

CONFERENCE

Galien : « Le travail est le médecin de la nature et est essentiel au bonheur humain ».

1) Le processus

1) Le médecin traitant suite à une injonction du médecin conseil nous envoie un patient pour une attestation confirmant le bien fondé de l'incapacité de travail.

2) Autre forme : requête du médecin conseil qui face à un patient en incapacité de travail nous envoie celui-ci pour une donnée d'expertise.

3) Un expert nous envoie le patient pour information de son dossier.

4) Du médecin conseil pour un de nos cas.

- 1) **Dans le dernier cas de figure**, aucun problème s'il s'agit de notre patient. Nous justifions, nous argumentons. En trente ans de pratique psychiatrique, je n'ai jamais rencontré le moindre problème.
- 2) La demande d'avis pose problème dans le second cas de figure : un patient d'un médecin généraliste, envoyé à l'insu du praticien. Il s'agit alors à la fois d'une supervision obligée du patient mais également du Confrère. Le cadre de l'avis est également problématique. Nous sommes à la fois confronté lors de cette consultation à un travail d'expertise aux frais de l'INAMI en faveur des mutuelles et ce au tarif d'une consultation. Alors que les frais de secrétariat, etc... peuvent être élevés.

Dans le deuxième cas, quels sont les types de problèmes qui nous sont appelés à débattre ?

Les dépressions souvent sur-diagnostiquées, les PTSD, les fibromyalgies, le harcèlement au travail, les attaques de panique, les cas borderline, des pathologies dont les limites fort extensives dissimulent à peine les troubles de personnalités sous-jacents. Le tout dans un climat très souvent revendicatif, fait de malentendus et de victimisation. Du fait que nous inscrivons cette démarche et peut-être à tort en tant qu'expert, dans un but thérapeutique, nous nous efforçons de mettre fin à la situation de crise et prônons très souvent la remise au travail.

2) Les aléas.

Or, il est plus facile d'accepter que de refuser l'état de fait. Aller à l'encontre du système (assistantat, procédure, etc...) intervenir dans la guérilla entre mutuelle et l'INAMI, le médecin du travail et le médecin du chômage demande effort et temps.

Quelles sont les difficultés que rencontre le médecin généraliste ou tout praticien face à ce genre de cas ?

1) Classiquement, le médecin se pose dans une relation d'aide, son devoir d'aider son patient, en fonction du serment d'Hippocrate, quelles que soient les circonstances l'anime. S'ajoute parfois une certaine compassion.

On rencontre le même type d'attitude chez les psychiatres. Maternage, compréhension, ne pas se poser en juge, ne pas arbitrer les conflits mais au contraire accompagner le patient. Ce qui peut favoriser une attitude d'assisté auprès du patient.

Dès lors, lorsque les solutions dites sociales sont épuisées, le médecin a recours aux solutions médicales. Cette façon de faire tend à devenir normale dans la pratique quotidienne.

Cependant, au niveau fédéral, elle peut créer une confusion entre les caisses sociales et les caisses maladies, la caisse maladie pourvoit au social. Cette confusion ne permet pas à nos dirigeants d'auditer efficacement l'aide à apporter aux patients. L'argent de la maladie doit être consacré aux malades et l'argent du social à la précarité. Comment gérer judicieusement les budgets si l'on transite de l'un à l'autre de façon indue ?

3) Les autres difficultés du terrain :

Le secret médical : faut-il le partager, jusqu'où le partager et surtout ne pas aller à l'encontre du bien de son patient.

a) Difficultés dues au contexte sociétal :

Nous sommes dans un contexte où les gens n'ont quasi plus recours à leurs propres capacités. Une branche dans la rue, on sollicite les pompiers à défaut de prendre sa tronçonneuse. Les gendarmes sont sollicités pour la moindre plainte. L'abolition du caractère charismatique ou de la charité « chrétienne » a fait place à l'obligation légale de l'intervention de CPAS. S'y ajoute la dévalorisation du travail, le « malin qui profite du système », le droit qui l'emporte sur le devoir. En témoigne l'amenuisement dans le vocabulaire courant des mots comme courage et effort.

b) La psychiatrie sociale.

A partir d'un concept psychosomatique ou somatique et psychisme sont intertriqués. On aborde le somatique sous forme de fatigue chronique, burn out, soit une rhétorique plus acceptable que les mots fatigue ou manque de volonté. De tels néologismes permettent l'évitement du conflit de valeurs tout en provoquant son érosion, les mots courage et effort étant abolis et remplacés. La maladie étant involontaire, subie, elle engendre tout naturellement les notions de l'intervention de étant déresponsabilisation et déculpabilisation.

L'absence de culpabilité permet à son tour la victimisation ou la revendication à la reconnaissance. Magiquement, on passe ainsi d'une condamnation morale à une valorisation sociale.

c) Le médecin, confronté à une certification quasi obligée, devient un régulateur social, travaillant en fonction de son éthique personnelle dans un vocabulaire, déguisement médical de plus en plus aisé d'une situation sociale précaire.

d) Enfin, la complaisance en vue d'éviter la perte d'un patient, peut également exercer une pression sur ses épaules.

4) Comment changer ? Le faut-il ?

a) Le changement est inéluctable. Quelles sont les conséquences du système actuel : la sur-sollicitation, la sur-médicalisation. Hors à nouveau paradoxalement, la société réagit par une réponse inadéquate : mettre fin au numerus clausus. Ce qui tend toujours à aller dans le même sens, plus de la même chose, augmenter le nombre de médecins au lieu de diminuer le nombre de consultations administratives.

Le médecin traitant devient ainsi à son tour victime d'un burn out face à cette bobologie néo-crée pour laquelle il n'est pas formé et forcément non valorisante loin de l'idéal de ces études, réduit à être un guichet social.

b) Autres moyens de faire face

Baisse d'une certification complaisante avec peut-être, à l'instar de ce qui se fait dans nos prescriptions médicamenteuses, un contrôle. Mais, quid de la surcharge administrative ? Faut-il limiter le nombre d'arrêts en maladie en fonction de la pathologie ? Difficile à appliquer et à nouveau coûteux dans une instance de contrôle supplémentaire.

Une formule peut-être à creuser : l'allocation universelle qui supprime les prix du contrôle tel l'ONEM. Le travail serait rémunéré par un ajout financier supplémentaire par rapport à cette allocation universelle.

5) En conclusion :

a) Selon que nous sommes indépendants ou salariés, nous sommes différents au point de vue du chômage en fonction du degré de responsabilité et du paiement que cela engendre. Et ce même si des indépendants en non accès au chômage se voient complaisamment placés en maladie en vue d'être rémunéré.

La différence de réaction par rapport à l'arrêt de travail est patente. La motivation et l'absence de rémunération substitutive est parlante. Ils sont moins souvent malades, ce qui est significatif de la façon de considérer le travail.

b) Comment exprimer un avis objectif ? Il y a des difficultés intrinsèques médicales, face aux maladies totalement involontaires tel que par exemple une tuberculose ou une schizophrénie, peut-on les assimiler aux maladies partiellement volontaires, telle que la dépendance à l'alcool ou au tabac. Cette façon de considérer l'absence de différences dans l'exercice de sa volonté entre ces deux types de pathologie engendre l'abolition de la responsabilité. Est-ce bien correct?

c) Enfin tous les systèmes d'aides sociales véhiculent nos patients de la caisse de chômage aux CPAS et aux mutualités. Ces mêmes instances rémunèrent ces assistantes sociales pour pousser nos affiliés vers d'autres instances de demandes d'aides, tout cela est-il bien cohérent ?

d) Où sont les psy traceurs de re-père ?

Ne sont-ils pas au contraire partie caution d'une débâcle.

« Nos mineurs de fond » n'étaient pas burn-outés, nos mineurs d'âge le sont, belle réussite...

Après la pléthore des généralistes, on prépare la pléthore des psy, celle des psychologues étant atteinte depuis longtemps. Trop peu de psy vraiment ? Non pas, si l'on considère que quantité d'entre eux sont confrontés à de la bobologie psychiatrique qui pourrait fort heureusement être traitée par d'autres. Nos médecins traitants sont sous-utilisés par rapport à leur compétence, tandis que la compétence des psychiatres est sursolicitée par rapport au type d'action à entreprendre.

Faut-il vraiment que nous traitions tous les aspects, tous les conflits sociaux ?

Faut-il, qu'après nous être introduit dans les chambres conjugales et traité de la sexualité, nous nous introduisions dans les milieux du travail, dans les écoles, dans les maisons en traitant les familles, bref rien de l'homme ne doit nous échapper. Peut-être, mais de quelle façon le faisons-nous depuis que nous nous occupons de la société, elle nous paraît de plus en plus malade.

Les choses ne vont probablement pas changer.

Probablement, qu'on trouvera d'autres pathologies pour prouver que le nombre de psy à former doit être toujours plus élevé. Dans le monde d'aujourd'hui, chaque pathologue se sent dans l'obligation de prouver que sa cohorte de patients est très importante, trop ignorée et de le prouver chiffres à l'appui.

Outre ces difficultés, nous avons la problématique sociétale.

Enfin de pair et de façon congruente, la féminisation de la médecine et de la psychiatrie augmente cette attitude maternante de compréhension, de tolérance et d'identification à toute misère sociale, celle-ci rencontre ainsi une oreille attentive et complaisante, augmentant ainsi la confusion.

Concluons par le rôle du médecin traitant qui est le seul à connaître le milieu social. En un clin d'œil, il peut se représenter à la fois la misère ou le degré de richesse, la propreté ou la négligence, ce que nous, dans nos cabinets, nous avons parfois peine à détecter. N'êtes-vous donc pas mieux à même que nous de différencier ce qui est dû au social et dû à la maladie elle-même, tout en étant lui-même pris dans le maelström actuel, érigeant le selon lequel, après avoir socialisé la médecine, on assiste à la médicalisation du social.