

Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale

JL Gallais
ML Alby

Résumé. – La prévalence des troubles psychiques dans la population et la place de la médecine générale dans les soins médicaux primaires conduisent le médecin généraliste à être impliqué dans tous les champs de la santé mentale. Les questions de prévention, de soins et de réinsertion sont interdépendantes. Elles constituent les multiples facettes d'interventions dans lesquelles les données somatiques, familiales et sociales sont intriquées. Les stratégies explicites et implicites mises en œuvre s'appuient sur les spécificités de la médecine générale. À côté de l'approche pharmacologique des soins, de la psychothérapie de soutien par le médecin généraliste, nombre de ces situations et patients peuvent bénéficier de l'apport d'autres professionnels spécialisés en santé mentale. La redéfinition du contenu de la formation universitaire en médecine générale, la clarification des compétences et tâches respectives des acteurs en présence sont indispensables, comme l'évolution du rôle et de la responsabilisation du patient lui-même. Les changements en cours vers une organisation structurelle et fonctionnelle plus synergique de l'offre de soins permettront de mieux traiter la souffrance psychique et d'aborder la santé mentale dans ses divers aspects individuels et de santé publique.

© 2002 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : médecine générale, psychiatrie, psychotropes, soins primaires, dépression, relation, psychothérapie, santé mentale.

Spécificités de la médecine générale

La fréquence de la pathologie psychiatrique et des troubles d'origine psychique rencontrés en médecine générale en fait un élément central de la pratique du médecin généraliste. Maladies ou symptômes, troubles isolés ou associés, ainsi se présente un continuum de manifestations et de demandes allant du normal au pathologique qui interroge la médecine et la société. Compte tenu de la prévalence des troubles psychiques et des maladies mentales, après leur repérage, la question est celle des moyens d'actions souhaitables, possibles et acceptables. Accepter d'agir sur les effets plus que sur les causes, renoncer à un schéma explicatif univoque réducteur conduit à des stratégies d'interventions explicites et implicites plurielles. Elles sont indissociables des spécificités de la médecine générale et de l'organisation des soins. La négociation avec le patient et la souplesse d'adaptation des réponses sont les déterminants d'un suivi possible comme d'une aide au long cours. Des soins individuels aux pratiques de collaboration avec les professionnels de la santé mentale, c'est sur la qualité de l'alliance thérapeutique et de la relation transférentielle avec le médecin généraliste que s'appuient les multiples procédures de soins.

DIFFÉRENTES SPÉCIFICITÉS

Aborder le thème de la psychiatrie et de la santé mentale en médecine générale, c'est s'interroger sur le sens et la fonction des plaintes qui induisent les recours médicaux. Parmi elles, les manifestations psychiques sont une composante majeure de la

pratique quotidienne. La compréhension de cette réalité impose, au préalable, de préciser la place du dispositif de médecine générale dans l'offre de soins. En France, la médecine générale représente l'essentiel de l'offre médicale ambulatoire, alors même que les modes de recours en soins primaires, secondaires et tertiaires ne sont pas clairement distingués, contrairement aux autres pays européens. Sept personnes sur dix confrontées à un problème de santé s'adressent en premier recours à un médecin généraliste. Au plan national, quelque 55 000 médecins généralistes constituent une offre de proximité, la distance domicile du patient-cabinet médical étant en moyenne inférieure à 1 km. Les données du Credes et de l'Insee confirment l'importance du dispositif de médecine générale : un quart de la population française consulte au moins une fois par mois un médecin généraliste en consultation ou visite à domicile. Sur une année, c'est donc près de 80 % de l'ensemble de la population qui a eu recours à un médecin généraliste. Cette accessibilité est aussi financière : le taux de renoncement aux soins de médecine générale en secteur 1 était déjà inférieur à 5 % avant l'instauration de la couverture médicale universelle (CMU). Si on ajoute que 85 % des consultants sont habituellement suivis par le même médecin, le cabinet de médecine générale apparaît comme un cadre de soins personnalisé accessible, stable, disponible assurant permanence et continuité des soins^[13].

Chacune de ces spécificités permet de décrire, analyser, comprendre et optimiser toute intervention en santé mentale. Elles conditionnent par exemple l'établissement du diagnostic de dépression^[22]. Sur l'ensemble des données disponibles conduisant le médecin à évoquer cette hypothèse, seuls huit items sont liés à la séance où cette hypothèse surgit. Les autres données portent surtout sur la connaissance antérieure du contexte (15 items) et de la relation soigné-soignant (5 items). Un élément supplémentaire qualifié de « déclic » marque la perception par le médecin d'une rupture par rapport à l'état clinique précédent du patient. L'étude *Mental Illness*

Jean-Luc Gallais : Médecin généraliste, CMS-CCAA, 5, rue du Docteur Pesqué, 93300 Aubervilliers, IMP Louise Michel, 64, rue Charles Auray, 93500 Pantin, France.
Marie-Laure Alby : Médecin généraliste, CES de psychiatrie, 29, avenue du Général-Leclerc, 75014 Paris, France.

in *General Health Care* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans 14 pays a quantifié ce phénomène en montrant qu'être le généraliste habituel d'un patient permet de doubler les scores de reconnaissance des troubles mentaux [24]. Les médecins qui soignent des patients avec qui ils ont instauré une relation personnelle et qui les consultent sur rendez-vous, identifient deux fois mieux la pathologie psychique que les médecins ne répondant pas à ces deux critères de connaissance personnelle réciproque et de demande personnalisée de soins. Dans les deux cas, les médecins possèdent pourtant un dossier médical comportant les informations habituelles sur les consultants.

Ces faits confirment les limites d'une approche médicale ponctuelle, non personnalisée, dispersée et/ou non coordonnée qui contribue à un risque d'erreur ou de retard diagnostique.

INTRICATION DU SANITAIRE ET DU SOCIAL

Le médecin généraliste est le recours médical le plus fréquent pour l'ensemble des problèmes de santé, pour toutes les catégories sociales et toutes les tranches d'âges. Pour les catégories socialement défavorisées, sa place est plus grande encore, renforçant ses responsabilités en santé mentale. Ainsi, chez les personnes bénéficiant du revenu minimal d'insertion (RMI), il y a prévalence accrue de la dépression, des tentatives de suicide et de l'abus d'alcool. Ces données soulignent l'interdépendance fréquente entre le sanitaire et le social. Le caractère chronique et récurrent de nombreux troubles psychiques et affections mentales oblige aussi à avoir une vision globale diachronique et non simplement synchronique. L'approche polypathologique et polysymptomatique est la règle en médecine générale (en moyenne 1,8 problème posé par séance). Le contenu des séances reflète cette diversité médicale, psychologique et sociale : 26,3 % s'accompagnent d'un geste technique, 13,3 % d'une activité de conseil et d'éducation, 9,3 % d'un soutien psychothérapeutique prépondérant et 2,6 % de questions sociales [13]. L'expression polymorphe et intriquée des troubles somatiques et psychiques implique un travail de recensement, de décodage, de liens et d'explications. Les réponses proposées peuvent être distinctes et dissociées. Elles sont toujours en interdépendance et en interaction.

MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET MÉDECIN DU GROUPE SOCIOFAMILIAL

Selon les systèmes de santé, la position du médecin varie, mais la nature de son activité est comparable. La médecine générale est basée sur la conjonction de quatre caractéristiques indissociables : les soins primaires, la continuité des soins, les soins personnalisés, les soins à la constellation famille et/ou à la communauté. Cette position professionnelle va permettre d'accéder « naturellement » à des informations essentielles tant pour la lecture et l'analyse des demandes de soins que pour les réponses curatives et préventives. L'étude pour la Société française de médecine générale (SFMG) de Vincent avec suivi sur 4 ans de 100 patients randomisés dans leur clientèle par 17 médecins généralistes [26], témoigne de cette importance par le nombre de membres de la famille soignés par le même médecin : famille inconnue : 0,44 %, une personne 16,57 %, deux à cinq personnes 56,52 %, six à dix personnes 21,2 %, dix à 15 personnes 3,69 %, plus de 15 personnes 1,58 %. Présents ou absents en consultation, les tiers demandeurs sont là, porteurs de symptômes pour eux comme pour les « malades désignés ». On entrevoit là les notions d'approche systémique et d'homéostasie familiale et sociale comme celles d'événements de vie. Ces faits servent de catalyseur à des stratégies médicales de prédiction et d'anticipation. Ces spécificités éclairent les recommandations publiées en l'an 2000 par l'OMS Europe pour la médecine générale : activité de soins primaires sans restriction, activité continue et centrée sur la personne, approche globale, coordonnée, collaborative, orientée vers la famille et vers la communauté.

Épidémiologie

ÉPIDÉMIOLOGIE ET ÉTUDE DE PRATIQUES

L'épidémiologie des troubles psychiques pose une double difficulté : celle de la « définition du cas », et celle de la nature de la maladie mentale. Le caractère stigmatisant de certaines situations conduit à les minorer, les scotomiser, voire les dissimuler. En fonction du problème étudié, les résultats sont bien différents selon que l'on étudie la morbidité ressentie, la morbidité exprimée, la morbidité initiant une demande d'aide non médicalisée, la morbidité avec automédication. Un trouble relevant de la souffrance psychique ou d'une pathologie mentale est perçu et interprété de façon très variable. Il peut donner lieu ensuite à des comportements de soins différents. Les études de clinimétrie montrent bien que nombre de sujets dont les scores dépassent les seuils de telle ou telle affection ne font aucune demande d'aide. Et quand ils le font, le mode d'expression des signes et symptômes n'aboutit pas pour autant au diagnostic relevé par les tests mis en œuvre.

Ces écarts se retrouvent dans les multiples études de prévalence et l'incidence des troubles psychiques. Les résultats sont encore différents selon qu'il s'agit de morbidité médicalisée, morbidité reconnue, morbidité diagnostiquée en langage naturel médical, via un test standardisé ou via une classe médicamenteuse (anxiolytique, antidépresseur, hypnotique, neuroleptique).

Les données citées par Kovess varient en fonction du champ concerné : la prévalence ponctuelle de la dépression en France est estimée autour de 6 % en population générale, 9 à 14 % en médecine générale, 24 à 30 % en médecine interne. Elle atteint 26 % en hospitalisation en psychiatrie privée, 26 % en consultation de psychiatrie privée, 18 % en consultation de secteur public et varie de 7 à 10 % en hospitalisation psychiatrique publique.

Par ailleurs, le groupe professionnel des médecins généralistes n'est pas homogène. La diversité réelle ou alléguée des clientèles, au-delà du recrutement sociologique, traduit des préoccupations variables pour tel ou tel aspect de leur pratique. Le sociologue Aiach [1] a montré que l'intérêt pour les questions psychologiques était bien plus fort que pour la psychiatrie. Les médecins qui identifient le plus les troubles mentaux sont ceux qui sont le plus intéressés par ces questions.

Au plan technique, l'épidémiologie en santé mentale a été radicalement transformée par les questions de taxinomie, de langage commun et par l'importance croissante de la clinimétrie.

À côté de la classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM 10), l'introduction du DSM IV avec langage commun et critères a favorisé la constitution de groupes plus homogènes de patients. En pratique, les résultats imposent d'être appréciés en fonction des objectifs initiaux de soins, d'évaluation, d'épidémiologie ou de pharmacologie. L'apparition de méthodes de description et de classification pour le champ des soins primaires comme les résultats de consultation de Braun ou la CISP à partir de la CIM 10 modifie les possibilités d'étude avec codage en temps réel ou en temps différé par le médecin-source [10].

Les analyses nationales réalisées sont essentiellement faites à partir des prescriptions des généralistes et des études d'opinion. Ce défaut de systèmes d'informations est peu à peu résolu par la mise en place d'observatoires de médecins généralistes travaillant en temps réel à partir de dossiers médicaux informatisés et de thésaurus communs. Le problème clinique identifié est alors défini par le médecin-source. Pour appréhender l'importance des liens entre la médecine générale et la santé mentale, il est donc nécessaire d'interroger des bases différentes en distinguant clairement les lieux, méthodes et résultats des études épidémiologiques et ceux des études des pratiques. Ainsi s'expliquent les écarts constatés entre les risques de morbidité latente et la morbidité identifiée lors des demandes de soins.

Tableau I. – Places respectives des professionnels consultés par les patients déprimés (% de consultation avec un professionnel de la santé).

Pays	Médecin généraliste %	Médecin psychiatre %	Autre médecin spécialiste %	Psychologue %
Belgique	55,0	9,8	11,2	9,1
France	60,5	10,8	13,5	6,9
Allemagne	41,4	9,9	12,5	6,0
Hollande	60,4	10,8	24,0	19,5
Espagne	37,2	12,2	11,2	7,4
Royaume-Uni	51,1	4,4	7,9	7,1
Total	50,6	9,2	12,3	8,3

DONNÉES EN POPULATION GÉNÉRALE ET EN MILIEUX SPÉCIALISÉS

Elles sont diverses, traduisant souvent des intérêts particuliers : enquêtes d'instituts de sondages pour des industriels du médicament, d'institutions médicoéconomiques ou de santé publique. Elles focalisent leur objet sur un trouble précis comme la dépression, les attaques de panique, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ou sur une procédure thérapeutique^[17]. Elles confirment la place de « l'épidémiologie du mal-être » selon la formule de l'Insee. Le Credes constate^[14] l'augmentation de 50 % du taux de déprimés en France entre 1980-1981 et 1991-1992, avec une prévalence plus forte chez les femmes et les personnes âgées de 60 à 80 ans. Le Conseil économique et social, en 1997, rappelle qu'un Français sur cinq souffre de troubles psychiques et que les dépenses qui leur sont imputées correspondent à 15 % des dépenses de santé. L'enquête européenne European Depression Patient Study (DEPRES) réalisée en 1995^[15] avec le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), en Allemagne, Belgique, Espagne, France, Hollande, et Royaume-Uni confirme ces tendances et pointe l'importance des patients non demandeurs de soins, non diagnostiqués et non traités. Elle confirme, au-delà des organisations sanitaires, la place prépondérante du médecin généraliste (tableau I).

Les études sur la dépression sont multiples. En France, cette affection est prise en charge par les médecins généralistes dans 70 % des cas. Pour les déprimés vus par un psychiatre, 64 % ont déjà fait appel à un médecin non psychiatre, 25 % à un membre de leur famille, 6,5 % à une infirmière ou un psychologue et 2,5 % un guérisseur ou une voyante^[16]. Ces quelques chiffres donnent une idée des volumes et des flux effectifs dans les différents circuits.

Les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) sur les antidépresseurs, la dépression de l'enfant, la crise suicidaire, les syndromes autistiques et psychotiques, la prise en charge des schizophrènes ou le sevrage des malades alcooliques sont autant d'occasions de pointer ces thèmes que de constater les problèmes structurels et conjoncturels non résolus dans la chaîne des soins. Pour les organismes payeurs, les psychotropes sont les médicaments les plus prescrits après les antalgiques. Ces faits économiques méritent d'être interprétés en fonction des contextes. Toutes ces informations sont à relier aux troubles somatiques faisant écran à d'authentiques troubles psychiques ou bien inducteurs de troubles psychiques secondaires. La dépression est le modèle du genre car les patients dépressifs souffrent d'un plus grand nombre de maladies que les non-déprimés (7 contre 3) et leur consommation médicale est trois fois plus importante^[14].

DIFFICULTÉS DE L'ÉVALUATION DE LA PATHOLOGIE PSYCHIQUE

En médecine, les prescriptions servent de « traceur » pour un recodage a posteriori afin de chiffrer les tendances en termes de médicaments, d'actes de biologie, d'imagerie ou d'arrêt de travail. Il

Tableau II. – Comparaison des principaux troubles « psy » : SFMG/Credes (% pour 100 séances de médecine générale).

Problème identifié	SFMG %	Credes %
Dépression	1,82	3,8
Humeur dépressive	2,18	0
Réaction à situation éprouvante	1,02	0
Anxiété	4,3	3
Insomnie	2,55	3,3
Autres troubles psychiques	0,78	2,3
Nervosité	1,21	0,4
Asthénie	1,84	2,2
Total	15,70	15,0

SFMG : Société française de médecine générale.

est maintenant possible en France de comparer les données produites par le Credes (enquêtes transversales avec la CIM 10) et celles de l'Observatoire de la médecine générale de la SFMG (recueil en continu avec le Dictionnaire des résultats de consultation) (tableau II).

Il faut souligner non pas la comparabilité des résultats globaux mais les différences en termes de dénomination. Les résultats de consultation « humeur dépressive » comme « réaction à situation éprouvante » permettent de nuancer la position diagnostique du médecin et de conserver une vigilance sur les évolutions possibles des troubles. Le recueil en continu de la SFMG est centré sur les soins et il enregistre les associations de problèmes de santé constatées en consultation et visite. Il permet de décrire les caractéristiques des populations grâce au suivi au long cours. Ainsi, la comparaison des antécédents de la cohorte des 902 patients ayant présenté un épisode dépressif caractérisé en 1999 avec ceux de la cohorte des patients non dépressifs confirme des données connues. L'existence d'un problème familial (odds-ratio [OR] = 6,27) ou d'un problème de couple (OR = 6,25) est fréquemment associée à la dépression. Parmi les pathologies non mentales, migraine et cancer sont notamment retrouvés (OR = 4,5). L'analyse des problèmes morbides des patients sur la période 1997-1998 montre qu'un antécédent de dépression constitue un fort facteur de risque de dépression (OR = 42,92). Il en est de même pour les « plaintes polymorphes » (OR = 30,9). Ces résultats témoignent de la diversité des informations décisives disponibles dans les dossiers médicaux des médecins généralistes.

Malgré son importance relative, la pathologie d'origine psychique reste mal qualifiée et quantifiée. En termes de procédure de soin, l'existence d'une nomenclature spécifique de médecine générale permet parfois un meilleur repérage des activités. Au Québec, 73 % des médecins omnipraticiens ont facturé des « actes de psychothérapie ». Cela représente en moyenne, par médecin, 195 psychothérapies durant l'année et quatre séances de psychothérapie par semaine.

Au-delà de la nature des troubles identifiés, la fréquence de la consommation médicale est aussi un indicateur d'alerte concernant la souffrance psychique ou la pathologie psychiatrique. Le niveau élevé de consommation de soins médicaux est bien connu chez les dépressifs. On retrouve ce même signal chez les enfants ayant des difficultés psychiques^[5]. La notion de patients à « gros dossier » médical est d'ailleurs bien identifiée par les professionnels. Ce paramètre est d'autant plus facile à repérer qu'il y a un médecin généraliste habituel et une coordination des soins.

Le corps comme écran, solution, support et victime

L'opposition entre affections somatiques et psychiques est un schéma réducteur participant au déni de la souffrance et de la

pathologie mentale. Les apports de la théorie de Braun^[6] ont confirmé la loi de répartition des cas en médecine générale qui se traduit par la place minoritaire des maladies somatiques définies par la nosologie : un tiers des problèmes sont des signes isolés (exemple : fièvre, douleur), un tiers des associations de symptômes ou syndromes et un tiers des maladies caractérisées. Mais l'élément le plus important à prendre en compte est que les deux tiers des symptômes et syndromes sont des états stables. Ce ne sont pas les symptômes initiaux, précoces et/ou transitoires, de maladie en devenir car seuls 1 à 3 % évoluent ensuite vers un diagnostic d'une affection médicale caractérisée. Les questions de l'état d'équilibre du patient, de son homéostasie et de ses résistances au changement sont posées. La maladie « non organisée » au sens de Michael Balint prend là tout son sens. Ceci doit conduire à s'interroger sur le sens et la fonction des plaintes exprimées et médicalisées. Cette interrogation ne concerne pas que la médecine générale, mais l'ensemble des pratiques soignantes spécialisées, ambulatoires et hospitalières pour lesquelles l'étiquetage « diagnostic » ne doit pas faire illusion. La fatigue en est une excellente illustration. Dans l'enquête ADAM^[8] (Asthénie, Dépression, Anxiété en Médecine générale), 62 % de l'ensemble des patients « asthéniques » avaient un score général à l'échelle CES-D supérieur au seuil de dépression. Environ 71 % des consultants ont reçu une prescription de médicaments (1/3 des antiasthéniques, 1/4 des anxiolytiques, 1/5 des antidépresseurs). La prescription est liée aux scores : 5 % d'antidépresseurs si le score est inférieur au seuil CES-D et 27 % dans le cas contraire. La diagnostic de fatigue sert de position diagnostique ponctuelle mais aussi de prétexte, permettant pour le médecin comme pour le patient, d'éviter une dénomination spécifiquement psychologique, psychiatrique mais aussi somatique ou sociale. Les explications sont événementielles et liées aux contextes personnel, familial et socioprofessionnel.

La façon d'appréhender la santé, la maladie, les troubles et les traitements est indissociable du contexte culturel et des schémas explicatifs d'une lecture anthropologique. Le modèle biomédical focalisé sur le corps domine la médecine occidentale, il n'est qu'un des cadres de références parmi d'autres. L'interprétation par un agent ou une cause « externe » répond aux logiques dominantes du système de santé pour lesquelles le médecin est majoritairement un « ingénieur » du corps.

Les débats sur le terme « psychosomatique » ont traduit les différentes approches sur les liens psyché et soma, avec les apports de la théorie sur l'inconscient mais aussi des neurosciences. Ce terme, utilisé par les médecins comme les patients, a permis de qualifier la maladie, le trouble, le mécanisme ou le patient. Il a surtout mis au grand jour, et pour le plus grand nombre, les questions essentielles comme celle du sens, de l'unité de la personne, du langage corporel, des conflits intrapsychiques ou les mécanismes de régression. « Avoir une maladie » ou « être malade », cette opposition malgré son caractère réducteur interroge non seulement le consultant et le soignant, mais la médecine et la société. Par rapport à un désir, un besoin ou une émotion non acceptée, les mécanismes de défenses sont multiples. Parmi eux, le refoulement joue pour beaucoup un rôle majeur s'exprimant largement dans le domaine de la santé. Le corps et/ou la maladie apparaissent comme les supports et les modalités privilégiés pour traduire des conflits intrapsychiques inconscients. Le sens et la fonction des manifestations « psy » et « somatique » sont des questions permanentes en médecine générale, les bénéfices secondaires de l'état de « malade » se posant en permanence comme le rôle du médicament.

Si le médecin généraliste est confronté à des situations dont les éléments inconscients ne lui seront jamais accessibles, il en pressent en permanence les effets en s'interrogeant sur la place du normal et du pathologique, sur la personnalité du patient et ses effets sur la relation de soins. Pour une même plainte apparente, percevoir la différence entre somatisation, conversion et hypocondrie^[19] modifie les attitudes et choix thérapeutiques.

La position soignante spécifique du médecin le conduit à être à la fois témoin, et pris à témoin, des événements de vie et de l'histoire

Tableau III. – Consommations standardisées en Europe (Credes 1994) (en Daily Dose Defined [DDD]/1 000 personnes).

DDD/1 000	France	Allemagne	Italie	Royaume-Uni
Hypnotiques	49,9	17,4	19,7	22,3
Anxiolytiques	69,2	12,6	28,9	7,1
Antidépresseurs	22,3	9,3	5,9	13,2

intime, en particulier sexuelle, de la personne et de sa famille^[3]. L'approche globale biopsychosociale, dans l'instant et la durée, contraint le médecin à agir dans un contexte d'incertitude avec une prise en compte implicite ou allusive de ces multiples déterminants. Les questions sur la psychopathologie des troubles ne se posent pas dans des termes univoques centrés sur une théorie, une école de pensée ou une procédure thérapeutique...

Prise en charge

PRESCRIPTIONS PHARMACOLOGIQUES

Pour les raisons évoquées précédemment, les connaissances fines sur les stratégies de décisions sont limitées. La partie visible reste le médicament. Sur un échantillon national d'ordonnances représentatif des médecins généralistes, il était retrouvé une prescription de psychotropes pour 24,5 % des patients avec la répartition suivante : 18,5 % d'anxiolytiques, 7,8 % d'antidépresseurs, 6,5 % d'hypnotiques et 2,7 % de neuroleptiques. En termes de volume, les médecins généralistes sont notamment à l'origine de la prescription de 86 % des tranquillisants, 84 % des hypnotiques, 68 % des antidépresseurs. Les psychotropes sont la classe la plus prescrite après les hypotenseurs et ils représentent 13 % du volume des prescriptions et 7,5 % des dépenses de santé^[18]. Par rapport aux autres pays européens, la France se distingue par une consommation médicamenteuse plus importante, notamment pour les psychotropes (tableau III).

La standardisation en DDD/1 000 personnes ([Daily Dose Defined] dose quotidienne définie pour 1 000 habitants) met en évidence des différences non expliquées par la prévalence des troubles psychiques entre ces différents pays. L'impact de déterminants liés aux facteurs structurels de l'organisation du système de santé français, à ceux de la formation médicale initiale et continue et à l'importance de la presse professionnelle et grand public autorise des hypothèses explicatives plurielles. La question du bon usage des psychotropes est récurrente. La fréquence des prescriptions au long cours et le nombre limité des tentatives de sevrage concernent le médecin, la médecine, mais aussi la société pour la multiplication des recours aux modificateurs du comportement psychique et/ou des performances. En ce qui concerne la pratique de la médecine générale, l'essentiel doit être dans la pertinence de l'indication et de la prescription initiale, elle doit s'accompagner d'une évaluation périodique de la situation clinique : savoir poursuivre, modifier et surtout négocier et organiser l'arrêt d'une prescription de psychotropes^[2], en développant les alternatives thérapeutiques non pharmacologiques.

ACCOMPAGNEMENT THÉRAPEUTIQUE ET PSYCHOTHÉRAPIE DE SOUTIEN

La question de la nature de la relation de soins entre le médecin généraliste et sa clientèle n'est pas univoque. Elle répond à la diversité des personnalités des consultants et des médecins, mais aussi des problèmes et des contextes : le degré d'identification du médecin à son patient, la régression du patient, la distance souhaitable ou possible, le contenu psychologique fruste ou élaboré et le niveau de dépendance. Les modèles de relations sont donc divers et variables ; relation scientifique, relation du service de réparation, relation d'entretien dit « chronique », relation

pédagogique, suggestive, relation d'aide, de soutien, relation interpersonnelle subjective et relation de consultant. La polyvalence de l'exercice de la médecine générale conduit le médecin à les mettre en œuvre consécutivement, alternativement ou simultanément dans une même consultation et une même journée, même si les préférences du médecin concernent consciemment, ou le plus souvent inconsciemment, l'un ou l'autre de ces modèles. Les concepts balintiens, bien qu'ils ne fassent pas partie de la formation des médecins, éclairent la pratique de la médecine générale : le « remède médecin », le « diagnostic global », la « fonction apostolique » comme écran à la relation, ou « la compagnie d'investissement mutuel » qui permet au patient comme au médecin la constitution d'un capital fondé sur une expérience commune réciproque.

Les échanges sont ceux d'une relation systémique pour certains, avec des mécanismes de projection transférentielle et contre-transférentielle non interprétée durable (en France en 2001, plus de sept personnes sur dix ont le même médecin généraliste depuis plus de 5 ans). L'explicitation et la formalisation actuelle des déterminants de la relation thérapeutique en médecine générale favorisent une approche théorisée et transmissible dans la formation initiale et continue en médecine générale^[12]. Une théorisation comme celle des trois espaces (espace primaire, espace transitionnel et espace d'autonomie et d'intégration) permet de rendre compte à la fois de la nature, des limites et des capacités de psychothérapie de soutien en médecine générale^[25]. Les évaluations comparatives au long cours entre prise en charge habituelle en médecine générale et prise en charge psychothérapique structurée, humaniste ou comportementale, font le constat d'efficacité équivalentes ou non^[11, 21]. On retrouve là le « paradoxe de l'équivalence » mis au jour dans l'évaluation des psychothérapies^[9]. Ces recherches sont indispensables pour mieux cibler les patients et les modalités de thérapie. Elles impliquent des suivis longitudinaux de durée suffisante^[4], des groupes de patients bien définis avec des indicateurs d'impacts diversifiés, notamment de qualité de vie. En médecine générale, plus que la durée de l'acte médical lui-même ou les concepts qui sous-tendent les pratiques, c'est l'importance de « l'exposition » au thérapeute qui semble un point essentiel. Pour cela, le médecin généraliste comme le patient lui-même disposent d'un espace conversationnel étendu dans le temps et l'espace.

LIMITES DU DISPOSITIF DE SOINS

Les aspects diagnostiques et thérapeutiques de la psychiatrie et de la souffrance psychique en médecine générale ont des limites multiples : le fonctionnement du dispositif de médecine générale, la formation des professionnels, les préférences et résistances du patient-sujet et de son entourage, les ressources effectivement disponibles dans le champ sanitaire et social, et en particulier le secteur spécialisé de la santé mentale. Les explications sont nombreuses et au-delà de la véracité de certains des arguments, les résistances au changement et les rationalisations ne manquent pas. L'appel à la sociogenèse, à la psychogenèse, la biogenèse et à la génétique en témoigne. Le repérage des troubles « psy » de toute nature pose d'emblée la question des représentations sociales de la maladie mentale et des troubles psychiques par la population. Le corps est le support, la victime, la ressource et l'écran mis en avant pour de nombreuses pathologies dont les facteurs essentiels sont d'origine psychique. Les polyopathologies et l'association de morbidités, liées ou indépendantes, occupent souvent le devant de la scène des demandes de soins. Les mécanismes de déni, d'évitement et les rationalisations diverses du patient trouvent dans le corps médical des relais efficaces car la formation des médecins dans ces domaines est limitée. La maladie psychique est encore trop souvent pour les patients, comme pour un grand nombre de somaticiens, un diagnostic d'exclusion. La répétition, la persistance des troubles et l'échec conduisent à évoquer et accepter cette hypothèse. Les études sur les taux de reconnaissance des troubles en soins primaires donnent des résultats variables selon la pathologie. L'étude OMS citée précédemment^[15] retrouve un taux de 54 % d'identification pour la dépression, 46 % pour l'anxiété,

64 % pour la somatisation, 48,9 % pour l'ensemble des autres troubles étudiés. C'est la raison pour laquelle des recherches ont été développées pour accroître les performances diagnostiques, mais en proposant simultanément au médecin une aide par la standardisation des procédures thérapeutiques. Mais les facteurs limitant relèvent des deux protagonistes. Le patient utilise les plaintes somatiques comme ticket d'accès au système de soins et cherche une solution rassurante. Il pense que ces questions ne relèvent pas du rôle du médecin ou que ce dernier ne possède pas de moyen d'action. Le médecin de son côté apparaît limité par le facteur temps, ses aptitudes à communiquer et des réticences à aborder en détail les problèmes psychologiques. L'illusion de la toute-puissance médicale et de son cortège de réponses pharmacologiques et techniques est largement répandue. Ces facteurs viennent s'intriquer à la méconnaissance des apports des dispositifs existants comportant des professionnels spécialisés en santé mentale. La non-lisibilité des approches non pharmacologiques et une culture commune limitée « psychiatrie/médecine générale » renforcent ces tendances. Une certaine logique de rejet et de stigmatisation englobe alors, sous une même étiquette, les institutions, les professionnels et les malades : « les psy ».

RECOURS EXTERNES ET COTHÉRAPIES

Les cofacteurs conduisant ou non à recourir aux professionnels du secteur de la santé mentale sont nombreux. Parmi eux, les besoins d'avis diagnostique, thérapeutique, de suivi ou d'aide pour le médecin généraliste, la nature des situations cliniques, la formation, les compétences et le souhait du médecin d'accepter de s'occuper de tel patient ou de tel problème. Il faut encore ajouter les préférences et l'acceptabilité du patient^[20] ou de son entourage, le temps à consacrer à ces patients, les modalités ou le niveau de rémunération du médecin. Interfèrent aussi les conditions de prise en charge par les systèmes de protection sociale, la proximité et les disponibilités des ressources dans l'environnement local. Le développement de la médiatisation des thèmes relatifs à la vie psychique dans les supports presse, audiovisuel et maintenant sur internet joue un rôle croissant.

Les modalités de recours externes varient selon les cas et les contextes. La crise suicidaire, la bouffée délirante, l'état d'agitation ou l'état confusionnel induisent, souvent en urgence, à des recours hospitaliers. Dans des psychoses chroniques, le généraliste est le co-intervenant fréquent pour un renouvellement ritualisé de neuroleptiques et la gestion des pathologies associées somatiques ponctuelles ou chroniques. Le médecin participe à la stabilité des repères d'un dispositif soignant rassurant dans lequel il est associé avec le psychiatre référent, les médicaments, l'institution spécialisée, le centre d'aide par le travail et le foyer de vie. La situation est encore différente pour les enfants ou adolescents présentant des troubles du comportement et de la communication, associés ou non à des handicaps. Le médecin généraliste est cothérapeute, présent en particulier au domicile de la famille ou du groupe social. La diversification des thérapeutiques dans le champ de la souffrance psychique et de la santé mentale élargit le champ des co-interventions possibles. Les techniques et méthodes des différentes écoles de psychothérapie se sont multipliées à la fois pour les écoles analytiques, humanistes et comportementales. Les techniques de thérapie brève offrent des possibilités nouvelles. Les alternatives non pharmacologiques sont nombreuses avec des stratégies pragmatiques centrées sur le symptôme, renonçant à une approche idéologique impossible : agir sur le processus ou agir sur le symptôme. Si certaines orientations se font sans difficultés particulières, ce n'est pas la règle. Un long travail d'explicitation et d'aide à la motivation du patient est nécessaire. Il facilitera l'adressage, le « passage » et le « transfert ». Ils sont d'autant plus efficaces que les professionnels se connaissent et se reconnaissent. Bien que la psychiatrie soit considérée à 96 % par les médecins généralistes comme une spécialité médicale comme les autres, en 1998 elle est perçue comme mal définie par un médecin généraliste sur deux, est vécue comme concurrente par un tiers des médecins, avec une qualité de collaboration considérée comme insuffisante.

Néanmoins, que ce soit pour des patients ayant fait une démarche directe ou par l'intermédiaire d'un médecin généraliste, de nombreux consultants bénéficient d'une approche simultanée avec un psychiatre ou un psychologue libéral ou en institution. La communication est nécessaire mais elle comporte des spécificités par rapport à la communication médicale habituelle : les difficultés éventuelles de l'énoncé diagnostique, le caractère intime de certaines données, les effets de la stigmatisation médicale et sociale et l'implication forte du patient comme « porteur de message ». La non-communication ne peut que favoriser les stratégies antagonistes, les ruptures thérapeutiques, la multiplicité des intervenants, l'iatrogénicité médicale, la non-observance. Les enjeux des soins doivent être prioritaires par rapport aux enjeux identitaires, économiques et institutionnels. Ils participent chez tous les acteurs au mésusage, tant du dispositif de médecine générale que du dispositif spécialisé en santé mentale.

CHANGEMENTS EN COURS EN FRANCE

Dans un tel contexte de prévalence des troubles psychiques et de prégnance du discours social sur le symptôme psychique, les besoins médicaux sont nombreux et peuvent être mieux satisfaits. Ils concernent l'aide et l'accompagnement des personnes, mais aussi des professionnels eux-mêmes. Les évolutions dans l'offre de soins, dans les outils professionnels (informatisation et internet) offrent des

cadres d'échanges renouvelés. Le développement universitaire de l'enseignement et de la recherche en médecine générale sont des leviers de changement pour des pratiques plus efficaces et efficientes. La contractualisation de l'alliance thérapeutique en médecine générale avec le patient (option médecin référent) et avec les autres professionnels (réseaux de soins) sont des illustrations des évolutions utiles. Les apports des théories du traitement de l'information et l'introduction de théories cybernétiques dans le champ psychologique élargissent le champ d'explication et d'intervention dans le champ psychique. Le développement de l'analyse et de l'évaluation des pratiques individuelles et collectives, des méthodes psychothérapeutiques^[9], participe à la protocolisation et constitution de référentiels de médecine générale. Cette évolution transdisciplinaire doit s'accompagner d'une synergie, définition des compétences de chacun et complémentarité des offres de soins.

Remerciements. – Les auteurs remercient le docteur François Raineri pour son aide et la Société française de médecine générale (SFMG) pour l'accès aux données de l'Observatoire de la médecine générale (OMG).

Les publications françaises citées, notamment dans les publications de la SFMG, sont disponibles au siège de la SFMG, 141, avenue de Verdun, 92130 Issy-Les-Moulineaux (France).
Contact : <http://www.sfmfg.org> - email : sfmfg@sfmg.org

Références

- [1] Aiach P, Cebe D. Diagnostic et gestion du trouble psy en médecine générale. *Synapse* 1986 ; 23 : 23-41
- [2] Archambault P, Crappier JJ. Étude descriptive sur la prescription et l'arrêt des tranquillisants et des hypnotiques en médecine générale. *Rev Prat Méd Gén* 453 : 1999 ; 495-500
- [3] Bello P, Gallais JL. Difficultés conjugales, thérapie de couple et médecine générale. *Rev Prat Méd Gén* 35 : 1988 ; 65-77
- [4] Blakey R. Psychological treatment in general practice: its effects on patients and their family. *J R Coll Gen Pract* 1986 ; 36 : 209-211
- [5] Bowman FM, Garralda ME. Psychiatric morbidity among children who are frequent attenders in general practice. *Br J Gen Pract* 1993 ; 43 : 6-9
- [6] Braun RN. Pratique, critique et enseignement de la médecine générale. Paris : Payot Biblio scientifique, 1997 : 1-512
- [7] Chulberg H. Un traitement pharmacologique et une psychothérapie standardisés sont plus efficaces sur la dépression majeure que les soins habituels dispensés en médecine générale. *EBM J* 1999 ; 9 : 13
- [8] Cogneau J, Hubert JB. L'asthénie en consultation de médecine générale. *Rev Prat Méd Gén* 251 : 1994 ; 43
- [9] Dazord A. Évaluation des effets des psychothérapies. *Encycl Méd Chir* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), 1997 : 37-802-A-10 ; Psychiatrie 1-7
- [10] Ferru P. Troubles psy en médecine générale. Comparaisons CIM10 / Dictionnaire des résultats de consultation. *Doc Rech Méd Gén SFMG* 1997 ; 49 : 37-46
- [11] Friedi K, King MB, Lloyd M, Horder J. Randomised controlled assessment of non directive psychotherapy versus routine general practitioners care. *Lancet* 1997 ; 350 : 1643
- [12] Galam E, Gallais JL, Gervais Y, Renault JF et al. Médecine générale : concepts, démarches et compétences. *Rev Prat Méd Gén* 398 : 1997 ; 27-32
- [13] Gallais JL. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Rapport FISP-RNSP. *Doc Rech Méd Gén SFMG* 1994 ; 45 : 1-104
- [14] Le Pape A. Aspects socio-économiques de la dépression. Évolution 1980-81/1991-92. *CREDES* 1996 ; 1128 : 83
- [15] Lepine JP, Gastpar J, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community; the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997 ; 12 : 19-29
- [16] Parquet P. Itinéraires des déprimés. Boulogne-Billancourt. Mirabaud Guillery Visconti Malvy, 2001 : 1-195
- [17] Pilassoro A, Boyer P, Lepine JP, Bisserbe JC. Épidémiologie de la consommation des anxiolytiques et des hypnotiques en France et dans le monde entier. *Encéphale* 1996 ; 12 : 187-196
- [18] Pouchain D, Attali C, Butler (de) J, Clément G, Gay B, Molina J et al. Médecine générale, concepts et pratiques. Paris : Masson, 1996
- [19] Quill TE. Somatization disorder. *JAMA* 1985 ; 254 : 3075-3079
- [20] Quill TE. Physician recommendation and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med* 1996 ; 125 : 763-769
- [21] Ridsdale L, Godfrey E, Chalder T, Seed P, King M, Wallace P et al. Chronic fatigues in general practice: is counselling as good as cognitive behaviour therapy? A UK randomised trial. *Br J Gen Pract* 2001 ; 51 : 19-24
- [22] Rosowsky O, Akoun-Cornet J, Couliboeuf (de) J, Degornet B, Gelly R, Goedert J et al. Recherche SFMG sur la sémiologie utilisée pour les malades classés comme déprimés en médecine générale (tome 1). SFMG Annuaire statistique, 1983 : 1-108
- [23] SFMG Annuaire statistique 94/95 de l'observatoire de la médecine générale. *Doc Rech Méd Gén SFMG* 1998 ; 52 : 87
- [24] Ustün TB, Sartorius N. Mental illness in general health care. An international study. New York : OMS-John Wiley, 1995 : 1-395
- [25] Velluet L, Catu-Pinault A. La psychothérapie spécifique du médecin généraliste. *Exercer* 2001 ; 60 : 4-10
- [26] Vincent B, Lemort JP. Recherche épidémiologique sur la prise en charge du malade en médecine générale. *Doc Rech Méd Gén SFMG* 1985 ; 17 : 1-71