

Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste

Jean-Luc Gallais

RÉSUMÉ

Au travers de l'analyse qualitative et quantitative du dispositif de médecine générale est éclairée la position d'interface médicale et sociale spécifique et celle d'acteur de santé mentale du médecin généraliste traitant.

Parmi les constats négatifs beaucoup sont reliés aux faiblesses des choix de santé publics et aux défauts structurels d'organisation et de régulation du système de santé français. Dans les réformes en cours, le développement du dispositif du médecin traitant et des parcours de soins coordonnés est décrit comme levier essentiel pour des améliorations nécessaires.

Mots clés : médecin généraliste, soins primaires, troubles mentaux, parcours de soins, interdisciplinarité, santé publique

ABSTRACT

General medicine, psychiatry and primary care: from the perspective of the General Practitioner. Through qualitative and quantitative analysis of general medicine and primary care the specific medical and social task of the GP, with its high commitment in mental health, is underlined. Many of the negative findings are related to weaknesses in public health choices and structural defects in organization, as well as the regulation of the French health system. In the current reforms, the development of the devices available to the general practitioner and co-ordinated approach in treatment are described as an essential lever for necessary improvements.

Key words: general practitioners, primary care, mental disorders, gatekeeping, interdisciplinary, public health

RESUMEN

Medicina general, psiquiatría y cuidados primarios: la mirada del generalista. Mediante el análisis cualitativo y cuantitativo del dispositivo de medicina general se aclara la posición de interfaz médica y social específica y la de actor de la salud mental del médico generalista referente.

Entre las comprobaciones negativas muchas están vinculadas con las debilidades de las opciones de salud públicas y los defectos estructurales de organización y de regulación del sistema de salud francés. En las reformas en curso, el desarrollo del dispositivo del médico referente y de los recorridos de cuidados coordinados está descrito como palanca esencial para unas mejoras necesarias.

Palabras claves : medicina general, psiquiatría, cuidado preventivo, interdisciplinariedad, recorrido de cuidados, salud pública

Au sein des disciplines médicales, la médecine générale et la psychiatrie partagent nombre de particularités. Ce sont d'abord des disciplines cliniques qui ne sont pas focalisées sur un organe ou une fonction, mais sur une personne. La relation soigné/soignant est au cœur du métier. Confrontés à de multiples déterminants de la santé des personnes et des familles, les interventions médicales s'inscrivent dans la durée. Généralistes et psychiatres ont une fonction de biographe qui les conduit dans l'intimité affective et sexuelle des personnes, des couples et des constellations familiales. Le secret y joue un rôle clé en limitant la communication sociale et la communication interprofessionnelle.

L'interaction patient/médecin est ainsi caractérisée par les cofacteurs de l'intersubjectivité. Que la porte d'entrée des soins soit la demande, le désir ou le besoin, c'est toujours au travers d'une alliance thérapeutique fluctuante en fonction d'une relation transférentielle et contre-transférentielle spécifique à chacun des deux protagonistes. Dans le domaine de la santé physique ou psychique, la recherche du sens et l'interprétation des troubles est caractérisée par une hétérogénéité extrême. Malgré des progrès évidents de la médecine, l'illusion de la toute-puissance et de la réparation, nombre de situations pathologiques sont persistantes, chroniques, évoluant par crises, relevant surtout d'une gestion palliative. Dans tous les cas, les aspects relatifs à la liberté, l'autonomie ou la dépendance du sujet sont indissociables du soin. Par l'importance du nombre des personnes concernées, et les enjeux sous-jacents, la médecine générale et la psychiatrie sont indissociables de toute analyse et politique de santé publique.

Mais il n'y a pas de maladie sans malade, et pas de thérapeutique sans relation [7]. C'est au travers de la relation à soi, à l'autre et aux autres que se construit ou pas le cadre du soin. Cette relation médicale n'est ni exclusive, ni isolée car d'autres acteurs, professionnels et profanes, et d'autres institutions sont des tiers présents, réels ou symboliques, également impliqués.

L'observation simultanée du champ de la médecine générale et de la santé mentale a ainsi un effet de loupe sur la société, ses représentations, normes, valeurs et modes d'organisation. L'approche transversale de la médecine générale en fait un espace propice au métissage des méthodes, procédures et institutions. Le généraliste est toujours au carrefour du médical et du social [13], de la technique et de l'humain [12], de l'initiative personnelle comme de l'organisation collective des soins [3]. Au travers des histoires de vie et de soins, des trajectoires des patients, des traitements à support pharmacologique, psychique, corporel ou social, soignés et soignants éprouvent le vécu des limites, des succès partiels et des échecs.

Dans cette approche des questions de santé mentale en médecine générale, il est indispensable d'explicitier certaines des caractéristiques de l'exercice des médecins

généralistes. Elles sont indispensables à la compréhension et au décodage pertinent des pratiques, mais aussi développement d'une culture commune entre les acteurs.

Santé mentale et santé globale : une approche de la complexité

L'importance quantitative et qualitative des troubles mentaux en médecine générale est une donnée établie de longue date par les instances nationales et internationales. L'Insee précise qu'ils représentent la deuxième raison de recours aux soins chez les généralistes et la première chez les 25 à 60 ans. Les études confirment avec des taux variables de 15 à 40 % de l'activité selon les méthodes. Un acte de médecine générale sur dix comporte un soutien psychothérapeutique [17] comme composante principale. Malgré cette importance et cette visibilité [16], la reconnaissance du rôle des généralistes reste limitée. Ce phénomène n'est pas spécifique à la santé mentale. Il a été qualifié par la sociologue Anne Vega comme « *l'invisibilité du maillon généraliste* » dans la chaîne des soins. L'étude européenne ESEMED, *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*, en 2001-2003, a confirmé qu'en France comme chez nos voisins européens, le médecin généraliste était le soignant le plus consulté en cas de problème psychologique ou psychiatrique. La personnalisation durable des soins et une vision systémique implicite transgénérationnelle sont favorisées par le fait que 80 % des patients et leurs familles sont connus depuis plus de 5 ans, et que le généraliste libéral exerce souvent plus de 30 ans au même endroit.

Les liens entre la médecine générale et la psychiatrie s'inscrivent dans une dynamique plus vaste que la gestion symptomatique des plaintes psychiques et troubles mentaux. Le regard porte ainsi à la fois sur les troubles, le patient, son histoire et son entourage, sa communauté de vie et de travail. Mais il s'élargit aussi au médecin traitant lui-même, au système de santé et ses multiples acteurs. La vision ponctuelle transversale n'est qu'un instantané par rapport à une approche longitudinale. La temporalité dépasse l'épisode du moment pour des échelles de temps en années et même en décennies. Si on souligne que la santé se construit dans la famille, à l'école, dans les lieux de travail et de vie, on voit se dessiner dans les événements de vie les multiples co-facteurs de l'apparition, du maintien, de l'aggravation mais aussi des ressources mobilisables pour l'amélioration ou stabilisation des troubles.

Le sociologue Pierre Aiach a montré que les généralistes s'intéressent très majoritairement à la psychiatrie, mais plus encore à la psychologie. Les troubles mentaux ne sont qu'une partie dans un champ plus large, celui de la santé mentale et de la santé.

La façon de catégoriser les troubles est liée aux modèles morcelés des maladies enseignées par spécialités. Cette approche biomédicale prépondérante favorise les scotomes

de perception, les évitements, voir le déni des questions de santé mentale. Pour chaque acteur, médecin et patient, le débat sous-jacent oscille sur un gradient allant du normal et du pathologique et avec des facteurs étiologiques explicatifs envisagés de façon restrictive. La façon d'interpréter et de nommer les manifestations cliniques est donc une étape importante [2, 14].

Le médecin généraliste touche le corps mis en avant par le patient. Mais le corps est le support, l'écran et la victime de troubles autres que somatiques [13].

Le diagnostic orientera les choix ultérieurs : gravité et durée, comportements du médecin et du consultant, investigations, traitements divers, modalités des soins ambulatoires ou en hospitalisation. La distinction entre mal de vivre, mal-être social et maladie mentale est primordiale. La prescription inappropriée des psychotropes au long cours trouve son origine dans des multiples déterminants individuels et collectifs. Considérées comme nécessaires ou utiles, négociées ou pas, les interventions médicales s'accompagnent d'interactions imprévues immédiates et à distance.

Mais au pays d'Astérix, l'illusion de la potion magique est persistante. De l'hypnotique quotidien à l'alcoolisation pathologique, du cannabis régulier au baclofène, les modificateurs des états psychiques sont devenus des amortisseurs sociaux qui alimentent les addictions et les controverses médicales et sociales avec leur composante politique [19].

La santé psychique, la maladie mentale et la « folie » sont régulièrement présentes en consultation avec leurs composantes variables d'isolement et d'exclusion. La question de la normalité est l'objectif formulé par certaines associations d'usagers comme les groupes d'entraide mutuelle (GEM), pour lesquels il s'agit de « *mettre la maladie entre parenthèses pour faire et être comme tout le monde* » [22].

Un autre aspect des demandes porte sur le développement personnel et le mieux-être, champ distinct de celui des maladies mentales.

Dans tous les cas, les représentations sociales personnelles et collectives [10, 18] sont d'emblées au rendez-vous. Au carrefour de la culture et de la médecine, elles focalisent le regard sur les malades, les institutions, les soignants et leurs stratégies de soins, traditionnelles ou alternatives.

Ce chemin parcourt la société, allant de la santé à la psychiatrie, des psychiatres à l'hôpital psychiatrique. Diverses violences médiatisées impliquant des malades mentaux ou des institutions psychiatriques viennent alimenter les tendances à la stigmatisation et au rejet. En 1998, l'enquête Sofres « Images de la psychiatrie » traduisait les opinions du public, des médecins généralistes et des psychiatres. La crainte d'être assimilée à un fou était la cause première et majoritaire pouvant dissuader une personne à consulter un psychiatre. Côté généralistes, les caractéristiques négatives de la psychiatrie étaient le flou, l'opacité ou le caractère inquiétant. Pour la qualité perçue de la collaboration entre les médecins généralistes et l'ensemble des spécialités, la

psychiatrie était en fin de liste... Les études périodiques sur ce thème ont confirmé ces constats de déficits de connaissances, disponibilité et communication réciproque, [9] notamment pour les secteurs de santé mentale [4].

Ces aspects sont pourtant primordiaux car les malades et maladies font le lien entre le médical et le social. Ces maladies somatiques et psychiques récurrentes ou chroniques, nécessitent une double continuité : relationnelle et informationnelle. Il faut aussi parfois rappeler que les malades mentaux les plus graves et méconnus comme les schizophrènes, ont aussi (!) un corps et les maladies somatiques habituelles de la population. Ces états multi-morbides interfèrent dans la gestion des troubles psychiques et l'état global de santé. Ils participent à une surmortalité prématurée très importante imposant au médecin généraliste traitant une vigilance médicale accrue. Ces mêmes problématiques se posent également autres spécialités somatiques, et aux psychiatres eux-mêmes, en ambulatoire comme au décours d'hospitalisations.

Ces interventions répétées nécessitent des négociations avec le patient, son conjoint, sa famille et son entourage, qu'elles soient ponctuelles ou répétées, individuelles, familiales, ou socioprofessionnelles. Le fil conducteur le plus visible reste pharmacologique et le soutien psychothérapeutique. Cette gestion au long cours de la complexité du soin est le socle du métier de médecin généraliste. D'autres paramètres interfèrent aussi avec les troubles psychiques comme la diversité ethnique, culturelle mais surtout les difficultés linguistiques. Avec l'avancée en âge des patients, il faut également faire face à l'addition des maladies et risques et à la hiérarchisation des besoins, maladies, traitements et des multiples intervenants. Par ailleurs, dans l'accès comme dans le suivi et l'observance des soins, les aspects financiers liés au paiement direct à l'acte ne sont pas marginaux, d'autant que les patients les plus atteints sont peu insérés dans le monde du travail. En pratique libérale, la prise en charge à 100 %, en ALD, ne règle pas les aspects des avances de frais, de dépassements honoraires ou les prestations non prises en charge. Ce sont des obstacles pour le patient et sa famille mais aussi les professionnels de la santé. Les évolutions en cours sur le tiers payant facilité en médecine générale et les forfaitisations devraient réduire ces contraintes et les inégalités sociales liées. C'est donc sur la toile de fond de systèmes complexes en interactions permanentes que se manifestent les troubles en santé mentale, qu'ils soient graves ou modérés.

Enjeux de l'énoncé diagnostic

Face aux troubles psychiques et aux maladies mentales, les registres explicatifs sont nombreux, largement explorés par l'anthropologie de la santé et l'ethnomédecine. Les grilles de lecture varient selon les évolutions sociales et des progrès médicaux réels ou supposés. La prégnance

du modèle biomédical dominant a limité la visibilité et la compréhension des aspects psychosociaux, eux-mêmes liés au gradient social. Malgré cela, il n'y a plus d'événement traumatique médiatisé sans annonce formelle d'une cellule d'aide psychologique !

Les modes de désignation varient selon les théories, les écoles et références des professionnels de la santé. L'épidémiologie clinique et pharmacologique reste l'instrument de référence, faisant souvent du médicament le seul marqueur limité mais disponible. Dans les années 1970, en France, les médecins, dont les généralistes, identifiaient principalement les troubles psychiques sous les termes de névrose, psychose, troubles fonctionnels, ou psychosomatiques. Les troubles somatoformes, conversion, hypocondrie ou de symptômes bio-médicalement inexplicables (SBI) [5] reflétaient la diversité et l'incertitude variable des dénominations. En 1982, dans une étude concernant 1049 patients, la Société française de médecine générale (SFMG) retrouvait au 2^e rang des consultations, dans 17 % des cas, le diagnostic de névrose après celui d'hypertension, puis celui de trouble d'adaptation (15 %) ; de troubles fonctionnels (6 %), toxicomanie (5 %), spasmophilie (3 %) et psychose (2 %).

Aujourd'hui, ce sont d'autres appellations socialement acceptées comme les TOC, la dépression ou l'anxiété. La définition du trouble est décisive car la promotion d'un diagnostic privilégie son identification, mais aussi minore ou rend invisible un aspect des soins. À partir de 1980, venant des USA, le DSM III R et ses versions successives vont imposer une vision diagnostique et pharmacologique mondialisée. La médicalisation de la santé comme marché est un fait ancien [1]. La demande pharmacologique spontanée ou induite est devenue prépondérante chez les soignants et les soignés. Le corps social, du public aux professionnels, baigne dans cet environnement de construction des « besoins » et des demandes. Les formes extrêmes en sont les *disease mongering*. Le tableau clinique du « syndrome dysphorique du lundi matin », est un pastiche remarquable [20] témoignant des formes diversifiées des maladies façonnées. Ces évolutions dans la désignation des troubles psychiques font partie de l'histoire des systèmes classificatoires [6].

Les médecins généralistes, comme tous les professionnels de la santé, sont soumis, à une double communication professionnelle et grand public. La lecture critique de l'information et l'identification des sources sont alors essentielles. Quel que soit le diagnostic proposé et retenu, il ne doit pas faire écran à la vision de l'ensemble de la situation du patient en tant que sujet. Dans tout malade, il y a un bien-portant souvent négligé ou ignoré. Avec les maladies chroniques stabilisées, l'appellation récente de *healthy ill person*, personne malade en bonne santé résume et reconnaît cet état.

Toutes ces évolutions influent les discours et les comportements des professionnels et des profanes. Selon le

sociologue Alain Ehrenberg, les transformations des rapports hiérarchiques au sein des familles et des groupes sociaux jouent un rôle déterminant en santé mentale. La liberté accrue des personnes et les exigences sociales de performances participent à l'extension de la demande en santé mentale [11]. L'autonomie accrue du sujet vis-à-vis des autorités traditionnelles comme la famille, l'État, ou les religions lui impose plus de responsabilités et plus de fragilités. Avec les échecs, le mal-être avec dévalorisation s'accompagne d'une expression dépressive.

Modalités de la continuité relationnelle et informationnelle

Au-delà de la pertinence des choix thérapeutiques, l'aide et l'accompagnement des patients malades et de leur entourage supposent de réunir les conditions de mise en œuvre et de suivi. La cohérence des soins et la confiance du patient impliquent négociation et partage d'informations ; le patient informé devenant lui-même porteur de messages clairs et compréhensibles le concernant.

Le dispositif de suivi articulé par le médecin traitant avec le médecin correspondant est fait pour décloisonner les pratiques. Le partenariat optimal est celui dans lequel chacun partage un projet de soins, mais surtout est impliqué dans l'action. La collaboration suppose le volontariat, un accord sur les objectifs et méthodes, et des outils d'une communication réciproque régulière des informations utiles. Les échecs comme les succès sont toujours assumés en responsabilité partagée. Ces modes de pratiques sont bien distincts de la juxtaposition de professionnels individualistes non communicants. . .

La rareté des échanges et les critiques des non-retours d'information sont des griefs récurrents des généralistes vis-à-vis des professionnels et institutions de santé mentale. Ces défauts sont retrouvés en secteur libéral et secteur public. Pourtant le secteur psychiatrique a été un exemple, plus qu'un modèle, de la volonté de travail sanitaire et social en équipe sur un territoire défini. Les obstacles participant à ces difficultés de fonctionnement sont variables, idéologiques, statutaires et clientélistes, identitaires entre les disciplines et les métiers, démographiques ou économiques. Elles ne sont pas spécifiques aux activités soignantes en santé mentale, mais augmentées par le handicap propre de ces malades. Elles limitent les recours du généraliste aux autres spécialistes, tant pour le diagnostic, les choix thérapeutiques que les alternatives non médicamenteuses. Cette situation réduit l'accès aux fonctions support pour les patients, leur famille mais aussi les soignants eux-mêmes. Ces effets sont d'autant plus délétères que les troubles mentaux graves sont émaillés de crises et d'imprévus nécessitant alors une flexibilité particulière dans l'organisation de l'offre de soin. La gestion des situations d'urgence, notamment en présence de risque

majeur comme le suicide est d'autant plus compliquée que le médecin généraliste ne dispose a priori pas d'un réseau relationnel de professionnels en santé mentale. Ce réseau doit être perçu comme une ressource accessible et mobilisable au cas où... De la même façon, les sorties d'hospitalisations psychiatrique, moments à risque majoré, seront plus difficiles et moins sécurisées en terme de suivi en l'absence de médecin généraliste traitant connaissant le patient et son contexte de vie. Les aspects médico-légaux et les hospitalisations sous contrainte réactivent ces difficultés. Malgré ces besoins réciproques, les déficits de communication subsistent, mettant en péril la qualité et la sécurité des soins au patient lui-même. Les patients et leurs associations nationales et locales sont de plus en plus engagés dans des exigences légitimes, également portées par les pouvoirs publics et les gouvernements successifs.

Les espoirs mis dans la protocolisation des pratiques au travers des recommandations de l'HAS ont peu abouti pour des raisons multiples. Les recommandations et autres guides des bonnes pratiques sont rédigés pour plusieurs catégories de professionnels, avec l'illusion de l'interchangeabilité des rôles et fonctions des uns et des autres. Ces documents donnent lieu à une acceptation formelle des professionnels et une applicabilité limitée, voire nulle. Les pratiques soignantes évoluent surtout si les modalités organisationnelles des soins changent et favorisent un bon usage du système de soins (accès aux soins sans avance de frais, soins et suivis personnalisés coordonnés, recours facilités pour les demandes d'avis psychiatrique en routine ou en urgence, aide au suivi conjoint du patient par interventions téléphoniques d'une infirmière, etc.). En sus de l'amélioration nécessaire de la qualité et de la sécurité des soins, ces échanges permettent le développement d'une authentique culture transversale. Ces critiques sont retrouvées dans le discours politique et social : le rapport de la Cour des comptes traite des effets limités des plans de santé mentale notamment sur la réalisation des mesures favorisant le décloisonnement des prises en charge [8]. Ces thématiques sont aussi celles de revues de consommateurs *Que Choisir* [17] avec à la une le titre « *Psycho par ci, Psycho par là... Le marché du mal-être* » – ce dossier se terminant par une référence à l'OCDE pour garantir à tous le droit à la santé mentale et au bien-être. Le développement de la notion de patient expert fait partie des changements.

La santé mentale comme miroir

Le regard porté sur la médecine générale et la psychiatrie ne peut se limiter aux constats positifs ou négatifs en fonction de l'expérience personnelle respective de chaque acteur. Des obstacles structurels sont transversaux à ces divers constats. Deux d'entre eux sont essentiels : la santé mentale n'est pas perçue comme une priorité dans les

besoins de santé publique et l'organisation structurelle du fonctionnement du système français de santé et de soins n'est pas en adéquation avec les objectifs annoncés. Depuis des décennies, de multiples expérimentations ont tenté d'améliorer les défauts du système de soins. Le plus grand nombre a fonctionné sur le principe que les soignants s'exonéraient des règles de fonctionnement habituel !

La question de la régulation sanitaire et sociale est ainsi au-devant de la scène depuis plus de 20 ans. Les expériences étrangères servent régulièrement de modèles tant pour les financements que les conditions de pratiques. En France, il s'agit du débat ancien du passage d'une logique du libre choix à celle d'un libre choix organisé avec un usage pertinent et efficient de chaque niveau de soins : les soins primaires, secondaires et tertiaires. Ce sujet a une acuité particulière au travers des crises associées actuelles imposant la gestion optimisée et efficiente des ressources rares. La non-régulation explicite et l'absence de volonté de faire ensemble ont conduit les acteurs privés ou publics, au nom de leurs idéologies respectives, à se positionner aux grés de leurs intérêts et préférences personnelles ou catégorielles, le tout dans une vision médicale hiérarchisée et hospitalo-centrée.

Les populations les moins attractives en termes de solvabilité, de contraintes professionnelles et de précarité sociale sont les premières concernées par les insuffisances du système. Les inégalités sociales et territoriales de santé ont longtemps été méconnues en France. Pourtant la qualité de la prise en charge sociale et des soins des populations fragiles, comme celles ayant un handicap psychique, est un bon signe du degré de civilisation d'une société.

Ces préoccupations liées à la santé mentale ne sont pas limitées à des groupes restreints qualifiés de populations spécifiques (prison, SDF, précaires, etc.). En Europe, la France présente de mauvais indicateurs en matière de santé mentale : une perception négative de l'avenir des jeunes, une suicidalité importante, un taux d'usage élevé des produits à effets psychotropes légaux ou illégaux, dont les médicaments prescrits ou non. Les dommages de l'usage du psychotrope-alcool ne sont plus à démontrer.

Les professionnels de la santé ne sont pas épargnés et la multiplication des études sur le syndrome d'épuisement professionnel (*burn-out*) dans de nombreux métiers de l'aide est le reflet de la souffrance au travail. Le retour sur investissement relationnel et émotionnel dans le métier de soignant est perçu et vécu de façon très variable [21]. Les espaces de paroles autour de cas cliniques vécus par les professionnels constituent un cadre d'aide aux aidants professionnels. Les groupes de pairs de généralistes en sont une modalité reconnue [15], comme peuvent l'être d'autres groupes pluriprofessionnels ou pluridisciplinaires.

Appliqué à la société et au système de santé, c'est donc à nouveau la question de la recherche du sens et des fonctions de ces manifestations qui se pose. C'est le préalable aux

choix de solutions souhaitables et possibles ; en sachant que ces problèmes ne se posent pas de la même façon sur l'ensemble du territoire national.

Les leviers à mobiliser

En matière de santé mentale tout a déjà été débattu, écrit, décidé et même parfois mis en œuvre dans le cadre d'expérimentations non pérennes. De la lecture des rapports officiels successifs sur la santé et la santé mentale émergent des mots-clés parfois devenus des mots magiques : accès aux soins, coopération, équipe de soins, coordination ville-hôpital, territorialité, association de malades, Internet, droits des malades, réformes, missions au service du public, recommandations, forfaitisation, santé publique, système d'information, nouveaux métiers, etc.

En fait, nombre de ces termes sont à relier à la structure et aux dysfonctionnements du système de santé, dont les effets s'expriment en santé mentale. Pour la médecine générale, c'est la question des soins primaires et de l'articulation plus efficiente avec les autres dispositifs ambulatoires et en établissements. C'est celle de la pertinence accrue d'un accès aux soins personnalisé et facilité via le dispositif du médecin généraliste traitant. Plus de 90 % des assurés ont désigné un médecin traitant qui est dans 99 % un médecin généraliste mobilisable comme acteur clé du parcours de soins et de santé. En santé mentale comme dans les autres domaines, le décloisonnement des métiers et des pratiques s'effectue ou s'effectuera par des échanges proactifs réciproques entre acteurs aux divers niveaux des soins via des outils communicants réellement partagés. La transition opérationnelle ne porte pas que sur la diversification des modes de rémunérations, comme la forfaitisation à côté du paiement à l'acte du professionnel. Elle participe aussi à la transformation vers des pratiques plus collectives, associant une logique individuelle traditionnelle à une approche populationnelle nouvelle. Les responsabilités de chaque médecin généraliste s'exercent vis-à-vis d'une « population médecin traitant » identifiée, celle des assurés sociaux l'ayant choisi comme médecin traitant. C'est sur ces principes qu'ont été introduites dans la convention médicale les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP). Elles incitent à l'analyse systématique des pratiques réelles et devraient être rapidement appliquées à des indicateurs reflétant la qualité des soins en santé mentale. En synergie avec ces aspects récents organisationnels, il faut ajouter le levier de la filière universitaire de médecine générale axée sur un modèle soignant bio-psycho-social. Cette approche permet la promotion et la valorisation des sciences humaines et sociales dans la formation initiale médicale et celles des stratégies en soins primaires. La multiplication des méthodes qualitatives dans les thèses et la recherche en médecine générale et celle des formations à la relation d'aide sont des marqueurs significatifs des progrès en cours.

En guise de conclusion

Ce bref regard sur la médecine générale et la psychiatrie est à relier à la longue liste des rapports successifs sur la santé mentale et l'organisation générale des soins. Au-delà du thème de la santé mentale, il vise à identifier des lignes de fond indispensables à la compréhension préalable indispensable à l'action. Il interroge sur la place de la répétition, des résistances aux changements et des bénéfices du statut quo. Ces mécanismes ne sont pas nouveaux pour les acteurs de santé mentale habitués à ces paradoxes apparents. . .

Après des consensus répétés sur le diagnostic et les dysfonctionnements, la persistance de l'inertie thérapeutique semble maintenant compromise. Mais les améliorations des problèmes de santé mentale dépendent d'abord de réponses plus générales liées aux choix politiques et sociaux pour le système sanitaire et social. La solution qui consiste à investir sur l'organisation des soins primaires via le médecin généraliste traitant est celle retenue par l'OMS. Sa position de professionnel d'interface est celle de ressource, relais, repère stable et investi par les usagers et les familles pour une cohérence des parcours de soins, de prévention et de postvention.

Les crises sociales, démographiques ou économiques et la chronicité de la maladie mentale ont accéléré la prise de conscience sur les besoins et les réponses collectives indispensables. Au-delà de la tendance à l'homéostasie des individus, des groupes organisés, des institutions et autres lobbyistes pour leur extension ou préservation respective, l'étape de l'organisation régulée de notre système de santé se précise. La place de la médecine générale dans la santé et celle du médecin généraliste dans les équipes de soins primaires sont confirmées. Les liens avec les autres acteurs sociaux et sanitaires de la santé mentale y seront plus développés dans des logiques de partenariats sur des territoires de proximité. C'est la mise en place des moyens opérationnels qui sera le test grandeur nature de la cohérence entre les discours et les décisions des politiques, des gestionnaires et des professionnels de la santé eux-mêmes.

La finalité de ces changements devra rester le soin à la personne, quelle que soit la maladie abordée, en tenant compte de ses spécificités. La réalité de chaque individu doit l'emporter sur les données statistiques du malade moyen, qu'il soit psychotique, anxieux ou dépressif. . .

Dans une telle dynamique de réorganisation des soins, la communication sociale sur la santé mentale est indispensable dans un double processus de désignation et de légitimation sociale et professionnelle. Ce discours doit clairement identifier à la fois les problèmes, les solutions, les ressources disponibles et leurs compétences spécifiques respectives. Les places du secteur associatif, de la téléphonie sociale et de l'Internet sont décisives pour une cohérence accrue de santé publique. C'est le renforcement des liens entre des besoins identifiés et les réponses organisées au travers d'un meilleur usage du système de santé. Le rappel des

Encadré 1

1994 « La santé en France », conclusions du Haut Comité de la santé publique

« Notre système de santé présente plusieurs inconvénients qui constituent autant d'obstacles à la réalisation des objectifs envisagés. »

« Le premier impératif serait de prendre en compte les priorités de la politique de santé. »

« Le second impératif serait d'orienter l'offre de soins en fonction de choix reposant sur une appréciation éclairée des besoins de la population. »

« La réalisation d'une grande partie des mesures qui concerne le système de santé implique fortement le médecin généraliste, à la fois parce qu'il est au contact direct des populations et parce qu'il est susceptible de jouer un rôle central de liaison avec les établissements de soins, les services médicaux sociaux et les autres professionnels de santé exerçant en ville. Ses fonctions spécifiques, sa formation et les modalités de sa rémunération mériteraient d'être revues à la mesure de ce rôle. »

conclusions du rapport du Haut Comité de santé publique en 1994 n'est pas inutile comme préalable à la lecture de la stratégie nationale de santé de 2013 (*encadré 1*). La santé mentale y est annoncée comme une priorité jusqu'alors négligée. La loi de santé publique prévue en 2014 devrait être l'occasion de revenir sur ce même thème...

Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références

1. Aiach P, Delanoe D. *L'ère de la médicalisation*. Paris : Anthropos, 1998.
2. Aiach P. Approche sociologique des données de morbidité. *Sciences sociales et santé* 1986 ; 4 : 75-95.
3. Bloy G, Schweyer FX (dir). *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presse EHESP, 2010.
4. Bohn I, et al. Patients psychiatriques ambulatoires. Quelle coordination des soins. *Rev Prat MG* 2007 ; 21 : 511-4.
5. Brabant I. *Médecins généralistes et symptômes biomédicaux inexplicables. Étude qualitative des représentations et déterminants de la prise en charge*, [Thèse de doctorat d'université, Médecine], Lyon : 2006, 187 p.

6. Cathebras P. *Troubles fonctionnels et somatisation. Comment aborder les symptômes médicalement inexplicables*. Issy les Moulineaux : Masson, 2006.
7. Conférence permanente de médecine générale (Collectif). *Pédagogie de la relation thérapeutique*. Paris : editoo.com, 2003.
8. Cour des Comptes. *L'organisation des soins psychiatriques ; les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2010*. Synthèse du Rapport public thématique, 2011, 23 p.
9. Demailly L, Bresson M (dir). *Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques*. IFRESI Rapport final janvier 2005, 246 pages.
10. Fainzang S. *Médicaments et société*. Paris : PUF, 2001. Coll. « Ethnologies Controverses ».
11. Ehrenberg A. *La société du malaise*. Paris : Odile Jacob, 2010.
12. Galam E (dir). Infiniment médecins, les généralistes entre la science et l'humain. *Autrement* 1996 ; 161 : 10-27.
13. Gallais JL, Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale *Encycl Med Chir Psychiatrie* 2002 ; 37-956-A-20, 6 p.
14. Gallais JL. Mythe et réalité : le syndrome axio-dépressif en questions. *Exercer* 1998 ; 45 : 4-10.
15. Gallais JL. Groupe de Pairs : mise en scène de soi, représentations, répétitions et entractes. *Doc Reich Med Genn SFMG* 2006 ; 63 : 19-51.
16. Hardy-Bayle MC, Younes N. *Le réseau de recherche en santé mentale Sud Yvelines*. Paris : Communication Journée de santé mentale MiRe/DREES, 2004.
17. Kandel O, et al. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? *Revue Prat Med Gen* 2004 ; 18 : 781-4.
18. Nathan T, Stengers I. *Médecins et sorciers*. Paris : Seuil, 2004. Coll. « Les empêcheurs de penser en rond ».
19. Offices parlementaires d'évaluation des politiques de santé. *Rapport sur le bon usage des médecins psychotropes*. Paris: 2006.
20. Richier JP. *Le syndrome dysphorique du lundi matin* URL www.forumdespsychiatres.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=85&Itemid=40.
21. Schneider PB. *Regards discrets et indiscrets sur le médecin*. Paris : Masson, 1991. Coll. « Médecine et psychothérapie ».
22. Troisoefus A. Le passage en actes : du malade mental à la personne liminaire. *Anthropologie des associations d'usagers de la psychiatrie, Bulletin Amade (en ligne)* 87 2013, [mis en ligne le 21 juillet 2013, consulté le 24 juillet 2013]. <http://amades.revues.org/1551>.