

CAHIER

SANTÉ MENTALE



Pour une approche généraliste

Souffrances du lien social Généralistes et santé mentale

Journée de réflexion

organisée par le Centre de sociologie de la santé (Institut de sociologie, ULB),
avec le Centre de diffusion de la culture sanitaire (CDCS, asbl),
en collaboration avec la Faculté des sciences politiques et sociales de l'Universitaire instelling Antwerpen (UA)

21 septembre 2001
Université libre de Bruxelles

L'année 2001, année de la santé mentale, a été fertile en communications et en actions sur ce thème aux multiples facettes. Nous vous en proposons une approche « généraliste », une lecture « de première ligne », angle de vision qui ne se veut cependant pas fermé, car la collaboration avec les spécialistes en la matière, individus comme institutions, demeure la condition sine qua non d'un système de santé mentale global et efficace.

Après une réflexion d'ordre général sur la santé mentale et une autre plus spécifique sur la fonction « psy » en maison médicale, la majeure partie de ce cahier sera consacré aux travaux de la journée « Souffrances du lien social - Généralistes et santé mentale » organisée par l'Institut de sociologie de l'Université libre de Bruxelles.

Prolégomènes en santé mentale page 26

Grégory Lambrette, psychologue et psychothérapeute à la maison médicale Portes Sud
Santé mentale : notion abstraite, concept de santé publique ou préoccupation du bien-être des individus ?

La fonction « psy » en maison médicale page 27

Marianne Prévost, sociologue, chercheur à la Fédération des maisons médicales,
Vanni Della Giustina, psychologue à la maison médicale Bautista van Schowen, Bénédicte Dubois, kinésithérapeute à la maison médicale l'Aster
Quels sont les contours de la fonction « psy » en maison médicale ? Qu'est-ce qui peut s'y jouer autrement ?

« Souffrances du lien social »

Le 21 septembre 2001, le Centre de sociologie de la santé (Institut de sociologie, ULB), le Centre de diffusion de la culture sanitaire (CDCS, asbl), en collaboration avec la Faculté des sciences politiques et sociales de l'Université van Antwerpen consacraient la première journée de l'automne à une réflexion sur le thème Souffrances du lien social - Généralistes et santé mentale. Santé conjugulée remercie les organisateurs de cette journée qui nous ont fourni, au prix d'un travail « à la cravache », la majeure partie des interventions et réflexions inspirées par les ateliers que nous publions ici.

Ouvertures

Le fil conducteur autour de la nébuleuse page 30

Madeleine Moulin, sociologue, professeur à l'Université libre de Bruxelles
Amorcer un dialogue peu habituel entre les mondes de la santé mentale et de la médecine générale : une initiative évidente mais pas sans risques.

2001, année de la santé mentale page 32

Martine Baudin, sociologue, directrice de la Fondation Julie Renson
Pourquoi une année de la santé mentale ?

La santé mentale : un nouveau souci pour les généralistes page 33

Herman Meulemans, sociologue médical, professeur à l'Université van Antwerpen
Un sondage réalisé en 2001 auprès de neuf cents personnes tout venant et auprès de deux cents généralistes montrent comment les uns et les autres conçoivent la santé mentale et la manière d'aborder les problèmes.



Souffrance du lien social, souci constant, souci croissant ? page 36

Madeleine Moulin, sociologue, professeur à l'Université libre de Bruxelles

Dans une organisation des soins et de la santé où chaque secteur veille sur ses prérogatives, le généraliste est amené à prendre en charge toutes sortes de souffrances pour lesquelles il n'est ni préparé ni soutenu.

Thématiques transversales

Thématiques transversales page 42

Madeleine Moulin, sociologue, professeur à l'Université libre de Bruxelles

— **Des territoires : effectivité et symboles**

Les coordinations entre intervenants : la place du médecin généraliste et de sa patientèle page 43

Jean-Yves Donnay, sociologue, Centre d'études et de recherches en administration publique (CERAP) de l'Université libre de Bruxelles

Acteur-clé dans le champ de la santé mentale, le généraliste a à faire valoir ses spécificités et à prendre sa place dans la coordination des soins.

— **Des temps pluriels, immanquablement subjectifs**

Temps des uns, temps des autres : le temps au pluriel page 49

Sylvie Carboneille, anthropologue, Centre de diffusion de la culture sanitaire, Université libre de Bruxelles

Construction sociale, le temps constitue une limite constante aux pratiques soignantes.

— **De la prescription et de ses métaphores**

Il y a prescription page 52

Aldo Perissino, médecin interniste, hôpital Molière-Longchamps

De quelques spécificités de la relation au médicament en santé mentale.

— **Des formations et de leurs enjeux**

L'enjeu de la formation page 55

Marianne Gielen, licenciée en travail social, Université libre de Bruxelles

Le généraliste est trop peu formé et mal préparé à travailler en collaboration dans les problématiques de santé mentale. Mais peut-être le temps s'approche-t-il où on pourra mettre cette affirmation au passé...

Un exemple de formation du généraliste aux aspects psycho-relationnels page 56

Paul Cnockaert, chargé de cours, Centre universitaire de médecine générale à l'Université libre de Bruxelles

Flash constat sur les déficits de formation du généraliste.

Du chemin depuis 68 page 58

Richard Hallez, médecin généraliste à la maison médicale Marconi, Centre universitaire de médecine générale à l'Université libre de Bruxelles

Flash constat sur les déficits de formation du généraliste.

Inventaire à la Prévert page 59

Jean-Georges Romain, médecin généraliste, responsable du programme ALTO de la Société scientifique de médecine générale

Flash constat sur les déficits de formation du généraliste.

Enseigner pour mieux entendre, écouter et répondre à la souffrance mentale page 60

Pierre Firket, médecin généraliste, vice-président de l'Association des généralistes enseignants de l'Université libre de Bruxelles

La formation des médecins généralistes par *tutorship* page 63

Luc Debaene, médecin généraliste à Antwerpen et Louis Ferrant, médecin généraliste à Bruxelles, assistants au Centre universitaire de médecine générale, Universitaire instelling Antwerpen

Oser aborder le champ des émotions et des sentiments : recherches-actions et expériences pilote débroussaillent la route vers une formation du généraliste au relationnel.

La place de la guidance psychologique en médecine ou *counseling* médical page 68

Michel Delbrouck, médecin généraliste et psychothérapeute, secrétaire de la société Balint
Le généraliste est parfaitement habilité à gérer certains aspects du transfert dans la relation soignant-soigné. Jusqu'où et comment s'y aguerir ?

La souffrance mentale : l'entendre, l'écouter, y répondre

Des regards tous différents page 72

Madeleine Moulin, sociologue, professeur à l'Université libre de Bruxelles

Laisser du temps au temps page 73

Miguelle Benrubi, médecin généraliste à la maison médicale la Passerelle
Le temps haché de la médecine générale est-il une fatalité ?

Au fait, c'est quoi coordonner ? page 75

Monique Boulad, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise
Réflexions d'un médecin traitant qui se demande où est sa place au milieu de douze intervenants réunis pour discuter d'une petite fille.

Médecin de famille, roue de secours et interprète page 78

Anne Gillet, médecin généraliste, vice-présidente du Groupement belge des omnipraticiens, membre du Comité d'éthique de la Fédération des maisons médicales
Le généraliste : bien sûr au centre du dispositif de soins, mais surtout proche du patient.

Prescrire oui, mais quoi ou qui ? page 82

Patrick Jensen, médecin généraliste
Pour ne pas oublier que prescrire, en santé mentale plus qu'ailleurs, relève davantage de l'art de guérir que de la science.

Écouter n'est pas ne rien faire page 83

Bernadette Taeymans, infirmière, revue Éducation santé et service Infor Santé
Quand l'attente du patient n'est pas là où le médecin l'attend...

Le coup d'œil du psychotique. Et les questions qu'il pose page 84

Peter Van Breusegem, médecin généraliste, vice-président du Brussels welzijnsraad en gezondheidsraad, président du Brussels overleg thuiszorg et secrétaire du Huisartsenkring
Jusqu'où le regard du psychotique nous transperce-t-il ?

Généraliste et santé mentale : accessibilité tous azimuts ou rebut ? page 86

Bernard Vercruysse, médecin généraliste à la maison médicale du Nord, président du Forum des associations de médecins généralistes
Quatre histoires et d'une manière ou d'une autre quatre patients dont personne ne veut...



Conférences de clôture

Soins et logiques du don dans les replis des réseaux page 88

René Devisch, anthropologue, psychanalyste, professeur à la Katholieke universiteit van Leuven
Un étrange diptyque, où le tableau de notre société, fondée sur la valeur individuelle et la productivité paraît bien pauvre face au tableau d'une société (les Yakas) où le centre de gravité de la personne ne se constitue pas dans le chef de l'individu mais dans la pratique du partage, de l'échange, du tissage de liens sociaux.

Des propos qui se rejoignent page 92

Madeleine Moulin, sociologue, professeur à l'Université libre de Bruxelles

Comment être fou dans les règles ? page 93

Francis Maertens, psychologue, président de l'Association des psychologues praticiens d'orientation psychanalytique

Le manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux ou DSM, un outil formidable pour normaliser la folie sans se fatiguer.

La santé mentale, j'en parle. Et maintenant ? page 98

Martine Baudin, directrice de la Fondation Julie Renson

L'année de la santé mentale a révélé cinq « découvertes », elle a suscité quelques regrets mais aussi de l'espoir...

Au-delà de l'expertise, un certain humanisme rémunéré page 101

Madeleine Moulin, sociologue, professeur à l'Université libre de Bruxelles

Un pas vers plus de santé mentale, vers moins de souffrance sociale ?

Elements de bibliographie page 104

Programme page 106

Remerciements page 108

De même qu'il serait peine perdue d'approcher la santé mentale sans penser l'articulation correcte des intervenants, il ne peut être question d'isoler une « bulle santé mentale » dans la société où elle se vit. C'est pourquoi nous poursuivrons dans notre prochain numéro par quelques réflexions d'apparence plus abstraite et générale sur le « social », apparence trompeuse tant nous verrons combien ces mises en perspective révèlent les forces qui nous poussent dans notre agir quotidien. Vous y trouverez entre autres des articles de « psy » (curieusement discrets dans cette livraison) et de philosophes.

Bref aperçu de ce sommaire : une réflexion de Dany Robert Dufour sur la condition subjective à l'ère de l'économie de marché, une question de Jean-Pierre Lebrun : Guérir le social ? et une conférence-débat de Jean De Munck consacrée aux politiques de la subjectivité dans les sociétés post-industrielles, ainsi que les interventions des participants du colloque Santé mentale, Vers quelles politiques coordonnées à Seraing ?

Prolégomènes en santé mentale

Grégory Lambrette,
psychologue,
psychothérapeute
à la maison
médicale Portes
Sud à Arlon.

S'interroger sur la consistance d'une notion telle que la « santé mentale », pour pertinente qu'elle puisse être, ne revient pas à nier l'existence d'une souffrance nommée par d'aucuns « maladie mentale ». Aussi et fort de ce préalable, nous sommes en droit de nous interroger s'il n'est pas quelques confusions logiques à aborder sans distinguer aucunement le plus souvent entre la perspective clinique et la politique de santé publique qu'on lui supposerait. Mais qu'importe, la conception d'une certaine « normalité » que le débat en santé mentale induit ne peut en éluder un autre nous semble-t-il.

Ainsi, la position selon laquelle la pathologie définit le patient ou bien le contexte dans lequel on l'observe est un choix épistémologique dont l'importance nous paraît être fondamentale dans ce qu'il génère cliniquement, socialement comme politiquement. Or l'on sait que l'option théorique à laquelle chacun se réfère détermine son champ de vision et conditionne ses prises de décision, qu'elle soit diagnostique, thérapeutique ou autre. Et la manière dont nous nous forçons une connaissance contribue à « co-construire » des « réalités sociales » sur base desquelles nous fondons notre action.

Aussi croyant décrire et expliquer des phénomènes, nous ne faisons le plus souvent ainsi qu'explicitement les limites de notre vision du monde. Faut-il, sachant cela, agir encore comme si l'on ignorait que les valeurs sociales que nos diagnostics stigmatisent participent parfois à ces formes d'exclusion que nous combattons par ailleurs ?

Face à cela, force nous est de constater que le discours ambiant s'étoffe au gré de certaines recherches dont l'illusion quantitative est un véritable coup de force destiné le plus souvent à « plier » la réalité à quelques hypothèses concourant à percevoir la santé mentale en dehors de tout contexte. Un peu à l'instar de ce que dénonçait Chamfort pour qui il y avait deux types de moralistes, ceux qui ne voyaient la nature humaine que du côté « tragique » et ceux qui ne souhaitaient la percevoir qu'en son côté le plus naïvement paisible. En un cas comme dans l'autre, la perspective est partielle et génère quelques situations où l'on peut constater que



c'est moins la pathologie que certaines contingences de la vie qui décident d'une intervention psycho-médico-sociale. C'est également oublier que c'est du rapport entre un message et son contexte qu'émerge la signification et qu'étudier les faits en les isolant est une gageure pour qui souhaite appréhender un pan de la nature humaine.

Selon nous toutefois, la co-évolution de l'homme et du monde dans lequel il évolue est telle que chaque individu s'adapte à sa manière à son environnement à travers la pathologie, la déviance, le conformisme social, et bien d'autres formes encore. La question est alors de savoir quel processus social, et non pas quelles réponses individuelles, « produit » de la santé mentale. Car il me semble, que l'on nous pardonne cette métaphore empruntée à un autre champ, qu'il est bien différent de traiter le cancer que de soigner un cancéreux. En effet, l'un exige recherche et expérimentation quand l'autre consiste à atténuer la souffrance d'une personne.

Réfléchir à la santé mentale et la pratiquer sont toutefois deux choses, qui, bien que distinctes, doivent participer à affiner l'une par l'autre. Et ce en considérant la santé mentale comme une sorte de métaphore dont la préoccupation doit également consister à s'interroger sur ce qui participe au bien-être des individus. ●



La fonction « psy » en maison médicale

Une approche spécifique en première ligne

Il y a aujourd'hui une quarantaine de « psys » - psychologues, psychothérapeutes, psychiatres - travaillant dans vingt-huit maisons médicales. Depuis juin 2001, quelques-uns d'entre eux se sont réunis, à plusieurs reprises, pour tenter de définir leur spécificité : quels sont les contours particuliers de la fonction « psy » dans une maison médicale, qu'est-ce qui peut s'y jouer autrement ? Les pratiques sont riches et diversifiées selon le contexte local, l'histoire de chaque équipe, son projet ; nous livrons ici quelques éléments qui ont fait consensus dans ce groupe d'échanges¹.

déterminent pour la population la porte d'entrée de l'institution et organisent également la mise en mots spécifique de la plainte. Pour une certaine partie de la population, adresser directement une demande à un « psy » (en privé, ou dans une institution connotée « psy » comme le centre de guidance, ou le planning) reste difficile (« je ne suis pas fou »), ou même impensable (pourquoi prendre contact avec un « psy » dans le cadre d'une gastro-entérite récidivante ?). La fonction « psy » peut, en maison médicale, davantage se déployer dans la continuité d'une consultation de soins de santé primaires, même si l'offre psychothérapeutique au sens strict n'est évidemment pas du tout exclue.

Une maison médicale, c'est aussi une « maison », - autre signifiant déterminant -, elle fait partie du quartier, ce qui lui donne un aspect sécurisant et contenant qui la différencie d'une polyclinique (« ici, je me sens chez moi »). Et c'est une maison dans laquelle se pratique une médecine « de famille », inscrite par nature dans un trajet de vie, dans une relation où se retrouve la trace de toute une histoire, parfois sur plusieurs générations, ce qui vient renforcer un caractère protecteur - à questionner toujours, mais qui est nécessaire pour certains patients², à ce moment précis de leur histoire, puisque « il y a lieu de créditer le patient d'un savoir sur sa démarche, savoir qu'il ne sait pas forcément qu'il sait mais que nous avons à respecter »³.

Cet aspect contenant renvoie à l'effet d'« emboîtement » évoqué par M. Croisant dans une réflexion sur le lieu de la plainte, identifiant le sens que revêt l'adresse à une institution (de santé mentale ambulatoire) plutôt qu'en privé : « on sait qu'en psychothérapie cadre et processus entretiennent une relation de contenu à contenant. On peut donc se demander si nous aurions, en institution, un effet où l'institution vaudrait elle-même comme contenant pour cet autre contenant qu'est le cadre »⁴. La maison médicale, ne vient-elle pas à son tour, comme dans un ensemble de poupées russes, jouer un rôle de contenant pour des patients encore plus loin de pouvoir élaborer une demande ?

La porte d'entrée

En maison médicale, le « psy » travaille dans un contexte particulier, où les soignants sont avant tout de type médical et se situent en première ligne. Ces intervenants des soins de santé primaires ont donc une grande proximité vis-à-vis d'une population, qui a par ailleurs aussi des caractères spécifiques.

La particularité des maisons médicales consiste en une approche globale de la santé et une porte d'entrée au départ du médecin de famille. Leur signifiant premier est donc le « médical ». Cela a toute son importance puisque les signifiants

Marianne Prévost, sociologue, chercheur à la Fédération des maisons médicales, **Vanni Della Giustina**, psychologue à la maison médicale **Bautista van Schowen**, **Bénédicte Dubois**, kinésithérapeute à la maison médicale d'Aster.

Psychologues qui ont participé à la réflexion : **Vanessa Baio**, maison médicale la Brèche, **Ariane Bibrowsky**, maison médicale de Forest, **Catherine Bremont**, centre médical Galilée, **Luc Colinet**, maison médicale du Maelbeek, **Marie-Françoise De Munyck**, maison médicale Santé Plurielle, **Muriel Desmecht**, maison médicale Essegheem, **Michel Elias**, maison médicale Marconi, **Martine Hennuy**, Centre Objectif Santé Namur, **Agnès Janssens**, Free Clinic, **Françoise Leroux**, collectif de santé la Perche

(1) La réflexion continue, elle s'approfondira encore, et l'on y reviendra dans un prochain colloque en 2002. (suite page suivante).

**La fonction « psy » en maison médicale
Une approche spécifique en première ligne**

(2) Michel Croisant, « Le lieu de la plainte : l'institution ambulatoire, cadre spécifique en psychothérapie... » in La Plainte et la réponse à la plainte, actes du colloque international des 11-12-13 octobre 1991, Fédération des maisons médicales.

(3) idem.

(4) idem.

L'approche globale et la place du sujet

La maison médicale travaille en interdisciplinarité, ce qui est une condition propice à approcher la personne sous ses différentes facettes et à donner toute sa place à la dimension du sujet. Comme les autres soignants, le « psy » est soutenu par le travail de l'équipe, qui offre au patient la possibilité de venir « déposer » dans un même lieu les différents aspects de sa problématique – aspects différents, mais dont le travail en équipe intégrée permet, à tout le moins, de ne pas entériner ou accentuer le clivage, voire même de restituer une cohérence, de retrouver un sens sur lequel le patient vient, à son insu peut-être, interpellé les membres de la « maison ». De par ses compétences, le « psy » apporte un soutien aux autres intervenants dans leur abord nécessaire des problématiques psycho-relationnelles présentées par les patients. Cette collaboration

se développe sur le modèle de l'intervision transdisciplinaire et non de la supervision, nécessitant quant à elle une extériorité qui fait défaut au « psy » s'il fait partie de l'équipe. Le modèle de l'intervision se justifie également du fait que le cadre de la consultation « psy » ne peut être transposé tel quel à la consultation médicale, infirmière ou kinésithérapeute.

Ceci se met en place de différentes manières :

- **Les co-consultations** : on peut en maison médicale réaliser des consultations conjointes du « psy » avec le médecin, l'infirmière ou le kinésithérapeute, ce qui ouvre à une toute autre dimension de la collaboration transdisciplinaire. Ces consultations conjointes mettent bien souvent le « psy » en contact avec une population qui ne s'adressera probablement jamais à lui directement. Il s'agit quelques fois de permettre une élaboration de la plainte du patient pour qu'elle puisse advenir en demande, éventuellement suivie d'un accompagnement « psy »... Cela peut également répondre à une difficulté particulière rencontrée par le soignant dans sa relation au patient. Ces consultations conjointes peuvent se répéter sur un temps plus ou moins long ; dans certains cas, quelques séances suffisent pour aider le soignant à débloquer une situation. Dans d'autres cas, les soignants utilisent le temps qu'il faut pour que se tisse un transfert préalable à la mise en place d'une thérapie à plus long terme – qui peut se faire dans la maison médicale ou ailleurs, selon les cas (centre de santé mentale, psychanalyste, ...). Le contact avec le « psy » dans la maison médicale permet donc quelques fois de conduire des patients à adresser une demande en dehors de la maison médicale, – ce que certains n'auraient sans doute jamais fait sans cet intermédiaire.

- Le « psy » introduit un autre éclairage, apporte un décalage : par exemple en aidant à poser, pour un patient suivi par un médecin, un diagnostic qui aura des conséquences sur les modalités du suivi médical ; ou en aidant l'équipe à mieux comprendre le sens qu'a, pour certains patients, le fait d'adresser des demandes, des interpellations à différents soignants ; ou encore, en étant particulièrement attentif, durant les réunions d'équipe, à veiller que se tissent les liens entre les situations rencontrées et l'histoire des sujets ; il n'est pas





rare que la charge émotionnelle ou (contre)transférentielle de l'équipe génère une anxiété difficile à élaborer et risque parfois de la conduire dans des discussions inextricables, entre autres sur les indications médicamenteuses, les examens techniques, ...

- La présence d'un « psy » dans l'équipe facilite et enrichit le dialogue entre les différentes disciplines, qui ont chacune leur propre mode d'approche de la plainte. Trop souvent, dans les diverses institutions du réseau des soins de santé, il y a des barrières entre « psy » et intervenants médicaux/paramédicaux. Les échanges réguliers, basés sur une reconnaissance des compétences de chacun, tels qu'ils peuvent se pratiquer dans une équipe, facilitent la référence, les demandes d'avis. Ils modifient aussi les représentations respectives des différents soignants, les amenant à intégrer progressivement dans leur propre abord du patient, l'éclairage amené par les autres disciplines.

Le « psy » aide ainsi à renforcer le rôle préventif de la première ligne, mieux à même de détecter et d'apporter une réponse aux nombreux problèmes psychiques qui se présentent à ce niveau.

- Le « psy » assure une information – une formation de l'équipe, en augmentant sa compréhension des dimensions psychorelationnelles.

Cette collaboration permet donc de mieux intégrer des secteurs souvent clivés, celui de la santé physique et celui de la santé mentale.

L'accessibilité pratique

On a déjà abordé ci-dessus l'accessibilité symbolique (la porte d'entrée). L'accessibilité existe aussi au niveau pratique : un rendez-vous peut toujours être fixé très rapidement et certaines maisons médicales proposent des consultations sans rendez-vous, assurant dès lors une permanence, ce qui peut notamment répondre à des cas d'urgence.

Cette facilité d'accès peut avoir un effet préventif (éviter/ou mieux gérer une hospitalisation, limiter les conséquences d'une crise, accompagner l'entourage...). Bien sûr, il

convient d'être attentif à travailler cette accessibilité, qui peut devenir une arme à double tranchant : une réponse « trop de tout, tout de suite » n'amène pas forcément à une démarche thérapeutique mais peut participer d'un désir excessif de « réponse » immédiate... Ce questionnement est pertinent dans tous les aspects du travail des maisons médicales, très axées sur la proximité et l'accessibilité ; le « psy » apporte ici encore, son éclairage particulier.

En guise de conclusion

On pourrait dire que la spécificité de la fonction « psy » dans une maison médicale tient à l'approche globale de la santé poursuivie par le centre de santé intégré, - travaillant en première ligne des soins de santé primaires -, laquelle repose (notamment) sur l'accessibilité (culturelle, pratique) et le travail interdisciplinaire. Le « psy » apporte son regard particulier, à l'instar des autres membres de l'équipe, il apporte un « plus » au regard médical et paramédical, au travail social et communautaire, à l'accueil, ... Il est donc un rouage indispensable de l'interdisciplinarité. En même temps, il enrichit son propre regard grâce à celui des autres.

Parmi l'ensemble des lieux accueillant la souffrance psychique – centre de santé mentale, planning, hôpital, cadre psychanalytique privé, ... - la maison médicale représente donc un lieu dont le signifiant a des caractères spécifiques, où la plainte peut venir se déposer à un moment particulier de l'histoire, dans un contexte et selon un langage qui peuvent se décliner de manières souples et différenciées. ●

Le fil conducteur autour de la nébuleuse

Madeleine Moulin,
sociologue,
professeur à
l'Université libre
de Bruxelles.

L'objectif que se sont donnés le Centre de sociologie de la santé et le Centre de diffusion de la culture sanitaire en organisant cette journée est simple : amorcer ou favoriser un dialogue peu habituel entre les mondes de la santé mentale et de la médecine générale. Derrière cette simplicité apparente, les écueils guettaient qu'il n'est pas neutre de pointer a posteriori.

D'abord, débarquer au cœur d'une année de campagne¹ d'un secteur, celui de la santé mentale, légitimement préoccupé de son propre fonctionnement, de son image et de son impact auprès du public² en disant : le secteur de la santé mentale n'est pas le seul à avoir des choses à dire sur la santé mentale, c'était en quelque sorte mettre les pieds dans le plat. Affirmer que toute la première ligne du système de soins est concernée, cette première ligne avec laquelle les rapports ne sont pas toujours aisés, ou qui n'est guère familière, c'était en quelque sorte agiter les pieds dans le plat.

Ensuite, solliciter à propos de questions de société larges l'univers des généralistes en pleins débats et réorientations internes, aux prises avec le reste du monde médical et les

décideurs politiques autour d'enjeux essentiels pour les années à venir, n'était pas gagné d'avance. L'attrait sociologique n'était au demeurant pas évident pour eux de prime abord ; de plus, ils connaissent peu ou mal le secteur institutionnel de la santé mentale (qui se laisse lui-même peu ou mal connaître); ajoutons qu'une certaine réserve à l'égard de leurs confrères psychiatres n'est pas rare. Qui plus est, il leur était demandé de s'interroger eux - en tant que professionnels - sur la manière dont ils conçoivent les souffrances du lien social et leur manière de se situer par rapport aux questions de santé mentale³. La démarche est toute autre que celle qui consiste à produire les résultats « bouclés » d'une recherche, discuter des pathologies des patients ou encore débattre d'intérêts professionnels.

Vient s'ajouter à cela le caractère national de l'initiative qui ne fut pas le moindre des défis, quoique des plus intéressants. Nous le savons bien : les mondes francophone et flamand sont désormais des cultures distinctes. Les enseignements à tirer de cette distanciation de plus en plus radicale mériteraient colloque ou publication à eux seuls. Non pour la beauté ou l'œcuménisme du geste, mais bien dans la

mesure où il y a là, de part et d'autre des implications indirectes et différées en matière de politiques sociales et de sécurité sociale à envisager lucidement. Sans préjuger des curiosités éventuelles du côté des néerlandophones, il y a en tout cas des pistes intéressantes pour les francophones : les conceptions de la rationalisation des réseaux de soins et de support social, l'accès aux données... et l'existence de données, les innovations pédagogiques (entre autres la formation à la médecine générale), les effets concrets d'une organisation commune Région - Communauté (entre autres des économies d'échelle), la perméabilité à d'autres modèles culturels étrangers que l'inévitable Hexagone, etc.

Enfin l'objet même de la journée,

(1) Voir le texte suivant de Martine Baudin.

(2) Le texte d'Herman Meulemans montre, si besoin était, qu'il y a encore bien des dragons fantasmagiques à chasser du sens commun en santé mentale.

(3) Le même texte d'Herman Meulemans conforte l'idée qu'il y a encore bien des clarifications de repères cliniques auxquelles il serait utile de former les généralistes et bien des supports sociaux qui leur viendraient en aide.



Journée
Souffrances du lien social
Ouvertures



les souffrances du lien social, volontairement peu définitoire⁴ a moins permis de traiter du nœud de ces souffrances que des modalités transversales pour les aborder, et des nombreux obstacles à franchir pour y parvenir. Ceci mériterait également publication et colloques, tant cette nébuleuse pose des questions auxquelles il n'est plus possible de se dérober, ni même d'apporter des remèdes symptomatiques. Leur liste est longue et ouverte :

- Comment sereinement distinguer la progression objective des souffrances mentales de la progression des expressivités de celles-ci ?
- Comment éviter de médicaliser les souffrances liées aux conditions concrètes de l'existence pour une part croissante de la population, tout en accordant toute l'attention individualisée souhaitable ?
- Comment prendre en compte la réalité des précarisations attendues ou brutales dans un univers professionnel pas trop stabilisé lui-même (santé mentale), mal outillé et peu reconnu dans ce domaine, et en butte à des surcharges de travail bien objectivées (médecine générale) ?
- Comment résister surtout à la pression exercée sur le non marchand en général (et le secteur de la santé mentale en l'espèce), et de plus en plus sur les généralistes pour prendre en charge toutes les misères du monde, quand on sait que l'heure n'est guère aux solutions collectives et solidaires ?

Les textes qu'on va lire ne constituent pas des actes au sens strict. Si certains sont les exposés faits au cours de la journée, d'autres sont plutôt des réflexions inspirées par les panels et les ateliers. ●

(4) Voir
Madeleine
Moulin,
Souffrances du
lien social, souci
constant, souci
croissant ?

2001, année de la santé mentale

Martine Baudin,
sociologue,
directrice de la
Fondation Julie
Renson.

« 2001, année de la santé mentale » est une initiative de cinq associations belges œuvrant dans le domaine de la santé mentale : la Ligue wallonne pour la santé mentale, la Vlaamse vereniging voor geestelijke gezondheidszorg, la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, la Fondation Julie Renson, et la Fondation nationale Reine Fabiola pour la santé mentale, dont les quatre premières sont par ailleurs toutes membres.



Lorsqu'il y aura bientôt quatre ans, les ligues et les fondations ont imaginé d'organiser une année de la santé mentale... elles se sont prises à rêver. Leur rêve : changer les mentalités face aux troubles psychiques, pour que ceux-ci sortent du tabou et du mépris qui les entourent.

Rêve évidemment trop ambitieux ! Ce n'est pas en un an, fût-il hyperactif, qu'un tel objectif peut être atteint.

Rêve trop ambitieux aussi car ni le secteur professionnel, ni les milieux politiques, ni les médias, ne peuvent

opérer instantanément un tel renversement de perspective.

Rêve trop ambitieux enfin car les moyens nécessaires sont particulièrement difficiles à rassembler pour un tel projet.

Aussi avons-nous fixé cette année en 2001 pour que, symboliquement, commence avec le siècle l'amorce de ce nouveau regard, par un premier pas : parler des questions de santé et de maladies mentales.

Une parole libre à leur propos est la première étape du processus : pouvoir dire, pouvoir entendre, pour expliquer, pour comprendre. Une

parole à faire circuler pour que se sache que cette souffrance vit à côté de nous, parfois en nous, au quotidien ou par crise, et pouvoir vivre avec elle et non

dans le rejet et l'exclusion. Une parole pour sortir aussi de la culpabilité qui mine les rapports humains, de la faute du malade, de la faute de son entourage, qui n'aident personne. Et, pragmatiques, nous avons travaillé pas à pas. Plutôt que de nous adresser à tout le monde à la fois, nous avons choisi d'organiser une série d'activités destinées à des publics variés : les professionnels du secteur pour les associer au projet et qu'ils s'en sentent partie prenante ; les familles et usagers des services offerts, les élus, les milieux académiques, les médias, etc., privilégiant à chaque fois rencontres et dialogues.

Tous les projets n'ont pu être menés à terme, faute de temps, faute de moyens, faute de forces de travail. Tout ce qui a été mis en œuvre a pu l'être par un extraordinaire mouvement de sympathie, d'enthousiasme, d'espoir aussi que quelque chose, peut-être, puisse bouger enfin. Certains projets sont nés « dans le mouvement », initiés par d'autres à l'annonce de notre ambition. Tous ne sont pas nécessairement porteurs des mêmes valeurs, mais la réalité est multiple et les besoins sont variés. Tous indiquent l'espoir que les maladies mentales soient reconnues comme une souffrance et non comme une honte.

Aujourd'hui, parler ensemble de la place qu'occupe le médecin généraliste dans ce processus de prise de parole sera notre priorité. L'importance de cet acteur particulier est apparue au travers des résultats d'un sondage (voir plus loin, Herman Meulemans). L'image que le public a du médecin dans ce domaine n'est pas celle que les médecins généralistes semblent avoir d'eux-mêmes. Toute image est multiple, tout rôle varie selon l'acteur, il y a donc matière à réfléchir ensemble sur ce qui est et pourquoi, et sur ce qui pourrait être et comment. Cette journée de réflexion, pas plus que cette année, ne se veulent conclusives et définitives. Cependant notre ambition, à l'issue de cette journée, comme à l'issue du travail de toute cette année, est de dresser un premier bilan de la situation et de proposer des pistes d'action. Nous espérons être un relais vers les politiques, vers les médias, qui ont manifesté de l'intérêt pour notre initiative, le relais des multiples paroles, pour faire sortir les maladies mentales du ghetto de la peur et du silence. ●

Journée
Souffrances du lien social
Ouvertures



La santé mentale : un nouveau souci pour les généralistes

.....

Que signifie au juste la santé mentale ? Par quoi la santé mentale est-elle menacée ? Comment se soucie-t-on de la santé mentale ? Quel rôle assigne-t-on au médecin généraliste ? Quand faut-il aborder un problème du point de vue de la santé mentale ? Un sondage réalisé en 2001 auprès de plus de neuf cents personnes et deux cents médecins généralistes, issus des trois régions du pays traitait ces questions, et encore bien d'autres. Je me propose de rappeler quelques-uns des résultats en arrière-fond de cette journée de réflexion.*

.....

Il ressort du sondage que les cas de comportements agressifs ou de troubles présentant des risques graves pour la santé comme l'anorexie ou la boulimie, exigent une aide professionnelle. C'est moins le cas pour les troubles de l'humeur tel que l'apathie, l'introversion ou le stress. La plupart des répondants estiment que ceux qui souffrent de découragement, qui sont centrés sur eux-mêmes ou survoltés, n'ont qu'à mieux se contrôler. Il est manifeste que le degré de déviance par rapport à la norme attribué aux comportements est fondamental pour comprendre le large éventail de troubles psychiques, leurs causes et leurs conséquences.

En matière de soins en santé mentale, il n'y a pas qu'un large spectre de troubles observables, il y a aussi un grand choix d'interventions élaborées en réponse à cette multitude de problèmes et de situations. Il est évident que ces réponses sont liées à la culture et reflètent l'esprit du temps. Que faire de mieux pour empêcher que les problèmes psychiques s'aggravent ? En 2001, année de la santé mentale, trois possibilités semblent s'offrir à nous, si l'on en croit le sondage.

La majorité des répondants disent *qu'il faut en parler avec l'entourage et faire confiance au malade*. En ce début de troisième millénaire, le traitement thérapeutique en santé mentale suppose beaucoup de communication, dans tous les sens du terme, et de concertation, avec le patient, avec les intervenants, les experts, l'entourage au sens le plus large. Ceci serait le *remède n°1*.

Ensuite, beaucoup de répondants estiment que l'hygiène mentale est la clé par excellence pour se prémunir contre l'augmentation des troubles psychiques. Cette façon de voir reconnaît l'importance d'un *style de vie sain*, une notion qui non seulement a gagné du terrain dans le domaine des soins en santé mentale, mais est déjà implicitement présente dans la définition notoire de la santé énoncée, il y a cinquante ans, par l'Organisation mondiale de la santé. La promotion d'un style de vie sain serait donc le *remède n°2*.

Herman Meulemans,
sociologue
médical,
professeur à
l'Universiteit van
Antwerpen.

Traduction du
néerlandais par
Martine Baudin.

L'homme de la rue

L'éventail des problèmes psychiques dont on peut souffrir est extraordinairement varié. Les troubles psychiques peuvent être envisagés comme autant de formes de comportements ressentis comme déviants. Pour maintenir les comportements déviants dans des limites acceptables, les malades mentaux doivent être prêts soit à faire appel aux professionnels, soit à faire un effort personnel. De la nature du trouble dépendra la demande de l'entourage, orientée soit vers une aide professionnelle, soit vers l'entraide et la solidarité.

* *La santé mentale. Attitudes et réactions du grand public, Premiers résultats d'une enquête d'opinion, Research Consult, Mars 2001.*

Journée
Souffrances du lien social
Ouvertures

La santé mentale : un nouveau souci pour les généralistes

Enfin, un grand nombre de répondants fait confiance aux divers intervenants professionnels. Il ne s'agit pas uniquement des médecins, mais d'un ensemble d'experts aux formations multiples : médecins de famille, psychiatres, psychologues, thérapeutes, qui dispensent des soins intégraux et continus. Ceux-ci ne sont pas dispensés au sein d'un lieu thérapeutique défini, mais se répartissent entre soins à domicile, soins ambulatoires, soins résidentiels, et il est parfois difficile de délimiter les zones qui interfèrent. Le professionnalisme, synonyme d'une approche rationnelle, scientifique, est la base du *remède n°3*.

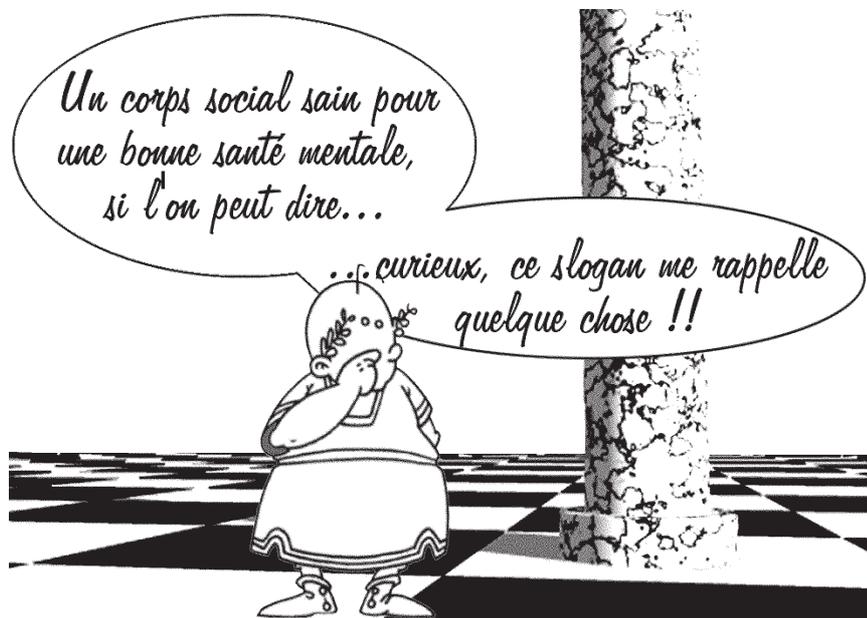
Dans les résultats du sondage apparaît encore une autre dimension, particulièrement si l'on se penche sur les questions ayant trait à la santé mentale des enfants et adolescents. Pour les adultes, il est pertinent de distinguer soins professionnels et entraide. Pour les enfants et

d'autres problèmes pourtant reconnus du même ordre, seules la punition et la remontrance conviendraient. Il s'agit d'école buissonnière et de fugue, mais aussi de petite criminalité, vol ou vandalisme. Ainsi la dimension répressive, qui historiquement a beaucoup imprégné les soins psychiatriques, semble toujours bien présente pour ce qui concerne les enfants et les adolescents.

Le généraliste

Le sondage auprès des médecins généralistes a aussi donné quelques résultats intéressants. Pour quels types de problèmes psychiques les gens font-ils appel aux médecins de famille ? Je vous en livre le trio de tête. D'abord: *être stressé au point de ne pouvoir faire ce qu'on doit*. Ensuite: *Etre tout le temps découragé, broyer du noir sans cesse*. Et enfin: *Etre apathique, sans pouvoir se secouer, ne rien faire de bon*. Trois variations sur un même thème.

Cela fait penser à ce qu'Emile Durkheim décrivait en 1897 sous le concept d'*anomie* - cette tension paralysante qui apparaît quand la société prescrit tout ce qui devrait être fait alors que dans le même temps elle ne laisse aucun espace pour le faire. Les généralistes y sont ainsi chaque jour confrontés, et expérimentent combien il est difficile de trouver une réponse adéquate à ces problèmes de *mal-être* mental.



les adolescents, cette distinction reste intéressante, mais à côté de ces deux types d'orientation on voit aussi apparaître une troisième dimension, la notion de *punition*.

Des réponses, il ressort clairement que pour certains problèmes perçus comme d'ordre psychique, une aide professionnelle ou de l'entraide sera la meilleure solution. Mais pour

A la question de savoir quelle est leur attitude à l'égard d'un patient qui émet des plaintes psychiques, la plupart des médecins généralistes répondent qu'*il l'écoute tout simplement et lui dit de se secouer*. Donner des conseils concrets d'hygiène de vie, et prescrire des médicaments ne viennent qu'ensuite.

La relation entre le patient et le médecin de famille ne s'en trouve pas simplifiée. Le modèle



du généraliste actif et du patient passif n'a jamais bien fonctionné et porte préjudice à la qualité de la médecine générale. Le modèle du guide et du patient pris par la main fonctionne jusqu'à un certain point, mais pour armer un patient sur le plan psychique, ce modèle est un peu court. Les généralistes se réfèrent de plus en plus ces derniers temps au modèle de la *collaboration réciproque* pour faire face aux affections psychiques.

D'après le sondage, la plupart des généralistes disent poser des questions sur les problèmes psychiques signalés, ou les aborder eux-mêmes quand les patients n'en parlent pas spontanément. Les malades qui recherchent des réponses à leurs difficultés psychiques, considèrent indubitablement leur médecin de famille comme une personne de confiance ou comme quelqu'un susceptible de les orienter vers un thérapeute, un psychiatre, un spécialiste ou un centre adéquat. Le généraliste a donc bien une fonction supplémentaire, et doit en outre répondre aux attentes énormes de l'entourage qui veut le voir intervenir sur un terrain élargi. ●

Bibliographie

Handbook of Medical Sociology, Upper Saddle River, Prentice-Hall, 2000.

Dunning A.J., *Betoverde wereld. Over ziek en gezond in onze tijd*. Amsterdam, Meulenhoff, 1999.

Research Consult, *Enquête sur la santé mentale - sondage d'opinion sur l'image de la santé mentale et de la maladie mentale en Belgique : enquête grand public/enquête médecins généralistes*. 2001, année de la santé mentale - Fondation Julie Renson, Bruxelles, mars 2001, 54 pp.

Schnabel P., *De weerbarstige geestesziekte. Naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg*. Nijmegen, SUN, 1995.

Souffrance du lien social, souci constant, souci croissant ?

Madeleine Moulin, sociologue, professeur à l'Université libre de Bruxelles.



Souffrances du lien social,... souci constant ? Souci croissant ?... Simple changement des mots pour le dire ou surenchère de paroles pour nous convaincre que nous avons prise sur les béances et les aspérités du monde. Ces imperfections qui ont nom de maladie mentale (voire de folie), de pauvreté, de précarité, de déshérence, de désaffiliation, qui nous dérangent et dont nous ne savons trop que faire, sinon pas du tout, et de moins en moins.



De quoi et de qui parle-t-on ?

Nous sommes tous concernés

D'abord, pourquoi ce terme « souffrance », d'usage trivial et non expert ? Justement pour ne pas recourir prématurément à la notion de santé mentale, ni à celle de maladie mentale, nébuleuse dans laquelle les confusions ne sont pas innocemment entretenues. En bref et pour camper le propos, envisageons successivement ces trois termes.

● A propos de la maladie mentale

Les troubles mentaux chroniques sont aussi vieux que le monde. Ils sont la contrepartie du langage et de la conscience qui font notre appartenance à l'humanité. Cela a peut-être de quoi nous effrayer, mais cela est. Le refus d'accepter cette réalité comme une composante effective du réel contribue à entretenir des confusions qui

prêtent le flanc à des idéologisations improvisées.

● A propos de la santé mentale

Pour autant qu'on accepte une autre définition de la santé mentale que celle de l'ordre public, on peut s'avancer à considérer que les politiques de santé mentale sont un lieu de mise en pratique du droit à la différence. A ce titre, les débats autour de la santé mentale et ses enjeux nous concernent tous. D'ailleurs, bon an mal an, tous les sondages, évaluations, inventaires, convergent en la matière : dans notre pays, un tiers au moins de la population déclare connaître ou avoir connu, à un moment ou l'autre, un problème « psy », de santé mentale ou psychiatrique.

● A propos de la santé sociale

L'importance de la présence de relations sociales comme facteur de santé sociale ne fait guère plus de doute. Il est désormais communément admis que la qualité et la richesse des liens sociaux sont des facteurs favorables au maintien et au développement de la santé mentale. L'évaluation subjective de l'incidence du réseau de liens sociaux sur la perception de la santé est sans doute un apport majeur dans la prise en compte des souffrances du lien social et des remédiations à leur apporter.

Ces précisions ne sont pas inutiles lorsqu'on regarde de près quelques faits simples comme l'accroissement du nombre de prescriptions de neuroleptiques par les généralistes (décuplé en dix ans), les jeux de ping pong entre services médicaux et sociaux autour de certains clients ou usagers,... ou personnes en souffrance non clairement ou définitivement labellisées.

Ensuite l'expression « lien social » ne dit pas *a priori* de qui on parle... et justement, ici nous n'allons pas parler prioritairement des patients et des usagers en tant que tels, mais bien des professionnels et de leurs soucis à propos de ces derniers.

Nous allons le faire en partant de la perspective

Journée Souffrances du lien social
Ouvertures



épistémologique selon laquelle les professionnels sont embarqués sur le même bateau de richesses (ne l'oublions pas), de gaspillages, d'ambivalences et de contradictions sociales, et qu'à ce titre, ils sont non seulement réceptacles des souffrances du lien social, des difficultés d'être de leurs clients, patients, usagers, mais aux prises avec les leurs aussi, ce n'est pas rien dans l'affaire.

D'ailleurs, c'est ainsi qu'on peut en partie comprendre les revendications et les réflexions des généralistes en quête de valorisation, de revalorisation, de reconnaissance (sociale, symbolique et matérielle). C'est ainsi également qu'on peut comprendre les sentiments d'impuissance et de non-reconnaissance de bien des travailleurs des secteurs médico-social et de la santé mentale, tant en ambulatoire qu'en milieu institutionnel.

La prévalence du *burn out*, de l'alcoolisme, de la dépression et du suicide dans ces professions devrait suffire à nous persuader qu'une approche en totale extériorité - si experte soit-elle - des expressions contemporaines de la souffrance d'être au monde et aux autres serait trompeuse et surtout dépourvue d'enseignements pour comprendre ce qu'est cet objet « la santé mentale » et l'utilité d'en parler.

Enfin, dans le cadre de « 2001, année de la santé mentale » la place centrale de la première ligne en général et des généralistes en particulier n'a pas encore été abordée. Si on entend ne pas donner à la santé mentale une acception trop étroite ou trop limitativement experte, il est bon que cette journée serve aussi à rappeler que le secteur professionnel de la santé mentale n'est pas le seul à avoir des choses à dire sur la santé mentale.

Les temps sont durs

Conditions de travail : tout se complique, rien ne va plus, sauve qui peut

On demande de plus en plus et « un peu de tout » au « social » (notons le flou entretenu de l'expression), de porter tous les malheurs du

monde et de s'en porter garants¹. Cela est patent depuis les démarches les plus individualisantes et culpabilisantes jusque dans la dérive sécuritaire. Plus subtilement, on n'est pas loin de vouloir faire peser une partie de cette mission sociale sur les généralistes². Ces derniers s'empressent d'ailleurs de mettre à juste titre le holà à cette pression quand cela n'est pas assorti d'une redistribution des rôles et des bénéfiques³, redistribution des rôles auxquels ils devraient commencer par se familiariser d'ailleurs, isolés, peu enclins car pas formés qu'ils sont au départ au travail collectif, ou à tout le moins au travail contextualisé (la santé communautaire, l'organisation d'une partie du travail en réseau, ...).

On demande « trop » quoi aux généralistes au juste ? D'adapter leurs pratiques au monde contemporain ? Ce n'est pas le problème ; ils y travaillent⁴. De s'occuper un peu plus de santé que de maladie ? Ce n'est pas le problème non plus⁵. Non, le trop, c'est le glissement de la responsabilisation à propos de questions sur lesquelles ils n'ont pas plus de prise que n'importe qui. Comme le secteur de la santé mentale me dira-t-on. Mais non. Eux, c'est comme chez les homards, ils ont l'habitude d'être plongés dans l'eau bouillante puisque c'est le mode de cuisson habituel ; et puis, ils sont « plutôt secteur public » et pas tout seuls ; d'ailleurs ils passent beaucoup de temps à discuter pendant leurs heures salariées, c'est bien connu.

Deux autres facteurs viennent rendre cette redéfinition des tâches encore largement impraticable dans l'état actuel des choses :

- Les options actuelles de la formation médicale dans nos universités, j'y reviendrai dans un instant.
- L'absence de lieux pour « en parler » ; pas pour discuter, ... simplement pour en parler : il faut pouvoir déposer les paquets de souffrance des patients - sauf à surmédiquer rapidement ou les faire entrer, souvent définitivement, dans les circuits psychiatriques -, lever des tabous plus incrustés qu'on veut bien le reconnaître à propos de tout ce qui touche au mental. Il faut se donner le temps d'apprivoiser les peurs que

(1) *À l'instar de ce qui se passe à l'école d'ailleurs.*

(2) *Voyons à cet égard l'usage de la notion de territoire récemment réhabilitée ainsi que les infléchissements de certaines formations complémentaires, continuées, etc.*

(3) *« On veut faire des généralistes des assistants sociaux perfectionnés » entend-on s'indigner médiatiquement avec une pointe de mépris.*

(4) *Voyons à cet égard la réflexion en profondeur menée par la Fédération des associations de généralistes.*

(5) *Les avancées de la réflexion parmi les généralistes flamands s'orientent dans ce sens en (re)mettant au centre de leurs préoccupations la globalité, la prévention, l'interrogation sur le « sujet agissant » qu'est le patient.*



suscitent la différence et l'« ailleurs » ou l'« autrement ». Il faut s'habituer à parler avec d'autres professionnels pour lever les craintes liées avant tout à des méconnaissances plus qu'à des rejets ou la volonté de ne pas savoir. Et là on n'est pas au bout du chemin, loin s'en faut.

Des mondes clos

Communiquons, communiquons...

Communiquer, échanger, partager, pluridisciplinarité,... certes, mais il convient aussi de regarder lucidement les limites du mythe et le coût des rites et d'analyser à quelles déceptions relationnelles tout cela entend répondre (les temps de réunion en santé mentale, les modélisations de la communication en médecine générale, par exemple).

Quoiqu'il en soit, vu relativement de l'extérieur, j'ai été frappée à maintes reprises par l'étanchéité des cloisons entre les secteurs, je dirais à leur discours défendant. Avec parfois

même un fonctionnement auto-référentiel décalé par rapport aux intentions. D'ailleurs, plus on en parle, plus le problème semble complexe et la recherche de solutions désespérée. D'autant plus quand les décisions et les multiples initiatives à substrat réglementaire s'en mêlent. Ainsi, vous voulez une histoire belge ? Il n'est pas prévu de généralistes dans les plates-formes de concertation en santé mentale. Personne n'y avait songé (il n'est pas étonnant que cette journée soit perçue comme utopique par certains). Ca va changer dit-on et puis, ce n'est pas si important, c'est de toute façon actuellement de la concertation essentiellement institutionnelle,... alors, les gens là-dedans...

Pour tous - de tous horizons et de toutes disciplines confondues -, les anecdotes du quotidien sont légion sur l'air : « zavez pas vu mon patient ? ». « Mais qu'est-ce qu'ils lui ont mis ? ». « Touche pas à mon patient ! ». « Je ne veux pas l'envoyer chez le psy mon patient ; il est peut-être fou, mais moi pas ! ». « J'ai dû appeler dix fois pour avoir des nouvelles de mon patient hospitalisé ». « Il n'y a jamais moyen d'associer les généralistes à une prise en charge globale ». « Ils ne viennent jamais jusqu'à l'hôpital, ils n'ont pas le temps ou cela ne les intéresse pas ». « Nous, centre de santé mentale, nous invitons toujours les équipes hospitalières, l'inverse n'est jamais vrai »...⁶

L'enjeu de la formation

Dis, comment on apprend tout cela, la souffrance sociale ?

Il va en être beaucoup question au cours de cette journée. Ceux qui sont là pour en parler comprendront le langage que je vais tenir puisque s'ils sont là, c'est précisément dans la mesure où ces questions leur tiennent à cœur et qu'ils entendront, j'espère, que je mets de l'eau à leur moulin.

Développement et transformation du cursus en médecine générale, formations continuées, recyclages, usages et mésusages du système d'accréditation, toutes les universités et toutes les disciplines connaissent cette inflation quantitative. Quelles facultés pourraient être

(6) La Belgique n'a pas le monopole en la matière. Le récent et copieux rapport français sur la psychiatrie (Piel et Roelandt) consacre quatre malheureuses pages à la médecine générale.



mieux placées que les facultés de médecine pour savoir qu'il s'agit là d'un traitement symptomatique à durée indéterminée et à effets collatéraux considérables si on n'y met pas bon ordre.

Propos paradoxal me direz-vous à l'heure où un peu partout dans nos universités des méthodologies d'apprentissage nouvelles se mettent en place, s'expérimentent, que les refontes de programmes vont bon train, que des départements de médecine générale se sont développés dans chaque université, que certains ont même conquis un territoire non négligeable au sein de leur faculté et que les généralistes se font bien entendre pour le moment, malgré la grogne hospitalière. Mais chacun ici sait que cela n'est pas suffisant. Et que là n'est d'ailleurs pas le cœur du problème. C'est à une révision bien plus en profondeur de la - des - formation(s) médicale(s) qu'il convient de s'atteler.

Qu'il me soit permis ici de livrer deux réflexions sur cet univers étrange de la formation médicale qui garde son aura d'inaccessibilité pour le commun des profanes dont je fais partie.

● L'hospitalocentrisme est en excellente santé

Quand cessera-t-on de ne penser la formation médicale qu'à l'abri des murs hospitaliers, et à partir de la seule logique hospitalière ?

Les stages en médecine générale sont certes un grand pas mais vous savons bien que cela est totalement insuffisant, en quelque sorte un emplâtre sur une jambe de bois pour rester dans la métaphore médicale. Tout le système de santé d'ailleurs est pensé et construit pyramidalement à partir de l'hôpital : organisation des soins, acquisition des professionalismes différentiels, représentations de la maladie, de la souffrance, de l'« objet/sujet » patient. De la santé n'en parlons pas, puisqu'il n'en est pas question dans cet univers total.

Il est difficile de se dresser contre cette logique, son entrisme et l'extrême hiérarchisation des savoirs et des pratiques que cela permet de préserver contre vents et marées. Tellement difficile que le seul moyen est de donner le change en se moulant au modèle dominant : protocoler le non objectivable en échelles

comptables et autres mesures rassurantes ; il faut que cela ressemble le plus possible à la médecine « non générale », entendez la vraie médecine, celle qui repose sur les acquisitions liées à un pertinent découpage du réel, en terme de connaissances, mais sans lien obligé avec les manières de faire, (c'est-à-dire l'organisation des soins, la conception de la personne et de la relation avec le thérapeute ou le système de soins, etc.).

Non, justement. C'est autre chose de rencontrer quelqu'un chez lui, d'être seul à affronter les situations délicates, par exemple sans une infirmière qui ramassera les morceaux ou plus concrètement « tirera le rideau au bon moment », d'être amené à ne jamais oublier un instant le monde qui entoure le patient, la société dans laquelle ils sont embarqués tous les deux, d'acquérir et de développer cette difficile spécialité de la généralité car demandant souplesse d'adaptation, prise de risques sans filets, sans support relationnel ou institutionnel le plus souvent. Remarquons au passage qu'on finirait par penser que ces apprentissages ne sont pas nécessaires pour les spécialistes et ceux qui « resteront » à l'hôpital. Pourtant, que je sache, c'est naître que 100 % et mourir que 65 % des gens font à l'hôpital ; pour le reste, bien des moments, ils les passent *extra muros* ... et cela ne va pas aller en s'améliorant : le commun des mortels séjournera de moins en moins longtemps à l'hôpital.

De plus, une fois dehors, diplôme en poche, les généralistes sont bien dehors et priés d'y rester. Ils sont *a priori* supposés ne plus rien avoir à y faire. Ce dernier point, les psychiatres devraient l'entendre clairement dans le cadre qui nous occupe.

● De quels savoirs s'agit-il ?

La conquête d'une légitimité académique de la part des généralistes universitaires me donne l'impression d'un perpétuel maquis. Je dis cela avec admiration car la hiérarchie symbolique des savoirs et des statuts est telle que leurs apports sont toujours considérés au mieux comme secondaires, sinon négligeables.

En fait, pour le dire platement, aucune autre logique que celle de la production de

Souffrance du lien social, souci constant, souci croissant ?

connaissances biomédicales n'a droit de cité dans l'hôpital, ni en conséquence dans la formation des médecins. Y apprend-on le fonctionnement de la sécurité sociale, celui du système de santé ? Y est-on amené à réfléchir la pratique médicale face aux inégalités sociales, autrement que comme variable éclairante ou confondante en épidémiologie. Y apprend-on réellement à s'interroger sur son efficacité symbolique, sur les effets relationnels de ses idiosyncrasies ? Y apprend-on le non soupesable, le non réductible aux sciences biomédicales ? Y apprend-on qu'il peut entrer de l'intuition, voire de l'empathie dans l'acuité diagnostique et dans la force prescriptive ?... Bref, toutes ces qualités cliniques que l'on n'évoque que métaphoriquement (ou ironiquement) jusque dans la législation sous le vocable d'« art de guérir » comme s'il y avait là quelque mal honteux quoique nécessaire, un petit pied de nez à la science avec lequel il faut bien composer, que voulez-vous ma bonne dame... Comment être outillé dans ces conditions pour affronter les souffrances du lien social qui sont bien là et bien réelles.

C'est là à mes yeux la question fondamentale à laquelle s'atteler en profondeur : la médecine est la seule discipline à ne pas enseigner l'épistémologie⁷. On n'y apprend pas comment se construit ce savoir, dans quels contextes s'élaborent ces connaissances. La production de science va de soi, elle est en quelque sorte un donné. Le recours à la démarche expérimentale prend figure d'évidence. Sidérant à notre époque. Pas innocent. Et lourd de conséquences pour notre propos.

Il n'y a donc pas d'histoire (au sens d'une discipline critique) de la médecine, de l'évolution de la pensée médicale et encore moins de l'évolution des pratiques. Donc pas de conscience de la relativité des choses. Donc l'oubli du passé et de l'ailleurs... La conviction des bienfaits du savoir cumulatif demeure la seule profession de foi légitime. Il en découle qu'on accumule : voyez la place que le remplissage des cursus laisse aux « autres » registres du savoir. Les histoires de la médecine sont d'ailleurs le plus souvent hagiographiques, centrées sur des personnages vénérés, en même temps que les jeunes générations sont élevées

dans la culture « clystère, connais pas ». On fait comme si les pratiques médicales (la relation thérapeutique, la rationalité de l'organisation des soins, etc.) fonctionnaient sur le même modèle que la démarche expérimentale. Ou comme si elles n'étaient pas fondatrices aussi de la réalité quotidienne. C'est faux, mais ça marche,... au profit d'une certaine conception de la médecine, dans laquelle précisément, mental, souffrances non objectivables, inscription sociale, « légende personnelle » n'ont pas leur place, ou alors par l'entrée de service.

Or, c'est au contraire bien tout cela qui est au centre de la médecine générale, en plus des connaissances biomédicales à proprement parler, et qui en fait un métier complexe aux exigences multiples : culture générale de citoyen, connaissances du monde et des milieux, connaissance des ressources du système de santé extrahospitalier. Le généraliste doit apprendre par lui-même, ruser avec ses apprentissages, ou alors solidement regretter d'être généraliste.

Ne jetons cependant pas le bébé avec l'eau du bain. De même que le développement des hôpitaux a permis les considérables avancées des connaissances, les choses bougent dans le secteur de la première ligne ou à tout le moins des avancées sont possibles. Malheureusement dans des cénacles restreints et trop lentement en regard de l'évolution des changements politiques (ah ! La question de la permanence en Belgique !) et de l'évolution des conditions de vie concrètes pour une part croissante de la population. Nous n'avons à cet égard pas terminé de réaliser que c'en est fini de la période où il n'y avait que de « vrais bons pauvres » ; il existe maintenant des fragilités protéiformes, en croissance inquiétante, dans les milieux les plus divers et avec une accélération des processus de rupture. Et ce sont les généralistes qui demeurent les mieux placés en première ligne pour apporter les premières réponses à ces souffrances.

Des pistes de travail sont cependant bien là, pour nous indiquer que l'inventivité et la plasticité des esprits et des pratiques demeurent mobilisables, comme dans les exemples qui suivent :

(7) Avec la psychologie à ma connaissance en ce qui concerne l'Université libre de Bruxelles.



- dans le secteur de la santé mentale : l'importance que revêtent l'évaluation et la place des patients dans les démarches (les pratiques et les formations) ;
- le développement des notions de « circuits de soins », d'hospitalisation psychiatrique à domicile : il va falloir, fonctionnellement, coordonner les efforts et s'assurer de la participation active des généralistes dans cette entreprise ;
- la réflexion menée en Flandre sur la prépondérance possible des préoccupations de santé sur celles de maladie de la part des généralistes ;
- la large discussion des généralistes francophones sur la fonction du généraliste au XXI^{ème} siècle, incluant des concepts qui n'étaient pas même envisageables il y a dix ou vingt ans : fonction de communication, de synthèse, généraliste acteur central d'un réseau de soins, acteur de santé communautaire, etc. ;
- le changement du profil sociologique des généralistes dans les formations Balint : ils sont de plus en plus jeunes, même s'ils continuent à ne pas être nombreux. Ce dernier point est significatif en soi de l'esprit de la formation qui n'a pas intégré ce type d'apprentissage dans les cursus ;
- l'existence d'expériences et d'initiatives éparpillées, en général discrètes, et dont certaines seront abordées dans les ateliers, ...

dans leurs efforts de compréhension des logiques en vigueur dans d'autres segments professionnels, seront entendus par celles et ceux qui, participant à nos travaux, seront en situation d'en répercuter les implications au niveau des décisions politiques, même s'ils ne sont pas là - aucun d'entre eux ne l'est d'ailleurs - en représentation officielle.

Gageons qu'il y aura des enseignements à tirer de cette journée au-delà d'une meilleure reconnaissance des différences, ou pour le dire autrement, au-delà d'une diminution significative des méconnaissances délétères entre les secteurs de traitement des souffrances du lien social réunis. Sans quoi, pourquoi viendrions-nous ici nous enfermer ensemble toute une journée, nous colloquer de concert ? ●

Et si les vents étaient favorables ?

Rêvons un brin

Et pourtant, elle tourne.

Le moment est, qui sait, bien choisi pour secouer le cocotier. L'objectif de cette journée n'est pas de procéder à l'analyse des différents projets gouvernementaux en gestation et des déclarations d'intention que l'on peut voir comme un encouragement à l'imagination vigilante si non à une conjoncture politique favorable. Nous les aurons cependant bien sûr présents à l'esprit. Espérons entre autres que la mise à plat des heurs et malheurs des secteurs de la santé mentale et de la médecine générale

Thématiques transversales

**Madeleine
Moulin,**
sociologue,
professeur à
l'Université libre
de Bruxelles.

L'objectif des panels et des ateliers était de rendre dicibles et discutables, les attentes, les inquiétudes, les projets et les réalisations des généralistes et des intervenants en santé mentale. Ces questions renvoient toujours, d'une manière ou d'une autre à la prise en compte, plus ou moins centrale, du lien social, de son inscription contextuelle, de ses expressivités. Chaque intervenant fut donc invité à situer son propos dans la concrétude de son métier, de son expérience quotidienne, qu'il s'agisse d'activités cliniques ou d'enseignement. Ceci explique le caractère mosaïque des contributions, destinées avant tout à susciter les échanges.

Pour les panels, la présidente de séance (D^r Micheline Roelandt) a nonobstant incité, de main de maître, les intervenants à se situer par rapport à quelques questions centrales dont on retrouvera les traces dans certains textes plus que dans d'autres :

- Qu'est-ce qui fait que la souffrance mentale est si difficile à entendre ?
- Quels sont les « tactiques » et les moyens que l'on peut néanmoins développer pour tenter d'y répondre ?
- Qu'est-ce qui permet à chacun, avec ses spécificités et idiosyncrasies, de dépasser ces difficultés ?
- Au fond, qu'est-ce qu'on demande et qu'est-ce qu'on ne demande pas aux généralistes ?
- Qu'est-ce qui dans la formation et la formation continuée des généralistes en particulier répond à cet ensemble de préoccupations ?
- Que peut-on faire pour améliorer la situation, changer les structures, les pratiques et les manières de penser ?
- En filigrane, la question en suspens et omniprésente : la souffrance mentale, c'est quoi au juste ? Un deuil ? La psychose profonde ? La déprime même banale ou banalisée ? La pesanteur inéluctable de certaines conditions sociales ?...

interrogations. Ainsi, la question du temps soulève-t-elle inmanquablement celle de l'orientation donnée à la formation. Dans quelle mesure est-on formé à prendre le temps « avec » ou à se plier à la logique implacable du *do it now* ? La question des actes et gestes de la prescription constitue une métaphore à peine voilée de la question des territoires et inclut celle du temps par une autre entrée. La question des territoires constitue à elle seule un réceptacle de toutes les réactions les plus intenses, que ce soit par l'invocation des compétences et donc de la formation, par le rappel des conditions de travail et des difficultés des mises en commun qui martèlent la question du temps. Enfin, en surplomb, la question de la formation et en particulier à la médecine générale, vient scander les constats et nourrir les projets.

Au-delà de ces mises à plat des quotidiens professionnels, se dégagent des questions sociologiques ou à tout le moins des pistes d'analyse à portée plus générale. C'est ainsi que les textes qui suivent se présentent en deux volets. Le premier propose un abord distancié de chacune des quatre thématiques transversales. Le second présente dans le désordre des témoignages et expériences de praticiens des panels et des ateliers. ●

Journée
Souffrances du lien social
**Thématiques
transversales**

Les thèmes des quatre ateliers sont quant à eux comme quatre faces, ou quatre portes d'entrée complémentaires des mêmes



Les coordinations entre intervenants : la place du médecin généraliste et de sa patientèle

.....

Œuvrant dans les champs psychiatrique et de la santé mentale, le généraliste est confronté, qu'il le veuille ou non, à la problématique de la collaboration professionnelle.

Implicitement, cette observation sert de fil conducteur aux discussions de l'atelier « territoires ». Si l'on considère le territoire comme le « domaine qu'une personne s'approprie, où elle tente d'imposer ou de maintenir son autorité, ses prérogatives¹ », avec qui, quand, comment, pour quoi, pour qui le généraliste se coordonne-t-il ? Quelles limites de compréhension, de connaissances, d'intervention des différents acteurs professionnels du champ de la santé mentale ?

.....

Polysémie du concept de « territoire »

Reformulées, ces interrogations invitaient à objectiver les territoires de la santé mentale – tant ceux dans lesquels les professionnels « psycho-médico-sociaux » jouent un rôle de premier plan que ceux qui touchent directement les usagers – mais aussi à mettre en évidence les ressorts des coordinations, les modalités de travail entre intervenants ou institutions, les rationalités poussant les professionnels à sortir de leurs territoires, etc.

A la suite de l'exposition d'un cas pratique² exemplifiant l'articulation de territoires occupés par une pluralité d'acteurs professionnels, les

réactions des participants ont rapidement mis en exergue que le concept de « territoire » ne se laisserait pas réduire à une sémantique uniforme mais bien à l'aune d'un kaléidoscope d'idéologies professionnelles, de pratiques différenciées et de ressources symboliques inégalement distribuées dans le pilotage et la coordination socio-sanitaire.

Opter pour une approche déconstructiviste, à savoir un questionnement de la légitimité des entendements différenciés du concept, porte en soi le risque d'un potentiel désenchantement du territoire qu'on revendique. C'est parfois moins au nom du service dont peuvent jouir des bénéficiaires qu'au regard de la contingence économique que l'attachement à certains dispositifs institutionnels peut se comprendre. Les intentions les plus généreuses de prise en charge des souffrances des liens sociaux ne suppriment pas la réalité d'un environnement où règne une concurrence institutionnelle féroce. Environnement dans lequel les intervenants professionnels sont amenés à défendre leurs subsides et à définir singulièrement leur action par rapport à celles d'autres intervenants.

Le propos qui suit vise essentiellement à utiliser les divergences de points de vue liés à l'acception du concept de « territoire » pour en saisir les logiques. Cette façon d'opérer, heuristique, débouche sur quelques thématiques transversales.

Les territoires vus par les professionnels

Lié à des formations professionnelles, des compétences et des positions dans un champ – pensons par exemple à la direction des services de santé mentale toujours assumée par un représentant du corps médical alors que nombre d'activités

*Jean-Yves
Donnay,
sociologue,
Centre d'études
et de recherches
en administration
publique
(CERAP) de
l'Université libre
de Bruxelles.*

(1) Le petit
Larousse illustré,
2000, p. 1003.

(2) Voir texte de
Monique Boulad,
dans ce même
cahier.

Journée
Souffrances du lien social

**Thématiques
transversales**

Des territoires :
effectivité et symboles

Les coordinations entre intervenants : la place du médecin généraliste et de sa patientèle

thérapeutiques sont menées par des thérapeutes non-médecins – le concept de territoire se conjugue au gré des rapports de pouvoir entre les acteurs. A côté de ces processus de structure sociale, la constitution d'une équipe thérapeutique (ou d'un réseau de soins et d'encadrement, etc.) se doit d'articuler une pluralité de langages professionnels ; si cette gageure peut parfois mener à des processus d'incommunicabilité entre intervenants, elle a pour objectif une prise en charge holistique de l'usager.

En pratique, les professionnels voient sous des angles différents le même usager ; dès lors émergent des préoccupations sensiblement divergentes. Si les « psys » (psychiatres, psychologues, psychothérapeutes...) relèvent d'une culture qui tend à percevoir des subjectivités en mouvement – « De qui s'agit-il ? » – les généralistes restent formés à objectiver des entités pathologiques, le plus souvent organiques – « De quoi s'agit-il ? ». Il n'en reste pas moins que confrontés en permanence aux souffrances des liens sociaux, certains omnipraticiens se définissent avant tout comme des « intervenants psycho-médico-sociaux ». S'inscrivant dans le paradigme sanitaire tel que déclaré à Alma-Ata (OMS, 1978), ils revendiquent une pluralité de regards capables de surmonter les tensions constitutives entre le subjectivable et l'objectivable.

On appréciera l'influence de variables environnementales (milieu géographique contraignant, conditionnement par le dispositif de travail, etc.) sur la diversité des conceptions des territoires. Sans viser une typologie des territoires liée aux identités professionnelles des acteurs, on observe que pour le médecin conseil des mutuelles le territoire réfère à un lieu se situant « autour du patient » dans lequel évolue un groupe d'intervenants du champ de la santé mentale. Il s'agit donc d'un territoire déjà partagé. Dans une posture de « surplomb » par rapport à ses confrères, il se définit parfois comme « chaînon manquant » entre ses assurés sociaux et les différents acteurs professionnels. Enfin, veillant à garantir une rationalité communicative au cœur de l'espace « patient/généraliste », il lui arrive de resserrer les liens unissant cette dyade, de conseiller au patient de consulter un autre intervenant, voire de proposer au généraliste une orientation vers un confrère (exemple un psychiatre).

Confronté à un isolement géographique, le médecin de campagne, quant à lui, rencontre des difficultés dans la mise en œuvre d'une collaboration. Dans les régions mal desservies en dispositifs institutionnels (services de santé mentale, maisons médicales, psychiatres libéraux...), à qui réfère le généraliste lorsqu'il est confronté aux limites de sa pratique ? Lorsqu'il demeure il a réussi « à relayer », il déplore le manque de visibilité des stratégies circulatoires choisies ou subies par ses patients. Comment dès lors s'assurer d'un suivi médical efficace ? A entendre ce médecin de la campagne namuroise, il semblerait que la souffrance des liens sociaux n'épargne pas davantage les généralistes : « En tant que généraliste de pratique individuelle dans un cabinet privé, en campagne en plus, sans réseau particulier, je pense que c'est vraiment un isolement social dont on souffre nous-mêmes ! ». Si le généraliste travaille « en solo » ou s'il travaille en concertation (dans une équipe institutionnalisée, informelle...), sa conception du territoire en sera divergente.

Quant aux médecins fonctionnaires chargés de mettre en œuvre une politique de santé mentale, leur conception du territoire renvoie à une zone géographique composée d'une pluralité de dispositifs institutionnels relevant du champ de la santé mentale ou de champs connexes (services de santé mentale, centres de planning familial, services actifs en matière de toxicomanies...). A Bruxelles, cette vision réticulaire semble étayée par un projet législatif visant à créer une législation cadre dont dépendront plusieurs services ambulatoires de santé mentale ; on parle à cet égard d'un projet de « décret ambulatoire »³. Actuellement, les législations régionales favorisent des partenariats entre dispositifs institutionnels – c'est une façon de quitter son territoire – dans le but que ces coordinations servent *in fine* les intérêts singuliers des patients.

Quels territoires pour les sujets-patients ?

A l'échelon fédéral, la politique de santé mentale révèle de nouvelles formes de territorialisation de l'action publique qui anéantissent la prétention universelle des droits

(3) Voir Matot, J.-P., « Les services de santé mentale à l'épreuve des différences », in Cahiers de psychologie clinique, Bruxelles, De Boeck Université, 2001, n°17, pp. 39-61.



sociaux. Alors que l'État social visait à garantir à tous une égalité d'accès aux biens de santé mentale, la politique actuelle procède à un ciblage – on parle dorénavant de « groupes-cibles » – des catégories de patients à prendre en charge.

Au niveau microsociologique, la conception communautaire de la santé table sur la mobilisation des ressources relationnelles et subjectives des patients ; la santé mentale d'un individu, c'est avant tout l'idée qu'il s'en fait. Aux antipodes d'une conception assurant le primat au territoire biomédical de la santé (réseaux d'acteurs professionnels), cette approche globalisante considère le territoire sanitaire comme un « tissu social » (patient, famille, amis, réseaux de socialisation...) et entend restituer au sujet-patient la centralité de sa place au sein de ses divers réseaux sociaux d'appartenance. Ce territoire bio-psycho-social repose sur l'idée que la santé mentale d'un individu relève essentiellement de la totalité de ce qui constitue son environnement social, culturel, communautaire, d'appartenance ethnique, communal, etc.

Bien que les usagers soient dépourvus de compétences spécifiques reconnues, les intervenants tentent de respecter ce qui est perçu comme « leurs » territoires. Comment exercer son expertise et prodiguer une intervention médicale sans étouffer l'utilisateur, sa famille ? Sans envahir complètement son territoire ? Comment prendre en compte ses intérêts et attentes ? Si des devoirs d'ingérence apparaissent légitimes et parfois obligatoires, il en va de même en ce qui concerne des interdictions d'ingérence.

Dans le champ des sciences médicales, l'*ethos* de la post-modernité a enjoint le généraliste à nourrir une réflexion éthique censée lui permettre de prendre conscience de la réalité de son rapport à l'autre et de se percevoir dans l'interdépendance humaine. Pour éviter de porter préjudice aux sujets-patients qu'il observe ou avec lesquels il s'entretient, il se doit d'interroger les conséquences de ses actes, d'être conscient des effets parfois délétères de certaines de ses interventions, bref de tendre vers une posture réflexive incluant une éthique de la responsabilité. En le respectant avec « son contexte, ses convictions, ses qualités et ses

défauts qui, tous, doivent être pris tels quels, sans faire obstacle à la relation de soins⁴ », le généraliste considère le sujet-patient dans sa globalité et tente de comprendre ses systèmes de valeurs.

Lors d'une « mise à distance » de ses pratiques, il reconnaît qu'en consultation l'acte thérapeutique fondateur est l'écoute privilégiée du patient, individu singulier. Cette démarche lui évite de l'assujettir, lui reconnaît un stock de ressources de sens capable d'orienter la thérapeutique, la médication éventuelle, etc., lui interdit de revendiquer une seule et unique vérité. Selon un ancien généraliste devenu psychiatre et directeur d'hôpital psychiatrique : « Comme généraliste et comme psychiatre, je me suis aperçu qu'on revendiquait chacun ce qu'était la vérité. Mais c'est pas nous la vérité ! La vérité, c'est le sujet, c'est le patient ! ». A ses étudiants de quatrième doctorat, un professeur de médecine générale de poursuivre en répétant tel un credo : « Vous n'avez pas la maîtrise en santé ! ».

Il reste qu'une éviction systématique des réunions de professionnels auxquelles sa personne est indirectement associée risque à terme de vulnérabiliser la sécurité du patient liée à la clarté à l'égard des frontières de son territoire ; en atelier furent évoqués des scénarios interprofessionnels desquels le « salut » d'une personne ou d'une famille dépendait. De manière à faire droit à la subjectivité du patient, à prendre en considération la demande de soins qui fait sens pour lui, certains centres thérapeutiques ont par exemple organisé des réunions de travail entre professionnels, personnalisées, dans lesquelles les patients et leurs familles sont conviés. En optant pour des réunions mixtes, le personnel du centre se voit en même temps « tenu » vu qu'il se trouve en présence des patients mais également « délié » car la patientèle sait pertinemment que les thérapeutes leur accordent leur confiance. L'opportunité conférée aux patients de pouvoir parler en toute confiance revêt d'autant plus d'importance qu'elle s'opère dans un champ où les paroles des « malades » sont toujours suspectes d'être des symptômes. Dès lors comment leur accorder crédit ? Rappelons qu'en psychiatrie, et ce indépendamment des progrès liés à la neurobiologie, le corrélat objectif censé fonder la construction

(4) Hoerni, B., « En principes », in *Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain, s.l.d. de Galam, E., Paris, Autrement, coll. « Mutations », 1996, p. 182.*

Les coordinations entre intervenants : la place du médecin généraliste et de sa patientèle

hypothétique qu'est le diagnostic fait toujours défaut ; les diagnostics de « maladie mentale » restent dès lors basés sur les faits, gestes, actes et dires du sujet.

Le généraliste : acteur-clé dans le champ de la santé mentale

Avant de situer la place des généralistes dans le champ de la santé mentale, il paraît primordial de mettre en exergue les transformations des figures normatives de la subjectivité sur la nouvelle problématique régulatoire en santé mentale. La prolifération de la sémantique liée au « vécu » et l'extension de son usage – l'entrée par la souffrance psychique (nombre de patients consultent les généralistes en formulant une difficulté, un mal-être, voire une plainte non symptomatique) plutôt que par le trouble objectif de jugement ou de comportement – permettent un développement potentiellement infini du champ de la santé mentale. L'attention et le succès portés à la thématique de la souffrance des liens sociaux, au détriment du vocabulaire spécialisé (comme la névrose...), ainsi que son usage cognitif pour comprendre et définir des problèmes sociaux traduisent un passage progressif du traitement des troubles psychiques à la médicalisation de plus en plus aisée, sinon systématique, de la simple souffrance psychique existentielle.

Pour éviter les excès de responsabilisation et de culpabilisation des patients, une posture éthique permettra au généraliste de s'interroger sur les conditions sociales à l'œuvre dans les souffrances des liens sociaux. La personne à qui il prodigue des soins est le fruit d'un contexte macro-social dans lequel règnent des difficultés structurelles : « La crise actuelle de l'emploi peut (...) agir à la fois directement et indirectement sur l'équilibre psychologique des personnes concernées. Le chômage, la précarité sociale et encore plus l'exclusion (...) portent atteinte à l'identité propre de la personne. Les difficultés sociales (précarité, licenciement (...), glissement social...) peuvent être vécues comme des pertes induisant une blessure narcissique (...) aboutissant à des syndromes ou réactions anxio-dépressifs.⁵ »

Concomitamment aux transformations des schémas psychopathologiques – par exemple, la médicalisation de la désespérance liée à la crise sociale – et à l'inadéquation de l'offre thérapeutique face aux souffrances d'abord sociales, on assiste au renforcement croissant des spécialistes du « social » dans les équipes thérapeutiques. La conséquence en est la fragilisation de la position centrale des psychiatres au profit d'un rôle régulatoire nouveau échu à de nouveaux acteurs, parmi lesquels les professionnels du socio-psychologique et les généralistes. La mentalisation du social observée notamment par le biais des prescriptions massives d'antidépresseurs, anxiolytiques et autres neuroleptiques se paye donc, en retour, d'une socialisation du mental. Dans le fonctionnement des équipes thérapeutiques, cette dernière se donne à voir dans une transition « du traitement individuel d'un patient par un thérapeute à la prise en charge d'un patient par un groupe plus ou moins complet de personnes (...) qui, chacune dans sa position respective, position dont l'une peut prévaloir sur les autres, concourent à l'évolution la plus favorable possible du sujet⁶ ». Le défi consiste à construire des coopérations autour de problématiques déssectorialisées dans lesquelles les compétences de chaque professionnel doivent être respectées ; il consiste également à éviter que des incompréhensions entre intervenants, des confusions sémantiques, voire des décisions contradictoires enjointes au patient n'aient des effets iatrogènes.

Les généralistes occupent aussi un rôle majeur dans la prise en charge – fonctions de diagnostic et de traitement – des symptomatologies spécifiquement psychiatriques. Des études ont montré que la patientèle présentant des troubles anxieux ou dépressifs à manifestation psychique ou psychosomatique représentait une part croissante des motifs de consultations et une part importante du champ des soins de santé mentale. Il n'en reste pas moins que nombre de ces troubles sont sédimentés au départ de contextes précarisants. Ainsi en France, « les traumatismes occasionnés par la précarisation sont désormais l'essentiel des problèmes traités par les psychiatres du cadre : dépressions, anxiétés chroniques, toxicomanies, alcoolisme

(5) Papadakos, V., Crise sociale et psychiatrie, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Médecine et société », 1999, p. 32.

(6) Lanteri-Laura, G., « L'histoire contemporaine de la psychiatrie, dans ses rapports avec la société française », in Ehrenberg, A. & Lovell, A. M. (s.l.d.), La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société, Paris, Odile Jacob, 2001, p. 257.



et automédication au long cours⁷ ». Le déplacement insigne du marché du trouble mental vers le généraliste s'explique aussi avec l'émergence des antidépresseurs de troisième génération et des récentes versions des nosographies cliniques, simplifiées. La prise en charge par les omnipraticiens des troubles psychiatriques et de santé mentale est devenue possible « parce que les syndromes non psychotiques peuvent être diagnostiqués sans qu'une formation psychiatrique soit exigée : une classification psychopathologique simplifiée, ne nécessitant plus l'expertise psychiatrique (...) et des médicaments (...) qui diminuent les symptômes, sans entraîner trop d'effets secondaires, permettent ainsi une prise en charge ambulatoire⁸. »

Offrant aux généralistes la possibilité de traiter de manière similaire une pluralité de pathologies (psychoses, névroses, phobies, mélancolies, dépressions...) sans que l'on sache vraiment de quels traitements elles relèvent, la psychopharmacologie porte en elle les germes d'une sorte d'« impérialisme »⁹. Pour éviter que les causes psychiques exactes ne soient pas reconnues, il s'agirait dès lors de « former les généralistes à une prise en charge plus complète¹⁰ », comme l'affirme Christine Reynaert, chef du service de psychosomatique de Mont-Godinne (UCL). Ce point ne résout pas pour autant la question de la prescription de psychotropes dans un contexte de précarisation. Comment rencontrer et entendre l'expression de la souffrance ? Quel sens lui donner ? Si le sens appartient aussi et surtout au patient, certains généralistes se demandent comment concilier le respect du rythme de chaque sujet – le psychotrope comme « bouée de secours », a-t-on entendu en atelier, octroyant à son bénéficiaire l'opportunité de postposer l'affrontement de situations trop problématiques pour l'heure – et le scrupule inhérent au « décerveau » des consciences.

La spécificité du territoire du généraliste réside dans sa connaissance quotidienne du patient et de son entourage familial et social. Intervenant de première ligne, les généralistes jouissent de ressources thérapeutiques certaines et détiennent une position privilégiée dans le système de soins, indépendamment de

l'indigence de leur formation académique en psychiatrie et santé mentale. Ainsi, ils sont les premiers dépositaires des plaintes des patients : selon une étude européenne¹¹, plus de la moitié des patients consultent d'abord leur médecin généraliste pour des problèmes mentaux. A titre d'exemple, la co-thérapie illustre une de leurs collaborations avec les psychiatres : dans un système de double référence, certains assurent conjointement avec un thérapeute, qu'il soit médecin (psychiatre) ou non, un suivi médicamenteux. De manière plus globale, on notera qu'un des vingt et un objectifs de la « politique-cadre de la santé pour tous pour la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé pour le 21^{ème} siècle », Santé 21, leur est dévolu : « améliorer la santé mentale »¹².

Le généraliste et les politiques de coordination et de concertation

Il y a quelques mois, un protocole d'accord fut signé par les différents ministres de la santé de Belgique concernant la réforme des soins de première ligne. Les services intégrés de soins à domicile (SID) devraient permettre une amélioration des soins à domicile par le biais d'une collaboration entre les différents acteurs professionnels, dont les généralistes ; au sein des services intégrés de soins à domicile, ces derniers seront par ailleurs amenés à collaborer avec les maisons de repos, les hôpitaux et les structures de soins à domicile déjà existantes. Cet accord fait suite à la politique fédérale qui stipule que « les soins de première ligne doivent être stimulés (...) {et que} des prestations de qualité ne sont possibles que par une bonne collaboration entre les différents prestataires de soins des différentes professions de la santé¹³. » Présents tout au long de la note de politique relative aux soins de santé mentale¹⁴ de la ministre de la Santé publique, les généralistes constituent un enjeu majeur des politiques de santé publique. Ce document nous apprend qu'un des principes de base de l'actuelle réforme des soins de santé mentale concerne la prise en charge des soins de santé mentale, dans la mesure du possible, par les soins de première ligne (soins à domicile, soins ambulatoires...). A cet égard, le généraliste est invité à « jouer

(7) Ehrenberg, A., La fatigue d'être soi. Dépression et société, Paris, Odile Jacob, 1998, p. 198.

(8) Ehrenberg, A. & Lovell, A. M. (s.l.d.), La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société, Paris, Odile Jacob, 2001, p. 21.

(9) Voir Roudinesco, E., Pourquoi la psychanalyse ?, Paris, Fayard, 2001.

(10) Profil de la vie, Union nationale des mutualités libres, Bruxelles, 2001, n°62, p. 6.

(11) Étude dirigée en 1999 par Tylee, Gastpar, Lepine et Mendlewicz. Elle a porté sur 78.500 sujets dont 7.800 Belges.

(12) Voir Piquard, D., Le travail en réseau, notes de cours à l'adresse des candidats spécialistes en médecine générale, ULB, 2000-2001, pp. 2-3.

(suite sur page suivante)

Les coordinations entre intervenants : la place du médecin généraliste et de sa patientèle

un rôle de coordination dans la concertation entre les prestataires de soins qui sont directement au service du patient¹⁵. »

S'inspirant de la politique fédérale de réorganisation de la première ligne, la politique de santé mentale de la Région wallonne a pour ambition de replacer le généraliste au centre du système de soins et de l'utiliser en sa qualité de coordinateur, d'outil de concertation. Toujours en Région wallonne, on notera le prochain remboursement INAMI de prestations de concertation interdisciplinaire. Enfin, dans le cadre des appels à projets du ministre régional wallon en charge de la santé qui visaient à intégrer des généralistes de première ligne dans le champ de la santé mentale, certains centres thérapeutiques de jour ont créé des dispositifs – par exemple, l'assemblée générale du service – permettant la rencontre des membres du personnel, des patients mais aussi d'intervenants externes au centre : psychiatres, familles, généralistes... Le crédit accordé aux généralistes dans les nouveaux processus thérapeutiques reflète en réalité une reglobalisation du patient dans son environnement, pensons ainsi à la valorisation de son environnement socio-familial ; cette socialisation du travail thérapeutique considère les nouveaux dispositifs institutionnels (exemple soins à domicile, post-cure, initiatives d'habitations protégées individuelles...) comme des milieux de vie générateurs de ressources thérapeutiques.

On pointera également la volonté des différents pouvoirs de tutelle des services de santé mentale d'inviter les équipes thérapeutiques de ces dispositifs à solliciter la collaboration des généralistes (et les généralistes à se manifester auprès d'elles) pour une prise en charge intégrée des personnes. Par ailleurs, certains services de santé mentale collaborent avec des généralistes pour des bilans ou des diagnostics ; dans certains cas, la collaboration s'articule sur des projets spécifiques comme les toxicomanies. Concernant les partenariats avec des dispositifs hospitaliers, les collaborations demeurent généralement informelles et structurées autour de dossiers ponctuels de patients (exemple dans des hôpitaux de jour). Enfin, une collaboration

plus institutionnalisée nous est offerte sous forme d'expérience-pilote en région liégeoise où des généralistes travaillent en collaboration avec les initiatives d'habitations protégées de l'hôpital « Le Petit Bourgogne ». Toujours en région liégeoise, l'expérience du circuit de soins psychiatriques à domicile intégrés (SPADI) vise à réinsérer dans leur environnement social des patients rétifs aux dispositifs de resocialisation mis en place par les arrêtés royaux de 1990 (initiatives d'habitations protégées communautaires) ; au domicile des patients, une collaboration est mise sur pied avec leur réseau personnel dont le généraliste fait souvent partie. Enfin, on notera la place que la note de politique relative aux soins de santé mentale entend donner aux généralistes dans les plates-formes de concertation en santé mentale. Si lors de leur création en 1990, elles avaient superbement oublié d'intégrer les généralistes comme acteurs professionnels centraux du champ de la santé mentale – il faut se rappeler l'hospitalocentrisme de la réforme qui a accouché de ces dispositifs de concertation – actuellement, il paraît par exemple « essentiel d'établir un lien entre les initiatives de collaboration existantes en faveur de soins à domicile et les plates-formes de concertation¹⁶. »

On retiendra que l'étude des différentes coordinations entre intervenants ne peut faire l'économie de thématiques qui lui sont connexes. Ainsi, de manière indirecte ou plus frontalement, les questions du « temps », de la « prescription » et de la « formation » ont été évoquées. ●

(13) Note de politique générale santé publique, ministère fédéral de la Santé publique, de la Protection de la consommation et de l'environnement, Bruxelles, 2000.

(14) La psychè : le cadet de mes soucis ?, ministère fédéral de la Santé publique, de la Protection de la consommation et de l'environnement, Bruxelles, 2001, pp. 1-34.

(15) Ibid., p.17.

(16) Ibid., p. 14.



Temps des uns, temps des autres : le temps au pluriel

.....

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 non seulement à des contenus, mais également à des vécus fort divers selon les uns et les autres. De quoi parle-t-on quand on parle du 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 ?

.....

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 : la question 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 recommandable (10 minutes, 15, 1/2 heure, 1 h) ? - 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, et même sociale de leurs patients.

Un intervenant met ainsi en exergue une conception dynamique, dialectique même, et relationnelle du temps : « Le temps ne se refait pas, un patient qui guérit a été malade... Les gens apprennent, les gens ne sont jamais comme avant ».

*Sylvie
Carbonnelle,
anthropologue,
Centre de
diffusion de la
culture sanitaire,
Université libre
de Bruxelles.*

Journée
Souffrances du lien social

**Thématiques
transversales**

Des temps pluriels,
immanquablement
subjectifs

Les temps du généraliste

Globalement, il apparaît que généralistes et psychologues conçoivent le rapport au temps, ou du moins la manière de se rapporter à lui, de façon 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 de manière fondamentale 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, une approche qui ne soit pas limitée aux aspects somatiques, mais qui englobe les dimensions psychologique, sociale, culturelle. 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 afin d'élaborer un diagnostic et une 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 dans ses multiples aspects et organiser leur intervention dans le temps (l'immédiat, le court terme, le moyen et le long terme). Ils jonglent en réalité 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 susceptible d'être salutaire... Jusqu'où aller dans sa propre prise en charge ? A partir de quand passer la main ou tenter d'instaurer une collaboration ? De plus, face à la spécificité de la souffrance psychique, les généralistes, en tant qu'intervenants de première ligne, s'interrogent : sont-ils toujours les interlocuteurs adéquats ? Ne risquent-ils pas de médicaliser à outrance des problèmes qui ne relèvent pas de leur sphère de compétence ?

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 termes 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 'bons 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, les choses semblent plus simples si l'on peut dire. Intervenant de deuxième ligne, c'est rarement à eux que revient le rôle d'agir dans l'urgence, ni celui d'orienter les personnes. Par définition, les psychologues inscrivent leur travail dans la durée. Cela ne signifie pas que la question du temps n'entre pas dans leurs préoccupations, mais qu'elle prend une autre forme. Comme l'exprimait une intervenante, 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 à celle de bon rythme : ni 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 exigeant 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 une construction sociale. Si le temps - comme l'espace d'ailleurs - constitue une limite constante aux pratiques soignantes, il est intrinsèquement lié à l'organisation sociale de ces pratiques, et aux activités concrètes que ces pratiques requièrent. Il est déjà moins étonnant dès lors que généralistes et psychologues en parlent de différentes voix. ●

Il y a prescription

*Aldo Perissino,
médecin
interniste, hôpital
Molière-
Longchamps.*

.....

Que le patient le veuille ou non, il faut un moment où la consultation se termine. Un moment où cet épisode de la relation thérapeutique arrive à un terme. Ce moment s'incarne volontiers dans la prescription, dont il est difficile de se passer. En quelque sorte, par le jeu du langage, « il y a prescription ». C'est fini, on passe à autre chose. Le patient est nanti d'une ordonnance, qui va le conforter dans son statut de patient, en devenant porteur du pouvoir du médecin devant un autre acteur, qui sera l'exécutant de cette ordonnance. On retrouve les dimensions et les hésitations de cette manifestation du pouvoir médical dans les vignettes¹ qui nous sont rapportées à partir des échanges qui ont eu lieu dans l'atelier « prescription ».

.....

● **La prescription comme refuge**

Pour le patient :
« Pour le patient, la prescription c'est qu'on a trouvé... il souhaite une solution qui n'implique pas une remise en question trop profonde. Le médicament c'est comme un tuteur, pour que la plante croisse il lui faut de l'eau et du soleil ».

Pour le médecin :
C'est un faux débat, les médicaments ne peuvent être dévalorisés. « Les antidépres-

seurs c'est une avancée considérable. Pour certains patients il s'est agi d'une 'nouvelle naissance' ». Insistance sur les difficultés à faire accepter par le patient des médicaments qui peuvent le stabiliser. Le généraliste est une personne de confiance qui pourrait jouer un rôle dans cette acceptation.

● **La prescription comme limite**

« Important pour les généralistes de connaître ses limites. Surtout quand les frontières ne sont pas précises. Quand on ne sait pas, on s'abstient ».

● **La prescription comme effet symbolique et culturel**

Le médicament est un objet thérapeutique occidental.
« Dans une étude citée par Philippe Pignare, les neuroleptiques sont remplacés par des *sugar pills* et les patients le savent. La moitié va mieux et certains disent « on a mis autre chose que du sucre » (...) ».
« Avec les patients maghrébins les anti-dépresseurs ça ne marche pas... L'effet est tout à fait inattendu... J'ai vu une femme marocaine qui était par terre avec un demi-comprimé ».

● **La prescription comme rapport individualisé**

Il n'y a pas de relation univoque entre un diagnostic et une médication. « L'étiquette diagnostique, c'est cliniquement une erreur grossière (...) un schizophrène n'est pas un autre schizophrène (...) la seule chose c'est de ne pas mélanger les anxieux et ceux dont l'état est très dégradé ». Encore : « L'avantage de la prescription magistrale c'est que le médicament lui apparaît adapté à lui... ça joue dans la relation ».

● **La prescription comme point d'ancrage**

« La prescription c'est pas une question opératoire, ça dépend de comment on parle du médicament à celui à qui on le prescrit (...) ça crée un jeu à partir duquel le patient est un peu plus sujet (...). On peut développer tout un discours autour du médicament, c'est passionnant ». « Le médicament comme objet transactionnel ».

(1) Le texte a pu s'appuyer sur les notes de Guy Lebeer.

Journée
Souffrance du lien social

Thématiques transversales
De la prescription et de ses métaphores



● La prescription comme normalisation

Pour certains : le médicament c'est pour resocialiser. Y a-t-il (encore) une place pour le fou dans notre société ?

Pour d'autres : refus d'être réduit à ce rôle normalisateur : « on a quand même un savoir sur la maladie mentale. Il s'agit de cas complexes. C'est autre chose que des comportements seulement difficiles... Alors bon, des comportements difficiles il faut vivre avec ».

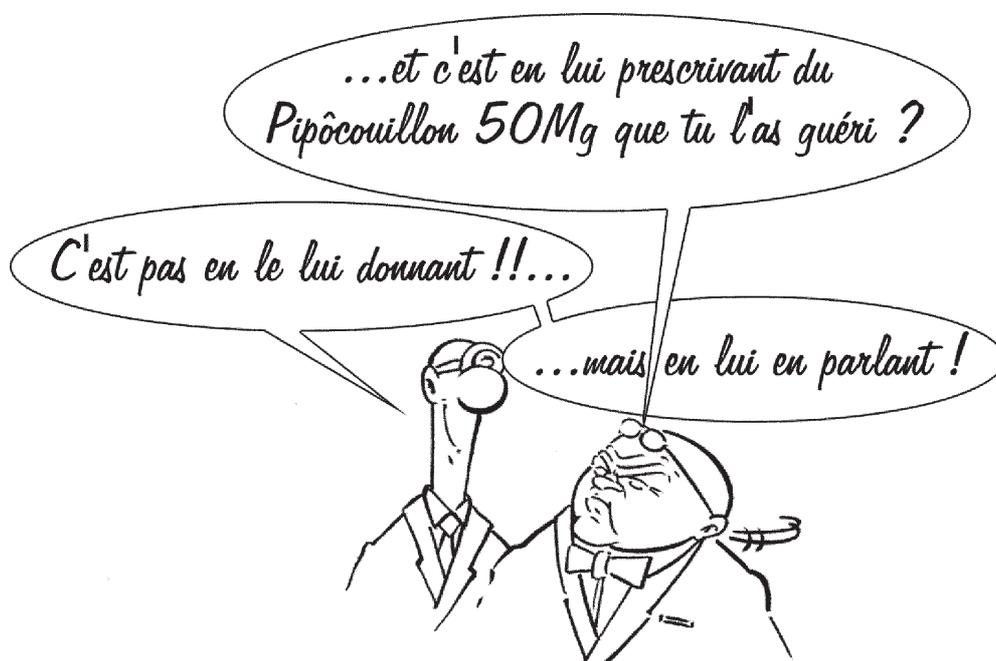
● La prescription comme médicalisation de problèmes sociaux

« 70 à 80% des patients psychiatriques ont des problèmes sociaux. Je les réfère à un conseiller juridique ».

« Oui c'est vrai, des fois plutôt que de prescrire des médicaments, je prescris du syndicat, car le problème c'est parfois d'abord un problème de travail ».

prendre le médicament qui le stabilise, et qui l'empêche de se sentir « trop bien », en contrôlant ses épisodes maniaques. A l'autre extrémité, il y a le refus, ou du moins la résistance du praticien à satisfaire l'assuétude du patient pour une substance, licite ou non, dont il voudrait bien pouvoir continuer à faire usage, et pour qui la consultation n'est qu'un passage obligé vers la poursuite de cet usage (ou de cet « abus »). Le contexte, le contrôle social, jouent à plein dans la licéité de cette prescription, particulièrement pour le généraliste, pour qui la marge de manœuvre entre l'orthodoxie et la demande est spécialement étroite, en dépit de la relation privilégiée, « holistique », qu'il entretient avec son patient.

De plus, entre les deux extrêmes de la relation au médicament présentés de manière (délibérément) caricaturale, gît tout un éventail de situations pour lesquelles la relation entre traitement médicamenteux et guérison n'est pas



Quelle que soit la pertinence de ces considérations, il convient, à leur propos ou en leur marge, de remettre en exergue les aléas de la prescription de psychotropes. Elle est en effet tendue entre le refus et l'acceptation, tant du patient que du praticien. A une extrémité du spectre de ce refus se trouve, peut-être, le cyclothymique qui voudrait bien arrêter de

précisément linéaire. Difficulté que viennent renforcer un certain flou de la nosographie et des différences d'écoles sur la nature ou les mécanismes d'apparition des troubles. Entre psychogenèse et neurobiologie, il n'y a pas que des choix objectifs. Nous l'avons entendu, il n'est pas sûr que le DSM IV soit à même de dissiper ces brumes².

(2) DSM :
manuel
statistique et
diagnostique des
troubles mentaux.
Voir le texte de
Francis Martens.

(3) Norbert Ben Saïd, *La consultation, Mercure de France, Paris, 1974, pp. 110-111.*

Norbert Bensaïd³ écrivait en 1974 :

« Les médecins praticiens n'ont évidemment pas à prendre en charge les grands malades mentaux, mais si la fantaisie les prenait de faire une autre grève du zèle, qui consisterait à envoyer aux spécialistes du psychisme tous leurs patients « fatigués », « déprimés », « nerveux », « anxieux », « dystoniques », etc., et si ces spécialistes décidaient de soigner ces patients sur le mode prolongé et soutenu qui est le leur, il faudrait probablement multiplier le nombre de ces spécialistes. On a, en outre, toutes les raisons de penser que les armes dont disposent les psychiatres et la manière dont ils en usent seraient totalement inadaptées au traitement de la plupart de ces patients, qui sont beaucoup plus à l'aise en face de « leur » médecin. Grâce aux moyens dont celui-ci dispose : un lien déjà existant, un capital de confiance patiemment accumulé, la connaissance de l'histoire et du milieu du malade, et grâce surtout à un langage commun, le médecin praticien a toutes les chances de mieux entendre et de mieux se faire entendre.

La distribution des malades – non psychiatriques – entre médecins et spécialistes du psychisme supposerait en outre que certains malades se donnent ou s'acceptent d'emblée comme des malades psychiques ou que les médecins puissent d'emblée les étiqueter comme tels. Or, quand ces malades viennent consulter, ils le font, le plus souvent, pour des troubles dits « fonctionnels », dont il est bien difficile de dire au départ quel sera le destin, s'ils resteront somatiques ou s'ils devront être pris en charge sur un autre mode (...). C'est le destin de la relation qui fera que le malade sera tantôt susceptible d'aller chercher ailleurs une vraie psychothérapie, tantôt condamné à n'être jamais soigné que sur un plan strictement organique, tantôt pris en charge à ces deux niveaux à la fois.

Mais tandis que s'élabore ce choix, tandis que se décide ce clivage, il risque de s'établir, entre le malade et le médecin, une relation affective trop intense (...). Quand l'envoi au psychiatre devient nécessaire, il est aussi, souvent, devenu difficile.

De toute façon, le recours à la psychiatrie ne résout pas le problème de savoir qui est malade,

mais seulement celui de savoir, à la rigueur, qui soignera le malade. A moins que l'on ne décide que les malades qui ne relèvent ni de l'organicité pure, ni de la psychiatrie lourde, ne relèvent de personne ».

Un bon quart de siècle plus tard, le diagnostic a évolué et les ressources thérapeutiques se sont considérablement renforcées, mais l'enjeu reste le même : ne pas abandonner la personne en souffrance entre la *psychè* et le *soma*, ni l'enfermer dans une de ces catégories, mais lui ouvrir une relation dans laquelle exister entière et se dire comme telle. La prescription, même si elle vient clore un épisode de cette relation, n'en est que la conséquence, mais en rien le résumé ni la finalité. ●



L'enjeu de la formation

.....

Un dialogue entre généralistes et professionnels de la santé mentale se noue, se renoue. La liaison est ancienne. La psychiatrie n'est-elle pas issue du creux de la médecine ? Le contexte actuel réactive la question de leurs relations malaisées. En effet, l'heure est aux projets de circuit de soins, de psychiatrie à domicile, d'où la nécessité de s'assurer la collaboration des généralistes. En outre, la pression est forte, qui tend à faire des généralistes des réceptacles disponibles et polyvalents de la souffrance psychique. C'est dans ce contexte que naissent d'éventuelles collaborations et qu'apparaissent rivalités et incompatibilités. Les questions de la formation des généralistes sont empreintes de cette réalité.

.....

Deux questions sont le plus souvent avancées. D'une part les lacunes de la formation qui portent sur les « savoir être » et « savoir communiquer ». Nous pouvons lire dans cette attente un désir d'accueillir la souffrance psychique et de collaborer à la prise en charge de la santé mentale de la population. Cette collaboration est appréciable, notamment d'un point de vue préventif. Néanmoins, le lien avec le public de la psychiatrie demeure ténu.

Ensuite, comme une petite voix s'élève pour dire timidement « il y a aussi... », une autre attente, plus floue, qui concerne les apprentissages relatifs au travail en partenariat. Il s'agit d'un point délicat, terrain idéal de controverses car chargé d'enjeux, titillant la position des « candidats-partenaires ». Comment construire un partenariat lorsqu'il s'applique à un domaine dans lequel certains sont spécialistes et d'autres pas ? Ajoutons à cela qu'il s'agit d'univers difficiles à circonscrire. Quelles sont les lisières de l'un et de l'autre ? L'intersection est inévitable et les contours de celle-ci incertains. Où mettre les limites ? Difficile partage du *soma* et de la *psyché*. Comment morceler les

êtres bio-psycho-sociaux ? Mais surtout comment les empêcher de résister à ce morcellement en s'insinuant dans les interstices ?

Sans pour autant les ériger en frères ennemis, nous pouvons avancer qu'un conflit d'intérêt est latent et ce d'autant plus qu'il s'agit de deux groupes particulièrement sensibles du point de vue de leur légitimité. Les généralistes sont fragilisés par la culture ambiante de spécialisation de la médecine et les psychiatres se souviennent d'un vieux combat, celui de la légitimation de leur spécialisation, perceptible dans les efforts de conceptualisation médicale de la folie. La formation comme moyen de partenariat court le risque d'être traversée par ces diverses tensions. Mettre à découvert les peurs et les enjeux sous-jacents est un préalable à l'instauration d'une complémentarité placée sous le signe du dialogue plutôt que sous celui de la confrontation.

Sans préjuger de ce qui est fait ou en projet dans le secteur de la santé mentale à cet égard, il est intéressant de pointer les avancées dans ce sens dans la formation universitaire du généraliste. Ainsi, la plupart des universités ont récemment misé sur la création ou le développement d'un département de médecine générale (voir les articles de Pierre Firket, Louis Ferrant et Paul Cnockaert). Si ces cursus témoignent d'un souci de valoriser les dimensions spécifiques de la médecine générale, des différences de sensibilité sont néanmoins perceptibles, en particulier en ce qui concerne des enjeux actuels comme la communication, la globalité, la subjectivité, la place des savoirs cognitifs et discursifs, etc. L'« atmosphère » et la prégnance des valeurs dominantes du contexte d'apprentissage sont déterminantes, au point que comparaisons et surtout mises en commun des points forts seraient à encourager. A défaut, il est possible de mettre l'accent sur les réminiscences de la formation et leurs traces actuelles dans l'identité professionnelle (voir les textes de Jean-Georges Romain et de Richard Hallez).

Enfin, le lieu est bien choisi pour rappeler l'importance du mouvement Balint dans la formation des généralistes aux dimensions psycho-relationnelles (voir le texte de Michel Delbrouck). ●

Marianne Gielen, licenciée en travail social, Université libre de Bruxelles.

Journée
Souffrances du lien social

Thématiques transversales
Des formations et de leurs enjeux

Un exemple de formation du généraliste aux aspects psycho-relacionnels

Paul Cnockaert,
chargé de cours,
Centre
universitaire de
médecine
générale à
l'Université libre
de Bruxelles.

L'objectif de la formation du médecin généraliste est de lui donner des capacités suffisantes pour appréhender les problèmes somatiques tout en l'aidant à développer des capacités d'écoute, de connaissance « psy », d'approche des réalités relationnelles, d'ouverture sociale. Quelle est la situation actuelle ?

	Enseignements	Modalités
1 ^{er} , 2 ^{ème} , 3 ^{ème} doctorats	<ul style="list-style-type: none"> • <u>cours</u> - de psychiatrie - de médecine générale (15h pour tous dont 2h consacrées à la relation médecin-malade) • <u>stages</u> : - hospitaliers - de médecine générale (une semaine plein-temps, chez un généraliste) 	<ul style="list-style-type: none"> - ex-cathedra - séminaires - ex-cathedra - stages de sensibilisation + 3h de séminaire en petit groupe.
4 ^{ème} doctorat filiale G (médecine générale)	<ul style="list-style-type: none"> • ~ 300h dont 48h d'orientation psychologique • 6 x 3h d'ateliers Balint • 6 mois de stages chez un généraliste 	<ul style="list-style-type: none"> - ex-cathedra - séminaires de cas, centrés sur la relation, non directifs. - stages d'accompagnement
DES (spécialisation en médecine générale)	<ul style="list-style-type: none"> • 51h de séminaires par an pendant 2 ans • cours dont certains d'orientation psychologique 	<ul style="list-style-type: none"> - cas de la pratique, semi-directifs - ex-cathedra et ateliers
Formation médicale continue	<ul style="list-style-type: none"> • symposium – séminaires dont certains orientés psy • en petits groupes • Glems (Groupes locaux d'évaluation de la pratique par des pairs) • groupes Balint • formations orientées « relationnel » : RAT, toxico, alcool, soins palliatifs, ... 	<ul style="list-style-type: none"> - ex-cathedra + questions - réponses - techniques d'auto-évaluation - séminaires de cas, centrés sur la relation, non-directifs - en petits groupes, de cas, avec aspects théoriques possibles

Journée
Souffrances du lien social

Thématiques transversales

Des formations et de
leurs enjeux



Environ 40 % des étudiants de la filière médecine générale suivent les ateliers Balint, où l'on discute de cas de manière non directive, et orientée sur les aspects de la relation médecin-malade. En guise d'illustration, voici une statistique des aspects relationnels discutés en atelier Balint, à partir de 33 cas apportés par les participants.

<u>L'étudiant(ét.), le médecin généraliste (MG) par rapport aux intervenants médicaux :</u>	.....	13x
- Place par rapport aux services hospitaliers, au médecin traitant (MT), au psy, aux médecins spécialistes (M Sp)	5x	
- Vécus (désaccords, agressivité) par rapport aux post gradués, à la garde, aux M Sp, aux maîtres de stages, au pouvoir médical	8x	
<u>Malaise par rapport au patient qui dérange :</u>	.....	18x
• avec plus ou moins d'agressivité :		
- violent ou agressif	3x	
- qui interfère avec le diagnostic	3x	
- qui manipule	1x	
• avec sentiment d'impuissance		
- malade qui impose sa volonté	1x	
- malade qui dit peu	3x	
- drogué	1x	
- divers	3x	
• lors de l'examen clinique		
- d'un médecin, d'un patient cancéreux	3x	
<u>Malaise par rapport à la confrontation à plusieurs intervenants familiaux :</u>	.....	3x
<u>Position défensive par rapport à la loi de non-assistance à personne en danger :</u>	.....	5x
<u>Malaise pour dire ou prendre en compte:</u>	.....	4x
- le pronostic	2x	
- le non-dit qui gêne	1x	
- le langage non verbal	1x	
<u>Vécus qui interfèrent, qui gênent :</u>	.....	7x
- culpabilité(retard du diagnostic)	1x	
- la relation trop investie (> retrait de la relation)	2x	
- le trop d'affects qui bloque	1x	
- angoisse par rapport à la mort	1x	
- violence intérieure qui gêne	2x	
<u>Gérer le doute :</u>	.....	1x
<u>Agir ou pas :</u>	.....	2x

Aspects relationnels discutés en atelier Balint (3 x 11 cas). Plusieurs items possibles par cas.

Du chemin depuis 1968

Richard Hallez, médecin généraliste à la maison médicale Marconi, Centre universitaire de médecine générale à l'Université libre de Bruxelles.

.....

La faible proportion de formation psycho-psychiatrique ne date pas d'hier. A la fin des années soixante (« le post '68 »), le cursus comporte 100 h de ce type sur 5.000. Et il n'y a pas de formation spécifique à la médecine générale. Or, c'est l'époque du succès de l'antipsychiatrie...

.....

On est peu après 68, c'est l'antipsychiatrie, on ferme les vieux asiles, les centres de santé mentale commencent à s'ouvrir, on essaie de s'occuper du malade mental « dans la cité », et donc, on demande aux médecins généralistes d'essayer de le prendre en charge.

On avait une position extrêmement critique et défensive par rapport à la médicalisation, à l'usage des médicaments et des neuro-

leptiques. Je me rappelle une campagne, à laquelle on avait participé, qui avait comme thème que le médicament ne devait rien résoudre, qu'il y avait d'autres choses à faire. Cela a débouché pour moi sur le choix de travailler dans une équipe multidisciplinaire où, au niveau de la première ligne, il y avait des généralistes mais aussi des psychologues, des psychanalystes, des travailleurs sociaux,...

Ça nous permettait d'avoir une formation permanente, d'avoir une vraie prise en charge globale des patients avec toute cette souffrance et, en milieu urbain où je travaille, un énorme isolement des gens. Travailler en équipe, ça permettait un soutien, une possibilité d'intervision entre les différents intervenants et tous ceux qui ont pu faire cette démarche en ont largement bénéficié.

Alors, il s'agissait, puisqu'on n'était pas bien formé, d'apprendre. Mais finalement, qu'est-ce qu'on avait à apprendre ? Je me rappelle une phrase du professeur Sourit qui disait à l'époque : « Essayez d'agrandir votre oreille » et effectivement il fallait apprendre à ouvrir les yeux et les oreilles, à écouter mieux et plus, apprendre aussi à se taire, à effacer son savoir de façon à faire apparaître la vérité du patient, ce qu'il a vraiment à nous dire, ce qui est le fond de sa souffrance.

Cela amène souvent aussi le généraliste à envisager son évolution personnelle, à faire des démarches pour lui-même de façon à ne pas être mis en danger. Cela demande une disponibilité de temps mais aussi une disponibilité mentale.

Alors tout cela, on essaye de le répercuter dans les formations et, si très peu est fait au niveau de la formation générale, par contre, au niveau du centre universitaire de médecine générale, en formation spécifique des généralistes de 4^{ème} doctorat, le nombre d'heures en relation avec les problèmes de santé mentale est très important. Il y a un espoir que des ouvertures se fassent dans les années qui viennent. ●

Journée
Souffrances du lien social
Thématiques transversales
Des formations et de leurs enjeux



Pour une approche
généraliste

Inventaire à la Prévert

Le parcours d'un diplômé en 1978 à l'université de Liège :

7 ans d'études de base,
5.000 h de formation,
100 h de psychologie et psychiatrie,
0 h de sociologie,
30 minutes sur l'alcoolisme,
0 minutes sur les drogues, la dépendance et les autres
assuétudes¹, ...
et au passage 0 h sur la grippe.

Zéro h de formation à la communication,
0 h à la rencontre d'un humain en consultation²,
0 h d'intervision ou de formation transdisciplinaire,
0 h de formation anthropologique ou éthologique,
0 h de formation culturelle interethnique ou ethnologique,
0 h de formation sur les problèmes de santé mentale (ou de
santé tout court) touchant les émigrants ou les immigrants,
rien pour apprendre à communiquer avec un « kiné »,
avec une infirmière, avec un psychologue ou avec une
assistante sociale...

Université pas vraiment universelle !

Quid d'un savoir sur le savoir (une épistémologie des sciences et des sciences humaines), une pédagogie des savoirs (apprendre à apprendre), un savoir-devenir (philosophique voire spirituel)...

Quid de la dynamique des groupes, de la dimension politique (au sens noble) du groupe, du conseil conjugal, de la sexologie ou de la systémique familiale ?³

Jean-Georges Romain, médecin généraliste, responsable du programme ALTO de la Société scientifique de médecine générale.

(1) Cela va mieux : en 1999, 60 minutes sur l'alcoolisme, 30 pour les autres dépendances.

(2) Cela change aujourd'hui à l'université de Liège (voir texte suivant).

(3) Notons que les ateliers de la Société générale de médecine générale sont très efficaces en matière de savoir-faire et la société Balint offre des formations au savoir être (voir texte de Michel Delbrouck) en dehors de l'université.

Journée
Souffrances du lien social

**Thématiques
transversales**
Des formations et de
leurs enjeux

Enseigner pour mieux entendre, écouter et répondre à la souffrance mentale

Pierre Firket, médecin généraliste, vice-président de l'Association des généralistes enseignants de l'Université libre de Bruxelles.

.....
Sans le savoir, sans en avoir pris conscience le plus souvent, le médecin généraliste se trouve, frais émoulu, à la sortie du cursus facultaire, pris dans le maillage social, investi de missions hors champ médical pour lesquelles le modèle médical enseigné ne l'a pas préparé. D'ailleurs, s'il avait su...
.....

Candide

Cela a toujours été considéré comme allant de soi, comme la prose... C'est *a posteriori* que le médecin généraliste se découvre, en cheville, dans le champ social, qu'il doit s'y confronter, s'y habituer, en immersion forcée, pour faire l'expérience sur le tas de la complexité sociale, pour apprendre, par la méthode essai-erreur, la gestion des demandes intriquées, la découverte des histoires et des parcours labyrinthiques des patients mais surtout pour mesurer l'impact du contexte social, culturel, familial et économique du patient dans la genèse et le décours de la maladie.

Il est, qu'il le veuille ou non, dans l'obligation de participer au lien social en tant qu'acteur s'il veut simplement comprendre l'autre, dans sa plainte et sa souffrance, lui donner une réponse globale qui prend en compte la réalité complexe de sa vie. Il ne peut pas en faire l'économie.



Journée
Souffrances du lien social
Thématiques transversales
Des formations et de leurs enjeux



Encore aurait-il fallu que le modèle médical enseigné et appris fût adapté à cette réalité, que le médecin eût la possibilité d'appréhender à sa juste mesure les tenants et les aboutissants de la relation médecin-malade, en s'ancrant de plain-pied dans le cadre de vie de son patient.

En effet, faut-il l'écrire, l'enseignement de l'art de guérir n'a pas donné aux médecins des rues et des campagnes les clés de transposition d'un modèle scientifique, causaliste et linéaire, inspiré d'une pratique hospitalière, rapidement inadapté aux besoins et aux demandes du patient.

Ce défaut pédagogique est structurel et culturel. La fonction du médecin généraliste n'avait jamais été pensée. Il suffisait croyait-on de transposer la culture médicale hospitalière dans la rue... « Ce sont les mêmes malades après tout ». Disons, plutôt, les mêmes maladies, les mêmes objets d'investigations, désaffectés le plus souvent. Ne parlons pas de la participation du médecin au tissage social, elle n'était même pas conceptualisée, encore moins imaginée.

Les choses changent

Si la fonction du médecin généraliste dans la société est bien définie et reconnue, les moyens mis en œuvre pour « apprendre » la médecine générale, en amont et en aval du diplôme, se développent, s'inventent, pour répondre aux exigences complexes de la pratique médicale extrahospitalière.

La question de la transmission d'un savoir-faire ne pose pas trop de problèmes. Par contre, celle d'un savoir-être en pose : se transmet-il, s'apprend-t-il ? Y a-t-il des modes d'emploi, des *guidelines* sauce EBM* en matière d'apprentissage cognitif, émotionnel et relationnel ? Certainement pas. Alors, comment faire ? Comment être « un pair » pour le nouveau promu sans recourir aux enseignements normatifs et généralisés ?

Si « enseigner », c'est « apprendre à apprendre », on peut imaginer un modèle

d'enseignement qui, dans le cas du savoir-être, aurait pour objectif de donner à l'apprenant l'envie de s'investir dans la relation médecin-patient, d'aller à la rencontre de l'autre, de prendre le risque de la parole dans le colloque singulier avec le patient pour entendre sa demande, sa différence, son désir, lui permettre de se confronter à l'intersubjectivité au risque de se perdre, d'apprendre à « subjectiver » la relation médicale, en imaginant derrière l'objet de la plainte, le sujet malade. *In fine*, enseigner serait d'apprendre « à apprendre » à être acteur du lien social.

Comprenons-nous bien. Il s'agit de laisser la place à l'autre, l'apprenant, avec ses acquis, ses repères, ses croyances, ses valeurs personnelles, et, individuellement, tels les compagnons-bâtisseurs, l'accompagner, en toute autonomie, dans la construction de ses paradigmes moraux, ses balises professionnelles, ses références de « bonne pratique », son bien-être... sans contraintes normatives, « hygiéniques », standardisées.

Trois expériences

Passer d'un savoir objectif à « un apprentissage de la subjectivité dans la relation » pourrait constituer un défi pédagogique que nous avons décidé de relever avec les médecins en formation de deuxième et troisième cycle, en mettant en place trois expériences stratégiques cognitives, que je décrirai brièvement.

Dans le cadre du LAHREM (Laboratoire d'apprentissages des habilités relationnelles en médecine), un maître de stage, en tant que tuteur, accompagne un jeune médecin, dans le processus d'une consultation médicale, réelle ou simulée. A cette occasion, la consultation est filmée. Un protocole pédagogique est clairement explicité à l'étudiant avec les objectifs fixés, la technique autoscopique utilisée avec ses avantages et ses limites, des règles éthiques strictes précisées, entre autre en matière de confidentialité. Le patient est informé de la procédure et du cadre d'enseignement.

*EBM =
*Evidence Based
Medicine, ou
pratique
médicale fondée
sur des preuves
scientifiques.*

Enseigner pour mieux entendre, écouter et répondre à la souffrance mentale

Le jeune médecin, confronté la première fois peut-être à son image, à la possibilité, en parfaite confiance avec le tuteur, de vivre émotionnellement la consultation, d'analyser les mécanismes de communication (les langages utilisés, les attitudes, les émotions, etc.) et, en résonance avec ses valeurs et ses conceptions, sa manière d'être dans la relation à l'autre. Il est impératif, dans ce modèle pédagogique cognitif, de veiller à ne pas donner un enseignement d'un savoir qui serait transmissible, clé sur porte, un « prêt à porter » de la relation. Il faut laisser la place à la création, à l'imagination, à la spontanéité, au respect de l'autre, l'apprenant, en sachant qu'il n'existe pas une façon de faire ni d'être... La réussite de ce type d'enseignement individualisé repose, en effet, sur cette espace de liberté, hors contrainte dictée, pour permettre à l'étudiant de se connaître, de se sentir, d'être à l'écoute de son désir de thérapeute. C'est à ce moment-là seulement qu'il pourra entendre l'autre et aller à sa rencontre, sans *a priori*.

Dans le cadre du CITES Prévert (Centre d'information des thérapeutiques et d'études sur le stress), une consultation de prévention en santé mentale permet d'évaluer pluridisciplinairement la capacité d'adaptation cognitive d'un individu à répondre aux sollicitations de son environnement social, culturel et professionnel. Comme il s'agit de prévention primaire, les personnes qui consultent ne sont normalement pas malades. Elles éprouvent, tout au plus, quelques manifestations physiologiques et cognitives fugaces, prémisses éventuelles d'un dysfonctionnement si la réponse adaptative demande un investissement trop important.

Lors de ce type de consultation, l'étudiant a un rôle d'observateur. Il est attentif à l'histoire de l'utilisateur, à sa façon de dire les sentiments, aux éléments anamnétiques prémonitoires, aux facteurs de vulnérabilité et de potentialités, à l'interaction avec le médecin, l'objectif étant de le sensibiliser à une culture de la médecine préventive en santé mentale pour lui donner

envie de mieux comprendre et donc anticiper, les mécanismes psycho et physiopathologiques de l'anxiété, de la dépression, et des maladies psychosomatiques qui peuvent sourdre, subrepticement, au détour du parcours de tout un chacun.

Dans le cadre d'un stage de médecine générale dans un hôpital psychiatrique, le centre hospitalier Petit bourgogne, le médecin en formation se trouve en prise directe avec la pathologie mentale et surtout celui qui en souffre. Dans ce cas disparaissent les repères cliniques, les assurances et les certitudes. C'est l'apprentissage du doute, de la différence, de l'étrangeté. Cela peut constituer une « épreuve de vérité » émotionnelle qui, si elle est accompagnée d'une analyse réflexive, conditionnera le trajet professionnel pour l'avenir.

Ces trois types de recherche-action pédagogique, inspirés des modèles psychologiques analytiques et systémiques, sont autant de possibilités d'apprendre les enjeux relationnels complexes, de s'y confronter, de mettre en évidence des stratégies cognitives d'apprentissage pour « oser aborder le champs des émotions et des sentiments ».

C'est, de plus, une des missions des facultés de médecine que de donner les outils pédagogiques adéquats en cette matière et c'est seulement à ce prix que « le médecin généraliste du XXI^{ème} siècle » (Charles Boelen) trouvera sa place dans la société, qu'il répondra à ce que l'on attend de lui comme acteur, responsable à part entière, dans le système des soins de santé, et qu'il participera, mieux formé, à la confection « fraternelle » du tissu social (Attali). ●



La formation des médecins généralistes par *tutorship*

Souci de la santé mentale pour les futurs médecins généralistes

Alors un professeur dit : parle-nous de l'enseignement.
Et il dit : Personne ne peut révéler ce qui ne sommeille pas déjà à moitié
dans les brumes de ta conscience.¹
(Kalel Gibran, Le Prophète).

•••••
Qui suis-je en tant que médecin ? Quel est mon développement comme médecin ? Chaque médecin trouve ses propres réponses à ces questions.

Au cours de la formation professionnelle en médecine générale à l'Universitaire instelling Antwerpen (UIA) cette question est posée explicitement dans le « tutorship ». Cet article décrit le tutorship, explicite comment il se situe dans une conception de l'enseignement et en donne un éclairage critique.

•••••

troisième, comme les psychothérapeutes, est la formation de la personnalité et le développement personnel (« qui suis-je en tant que personne ? »). Il ressort qu'en cette matière les généralistes n'ont pas ou peu de tradition. Entre ces deux niveaux, s'en trouve un intermédiaire : la croissance en tant que médecin. Balint² l'a décrit et a développé la méthode des groupes d'intervisions Balint. De nombreux généralistes ont dans le temps suivi des groupes Balint. Ce type de formation ne semble plus avoir beaucoup d'adeptes aujourd'hui en Flandres. A l'Universitaire instelling Antwerpen nous avons cherché à développer un outil pour ce niveau intermédiaire en cours de formation professionnelle. Nous l'avons intitulé : *tutorship*. Pour le lecteur de *Santé Conjuguée*, peut-être moins familier des articles sur l'enseignement, nous expliquerons et questionnerons comment ce niveau intermédiaire peut nous être utile comme médecin généraliste.

Conception de l'enseignement de médecine générale à l'Universitaire instelling Antwerpen

En 1988, nous avons mis en place à l'Universitaire instelling Antwerpen une nouvelle formation des médecins généralistes. Dans une première phase, nous avons dressé la liste des objectifs de formation³. Pour l'élaboration du programme d'enseignement, nous nous sommes basés sur les travaux de Harden et de ses collaborateurs⁴ et en avons privilégié les enseignements qui se distinguent comme suit : *orientés vers l'étudiant, orientés vers les problèmes, intégrés, orientés vers la société, avec possibilités de choix systématiques.*

Introduction : trois niveaux d'enseignement

Dans la formation des généralistes, on met classiquement l'accent sur l'acquisition des connaissances médicales générales, l'apprentissage de compétences et le développement d'attitudes. Par comparaison, les psychothérapeutes vont plus loin : ils suivent eux-mêmes un processus thérapeutique.

Dans la formation des médecins généralistes, on distingue trois niveaux d'approfondissement : le premier et le mieux connu est l'apprentissage et la construction d'un métier (« que faire en tant que médecin ? »). Le

Luc Debaene,
médecin
généraliste à
Antwerpen,
Louis Ferrant,
médecin
généraliste à
Bruxelles,
assistants au
Centre
universitaire de
médecine
générale,
Universitaire
instelling
Antwerpen.

Traduction du
néerlandais par
Martine Baudin.

(1) Gibran K., De
Profeet, Den
Haag: Miranda,
1986.

(2) Balint M., The
doctor, his patient
and the illness,
New York:
International
Universities
Press, 1957.

(3) Denekens J.,
Van Royen P. et
al.

Onderwijsdoelen
voor
beroepsopleiding
Huisartsgeneeskunde,
UIA, 1987: 28.

(suite sur page
suivante)

Journée
Souffrances du lien social

**Thématiques
transversales**
Des formations et de
leurs enjeux

Depuis lors, nous avons formé treize générations de généralistes. Ils s'inscrivent à cette formation après six ans et demi de formation générale et suivent pendant leur dernier semestre quasi à temps plein une formation professionnelle. Nous avons des groupes de vingt-cinq à quarante-cinq étudiants. L'encadrement est assuré par une vingtaine de formateurs à temps partiel, essentiellement des généralistes.

Disposer de nombreux formateurs pour un petit groupe d'étudiants permet de travailler d'une manière interactive et centrée sur l'expérience : on commence par expérimenter, ensuite on discute et prend conscience, afin de pouvoir se libérer du cas particulier et transposer ainsi les acquis dans d'autres situations⁵.

Le *tutorship* est la pierre angulaire de l'ensemble : chaque étudiant (*pupil*) a un *tutor* personnel (un des formateurs), qui le suit personnellement pendant ce dernier semestre de son processus d'apprentissage, le « processus de développement vers la fonction de généraliste ».

Pour cela, nous nous sommes basés sur les modèles et conceptions de l'enseignement confluent, issu de la psychologie humaniste, et inspiré de la Gestalt et de la Psychosynthèse. Par « confluent » on entendait à l'origine : l'intégration d'objectifs d'apprentissage cognitifs et affectifs. Le principe de base est que le domaine affectif (sentiments, valeurs, attitudes) peut influencer le processus d'apprentissage aussi bien positivement que négativement. Le dessein est d'obtenir que les sentiments soutiennent le processus de compréhension au lieu d'interférer avec lui.

La « confluence » concerne aussi l'aspect relationnel de la situation d'enseignement. Le développement intra personnel ne s'élabore pas dans le vide, mais en interaction avec d'autres (les formateurs et les condisciples). Cette dimension interpersonnelle devient explicite dans le lien enseignant-enseigné. Bien que ce volet interpersonnel concerne surtout le développement personnel et la formation, cet élément est aussi une préparation à l'exercice de la profession qui comporte des liens de collaboration. Et *in fine* les champs intra et interpersonnels ne sont pas indépendants d'un contexte, c'est-à-dire le monde objectif dans

lequel les gens vivent (en particulier pour les médecins généralistes le milieu des soins de santé). Il y a donc confluence ou intégration de trois domaines : l'intrapersonnel, l'interpersonnel et le milieu (culture, soins de santé, société, etc.). Deux concepts importants interviennent encore : la disposition (l'étudiant est-il prêt pour aborder une nouvelle étape de sa formation ?) et la responsabilité (l'étudiant se sent-il responsable de sa propre formation ?). L'intégration des processus d'apprentissage cognitif et affectif est la base des échanges *tutor*-étudiants.

L'organisation pratique

● Quel étudiant pour quel *tutor* ?

Deux mois avant le début du cycle, les étudiants rencontrent les formateurs : ils apprennent à se connaître, et reçoivent un aperçu de ce que sera leur formation et du rôle qu'y joue le *tutorship*. Jusqu'en 1999 le *tutorship* consistait en rencontres régulières entre un étudiant et un *tutor*. Depuis 2000, tout en gardant les mêmes concepts de base, nous travaillons autrement. Un *tutor* accompagne un groupe de trois ou quatre étudiants. Cette modification n'est pas uniquement liée à la grande charge de travail de certains *tutors*, mais aussi au souci d'offrir aux étudiants l'apport de leurs condisciples du même groupe d'âge. Les étudiants, via le site web du Centre de médecine générale, reçoivent une description du *tutorship* et une présentation de chaque *tutor*. Nous leur demandons de faire le choix d'un *tutor* au plus tard une semaine après le début du semestre et de former un groupe avec d'autres étudiants qui entament le même cursus. Ils nous envoient pour cela une lettre de « sollicitation » dans laquelle ils explicitent leurs attentes à l'égard du *tutorship*. Ils signalent les noms de leurs *tutors* en premier, second et troisième choix. Quelques jours après, il leur est communiqué qui va avec qui.

● Le dialogue *tutor*/étudiant

Étudiant et *tutor* se rencontrent par groupes de trois à quatre étudiants toutes les quatre semaines, pour un entretien d'une à deux heures. Ces rencontres ont lieu soit à l'Universi-

(4) Harden R., Sowden S. en Dunn W., « Educational strategies in curriculum development: the spices model », Medical Education 1984; 18.: 284-297.

(5) Whitmore D., Psychosynthese en éducation, Amersfoort: De Horstink, 1983.



taire instelling Antwerpen soit au cabinet du médecin *tutor*.

Étudiant et *tutor* analysent ensemble les motivations de l'étudiant pour ses études de médecine et leur évolution. La médecine générale est-elle son premier choix (ou le deuxième, ou n'a-t-il pas encore vraiment choisi) ? Quels sont ses intérêts en dehors de la médecine ? Comment se situe l'étudiant dans son cursus de formation professionnelle, que laisse-t-il tomber, où fait-il des choix ? En quels domaines se sent-il encore en difficulté et comment envisage-t-il d'y remédier ? Quelle compétence concrète ne maîtrise-t-il pas encore et où et comment compte-t-il les acquérir ? Quels sont ses points forts ?

S'y discutent aussi la fin des études et la suite : s'installer ou non, sa place dans le système de soins, la formation continuée... La discussion se fait sous forme de séminaire pédagogique : chaque étudiant apporte les thèmes qui lui paraissent importants. Le *tutor* écoute, renvoie, contredit parfois, structure. Il invite les autres étudiants à réagir à ce que disent leurs condisciples. Il insiste aussi sur le caractère confidentiel de ces discussions.

Comme il fut exposé plus haut, la disposition et la responsabilité jouent ici un rôle important. Face à face avec le diplômé, les généralistes en formation entament un processus émotionnel intensif : au cours des rencontres avec le *tutor* ce champ affectif sera intégré au champ cognitif. La relation personnelle avec le *tutor* et l'interprétation que celui-ci donne aux thèmes débattus permettent de plus une intégration des trois niveaux cités précédemment : l'intrapersonnel, l'interpersonnel et le « monde ». Pour certains étudiants il peut s'avérer nécessaire, à leur demande, d'avoir aussi un entretien individuel sur l'un ou l'autre sujet dont ils préfèrent ne pas parler en présence du groupe. Ensemble, le *tutor* et l'étudiant évaluent si c'est vraiment nécessaire ou si cela relève tout de même de la sphère du *tutorship*, et si nécessaire, ils fixent un rendez-vous. Cette forme d'accompagnement n'est pas favorisée pour ne pas perdre le caractère positif du débat en petit groupe.

● Intersession entre *tutors*

Les *tutors* ont deux séances d'intersession au cours des six mois de formation professionnelle. Nous vérifions comment chacun assure son *tutorship* et ce, sous la direction d'un spécialiste du comportement (un des collaborateurs). Nous examinons les possibilités et les pièges. Ensemble, nous cherchons des solutions et des stratégies permettant de faire face aux difficultés. Ces intersessions sont soumises à un code d'éthique : les *tutors* ne détaillent pas les faits qui leur ont été confiés. Il semble judicieux que nous nous réunissions en tant que formateurs et que nous échangions nos expériences (en toute discrétion). Ensemble, nous suivons de près l'évolution de la formation. C'est ainsi que les intersessions des dernières années nous ont révélé clairement que les étudiants luttent contre l'angoisse de terminer leurs études et de prendre leur place, incertaine, dans la santé publique. Ce genre de phénomène ne passe pas inaperçu dans l'enseignement de groupe, mais il est mieux décelable lors des entretiens individuels avec



le *tutor*. Cela nous permet, à nous formateurs, de mieux adapter les processus collectifs à la formation.

Lors de l'intersession, les *tutors* tentent également de mieux comprendre leur

motivation et de la communiquer aux autres : pourquoi voulons-nous être des *tutors* ? Qu'est-ce que cela nous apporte ? Quelles sont nos motivations ? Un des formateurs l'exprime de manière concise : « Une chose aussi essentielle nous instruit également ».

Il semblerait que développer l'attitude de base adéquate pour un entretien pédagogique ne soit pas si évident pour les *tutors*. Ici, le mot clé est « acceptation » : accepter l'étudiant dans tout ce qu'il fait et vérifier ensemble quels sont ses besoins, ce qui lui est profitable, ce qui peut stimuler son processus d'acquisition et son développement. Cela signifie que le formateur doit également développer cette attitude de base, l'acceptation, pour lui-même et oser se profiler comme une personne et comme vulnérable.

Discussion

Le *tutorship* décrit ci-dessus n'est pas encore parfait. Il est récent et doit faire ses maladies infantiles.

Les formateurs doivent encore apprendre leur fonction de *tutor* : certains sont trop peu concernés, d'autres trop. Une approche au plus près, tout en gardant ses distances, semble être un exercice d'équilibre difficile pour beaucoup de *tutors*. Nombre de formateurs font savoir qu'ils souhaiteraient plus d'intervisions et une formation plus poussée au niveau de l'entretien pédagogique.

Au début de cet article, nous avons situé le *tutorship* entre les niveaux « construction d'un métier » et « formation de la personnalité ». Chaque contact *tutor* - étudiant cherche sa voie entre ces deux niveaux, mais de manière encore vague. Le processus nécessite plus de concertation et un accord formel concernant plusieurs codes, entre autres sur les distances à garder et la sécurité.

L'ensemble de la formation professionnelle a besoin d'être évalué : nous avons l'intention d'examiner prochainement si les moyens pédagogiques nous permettent d'atteindre les objectifs pédagogiques. L'évaluation scientifique du *tutorship* est prioritaire. En même temps, nous voulons vérifier dans quelle mesure il convient de l'intégrer plus tôt dans la formation.

● Réactions des étudiants

En attendant une enquête plus scientifique auprès des étudiants, nous avons tenté d'évaluer comment ils vivent le *tutorship*.

Nous avons appris que nous devons accorder plus d'attention à la composition des groupes *tutor* - étudiant : apparemment, différents groupes n'avaient pas assez « d'atomes crochus ». Citons une étudiante : « J'ai pu déduire des discussions avec mes camarades que certains d'entre eux avaient un contact excellent et sincère avec leur *tutor* ; pour d'autres, le contact se limitait à quelques entretiens « sans vie ». Certains formateurs sont plus aptes que d'autres à assurer ce genre de fonction. »

Plusieurs étudiants nous ont appris que le *tutorship* est impopulaire au départ parce qu'on n'aime pas ce qu'on ne connaît pas. La même étudiante nous écrit : « Notre groupe a accueilli le *tutorship* avec des sentiments mitigés. Pendant six ans et demi, on nous apprend à penser et agir de manière aussi impersonnelle et froide que possible. Et tout à coup, on nous permet d'éprouver des sentiments, d'être dans l'indécision, d'avoir des doutes. Qui plus est, on peut même en parler ! »

● Le *tutorship* existe-t-il ailleurs ?

Les termes *tutor* et étudiant apparaissent fréquemment dans la littérature internationale, mais il s'agit toujours de fonctions différentes (peut-être aurions-nous dû choisir d'autres termes).

Généralement, les *tutors* sont des tuteurs de petits groupes de l'enseignement par études de cas. Nous retrouvons également des étudiants plus âgés (seniors) qui suivent les plus jeunes (juniors). Ce système semble exister depuis très longtemps à la Katholieke universiteit van Leuven, l'université voisine. Pour la formation des infirmiers, les *tutors* sont des directeurs de stage. Dans les formations médicales néerlandaises, nous trouvons le système de conseillers d'études. Il s'agit de pédagogues qui n'assurent pas eux-mêmes la formation. Seule la faculté de médecine de Maastricht dispose d'un système « décentralisé » d'accompagnement pédagogique : des formateurs et des collaborateurs scientifiques assistent individuellement les étudiants, à raison d'un par

La place de la guidance psychologique en médecine ou *counseling* médical

Michel Delbrouck, médecin généraliste et psychothérapeute, secrétaire de la société Balint.

.....
Le généraliste est parfaitement habilité à gérer certains aspects du transfert dans la relation soignant-soigné. Jusqu' où et comment s'y aguerrir ?
.....

que pour le patient, que l'un et l'autre apprennent à respecter ce temps d'apprivoisement. Notre expérience de praticien nous apprend que la durée de ce temps de préparation peut prendre plusieurs mois à plusieurs années. Le déni, étape souvent première, est le pain quotidien de notre pratique et nous connaissons des patients qui mourront à quatre-vingt ans n'ayant jamais cessé de somatiser.

Les patients révoltés, agressifs, déprimés sont également légion en clientèle. Le rôle du médecin de famille est de les accompagner au fil des ans vers une découverte progressive de leur mal-être. Ces concepts sont applicables à tous les médecins et à tous les psychothérapeutes. Pour certains, il suffira d'un ou deux entretiens avec le praticien pour accepter d'entamer une réflexion plus approfondie en psychothérapie et/ou en psychanalyse. Pour d'autres, un long apprivoisement ou un accompagnement constant de leur soignant leur permettra de réaliser le choix le plus adéquat par rapport à ce qu'ils vivent. Souvent, les « vrais » patients psychosomatiques ne veulent pas entendre parler du versant psychologique de leur affection médicale. Leur alexithymie les incline à peu verbaliser, vivre et conscientiser leurs affects.

De la guidance psychologique...

Dans le domaine de la santé mentale, un des rôles du médecin de famille est de préparer, si besoin en est, ses patients porteurs de troubles psychologiques à entamer un processus psychothérapeutique. La psychothérapie n'est pas la solution univoque à tous les problèmes existentiels. Parfois, quelques entretiens avec le médecin suffiront au patient pour traverser un moment pénible et retrouver un équilibre personnel et familial. Nous excluons du champ de l'omnipraticien les troubles psychiatriques graves.

Les candidats patients à la guidance psychologique en médecine familiale ne souhaitent pas nécessairement entamer une psychothérapie. Ils cherchent un tremplin, un tampon entre leur somatisation et une prise de conscience fine et mature de leurs ennuis de vie. Il paraît important, tant pour le médecin

... au transfert vers le professionnel « psy »

Les psychologues et les psychothérapeutes ne comprennent pas toujours la fonction spécifique du médecin de famille formé à la guidance psychologique. Les professionnels du relationnel s'en trouvent lésés ou jaloux et critiquent de manière acerbe ces confrères. De leur côté, ces médecins se sentent incompris par les « psy » et par réaction infantile pourraient avoir tendance à ne pas en référer suffisamment tôt à ceux-ci.

A l'inverse, le médecin qui n'a pas assez de pratique de la guidance psychologique ou qui n'est pas à l'aise avec une approche plus émotionnelle de son patient aura tendance soit à nier celle-ci, soit par peur, à envoyer trop tôt son patient chez le professionnel de la relation d'aide.

Journée
Souffrances du lien social
Thématiques transversales
Des formations et de leurs enjeux



Pour les praticiens, ce risque d'envoyer trop tôt chez le spécialiste en santé mentale est peu connu. En général, le médecin a créé un climat de confiance par sa compétence, son savoir-faire et son savoir-être. Son écoute et sa

transférentielles présentes, qu'on le veuille ou non, en médecine organique. Le transfert s'y travaille également bien que toutes ses caractéristiques ne soient pas abordées comme en psychanalyse ou en psychothérapie.



présence à l'Autre, son patient, l'ont positionné dans une relation d'authenticité. De ce fait, le patient n'est pas prêt à investir un autre soignant. Si à un moment donné, le médecin dépassé par la demande ou la problématique du patient lui propose de consulter un psychothérapeute, le patient envoyé peut se sentir abandonné, rejeté, trahi, incompris par le médecin en qui il avait mis toute sa confiance et à qui il vient d'ouvrir son cœur et de dévoiler ses émotions.

D'expérience, ces patients que je reçois en tant que psychothérapeute, et qui me sont adressés « trop tôt », le sont par des médecins qui ont eu peur de mal faire, d'être incompetent dans ce domaine spécifique, ou qui ont craint l'émotion du patient et donc leurs propres affects.

En référer trop tôt, signifie ne pas tenir compte des relations transférentielles et contre-

... au transfert dans la relation

En pratique journalière, les médecins travaillent au niveau du transfert, mais la plupart du temps, ils n'en ont pas conscience. Certains en ignorent même la notion. A la suite des travaux de Michaël Balint⁽¹⁾, la notion de transfert a pris une extension très large, jusqu'à couvrir la totalité des relations médecin-malade, thérapeute-patient. Le médecin ne pourra découvrir, apprécier et gérer le transfert de son patient que dans la mesure où il connaît les caractéristiques de son propre contre-transfert. Il deviendra par le fait même plus tolérant. Il prendra du recul et délimitera plus aisément ses plages horaires, ses territoires émotionnels, intellectuels et relationnels et de compétence. Une gestion adéquate de ses affects lui évitera le *Burn Out Syndrome*⁽²⁾. Il est certain qu'en médecine, il ne

(1) Michaël Balint, psychiatre, psychanalyste hongrois, élève de Ferenczi, émigré à Londres s'est occupé de la relation entre le malade et son médecin sous l'angle psychanalytique. Il a créé les groupes Balint.

(2) Burn Out Syndrome : syndrome d'épuisement professionnel.



groupe de dix-huit, et ce deux fois par an pendant toute la durée de leur formation.

● Options

Nous envisageons d'offrir un *tutorship* pendant les quatre années de doctorat à chaque étudiant en médecine, du moins à ceux qui souhaitent devenir des généralistes. Cela signifie cependant une charge considérable pour le corps universitaire et, pour l'instant, nous ne disposons ni du temps, ni des moyens financiers nécessaires.

Nous pensons également à des groupes plus nombreux, un *tutor* assistant régulièrement cinq à dix étudiants tout au long du doctorat. Cette option serait réalisable au niveau organisationnel. Ce modèle n'offre cependant pas le caractère personnel d'un face-à-face ou le sentiment de sécurité qu'offrent les petits groupes formés par les étudiants eux-mêmes. Sa plus-value réside dans l'échange d'expériences qui se fait au sein d'un groupe d'étudiants.

Cette forme pourrait peut-être être utilisée pour la formation professionnelle des grandes universités où un nombre plus limité de formateurs prend en charge un groupe d'étudiants bien plus grand.

Nous, les généralistes, avons relevé le gant. Que dire de *tutors* pour la formation des spécialistes (chirurgiens, pédiatres, internistes)... ?

● Le tutorship, préparation à la situation du généraliste en formation professionnelle

Après sa formation de base, le généraliste devient généraliste en formation professionnelle : il est suivi personnellement pendant deux ans par un modérateur-maître de stage et éventuellement par un maître de stage dans la pratique. Le Centre interuniversitaire de la formation des généralistes développe le profil du modérateur-maître de stage depuis des années. Pouvons-nous contribuer à dessiner le (modérateur) maître de stage idéal grâce à notre expérience en matière de *tutorship* ?

● Un tutor pour chaque généraliste sur le terrain ?

Il est nécessaire que les généralistes suivent une formation continue. Nous avons développé l'intérêt du niveau intermédiaire (« Qui suis-je

en tant que médecin, comment évoluer en tant que médecin ? ») dans cet article. D'après nous, les généralistes n'y accordent pas assez d'importance. Ne vaudrait-il pas la peine de développer une nouvelle culture amenant les généralistes à avoir des entretiens pédagogiques : pourquoi ne pas avoir régulièrement un entretien de type intégré avec un autre généraliste (plus âgé ou ayant reçu une formation en entretiens pédagogiques) ? Ce serait la meilleure prévention contre nos problèmes de santé mentale tels que, par exemple, les phénomènes d'usure précoce.

Cet article propose de prendre cette possibilité en considération en guise de conclusion. ●

Bibliographie

1. Brown G., Phillips M. en Shapiro S., *Getting It All Together: Confluent Education*, Bloomington (USA): Phi Delta Kappa Educational Foundation, 1976.
2. Brown G., Yeomans T. en Grizzard L., *The Live Classroom: Innovation through Confluent Education and Gestalt*, New York: Viking Compass, 1974.
3. Castillo G., *Left-Handed Teaching*, New York: Praeger, 1974.
4. Wilkerson L., Maxwell J., « A qualitative study of initial faculty tutors in a problem-based curriculum », *Journal of Medical Education* 1988; 63(12): 892-899.
5. Silver M., Wilkerson L., « Effects of tutors with subject expertise on the problem-based tutorial process », *Academic Medicine* 1991; 66 (5): 298-300.
6. Ross J., Walter J. et al., « A new approach to preparing students for academic medicine », *Medical Education* 1989, 23, 265-269.
7. Sobral D., « Learning the educator role: a course for medical students », *Medical Education* 1989; 23 (1): 70-76.
8. Clarke B., Feltham W., « Facilitating peer group teaching within nurse education », *Nurse Education Today* 1990; 10 (1): 54-57.
9. Wolfhagen H., van Luyck S. en de Grave W., « Studiebegeleiding binnen probleemgestuurd onderwijs », *Bulletin Medisch Onderwijs* 1991; 10 (3):82-87.
10. Debaene L., Ferrant L., « Tutorship in de huisartsenopleiding », *Huisarts Nu* : 1993, 9 : 378-381.

s'agit pas d'entretenir cette « attention flottante » propre aux psychanalystes. Par contre, la méta-position³ du soignant par rapport à ce qui se passe au sein de l'interaction avec son patient lui permettra d'aller plus loin dans la compréhension et l'aide qu'il peut apporter, en dehors même d'un entretien de guidance.

Les frontières de l'approche généraliste

Les facettes transférentielles de la relation soignant-soigné seraient de :

- reconnaître le transfert au moment où il apparaît ;
- l'accepter sans critique, c'est-à-dire gérer ses réactions contre-transférentielles ;
- l'interpréter quand c'est indiqué ;
- découvrir la relation d'où il tire son origine et interpréter celle-ci ;
- interpréter ce qui se rejoue ou ne se rejoue pas dans la relation thérapeutique.

A mon sens, les points a) et b) seraient ou pourraient être du domaine de la médecine organique et les suivants seraient celui de la psychothérapie et de la psychanalyse. Il n'est pas exclu pour ceux de nos confrères qui veulent aller plus loin d'aborder avec la prudence du sioux les trois derniers items. Mais je rappellerai alors la phrase de Freud qui souligne « qu'aucun analyste ne va plus loin que ses propres complexes et résistances internes ne lui permettent » d'où il conclut à la nécessité d'une analyse personnelle (dite didactique) du futur analyste.

Je dirai quant à moi qu'aborder ces items nécessite une psychothérapie de la part du médecin. Les médecins qui font de la guidance psychologique doivent connaître leurs limites. La psychothérapie, comme la médecine d'ailleurs, est un art mais elle demande une formation spécifique et longue et surtout une introspection personnelle solide et prolongée. La bonne volonté, les bonnes intentions et le bon sens populaire bien qu'utiles, ne suffisent pas pour s'occuper de l'âme de quelqu'un.

Le « psy » et le somatique

Au départ de mon expérience personnelle, il me paraît judicieux sinon indispensable de séparer la prise en charge d'un patient pour ses affections organiques et la prise en charge de sa psychothérapie que je distingue la guidance psychothérapeutique. Cette guidance s'occupe des deuils, d'un soutien pour une crise existentielle passagère, de l'accompagnement et de la préparation à un chemin psychothérapeutique, d'une difficulté professionnelle ponctuelle, etc.

Réaliser un électrocardiogramme ne signifie pas être un cardiologue. Réaliser un examen gynécologique n'est pas être gynécologue. Réaliser un accouchement n'est pas être un obstétricien. Réaliser une anoscopie n'est pas être un gastro-entérologue. Examiner un enfant n'est pas être pédiatre mais faire de la pédiatrie. Faire de la psychothérapie n'est pas être un psychothérapeute. Faire de la guidance psychothérapeutique n'est pas être psychothérapeute ou psychanalyste.

Une fois que la problématique est plus profonde, archaïque, où le praticien se rend compte que les enjeux sont d'importance et le travail long et intense, il sera bon qu'il réfère à un collègue spécialisé en psychothérapie. Une des raisons fondamentales, outre la nécessité d'une formation spécifique, réside dans le changement de registres d'interventions. En médecine, nous travaillons au niveau du réel, nous intervenons sur les corps, dans la famille et au domicile du patient. En psychothérapie et en psychanalyse, nous œuvrons au niveau fantasmatique et transférentiel. Que penser du cas d'un homme, qui au niveau du transfert vous prendrait pour son père et sur lequel le lendemain de la séance vous pratiqueriez un acte de petite chirurgie ou du cas de la patiente pour qui vous êtes le grand-père et chez qui vous pratiqueriez un examen gynécologique. L'enchevêtrement des territoires nous replongerait fantasmatiquement, donc inconsciemment, dans des problématiques agressives, incestuelles, dont le ou la patiente

(3) Méta-position : terme de programmation neuro-linguistique, signifiant la capacité de s'extraire mentalement de la situation que l'on est en train de vivre et de l'observer comme un observateur extérieur pourrait le faire.



ne pourrait aisément se débattre surtout si se rejouait son scénario de vie au sein de la consultation médicale et pour laquelle il ou elle viendrait chercher de l'aide psychologique. Ceci demanderait bien sûr un plus long développement.

Du besoin de formation

D'une part, une formation longue, précise et focalisée sur une spécialisation dans un domaine précis, notamment la psychothérapie, représente une condition indispensable à cette reconnaissance. D'autre part, un niveau d'introspection représente une exigence spécifique à ce genre d'approche. Le gastro-entérologue ne doit pas avoir subi une colonoscopie totale à l'instar du psychothérapeute ou du psychanalyste qui est prié d'avoir été, si je puis dire, son propre cobaye et d'avoir subi les mêmes « examens » qu'il fera subir ou plutôt proposera à son « client ».

La supervision de médecins formés à la guidance psychothérapeutique en médecine est tout à fait spécifique. Le médecin reçoit une formation scientifique très poussée, très cartésienne et il éprouve de grandes difficultés à appréhender les facettes que sont les fonctions sentiment, intuition, et sensation qui lui ont été demandées d'abandonner dès son entrée dans les salles de dissection. Tout le travail va consister à lentement réintroduire ces dimensions dévolues « à la femme » mais qui, nous le savons, appartiennent également à la gent masculine. Qualité de cœur que les soignants possédaient déjà avant leur entrée aux écoles de médecine sinon il est vraisemblable qu'ils n'auraient pas choisi ce métier. Rappelons qu'en 2000, la ou les dernières années de médecine familiale sont féminisées à 80 %. Quels en sont le signifiant et la cause ? D'autre part, les critères de sélection d'entrée en faculté de médecine sont majoritairement intellectuels. Il risque donc à terme d'y avoir un profond malaise dans ce métier à vocation humaine et qui soigne des êtres humains et non des organes. Il serait souhaitable que les universités adaptent

les critères de sélection des candidats médecins en relation avec leurs qualités humaines et enseignent, tout au long du cursus de ces médecins, des formations à la communication et à la relation d'aide.

Conclusions

Hormis les praticiens qui entament une psychothérapie de ce type à titre personnel, la plupart d'entre eux risquent, à tort, d'être effrayés par une démarche d'emblée émotionnelle et corporelle. Ma pratique de médecin de famille et ma formation Balint m'ont permis d'approcher, depuis vingt ans, les peurs, les réticences et la méfiance du corps médical face aux cheminements psychanalytiques ou psychothérapeutiques.

L'introduction progressive de la guidance psychologique via les groupes Balint, via les conférences et les journées d'études organisées par les sociétés médicales va permettre sa diffusion. Mon hypothèse de travail est qu'elle ne sera malheureusement vraiment acceptée par le monde médical que si elle est introduite et utilisée par les médecins eux-mêmes, du moins dans un premier temps.

Les jeunes médecins semblent de plus en plus intéressés par une approche plus globale de l'individu et l'introduction de cette approche en doctorat dans les dernières années des écoles de médecine a favorisé cet intérêt. ●

**Madeline
Moulin,**
*sociologue,
professeur à
l'Université libre
de Bruxelles.*

Les expériences, réflexions et témoignages qui suivent sont singuliers, et par-là même pleins d'enseignements. Chacun construit, déconstruit et reconstruit sa réalité à sa manière, avec son bagage d'espoir, de déceptions, de rêves et d'anticipation ; avec le poids aussi des souffrances qui lui sont confiées. On retrouve dès lors dans le propos ce permanent triangle d'interrogations croisées et enchevêtrées, commun à tous les métiers d'aide directe aux personnes : comment puis-je définir mon identité professionnelle ? Quelle légitimité puis-je donner à mon action (ou quelle légitimité peut-elle m'être reconnue à travers mon activité) ? Et enfin, et ce n'est pas la moindre des questions : Que puis-je faire avec « tout cela » (cette science, ce petit pouvoir d'action, cette position de caisse de résonance sociale, etc.) pour « bien faire » (répondre à la souffrance, améliorer les conditions d'existence des plus fragilisés, œuvrer à l'amenuisement des inégalités sociales, etc.) ?

Dans le présent chapitre, il est commode quoique non déterminant de proposer une grille de lecture (aux mailles tellement lâches qu'elles n'emprisonnera aucun lecteur !) : tous les auteurs se « positionnent », comme on dit maintenant, d'une manière ou d'une autre à l'égard du temps et de l'espace comme si toute interrogation sur les pratiques renvoyait systématiquement aux catégorisations les plus archaïques de notre reconstruction de la réalité. C'est plutôt rassurant. D'autant que cette démarche n'ôte rien à la palette infinie des sensibilités personnelles, ... indice parmi d'autres de la richesse et de la variété de l'offre.

Ainsi, certains se positionnent avant tout comme des prescripteurs individuels (ou des individus prescripteurs), alors que d'autres se voient comme un maillon d'une vaste institution

protéiforme. On verra certains mettre en avant et avant tout la souffrance ou la réalité de l'autre, le patient, tandis que d'autres ont à cœur de mettre prioritairement l'accent sur les conditions de travail des professionnels de la santé comme paramètre essentiel de la qualité du travail. Enfin, et ces suggestions n'épuisent pas les

possibilités de lecture, une autre façon de voir consiste à distinguer les propos centrés sur les personnes, des propos centrés sur les manières de faire. Manières de dire, de toute manière, ce qui importe, ce qui fait sens. ●

Journée
Souffrances du lien social

**La souffrance
mentale,
l'entendre,
l'écouter,
y répondre**



Pour une approche
généraliste

Laisser du temps au temps

.....

Le temps, qu'y a-t-il de plus commun, de plus partagé, mais aussi de plus impalpable, de plus culturel, de plus individuel donc, que la manière dont nous appréhendons tout le temps notre temps, et celui des autres ?

.....

J'ai le sentiment de me battre avec le temps du matin au soir. Ainsi, je commence, vers 8h30, par aller en visite à domicile, je sais qu'à 10h30, je dois être en consultation, que je vais être appelée sur mon portable pour d'autres visites, peut-être urgentes, peut-être à l'autre bout de la ville, dans les embouteillages, et que, la matinée risque d'être chamboulée, que je vais remettre des visites à l'après-midi pour arriver à la consultation dans les temps. La salle d'attente sera pleine, « enfin c'est vous docteur... », j'aurai deux ou trois coups de fil à donner avant de commencer à recevoir les patients. Celui qui vient pour une angine, je me permets de l'examiner rapidement, j'ai vu que le suivant est un patient dépressif accompagné par quelqu'un de son entourage. La consultation dure longtemps, pas assez encore, on se remettra un rendez-vous en dehors des heures de consultation. Je raccompagne le patient, je suis interpellée sur le pas de la porte pour une ordonnance de dépannage « en vitesse », et j'exhorte la personne suivante à entrer dans le cabinet... La journée se poursuivra comme cela, en une série de petits temps hachés dans lesquels patient et thérapeute devront trouver leur compte, entre satisfaction et frustration.

La médecine générale - comme d'autres professions de service -, a cette spécificité d'être tributaire du temps de l'autre, des autres. Les journées se construisent et se déconstruisent au gré des consultations et des appels à domicile : le temps est fragmenté. Comment maîtriser un temps qui sans cesse vous échappe ?

Parler de la santé mentale ? Sans entrer dans le débat sur la psychosomatique, on s'accordera pour reconnaître l'importance de la prise en considération de la souffrance de la manière la plus globale possible, qui appréhende l'être humain dans son contexte psychosocial et culturel. Cela aussi est particulier à la médecine générale : derrière toute plainte, aussi somatique qu'elle paraisse, se cachent des souffrances d'un autre ordre, parfois difficiles à mettre au jour, et qui impliquent disponibilité, écoute, et temps. Au thérapeute de faire la part des choses. Un patient qui a mal à la gorge verrait d'un drôle d'œil son généraliste chercher un sens caché à son angine. Pourtant, si le même patient revient sans cesse avec la même plainte, mieux vaudra ne pas rester sur le terrain purement somatique pour comprendre et l'aider à dépasser son mal.

Il y a les patients chez qui il faudra du temps pour exprimer une souffrance mentale, et d'autres qui viennent d'emblée avec elle. Cela peut être un mal-être chez une personne qui par ailleurs a des repères solides dans la vie. Le généraliste doit aménager son temps pour venir en aide à ce type de personnes : il ne travaille pas dans un cadre temporel - ni spacial - strict, comme le fait le « psy ». Il ne travaille en général pas par contrat. Tout est à inventer au jour le jour et dans chaque situation : rendez-vous à échéances, référence au psychothérapeute, collaboration avec le psychiatre, consultation avec un proche... Encore une difficulté pour appréhender chaque situation et trouver à l'arraché le temps qu'il faut.

Quand la souffrance mentale envahit la personnalité entière, elle entrave la vie des gens à tous les niveaux relationnel, affectif, social et professionnel. Sans repères et sans structures, les personnes accablées par une lourde histoire de manques, de

Miguelle Benrubi, médecin généraliste à la maison médicale la Passerelle.

Journée
Souffrances du lien social

**La souffrance
mentale,
l'entendre,
l'écouter,
y répondre**

Bon, je n'ai que quelques instants à vous consacrer, mais je peux vous diagnostiquer une angine blanche, si vous voulez !?

Laisser du temps au temps



solitude et de marginalisation, trouvent difficilement des lieux d'écoute et de reconnaissance. Pour ces patients en grande détresse psychoaffective et sociale, le généraliste est-il l'intervenant professionnel adéquat ? Va-t-il pouvoir répondre à leurs nombreuses attentes, qu'elles soient médicales au sens le plus strict, ou plutôt de l'ordre de l'accompagnement, de l'écoute bienveillante.

La sociologue Monique Van Dormael propose le schéma suivant sur les différents aspects du travail du généraliste :

	OBJECTIF	SUBJECTIF
INDIVIDUEL	somatique	psychologique
COLLECTIF	santé publique/social	anthropologique/social

Si l'on considère la santé comme un état de bien-être global, la médecine de première ligne doit se trouver à la croisée de ces quatre manières d'appréhender la maladie. Le généraliste est-il formé à avoir cette vision très large de la santé ? Comment ne pas tomber dans le travers de la médicalisation de ces nouvelles pathologies qui découlent d'une profonde désorganisation et d'un malaise social général ?

A mon sens, il est impossible de travailler en solo pour faire face à des situations d'ordre tellement divers, aménager les contraintes de temps, et ménager les personnalités de chacun, aussi bien celle du patient que celle de l'intervenant de la santé !

Je travaille comme médecin de famille dans un centre de santé - ou maison médicale - où l'on dispense les soins de santé primaires. Ce modèle est perfectible, mais il est structurellement organisé pour répondre de manière plus globale aux attentes des personnes en souffrance mentale. Deux points me paraissent importants : nous travaillons en équipe pluridisciplinaire, et

nous avons opté pour le système de paiement au forfait des soins de santé. Notre équipe est composée de généralistes, kinésithérapeutes, infirmière et infirmière sociale, accueillantes, assistante sociale. Nous nous réunissons toutes les semaines, réunion où nous présentons des situations individuelles ou familiales difficiles, nous sommes encadrés par la psychologue de la maison médicale. Nous voyons parfois les familles à deux, le généraliste et l'assistante sociale, l'infirmière ou la psychologue. Ce n'est pas toujours le généraliste qui est la personne référente pour le patient, cela peut-être l'assistante sociale ou l'infirmière sociale qui organise un suivi plus proche du patient. Nous nous constituons progressivement un réseau d'intervenants de première ligne dans les quartiers où nous travaillons. Nous nous faisons connaître des grosses institutions psychiatriques, avons des contacts privilégiés avec les cellules sociales des centres de santé mentale, des antennes de CPAS, des services d'aide à la jeunesse, des ASBL, des centres d'aide aux toxicomanes, des centres de réadaptation fonctionnelle, des PMS. Cela pour une meilleure connaissance de nos institutions respectives sur le terrain et pour une meilleure collaboration dans l'aide à apporter au patient. Cela demande du temps. Le système de paiement forfaitaire des soins, qui ne nous place pas dans un besoin de rentabilité à court terme, permet ce type d'organisation de notre travail. L'accueil, statut non reconnu par l'Inami, a une fonction capitale d'interface entre le patient et le « soignant ». Nous avons professionnalisé cette fonction.

Même si les difficultés de la gestion du temps au quotidien restent entières, le temps haché, fragmenté n'est peut-être pas une fatalité de la médecine générale. A nous d'inventer des nouvelles pistes pour nous rendre propriétaires sereins - heureux ? - du temps que nous partageons avec les patients. ●



Pour une approche
généraliste

Au fait, c'est quoi coordonner ?

.....

La maladie mentale ne s'arrête pas aux portes de l'hôpital. Au contraire, c'est à la sortie de l'hôpital que tout commence. La maladie psychique a un retentissement énorme sur la famille, sur le moral et la santé, sur le travail et la vie sociale de chacun de ses membres.

L'aide à apporter au malade mental et à sa famille est complexe et mobilise un nombre considérable d'intervenants psycho-médico-sociaux. Une réunion comme celle qu'a organisée l'APEP (Aide et prévention parents enfants) a le grand mérite de mettre en présence tous ces intervenants et de leur faire prendre conscience de ce phénomène.

.....

J'ai été invitée par l'Aide et prévention parents enfants (APEP) à participer à une réunion de concertation à propos de la famille Dupont. L'APEP est un organisme qui s'occupe de maltraitance. Micheline Dupont, huit ans pose problème. Elle double sa première année et ses résultats scolaires sont très faibles. L'institutrice a proposé aux parents de consulter le centre PMS à propos du retard scolaire de leur fille. Sur les conseils du PMS, une guidance au centre de santé mentale du quartier a été mise sur pied. Mais malgré cela, Micheline reste aussi remuante et difficile et ses résultats sont encore très insuffisants. L'institutrice ayant constaté à plusieurs reprises des traces de coups sur l'enfant, s'est alors adressée à l'APEP pour tenter d'apporter une aide à la famille.

J'ai été invitée à la réunion en tant que médecin traitant de la famille. Je soigne en effet les Dupont depuis de nombreuses années. Madame Dupont présente une pathologie psychiatrique importante. Elle est parfois abattue, dépressive voire suicidaire, parfois très agitée et agressive. Il faut lui prescrire des médicaments à fortes doses et cela l'empêche de s'occuper de son ménage et de ses enfants. Lorsqu'elle fait une tentative de suicide ou qu'elle décompense, il n'y a d'autre alternative que l'hospitalisation en urgence. Tout cela perturbe fort l'équilibre familial.

Micheline a du mal à trouver sa place entre les moments où sa maman va mal et où l'on compte sur elle pour prendre en charge le ménage et son petit frère, et ceux où au contraire on lui demande d'être une petite fille sage et obéissante. De plus, elle vit dans la crainte constante que sa mère ne fasse « des bêtises » : elle la surveille, la suit, la protège. Tout cela est peu propice à l'étude !

Monsieur Dupont a peur que ses enfants Micheline et Jonathan, dix-huit mois, soient placés. Crainte d'autant plus justifiée que le fils aîné de Madame, né d'un premier mariage, est en institution depuis sa petite enfance. Il veut à tout prix se montrer un père modèle. Il a donc suivi tous les conseils de l'institutrice, visite au PMS, guidance... mais les échecs de Micheline, de même que son comportement turbulent qui gêne les voisins, le mettent hors de lui : ils prouvent qu'il est un père incapable et risquent d'attirer des plaintes et éventuellement l'intervention de la police. Alors, il corrige Micheline pour qu'elle étudie bien, pour qu'elle soit sage...

Et nous voilà donc à l'APEP. Nous étions douze autour de la table : l'assistante sociale et la pédopsychiatre de l'APEP, l'institutrice de Micheline, la psychologue du PMS, la psychologue du centre de santé mentale, l'assistante sociale du centre de santé mentale, l'assistante sociale du CPAS dont dépend la famille, l'assistant social du centre de préformation dépendant du CPAS où M. Dupont suit un stage pour le moment, l'assistante sociale de l'institution où est placé le fils aîné de M^{me} Dupont, l'infirmière

Journée
Souffrances du lien social

**La souffrance
mentale,
l'entendre,
l'écouter,
y répondre**

Au fait, c'est quoi coordonner ?

de la consultation d'ONE qui suit Jonathan, le médecin de l'ONE, moi, le médecin traitant de la famille.

Douze personnes pour une famille de cinq personnes. C'est beaucoup.... Ma première question a été : quel est mon territoire ? Quand je suis dans mon cabinet de consultation, ça me paraît évident, mais là...

Le Petit Larousse définit « territoire » comme : « Etendue de terre dépendant d'un état, d'une ville, d'une juridiction. Zone occupée par un animal ou une famille d'animaux délimitée d'une certaine manière et défendue contre l'accès des congénères ».

Je me suis demandé s'il y a bien du travail pour chacun de nous, et dans ce cas, si le rôle de chacun est bien défini. Le territoire de chacun est-il clairement délimité ? Connaît-il avec précision son champ d'intervention ? Identifie-t-il la juridiction pour laquelle il travaille ? Que se passe-t-il aux frontières du territoire ? Comment et contre qui chacun défend-il son territoire ? Quelle énergie est consacrée à cette

défense ? N'y-a t-il pas des zones de recouvrement, des doubles emplois ? Et chacun étant confiné dans ses limites, peut-être y-a t-il des demandes ou des besoins importants qui ne sont pas pris en charge.

Je me suis dit : « Puisque nous sommes si nombreux à intervenir, nous devons nous coordonner ». Cela m'a semblé une évidence. Mais comment se parler entre personnes issues de disciplines si différentes ? Comment traduire les différents jargons ? Est-ce possible sans perdre l'essentiel des informations ? Comment trouver un langage commun pour éviter que les discours ne se superposent sans qu'aucun dialogue ne s'établisse entre eux ? Comment éviter qu'un discours ne s'impose et ne réduise au silence tous les autres ? Comment à l'inverse éviter le piège du discours fade et superficiel style « rapport d'activité » ?

De fil en aiguille, j'en suis arrivée à me demander s'il était bien opportun de nous coordonner.

Je suis pas sûre qu'ils se comprennent, mais si au moins ils trouvent une solution, le raisonnement m'est bien égal !





Qu'avons-nous à nous dire ? Avons-nous les mêmes objectifs ? Est-il possible, est-il souhaitable de tenir le même discours ? Les informations médicales dont je dispose, en quoi intéressent-elles les autres ? En quoi vont-elles faciliter leur travail ? Comment respecter chacun d'entre nous son secret professionnel, d'autant que ce secret couvre des informations qui, dans le cadre d'une autre discipline prennent un caractère d'indiscrétion ? En tant que médecin, je n'ai pas à interroger un patient sur ses revenus ou sur ses dettes alors que c'est la première question que lui posera l'assistante sociale du CPAS. Par contre elle n'a pas à savoir que telle personne souffre d'hémorroïdes, élément pas du tout indiscret dans un cabinet médical.

Une réunion telle que celle organisée par l'APEP représente un investissement énorme : douze professionnels réunis pendant deux heures, cela fait vingt-quatre heures auxquelles il faut ajouter le temps de préparation, le temps de contacter les personnes, de faire le rapport de réunion... Le jeu en vaut-il la chandelle ? Le résultat obtenu justifie-t-il la mise ? Sommes-nous assez bien formés à ce type de travail pour qu'il soit efficient ? Selon quels critères évaluer le résultat ?

Enfin, je me suis demandé quel territoire restait à la famille. Face à ce grand nombre d'intervenants, comment parvient-elle à se ménager et à sauvegarder un minimum d'intimité ? La santé, l'éducation des enfants, la gestion financière, les relations intra-familiales et le vécu psychique de chaque membre de la famille Dupont sont objets d'aide et de contrôle. Quelle autonomie ont-ils encore ? Et lorsqu'ils la revendiquent, comment sont-ils entendus ? Il me semble qu'ils jouissent de bien peu d'espace et qu'avant même qu'ils aient le temps d'élaborer une demande, la « bonne » solution leur est apportée... ou imposée.

Dernière remarque : à cette réunion de coordination de l'APEP, il y avait deux grands absents ; les soignants de l'hôpital psychiatrique et la famille elle-même. Je le souligne parce que c'est une constante. La collaboration entre les services hospitaliers et l'extérieur se fait très peu. L'information passe de médecin à médecin et est unilatérale, c'est-à-dire que le médecin hospitalier informe le généraliste de ce qui a

été fait au cours de l'hospitalisation et du traitement à poursuivre. Les informations sur le vécu quotidien du patient ne sont pas transmises à l'hôpital. De même, les discussions à propos des usagers des services psychomédico-sociaux se font entre professionnels, en l'absence des personnes concernées. Peut être pouvons-nous interroger ensemble ces façons de pratiquer qui sont si habituelles que nous n'envisageons pas de faire autrement. Que gagnons-nous et que perdons-nous à travailler de la sorte ?

Cette réunion qui de prime abord me semblait une démarche assez évidente, a soulevé bien plus de questions qu'elle n'en a résolues.

- Comment se délimite le territoire de chaque intervenant ?
- Comment communiquer entre territoires différents ?
- Quel est l'intérêt de se cordonner et communiquer ?
- De quel territoire personnel l'usager des services sociaux dispose-t-il encore ?

Ces différentes questions mériteraient une véritable réflexion... ●

Médecin de famille, roue de secours et interprète

Anne Gillet-Verhaegen, médecin généraliste, vice-présidente du Groupement belge des omnipraticiens, membre du Comité d'éthique de la Fédération des maisons médicales.

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

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 ».

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 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... » (H. Van Camp).

Journée
Souffrances du lien social
La souffrance mentale, l'entendre, l'écouter, y répondre

Au centre

Or, que peuvent les généralistes face aux raisons psychosociales 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 dans le domaine de la santé mentale, parce que, ils « font » de la santé mentale comme M. 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 8h du soir ou le week-end, ou lors d'une situation inextricable.

Tout près

La porte du cabinet du médecin généraliste est 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 quinze 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 ».

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

Je soigne un jeune patient depuis dix ans. Il a quinze ans aujourd'hui. Un jour il se présente seul à la consultation. Il veut me parler : depuis six 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 ». Plusieurs fois je le vois en consultation à l'insu de ses parents pour discuter de ça. Un matin, je suis appelée au chevet de sa mère grippée. C'est dimanche. J'ai du temps devant moi. Après les soins nécessaires, 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 tuerai ! ». 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 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, 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 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 réexpliquer, 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. » (B.Hoerni-1991).

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 et 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, 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.

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. » (H. Van Camp).

En dernier lieu, je m'adresse à mes confrères spécialistes : éclairés sur la qualité de la collaboration possible entre spécialistes et généralistes, il serait souhaitable qu'ils conseillent à leurs 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. ●

Prescrire oui, mais quoi ou qui ?

*Patrick Jensen,
médecin
généraliste.*

Tout acte médical se compose de trois temps : l'exposé des motifs justifiant la consultation, l'identification précise du problème, l'examen et la mise en place de solutions.

C'est lors de cette dernière phase qu'intervient la prescription. C'est le moment jubilatoire où le médecin croit avoir tout compris et pense pouvoir tout résoudre par quelques écritures. Et le plus extraordinaire, c'est que le patient n'est pas loin de partager à ce moment le même sentiment.

plutôt comme un premier pas posé ensemble vers un retour à l'autonomie.

En cela, la prescription peut prendre de multiples formes, car en plus du médicament chargé de prendre en charge les excès ou les déficits en neurotransmetteurs ou récepteurs divers, je pourrais par exemple me prescrire moi-même.

Il m'arrive souvent, lors d'un entretien de me

dire : mais bon sang si cette personne avait une vraie amie, elle ne serait pas ici dans mon cabinet. Alors je prescris le temps (sujet d'un autre atelier), le temps d'un deuxième échange, le temps d'une seconde communication, le temps de l'écoute, le temps du miroir, le temps de la vie. Une fois sur deux le patient annule ce deuxième rendez-vous, lorsque le premier porte des fruits différés qui rendent le second inutile.

Je prescris aussi parfois quelqu'un d'autre : lorsque je perçois que les problèmes

évoqués sortent de ma compétence, de mon territoire (sujet d'un autre atelier) ou que le contact ne s'établit pas. Cela peut être un psychologue ou un psychiatre. Cela peut être un proche du patient. Cela peut être un livre ou un poème... Cela peut être une combinaison de toutes ces formes, ce sera rarement deux fois la même.

Tout cela manque probablement de rigueur et donne tout son sens au terme d'Art de guérir... même si une guérison ne peut être assurée à chaque coup... Et ce pour plusieurs raisons : je peux me tromper, et ne voir que l'arbre qui masque la forêt. Une autre raison, dans mon cas, résulte du fait que je considère comme essentiel de permettre au patient de faire preuve d'autonomie en refusant la prescription.

Toujours l'interactivité au premier plan. Peut être pour que prescrire ne devienne jamais proscrire. ●



Plus encore que lors de troubles somatiques, la souffrance mentale ou psychologique exige une parfaite interactivité. Or - petite incursion dans la sémantique -, prescrire signifie ordonner commander, imposer, voire infliger.

Quant à la prescription, document écrit qui, transmis au pharmacien, permet au patient d'acquérir le médicament dont vous pensez qu'il a besoin, ne porte-t-elle pas aussi le nom d'ordonnance. Ne parle-t-on pas des prescriptions de la loi quand il s'agit d'ordres formels et détaillés. Voilà une interactivité qui commence ou qui finit d'une bien curieuse manière.

J'ai cessé de considérer la prescription comme un ordre formel dont la transgression par le patient mènerait inévitablement au chaos... Je la vois

Journée
Souffrances du lien social
**La souffrance
mentale,
l'entendre,
l'écouter,
y répondre**



Écouter n'est pas ne rien faire

Il y a quelques années, je vivais des difficultés de couple importantes. Après un week-end plus difficile que les autres, je suis allée chez mon médecin généraliste. J'étais bouleversée, j'avais besoin d'en parler à quelqu'un d'extérieur et je n'étais pas en mesure de travailler ce jour-là. Je lui ai expliqué le pourquoi de ma visite, je lui ai raconté ce qui c'était passé. A ma demande, il m'a fait un certificat médical. Dans la foulée, il a voulu me prescrire un anxiolytique. Je lui ai répondu : non, je n'en ai pas besoin, je préfère demander le soutien de mon entourage et prendre un rendez-vous supplémentaire chez ma psy si nécessaire. Il a insisté et m'a donné une prescription que j'ai finalement prise... pour le rassurer.

Cette tranche de vie personnelle pose sans détour la question du rôle du généraliste, et plus largement du professionnel de la santé, face à la souffrance psychologique de l'autre, à un moment donné.

Vraisemblablement, mon médecin était touché par ce que je lui racontais. Je ne sais pas ce qu'il pensait ou ressentait ; peut-être était-il inquiet pour moi, mal à l'aise. Il voulait faire quelque chose pour m'aider et il a décidé de me prescrire un anxiolytique. Je ne le souhaitais pas, je n'en avais pas besoin, je ne l'ai d'ailleurs pas utilisé. Sa prescription m'a surprise, elle n'avait pas de sens pour moi. Ce dont j'avais besoin, c'était de parler de ce que je vivais, de partager avec un tiers ces moments douloureux, en un mot, d'être écoutée.

Ce n'est pas facile d'écouter. Pour moi, la qualité essentielle pour écouter, c'est d'avoir pris conscience de ses émotions, de ses histoires et images personnelles et d'en prendre distance pour entendre ce que l'autre nous dit.

C'est aussi s'accepter faillible, vulnérable, parfois impuissant - en tous cas, pas tout puissant - devant la souffrance de l'autre, c'est s'accepter avec des émotions.

Tout cela est loin de la formation, médicale ou paramédicale, que nous avons reçue : nous sommes formés à réfléchir rationnellement, à réagir, agir, traiter, prescrire. Souvent, « ne faire qu'écouter » est vécu comme ne rien faire. C'est dur de voir quelqu'un souffrir, nous avons envie de faire quelque chose pour l'aider, de nous réfugier derrière des actes, des prescriptions, des formules pseudo-encourageantes... Mais

c'est en reconnaissant cette difficulté et les émotions qui l'accompagnent, que l'on peut être présent à l'autre, l'écouter, l'accompagner.

Cette attitude – écouter sans projeter ses propres émotions, ses propres intentions – est le fruit d'un questionnement personnel, que ce soit par intervention, supervision, ou autre. Cela nécessite aussi des espaces de parole pour les soignants, garantissant écoute, respect et confidentialité. Ce sont des démarches de cette qualité que j'ai demandées à mes collègues lorsque je travaillais comme infirmière à la maison médicale de



Forest. Dans l'accompagnement de certains patients, cela m'était indispensable et l'impact sur notre manière d'aborder notre travail était essentiel. C'est également ce que j'initie dans des projets de promotion de la santé avec mes collègues à la mutualité. C'est encore ce que je tente de faire découvrir à des futurs infirmiers lors des quelques heures de cours que j'ai l'occasion de leur donner. C'est aussi pourquoi j'ai choisi de puiser dans mon histoire personnelle pour introduire mon propos. En conclusion, ou peut-être pour ouvrir d'autres résonances encore, je vous livre quelques phrases extraites d'un livre de Colette Nys-Mazure¹ : « *Accepter de laisser rouler l'autre sur son aire, sans cesser d'espérer un rétablissement qu'il est seul à pouvoir opérer ; le laisser assumer sa vie, en l'environnant d'amour discret alors même qu'on préférerait être acteur plutôt que spectateur. A moins que cette participation soit une forme d'action.* » ●

(1) Nys-Mazure, Colette, Célébration du quotidien, Littérature ouverte, Éditions Desclée De Brouwer, 1997.

Journée
Souffrances du lien social

**La souffrance
mentale,
l'entendre,
l'écouter,
y répondre**

Le coup d'œil du psychotique. Et les questions qu'il pose

Peter Van Breusegem,
médecin généraliste, vice-président du Brussels welzijnsraad et gezondheidsraad, président du Brussels overleg thuiszorg et secrétaire du Huisartsenkring.

Traduction du néerlandais par Martine Baudin.



Traiter des patients psychiatriques en première ligne : quel thème évocateur ! Nous rencontrons tous les jours la souffrance psychique dans notre pratique de généralistes. Beaucoup de dépressions, mais aussi des problèmes plus lourds se présentent chaque jour, plus lourds en ce qu'ils nous laissent encore plus perplexes que la souffrance « normale » des autres patients.



Dans les dernières vingt-quatre heures, j'ai rencontré au moins trois formes de souffrances psychiques. Tous les généralistes connaissent la triste mine de la mère au foyer devenue dépressive et incapable d'assumer sa tâche, tourmentée par la culpabilité et la tristesse.

Beaucoup plus étrange est le regard sauvage du jeune garçon psychotique dont la famille est venu demander s'il est possible de le « colloquer » (il fut possible de proposer une hospitalisation volontaire).

Je me souviens du visage d'un jeune homme aux croûtes sanglantes sur son crâne rasé, parce qu'il s'y fourrait sans arrêt les doigts, convaincu qu'il avait des bestioles entre son crâne et ses cheveux. Il essayait de les en retirer et se blessait lui-même jusqu'au sang.

Ce sont trois visages différents de la psychiatrie et il s'en

rencontre bien d'autres encore. Mais si beaucoup de gens, grâce à un traitement, vont mieux, le patient psychiatrique continue de nous poser question. Il nous interpelle sur notre compétence, notre personnalité, notre fonctionnement quotidien comme généraliste.

Bien souvent, nous ne pouvons pas suivre la logique du patient psychotique et nous sommes déçus dans nos attentes paternalistes quand le patient ne fait pas ce qui lui est demandé, par exemple continue à boire, ou quand un toxicomane maniaco-dépressif continue à se droguer.

Il nous faut composer et avec les désillusions, et avec la souffrance, et cela ne réussit pas toujours. D'une façon ou l'autre, il faut se mettre en perspective : soigner ou traiter, *to cure* ou *to care*. Dépasser des frontières, mais fixer ses propres limites : l'espace pour que le patient prenne ses propres décisions, et l'espace qu'exige le médecin.

Des questions insistantes

Les psychotiques nous posent de nombreuses questions d'ordre éthique et déontologique, et même d'ordre philosophique. Il s'agit aussi de rapports de force : notre pouvoir à leur égard, comme prescripteur et décideur, et leur peur de notre force. La force de la prescription. L'usage de la force n'est pas toujours le fait du paternalisme. Que demandons-nous à nos patients ? Qu'ils se comportent bien ! Que « tout soit bien en ordre ». Qu'ils s'intègrent dans la société normale. Où voulons-nous les conduire ? Quelles sont les limites de l'humain ? Qu'est-ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas ? Quelle est la qualité de leur vie ?

Accessibilité, qualité, coût des soins

La société pose aussi des questions à foison : quels sont les revenus et les dépenses d'un

Journée
Souffrances du lien social
**La souffrance
mentale,
l'entendre,
l'écouter,
y répondre**



patient psychotique et pour un patient psychotique. Quel coût social acceptons-nous pour ce groupe, et quelle part pour les médecins et pour les soins ? La misère de ces personnes qui de mémoire d'homme sont broyés par une société impitoyable : rejetés du circuit du travail, et dès lors exclus de la société, invalides, cassés, nommés « fous furieux » dans un article de loi. Il reste beaucoup à faire en matière d'intégration sociale, de rejet de préjugés et de malentendus de toutes sortes.

Le patient nous regarde comme s'il nous inspectait en profondeur et, comme certains psychotiques, semble avoir accès à notre inconscient. Le contact avec cette âme meurtrie mais sensible exige un certain équilibre

intérieur. Dans mon propre fonctionnement, je me sens soutenu par le groupe d'intervision psychiatrique des Brusselse Huisartsen d'une part, et le groupe d'intervision de l'asbl Lama. L'intervision est un modèle particulièrement adapté comme soutien pour les médecins qui souhaitent se lancer dans cette spécialité.

La folie du Seigneur

Le contact avec les personnes souffrant de troubles psychiques a de tout temps fasciné. La folie a été honorée par des auteurs inattendus tel que Saint-Ignace de Loyola, le fondateur des Jésuites. Il ne s'est pas trompé de terme, en

italien *La pazzia del signore*, en français *La folie du Seigneur*. La folie dans le seigneur peut-être, ou la folie divine. Ignace voulait-il dire qu'il fallait dépasser les limites de la folie pour trouver la vérité ? La folie d'Ignace est celle de l'amour fou pour le Christ souffrant, ce dont on peut devenir fou.

Le patient se situe plus près de la vérité que nous, et il nous permet de faire un petit pas dans la direction du mystère de l'être. Ignace dirait : le malade ne ressemble pas, mais est le Christ dans ses moments de plus grande souffrance. Il nous regarde comme le Jésus souffrant sur la pierre froide, dans *Ecce Homo*. ●



Généraliste et santé mentale : accessibilité tous azimuts ou rebut ?

Bernard Vercruyse,
médecin généraliste à la maison médicale du Nord,
président du Forum des associations de médecins généralistes.

.....

Quatre exemples de patients que je connais depuis longtemps et qui vont ouvrir à quatre questions, quatre caractéristiques peut-être de notre pratique de soins de santé mentale en médecine générale.

.....

hystériques, personne ne le sait mais elle finit par être opérée par un stomatologue car elle détruit ses mâchoires. J'assiste à l'opération qu'elle ne veut pas accepter sans que je ne sois là !

Comme l'illustre l'histoire de Colette, nous avons une prise en charge extrêmement multiple et variée. De par notre pratique, on est appelable la nuit, on est appelable à domicile. On peut nous appeler pour un mal de tête et il y aura peut-être une infection majeure, ou un test de grossesse ! Il est extrêmement difficile dans cette dynamique d'avoir un cadre de référence puisqu'on est rattrapable de tous les côtés. C'est un bien pour le patient parce qu'il peut aussi revenir nous poser toute une série de questions, en nous rattrapant par le « psy », le social, le somatique mais cela nous met dans un cadre où je ne trouve pas de paradigme pour m'y retrouver, avec d'autant plus de difficultés que ni les « psy » ni le chirurgien ni le gynécologue ne peuvent m'aider vraiment à gérer l'ensemble des pathologies de cette patiente.

Colette qui n'accepte que son généraliste

Je connais Colette depuis plus de vingt ans. La première fois que je l'ai vue, elle dormait dans son lit. Elle est mystique, déclarée schizophrène puis *borderline* puis toute une autre série d'autres diagnostics au fur et à mesure de ces vingt ans et des psychiatres rencontrés. Elle a été abusée par son père dans sa jeunesse. Je la vois après pour une appendicite. J'assiste à l'opération. Plus tard, des gendarmes m'appellent la nuit car elle se promène sur les mains place Rogier. La seule information qu'elle peut donner, c'est le nom de son médecin généraliste. Je ne peux pas faire grand chose mais une relation s'établit.

Je la revois ensuite pour un problème de cystite et un test de grossesse, positif, et il y aura toute l'histoire de sa grossesse... Plus tard, elle ne supporte plus ses règles et me demande un traitement pour les interrompre. Elle a des spasmes du maxillaire, effet secondaire des neuroleptiques ou problèmes

Autre problème, toujours pour cette patiente, quand un médecin généraliste investit de façon importante dans le temps une relation psychosociale avec son patient et sa famille, il est extrêmement difficile de faire un passage à un spécialiste par la suite car on entend toujours : « il ne fait pas plus que vous ! ». Soit je transfère directement un patient ayant un problème psychiatrique chez un psychiatre et cela peut se passer relativement facilement soit j'investis beaucoup la relation avant qu'il ne puisse arriver à faire la démarche et à ce moment la démarche est beaucoup plus difficile car vécue comme un rejet de la part du médecin généraliste.

Dutria dont les enfants m'appellent papa

Dutria est une patiente turque que je connais aussi depuis de très nombreuses années. Dans son jeune âge, elle faisait des crises d'hystérie dans sa famille turque traditionnelle où elle voulait se poser comme européenne avec tous les problèmes que cela génère. Ses parents l'ont

Journée
Souffrances du lien social
La souffrance mentale, l'entendre, l'écouter, y répondre



mariée avec un indépendant qui n'a jamais pu assumer ni son travail d'indépendant (il est criblé de dettes) ni son rôle de père tant sur le plan financier que familial. Dutria, quand j'arrive à la maison veut montrer, qu'elle fait participer son mari et elle lui traduit tout ce que je dis en demandant son avis, mais on sent bien que le mari n'a pas grand chose à dire ! D'ailleurs il se révolte dans l'alcool, dans la violence en frappant ses enfants ou sa femme, dans les médicaments.

Je suis appelé dans cette famille pour les crises d'hystérie, pour une intoxication au CO, pour des crises d'asthme de l'enfant, pour l'épilepsie d'un autre enfant ! De nouveau pour beaucoup de choses. Je me dis qu'il faudrait essayer de structurer, de cadrer un petit peu cette famille et d'essayer, si les parents ne sont plus « sauvables », de « sauver les enfants » et donc on instaure un passage régulier dans la famille tous les quinze jours pour voir les problèmes de santé qui s'y posent avec l'aide d'une assistante sociale qui gère les problèmes financiers. Au bout de quelques années, à un moment, un des enfants de la famille, se trompant, m'appelle papa !

Quel rôle de structuration d'une famille peut-on jouer, et qui va nous indiquer les règles pour savoir jusqu'ou ne pas aller et quelle intervention faire ou ne pas faire ? Quand je fais appel au psychiatre pour une évaluation du type d'intervention qu'on peut avoir dans ces familles, je ne trouve pas de réponse parce que personne ne parvient à comprendre le type d'intervention que j'ai... sauf d'autres généralistes !

Ahmed dont personne ne veut

Ahmed est un psychotique parfois agressif, habitué des services d'urgence de tous les hôpitaux bruxellois. Il a déjà volé deux fois à la maison médicale ! Dans la salle d'attente, il fait la quête ! Il est incapable d'une structuration, c'est vraiment un psychotique errant, dont personne ne veut, c'est un patient à jeter, un patient qui ne s'inscrit dans aucune thérapie possible. On a essayé les centres

de jour, les centres de nuit, les hôpitaux psychiatriques. Il signe des décharges à chaque fois. Il n'est pas vraiment dangereux ni pour lui ni pour les autres et donc on ne peut pas le colloquer, ni le mettre en observation. Personne n'en veut ! La police ne s'en occupe pas « le pauvre il est malade, on ne va pas le condamner ». Où peut-il encore aller ? Chez le médecin généraliste ! Je pourrais dire : « il m'a volé, il a dépassé le cadre. On ne le prend plus ». Le problème est que si à la maison médicale on ne le prend plus, ou si le médecin généraliste ne le prend plus, il ne reste plus personne pour l'accepter.

Nous avons un rôle au niveau des patients dont personne ne veut et c'est vrai pour beaucoup de pathologies : diabétiques, hypertendus, décompensés cardiaques, tous ceux qui ne se moulent pas dans la règle de la spécialisation, c'est nous qui nous en chargeons !

Frédéric et son « psy »

Frédéric est étudiant en éthique en France, il ne parvient pas à rédiger sa thèse car il a un blocage psychologique important. Il vient me dire qu'il est suivi par un psychiatre et qu'il voit mieux son problème. Il me demande des médicaments que le psychiatre ne lui a pas prescrits. C'est un bon jeu de fonction, un psychothérapeute est quelqu'un qui ne prescrit pas de médicament. Je lui prescris des anxiolytiques. Il revient huit jours plus tard en disant : « ma faculté en France me demande un certificat disant que je ne peux pas, pour des raisons médicales, remettre ma thèse maintenant et pouvoir la postposer ». Le psychiatre me dit qu'il ne veut pas perturber la relation en remplissant des papiers. C'est donc le médecin généraliste qui peut s'occuper d'une relation saine et des choses saines que le psychiatre ne veut pas prendre en charge pour ne pas perturber la relation.

A chaque relation, un rôle différent à jouer... ●

Soins et logiques du don dans les replis des réseaux

René Devisch,
anthropologue,
psychanalyste,
professeur à la
Katholieke
universiteit van
Leuven.



Le fait que les discours politiques et les images médiatiques moralisatrices portant sur « les improductifs », « les sans papiers » et « la guerre contre le terrorisme » nous agacent, voire nous opposent les uns aux autres même autour d'un verre ou d'un repas pris ensemble, témoigne combien nos repères subissent une mutation touchant à la construction post-progressiste des idéaux de l'individu, du bien-être et de l'entraide, tout comme à la représentation de l'avenir de la société et de l'Etat providence.



Mutation des représentations sociales de la dépendance

Au regard des idéaux et des valeurs d'autonomie du sujet diversement prônés par l'*Aufklärung* et le marché néo-libéral, ainsi qu'au regard des projets de planification progressiste des divers champs d'action des individus et des groupes régis par l'Etat dans l'espace-temps public, la perte d'autonomie voire la totale dépendance économique et interpersonnelle (en particulier, dans le chef des improductifs et des personnes dépendantes de l'aide, tels les sans-travail, les désœuvrés et les exclus, ou encore les personnes atteintes par le vieillissement, les maladies dégénératrices, la pauvreté), tout comme l'errance (par exemple, des sans papiers, des exclus, des désaffiliés),

sont perçues désormais comme des a-normalités. Aujourd'hui, les institutions de l'Etat et de la bio-médecine, vu leurs limites financières, ont tendance à déléguer la demande toujours

grandissante de soins, en particulier de la part des improductifs, vers « la communauté ». Les demandes de soins se trouvent de plus en plus affublées de significations imaginaires (Taguieff 2000). En effet, jusqu'aux années 1960, la famille patriarcale et la « civilisation de la paroisse et/ou du syndicat » (Van Haver 1995) avaient assuré tant bien que mal les divers soins des sujets. Depuis lors, sous l'essor de l'économie marchande centrée sur « la chose dite toujours plus utile et plus belle » et qui a contribué idéologiquement et financièrement à la mise en place de la « gouvernementalisation bio-politique » (Foucault 1975 ; Burchell, Gordon & Miller 1991 ; Dean 1999 : chap.5), de nombreux soins socio-sanitaires se sont trouvés assumés par l'Etat providence et le marché néo-libéral des services.

L'accouchement, la maladie, la vieillesse, le handicap, l'accident, la mort jouissent désormais des droits d'hospitalisation et d'assurance-maladie, d'assurance-invalidité ou d'assurance-vie. Par ses lois, ses politiques, ses instruments d'information et ses services dominant de plus en plus l'espace public, l'Etat joue un rôle d'arbitre autoritaire dans la définition des liens, des attentes et des dépendances légitimes ou acceptables dans la quête de santé des citoyens. Dans notre monde moderne, la santé n'est-elle pas devenue la valeur première, en même temps que le dernier refuge de la morale et de la solidarité (Aïach & Fassin 1994 ; Aïach & Delanoë 1998) ? La gestion des savoirs techno-scientifiques et des stratégies collectives touchant à la santé communautaire, tout comme l'admission du sujet aux services socio-sanitaires font l'objet d'une réglementation et d'une vaste planification par l'Etat. Mais cette ambition de l'Etat providence relative à la gouvernabilité bio-politique se trouve doublement piégée : les idéaux de l'*Aufklärung* et les rapports marchands autonomisent, voire atomisent l'individu tant pourvoyeur que consommateur des services de plus en plus spécialisés, en vue de délivrer le client de ses leurre et de ses maux. Etant sujette aux lois du marché, à la neutralité professionnelle et aux critères scientifiques d'efficacité, l'expertise professionnelle a fini par rejeter la présence engagée, qui creuse le chemin de l'intériorité

Journée
Souffrances du lien social
Clôtures



Pour une approche
généraliste



et de la reconnaissance réciproque, hors de son domaine institutionnel spécialisé.

C'est au cours des années nonante que des champs et des organismes mobilisateurs importants d'intermédiaires de soins socio-sanitaires et socio-psychologiques se développent. Ces intervenants (s'organisant parfois en volontariat, composé en majorité « de femmes ») se situent entre les services publics et le réseau familial. Ils mettent en place des programmes d'aide à domicile (autour de l'accouchement, de la maladie et autres pertes d'autonomie, des soins palliatifs, de la mort), alors que l'Etat par le truchement de l'Ordre médical ne cesse de superviser le classement du degré indemnisable de perte d'autonomie des personnes devenues dépendantes de ces mêmes soins offerts par ces intermédiaires.

Le lien dans les soins et les logiques du don

La gestion bio-politique au niveau collectif, pour autant qu'elle est monopolisée par le pouvoir étatique ou déléguée par celui-ci au domaine bio-médical, privilégie l'atomisation des individus et l'instrumentalisation de leurs besoins, d'une part, tout comme leur dépendance à l'égard des services institutionnalisés et commercialisés, d'autre part. Hormis les soins aux nécessiteux graves hospitalisés, les soins socio-sanitaires destinés aux non-autonomes se trouvent relégués de plus en plus vers le privé domestique et les services intermédiaires : c'est là que se mettent en place

de nouvelles pratiques de soins régies par l'espace-temps du volontariat, de la co-présence engagée, du don de soi, de la gratuité, de la confiance, de la générosité... (Berthoud *et al.* 1993 ; Caillé 1994).

Sommes-nous ici en face d'un clivage grandissant entre public et privé, état et famille, soins instrumentalisés et présence affective, espace-temps de l'expertise technique et celui du don de soi ?

Par quels biais repenser le paradigme du système 'fini' des soins face à une demande apparemment 'infinie' ? Comment redynamiser la jonction entre la professionnalisation instrumentale des services biomédicaux et sanitaires, d'une part, et les liens affectifs et engagés dans les soins individualisés empreints de gratuité et de générosité, prolongeant le rôle de la famille, d'autre part ? Où puiser les normes d'équité ?

Vu l'ampleur et la complexité de la question, nous n'envisagerons que quelques pistes en puisant dans notre expérience anthropologique de terrain.

Au plus près des ressources de la guérison et du mieux-être

Le contact : un exemple

La conception de l'identité de la personne en milieu des Yaka ruraux vivant au Sud-Ouest du Congo et à Kinshasa*, qui transparait dans leurs pratiques thérapeutiques, démontre l'importance primordiale en thérapie des expériences

* René Devish a travaillé comme anthropologue dans de nombreux pays d'Afrique (Congo, Ethiopie, Nigeria, Ghana...) ainsi qu'en Israël. Il est membre de l'Ecole belge de psychanalyse. Ses diverses collaborations avec l'Institut académique de médecine familiale de l'Université d'Antwerpen, avec des psychiatres et des psychothérapeutes travaillant auprès des populations émigrées de l'Europe du sud et du Maghreb tant à Tunis qu'à Bruxelles et Antwerpen l'ont conduit à affiner sa connaissance de l'image et du vécu très différenciés du corps, ainsi que de l'impact que la culture dite ethnique et familiale peut exercer sur le patient (Devish 1991 ; Devish & Vervaek 1986).

sensorielles et d'échange intercorporel et intersubjectif au niveau des seuils (voir aussi Anzieu 1985 ; Lichtenberg Ettinger 2000). Les cultes thérapeutiques y ré-élaborent les différentes formes de contact, d'enveloppement et d'échange au niveau de la sensorialité, dans un espace-temps concentrique et cyclique, visant à ressourcer les valeurs de base. Par contre, les processus identitaires (qui voient le jour au centre de la société et de la vie publique, en particulier à travers les pratiques de l'éducation et de l'initiation des jeunes, tout comme à travers les pratiques politiques telles que palabre, juridiction, intronisation, ainsi qu'à travers l'imposition ritualisée du nom, les rites de mariage et de deuil) visent à émanciper la personne dans un espace-temps vertical et linéaire face à l'instance ancestrale agnatique et à la hiérarchie des rapports de pouvoir (Devisch 1989, 1993 ; Devisch & Brodeur 1996).

A en considérer les métaphores de base, devenir une personne en milieu Yaka, c'est entrer dans un jeu de tissages multiples d'ordre sensoriel, sexuel et verbal, c'est nouer des échanges transmetteurs de vie, d'émotion, de savoir, et cela essentiellement entre parents agnatiques et utérins, entre les vivants et les ancêtres, entre les êtres humains et les esprits de l'eau et de la forêt, entre les hommes et la nature.

Paradoxalement, le centre de gravité de la personne ne se constitue pas dans le chef de l'individu, mais dans la pratique du partage, de l'échange, du tissage de liens. Le centre de l'individu, appelé *muutu* est situé au niveau de la peau (*luutu*) avec ses capacités de contact sensoriel et sexuel, c'est-à-dire à l'interface (*luutu*) d'échange avec les autres et le monde. Devient une personne, celui qui remporte du succès à la chasse, qui excelle dans la reproduction physique et sociale du groupe, dont l'attrait dans la rencontre, les savoirs échangés et la parole d'autorité nouent, relie et stimulent. Devenir une personne, c'est être connecté, relié, noué dans et avec ces champs de reproduction et d'échanges multiples qui donnent forme à l'univers de vie Yaka. Ce tissage de nœuds ou d'articulations est vital. Plus l'individu entre dans de nombreux champs relationnels pluriformes, plus il se constitue une identité connue de beaucoup, plus les regards et les paroles de ceux-là le renvoient à lui-même et le raffermissent dans son identité. L'identité

Yaka a une structure d'enveloppe et de nœud (*-biinda*), c'est-à-dire de tissage et d'entrelacement à couches superposées. La perspective occidentale moderne situant l'identité dans le noyau issu d'internalisation, d'introjection et d'identification projective, ne semble pas traduire adéquatement la perspective Yaka.

Tout ce qui nuit à la vie est conçu en termes de vol ou de sorcellerie, thèmes servant d'ailleurs à conceptualiser l'origine et la nature de nombreuses maladies. L'effet d'un vol, d'un ensorcellement, et aussi d'une maladie est associé à un nœud soit inextricablement serré, soit délié. La maladie, tout comme le manque de personnalité, sont conçus soit comme un tortillon (*yibiinda*, *-biindama*) ou un lacet qui bloque les liens vitaux (*-loka*), soit comme un nœud dénoué, un entrelacs embrouillé qui défait l'échange vital (*-kola*) entre le corps, le groupe et le monde. La maladie est considérée soit comme une torsion, comme ce qui obstrue, enferme, enlance, soit comme une intempérance, une dissolution, une effusion. L'endeuillé est un être dévêtu de sa 'peau sociale', détaché de ses rôles, et courant le risque de s'évider.

De nombreuses métaphores relatives au nœud, à l'action de nouer, d'entrelacer, de tisser, sont à la base de bien des thérapies et des rituels Yaka visant à intensifier la vie, la fécondité, le bien-être du groupe. Ainsi, par exemple, une thérapie s'achève normalement par le fait de renouer les rapports conjugaux, appelé « incitation mutuelle à s'entrelacer les jambes ».

Partage de fragilité et de dépendance dans une ère transitionnelle d'aide transformative

Le lien créé par le don de son temps voire par le don de soi, au cours de la dispensation des soins avec les personnes dépendantes est autant du côté de l'étonnement et de la merveille de l'être, que du côté de la grisaille du monde, de l'insignifiance du quotidien. « Il n'y a pas de sens si le sens n'est pas partagé... parce que le sens est lui-même le partage de l'être » (Nancy 1996 :20). Dans ce contexte de mutations en cours des sociétés occidentales touchant la construction de l'individu et des liens, ce qu'il s'agit de promouvoir c'est une éthique de la responsabilité commune, née du dialogue entre responsabilités personnelles assumées face au possible dans le partage des fragilités et des dépendances (Saillant & Gagnon 2000).



Pareille remobilisation de la bonne interdépendance correspond à la notion Yaka de cœur et de cordialité. Le cœur (*mbuundu*) métabolise la logique du lien et des nœuds en savoir, en itinéraire et en éthique. Dans la perspective Yaka, le cœur incorpore, sous le mode d'un décodage, les multiples affects et les messages déjà décodés par l'ouïe. De plus, le cœur décode et incorpore le précipité des messages émanant des autres et des rêves, ainsi que les traces laissées par les chances non réalisées qui sommeillent dans les replis du présent. Le cœur tend à émanciper ces messages et ces chances en cordialité, au sens de sociabilité et de concorde, c'est-à-dire en conscience, communication, conseil, consentement, confiance, compassion, considération.

Qu'est-ce que le cœur (*mbuundu*) pour les Yaka ? Le cœur est le foyer le plus vital de la personne, analogue au foyer familial (le foyer du 'corps social'), c'est-à-dire à l'entente et à la concorde (*mbuundu mosi*, littéralement « un seul cœur », *yibuundwa* : « concorde et cordialité ») entre parents et enfants, entre aînés et personnes qui en dépendent. Le cœur est donc un « entre-deux », un creuset et a une structure d'enveloppe où les uns sont des supports nécessaires aux (é)motions endogènes des autres et réciproquement.

Le cœur n'est pas tellement considéré comme l'organe du sang, de la passion, de l'attraction ou de la répulsion qui, elles, sont des affects relevant beaucoup plus des registres de l'olfaction et de la sexualité ludique et génératrice. Le sujet émerge en transformant le cœur en un écran intermédiaire entre l'écoute et la parole, entre le pulsionnel et l'éthique. Le cœur est le foyer du regard interne, gnosique ou représentatif (Maldiney 1973) de la personne (*muutu*) qui assure l'unité à ses multiples participations, à ses multiples implications empathiques au niveau du corps orificiel et sensoriel (*luutu*).

Comme organe qui reçoit les messages décodés par l'ouïe, les emmagasine et y réfléchit, c'est-à-dire se les visualise en projetant leur contenu sur des scènes des origines, le cœur est un écran autant qu'une source et une forme de savoir, de vertu, de discrétion, de jugement moral, de choix, de conscience, de communication, de loyauté et de souci, de responsabilité et d'éthique du soin (Held 1993 ; Tronto 1993) appelant à agir-ensemble pour l'avenir des siens. ●

Bibliographie

1. Aïach P. & D. Delanoë 1998 *L'Ère de la médicalisation: ecce homo sanitas*. Paris, Anthropos.
2. Aïach P. & D. Fassin 1994 *Les Métiers de la santé: enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris, Anthropos.
3. Anzieu D. 1985 *Le Moi-peau*. Paris, Bordas.
4. Berthoud G. et al. 1993 *Ce que donner veut dire: don et intérêt*. Paris, La Découverte & M.A.U.S.S.
5. Burchell G., C. Gordon & P. Miller (Réd.) 1991 *The Foucault effect: studies in governmentality*. Chicago, University of Chicago press.
6. Caillé A. 1994 *Don, intérêt et désintéressement*. Paris, La Découverte & M.A.U.S.S.
7. Dean M. 1999 *Governmentality: power and rule in modern society*. London, Sage (Chap 5: Biopolitics and sovereignty).
8. Devisch R. 1989 Modalités de contact sensoriel dans une société d'Afrique centrale. Dans: J.Schotte (Réd.), *Le contact*, Bruxelles, Editions Universitaires & De Boeck Université, p.47-63.
9. Devisch R. 1991 The Symbolic and the physiological: epigastric complaints in family medicine in Flanders. Dans: B.Pfleiderer et G.Bibeau (Réd.), *Anthropologies of medicine: a colloquium on West European and North American perspectives*. *Curare* (numéro thématique) 7:69-86.
10. Devisch R. 1993 *Weaving the threads of life: the khita gyn-eco-logical healing cult among the Yaka*. Chicago, University of Chicago press.
11. Devisch R. et B. Vervaeck 1986 Doors and thresholds: Jeddi's approach to psychiatric disorders. *Social science and medicine* 22:541-55.
12. Devisch R. & C. Brodeur 1996 *Forces et signes: regards croisés d'un anthropologue et d'un psychanalyste sur les Yaka*. Paris, Editions des archives contemporaines. (Traduction anglaise: 1999 *The Law of the lifegivers: the domestication of desire*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers)
13. Foucault M. 1975 *Surveiller et punir*. Paris, Gallimard.
14. Held V. 1993 *Feminist morality: transforming culture, society, and politics*. Chicago, University of Chicago press.
15. Lichtenberg Ettinger B. 2000 Art as the transport-station of trauma. In *Idem* (Réd.), *Artworking 1985-1999*. Gent, Ludion, p. 91-115.
16. Maldiney H. 1973 *Regard parole espace*. Lausanne, Editions l'Age d'Homme.
17. Nancy J.-L. 1996 *Être singulier pluriel*. Paris, Galilée.
18. Saillant F. & E. Gagnon 2000 Soins, lien social et responsabilité. *Anthropologica* 42:217-230.
19. Taguieff P.-A. 2000 *L'Effacement de l'avenir*. Paris, Galilée.
20. Tronto J. 1993 *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. London, Routledge.
- Van Haver J. 1995 *Voor u, beminde gelovigen: het rijke Roomse leven in Vlaanderen*. Tiel, Lannoo.

Des propos qui se rejoignent

**Madeline
Moulin,**
*sociologue,
professeur à
l'Université libre
de Bruxelles.*

Renaat Devisch termine sur une invitation très ouverte à interroger le cœur, organe emblématique du don et plus encore de notre rapport au don. Après tout, c'est aussi de cela qu'il se sera agi au cours de cette journée : s'interroger de manière « professionnelle » sur l'attention à l'autre en souffrance. Donner à ces interrogations l'allure d'une analyse critique des bonnes et moins bonnes manières de faire jeter sans doute un voile pudique sur les générosités sous jacentes à ces constructions. Renaat Devisch nous remet au cœur... si l'on peut dire, de ce processus de socialisation.

Francis Martens de son côté nous ramène aussi au cœur, oserait-on dire. Nous sommes plongés cette fois au cœur d'une des constructions les plus sophistiquées de nos mises à distance de la souffrance de l'autre : le « DSM » (Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux), en tant qu'instrument emblématique lui aussi des codifications délétères qui mettent à distance du corps, du cœur de l'autre. De l'autre réduit à une valeur d'usage posée comme objectivée. En totale extériorité. L'opposé même de la pensée symbolique, décrite par Renaat Devisch, qui met en route, elle, des valeurs d'échange. ●

Journée
Souffrances du lien social
Clôtures



Pour une approche
généraliste

Comment être fou dans les règles ?

.....

La fragilisation du lien social, l'effritement des solidarités, l'éclatement des repères symboliques, laissent nombre de citoyens désemparés. De nouvelles formes de souffrances psychiques - dont la moindre n'est pas le déni de la dite souffrance par crainte de perdre son emploi - font leur apparition. Côté politique, la santé mentale est de plus en plus un enjeu collectif. Côté psychiatrique, les vieilles balises nosographiques ne suffisent plus à orienter la clinique, et c'est tout le champ qui demande à être repensé. Pourtant, il règne sur la psychiatrie contemporaine, « au nom de la Science » un nouvel obscurantisme en forme d'interdit de penser.

.....

Depuis l'an 1952, le *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux*, mieux connu sous le petit nom de « DSM », ne cesse de croître sans embellir. Pourtant, son volume et son emprise croissante sur la nosographie mondiale semblent être inversement proportionnels à son épaisseur conceptuelle - si du moins cet adjectif peut encore être employé. Au début, le DSM - dont l'ambition était de favoriser entre praticiens la cohérence et la fiabilité diagnostiques - s'inscrivait encore dans les schémas psychopathologiques de son temps : tout praticien pouvait peu ou prou y retrouver ses poussins.

« Du passé faisons table rase »

Mais, en 1980, une équipe de psychiatres-chercheurs universitaires de haut vol, mandatée par l'Association psychiatrique américaine (APA) et entraînée par le Dr Robert L. Spitzer (commandant de la *Task Force on Nomenclature and Statistics* de l'APA), crée un véritable séisme en publiant le DSM III qui fait table rase d'un passé malaisément quantifiable, au profit de signes tellement faciles à encoder que même de bons cliniciens devraient pouvoir y arriver. « Du passé faisons table rase »... Comme aimait à le rappeler Mao, « la révolution n'est pas un dîner de gala ». C'est ainsi que passent à la trappe, non seulement toute approche psychodynamique, mais la notion même de névrose et a fortiori d'hystérie (qui faisaient encore, en 1968, les délices du DSM II). En contrepartie, au fil des subséquents DSM, d'autres « troubles » montent en force. Par exemple, ceux du sommeil qui permettent au psychiatre hospitalier - bardé d'électrodes et de graphiques - de regarder enfin droit dans les yeux ses collègues d'autres spécialités. Avec le DSM IV, le projet se radicalise. L'hystérie, après avoir été larguée en tant qu'entité nosographique, disparaît totalement du lexique repris en fin de volume. La classification diagnostique psychiatrique peut désormais se présenter à ses consœurs comme n'importe quelle nosographie de bonne compagnie.

À cet égard, la préface des traducteurs en français du Mini DSM-IV (1996) est sans ambiguïté : « il n'y a pas (affirme le DSM-IV) de distinction fondamentale à établir entre troubles mentaux et affections médicales générales » - il s'agit de créer « une véritable nosographie psychiatrique » en rapatriant les psychiatres au sein d'un modèle classiquement et exclusivement médical. En affirmant ceci, les préfaciers laissent entendre qu'avant la mise en chantier du DSM (d'après 1968) il n'existait aucune nosographie psychiatrique digne de ce nom. Il s'agit d'un procédé ancien, d'une efficacité redoutable, où celui qui veut noyer son chien commence par l'accuser de la rage, sans préciser néanmoins par quoi il va remplacer le chien. Tentons d'examiner sommairement ce qui reste dans la niche. Les

Francis Martens,
psychologue,
président de
l'Association des
psychologues
praticiens
d'orientation
psychanalytique.

Journée
Souffrances du lien social
Clôtures

concepteurs du DSM III entament, à leurs dires, une croisade pour la *fiabilité* du diagnostic psychiatrique. Si l'on veut entreprendre la moindre recherche, la moindre statistique dans la discipline, il importe de pouvoir comparer des éléments qui soient réellement comparables. Il s'agit, autrement dit, que cent psychiatres confrontés à un même schizophrène puissent émettre sans hésiter le même diagnostic de schizophrénie. Il faut, pour ce faire, suspendre toute spéculation étiologique et décider de n'appeler schizophrénie qu'un « trouble » (*disorder*, en anglais) présentant un nombre donné de signes objectifs faisant consensus parmi les praticiens. Assez souvent, le DSM propose huit signes cliniques (persistant depuis au moins six mois) : si le patient arrive au score de quatre pour un trouble donné, il a droit au code d'identification numérique de ce trouble. Il recourt aussi à une classification « multiaxiale » (troubles mentaux, physiques, de la personnalité, du développement ; facteurs de stress ; niveau d'adaptation) censée affiner le pronostic.

En réalité, et bien que ce fut son principal argument de vente, le DSM s'est avéré de peu d'utilité pour la recherche. Outre le flou de nombre de ses critères supposément objectifs, il est difficile d'employer à des fins statistiques un système de classification générale des troubles mentaux qui change sa donne quatre fois en vingt ans (1980-2000).

Désastre en santé mentale

Mais le plus dérangeant n'est pas là. La fiabilité diagnostique du DSM serait-elle excellente (ce qui est loin d'être le cas) qu'elle ne dirait rien encore de la *validité* conceptuelle des diagnostics ainsi posés. Que cent psychiatres s'accordent pour affecter du code 295.10 (c'est-à-dire : « schizophrénie de type désorganisé ») un patient donné, cela ne dit rien de la consistance du concept de schizophrénie lui-même, si ce n'est de façon tautologique : la schizophrénie est ce qui répond à au moins *n* des critères diagnostiques énumérés à la rubrique « schizophrénie ». A cet égard, la recherche arrive tout juste à s'élever au niveau des enquêtes de marketing.

Mais il y a pire, car s'il est de peu d'utilité pour les chercheurs, le DSM peut s'avérer en outre désastreux pour le clinicien peu expérimenté et partant, pour ses patients. Donnant l'illusion de la rigueur et préconisant l'emploi (idéalement « obligatoire ») de l'interview standardisée, il procède d'une véritable opération de décervelage. Car l'ennui, quand on veut édifier un système de classification exhaustif sans posséder aucun véritable principe de rangement, c'est qu'on s'expose au plus pittoresque des fouillis. C'est ainsi que, sous couvert de rhétorique scientifique et sans autre lien que la reliure du livre, avoisinent dans un





vide conceptuel épuré le « trouble oppositionnel avec provocation chez l'enfant » (numéro de code 313.81), le « trouble factice » (qui est néanmoins, notons-le, un vrai trouble : n° 300.16), le « trouble du sommeil » (n° 292.89), le « frotteurisme » (302.89) et la « schizophrénie paranoïde » (n° 295.30). Il arrive évidemment que des raisons objectives président à l'exclusion ou à l'inclusion dans le catalogue, mais la rigueur scientifique n'en sort pas grandie. Par exemple, l'homosexualité a disparu du DSM suite au combat musclé mené par les groupes « gays » des Etats-Unis, de même, le populaire PTSD (*Posttraumatic Stress Disorder*, 309.81) ne doit sa fulgurante promotion nosographique qu'à la lutte des anciens combattants américains qui avaient besoin de ce sésame pour être dédommagés.

Autre difficulté : le DSM, on l'a rappelé, a l'ambition d'abolir la distinction entre les désordres mentaux et les autres troubles relevant de la médecine. L'ennui, c'est qu'il a recours à des signes cliniques tellement hétérogènes qu'on ne sait plus vraiment dans quelle pièce on joue. Comment, en effet, faire entrer dans une même famille logique certains éléments diagnostiques de l'« intoxication alcoolique » (303.00) comme le nystagmus et l'incoordination motrice, et d'autres relevant de la « personnalité histrionique » (301.50), telle une « manière de parler trop subjective mais pauvre en détails » ? Notons en passant que la dite « personnalité histrionique » constitue, dans le DSM IV, un résidu de l'ancienne névrose hystérique et qu'il est assez difficile de faire la part, dans son abord, entre des critères diagnostiques et un discours moralisateur. Ce n'est pas étonnant car, vu l'absence totale d'élaboration conceptuelle, les *disorders* tant soit peu subtils ont pour critère ultime d'inclusion (dans le catalogue) le plus ou moins grand degré de tolérance à leur égard. À moins, on l'a vu, que le jeu politique ne se charge de la décision. Dans cette foulée, le « Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux » pourrait devenir sans difficulté le bréviaire d'une psychiatrie post-brejnevienne. Entre consensus professionnel et compromis « politiques », dans sa conception, rien théoriquement ne s'oppose à ce qu'on puisse inclure parmi les signes de la schizophrénie paranoïde le fait de penser (selon

les pays) que Ben Laden est peut-être un brave type, ou Kim Il Sung pas vraiment un génie.

A quoi peuvent servir les symptômes ?

Il n'est pas impossible que certains pensent que j'exagère. Peut-être même seraient-ils tentés de manifester leur désaccord. Je ne le leur conseille pas. Ils risqueraient de tomber aussitôt sous le coup de la variante adulte du code 313.81, « trouble oppositionnel avec provocation », ou pire du « trouble » 312.9 : « comportement perturbateur non spécifié ». A leur intention je cite *textu* une partie des éléments diagnostiques de 313.81 :

- A. Ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs, persistant pendant au moins six mois durant lesquels sont présentes quatre des manifestations suivantes (ou plus) :*
- (1) se met souvent en colère ;*
 - (2) conteste souvent ce que disent les adultes ;*
 - (3) s'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes ;*
 - (4) embête souvent les autres délibérément ;*
 - (5) fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite ;*
 - (6) est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres ;*
 - (7) est souvent fâché et plein de ressentiment ;*
 - (8) se montre souvent méchant ou vindicatif.*

... on est tenté d'ajouter « bavarde au cours de flamand », tant le DSM IV peut ressembler parfois à une version psychiatisée du « journal-de-classe-à-faire-signer-par-les-parents ». Mais dans ce cadre, qui sont les parents ? *That's the question*. Et qui va juger du Bien et du Mal ?

Rendu à ce point, et même si l'on n'épouse qu'une part de mon scepticisme, on est en droit de se demander (sans tomber obligatoirement dans 313.81) pourquoi je m'obstine à tirer sur

Comment être fou dans les règles ?

une ambulance ? La réponse est sans mystère : c'est parce qu'on m'oblige à y voyager et que le trajet n'est pas bon pour ma santé. Tout d'abord, parce que le DSM - axé sur la normalité statistique - est hétérogène à la notion même de santé mentale. Pour donner un exemple, il sera difficile de faire avaler au « manuel diagnostique » que l'incendie volontaire d'une voiture par un adolescent puisse être un signe de santé. Pourtant, si l'on peut inclure cet acte dans un tableau psychotique, psychopathique, pervers, déficitaire ou toxicomane, il peut également s'avérer le dernier rempart contre la dépression ou l'automutilation. Pour penser ainsi, il faut évidemment le secours d'une conception psychopathologique qui se demande à quoi peuvent servir les symptômes ? Or, ceci est totalement étranger à la conception d'un DSM fondé au mieux sur la systématisation des « idées reçues » en matière de psychiatrie descriptive. Certes, en tant que pense-bête, le manuel n'est pas inutile à un clinicien expérimenté bien formé par ailleurs. Mais, l'université devenant école technique et la médecine ingénierie, le DSM *de facto* tient lieu de plus en plus de manuel mondial de psychopathologie. Soucieux de normalité plus que de santé, décrivant des « troubles » plutôt que des maladies, il peut devenir un outil planétaire de contrôle social.

Les dividendes de la souffrance mentale

Le DSM, plus radicalement, est mauvais pour la santé intellectuelle car, confondant rhétorique scientifique et démarche de la science, il participe de la « poudre aux yeux ». Prenant prétexte des exigences de la recherche, il ne s'y prête en réalité que fort peu, tout en obligeant le chercheur à passer par ses rets. Tout qui ambitionne de publier dans une revue de standing doit faire au moins semblant de se soumettre à ses codes, tout psychiatre hospitalier qui tient à sa place doit forcer le trait pour épouser sa standardisation trompeuse (via par exemple, en Belgique, le « résumé psychiatrique minimum »). Un coup d'état en blouse blanche, favorisé par la position de force de l'Association psychiatrique américaine et par celle des éditeurs anglo-saxons, a

silencieusement imposé son outil à l'ensemble des praticiens et des chercheurs, nonobstant le fait que l'instrument ne convienne ni aux uns, ni aux autres.

Arrivé ici, on est fondé à se demander comment tout cela a pu arriver et à qui le crime profite ? Historiquement, il y va en partie d'une réaction contre la suffisance hégémonique et verbeuse d'une certaine psychanalyse, accompagnée, chez ses opposants, d'une authentique volonté de rigueur. Mais ceci n'est sans doute que la pointe émergée de l'iceberg. Plus profondément, la position d'entre-deux de la psychiatrie (entre technologie médicale et sciences-humaines), la polyphonie diagnostique et thérapeutique liée au statut même de la « maladie humaine » (ainsi qu'à l'efflorescence des états-limite) ne conviennent pas à tout le monde. Pour certains, une reprise en main s'imposait. Il fallait faire rentrer la santé mentale dans le giron plus étroit mais plus contrôlable de la médecine spécialisée. D'un autre côté, à l'heure de la cotation en bourse de certains hôpitaux, le DSM et ses codes conviennent on ne peut mieux à la logique budgétaire d'institutions confrontées aux exigences des organismes de financement. Il y a là comme une interface rassurante entre le langage impalpable et multiple de la santé mentale et celui, moins imagé, de l'administration. Le solde de cette opération est loin d'être innocent. Pour rentrer dans les normes administratives, le médecin est tenté de majorer la symptomatologie. La schizophrénie est mieux remboursée que le frotteurisme, d'où l'augmentation statistique quelquefois du nombre de schizophrènes, sans rapport avec l'état clinique de la population, mais non sans conséquences sur la stigmatisation des patients. Notons enfin que le DSM est fort apprécié de l'industrie pharmaceutique car il permet de passer, sans coup férir, du code du trouble à celui de la molécule correspondante.

Pour ceux qui veulent en savoir plus et parcourir comme un roman la fabuleuse histoire du manuel, je renvoie à l'ouvrage de Stuart Kirk et Herb Kutchins (respectivement professeurs en sciences sociales à Columbia et à Sacramento) : *The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry* (New-York, 1992), traduit en français sous le titre : « Aimez-



vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine » (Paris, 1998).

En bref : épais comme la Bible, normatif comme le catéchisme, créatif comme un règlement militaire, le DSM ne peut avoir toutes les qualités. Étranger à la notion de santé mentale, le lien social n'est pas vraiment sa tasse de thé. Il ne serait pas incongru dès lors d'y opposer quelque résistance. Je nous y invite. Car, sans notre vigilance, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* risque d'ajouter à sa prochaine nomenclature le « trouble de penser » (code 00). ●

La santé mentale, j'en parle. Et maintenant ?

Martine Baudin,
directrice de la
Fondation Julie
Renson.

.....

« 2001, année de la santé mentale » a commencé sur un coin de table, petit projet très ambitieux emballé dans de grandes idées. D'avril 1998 à janvier 2002, beaucoup de travail, beaucoup de réunions, beaucoup d'énergie, beaucoup de solidarité, ont aidé à le porter, ont permis de le réaliser. Comme toujours, pourtant, il y a loin entre les espoirs et les réalisations, en plus comme en moins. Des objectifs ont été concrétisés, d'autres se sont évanouis, mais surtout des découvertes ont été faites en chemin. Ce sont elles les plus intéressantes, puisque nouvelles et inattendues.

.....

Découvertes

Première découverte : une campagne axée sur la déstigmatisation de la maladie mentale et des malades mentaux semblait de nature à faire *a priori* un large consensus. Elle a pourtant mis en évidence deux axes d'approches différents. Soit on privilégie la situation et la parole de personnes souffrant de maladies mentales reconnues comme telles, et de ce fait on se trouve confronté à la question de la « normalité » et de l'« anormalité », et à tout le questionnement sur le statut de malade ou non. Soit on privilégie les attitudes de type préventif, on centre l'attention sur les causes de déséquilibre psychoaffectif, et on rencontre la question de la norme sociale, de la norme de

vie et de son mode d'imposition à chacun. Ne prendre que le premier axe, permet certes une action en faveur de l'intégration de personnes en situation

fragilisée et de leur entourage, mais ignore les projets susceptibles de réduire les risques d'occurrence de ces fragilisations. Ne prendre que l'axe de la prévention permet une action en faveur d'une meilleure santé mentale globale pour la population, mais risque d'ignorer la situation présente de toute une population actuellement en difficulté et en souffrance. Et prendre les deux axes en compte a peut-être entraîné une certaine dilution du message...

Deuxième découverte : cette campagne a soulevé un extraordinaire enthousiasme au sein du milieu professionnel entendu au sens le plus large, incluant les associations, les patients et leur entourage. Une formidable mobilisation de tous s'est progressivement mise en route, et les idées ont fusé de toutes parts, les projets se sont développés dans toutes les directions en faveur des patients, de leurs familles et d'une meilleure information de tous.

Troisième découverte : le projet imposait des rencontres multiples, soit exclusivement entre professionnels, soit avec d'autres milieux. Toutes ces rencontres se sont avérées d'une extraordinaire richesse. Rencontrer dans leur activité professionnelle une série de collègues d'autres types d'institutions que celle dans laquelle on évolue habituellement donnait enfin un visage aux noms parfois connus, mais surtout rendait plus clair le travail effectué par d'autres et les complémentarités naturelles. Rencontrer des professionnels d'autres secteurs, plus ou moins connexes tels que des juristes, des enseignants, des médecins, ou tout à fait extérieurs tels que des politiciens, des artistes, des journalistes, des employeurs, et d'autres encore, a montré la nécessité de cette ouverture plus grande vers d'autres mondes, a montré combien vouloir déstigmatiser la maladie mentale et ceux qui en souffrent impose de ne pas rester isolés dans sa pratique quotidienne. Ceci pourrait ne pas être une découverte tant il est évident que la déstigmatisation passe par le contact et la connaissance réciproques, mais vivre dans les faits ce principe théorique facilement énoncé relève de la découverte, et épingle soudain l'impérieuse nécessité de maintenir des moments d'échanges et d'explicitations réciproques.

Journée
Souffrances du lien social
Clôtures



*Franchement, docteur :
puisque vous trouvez qu'on vit
dans un monde de fous, sur base
de quoi allez-vous me guérir ?*



Quatrième découverte : tous les contacts vécus à l'occasion de cette campagne ont mis par moments lourdement en lumière le poids des préjugés contre lesquels il faut encore lutter, le poids de l'image négative et de la peur qui amènent au mieux à préférer ignorer, au pis à rejeter comme aberrante la seule idée d'être associé de quelque façon que ce soit aux mots « maladie mentale ». Amère expérience que ces rejets, parfois violents, qu'il a fallu rencontrer ; amère aussi l'expérience, inévitable sans doute, des opportunistes de tous bords en recherche de financement personnel, de valorisation individuelle. Les réactions positives ont contrebalancé ces aspects-là, mais ils ne peuvent être ignorés.

Cinquième découverte : envisager une campagne nationale, visant un public large, pour tout dire le « grand public », sur un thème qui fait peur, avec des moyens... nuls au départ, relève de la gageure. Le faire sans soutien institutionnel préalable relèverait plutôt de la... folie. Pourtant, il semble bien que cinq personnes motivées peuvent à petits pas entraîner dans un large mouvement des centaines de personnes par cercles concentriques. Cette campagne, partie d'un coin de table, est devenue le projet d'une multitude de personnes et d'institutions, qui l'ont fait leur,

qui l'ont développées, qui lui ont donné les couleurs et la densité de la vie. Les moyens nuls ne sont pas devenus des fortunes, mais 12.500.000 BEF (309.867 euros, non encore tous libérés) ont pu être réunis et entièrement affectés à des actions concrètes assurées par quantité de bénévoles enthousiastes. Le soutien institutionnel est venu, progressivement de tous les ministres ayant la santé mentale dans leurs attributions (ils sont sept pour l'ensemble du pays !), très tôt de la Commission de l'Union

européenne, et aussi de l'Organisation mondiale de la santé. L'idée s'est fait son chemin peu à peu, toute seule, de plus en plus indépendante de sa source, mais c'est cela qui fait les grands fleuves, c'est comme cela que naissent les mouvements d'idée.

Tentation de bilan

Avec le recul, certes des ratés auraient pu être évités, de meilleures idées auraient pu être mises en œuvre, jamais les réalisations ne correspondent pleinement aux espoirs. Au nombre des regrets, on citera une information insuffisante ou tardive pour les stages des parlementaires, et pour les journées portes ouvertes, l'impossibilité de réunir des moyens suffisants destinés au financement de projets locaux décentralisés, le manque de possibilités de contacts avec certains milieux professionnels et avec les entreprises, l'échec de l'exposition d'art brut qui n'a pu se monter faute de moyens mais qui aurait permis une médiatisation plus large, l'absence de dossiers thématiques permettant une information rapide, précise et immédiate sur des sujets récurrents, la difficulté à limiter le nombre de colloques, formule trop classique et académique, et quelques autres

encore dont le souvenir se perd dans l'ensemble. Au crédit, on notera l'extraordinaire réussite de la formule Forum qui s'est avéré un bon moyen de rencontres et d'information, les découvertes énumérées ci-dessus, le succès de la Journée d'ouverture à l'Ancienne Belgique et son impact extraordinaire sur les usagers des services de santé mentale, le beau succès de l'exposition itinérante sur l'Histoire de la santé mentale, la participation de tout le pays par delà les clivages politiques, idéologiques et linguistiques, et tous ces moments fugitifs au cours desquels l'évidence d'une réussite, fut-elle momentanée, illuminait l'instant.

Parmi ceux-ci, ces moments, à chaque fois uniques, où un accord a pu se faire pour l'obtention d'un soutien financier, si difficile à réunir, de la part d'une entreprise, de la part d'un service public. Chaque accord manifestait une adhésion à l'idée que cette campagne avait un sens, une utilité, et que pour cela il fallait la rendre possible et l'aider à la mesure des moyens disponibles. On a coutume de ne pas parler des sponsors et des pouvoirs subsidants, leur mention et leur logo servant habituellement de mode de reconnaissance. Il apparaît pourtant qu'au-delà des intérêts spécifiques que chacun des donateurs se doit de protéger bien logiquement, à chaque fois il s'est agi d'une décision qui, dans le cas présent et au vu de ce que disaient les refus, représentait une réelle sensibilité à une idée, une conviction personnelle ou collective de l'importance du propos. Cela aussi est à mettre au crédit d'une telle opération.

Il reste en tous cas l'espoir tenace que cette première année du siècle, placée sous le signe de la santé mentale, soit un premier pas vers une société plus généreuse à l'égard des personnes en souffrances psychiques, et plus attentive à les éviter ou à en réduire les effets. Ces quelques propos n'engagent que moi. Ils ne font pas le tour complet de la question, aux premiers jours de janvier aucun recul n'est encore possible, aucun processus d'évaluation n'a encore été entamé. Cette évaluation aura lieu pendant les premiers mois de 2002, les idées qui en émergeront seront diffusées comme l'ont été les projets et les étapes. Cette

évaluation se doit d'être collective, comme l'ensemble de la campagne fut un processus collectif. Il était pourtant difficile de résister à la tentation d'un premier petit bilan subjectif, spontané et partiel. ●



Au-delà de l'expertise, un certain humanisme rémunéré

.....

On court pour qui, pour quoi, à discuter, écouter, confronter les idées, un peu abstraitement puisque par le langage seul, et hors de la présence de ceux-là mêmes dont les professionnels ont le souci, outre celui on ne peut plus légitime de « gagner sa croûte » ? La mosaïque ci-dessus ne se conclut pas : les propos ont été sollicités pour ouvrir des portes, pour tenter de ne plus jouer à bureau fermé ou de sortir du huis-clos, selon. Trois mots viennent cependant à l'esprit pour résumer les perspectives plus ou moins concrètes, plus ou moins optimistes qui se dégagent de cette journée : concilier, exorciser, décloisonner.

.....

Concilier

... l'élaboration volontariste de politiques sociales « justes » avec les usagers (« les gens », tout simplement) et leurs réalités. Certes, un chemin appréciable a été parcouru sur le terrain ces dernières années pour situer la personne, le sujet au centre des manières de penser les pratiques quotidiennes. Mais la route est encore longue pour faire admettre et surtout pour mettre en pratique l'idée, somme toute simple, qu'il importe d'entendre leur expertise et leurs compétences à propos de leur existence dans sa complexité avec ses aspérités, ses duretés et ses embellies. En sachant - enfin ! - qu'il y a là

tout un monde de réalités et d'expériences qui ne correspondent pas nécessairement aux reconstructions en extériorité élaborées par les professionnels, quels qu'ils soient. Sans démagogie. Il s'agit en quelque sorte d'un devoir démocratique, celui de la mise à disposition du plus grand nombre d'un certain savoir - parmi d'autres tout aussi utiles - qui octroie un pouvoir d'action suffisant pour répercuter auprès des décideurs et de la société civile les méfaits des iniquités et des oublis du respect. Encore faut-il que ce positionnement social demeure un moyen et non une fin en soi. Ceux qui sont venus n'avaient pas besoin d'être convaincus, rétorquera-t-on. Faudrait-il pour autant arrêter de taper sur ce clou ?

Exorciser

... le ras-le-bol, le sentiment d'impuissance, la contagiosité pernicieuse du désenchantement, tous ces poisons qui conduisent à des violences larvées ou démesurées sous des formes variées. Il n'y a pas que les violences sociales réactives « sur le terrain ». Songeons ici à toutes les formes de violence institutionnelle, où qu'elles appuient leur force et leurs autojustifications : idéologiques (l'insertion sociale à tout prix pour le bien des personnes et dans l'intérêt général), scientifiques (les nosographies apodictiques, les impératifs de la compliance « soft »), morales ou éthiques (l'internalisation de la responsabilité comme fleuron de la conscience individuelle avec son cortège de culpabilisations, la conscience citoyenne comme vecteur unique de la vertu cardinale de l'autonomie), politico-économiques (le bien être non coûtant à la collectivité comme exigence de psychè),...

Il serait cependant fallacieux de croire que les professionnels normalement constitués apprécient de travailler dans de telles conditions. Bien au contraire. Mais trop c'est trop.

A-t-on déjà évalué en monnaies sonnantes et trébuchantes les coûts engendrés par la déperdition gigantesque d'énergie consacrée à aller

*Madeline
Moulin,
sociologue,
professeur à
l'Université libre
de Bruxelles.*

Journée
Souffrances du lien social
Clôtures

contre les vents de l'inertie (pour valoriser par exemple la formation à la médecine générale), à convaincre selon le bon sens le plus élémentaire (qu'il y a par exemple des économies d'échelle qui n'en sont pas et qu'il ne faut pas toujours prendre les gens pour de perpétuels ahuris), à justifier des bonnes intentions de telle ou telle innovation (par exemple, la création d'une expérience-pilote motivante sinon administrativement motivée, dans un service ou un secteur). Pour expliquer qu'on a tout bonnement, ni plus ni moins envie de « bien faire son boulot » ? Tout cela pendant que d'hallucinantes gabegies monétarisées nous sont sans relâche assénées comme des évidences et des nécessités ?

Les personnes qui œuvrent dans le secteur labellisé « non marchand » ont aussi, figurez-vous, un ego, des souffrances sociales. Parfois même leur ras-le-bol se fait scientifique et prend nom de *burn out*. Ils ont aussi envie d'être valorisés professionnellement, d'être reconnus dans leurs investissements et leurs engagements. Ils rêvent aussi que leurs attentes et projets soient pris en considération au même niveau de rationalité que les exigences de productivité et de performance marchande. Des voix se font entendre dans ce sens. De plus en plus fort, dont certaines tentent d'ailleurs d'échapper à tout corporatisme délétère.

Qu'il me soit permis de souligner ici que les propos les plus forts et les plus prometteurs pour résister à ces « désaffections » au cours de cette journée sont ceux qui prônent sans réserve les actions collectives (c'est-à-dire pensées collectivement et posées par rapport aux intérêts collectifs) et en appellent à toutes formes de solidarité interprofessionnelles, intersectorielles, interdisciplinaires, etc.

Décloisonner

Décloisonner la réflexion concernant la première ligne et le sens à donner à la santé mentale. Et ceci concerne tant les formateurs que les décideurs et le terrain. Il y a vraiment urgence, à deux niveaux au moins.

D'abord, il ne faudra plus dix ans pour que l'hôpital devienne ce qu'on est en train d'en faire, c'est-à-dire un lieu d'actes techniques (diagnostics et thérapeutiques), de moins en moins hospitalier, au sens premier du terme. Si dans le même temps, on ne prend soin de développer l'accessibilité aux soins et aux services *extra muros*, nous pouvons imaginer le tableau de ce que sera sous peu un système de soins à deux vitesses automatiques : la médecine technique performante, et un magma de services éclatés, aux missions floues, écrasés par des demandes protéiformes pour lesquelles ils ne seront pas outillés. Plaignons le généraliste isolé qui devra œuvrer dans ces conditions, ... ou son patient si ledit généraliste est un adepte des neuroleptiques à toute heure. Le rôle des départements de médecine générale, ou plus exactement les politiques de toutes les facultés de médecine seront déterminants à cet égard.

Ensuite, il est sans doute temps de se souvenir que si l'histoire de la psychiatrie et de la santé mentale ont coltiné leurs paquets d'orthodoxies les plus sophistiquées, la « folie » certes, mais aussi la santé mentale ont toujours suscité aussi une pensée vive et radicale, bref ont toujours fourni les ingrédients d'une réflexion critique et de débats intellectuels. Il faut pour cela qu'on ne pense pas les « questions de santé mentale » comme le monopole du secteur de la santé mentale. L'effervescence au sein de divers milieux de médecine générale (formation, groupements professionnels, ...) est propice et encourageante à cet égard. Entre autres, on peut se réjouir du souci de contextualiser le patient et des avancées de la formation du futur généraliste aux dimensions de la pratique trop sommairement étiquetées de subjectives. Les pesanteurs institutionnelles sont cependant encore considérables. Les raideurs dans la manière de penser ces décloisonnements le sont tout autant, quoiqu'on ne les évoque pas aussi facilement dans les catalogues de critiques. Or, en l'espèce, un levier au moins existe : comprendre l'autre, sa réalité professionnelle quotidienne. Bref, le dialogue, comme celui amorcé aujourd'hui. Un pas vers plus de santé mentale, vers moins de souffrances sociales (ou de charge mentale professionnelle ?).



Enfin, plus largement, il y va de la conception de l'homme que nous entendons défendre et garantir dans l'exercice des métiers d'aide à autrui, du sens que nous entendons donner à ces incommensurables attentions tapies dans le quotidien des praticiens de tout poil, dans les discussions des équipes de tout genre.

Passées au rouleau compresseur de la quotidienneté racrapotée, escamotées dans les déferlements d'indifférence collective et des crispations auto-référentielles ou corporatistes, elles constituent néanmoins un formidable réservoir de ressources cognitives et discursives.

Car pour répondre *in fine* à la question du pourquoi de cette journée, peut-on, sans risquer l'injure de naïveté ou de romantisme attardé, avancer qu'il y a chez chacun d'entre nous - au-delà des contingences auxquelles nous ne pouvons nous soustraire n'est-ce pas ma chère... -, un raisonnable souhait de voir diminuer la souffrance autour de nous et la secrète conviction que nous détenons chacun une petite part de la force nécessaire pour « travailler le social ».

Il y a là une résistance à affirmer, à consolider collectivement, en se hâtant lentement. Peut-être a-t-on fait un pas dans ce sens. ●

Éléments de bibliographie

Ouvrages

DEJOURS C., *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Seuil, Paris, 1998.

DE LEPELEIRE J., *De diagnose van dementie het aandeel van de huisarts*, KUL, Leuven, 2000.

EHRENBERG A., *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, Paris, 1998.

EHRENBERG A. et LOVELL A. (éds), *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Odile Jacob, Paris, 2001.

LEBRUN J-P., *Les désarrois nouveaux du sujet. Prolongements théorico-cliniques au « Monde sans limite »*, Erès, Ramonville, 2001.

LOUCKX F. (ed.), *Que reste-t-il derrière la façade de l'Etat-Providence ? Inégalités d'accès aux soins de santé*, VUB Press, Bruxelles, 1996.

SCHURMANS M-N., *Maladie mentale et sens commun. Une étude de sociologie de la connaissance*, Delachaux et Niestlé, Paris, 1990.

Articles

BAKKER R.H.C., DE BAKKER D.H., KERKSTRA A., « De rol van de huisarts bij psychische en sociale problemen in het verzorgingstehuis », *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 1995, n°2, pp. 71-79.

BENRUBI M., « Tout est relatif ? Quelques réflexions à propos de la maladie comme représentation », *Santé conjugulée*, avril 2001, n°16, pp. 31-32.

BOULAD M., « Savoir médical et culture d'usage », *Santé conjugulée*, janv. 2001, n°15, pp. 59-61.

BOULAD M., « Le généraliste et la médecine : un couple illégitime ? », *Santé conjugulée*, avril 2001, n°16, pp. 91-94.

CAILLE A., « Ailleurs, autres regards : Le paradoxe fécond du don », *Pratiques*, déc. 1999, n°8, pp. 80-86.

DE MAESENEER J., « Attitudes van huisartsen. Een onderzoek aan de rug (Deel 1) », *Huisarts Nu*, 1990, n°5, pp. 228-234.

DE MAESENEER J., « Attitudes van huisartsen. Een onderzoek aan de rug (Deel 2) », *Huisarts Nu*, 1990, n°7, pp. 324-331.

DEMAILLY L., DESMONS P., ROELANDT J-L., « Usagers et mésusagers en santé mentale » in CRESSON G., SCHWEYER F.X., *Les usagers du système de soins*, Rennes, Editions de l'École nationale de la santé publique, 2000, pp. 126-143.

DEMAY-LAULAN M., « L'urgence psychiatrique et le médecin généraliste », *Thérapie familiale*, 1987, n°3, pp. 247-256.

DE PROOST P., « Une entreprise en pleine expansion : le CPAS », *Santé conjugulée*, avril 1999, n°8, pp. 56-60.

DE RIDDER H., « Huisartsgeneeskunde : een verkenning », *Huisarts Nu*, 1990, n°3, pp. 109-113.

DOUBLE D.B., « What do GPs want from mental health services ? », *Journal of Mental Health*, 1999, n°4, pp. 385-389.

ELGHOZI B., « Le médecin généraliste et les publics en difficulté », in LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et Santé*, Flammarion, pp. 250-270.

FERRANT L., « Représentations du corps et de la maladie », *Santé conjugulée*, avril 2001, n°16, pp.39-44.

GIUDICELLI S., « Actualité des névroses : entre généralistes et psychiatres », *Psychologie Médicale*, 1992, n°14, pp. 1513-1518.

HERSCOVICIA., « L'accès aux soins, ombres et lumières », *Santé conjugulée*, avril 1999, n°8, pp. 81-82.



MOREL J., « Actualité du concept de santé communautaire », *Santé conjuguee*, avril 1998, n°4, pp. 25-28.

PEETERS F.P.L.M., « Huisarts en depressieve patient : een problematisch duo ? », *Tijdschrift voor psychiatrie*, 1997, n°4, pp. 309-320.

PIGNARRE P., « Une psychiatrie ennuyeuse », *Pratiques*, juillet 2000, n°10, pp. 20-22.

VAN DEN BRINK W., ORMEL J., « Depressie in de huisartspraktijk. Consequenties voor onderwijs, onderzoek en beleid », *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1993, n°2, pp. 94-109.

VAN DER KROET G., « De samenwerking tussen huisarts en eerstelijnspsycholoog », *Psycholoog*, 1986, n°6, pp. 312-316.

WINCKLER M., ZAFFRAN M., « Raconte-voir : Médecine à problèmes, soignant à problèmes », *Pratiques*, juillet 2000, n°10, pp. 73-75.

Revue, brochures, rapports de recherche, mémoires, actes de colloques et documents divers

DELBROUCK M. (textes colligés par), *Le temps dans ma pratique*, Monographie, Société Balint, Année académique 1999-2000, Malines, 2000.

Enquete over de geestelijke gezondheid, Enquete groot publiek, Research Consult, March 2001.

FERON D., *Influence des facteurs psychosociaux sur l'incapacité de travail*, DES en évaluation du dommage corporel, ULB, année académique 2000-2001.

GIELEN M., *La construction sociale du regard sur la folie dans la culture contemporaine*, mémoire de licence en travail social, dirigé par M. Moulin, Université libre de Bruxelles, année académique 2000-2001.

Jaarverslag, Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen, 2000.

La psychè : le cadet de mes soucis ?, Note de politique relative aux soins de santé mentale, Ministère fédéral de la Santé publique, de la Protection de la consommation et de l'Environnement, Bruxelles, 2001.

La santé mentale. Attitudes et réactions du grand public, Premiers résultats d'une enquête d'opinion, Research Consult, Mars 2001.

« La santé mentale. Un autre regard sur la prévention » in *Bruxelles Santé*, n° 21, Mars 2001.

Les nouvelles formes de la coopération publique en Belgique. Le cas de la santé mentale. Programme de recherche pluriannuel concernant les problèmes actuels en matière de cohésion sociale, Bruxelles, services du Premier Ministre, sans date.

« Les psy dans la cité », in *L'Homme et la société*, n° 139, L'Harmattan, Paris, 2001.

« Santé et Société. Les risques cachés » in *Les cahiers de la santé de la Commission communautaire française*. Actes du Colloque du 16 décembre 1999, Solidarités Nouvelles, Bruxelles.

« Santé Mentale, des accords / désaccords sur un concept », in *Les cahiers de la santé de la Commission communautaire française*. Actes du 1er colloque des Services de santé mentale bruxellois, 12 et 13 mars 1997. Co-organisé par la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale et la Commission communautaire française.

SCHMITZ P., *Cellule psychiatrique mobile d'intersection entre la santé mentale et l'exclusion sociale*, Recherche commanditée par la Commission communautaire française, SMES asbl, Mai 2001.

WELLEN J., *Van probleem tot hulpverlening. Huisartsen en ambulante geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*, Leuven/Amersfoort, Acco, 1985.

Souffrances du lien social

Généralistes et santé mentale

Journée de réflexion qui a réuni cent cinquante personnes et qui a été organisée par le
Centre de sociologie de la santé (Institut de sociologie, ULB),
avec le Centre de diffusion de la culture sanitaire (CDCS, asbl),
en collaboration avec la Faculté des sciences politiques et sociales de l'Universitaire instelling Antwerpen (UA)

Vendredi 21 septembre 2001
Université libre de Bruxelles

Le programme

INTRODUCTION

Au nom de « 2001, année de la santé mentale »

Martine Baudin, directrice de la Fondation Julie Renson

Souffrances du lien social, souci constant, souci croissant ?

Madeleine Moulin, Université libre de Bruxelles

Santé mentale, nouveau souci pour le généraliste ?

(dans le prolongement du sondage d'opinion réalisé pour « 2001 »)

Herman Meulemans, Universitaire instelling Antwerpen

PANEL

« La souffrance mentale, l'entendre, l'écouter, y répondre »

Présidence : Micheline Roelandt, psychiatre, vice-présidente du Comité consultatif de bioéthique de Belgique

La pratique

Charles Burquel, psychiatre, directeur du Centre de santé mentale le Méridien, Bruxelles ; Anne Gillet, généraliste, vice-présidente du Groupement belge des omnipraticiens (GBO), Bruxelles ; Patrick Janssens, psychologue, Centre de santé mentale (CSM/WZ) Antonin Artaud, Brussel ; Olivier Mariage, généraliste, exécutif de la Région wallonne, Namur ; Peter Van Breusegem, médecin généraliste, (UZW), Brussel ; Bernard Vercruyse, généraliste, président du Forum des associations de généralistes (FAG), Bruxelles ; Bernadette Taymans, infirmière, Revue Education santé et service Infor Santé

La formation

Louis Ferrant, médecin généraliste, UA, Antwerpen ; Pierre Firket, généraliste, Association des généralistes enseignants (AGE), Ulg, CHP Petit Bourgogne, Liège ; Richard Hallez, généraliste, Centre universitaire de médecine générale (CUMG), ULB, maison médicale Marconi, Bruxelles ; Jan Heyrman, médecin généraliste, Akademische centrum voor huisarts geneeskunde (ACHG), KUL, Leuven ; Jean-Georges Romain, généraliste, responsable du programme Alto (SSMG), ex président de la Société Balint, Liège.

ATELIERS

Le fil rouge des ateliers : enjeux, embûches et possibles

Jacques Morel, généraliste, Fédération des maisons médicales

**ATELIERS FRANCOPHONES**

Présentateurs	Animateurs	« Oreille-Plume »	Personnes ressource
TEMPS			
Miguel Benrubi (généraliste-Liège)	Thierry Poucet (journaliste/UNMS)	Sylvie Carbonnelle (anthropologue/ULB)	Anne Courtois (psychologue) Michel Roland (généraliste)
PRESCRIPTION			
Patrick Jensen (généraliste-Bruxelles)	Anne-Michelle Cremer (journaliste/RTBF)	Guy Lebeer (sociologue/ULB)	Jean Gillis (généraliste) M-J. Wuidar (généraliste) Dominique Vossen (psychiatre) Anne Gillet (généraliste) Aldo Perissino (médecin interniste)
FORMATION			
Paul Cnockaert (généraliste-Bruxelles) (ULB/FSL)	Jean-Louis Genard (sociologue philosophe/ ULB/FSL)	Marianne Gielen (assistante sociale/CSM)	Cassian Minguet (généraliste) André Dufour (généraliste) Myriam De Spiegelaere (généraliste) Martine Vermeylen (psychologue) Richard Hallez (généraliste)
TERRITOIRES			
Monique Boulad (généraliste-Charleroi)	Monique Van Dormael (sociologue/IMT/ Antwerpen)	Martin Moucheron (sociologue/UCL) Jean-Yves Donnay (sociologue/ULB)	Bernard Vercruysse (généraliste) Anne Herscovici (sociologue) Patricia Schmitz (sociologue) Michèle Vandeneynde (psychologue) Michelle Pohart (assistante sociale) Enio Ranalli (psychiatre) Anne Feron (médecin conseil)

ATELIERS NEERLANDOPHONES

TEMPS, PRESCRIPTION, TERRITOIRES			
Leo Pas (huisarts-Brussel) Bernard Meyfrootd (huisarts-Leuven)	Herman Meulemans (socioloog/UA) Gie Goyvaerts (socioloog/ OCMW-Antwerpen)	Mark Leys (socioloog/VUB) Harry Parys (socioloog/UA)	Patrick Janssens (psycholoog) Louis Ferrant (huisarts) Jan Snacken (psychiater)

CONFERENCES DE CLÔTURE**Soins, plis du réseau et logique du don**

Renaat Devish, anthropologue, KUL

Comment être fou dans les règles ?

Francis Martens, psychologue, président de l'Association de psychologues praticiens d'orientation psychanalytique

Comité scientifique

Présidence : Madeleine Moulin (sociologue, ULB), Herman Meulemans (sociologue médical, UA).
Jan De Maesseneer (médecin généraliste, RUG), Jean De Munck (philosophe, UCL), Joke Denekens (médecin généraliste, UA), Jean-Louis Genard (sociologue, philosophe, ULB, FUSL, La Cambre), Olgierd Kutty (sociologue, Ulg), Guy Lebeer (sociologue, ULB), Fred Louckx (VUB), Françoise Noël (sociologue, ULB), Micheline Roelandt (psychiatre, vice-présidente du Comité consultatif de bioéthique de Belgique), Margarita Sanchez-Mazas (psychologue sociale, ULB).

Comité organisateur

Paul Arteel (directeur de la Vlaamse vereniging voor geestelijke gezondheidszorg), Martine Baudin (directrice de la Fondation Julie Renson), Lutgart Brouwers (Fondation Julie Renson), Manuela Bruyndonckx (Centre de sociologie de la santé, ULB), Sylvie Carbonnelle (anthropologue, ULB, Centre de diffusion de la culture sanitaire), Guy Lebeer, Pina Meloni (Centre de diffusion de la culture sanitaire), Herman Meulemans, Julie Morel (anthropologue), Madeleine Moulin, Aldo Perissino, Linda Van Hertum (Fondation Julie Renson), Nele Verhulst (Fondation Julie Renson).

Remerciements

Cette livraison à *Santé conjugulée* n'aurait pu avoir lieu sans l'aide et le soutien de plusieurs personnes, entre autres Sylvie Carbonnelle qui m'a substantiellement aidée à mettre les textes en forme, Martine Baudin qui a assuré la traduction des textes en flamands.

Je tiens également à remercier tous les néerlandophones qui ont apporté leur aide et leur contribution à cette journée de réflexion, même si ceci n'apparaît pas dans la publication, bien asymétrique à cet égard.

Madeleine Moulin, sociologue, professeur à l'Université libre de Bruxelles.