

Interview d'un médecin généraliste et d'un psychiatre

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

Bernard ELGHOZI

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

Alain MERCUEL

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

A. Mercuel

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

B. Elghozi

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

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

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

B. Elghozi

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

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

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



A. Mercuel

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

B. Elghozi

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

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

ne vois pas encore le pont-levis se baisser.

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

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

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

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

A. Mercuel

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

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

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

B. Elghozi

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

*Propos recueillis par
Christian Laval*

