en compte de la complexité est spécifique du champ d' action du médecin généraliste même s' il ne peut posséder une compétence techno-scientifique pointue dans chaque domaine. Le médecin généraliste est un peu au médecin spécialiste ce que l' homme

\* Ce document reprend l' essentiel des dispositives Powerpoint présentées par le Dr Ph Heureux.

politique est au scientifique ou au « technicien »: ces derniers fournissent des informations mais c'est le politique qui décide finalement. Primat du scientifique, primauté de l'humain.

Par ailleurs, on sait que la rencontre médecin-patient appartient à ces relations fortement ritualisées et à haut potentiel interhumain. L'action psychothérapeutique ne peut se dérouler qu'en s'appuyant sur ces liens fortement investis de part et d'autre et qui servent de point d'appui à une compréhension et une transformation des données subjectives douloureuses de l'histoire d'un sujet. Ce processus peut permettre à ce dernier de les assouplir voire de les transformer au sein de sa vie présente et future, se dégageant ainsi de la « pesanteur persistante » d'un passé trop lourd sur sa vie actuelle.

## Caractéristiques propres à la MG (diapositive n° 2)

- Une approche spécifique basée sur
  - l'écoute du patient et particulièrement de l'intrication corps – psyché
  - L'approche centrée sur le patient et non exclusivement sur la maladie:
  - L'approche globale où la notion de « sujet » n'est plus accessoire mais centrale

Dans le contexte spécifique de la médecine générale, le médecin généraliste et son patient se situent à l'interface entre le corps et la « psyché ». Exemple: c'est en évoquant combien son épouse a repris tous les travers, les mimiques et intonations de voix de ses parents récemment décédés, qu'un patient se rend compte combien le caractère tyrannique de ceux-ci continue encore à peser sur sa vie de couple et contribue à entretenir sa dépression et celle de son épouse.

L'approche centrée sur le patient découle de la dimension de « complexité » décrite plus haut.

L'importance de l'histoire du sujet est illustrée par l'exemple ci-dessus

## Similitudes et différences avec les « psy »

- Similitudes
  - Écoute, approche centrée sur le patient,
  - Prise en compte du sujet et de l'inscription de sa santé somatique et mentale dans une « histoire » unique
  - Fort investissement interpersonnel, à l'intérieur d'un cadre bien défini, permettant l'instauration d'un « climat psychothérapeutique » si nécessaire
  - Double position éthique concernant le respect de la liberté du patient ainsi que l'élucidation du désir du thérapeute (cfr commentaire)
- Différences
  - Un champ d'action très large (cfr exposé Dr Van Schepdael)
  - Une compétence « limitée mais considérable »
  - Un cadre de travail à « géométrie variable » qui permet au patient d'« utiliser » son médecin selon des registres différents et à celui-ci de se « prescrire » selon des niveaux variables

## – Une pratique à médiation corporelle

### 1ère proposition éthique:

Le souhait qui anime chaque psychothérapeute, est que le patient qui vient le trouver aille mieux mais sans lui en imposer ni les modalités ni le timing ni le résultat final. Il s'agit donc d'éviter de « formater » la guérison selon des normes imposées au nom d'un idéal thérapeutique, quel qu'il soit.

C'est en respectant le rythme propre du patient et en ne lui imposant pas d'emblée d'atteindre en un temps déterminé un résultat « formaté » d'avance que se situe la véritable « position éthique » du psychothérapeute, position en laquelle peut se reconnaître aussi tout médecin digne de ce nom.

La « dure » condition humaine impose à tout thérapeute des ambitions modestes afin d'éviter la tentation normative et le « formatage » thérapeutique.

A cet égard, il nous semble que la référence psychanalytique garantit cette modestie et nous préserve d'ambitions thérapeutiques par trop totalisantes, voire totalitaires, sous couvert de références pseudoscientifiques.

### 2e proposition éthique:

Une autre similitude peut résider en ceci que le médecin qui va s'interroger sur ce qui l'a amené à exercer ce métier, soit donc à se questionner sur ce qu'il en est de son désir de soigner, rejoint ainsi le questionnement permanent du psychothérapeute. Questionnement qui permet à l'un comme à l'autre d'éviter de mêler ses propres problématiques existentielles à celles du patient.

## Les fonctions psychothérapeutiques du MG

- Accueil de 1<sup>ère</sup> ligne, centrée sur le patient
- Interface corps – psyché et patient – psy
- Une fonction psychothérapeutique spécifique: le « médecin-médicament » (Balint)
- Une position privilégiée dans la pratique médicale: « accompagnement de vie » et histoire du sujet
- Un climat (psycho-)thérapeutique à « géométrie variable »
- Une fonction éventuelle d' « envoyeur »

Nous préférons parler ici d'une « fonction psychothérapeutique » pour en indiquer la position particulière d'une psychothérapie qui ne serait pas nommée ni ritualisée comme telle mais qui, néanmoins, de par son climat et son insertion particuliers, ne peut manquer de produire des effets dans le champ de la santé mentale.

Nous renvoyons le lecteur à la lecture de l'ouvrage de M. Balint: « Le médecin, son malade et la maladie » (Payot)

## Une formation et des besoins spécifiques

- Etudes de médecine: Cours et ateliers centrés sur l'approche globale et la relation médecin-patient
- Années de pratique: des ressources nombreuses mais facultatives et peu valorisées (prépondérance du modèle bio-médical)

Durant les études, les étudiants ont des cours de psychiatrie ainsi que des ateliers pratiques du type « jeux de rôle » ou « mise en situation » ou encore « groupe Balint » (discussion à partir de cas).

Il reste à proposer de prolonger cette offre une fois l' étudiant devenu praticien.

A cet égard, nos voisins français ont élaboré, dans le cadre de leur formation médicale continue (FMC), des ateliers « accrédités » pour la FMC et intitulés « développer les compétences relationnelles du médecin généraliste par la méthode Balint ».

La participation à ces séminaires donne lieu, au même titre que des séminaires plus « médico-scientifiques » à une indemnisation équivalente à 15 consultations par jour, étant donné que pour participer à ces séminaires, les médecins délaissent leur pratique pour prendre le temps de se former.

Il serait souhaitable de s'inspirer de cet exemple en Belgique pour attirer les généralistes à se former dans le domaine de la santé mentale

## Propositions du groupe de travail du CSH ( Pr Pelc, 2003)

- Un réseau de référents « psy » clairement identifiés et accessible
- Une formation à l' écoute et à l' intervention « psy » validée et valorisée
  - Soit reconnaissance de prestations psychothérapeutiques spécifiques au MG « formé »
  - Soit financement de la formation dans le cadre de la FMC (exemple Français)
- Reconnaissance d' une fonction psychothérapeutique spécifique du MG

Deux orientations au moins sont possibles.

Soit reconnaître une compétence sanctionnée par une nomenclature et un honoraire spécifiques pour les généralistes qui se seraient formés à l' une ou l' autre forme de psychothérapie validées et reconnues. Ceci amènerait à reconnaître une sorte de catégorie particulière de médecins généralistes « spécialisés » en psychothérapie.

Soit, au contraire, mettre l' accent sur la nécessité d' une formation continuée destinée à sensibiliser un maximum de médecins généralistes à la fonction psychothérapeutique qui pourrait être la leur, dans le cadre habituel de leur pratique, pour peu qu' ils veuillent bien accepter d' étudier quelles en sont les composantes. Dans ce dernier cas de figure, on éviterait la création de deux catégories distinctes de généralistes, les « psy » et les « non-psy »,

situation qui amènerait à renforcer le clivage existant déjà dans la pratique médicale entre « soma » d'un côté et « psyché » de l' autre.

Sensibiliser un maximum de généralistes aux dimensions psycho-relationnelles de leur pratique, permettrait au contraire de réduire un tant soit peu ce clivage, qui permet souvent aux médecins de se dédouaner de la dimension psychologique de leur pratique en la déléguant à des spécialistes « supposés savoir » chez qui on se débarrasse alors de cette dimension, jugée, à tort, « encombrante » pour la pratique médicale

## Références bibliographiques

- Balint: « Le médecin, son malade et la maladie » (Payot)
- Balint: « Techniques psychothérapeutiques en médecine » (Payot)
- Louis Velluet: « le médecin, un « psy » qui s'ignore ? » Ed. L'Harmattan 2005
- « Confluences », revue de l' Institut Wallon pour la santé mentale, n° 12, déc. 2005: « Dossier: médecine générale et santé mentale »
- Conseil Supérieur d'hygiène, Groupe de travail sur médecine générale et santé mentale, 2003