

GÉNÉRALISTES - PSYCHIATRES : amis ou ennemis ?

P. PHILIPPE (1)

RÉSUMÉ : L'auteur cherche à mettre en évidence les différences de rôles entre médecins généralistes et médecins psychiatres à partir de la littérature et de son expérience personnelle (25 ans en médecine générale puis 10 ans en psychiatrie). Deux sondages viennent illustrer l'image respective que ces confrères ont l'un de l'autre; ils ont été réalisés l'un auprès d'une centaine de psychiatres, l'autre auprès d'une centaine de médecins généralistes, à l'occasion de 2 conférences distinctes. Les différentes réponses reçues dans les sondages, comme les avis tirés de la littérature et l'expérience propre de l'auteur, confirment l'idée que si la collaboration entre généralistes et psychiatres est jugée importante, elle reste très difficile et teintée de nombreux *a priori*. En éclairant la connaissance des rôles et des spécificités de chacun, cet article espère contribuer à améliorer cette collaboration qui est essentielle pour l'évolution de la santé mentale du patient.

MOTS-CLÉS : *Généralistes - Psychiatres - Rôles - Collaboration*

INTRODUCTION

La collaboration entre médecins généralistes et psychiatres paraît bien souvent difficile. Nombreux sont les obstacles et tenaces les réticences, bien que chacun des deux partenaires semble reconnaître qu'une bonne collaboration est indispensable et bénéfique pour le patient. «Le renforcement de la collaboration médecine généraliste-psychiatrie, par le biais initial d'une meilleure communication est apparu comme l'élément majeur de l'amélioration de la prise en charge d'un patient souffrant de troubles mentaux» (1).

Cet article met l'accent sur les différences de rôles entre ces deux médecins-cliniciens s'occupant d'un même patient, données rarement abordées dans la littérature. En dehors de toute hiérarchie qualitative entre généralistes et psychiatres, il importe de spécifier la place originale de chacun pour favoriser la collaboration plutôt que l'affrontement. «Le dialogue doit s'insérer dans une relation d'égal à égal et revêtir un caractère confidentiel» (2).

De ces rôles différents, nous réfléchirons ensuite aux particularités communes puis aux difficultés de communication.

GENERAL PRACTITIONER - PSYCHIATRIST : FRIENDS OR ENEMIES ?

SUMMARY : The author's purpose is to highlight the role differences between a general practitioner and a psychiatrist. She bases her review on the literature as well as on her personal experience which consists of 25 years as a general practitioner followed by 10 years as a psychiatrist. The colleagues' respective opinion of one another was assessed by means of two questionnaires. One was administered to a hundred psychiatrists and the other to a hundred general practitioners on the occasion of two separate medical meetings. The results of these questionnaires, statements found in the medical literature as well as the author's personal experience confirm that, even if the collaboration between general practitioners and psychiatrists is considered important, it remains very difficult and conditioned by numerous preconceived ideas. By clarifying the roles and specificities of each practitioner, this article aims at improving this collaboration which is pivotal for the patient's mental health progression.

KEYWORDS : *General practitioners - Psychiatrists - Roles - Collaboration*

Deux sondages (questions ouvertes) réalisés auprès d'une centaine de psychiatres et d'une centaine de généralistes viendront illustrer l'image que, chez nous, ces médecins ont l'un de l'autre. «Il serait exagéré d'affirmer qu'il y a, *a priori*, une grande estime réciproque entre le généraliste et le psychiatre» (3).

Enfin, en conclusion de cette analyse des particularités, des images et des rôles respectifs du médecin généraliste et du psychiatre, nous tenterons quelques propositions pratiques pour améliorer la collaboration entre eux.

MÉTHODOLOGIE

Les réflexions -tirées d'une pratique de 25 ans en médecine générale suivie d'une spécialisation en (pédo)psychiatrie- sont essentiellement subjectives, partielles, mais ont été confrontées à la littérature et à l'avis de quelques amis généralistes ou psychiatres. Elles sont, d'autre part, confirmées par les réponses reçues aux deux sondages réalisés.

Les propos sont schématiques et pourront paraître réducteurs. Par exemple, quand il sera question du médecin généraliste, référence sera faite au «bon vieux médecin de famille» qui connaît et suit son patient «de la conception à la

(1) Pédiopsychiatre, Centre de Ressource Autisme, Université de Liège, CHU de Liège.

mort», lui consacrant l'essentiel de son temps. Le psychiatre cité ici aime également son métier et son patient; il travaille en hôpital comme en privé; il suit certains patients en psychothérapie. Les psychotropes comme le DSM IV font partie de ses outils, mais pas de ses priorités. A noter que souvent, il sera question du psychiatre d'inspiration psychanalytique, car c'est entre lui et le médecin généraliste que les différences de rôles sont les plus marquées, les moins comprises et, de là, les plus «choquantes».

Des articles parus dans la presse médicale ou la presse tout public, un numéro de la revue Psychologie Médicale, ainsi que quelques phrases glanées au cours de plusieurs conférences ont étayé mes observations personnelles et m'ont encouragée à poursuivre ma réflexion. Ce sujet a également été discuté avec intérêt lors de Glem (Groupe local d'évaluation médicale) de médecine générale à Bruxelles et Bastogne (4).

Deux sondages permettent d'illustrer mes propos. Le premier a été réalisé lors d'un congrès de médecine générale (congrès SSMG -Société Scientifique de Médecine Générale-, Chypre 2004); la question posée était la suivante: «*Pourriez-vous indiquer les trois qualificatifs qui, pour vous, définissent le mieux un psychiatre ?*»

Lors de la lecture des réponses, comme les avis donnés ne distinguaient pas le psychiatre de la réalité et le psychiatre idéal, lors du deuxième sondage réalisé deux mois plus tard (réunion de psychiatres et psychologues à Liège, Colonster, 2004), trois questions distinctes ont alors été posées : *Pourriez-vous indiquer les trois qualificatifs qui pour vous définissent le mieux un médecin généraliste ?* Puis, à l'intérieur de la première feuille, (pliée en deux et agrafée) : *Quels sont les trois qualificatifs qui caractérisent le mieux – à votre avis :*

- Les médecins généralistes avec lesquels vous êtes en relation dans votre travail ?
- Le médecin généraliste idéal ?

RÉSULTATS DES SONDAGES

1) Avis des médecins généralistes à propos des psychiatres (Tableau I).

2) Avis des psychiatres à propos des médecins généralistes (Tableau II).

RÉFLEXIONS : DES RÔLES DIFFÉRENTS

Les différences essentielles entre la prise en charge par le généraliste ou par le psychiatre me sont apparues d'abord dans les situations d'urgence.

TABLEAU I. AVIS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À PROPOS DES PSYCHIATRES

140 questionnaires distribués, 127 réponses, 337 mots proposés Les réponses ont été regroupées selon leur contenu en différentes rubriques et classées en «qualités» et «défauts»...			
Qualités = 183 mots = 54% des réponses		Défauts = 154 mots = 46% des réponses	
Ecoute	46 = 14 %	Enervant	43 = 12 %
Compétences	45 = 13 %	Déséquilibré	37 = 11 %
Empathie	37 = 11 %	Non disponible	32 = 9 %
Qualités	24 = 7 %	Non compétent	23 = 7 %
Disponibilité	14 = 4 %	Non collaborant	19 = 5,5 %
Collaborant	14 = 4 %		
Équilibré	3 = 0,9 %		

TABLEAU II. AVIS DES PSYCHIATRES À PROPOS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

130 questionnaires distribués, 103 questionnaires ont été complétés (52 psychiatres, 22 assistant(e)s en psychiatrie, 15 psychologues, 8 étudiants en médecine et 6 «autres».) 305 mots répondus pour la 1ère question, 273 pour le MG de la réalité, 291 mots pour le MG idéal. 26 séries de 3 mots identiques entre la première et la troisième question. 8 séries de 3 mots différents entre la première et la troisième question. 6 absences de réponses à la deuxième question (4 étudiants et 2 psychiatres.) Les réponses ont été regroupées selon leur contenu en différentes rubriques et classées en «qualités» et «défauts».			
Qualités		Défauts	
En général	En réalité	En général	En réalité
283 mots = 92,8%	169 mots = 62 %	22 mots = 7,2 %	104 mots = 38 %
Compétent 77 = 25 %	31 = 11,3 %	Non compétent 5 = 1,7%	31 = 11,3 %
Disponible 60 = 20 %	28 = 10,2 %	Non Disponible 8 = 2,6%	34 = 12,5 %
Centralisateur 36 = 12 %	32 = 11,7 %	Non centralisateur 1 = 0,3%	17 = 6,2 %
Proche 35 = 11,5 %	14 = 5,1 %	Non proche 0	3 = 1 %
Empathie 28 = 9 %	20 = 7,3 %	Non empathique 0	3 = 1 %
Ecoute 24 = 8 %	21 = 7,7 %	Pas d'écoute 1 = 0,3%	1 = 0,4 %
Qualités 23 = 7,5 %	23 = 8,4 %	Défauts 7 = 2,3%	15 = 5,5 %

J'illustrerai mes propos par quelques mots tirés des sondages, inscrits en italique dans le texte.

LE GÉNÉRALISTE SE DOIT D'ÊTRE DANS LA SITUATION, APPORTER UNE AIDE DE L'EXTÉRIEUR, LE PSYCHIATRE SE PLACE EN DEHORS DE LA SITUATION ET CHERCHE DES RESSOURCES INTERNES AU PATIENT

Le médecin de famille est appelé en urgence pour donner une solution rapide à un problème précis : infarctus, angine... mais aussi dépres-

sion, scène de ménage, crise de larmes... La demande du patient est clairement formulée : plainte somatique, souffrance physique ou psychique à diminuer ou à éviter le plus souvent.

Le médecin généraliste est appelé pour qu'il apporte lui-même la solution au problème médical posé. Il se rend disponible et répond dans l'urgence par sa présence, son écoute, un acte technique, un médicament ou parfois une hospitalisation. D'emblée, il se trouve dans la situation, propose une solution ou un début de solution. Il adopte souvent un rôle pédagogique. Le patient, lui, peut rester passif. Le médecin généraliste lutte contre le temps, contre la crise et contre le symptôme : c'est sa fonction et l'attente du patient.

DANS LE SONDAGE RÉALISÉ : QU'EN DISENT LES PSYCHIATRES ?

Le psychiatre quant à lui répond très rarement par une consultation dans l'urgence (excepté bien sûr dans le cadre d'un service d'urgences psychiatriques.)

Il se place en dehors de la situation, il se «décale» de l'urgence, il temporise. «Il (le psy) garde une distance affective qui permet un travail thérapeutique» (5).

Il propose au patient de chercher avec lui une solution interne, personnelle. Le patient est invité à être actif.

La vraie demande du patient est rarement formulée; elle doit souvent être clarifiée ou construite progressivement avec lui. «L'examen de la demande du patient est, en effet, lorsque le médecin veut sortir du champ causaliste médical, le fondement de toute intervention psychothérapeutique» (6).

Le psychiatre cherche à utiliser le temps et utiliser la crise : moment de mobilisation qu'il ne veut pas calmer trop vite au risque de voir les vrais problèmes/questions abandonnés sans être abordés.

La prise en charge psychiatrique est un double paradoxe : le patient croit que le psychiatre a la solution à son problème, ce qui est faux. Et même plus : le patient ignore que cette solution, c'est lui-même qui doit la construire. «On file chez le psy... Cela donne l'impression que les thérapeutes peuvent tout régler en trois tours de clé. C'est un leurre» (7).

DANS LE SONDAGE RÉALISÉ, QU'EN DISENT LES GÉNÉRALISTES ?

«Aller au cœur du problème, remet les choses en place, utile si disponible mais aussi, rarement

là dans les situations d'urgence, peu accessible, dans sa tour d'ivoire, difficilement efficace, en décalage par rapport à la réalité...»

LE GÉNÉRALISTE CONNAÎT LA RÉALITÉ OBJECTIVE DU PATIENT, LE PSYCHIATRE RENCONTRE LA RÉALITÉ SUBJECTIVE

Le médecin généraliste inscrit le patient dans son histoire, la famille, le milieu professionnel: il le connaît chez lui, dans son univers familial et matériel, avec ses passions, ses qualités, ses défauts, ses écarts. Le médecin de famille a l'habitude de prendre en charge globalement le patient – intégrant le psychologique, le social et l'environnement (8). Mais tous ces renseignements peuvent éclairer ou parfois encombrer le médecin généraliste dans sa prise en charge.

QU'EN DISENT LES PSYCHIATRES ?

«Globalité, connaît le dossier, proche, connaît le contexte du patient, intrafamilial, source d'info ..., mais aussi, défenseur de la veuve et l'orphelin, perdu, dépassé, encombré,...»

Le psychiatre ne sait souvent du patient que ce que celui-ci lui dit de lui, de sa famille, de son métier... Ce n'est pas tant la réalité qui intéresse le psychiatre que la perception que le patient en a. Mais il peut parfois être bien intéressant, voire indispensable de confronter ce récit à la réalité (idées délirantes, danger, manipulation,...). «Le rôle du généraliste en tant qu'éclaireur du contexte psychosocial et familial est souvent utile» (9).

QU'EN DISENT LES GÉNÉRALISTES ?

«Absence de préjugés, tolérance, mais aussi en décalage par rapport à la réalité, patient parfois déçu si on ne tient pas compte de la situation familiale, distant, subjectivité, déconnecté...»

LE GÉNÉRALISTE TRAVAILLE DANS LA PROXIMITÉ, LE PSYCHIATRE RESTE À DISTANCE

Si par définition, le médecin généraliste est proche de son patient, il faut remarquer toutefois combien il peut être difficile pour certain patient de confier ses problèmes les plus intimes au généraliste qui est peut-être aussi le «traitant» de son conjoint, ses parents ou ses enfants, qui est peut-être son voisin et qu'il peut croiser à tout moment pendant des années.

QU'EN DISENT LES PSYCHIATRES ?

«Proche, intégré au milieu, intrafamilial, référent du patient, investi, concerné..., mais aussi curieux, paternaliste...»

Le psychiatre, plus à distance, peut facilement être «oublié et/ou quitté». Il est fréquent d'ailleurs, que lorsqu'une crise est résolue, le patient quitte son psychothérapeute, comme pour tourner la page, alors qu'il restera plus souvent attaché à son généraliste après une grave maladie. A noter aussi que l'objectif thérapeutique est de rendre le patient autonome, capable de prendre seul ses décisions: la fin d'une psychothérapie fait partie intégrante d'un traitement abouti.

QU'EN DISENT LES GÉNÉRALISTES ?

«Distant, neutre, isolé dans sa tour d'ivoire, homme blindé, un peu hautain, déconnecté,...»

«La transmission d'information ne va pas toujours de soi. Il arrive que des patients demandent explicitement à leur psychiatre de ne pas communiquer certains éléments de leur dossier à leur généraliste, redoutant la transmission de données confidentielles à une personne issue de leur environnement proche» (9). D'autres patients éviteront toute transmission d'information en omettant de prévenir le généraliste de leur traitement chez un «psy».

LE GÉNÉRALISTE CHERCHE LA CAUSE DE LA SYMPTOMATOLOGIE DU PATIENT, LE PSYCHIATRE EN RECHERCHE LE SENS (11)

De façon schématique, le généraliste cherche à répondre à la question posée. Avec une écoute empathique bien souvent innée, renforcée par la pratique, le médecin de famille est dans le temps, dans l'action, le concret. Il cherche la CAUSE et tente d'établir un diagnostic précis pour un traitement efficace. La logique est ici plutôt linéaire: une cause, une conséquence, un traitement.

«L'étiologie sera un terme plus du ressort de la médecine. Elle suppose qu'une maladie a une cause spécifique et unique qui sera l'objet des soins et des traitements» (10).

L'OBJET du traitement est la maladie.

Le SYMPTOME est un ennemi à supprimer.

QU'EN DISENT LES PSYCHIATRES ?

«Efficacité immédiate, pragmatique... , mais aussi, bobologue, hypersomatique, vision à court terme, ...»

De façon schématique : le travail du psychiatre est le plus souvent de questionner la question posée; questionner le psychisme, les antécédents personnels et familiaux, le milieu de vie du patient... Le psychiatre se décale du temps et du concret : il cherche le SENS et idéalement, il élabore des hypothèses successives pour accompagner l'évolution du patient. La logique est ici plutôt circulaire : plusieurs causes peuvent avoir plusieurs conséquences qui peuvent à leur tour modifier les causes premières. «La pathogénie est davantage un terme de psychiatrie ou de santé mentale. Elle suppose qu'un ensemble de causes peut entraîner un ensemble de conséquences difficiles à prévoir» (10). L'OBJET du traitement est le patient lui-même. Le SYMPTOME est un partenaire à utiliser : le psychiatre va souvent utiliser la souffrance engendrée par le symptôme pour pousser le patient à se remettre en cause.

QU'EN PENSENT LES GÉNÉRALISTES ?

«Sens de l'imaginaire, peu réaliste, irréal, propension à ne rien faire, glandeur, ne pas tourner en rond, compliquant, ...»

Le médecin généraliste diagnostique le symptôme et s'emploie à le faire disparaître. Le psychiatre, lui, le repère et s'efforce de lui donner un sens afin que le sujet n'en ait plus besoin. «Si guérison il y a, elle se fait par la signification et non par l'éradication» (12). *A contrario*, les thérapies cognitivo-comportementales travaillent elles à l'éradication du symptôme-cible, en «reprogrammant» les cascades de réponses inconscientes inadaptées qui se sont mises en place pour aboutir à la symptomatologie.

LES GÉNÉRALISTES APPORTENT LEUR SAVOIR AU PATIENT, LES PSYCHIATRES CHERCHENT À ÉCOUTER DANS UNE ATTITUDE DE NON-SAVOIR, SANS A PRIORI THÉORIQUES

C'est à partir de son savoir médical, de son expérience que le généraliste établit un diagnostic puis un traitement de la maladie en plein respect de la personne.

QU'EN DISENT LES PSYCHIATRES ?

«Compétent, connaissances, multidisciplinaire, savant, formation scientifique... , mais aussi, incompetent, non perfectionniste, dépassé, trop souvent mélange tout, ...»

C'est en mettant son savoir de côté, en évitant d'enfermer le patient dans un diagnostic psychiatrique -tout en le gardant en mémoire- que le psychothérapeute va donner à la personne du patient une place centrale, singulière, pour éta-

blir une relation thérapeutique originale et unique.

QU'EN DISENT LES GÉNÉRALISTES ?

«Compétent, interpellateur, subjectivité, distrait souvent, irréel, peu réaliste, naïf, rêveur..., mais aussi, compétent ? Trop de rigueur scientifique, ésotérique, difficilement efficace, ...»

C'est au nom du savoir que nous allons donner des directives précises alors qu'en santé mentale, le savoir sera toujours soumis aux aléas du sujet, remis en question en fonction de la singularité de la situation (10).

LES GÉNÉRALISTES ASSURENT UN SUIVI GLOBAL DE LONGUE DURÉE, LES PSYCHIATRES, UN SUIVI SPÉCIFIQUE LIÉ AU PROBLÈME POSÉ

«Le médecin de famille joue dans ce système à la fois le rôle de coordinateur et de responsable principal de la première ligne» (8).

Le généraliste s'inscrit dans la durée, en traitant le patient – et souvent sa famille – des années durant. Il propose des traitements préventifs ou des mesures d'accompagnement à long terme. Le généraliste est responsable de la gestion du dossier médical global – responsabilité reconnue et rémunérée – confirmant ainsi son rôle de «centralisateur», de «chef d'orchestre», qui se demande parfois où est bien passée sa baguette... «Le médecin de famille joue dans ce système à la fois le rôle de coordinateur et de responsable principal de la première ligne» (5).

QU'EN DISENT LES PSYCHIATRES ?

«Centralisateur, longitudinal, coordinateur, continuité du suivi, dépistage...»

Mise à part la prise en charge au long cours de certains patients (schizophrènes, bipolaires...) le rôle du psychiatre est souvent plus limité dans le temps, voire ponctuel. La prévention n'est, au mieux, que secondaire et bien souvent illusoire, puisque le psychiatre répond habituellement à la demande de prise en charge du patient. En pédopsychiatrie, ce problème est particulièrement aigu : l'enfant dépend de la démarche de demande d'aide de ses parents et l'on sait qu'une prise en charge préventive ou très précoce est un atout majeur dans de nombreuses pathologies pédopsychiatriques (troubles envahissants du développement, troubles bipolaires, troubles psychotiques...). Même si le travail psychothérapeutique est souvent limité dans le temps, il doit s'inscrire dans l'histoire du patient et y prendre sens.

QU'EN DISENT LES GÉNÉRALISTES ?

«Utile, discret, partenaire, indispensable..., mais aussi non communicatif, on les consulte quand on est dépassé, ...»

NB : une étude menée durant un mois dans un centre de consultation psychiatrique à Paris a montré qu'une pathologie somatique chronique a été retrouvée chez plus de 28% des patients mais était méconnue des psychiatres dans 61 % des cas. La maladie psychiatrique était méconnue des médecins traitants dans 56 % des cas (13).

LE GÉNÉRALISTE CUMULE PLUSIEURS RÔLES, CERTAINS PSYCHIATRES N'EN ASSUMENT QU'UN SEUL

«Il va se servir de l'abord corporel non seulement dans la recherche diagnostique, mais aussi dans sa dimension relationnelle» (15).

Le médecin généraliste s'occupe à la fois du corps et de l'esprit, mettant le plus souvent l'accent sur l'aspect somatique de la pathologie. Il est le «garant du corps». C'est dans ce sens, à travers les plaintes somatiques que la majorité des patients le consulte. Docteur «je souffre de quelque chose» (14). Le généraliste a presque toujours un contact physique avec le corps du patient. «Il va se servir de l'abord corporel non seulement dans la recherche diagnostique, mais aussi dans sa dimension relationnelle» (4).

Le généraliste accepte de cumuler plusieurs rôles : rôle d'expert pour le diagnostic, de prescripteur pour les examens complémentaires ou les médicaments et rôle d'écoute pour l'accompagnement, le soutien, la guidance. Il faut encore ajouter à toutes ces tâches les trop nombreuses attestations, demandes de remboursement, certificats de maladie, de bonne santé, d'aptitude au sport... travail administratif de plus en plus lourd. Et ne pas oublier l'accompagnement social qui bien souvent lui incombe, au moins dans un premier temps.

QU'EN DISENT LES PSYCHIATRES ?

«Somaticien, organiciste, polyvalent, écoute, empathie, confident..., mais aussi non informé, supposé pluridisciplinaire, ...»

La majorité des psychothérapeutes se préoccupe essentiellement – voire exclusivement – des problèmes psychiques et renvoie le patient vers son généraliste pour le traitement des plaintes somatiques. C'est dans cet esprit que certains patients – bien que rares – consultent directement le psychiatre. Docteur «je souffre» (14). Le psychiatre s'occupe très peu du somatique,

voire pas du tout, à l'exception des contre-indications et effets secondaires des médicaments s'il en prescrit. Classiquement, il ne touche pas son patient, si ce n'est la conventionnelle poignée de mains. Dans les services hospitaliers de psychiatrie et de pédopsychiatrie, un médecin «somaticien» prend la santé physique des patients en charge.

Le psychiatre essaie de ne prendre qu'une seule fonction : s'il est expert, il se doit d'établir le diagnostic mais ne peut assurer ni traitement ni prise en charge. Si sa formation est d'inspiration psychanalytique, il évitera d'être prescripteur s'il est psychothérapeute. Cette position est très difficilement comprise par le médecin traitant si elle ne lui est pas explicitée.

QU'EN DISENT LES GÉNÉRALISTES ?

«Ecoute, empathie, théoricien du psy..., mais aussi, aveugle physique, un médecin qui ne fonctionne pas comme tel, ...»

LE GÉNÉRALISTE EST CONSIDÉRÉ DANS LA NORME, LE PSYCHIATRE, DANS LA DÉVIANCE

La place spontanée donnée au généraliste se situe du côté de la régulation sociale, de la norme. Autrefois, l'image même du généraliste était celle d'un personnage traditionnel, patriarche, bon père de famille, homme de bien, un des notables du village.

QU'EN DISENT LES PSYCHIATRES ?

«Responsable, sérieux, efficace, bon père de famille, sécurisant..., mais aussi paternaliste, parfois humaniste, inadapté, méfiant, anxieux, ...»

Le psychiatre a une place marginale dans le monde médical et dans la société : c'est «un personnage plus flou auquel on est parfois tenté de demander quelles sont ses références personnelles afin de savoir à qui on a affaire» (16). L'image renvoyée par la société est rarement «classique» mais bien souvent originale, fantaisiste voire même inquiétante.

QU'EN DISENT LES GÉNÉRALISTES ?

«Un fou qui a bien assumé et socialisé sa folie, déjanté, paumé, un doux dingue, excentrique, original, aussi fou que son patient, fou nécessaire, un manchot mental...», mais aussi équilibré (cité 2 x sur 337 mots répondus!).

«Les patients et leurs médecins semblent partager les mêmes représentations à propos de l'étrangeté des psychiatres et de leur cadre. En effet, les uns et les autres soulignent les diffé-

rences entre le cadre de la médecine générale qui ne «bouscule» pas la relation, «rassure», «conseille», «soulage», et que nous avons appelé cadre «maternant» et le cadre du psy qui est vécu comme «distant», «rigide», «frustrant», dont la finalité vise à la séparation et que nous pourrions qualifier de «paternant» (17)».

LE GÉNÉRALISTE CACHE SOUVENT LES ÉMOTIONS VÉCUES FACE AU PATIENT, LE PSYCHIATRE UTILISE LES ÉMOTIONS VÉCUES

Dernier point et non des moindres : dans son travail, le généraliste se sert peu des émotions qu'il ressent face à son patient. Il cherche même souvent à ne pas montrer sa peine ou son inquiétude, faisant preuve d'esprit de décision et de son empathie naturelle. S'il se montre trop affecté par la situation de son patient, il risque de ne plus être capable de poser les actes thérapeutiques nécessaires. Certains pourtant – à travers les groupes Balint, par exemple – prennent davantage cette dimension en compte dans leur travail.

A noter ici la place centrale du généraliste face à la mort : il est en première ligne, au chevet du patient, face à la famille, avec toutes ses émotions et les leurs, avec parfois aussi le sentiment d'un échec. Cet aspect particulier est travaillé dans les formations spécifiques en soins palliatifs.

QU'EN DISENT LES PSYCHIATRES ?

«Scientifique, première ligne, concerné, empathie (7,3 %)..., mais aussi hypersomatique, peu formé en psy, en difficultés par rapport au psy, inadapté, ...»

Le psychiatre psychothérapeute, principalement d'inspiration psychanalytique, fait du transfert et du contre-transfert des outils de travail majeurs; il analyse et utilise ses émotions dans le diagnostic comme dans la prise en charge du patient. Il engage toute sa personne, son histoire dans le processus thérapeutique sans pour autant interférer avec elles; c'est la raison pour laquelle un psychothérapeute se doit d'être au clair avec sa propre histoire.

Face à la mort, le psychiatre se place en 2^{ème} ligne, apportant son écoute, son empathie et son aide pour un travail de mentalisation, permettant au patient une prise de distance.

QU'EN DISENT LES GÉNÉRALISTES ?

«Sensibilité à être, un homme d'intérieur, empathie (11 %), compatissant, affectivité, humain, ...»

DES PARTICULARITÉS COMMUNES

Après avoir relevé ce qui sépare généralistes et psychiatres, cherchons maintenant leurs particularités communes.

1. L'un comme l'autre s'intéressent à l'individu dans sa globalité, versant somatique pour le généraliste, versant psychique pour le psychiatre. Toutes les autres spécialités médicales se centrent sur un organe ou une fonction.

2. L'un comme l'autre prennent en compte l'environnement familial, professionnel, social, culturel du patient, (composantes qui influenceront rarement le diagnostic d'un radiologue !)

3. L'un et l'autre ont une formation de base et donc une approche médicale commune, essentiellement scientifique et objectivante. Or, «tous deux sont confrontés à une pratique qui les oblige bien plus que les spécialistes à réintroduire le sujet souffrant et son entourage, et à renoncer à une partie de leur position de maîtrise ou d'objectivation, pour s'adapter à une pratique où la part relationnelle sera ici beaucoup plus considérable, nécessitant donc un travail psychique important» (3).

4. Alors que l'un et l'autre doivent, dans un premier temps, se fier essentiellement à leur intuition clinique, dans un second temps, des examens complémentaires pourront parfois les aider. Mais il existe rarement un test ou une image pathognomonique d'une situation particulière, que ce soit en médecine générale ou en psychiatrie.

5. Point de détail - mais significatif de leur différence avec les autres médecins - l'un et l'autre travaillent bien souvent «en civil», sans tablier blanc.

6. L'un et l'autre sont mis au ban de la «Médecine hyper-scientifique moderne». Mais les récents progrès en imagerie médicale, en physiologie, en physio- et psycho-pathologie les concernent de plus en plus dans leur travail.

«Nous situons le médecin généraliste dans une position de défaut de reconnaissance et le psychiatre dans une position de marginalisation. Pour le généraliste tout d'abord, le relâchement des liens identificatoires dans la communauté médicale, la diminution de la position de notabilité sociale, la baisse du statut financier, le court-circuitage permanent par les hospitaliers et les spécialistes, les restrictions de la liberté de prescription, les contrôles multiples. Tout cela détermine chez le généraliste toute une série de frustrations quotidiennes, une moindre sécurité quant au statut et à la fonction, mais aussi une agressivité partagée entre l'ordre administratif

et la hiérarchie médicale qui pratique une médecine dure et désobjectivante» (3).

Pour le psychiatre ensuite, «le simple fait pour un médecin de s'orienter vers la psychiatrie suppose un certain degré de désidentification quant à l'ordre médical et l'adhésion à d'autres références, si bien que le psychiatre est vécu de façon ambivalente par le reste de la médecine et la vit de manière ambivalente quoique très variable» (3).

DES DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION

LE DISCOURS

Le généraliste a gardé un discours médical classique, toujours compris par le psychiatre puisqu'ils partagent une formation de base commune. Mais l'inverse est loin d'être vrai : il suffit d'entendre les réflexions qui fusent de la part des généralistes : «alors, que disent les poètes ?...». Les propos «psy» ne sont pas abordables pour le non initié. Là où le généraliste rêve, le psychiatre fantasme; si le premier réfléchit, le second élabore ou perlabore; là où le généraliste met des mots, le psychiatre verbalise... Et certains rapports de psychiatres sont hermétiques à la plupart des autres médecins.

Quelques exemples qui m'ont interpellée au début de ma formation : il réalisait jusque là un étayage narcissique de sa mère, le cadre fait tiers, une relation d'objet anobjectale, une fonction surmoïque déficiente, une hémorragie narcissique, un cadre de vie étayant...

LES FORMATIONS ET LES TECHNIQUES

Une remarque identique peut être faite pour les méthodes de travail utilisées. Celles du généraliste sont le plus souvent connues de tous, patients comme psychiatres: auscultation, palpation, ECG, infiltration,... A noter toutefois que certaines approches peuvent être plus mystérieuses, comme la mésothérapie, les manipulations vertébrales, la réflexologie plantaire...

Par contre, les différentes approches «psy» sont mal connues et le plus souvent non explicitées: thérapie psychanalytique, psychodynamique, systémique, cognitivo-comportementale, hypnothérapie, sismothérapie, ...^(a) Patients comme généralistes s'y perdent bien souvent. Les psychiatres ne présentent pas toujours leurs spécificités avec leurs indications précises, chacun défendant souvent son école de façon exclusive. Mais qui fait quoi? (7). Qui est aidé par quoi ?

A noter que la multiplicité des titres et des formations ne simplifie pas la situation : on peut être psychiatre sans être psychothérapeute ou l'inverse. On peut être psychanalyste ou psychothérapeute sans être psychologue ni psychiatre... Mais un psychiatre comme un généraliste peut être psychothérapeute et psychanalyste ! «Actuellement, ce «psy» (psychiatre, psychologue : clinicien ou autre psychothérapeute...) souffre d'identités multiples. En effet, dans le champ de la santé mentale, ses fonctions se sont à la fois différenciées et autonomisées, tout en se partageant aussi dans une certaine mesure des territoires de compétences communes tels que celui de la psychothérapie» (17). «Le malaise des médecins provient de la complexité de cette spécialité et surtout du défaut de communication et de coopération avec le psychiatre» (11).

QUELLE COLLABORATION ?

Chacun admet la nécessité d'une collaboration efficace entre médecins traitants et psychiatres. Mais les réponses obtenues lors des sondages réalisés montrent que l'image réciproque des généralistes et des psychiatres est loin d'être toujours positive; peu d'entre eux semblent connaître les spécificités du travail de l'autre. Pourtant la bonne collaboration souhaitée passe inévitablement par une meilleure connaissance de chacun, de sa formation, son travail spécifique.

Voici quelques exemples de pistes simples à développer pour le plus grand avantage des patients, sans grand frais mais nécessitant ouverture à la collaboration et bonne volonté!

- favoriser les rencontres généralistes-psychiatres, en dehors de toute notion de hiérarchie, avec des échanges interactifs lors de Glem, de séminaires de formation continue, de gran-

des journées à thème (comme la journée de la dépression ou les grandes journées organisées régulièrement par la SSMG. «L'amélioration de la communication généraliste-spécialiste passe bien entendu avant tout par un effort permanent de l'ensemble des acteurs de notre système de santé» (5). «Il semble qu'une reconnaissance mutuelle soit essentielle. Il s'agit d'établir une relation de confiance suffisante dont l'équilibre est difficile à trouver. Toute méprise peut entraîner une rupture (de la relation patient-généraliste, patient-psy, et/ou psy-généraliste) qui sera vécue comme un échec... Les résultats montrent la nécessaire complémentarité des fonctions» (17).

- Instaurer un mois - au minimum- de stage obligatoire en médecine générale, (chez des généralistes et non en service hospitalier de médecine générale..) pendant les années communes de formation en médecine. «Les cours de médecine générale instaurés il y a quelques années dans les universités à l'attention de tous les étudiants permettront certainement d'optimiser une nécessaire complémentarité en dehors de toute notion de hiérarchie» (5). Personnellement, je pense que les cours seuls sont certes utiles mais ne sont pas suffisants pour comprendre la réalité de la médecine générale.

- Aussi souvent que possible, chaque psychiatre devrait se présenter au médecin généraliste, préciser sa propre formation, les indications principales qu'il prend en charge et la méthode de travail utilisée. «Le psychiatre cumule donc une identité floue et variable et une image dans le public qui peut être telle que le fait de consulter un psychiatre est parfois vécu comme une désignation plus inquiétante que le bénéfice qu'on en escompte, d'où la difficulté de certains généralistes à faire effectuer à un patient, qu'il connaît bien et auquel il est identifié, un saut qui peut leur apparaître un peu périlleux» (15). «Il y a souvent une attente déçue, un sentiment de manque de disponibilité, parfois une accusation larvée de manque d'expérience ou de fiabilité médicale, souvent celle d'être désinséré de la réalité quotidienne, d'être apragmatique, d'utiliser un langage incompréhensible, voire d'être un peu fou lui-même : le généraliste craint que le psychiatre fasse peur ou effarouche ses patients et on entend souvent des généralistes dire qu'ils cherchent un psychiatre pas trop psychiatre» (1).

Chaque patient mais également son généraliste devraient préciser ce qu'ils attendent du travail avec le psychiatre : avis ponctuel, modification d'un traitement médicamenteux, psychothérapie... ? Seront transmises entre médecins

(a) Les psychothérapies psychanalytiques : cherchent à mettre en évidence les processus inconscients liés à l'histoire du patient. Le cadre (divan ou face à face) ou suivant vos possibilités (divan/face à face), ainsi que la durée et la fréquence des séances distinguent psychanalyse et psychothérapie psychodynamique. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) : cherchent à mettre en évidence les processus cognitifs et/ou comportementaux du patient. les thérapies systémiques ou familiales : cherchent à mettre en évidence les relations pathogènes qui existent à l'intérieur de la famille, du couple ou du groupe. L'hypnothérapie : cherche à agir sur le psychisme en modifiant l'état de la conscience; l'état hypnotique peut être comparé à un rêve éveillé qui permet une interaction corps-pensée-environnement. La sismothérapie ou électronarcose : est un traitement physique et non psychologique qui cherche à modifier l'activité électrique du cerveau par électrochocs sous anesthésie générale courte.

les informations jugées pertinentes dans la prise en charge du patient (antécédents personnels ou familiaux, contre-indications médicamenteuses, résultats de biologie sanguine, de scanner, EEG, risque vital...). Toutefois, certaines informations resteront réservées exclusivement au colloque singulier du patient et du médecin - généraliste ou psychiatre. «Les généralistes travaillent de plus en plus en réseau avec des spécialistes et le personnel médical. Cette notion de réseau est de plus en plus importante, chacun y apporte ses compétences propres... Travailler en réseau, sans rivalités, cela s'apprend...» (16).

«Il s'agit plus de méconnaissance ou de limitation à un rôle purement somatique comme si le psychiatre s'arrogeait tout ce qui concerne le psychisme et négligeait l'importante part relationnelle dans le travail du généraliste : il est vrai que cette part est variable dans la mesure où l'envoi au psychiatre de la part du généraliste est associé tantôt au désir de participer au traitement, tantôt à celui d'être déchargé du patient: mais bien souvent le psychiatre ne prend pas suffisamment la peine d'évaluer le rôle que le patient donne à son généraliste et l'attente de celui-ci : cette négligence aboutit très souvent à des situations fausses ou incohérentes, à des clivages, à des luttes d'influence que le patient risque d'utiliser avant d'en être la victime» (1).

«Il est essentiel que la première et la deuxième ligne collaborent pour diagnostiquer rapidement ce genre de pathologies (troubles anxieux, dépression, schizophrénie) et pour la soigner de façon optimale» (18).

«Quant aux patients privés, ils sont rarement envoyés par les généralistes qui pratiquent eux-mêmes des thérapies médicamenteuses. Quant à nous, on ne réfère que rarement vers le médecin de famille. Il est plus facile, vous en conviendrez, de référer au médecin généraliste lorsqu'on est gastroentérologue ou cardiologue. Pour les maux de l'âme, c'est plus compliqué, d'autant que les patients veulent rarement que cela se sache» (19).

«La question est simplement de déterminer quelle compétence le généraliste et le psychiatre possèdent et quand celle-ci est suffisante... Finalement, l'objectif est que le patient tire un maximum de bénéfice d'une approche spécifique» (20).

Dans la littérature, un article (22) met en évidence que les généralistes se sentent surtout à l'aise pour traiter les dépressions et troubles anxieux, et plusieurs études confirment que leurs résultats sont équivalents à ceux des spécialistes. Par contre, pour les psychoses, les

maladies chroniques ou avec un impact important sur la vie quotidienne, ils recherchent pour leurs patients un suivi psychothérapeutique plutôt qu'un simple avis diagnostique. *A contrario*, une autre étude rapporte que 35% des patients schizophrènes sont traités uniquement par le médecin généraliste (21).

Actuellement, plusieurs projets reposent sur la collaboration entre généralistes et psychiatres, comme par exemple le projet VRINT «qui vise à améliorer le dépistage de la psychose précoce et à assurer la continuité des soins» (22).

En pédopsychiatrie tout particulièrement, la collaboration avec le médecin généraliste est précieuse : premier témoin très proche des relations précoces, des étapes du développement, de la santé mentale des deux parents, il peut signaler ses observations et ses inquiétudes aux parents, à l'ONE, au PMS, à un service social éventuellement et favoriser un avis pédopsychiatrique précoce; il permet ainsi une éventuelle prise en charge rapide dans le plus grand intérêt de l'enfant ainsi qu'une possibilité d'aide aux parents en difficulté.

QUE DISENT LES PSYCHIATRES À PROPOS DE LEURS CONFRÈRES GÉNÉRALISTES?

«Centralisateur (11,7 %), collaborant, coordinateur, communicatif..., mais aussi non centralisateur (6,2 %), en difficultés par rapport au psy, peu collaborant, difficultés de passer la main, ...»

QUE DISENT LES GÉNÉRALISTES À PROPOS DE LEURS CONFRÈRES PSYCHIATRES?

«Collaborant (4 %), ouverture et contact avec le généraliste, échange, interactif..., mais aussi non collaborant (5,5 %), peu communicatif, hermétique, incompréhensible, langage obscur, ...»

CONCLUSION

Les différences de rôles entre généralistes et psychiatres ont été recherchées à travers mon expérience personnelle et à partir de différents articles parus dans la presse médicale ou grand public. Les réponses obtenues lors de deux sondages réalisés auprès des généralistes et auprès des psychiatres illustrent et corroborent ces propos.

Améliorer la collaboration, que chacun juge nécessaire, impose une meilleure connaissance du rôle et du travail de chacun. Cette connaissance réciproque devrait permettre également d'améliorer l'image respective des deux parte-

naires et leur permettre de travailler ensemble en tant que confrères interactifs et respectueux l'un de l'autre.

LE CHEMIN SE CONSTRUIT EN MARCHANT

Antonio Machado, poète espagnol

BIBLIOGRAPHIE

1. Cohidon C, Duchet N, Cao MM, et al.— La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale. *Santé publique*, 1999, **11**, 357-362.
2. De Coster I, Van Audenhove C, Goetinck M, et al.— Consultation collégiale entre le généraliste et le psychiatre : un élément clé dans l'approche de la dépression. *Neurone*, 2004, **9**, 238-244.
3. Delahousse J, Guillaumont C.— Psychiatres et généralistes : discours de référence et implication subjective. *Psychologie Médicale*, 1995, **27**, 45-50.
4. GLEM : Delvenne V, Léfèvre L.— Le patient, son médecin et le psy. Philippe P.— Le médecin généraliste et le psy, 2004.
5. André C.— Les psy. Mode d'emploi. *Le Vif L'Express*, 2004, **3**, 39.
6. Coremans E, Tordeurs D, Janne P, Zdanowicz N.— La demande comme fondement de la relation psychothérapeutique. *Psychothérapie et Médecine*.
7. Huret M.— Les psy. Mode d'emploi. *Le Vif L'Express*, 2004, **3**, 39.
8. Schetgen M.— Collaboration généralistes-spécialistes, une nécessité absolue. *Patient Care*, 2004, 1-2.
9. Adriansen J.— Généralistes et psychiatres : L'ébauche d'une meilleure collaboration. *Patient Care*, 2002, 25-28.
10. Denis P.— Différences entre médecine et psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Aspects éthiques en 20 points. Conférence Liège, Hôpital de Jour La Clé, 2003.
11. Zucker D.— Penser la crise. Edition De Boeck Université, 2001.
12. Ruffo M.— Œdipe toi-même. Edition France Loisir, novembre 2001, 120.
13. Bohn I, Aubert JP, Guegan M, et al.— Evaluation de la collaboration psychiatre médecin traitant - réseau santé Paris Nord. <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/jemp7/reportag.pdf>. consulté le 7 janvier 2010.
14. Ehrenberg A.— La fatigue d'être soi. Edition Poche Odile Jacob, 1998, 120.
15. Lescanne J.— Du bon usage du psychiatre par le médecin généraliste. *Psychologie Médicale*, 1995, **27**, 61-62.
16. De Wollf-Cambier B.— Généralistes – spécialistes : un partenariat à renforcer. *Lucarne*, 2002, 13.
17. Nils L.— Le médecin généraliste, le patient... et le psy: une concertation ? *Ethica Clinica*, 2003, **33**, 6-7.
18. Van de Keere H.— Aider les généralistes à prendre en charge les maladies mentales - compte-rendu d'une table ronde sur l'anxiété, la dépression et la schizophrénie. *Le Journal du médecin*, 2003, 6-7.
19. Lievens P.— Les psychiatres peu écoutés. *Le journal du médecin*, 2003, 1508.
20. Brems M.— L'intégration des généralistes. *Patient Care*, 2009, 33-35.
21. Balnath C, Zdanowicz N, Tordeurs D.— La gestion par le médecin généraliste des patients à pathologies psychiatriques : une enquête réalisée en Wallonie. *Louvain Médical*, 2008, **127**, 84-89.
22. Colson W.— Détection précoce et continuité. *Patient Care*, 2009, 43-48.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr P. Philippe, Service de Pêdo-psychiatrie, Policlinique Brull, 4020 Liège, Belgique
E-mail : paule.philippe@chu.ulg.ac.be