

Représentations de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes (Bretagne Occidentale)

Eq 1 (CESAMES - UMR 8136 CNRS/ Paris V-) : Claudie HAXAIRE (Responsable scientifique), Elisabeth RICHARD, Cristina DUMITRU-LAHAYE,

Eq 2 (CR19, UBO) : Philippe GENEST, Pierre BODÉNEZ, Philippe BAIL, et les étudiants : Céline BOUAKKAZ-LOUBRIAT (interne en psychiatrie) Christine NOUMBISSI-NANA (interne en médecine générale), avec la participation de Michel WALTER,

Les généralistes prennent aujourd'hui en charge dans notre pays 80 % des troubles mentaux et psychosociaux, des affections psychiatriques caractérisées à un mal être diffus pour lequel le label de « souffrance psychique » (SP) est officiellement proposé. Or ces généralistes, au cours de leur formation primaire, ont été très peu formés à la psychiatrie, et quand c'était le cas, ont suivi la formation des spécialistes qui interviennent en seconde ou troisième intention sur des affections caractérisées et non sur les troubles non organisés qui sont le lot de la médecine générale. Ces médecins généralistes ont dû se construire un savoir pratique, au fil des rencontres avec les patients en souffrance, savoir implicite, incorporé que nous avons voulu étudier. Nous avons voulu décrire ce qu'il en était de leurs difficultés, pour donner d'éventuelles bases à l'élaboration d'une formation adaptée, en nous centrant sur la zone la plus floue de ce spectre, la SP.

Il s'agit d'un travail empirique pour lequel nous nous sommes fondés sur l'ethnométhodologie pour tenter d'avoir accès à ce qui se passe dans l'interaction médecin malade lorsque la demande concerne cette souffrance psychosociale. Dans les pays latins, il est en effet très difficile d'assister en tiers à ce colloque singulier dans le cadre de la médecine libérale¹.

Nous avons cherché à croiser ce qu'expriment les médecins généralistes sur ce sujet dans trois contextes d'interlocution différents de plus en plus reliés à l'institution hospitalière. Il s'agissait des comptes-rendus des consultations d'une journée de pratique par six généralistes de contextes d'exercice différents, de groupes de discussion (*focus groupes*) auprès de quatre groupes de formation continue, également de lieux géographiques variés, et des entretiens de supervision des deux maîtres de stage à l'interne en médecine générale. Nous avons mené cette analyse au regard de ce qui s'observe dans la consultation grâce à l'accueil dans l'équipe d'une interne en médecine générale, et ce que révèlent les courriers envoyés par les généralistes de la région aux urgences psychiatriques du CHU recueillis par une interne en psychiatrie. Travaillant pour une bonne part sur des comptes-rendus enregistrés, nous avons soumis les verbatim à une analyse thématique en continu mais aussi à une analyse de discours menée par deux linguistes. Nous avons croisé les analyses des linguistes, de l'ethnologue et des psychiatres de l'équipe, avec celles des généralistes.

¹ Précisément parce que s'y expriment ces manifestations intimes d'une souffrance qui peut néanmoins être sociale et que les patients confient au généraliste qu'ils ont choisi, et qu'ils tiennent « au courant » de leur vie

Dans un premier temps, nous avons cherché à analyser ce qui apparaissait autour du terme de SP. Il s'est avéré que le label « *souffrance psychique* » proposé comme entité diagnostique n'est familier ni du patient ni du médecin. Il n'est pas toujours facile pour les généralistes de différencier « souffrance physique » de « souffrance psychique ». L'analyse de l'ensemble des corpus a montré que le générique « *souffrance* » et le verbe « *souffrir* » se situent à un niveau très global, peu opératoire dans le contexte de la pratique des médecins généralistes, tout du moins dans la démarche clinique et/ou thérapeutique. Néanmoins, les emplois hors problèmes somatiques de « *souffrance* ou *souffrir* » sont plutôt en lien avec des problèmes relationnels, d'isolement. La souffrance se « sent » par sa présence, s'évalue par sa démesure, mais nécessite le recours au contexte (« *parce que* ») pour être communiquée au-delà de ce simple constat.

Nous nous sommes ensuite concentrés sur l'analyse des entretiens de supervision où toutes les consultations avaient été sélectionnées sur une suspicion de SP. Cela nous a permis de formuler un certain nombre d'hypothèses tant sur le diagnostic différentiel que sur les réponses données à cette souffrance. Dans la pratique telle que commentée, ce qui relève du psychiatre sort du champ de la SP, le diagnostic de dépression ne semble pas toujours posés lorsque les critères diagnostics le demanderaient, en revanche quelques signes sont donnés à l'appui de ce diagnostic. Par contre, la SP se lit ou se décrypte dans le contexte des histoires de vie des patients. À partir de ces points, une hypothèse se fait jour : soit les médecins évoquent la dépression avec une clinique qui reste à préciser, soit ils évoquent la « souffrance » faute d'autre terme et cette souffrance est reconnue et nommée sur des caractéristiques de l'histoire personnelle et/ou familiale du patient. La suite du rapport cherche à explorer ces hypothèses.

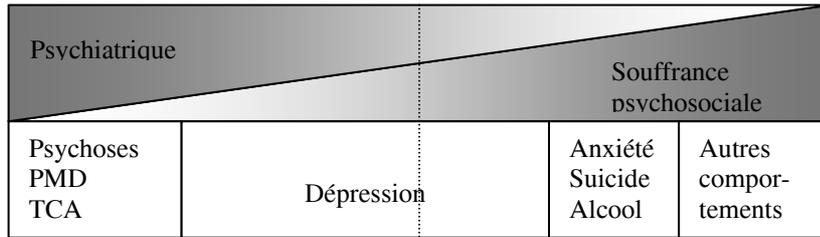
Si l'expression « souffrance psychique » (SP) ne se dit pas, mais que la souffrance est reconnue, nous avons cherché les mots utilisés pour la dire. Les médecins généralistes disposent de peu de termes médicaux adéquats, qu'ils détournent... Les plus courants, que nous avons analysés, restent les variantes de dépression, angoisse, anxiété, et assez peu *stress*, mot des patients. Mais les médecins restituent souvent les affects de souffrance dans les acceptions profanes de ces termes, ou plus volontiers dans les expressions courantes telles que « *va pas bien* » « *va mal* » « *craque* » « *pête les plombs* » dont on ne sait pas toujours ce qu'ils recouvrent. Les précisions nous sont données par les histoires qui justifient l'impression perçue. Nous avons constaté qu'il en est de même pour les termes médicaux qui, de symptôme faisant signe au regard d'autres symptômes associés en tableau, en viennent à prendre sens isolés mais dans le contexte d'un récit immédiatement donné (« *parce que* »). Pour ce qui concerne le syndrome dépressif par exemple, l'expression médicale se retrouve dans les courriers quand les MG sont le plus contraints par les définitions les plus classiques du syndrome dépressif, car s'adressant à des psychiatres et voulant justifier la prise en charge de leur patient. Mais l'entité qu'ils qualifient ainsi ne répond pas toujours aux critères académiques. Dans les autres corpus, nous observons une gamme étendue des acceptions des divers termes employés (*état dépressif, dépression, déprime...*). Dans les comptes-rendus de pratique qui remettent le médecin dans l'action, dans sa posture de prescripteur, le terme « *dépression* » est la plupart du temps affirmé, le plus souvent à bon escient pour l'expert mais pas toujours. Dans les corpus plus réflexifs, il est possible d'analyser le recouvrement qui s'opère à l'un des pôles entre « *grave dépression* » et maladie relevant de l'HP, et à l'autre entre « *déprime parce que* » et SP, la dépression étant l'étiquette générique du mal être.

De la même façon que « *dépression* » dérive en « *déprime* » en lien avec des « raisons », l'angoisse appelle des motifs dans les corpus où le médecin est dans une posture plus réflexive que médicale. Dans les groupes de discussion, ce n'est pas le symptôme psychiatrique qui est mis en avant, mais l'intensité d'un affect en lien avec l'absence de support social. Au même titre que les patients qui emploient « *angoisse* » pour dénier une maladie « *psy* », un des maîtres de stage utilise *angoisse* comme forme atténuée du diagnostic de dépression. Du symptôme « *angoisse* » comme *peur sans objet* des lettres adressées aux urgences psychiatriques, nous avons vu évoluer l'acception à celle de *manifestation physique de l'angor*, expression de cette angoisse dans la pratique quotidienne des généralistes puis *angoisse parce que* dans des contextes plus liés à l'histoire du patient, et notamment à son histoire sociale.

Nous ne trouvons pas l'emploi des dérivés d'anxi- (-été, -eux) dans les courriers, sinon le diagnostic d'anxio-dépression. L'anxiété en tant que telle ne justifie pas une demande d'hospitalisation. On ne le rencontre pas non plus dans les corpus qui s'attachent à définir la SP, c'est-à-dire les entretiens de supervision et les focus groupes. C'est dans leur pratique quotidienne que les MG utilisent ce terme, pour décrire leur patient. Ils ont affaire à des patients à la personnalité anxieuse, « *anxieux par nature* », ce qui traduit des demandes de réassurances, et ce qui explique des manifestations somatiques ou la dimension particulière que peut prendre la maladie. Cet état anxieux, instable, peut sous la pression des événements s'aggraver en angoisses ou en anxio-dépression faisant de l'angoisse un épisode paroxystique de l'anxiété. Nous trouvons donc les acceptions paradoxales au regard de la doxa psychiatrique qu'angoisse, dans les comptes-rendus de pratique et dans les entretiens de supervision, est angoisse de quelque chose, ou dans telles circonstances, tandis que l'anxiété est un état, un trait de personnalité, sans qu'un sujet de peur ne soit nécessaire. La SP n'est pas beaucoup évoquée autour de ces deux entités linguistiques, néanmoins, quand elle l'est, c'est avec angoisse et non avec anxiété : à nouveau, la SP est évoquée en lien avec le contexte social du patient.

Les mots utilisés, dans l'élaboration diagnostique des courriers, construisent un spectre qui va de la pathologie psychiatrique « lourde » à l'inconfort ou à la douleur sociale. On trouve à une extrémité la pathologie psychiatrique avérée, classique (psychose, troubles graves de l'humeur, névroses sévères) qui relève du soin psychiatrique. A l'autre extrémité ce sont des termes moins médicaux ou banals qui rendent compte de l'éprouvé pénible : mal être, difficultés, tristesse et qui semble n'échoir à la médecine que faute de mieux ou comme demande sociale (exclusion, délinquance tendent à devenir des catégories médicales)...C'est au centre de ce spectre que les formules de la souffrance psychique trouvent à mieux se caractériser avec la dépression, la déprime, l'angoisse, l'anxiété et le stress. Formulation majoritaire de la souffrance psychique, ce spectre de l'anxio-dépression semble pouvoir résumer la clinique de la souffrance psychique et constituer une frontière floue entre la clinique médicale classique et les formes actuelles de souffrance psychosociales. L'avantage pour le médecin est, une fois désignée l'entité, la possibilité d'une action médicale : traitement médicamenteux, certification, action sur la capacité à travailler, etc.. L'inconvénient étant bien évidemment le risque de faire taire l'histoire sous-jacente et la formulation sociale du problème.

Une représentation de ce spectre pourrait être la suivante



Nous avons ensuite tenté de comprendre à partir de quoi les MG posaient le diagnostic de SP. La souffrance présentée par les malades en médecine générale, lorsqu'elle est psychique ou psychosociale, emprunte pour se dire le langage de la plainte, de l'expression des émotions comme les pleurs, des symptômes telles l'insomnie, la fatigue ou divers maux somatiques. Signes cardinaux de la dépression, ils renvoient à ce diagnostic lorsque les médecins les déroulent en guirlandes, identifiant des tableaux syndromiques même incomplets. Mais isolés, ces symptômes ne sont pas nécessairement signe de souffrance à prendre en charge. Il n'est pas possible d'associer l'un ou l'autre à certaines des entités traitées ci-dessus. C'est là toute la difficulté du raisonnement médical en la matière. La souffrance est ressentie par le médecin dans la relation, perçue à travers une discordance '*quelque chose ne va pas*', '*ne tourne pas rond*'. Les pleurs, de soulagement de l'émotion, deviennent marques d'un débordement non maîtrisable du contexte de travail, tout comme l'asthénie. L'insomnie signe l'angoisse, et le besoin d'hypnotique une tentative de contenir l'emballlement de pensées négatives. Ainsi, en l'absence de clinique de la souffrance psychique, les symptômes énumérés ne font pas signes en eux-mêmes. Le contexte doit donner du sens à la discordance ressentie. C'est l'histoire, que son expérience lui montre derrière le symptôme, que le médecin se donne, et restitue à l'enquêteur, comme raison (et non cause). La construction d'un diagnostic médical est cette opération de réduction complexe qui mêle, après le recueil de symptômes, les impressions précoces, les résultats de la démarche hypothético-déductive et la mesure quantitative ou qualitative du symptôme ou de ses effets. Dans ce contexte de la souffrance psychique, on constate l'échec de cette démarche de réduction de l'expression du patient (expression de la plainte et expression du corps) qui devrait aboutir au diagnostic. Là, les choses apparaissent discordantes aux médecins, incomplètes, inappropriées. Cette plainte, ces symptômes, apparaissent pathologiques mais sans *cause* repérée.

On pourrait alors combiner l'histoire et la clinique pour construire le tableau suivant :

Diagnostic sans histoire	Diagnostic avec histoire	Histoire avec diagnostic	Histoire sans diagnostic
« Folie » Maladie mentale affaire du spécialiste	Dépression réactionnelle Clinique du sens	Souffrance psychique Souffrance psychosociale	« Sociopathie » Délinquance
Médical			Social

Où l'on observe que la médecine semble se décaler pour occuper, d'après le discours des médecins rencontrés, des champs qu'elle n'occupait pas jusque-là.

C'est la question des *raisons*, du sens et des solutions que nous avons abordé ensuite.

En effet, la place de la restitution des histoires de vie des patients est importante dans tous les corpus. Il s'agit de reconstructions en gigogne. Les MG dans leur tentative de s'expliquer la SP et de la faire percevoir à leur interlocuteur (ethnologue, interne, groupe de pairs) dans la narration, essaient d'interpréter le discours du patient (qui

déjà construisait son histoire) et de catégoriser les signes perçus. Ils nous donnent leurs « raisons » de la souffrance psychique qu'ils associent à des événements de vie, « raisons » aujourd'hui socialement légitimes pour le patient et pour eux-mêmes (ainsi voyons nous des personnes du troisième âge, voire de 85 ans, oser aborder pour la première fois des épisodes d'abus sexuels dans l'enfance). Les corpus recueillis (notamment les focus groups) nous indiquent à plusieurs reprises que les médecins généralistes ne savent plus si ce sont des problèmes sociaux ou des symptômes qu'ils traitent, mais ils traitent une souffrance que la communauté a ainsi médicalisée. Ils sont témoins de la détresse des personnes âgées, de la souffrance des parents devant assumer le retour d'enfants adultes au foyer, ou de jeunes parents désarmés devant l'éducation de leurs enfants, des problèmes dus aux nouvelles conditions de travail (35 heures, cadences accrues etc.), de la difficulté de concilier les contraintes du travail et de la vie familiale, de l'impossibilité sociale de vivre son deuil ou de surmonter divers traumatismes comme nous l'avons noté plus haut... tous motifs sur lesquels ils ont peu de prises. Ces histoires sont donc souvent le reflet des difficultés actuelles que les sujets et les familles rencontrent : solitude, isolement, difficultés professionnelles, chômage, difficultés affectives. La question se pose de savoir pourquoi ces histoires font symptôme à un moment et il convient sans doute de convoquer le sujet au sens psychodynamique et la causalité psychique.

Les médecins sont néanmoins contraints d'apporter une réponse. La première réponse disent-ils, toujours nécessaire, est l'écoute : ils se sentent « réceptacles » de l'expression de ces souffrances. Mais les effets éventuels de cette écoute restent pour eux mystérieux, « magiques ». Avec la prescription de psychotropes ou de certificats, ou encore lorsqu'ils adressent le patient aux spécialistes ou à l'hôpital, ils se retrouvent dans leur rôle mais ces outils leur semblent inadaptés. Nous l'avons vu, ces pratiques ne sont pas soutenues par un savoir clinique ou scientifique sur la souffrance psychique qui organiserait la réponse. Au contraire, la souffrance psychique est une confrontation aux limites, limite du médical, limite de l'action des traitements, limite de l'efficacité de la médecine. Le médecin généraliste est ainsi tenu d'inventer la réponse qu'il apporte. Quelle que soit la réponse, aussi bien du côté de l'écoute que de la prescription ou du recours au psychiatre, on constate une appropriation de la méthode : ainsi l'écoute que réalise le médecin généraliste n'est pas la même que celle appliquée par le spécialiste psychothérapeute. Il s'agit d'une reconstruction de l'histoire, d'une recherche de « raisons » qui donne sens et permet le soin, et non de la recherche de symptôme au sens où les psychothérapeutes l'entendent. Les prescriptions médicamenteuses apparaissent comme à la limite puisque souvent proposées sans diagnostic restitué (quand bien même cette prescription serait validée par un certain discours scientifique constituant dans l'après-coup le syndrome ou la pathologie et l'indication du traitement : trouble anxieux avec phobie sociale par exemple). Les divers certificats ou arrêts de travail que le généraliste a légitimité à faire l'amènent à composer avec les contraintes du système économique, de l'entreprise, pour préserver l'insertion sociale de son patient. Quant à l'hôpital, s'il reste l'outil du soin intensif et spécialisé, il peut redevenir l'asile au sens du lieu d'exclusion où l'on reçoit l'individu manifestant un risque pour lui ou pour la société, mais aussi asile pour le déprimé isolé, sans support social.

Ces réponses trouvent donc leurs limites qui sont de deux ordres : l'une du côté du social, l'autre du côté du sujet avec la question du risque suicidaire. La limite sociale à l'intervention du généraliste le constitue comme simple témoin de la difficulté de

ses patients à accompagner les mouvements de la société et ses exigences en termes de flexibilité, d'adaptabilité, société aux repères qui se déplacent et aux référents classiques qui se dérobent (travailleurs sociaux, famille). Il ne peut que repousser les problèmes parfois, par des arrêts de travail... conscient de ne rien pouvoir résoudre. Le risque suicidaire constitue par contre une limite du côté du patient qui échappe au médecin et risque de rompre le contrat de soins qui les lie. Ceci borne le pouvoir médical et s'impose au médecin généraliste comme une insuffisance en termes de savoir, de capacité diagnostique ou thérapeutique. Il se trouve atteint au cœur même de sa fonction ce qui génère une souffrance pour lui-même.

Lorsqu'un mal être social s'exprime par le langage du corps, le patient refusant toute interprétation psy, mais que cette souffrance risque de le conduire au suicide, les généralistes se sentent particulièrement désarmés, devant gérer des incertitudes de deux ordres, s'assurer que les symptômes ne recouvrent qu'aucune pathologie somatique grave d'un côté, gérer le risque suicidaire de l'autre. Lorsque le trouble, par exemple douloureux, est devenu expression d'un mal être social, le regard médical se trouve inversé, retourné, éduqué qu'il est à repérer le signe pathognomonique d'une maladie, altération organique qu'il permettrait d'identifier (une *vraie* douleur, rassurante pour les médecins dans ce contexte). Ce retournement du regard demande de trouver la bonne distance d'accommoder sa vision car, les médecins nous le disent, ils sont dans le flou, trop proches de leurs patients. Il demande également un appareillage discriminant spécifique. Sinon, dans cette proximité, la souffrance des uns contamine les autres, et les généralistes eux aussi sont en souffrance. Chacun des enregistrements nous l'a signifié. Dans chacun des corpus, les médecins ont signalé que les problèmes des patients génèrent en miroir leur propre souffrance. Cette souffrance, pas toujours explicite, se laisse repérer dans les lieux d'inscription de la subjectivité langagière.

On voit ainsi se former, non sans hésitation ou confusion, une nouvelle maladie. Elle se constitue sa clinique plutôt dépressive, son traitement fait de quelques médicaments et d'écoute, et son étiologie sociale (même si tout cela reste très flou). Ces symptômes ou ce qui se constitue comme tel pour le médecin ne sont certainement pas nouveaux en tant que comportements ou expressions affectives mais sont aujourd'hui désignés comme symptômes et relevant du soin. Face à cette nouvelle maladie, les généralistes disent cruellement manquer de « techniques », d'outils d'analyse et de prise en charge, ce qui traduit le besoin d'une formation complémentaire et le désir d'une meilleure collaboration avec d'autres professionnels de la santé.

Une des solutions, du côté du généraliste, consisterait à approfondir les savoirs sur la dimension psychologique des plaintes et des demandes avec une meilleure maîtrise de l'écoute, une meilleure attention à l'implication affective inhérente à l'accompagnement des patients souffrants². Il conviendrait aussi, cette fois du côté du collectif, à introduire ou à développer les dimensions sociologiques et anthropologiques autour de cette même problématique de la plainte et de la douleur

² On pourrait noter en effet que si la clinique de la SP fait défaut, ce n'est pas du côté du patient qui puise, pour l'expression de sa plainte, dans le lexique classique des problèmes psychiques (tristesse, pleurs, asthénie, insomnie). Le problème viendrait plutôt de la difficulté pour le médecin à construire une clinique de l'interrelation qui lui permette de mettre des mots sur les effets éprouvés de la rencontre avec son patient (attitudes-contre attitudes, ou transfert-contre transfert) avec le risque d'ouvrir à une quête de sens pour ce médecin confronté à ce qu'il ressent plutôt qu'à ce qu'il analyse.

pour mieux saisir ce qui, dans le social, les transforme en souffrance. Mais il conviendrait également d'améliorer les liens et la communication entre les différents partenaires et les différentes compétences autour de l'individu souffrant, les médecins ayant régulièrement au cours de ce travail fait part d'un sentiment d'isolement...

Résumés :

A travers l'analyse de différents types de données (comptes-rendus de pratique et focus groupes, observation de consultations et entretiens de supervision à une interne en médecine générale, courriers adressés par les MG aux urgences psychiatriques) nous avons voulu analyser le **savoir pratique** développé par ces **médecins généralistes** en matière de prise en charge de la **souffrance psychosociale**. Eux qui prennent en charge 80 % des troubles mentaux et psychosociaux, des affections psychiatriques caractérisées à un mal être diffus, ne s'approprient pas ce label de « souffrance psychique » (SP) officiellement proposé pour ces derniers troubles. Cette souffrance qui ne se dit pas comme telle s'exprime par des plaintes, des symptômes (insomnie fatigue) des somatisations qui ne font pas signe en soi mais prennent sens dans le contexte des histoires de vie que le médecin restitue sous forme de **récits**. La SP se diagnostique par défaut, en ce qu'elle met précisément en échec le diagnostic médical. Tenus d'inventer la réponse qu'ils apportent aussi bien du côté de l'écoute que de la prescription ou du recours au psychiatre, les **médecins généralistes** sont dans une incertitude, un flou, source de **souffrance**. Ils sont demandeurs de formation.

Mots-clés

Souffrance Psychique – Médecins Généralistes – savoir pratique – récits de maladie – Souffrance des médecins généralistes