

Zweiter Teil: Berichte der Arbeitsgruppen

Gruppenarbeit I; Donnerstag, 24. März 1983

Psychiatrie préventive au cabinet médical – intervention en crise

Groupe de travail I. A¹

Le groupe relève tout d'abord que, de toute évidence, le médecin praticien a un rôle à jouer dans la prévention des troubles psychiques. C'est notamment le cas des généralistes, qui connaissent bien le milieu où vit le patient et sont mieux à même de rechercher, sous un symptôme banal présenté, les situations critiques sur le plan psychologique qui peuvent être le vrai problème du patient. Mais les autres médecins somaticiens ont aussi une tâche à cet égard. On pense par exemple aux gynécologues, aux pédiatres, aux médecins de famille non généralistes.

Le professeur Ciompi, commentant son exposé du matin, relève que les crises ne sont pas exclusivement négatives, mais ont souvent un rôle *maturant*. Elles peuvent même avoir un effet d'«*immunisation*» utile pour la suite. Elles mobilisent aussi un certain soutien autour du patient. Il ne faut donc pas à tout prix chercher à les éviter. Il convient par contre de chercher, plus en amont, à prévenir les situations qui représentent des facteurs favorisant de crises ultérieures.

Il est important de reconnaître, dans des manifestations psychosomatiques notamment, quand on a à faire à une situation de précrise. Si cela n'est pas fait, une «*installation dans la maladie*», une organisation et chronification de la situation peuvent se produire.

Un point fondamental, s'agissant de l'intervention en crise au cabinet médical, est celui du diagnostic différentiel de la crise potentiellement dangereuse (*suicidalité* notamment) et de celle qui l'est moins. Il est dit à ce propos que l'aspect du sujet, les éléments de communication non verbale sont souvent déterminants.

Le professeur Jeanneret mentionne les recherches du D^r François Ladame, à Genève, sur les trajectoires de jeunes suicidants. Une situation qui doit faire craindre une tentative de suicide est celle où (en particulier suite à un «*transfert déçu*» vis-à-vis d'un adulte), le jeune homme ou la jeune fille *s'isole* de ses proches. Autres facteurs de gravité: désorganisation progressive (du malade ou de l'entourage), agitation, dépersonnalisation.

Toutefois, les propositions qui ont été faites, par exemple aux Etats-Unis, quant aux critères de suicidalité sérieuse sont loin de faire l'unanimité et il convient de rester tout à fait prudent. Encore une fois, c'est là

un des problèmes importants de l'intervention au cabinet du praticien.

Le D^r Flückiger souligne les effets bénéfiques de l'*ergothérapie*. Depuis qu'il peut faire appel à un tel service d'un établissement pour personnes âgées voisines, cela l'a significativement aidé à plusieurs reprises dans la prise en charge de cas de type psychiatrique. Des centres de jour peuvent être utiles dans ce sens.

En général, il est clair que les possibilités du praticien vont dépendre de la formation qu'il a reçue et de son expérience ultérieure. Devraient être utilisés dans ce sens les enseignements de psychiatrie, les contacts avec la médecine générale et d'autres branches et, à plus longue échéance, l'enseignement nouvellement introduit de la médecine psycho-sociale, cela de façon à mettre l'accent sur une approche globale (systémique) du malade et de son entourage, à mieux utiliser la relation soigné-soignant (dans le sens de Balint). On insiste aussi sur la nécessité d'être aussi concret que possible (étude et présentation de cas pratiques, vidéo, films) dans cet enseignement qui court le risque, notamment au début des études, de rester passablement théorique et par conséquent de ne pas retenir l'attention des étudiants (qui se sentent peu concernés par l'enseignement conventionnel de la psychologie).

Les principes donnés par le professeur Ciompi pour l'intervention en crise sont rappelés.

Psychiatrie préventive au cabinet médical Principes de l'intervention en crise

(selon professeur L. Ciompi)

1. Comprendre le déclenchement de la crise
2. Elaborer avec le patient une définition commune de la crise
3. Permettre aux affects accumulés de s'écouler
4. Activer les stratégies habituelles de résolution de crise
5. Eventuellement, chercher de nouvelles stratégies/solutions
6. Tirer un bilan rétrospectif

N. B.

- Il convient de respecter l'ordre de ces étapes.
- Toutes les étapes (sauf cas échéant 5.) sont nécessaires.
- L'importance du bilan rétrospectif est soulignée (bilan qui sert entre autres à valoriser et autonomiser le patient, et par conséquent à prévenir une rechute)

¹ D^r J. Martin, rapporteur; professeur O. Jeanneret, président.

Répondant à la liste de questions proposées par les organisateurs, le groupe se détermine de manière résumée comme suit:

Psychiatrie préventive au cabinet et intervention en crise:

A) Problèmes importants ou fréquents dans la pratique médicale

- Reconnaître et gérer les crises ou les crises imminentes.
- Reconnaître les problématiques psychiatriques sous des plaintes somatiques.
- Prévenir les situations qui favorisent/entraînent des crises.

N. B.

1. Il est révélé que le cabinet du praticien offre de bonnes conditions de base pour ce travail (connaissance globale du milieu).
2. Se souvenir du rôle maturant, voire «immunisant» que peut avoir la crise.

B) Problèmes en rapport avec le diagnostic

- La question principale est celle de la reconnaissance de la gravité de la situation (en rapport notamment avec la suicidalité). Pas de recettes simples à cet égard. Être particulièrement attentif à un isolement croissant chez les adolescents et jeunes adultes.
- Rechercher le problème psychologique sous le symptôme physique présenté.
- Importance de la formation et de l'expérience du praticien dans ce domaine.

C) Mesures et tâches préventives pratiques

- Observer les principes d'intervention (voir encadré).
- Dialoguer.
- Consacrer le temps nécessaire au patient.
- Savoir utiliser la relation soigné-soignant.
- Vouloir et pouvoir recourir aux autres structures à disposition (y compris policliniques psychiatriques, infirmières de santé publique, ergothérapie, etc.).

D) Conditions nécessaires

- Disponibilité du patient (certains patients ne veulent pas entrer en matière – il est alors très malaisé d'intervenir).

- Disponibilité du soignant.
- Moments privilégiés (moments de la consultation où la «pression» sur le thérapeute est moins forte).
- Importance de la permanence/continuité du recours possible au thérapeute, accès facile au médecin.
- Accès facile aux autres structures qui peuvent être utiles.

E) Obstacles

- Difficulté d'appréciation de la gravité du cas (cf. B ci-dessus).
- Manque de temps.
- Manque de structures complémentaires (autres services médico-sociaux, ergothérapie).

F) Rémunération

- Au cabinet médical, généralement pas de problème, dans la mesure où le non-psychiatre peut utiliser la position «temps psychiatrique» du tarif des caisses-maladie (ce qui est le cas par exemple dans les cantons de Berne et Vaud, mais pas dans certains autres).
- La question de la rémunération pourrait se poser en cas de prestations à des groupes en vue de prévention (santé mentale) dans la collectivité (modèle Aarau/Nyon).

G) Formation médicale

- Introduction nouvelle des «bases de la médecine psycho-sociale». Importance d'y aborder les aspects psychiatriques et «comportementaux» de la pratique générale et d'être concret dans l'enseignement.
- Autres enseignements de nature à prendre en compte ces aspects: psychiatrie, médecine générale, médecine interne, obstétrique et gynécologie, pédiatrie, etc.
- Formation à mieux utiliser la relation (dans le sens de Balint).
- Formation au travail en équipe pluridisciplinaire.
- Accents à mettre également dans les formations postgraduée et continue.

N. B. En général, des membres de groupe signalent que les enseignants (non psychiatriques) restent peu sensibilisés et insuffisamment formés à ces aspects, qu'il est donc important de valoriser.