

Pierre Loeb

# Le suivi des troubles mentaux dans les soins de base



**Compte rendu de deux séminaires du congrès Wonca 2009 à Bâle: le colloque «L(a)unch symposium lecture on integrating mental health into primary care», auquel j'ai assisté vendredi à midi, et l'atelier *wild card* «Psychosomatics in general practice – an appetizer», que j'ai animé avec Alexander Kiss.**

A vrai dire, j'espérais que le «L(a)unch symposium» me fournirait des informations sur les modèles envisagés par la Wonca pour intégrer la santé mentale dans les soins de base. J'étais en outre persuadé que l'intérêt suscité par le modèle élaboré pour la Suisse par l'ASMPP me donnerait l'occasion de faire connaissance avec des collègues partageant mes opinions (en fait Daniel Widmer et moi avons publié un article allant dans ce sens dans PrimaryCare [1]). Mais le «L(a)unch Symposium» s'est passé tout différemment: il s'est agi du lancement du nouvel ouvrage «Integrating mental health into primary care – A global perspective» [2], rédigé conjointement par Madame le Dr Michelle Funk de Genève pour l'OMS et par Dr Gabriel Ibvijaro de Londres pour la Wonca, et publié par le service d'édition interne à l'OMS. Ce livre extraordinaire représente un recueil des différentes prises en charge des maladies mentales, encore bien plus fortement négligées que celle des maladies somatiques sur le plan mondial. Chacun sait quel écart sépare les pays industrialisés et les pays du tiers-monde dans le domaine des soins médicaux; il est encore bien plus prononcé au niveau du traitement des maladies psychiatriques. Dans de nombreux pays, il manque même les médicaments les plus simples destinés chez nous à soulager efficacement la souffrance psychique, et plus grave encore, ces patients n'ont même pas accès au système de soins.

Le professeur Chris van Weel, président de Wonca World à cette époque, a d'abord exposé des statistiques illustrant de façon saisissante l'étendue des besoins de ce collectif de patients et l'incompréhension dont il fait l'objet. Il a tenu à remercier tout particulièrement les auteurs, qui ont ensuite passé à la présentation du concept de l'ouvrage et de sa structure. Leurs données ont confirmé l'importance et l'urgence de la prise en charge des troubles mentaux sur toute la planète et les avantages à retirer de leur inclusion dans les soins de base. A cet effet, le rapport décrit de façon très détaillée les meilleures méthodes pratiquées dans les différents pays. Forts de l'expérience ainsi accumulée, les auteurs proposent dix principes communs pour réussir le concept, la mise en œuvre et l'intégration des soins psychiatriques dans les soins de base, et pour améliorer ainsi la qualité de vie de centaines de millions de patients et de leurs familles. Le rapport montre au lecteur que l'intégration peut réussir dans tous les pays, et il donne des recommandations pratiques pour les étapes ultérieures.

Lorsque je compare la situation en Suisse avec celle des pays du tiers-monde, j'éprouve quelque embarras. Qu'avons-nous donc à geindre à propos du manque de reconnaissance accordé au contexte psychosocial, ou encore à propos de la médecine à deux vitesses, de l'exclusion des «simulateurs» de l'AI, de l'importance du libre accès au psychiatre et de la question de l'abaissement du seuil d'accès à ses consultations?

Il n'est pas judicieux de comparer des systèmes aussi différents. Mais c'est avec un grand plaisir que j'ai lu le condensé en page 57, intitulé «Adequate training of primary care workers». La liste des meilleures pratiques qui s'y trouve énumérée correspond exactement au contenu des cours de formation postgraduée proposés par l'ASMPP pour obtenir l'attestation de formation complémentaire: identifier et traiter des maladies mentales les plus importantes, comprendre les relations psychosomatiques, centrer la communication sur le patient, négocier le traitement utilisé, entraîner la motivation et la compétence en communication, pratiquer l'écoute active, montrer de l'empathie, recourir à la technique des questions ouvertes et fermées, etc. (tab. 1).

C'est pourquoi, lors de l'atelier «Psychosomatics in general practice – an appetizer», nous avons d'autant plus cherché à connaître la situation de nos collègues de la Wonca venus de l'espace germanophone, de Slovénie, de Hongrie, de Tchèque, de Grande-Bretagne, des Etats-Unis et de Nouvelle-Zélande.

Divisés en petits groupes, les participants ont mené des discussions très animées sur la manière de repérer les patients psychosomatiques et sur les particularités les plus frappantes dans leur suivi. Les principaux résultats ont été recueillis et consignés dans un procès-verbal (fig. 1).

Lorsque je compare la situation en Suisse avec celle des pays du tiers-monde, j'éprouve quelque embarras.

**Tableau 1**

D'après Funk M, Ibvijaro G. Integrating mental health into primary care – A global perspective. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2008:57

#### **Adequate training of primary care workers is required**

Pre-service and/or in-service training of primary care workers on mental health issues is an essential prerequisite for mental health integration. Ideally, pre-service training should provide

- basic education on the epidemiology,
- identification, and treatment of major mental disorders
- Relationships between mental and physical health and illness
- Students should be taught how to discuss information with patients and families in a patient-centred and positive manner
- how to negotiate treatment plans, and how to motivate and prepare patients to self-manage and follow their treatment plans at home.
- Communication skills are indispensable for all primary care workers, as health outcomes depend on a good patient-health worker relationship. As such, students should be taught how to actively listen, show empathy, use open and closed questioning techniques, and manage their nonverbal communication.

## Discussion

- 5%, 10%, 40-100%
- Time
- Negative feelings, resistance
- Different perceptions/concepts
- Many investigations (incl. MRI)
- Holistic approach
- Not say: you have nothing
- Financial/social problems
- Different feelings about going to work
- Repeated visits unclear sympt.
- Insurances don't exist
- Joachim Bauer: Mirror-issue
- Refugees, abuse
- Backpain, headache, IBS
- Gap investigation / clinic
- change to different communication
- Requests for referral or new medication
- Own prejudice – irritation
- Fear of missing a diagnosis
- Bio-psycho-social questionnaire
- Nothing changes (repetition over and over again...)
- Network around patient
- Powerless, exhausted
- More emotions, adrenaline
- New age, climate, political change
- Thinking patterns
- safety

**Figure 1**

Remue-ménages: «Fréquence» et «A quoi reconnaissez-vous un problème psychosomatique?».

L'estimation de la fraction de patients psychosomatiques peut varier d'un cabinet médical à l'autre. Les chiffres avancés par les collègues et corroborés par les essais scientifiques varient entre 5 et 100% et se situent plus fréquemment entre 40 et 100%.

Les principales caractéristiques évoquées lors de la discussion sur la prise en charge ont été les suivantes: temps insuffisant pour effectuer l'exploration nécessaire, complète et approfondie, sentiments négatifs du médecin et réticence du patient, différences de perception entre le médecin et le patient, multiplication des examens (l'IRM compris), présence fréquente de problèmes financiers et d'autres difficultés sociales, divergence dans l'estimation de la capacité de travail, multiplication des consultations, symptômes obscurs et atypiques, absence de remboursement par une assurance ou une caisse maladie, rapport incertain entre les investigations et les symptômes, difficulté à communiquer, manque d'amélioration (récidives fréquentes) etc.

L'échange au sein de ce groupe de collègues spécialisés venus du monde entier s'est avéré extrêmement passionnant et stimulant. L'ambiance est restée décontractée, ouverte et constructive tout au long de l'atelier. Les expériences vécues par les médecins au contact des «patients psychosomatiques» et les sentiments de contre-transfert sont partout très similaires. Le travail avec ces patients procure une énorme satisfaction – si l'on réussit à dépasser le traitement symptomatique, à saisir certains rapports et à travailler sur les causes. Il n'en demeure pas moins qu'un écart flagrant persiste sur le plan des capacités de traitement. Ce sont particulièrement les collègues venant de pays traumatisés par les guerres civiles qui ont évoqué la surcharge de travail et le manque de ressources. Il manque du temps, des moyens financiers et des médecins, et il manque surtout les possibilités de suivre une formation postgraduée avec supervision, appropriée et nécessaire pour parer à une telle situation. Vu sous cet angle, notre pays jouit d'une situation privilégiée. L'échange au cours de de l'atelier a permis aux 150 participants de construire des liens d'encouragement et de soutien réciproques, et même d'avoir du plaisir dans la suite de leur travail avec ces patients difficiles.

### Références

- 1 Widmer D, Loeb P. Integrating mental health into Primary Care – the Swiss model. *PrimaryCare*. 2009;9(15):275.
- 2 Funk M, Irbijaro G. Integrating mental health into primary care – A global perspective. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2008. Zu bestellen bei WHO, 20 Avenue Appia, 1211 Genf. Download unter [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/mentalhealthintopriary-care/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/policy/services/mentalhealthintopriary-care/en/index.html).

### Correspondance:

Dr. med. Pierre Loeb  
 Psychosomatische and Psychosoziale Medizin SAPP  
 Postfach  
 4008 Basel  
 loeb@hin.ch