



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etude Génésy : promouvoir la communication MG-PSY.**

**Que pensent les médecins généralistes lillois de l'utilisation d'un  
courrier-type, inspiré des recommandations d'adressage au psychiatre?**

Présentée et soutenue publiquement le 22 Juin 2015 à 16h  
au Pôle Recherche

**Par Gabriel JOMBART**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Benjamin WEIL**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
TOC	Trouble Obsessionnel Compulsif
EPSM-AL	Etablissement Public de Santé Mentale–Agglomération Lilloise
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
SMPG	Santé Mentale en Population Générale
BPCO	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
CMM	Charge Mondiale de Morbidité
AVCI	Année de Vie Corrigée par l'Incapacité
PIB	Produit Intérieur Brut
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
PNB	Produit National Brut
MG	Médecin Généraliste
PSY	Psychiatre
CNQSP	Collège National pour la Qualité des Soins Psychiatriques
EPSM-ML	Etablissement Public de Santé Mentale–Métropole Lilloise
URPS-ML	Union Régionale de Professionnels de Santé–Médecin Libéraux
CPAM	Caisse Primaire d' Assurance Maladie
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
ALD	Affection Longue Durée
RPSM 78	Réseau de Promotion pour la Santé Mentale des Yvelines-Sud
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
F2RSM	Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale 5962
CEMG	Collège des Enseignants de Médecine Générale de Lille
CP2A	Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission
HDT	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
BIUS	Bibliothèque Inter Universitaire de Santé
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
AESP	Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique

## Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
I. Des indicateurs de santé mentale inquiétants .....	2
A. Dans le Monde et en Europe.....	2
B. En France.....	3
C. Dans le Nord-Pas-De-Calais et sur le secteur lillois .....	4
II. Des comorbidités somatiques qui grèvent l'espérance et la qualité de vie .....	5
III. Le coût financier considérable de la santé mentale .....	7
A. Dans le Monde et en Europe.....	7
B. En France.....	7
IV. Le rôle du médecin généraliste en santé mentale et ses difficultés .....	8
V. Un manque de collaboration flagrant entre les MG et les psychiatres .....	10
VI. Les moyens d'actions .....	12
VII. La recommandation du CNQSP .....	14
VIII. Contexte et objectifs de l'étude .....	15
<b>Matériels et méthodes.....</b>	<b>17</b>
I. Choix de la méthode.....	17
II. Choix des entretiens semi directifs .....	18
III. Cadre de l'étude .....	19
A. Phase préliminaire.....	19
1. Recherche bibliographique.....	19
2. Soutien scientifique-Comité de pilotage .....	19
3. Recrutement de la population cible : MG lillois et psychiatres de l'EPSM-AL .....	20
4. Conception du guide d'entretien.....	22
B. Phase expérimentale.....	22
C. Phase de recueil des données .....	23
D. Analyse thématique.....	24
<b>Résultats .....</b>	<b>25</b>
I. La Population interrogée.....	25
II. La synthèse des codes retrouvés dans les entretiens .....	28
A. Le MG et la pratique de la psychiatrie .....	28
1. La place des troubles psychiatriques et de souffrance mentale dans la patientèle .....	28
a) <i>Une place importante</i> .....	28
b) <i>Une majorité de troubles anxio-dépressifs</i> .....	29

c)	<i>Une part moins importante de troubles plus lourds</i> .....	30
2.	L'implication des MG dans le soin psychiatrique .....	30
a)	<i>Des MG témoignent de leur volonté de s'investir</i> .....	30
b)	<i>Le soutien psychologique</i> .....	31
c)	<i>Enclencher le suivi spécialisé</i> .....	32
d)	<i>Le suivi somatique</i> .....	32
e)	<i>Une spécialité délaissée par les MG</i> .....	32
3.	Le vécu du MG sur la pratique de la psychiatrie .....	33
a)	<i>Les MG se sentent plutôt compétents en psychiatrie</i> .....	33
b)	<i>Le manque de confiance</i> .....	34
c)	<i>Une expérience est nécessaire</i> .....	34
d)	<i>La psychiatrie demande une expertise</i> .....	35
e)	<i>Une rigueur nécessaire</i> .....	35
f)	<i>L'impuissance des MG</i> .....	35
4.	L'incertitude en psychiatrie .....	36
a)	<i>Une discipline incertaine, non quantifiable</i> .....	36
b)	<i>La psychiatrie, une spécialité scientifique</i> .....	38
5.	La psychiatrie, source de difficultés .....	38
a)	<i>Les problèmes médico administratifs et de responsabilité</i> .....	38
b)	<i>Une discipline chronophage</i> .....	39
c)	<i>La difficulté à délimiter le champ de la psychiatrie</i> .....	40
6.	La formation médicale en psychiatrie .....	40
a)	<i>La formation médicale initiale</i> .....	40
b)	<i>La formation médicale continue</i> .....	41
B.	La vision du PSY par le MG .....	41
1.	Le psychiatre et le "secteur" de psychiatrie .....	41
a)	<i>Le psychiatre</i> .....	41
b)	<i>Le secteur de psychiatrie</i> .....	45
2.	L'opposition entre la médecine et la psychiatrie .....	50
a)	<i>Un paradigme différent</i> .....	50
b)	<i>La comparaison médecine et psychiatrie</i> .....	52
3.	L'opposition entre la psychiatrie publique et privée .....	53
a)	<i>La psychiatrie publique</i> .....	53
b)	<i>La psychiatrie privée</i> .....	53
C.	La vision du patient psychiatrique ou en souffrance mentale .....	55
1.	L'opposition entre les pathologies légères et les pathologies lourdes ..	55
2.	La stigmatisation de la maladie mentale .....	56
3.	Des patients difficiles à prendre en charge .....	57
a)	<i>Les patients psychotiques ou toxicomanes</i> .....	57
b)	<i>Des patients peu compliants</i> .....	57
c)	<i>Un besoin d'investissement de la part du patient</i> .....	59
D.	La communication MG-PSY .....	60
1.	Une communication inexistante .....	60
2.	La qualité et le contenu de la communication .....	61
a)	<i>Une communication de mauvaise qualité</i> .....	61
b)	<i>Quelques commentaires positifs</i> .....	61
c)	<i>Le sens de l'adressage au psychiatre</i> .....	62
3.	Les difficultés de communication .....	63
a)	<i>Les difficultés liées à la psychiatrie</i> .....	63
b)	<i>Les difficultés liées au MG</i> .....	69
c)	<i>Les difficultés liées au patient</i> .....	72
4.	Les différents moyens de communication .....	74

a)	<i>Le courrier</i> .....	74
b)	<i>Le téléphone</i> .....	79
c)	<i>Le courrier électronique</i> .....	81
d)	<i>Les autres moyens de communication</i> .....	82
5.	Les conséquences néfastes d'une mauvaise communication .....	83
a)	<i>La mauvaise qualité de soins</i> .....	83
b)	<i>La iatrogénie</i> .....	83
c)	<i>La rupture thérapeutique</i> .....	84
6.	Les MG expriment des besoins .....	84
a)	<i>Le besoin de mieux communiquer</i> .....	84
b)	<i>Le besoin de réciprocité</i> .....	84
c)	<i>Le soutien du réseau de soins</i> .....	85
d)	<i>L'avantage des contacts personnalisés</i> .....	86
E.	La recommandation du CNQSP et les courriers-types .....	86
1.	La recommandation.....	86
a)	<i>Les recommandations en général</i> .....	87
b)	<i>Une recommandation peu connue des MG</i> .....	88
c)	<i>Les opinions positives sur la recommandation du CNQSP</i> .....	88
d)	<i>Une recommandation évidente</i> .....	89
e)	<i>Une recommandation sans intérêt</i> .....	89
f)	<i>Une recommandation remise en cause</i> .....	89
2.	Les formulaires (ou courriers-types).....	90
a)	<i>Le formulaire MG (adressage)</i> .....	90
b)	<i>Le formulaire PSY (réponse)</i> .....	96
F.	L'expérimentation "Génépsy" .....	97
1.	L'échange des formulaires " <i>in vivo</i> " .....	98
a)	<i>Pas de courrier réponse reçu</i> .....	98
b)	<i>La déception des MG</i> .....	98
2.	Les difficultés apparues lors de l'utilisation.....	99
a)	<i>Les difficultés liées au MG</i> .....	99
b)	<i>Les indications restreintes du courrier</i> .....	101
c)	<i>Les difficultés liées au patient</i> .....	101
d)	<i>Les difficultés liées au psychiatre</i> .....	102
G.	Les pistes d'amélioration envisagées .....	103
1.	Des courriers réguliers lors d'un suivi au long cours .....	103
2.	La généralisation des courriers-types.....	104
3.	La prise de rendez vous par internet .....	105
4.	Une meilleure disponibilité du PSY au téléphone.....	107
5.	Développer la messagerie numérique avec les PSY.....	107
6.	Intégrer le courrier type dans le logiciel du cabinet .....	108
7.	Améliorer la formation des MG.....	109
8.	Encourager les rencontres physiques MG-PSY .....	109
9.	Un meilleur investissement du MG.....	109
	<b>Discussion</b> .....	<b>110</b>
I.	Forces et faiblesses de l'étude .....	110
A.	Points forts .....	110
1.	La confrontation de la recommandation à la réalité .....	110
2.	Les MG participants et les MG interrogés .....	110
3.	L'échantillonnage à variation maximale.....	111
4.	Une expérience "grandeur nature" .....	112
5.	Le soutien scientifique de la F2RSM .....	112
B.	Les limites .....	113

---

1.	La création des formulaires .....	113
2.	La faible diversité des participants .....	114
3.	Les modifications dans le protocole .....	114
4.	La technique d'entretien .....	115
5.	La subjectivité de l'enquêteur .....	115
II.	Les Principaux résultats.....	115
A.	L'importance de la santé mentale en soins primaires.....	115
B.	Les difficultés des MG en santé mentale.....	116
C.	Une communication MG-PSY déplorable .....	117
D.	Une recommandation pas si consensuelle.....	118
E.	Un avis plutôt positif sur les courriers-types .....	119
F.	Une expérimentation décevante, mais révélatrice.....	120
III.	Les questions soulevées par l'étude.....	121
A.	Pourquoi un tel divorce entre MG et PSY ?.....	121
B.	Le courrier d'adressage comme levier majeur ?.....	125
IV.	Les pistes d'amélioration .....	128
A.	Sur le plan des courriers .....	128
B.	Les autres modes de communication.....	129
1.	La communication indirecte : mail, internet .....	129
2.	Communication directe : téléphone et rencontres physiques .....	129
C.	Comblers le gouffre entre MG et PSY .....	130
	<b>Conclusion.....</b>	<b>133</b>
	<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>135</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>143</b>
	Annexe 1 : Tableau récapitulatif des rapports sur la santé mentale et des propositions d'amélioration. ....	143
	Annexe 2 : La synthèse des recommandations du CNQSP. ....	144
	Annexe 3 : Courrier d'information, envoyé par voie postale à tous les MG Lillois en Décembre 2013.* .....	148
	Annexe 4 : Formulaire Génépsy "MG" .....	149
	Annexe 5 : Formulaire Génépsy "PSY" .....	151
	Annexe 6 : Version finale du guide d'entretien. ....	153

## RESUME

**Contexte** : Les relations entre les médecins généralistes (MG) et les psychiatres (PSY) ne sont pas satisfaisantes. L'amélioration de l'échange des courriers lors d'un adressage (première demande de consultation) semble être un levier majeur pour développer la collaboration d'après les recommandations de bonne pratique du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP). Cette recommandation propose de formaliser le contenu des courriers du MG et du PSY.

**Méthode** : Soixante dix MG lillois ont été recrutés pour échanger pendant 6 mois avec le PSY public des courriers-types inspirés des recommandations. Quatorze d'entre eux ont participé à un entretien semi directif pour recueillir leurs impressions sur cette expérience.

**Résultats** : L'état des relations entre les professionnels sur ce territoire est déplorable. L'incompréhension est manifeste et les représentations respectives entrent souvent en collision. Les recommandations du CNQSP sont méconnues et divisent les MG. Les MG ont majoritairement apprécié le courrier-type : il leur permet d'être plus rigoureux, il promeut et personnalise la communication avec le PSY. Il souffre néanmoins de son exhaustivité pour des MG souvent en manque de temps. Le courrier-type réponse est quant à lui parfaitement adapté aux attentes des MG. La quantité de courriers échangés et le taux de réponse par le PSY furent étonnamment faibles. Les obstacles à l'échange concernent le MG, le PSY, mais également le patient. En effet, le patient vecteur de l'information est perçu par le MG comme l'un des plus grands freins à la communication.

**Conclusion** : La mise en place d'un courrier-type d'adressage ne semble pas permettre, à elle seule, le développement de la communication. Les MG sont demandeurs de davantage de communication, par courrier, téléphone et par mail et ce, tout au long du suivi du patient. Un travail de rapprochement des professionnels est souhaitable afin de leur redonner une culture médicale commune. MG et PSY sont conscients de l'importance de communiquer dans l'intérêt de leurs patients communs.

## INTRODUCTION

### I. Des indicateurs de santé mentale inquiétants

#### A. Dans le Monde et en Europe

L'état global de la santé mentale dans le monde est alarmant. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) s'inquiète de la place des pathologies psychiatriques et les classe parmi les pathologies les plus préoccupantes en termes d'incapacité. Cinq sur les 10 plus importantes relèvent du champ de la psychiatrie: schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et TOC (Trouble Obsessionnel Compulsif).(1) La souffrance mentale et les troubles du comportement touchent 450 Millions de personnes dans le monde. Une personne sur quatre est appelée à en souffrir à un moment ou à un autre de sa vie. Un million de personnes se suicident chaque année. La souffrance mentale touche 20% des patients pris en charge par les soins primaires.(2)

Mais pour évaluer au mieux le « fardeau global de la maladie » (3) ou CMM (Charge Mondiale de Morbidité) des maladies chroniques et invalidantes, telles que les maladies mentales, l'OMS a introduit le calcul des AVCI (Année de Vie Corrigée par l'Incapacité). Une AVCI est calculée par la somme de la surmortalité et des « lacunes de santé ». Ce marqueur rend mieux compte du poids pour les sociétés que les simples mesures de prévalence ou de mortalité. Une AVCI peut se résumer comme une année de vie en bonne santé perdue. Les maladies mentales représentent 12% du total des AVCI dans le Monde. En 2020, elle représenteront 15% (2), et la dépression sera la deuxième charge de morbidité après l'infarctus du myocarde, devant les accidents de la route, les AVC, la BPCO...(4)

En Europe, les troubles « neuro-psychiatriques » touchent 140 Millions de personnes, et constituent la 2<sup>e</sup> charge de morbidité (20% des AVCI perdus) pour les Etats, après les maladies cardiovasculaires. La dépression est la première cause d'incapacité. Les neuf pays avec les taux de suicide les plus élevés au monde sont des pays européens. 150 000 personnes se suicident chaque année en Europe.(5)

## **B. En France**

L'étude ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders)(6), réalisée en 2002 sous l'égide de l'OMS dans 6 pays européens, retrouvait que plus du tiers (38.4%) de la population vivant en France présente un trouble psychiatrique au cours de la vie. Sur la dernière année de vie écoulée, cette même prévalence en population générale est de 14.5%. La France fait partie des 3 Etats Européens (avec le Portugal et l'Italie) avec le score de santé mentale le plus faible et le taux de détresse psychologique le plus élevé.(7)

Les troubles dépressifs et anxieux occupent une place capitale avec des prévalences au cours de la vie respectives de 24.1% et 22.4%. Les troubles liés à l'alcool représentent pour leur part 5.7%. La file active de patients suivis en psychiatrie (nombre de patients vus au moins une fois en consultation, visite au domicile, ou à l'hôpital) ne cesse d'augmenter depuis 1993.(8,9,10) En médecine générale, le recours pour problème d'ordre psychiatrique est le motif qui a subi la plus forte progression (+28%).(7)

De plus, ces comorbidités psychiatriques (troubles dépressifs, anxieux, ou liés à l'alcool) sont fréquemment corrélées. Ainsi le taux de comorbidité des femmes souffrant de troubles dépressifs est de 44.2% (24.6% chez l'homme). Celui des troubles liés à l'alcool de 62.7% (25.8% chez l'homme). L'association troubles dépressifs et anxieux est la plus fréquente.(11)

Une des particularités françaises est la surreprésentation des troubles dépressifs et anxieux par rapport à la moyenne des 6 pays réunis : respectivement 10.1% et 8.8% de prévalence supplémentaire.

La schizophrénie touche 1% de la population générale, et 2.8% de la population présenterait des syndromes d'allure psychotique.(11)

Le risque suicidaire des plus de 18 ans est élevé pour presque 2% en population générale, et atteint même presque 3% de la tranche 18-29 ans. On comptabilise plus de 10 500 décès par suicide en 2010, 160 000 tentatives de suicide par an, dont plus de la moitié est hospitalisée. Un décès sur 50 en France est un suicide.

La France est le pays d'Europe le plus grand prescripteur et consommateur de psychotropes, principalement du fait de la consommation d'anxiolytiques/hypnotiques et d'antidépresseurs.(7) Vingt et un pourcent de la population française a consommé au moins un psychotrope sur l'année écoulée, contre 12% pour la moyenne européenne. L'usage des antidépresseurs augmente en France depuis plus de vingt ans. (12,13)

### **C. Dans le Nord-Pas-De-Calais et sur le secteur lillois**

Globalement la région présente des indicateurs de morbidité psychique plus élevés qu'ailleurs en France. Selon le « Baromètre Santé 2010 » (14), le Nord-Pas-De-Calais présente un score de santé mentale plus faible que la moyenne française, un score d'anxiété plus fort (2<sup>e</sup> rang français), une fréquence de tentative de suicide supérieure, et un taux de dépression chez les hommes très élevé (1<sup>er</sup> rang). La consommation de psychotropes (au moins une fois sur l'année écoulée) atteint 14%, ce qui correspond à la moyenne nationale. Les comportements addictifs (consommation problématique d'alcool, de tabac, de cannabis) touchent 25% de la population.

Selon les résultats de l'étude SMPG dans le Nord-Pas-De-Calais (15), plus du tiers de la population adulte souffrirait d'un problème de santé mentale, contre 32% en population française. La région compte plus de troubles anxieux, de l'humeur, de problèmes d'alcool et de drogue. Le risque suicidaire global y est également plus élevé. La prévalence des troubles psychotiques est légèrement sous la moyenne nationale.

Le Nord-Pas-De-Calais est l'une des régions les plus consommatrices de psychotropes.(13) La consommation d'anxiolytiques ou d'hypnotiques atteint presque 26% de la population. Plus de 8% de cette population consomme des antidépresseurs. La probabilité de bénéficier de la prescription d'au moins deux psychotropes sur une même ordonnance est de presque 60%.

Le territoire de Lille intra muros correspond à trois « secteurs de psychiatrie » rattachés à l'EPSM-AL (Etablissement Public de Santé Mentale-Agglomération Lilloise) : 59 G22 (Lille Nord), 59 G23 (Lille Sud), 59 G24 (Lille Est). Dans ce territoire, l'indice de mortalité par suicide est légèrement inférieur à celui de la région.(16) La proportion de la population majeure atteinte de trouble de l'humeur (23%), et celle présentant un risque suicidaire élevé (4.85%) sont plus élevées que la moyenne régionale. *A contrario*, les troubles anxieux (15%), et ceux d'allure psychotique (1.82%) y sont moins fréquents. La consommation de psychotropes (benzodiazépines, antidépresseurs, et antipsychotiques) est la plus faible de la région.

## **II. Des comorbidités somatiques qui grèvent l'espérance et la qualité de vie**

Les patients atteints de troubles psychiatriques subissent une double peine: aux décès d'origine « non naturelle » (suicide, mort violente), s'ajoute la morbi-mortalité d'origine « naturelle ». Il s'agit d'une surmortalité liée aux affections de l'appareil respiratoire, de pathologies infectieuses et cardiovasculaires. Le risque de mortalité par cancers, ou maladies du système nerveux rejoint celui de la population générale. (17)

La mortalité, toutes causes confondues, des patients schizophrènes est presque 4 fois (3.8) supérieure à la population générale. Les patients atteints de pathologie mentale sévère ont une réduction de l'espérance de vie de 15 à 30 ans.(18)

L'association entre les comorbidités mentale et somatique semble être « la règle plutôt que l'exception » (19) : 68% des adultes en souffrance psychique présentent un trouble somatique, et 28% pour la réciproque.

L'existence d'une comorbidité somatique est considérable, puisque 30 à 60 % des patients consultants ou hospitalisés en psychiatrie souffrent d'une affection organique. Celle-ci est méconnue par le patient et/ou les soignants dans 1 cas sur deux.(17)

Les patients schizophrènes souffrent principalement de pathologies coronariennes (consommation de tabac, syndrome métabolique, prise de neuroleptiques), de diabète, d'affections respiratoires.

Les patients atteints de trouble de l'humeur présentent plus d'hypertension artérielle, de cardiopathies, de désordres endocriniens (dysthyroidies principalement). Les patients dépressifs ont 4 à 5 fois plus de risques de subir un infarctus du myocarde.(20)

Les patients anxieux quant à eux, présentent un sur-risque d'apparition de pathologies cardiovasculaires, BPCO (Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive) et migraine.

Les facteurs de vulnérabilité aux comorbidités somatiques sont les suivants (20):

- conduites à risque (alcool, tabac, substances)
- isolement social et précarité: difficultés d'accès aux soins primaires et psychiatriques
- iatrogénie
- difficulté de prise en charge par les soignants (interruption de soins, non compliance, consultations complexes, abus de substances...)

De plus, ces pathologies organiques affectent en elles-mêmes le pronostic psychiatrique (17) : par exemple, les patients déprimés aux antécédents d'infarctus du myocarde subissent plus de rechutes dépressives, et présentent plus de

résistance aux traitements que les patients sans comorbidité somatique. Des patients atteints de troubles bipolaires répondent moins favorablement au traitement par lithium lorsqu'ils présentent une maladie somatique associée.

Enfin, de nombreuses pathologies chroniques se compliquent volontiers de troubles mentaux, notamment la dépression. Ceux ci ont un impact nettement défavorable sur l'évolution de la pathologie somatique.(21)

### **III. Le coût financier considérable de la santé mentale**

#### **A. Dans le Monde et en Europe**

Le coût de la santé mentale se décompose en coût direct et coût indirect. Le coût direct comprend les soins et la prise en charge médico-sociale. Dans les pays développés (22), le coût direct représente 3 à 4% du PNB (Produit National Brut), par exemple 148 milliards US \$ aux Etats-Unis en 1990.

Les coûts indirects comprennent la perte de productivité des malades et de leur entourage. Leur impact est considérable : deux à six fois plus que les coûts directs. D'après l'OMS : « Traiter les troubles mentaux coûte cher, mais ne pas les traiter coûte encore plus cher, c'est un luxe que la plupart des pays ne peuvent guère s'offrir ».(21)

#### **B. En France**

La prise en charge sanitaire des soins de santé mentale en 2007 représente 3.4 Md € (Milliard d'euros) soit 8 % de la consommation des soins et biens médicaux dans leur ensemble. Les dépenses se répartissent à 37% pour les soins ambulatoires et 63% pour les soins en hospitalisation. La prise en charge

médicosociale coûte 6.3 Md € (établissement d'accueil, allocations de ressources...).(23)

A ces coûts directs s'ajoutent les coûts indirects de la perte de productivité : compensation des pertes de revenus (invalidité, indemnités journalières), perte nette de productivité, pour un total de 24.4 Md €.

A ceci s'ajoute le coût estimé de la perte de qualité de vie par les AVCI, qui est de 65.1 Md € (1 AVCI = 30 000 € environ).(23)

Au total, la santé mentale représente presque un tiers de dépenses de l'Etat (109.2 Md €), principalement par les coûts indirects, soit presque 6% du PIB national. En comparaison, le budget de l'Enseignement et de la Recherche est de 80 Md €. La dépression est l'un des troubles psychiques les plus coûteux à cause de sa prévalence très élevée, et de ses répercussions sur le travail. Presque 32 Millions de journées de travail ont été perdues en 2000 du fait de la dépression.(23)

#### **IV. Le rôle du médecin généraliste en santé mentale et ses difficultés**

En France, le MG est particulièrement exposé aux soins psychiatriques : 30% de sa patientèle présenterait une souffrance mentale ou une pathologie psychiatrique.(24) Le généraliste est la pierre angulaire de l'entrée dans les soins, spécialisés ou non, puisque les patients en souffrance mentale consultent avant tout leur généraliste. D'après une enquête de l'INPES (25) sur la dépression en 2005, 67.2% des patients qui consultent pour « raison de santé mentale » ont au moins vu un généraliste, et 31% ne voient que leur généraliste. La consultation exclusive d'un psychiatre ou d'un psychologue ne représente que 5 à 9% des consultants. Le MG est ainsi bien souvent le premier, voire le seul intervenant.

Le généraliste a donc tout d'abord un rôle de premiers recours (26) : dépistage, diagnostic et traitement en première intention, et si besoin adressage vers les soins spécialisés.

Le généraliste a également la charge d'assurer le suivi et la coordination des soins spécialisés. Il doit veiller à l'observance thérapeutique, dépister les risques d'interruption de soins, diagnostiquer les comorbidités somatiques, iatrogènes ou non, et réévaluer les traitements à l'occasion des renouvellements. En France, les généralistes sont les plus gros prescripteurs de psychotropes: 80% du volume des prescriptions, 90% des premières prescriptions d'antidépresseurs.(26,27) Dans le Nord-Pas-de-Calais, les MG réalisent 95 % des prescriptions de psychotropes, toutes classes confondues.(13)

Le MG a également un rôle de médiateur en cas de conflit entre le patient, ses proches, ou le spécialiste. En effet, l'attitude du généraliste conditionne l'acceptation des soins par le patient.

Enfin, le généraliste est bien souvent sollicité lors des situations d'urgence: décompensation psychotique ou thymique, crise suicidaire, passage à l'acte. Dans le cas des patients décédés par suicide, 40 à 60 % ont consulté un professionnel le mois précédant, et il s'agit d'un généraliste une fois sur deux.

Les MG présentent des difficultés dans la prise en charge des troubles psychiatriques: les consultations sont plus longues, plus fréquentes, plus difficiles, et le recours au psychiatre leur paraît plus difficile que pour les autres spécialités.(26,27,28) Dans le cas de la prise en charge de la dépression, une étude révèle de nombreuses difficultés relevées par les MG eux-mêmes (29) : manque de formation initiale et continue, recommandations de bonne pratique trop théoriques et inapplicables, psychiatres peu disponibles, un « circuit public psychiatrique[...] archaïque », une communication déficiente entre les partenaires, une absence d'alternative aux médicaments.

## V. Un manque de collaboration flagrant entre les MG et les psychiatres

La communication entre les médecins généralistes et les psychiatres est difficile, parfois conflictuelle. Il s'agit d'un constat européen, mais surtout français. La France est en effet le pays d'Europe où la collaboration est la plus mauvaise.(26) Seulement 40% des généralistes se déclarent satisfaits de leur relation avec la psychiatrie de secteur.(30) Les principaux griefs sont le manque de connaissance sur les missions des secteurs et le flou des parcours de soins, les délais de rendez vous trop longs, l'absence d'interlocuteur clairement identifié, et l'indigence des relations entre les psychiatres et les MG.

Les obstacles à la collaboration découlent de facteurs organisationnels : investissement en temps de coopération et défaut de rémunération spécifique, manque de disponibilité des psychiatres, délais de rendez vous trop longs, insuffisance de lieux d'adressage.

Les facteurs liés à l'exercice médical interviennent également défavorablement : sentiment d'abandon ressenti par le patient et le généraliste, la réticence du patient à consulter un psychiatre, la méconnaissance des exercices respectifs, le manque de formation initiale et continue sur la psychiatrie, et les limites des compétences des généralistes.(26,30)

Une absence ou un manque de communication engendre (26) : des retards diagnostics, interruptions de soins, répétitions inutile d'examens ou d'avis, non compliance au traitement et augmentation de la iatrogénie. Cela engendre également un repli sur soi et un défaut d'adressage par le MG.

L'adressage vers les soins psychiatriques est l'un des plus faibles en Europe selon l'étude ESEMED (20%). Dans l'enquête RPSM78 (27,28), les psychiatres estiment que plus de la moitié des nouveaux consultants auraient dû être adressés plus tôt, et qu'il s'agit d'une perte de chance pour le patient. La finalité de l'adressage est, dans presque un cas sur deux (46.6%) le besoin de se « décharger » du poids

d'une prise en charge trop lourde ou trop complexe, contre 9% seulement lors de l'adressage à un autre confrère somaticien. Un avis sur la prise en charge est demandé dans 28.3% des cas, et dans 10.4 % des cas un avis sur le traitement. La demande de diagnostic représente 7%.

Dans cette même enquête, on note l'absence de retour du psychiatre dans 81% des adressages faits par les MG. 64% des généralistes se déclarent insatisfaits ou très insatisfaits de leur relation avec les psychiatres. Les généralistes sont conscients de la forte prévalence des troubles psychiques dans leur activité, et mesurent l'importance d'améliorer leur collaboration avec les psychiatres.(26,30,31)

De leur côté les psychiatres se plaignent (26): d'adressages inappropriés, de l'indigence des courriers, d'attentes irréalistes, du désinvestissement de la prise en charge du MG après l'adressage. Ce dernier point est discuté par d'autres auteurs qui constatent au contraire l'intérêt des MG à assumer leur place dans les soins.(26,28) Les psychiatres soulignent la nécessité de créer un véritable partenariat avec le médecin traitant.(32)

Une récente étude (33) a analysé les courriers d'adressage entre les psychiatres et les MG sur le territoire de l'EPSM-ML (Etablissement Public de Santé Mentale-Métropole Lilloise), et les a confrontés aux recommandations existantes. Du côté du MG, les courriers sont globalement assez pauvres. Certains chiffres inquiètent : les antécédents somatiques et traitement associés ne sont renseignés que dans 30% des cas, histoire de la maladie psychiatrique dans 41%, traitements à visée psychiatrique dans moins de 25% des cas.

Du côté des psychiatres, les courriers sont globalement de bonne qualité. Dans plus de 88% des courriers, le psychiatre répondait à la question formulée par le MG. Dans 79% des cas, une proposition de prise en charge était faite en intégrant le MG. Dans 96% des cas, l'avis diagnostic était détaillé. Le projet de soins, les propositions thérapeutiques et l'éventuel retentissement socioprofessionnel étaient bien souvent renseignés au MG. En revanche, les risques évolutifs et la surveillance éventuelle des traitements psychiatriques n'étaient pas précisés dans plus d'un cas sur deux.

Le fait que le MG fasse un courrier augmente les chances d'aboutir à une consultation avec le psychiatre (54% contre 38% lorsqu'il ne fait pas de courrier). Les psychiatres sont plus enclins à rédiger un courrier lorsqu'ils ont reçu une lettre du MG (74%, contre 64% sans courrier du MG). En conclusion, quand le MG fait un courrier, il a plus de chances d'obtenir une consultation et d'avoir une réponse du psychiatre.

## **VI. Les moyens d'actions**

De très nombreux rapports se succèdent sur l'état de la santé mentale en France depuis une quinzaine d'années et témoignent d'une volonté politique d'amélioration sur ce problème de santé publique. Globalement leurs pistes d'amélioration se recoupent très largement (ANNEXE 1). Un ambitieux plan de santé mentale a été mis en place en 2005-2008. Il proposait pas moins de 210 mesures, réparties selon 5 axes de travail. La cour des comptes en 2011 juge les résultats de ce plan globalement médiocres. Un nouveau plan de santé mentale 2011-2015 est en cours.

Une charte de partenariat entre la Médecine générale et la psychiatrie de secteur a été adoptée en mars 2014.<sup>(34)</sup> Ceci témoigne de la connaissance des difficultés, et de l'implication bilatérale des acteurs. Cette charte insiste sur la transmission d'informations, sur la prise en charge des comorbidités psychiatriques et somatiques, et sur la formation initiale des internes (MG et PSY) ainsi que le partage d'expériences.

Le modèle de Goldberg et Huxley (26,35,36) précise les principaux filtres s'opposant au recours aux soins adaptés (ou insuffisance de prise en charge) :

1. méconnaissance par la population générale des troubles et défaut de consultation, voire stigmatisation des soins psychiatriques.

2. dépistage insuffisant en soins primaires et inadéquation des prises en charge avec les recommandations.

3. défaut de communication entre les soins primaires et psychiatriques (interface), notamment par défaut d'adressage.

Les possibilités d'actions qui en découlent (26) :

- campagnes d'informations, de sensibilisation et de déstigmatisation en population générale,
- développer la formation médicale initiale et continue des MG en psychiatrie.
- encourager la communication entre les médecins et d'instaurer un modèle collaboratif, plutôt que le modèle d'isolement actuel.

Ces éléments sont d'ailleurs repris dans les différents rapports cités plus haut (ANNEXE 1), ainsi que dans le dernier en date.(8) Notons que ce dernier rapport recommande également une meilleure prise en charge des comorbidités somatiques.

Le CNQSP (Collège National pour la Qualité des Soins Psychiatriques) a fait deux principales propositions quant à la collaboration PSY-MG :

1. développer les dispositifs de « soins partagés » (26,27,30) qui associent le soins, le développement professionnel continu, la veille territoriale et la recherche. Sur le plan de la communication entre MG et PSY, il s'agit surtout d'encourager les initiatives de type « consultation-liaison ».

2. élaborer des recommandations pour la pratique clinique favorisant les échanges collaboratifs. Il ressort de la littérature étudiée par le CNQSP (26,37,38,39) qu'il est difficile de juger du caractère approprié ou non de l'adressage. Un consensus peut être trouvé sur le contenu des courriers (items cliniques nécessaires), mais pas sur la formalisation des motifs d'adressage.

L'amélioration de la qualité des courriers échangés entre MG et PSY ressort de la revue de littérature du CNQSP comme le levier majeur favorisant les échanges collaboratifs.(26)

C'est donc dans cette logique de formalisation du contenu du courrier, et non de la formalisation des conditions d'adressage que cette recommandation s'inscrit.(40,49)

## VII. La recommandation du CNQSP

Le Conseil National Professionnel de la Psychiatrie-Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNPP-CNQSP) est une structure nationale dédiée à la qualité des soins et aux bonnes pratiques professionnelles.(41,77) En 2010, le CNPP-CNQSP diffuse des recommandations sur le sujet : « Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique ». La synthèse des recommandations est consultable en annexe 2.

Cette innovante recommandation a reçu la labellisation HAS (Haute Autorité de Santé). Le comité de pilotage se composait de médecins psychiatres et généralistes ayant réalisé une Evaluation de Pratiques Professionnelles (EPP). Le groupe de travail était constitué de généralistes et de psychiatres, experts et naïfs, répartis de façon équilibrée, mais également d'associations d'usagers. Ce groupe de travail réalise une revue de la littérature internationale, discute l'argumentaire, et élabore les recommandations. Le groupe de lecture, constitué d'une centaine de personnes, valide ou réfute chaque proposition du groupe de travail.

Enfin une phase de test en situation professionnelle réelle permet de répondre à l'acceptabilité et la faisabilité des propositions. La synthèse des recommandations détaille alors la liste des items attendus par le psychiatre dans le courrier du MG, et réciproquement dans le courrier de retour du psychiatre.(41,77)

L'objectif de cette recommandation est de favoriser la collaboration entre les professionnels en formalisant le support écrit.

Cette recommandation a souffert d'une insuffisance de diffusion, comme souvent en psychiatrie.(42) Pourtant, le CNQSP a multiplié les moyens: mise en téléchargement en ligne sur les sites du CNQSP et de la HAS, diffusion auprès de ses sociétés savantes membres, des organismes de DPC (Développement Professionnel Continu) et d'EPP, communication à l'occasion de congrès...(41) Dans une thèse médecine générale (32) recueillant des entretiens de PSY sur le thème de

la communication avec les généralistes, peu de psychiatres semblent connaître cette recommandation. Ceux qui ont lu cette recommandation sont encore plus rares. L'existence d'une telle recommandation clivait les psychiatres : certains n'acceptant pas un cadre trop directeur ou la jugeant trop éloignée de la réalité de terrain, alors que d'autres la considèrent comme une possible base d'échange. Un psychiatre interrogé préconisait une plus large diffusion de cette recommandation, et proposait même une standardisation des courriers. Ceci permettrait une réelle appropriation des recommandations par les psychiatres.

Il existe peu de données sur la diffusion de cette recommandation auprès des généralistes. Une étude récente (54) retrouvait que 85% des MG interrogés ne la connaissaient pas. Bien que facilement accessible sur l'internet, cette recommandation ne semble pas avoir été diffusée à la hauteur de ses espérances auprès des MG. Elle n'est par exemple pas référencée sur le drefc.fr (Diffusion des REcommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale). Il en est de même lorsque l'on consulte quelques revues médicales généralistes parmi les plus populaires (La revue du Praticien, le Généraliste...) Seul medscape.fr y a consacré un court article en janvier 2012.

## **VIII. Contexte et objectifs de l'étude**

Etant convaincus que le développement d'une communication de qualité entre les professionnels permettait une bien meilleure prise en charge des patients, nous avons décidé de proposer un moyen d'action concret. Etudier l'échange de courriers entre MG et Psychiatre s'est rapidement imposé de par son universalité : quel médecin ne rédige pas de courrier pour ses confrères ?

Puisque la recommandation semblait souffrir d'un manque de diffusion (32,42), nous avons pensé faciliter son utilisation, en créant un courrier-type qui en serait inspiré. La mise en place du courrier-type permettrait de confronter les recommandations à la réalité de terrain. Plusieurs études s'intéressant à la

communication entre la médecine libérale et les services d'urgences hospitalières montrent l'intérêt que peut revêtir un courrier-type sur la communication entre les médecins.(43,44,45) Une étude anglaise de 2007 a évalué la mise en place d'un courrier-type unilatéral du psychiatre vers le MG.(46) Elle a pu montrer l'efficacité d'une telle mesure sur la communication. L'originalité de notre démarche réside dans la mise en place d'un système bilatéral sur un territoire cohérent.

L'objectif principal de cette étude est de recueillir l'avis des MG sur un courrier-type, inspiré des recommandations du CNQSP, et utilisé en situation réelle.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- explorer l'amélioration présumée de la communication
- étudier les comportements et les représentations sur le territoire d'étude (Lille *intra muros*)
- étudier l'applicabilité en situation réelle des recommandations, et le cas échéant les freins à leur mise en place
- mettre en évidence de nouvelles pistes pour améliorer la communication.

## MATERIELS ET METHODES

### I. Choix de la méthode

Le choix d'une méthode qualitative se justifie par le fait de s'intéresser à des comportements, des expériences et des sentiments entre les différents acteurs. Nous cherchons à donner du sens aux comportements humains, et aux interactions entre le MG, le patient et le psychiatre, à l'inverse d'une étude quantitative, qui chercherait à prouver une relation statistique. Issues des sciences humaines et sociales, les méthodes qualitatives sont adaptées à l'étude de phénomènes subjectifs, donc difficiles à mesurer. "La démarche n'est plus hypothético-déductive mais inductive; elle[...] analyse les mécanismes sous-jacents aux comportements et l'interprétation que les acteurs font de leurs propres comportements; elle ne recherche pas la représentativité, mais la diversité des mécanismes.".(47) "Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la vraie vie du clinicien et la science dure".(48) L'élaboration d'une explication scientifique dans un modèle qualitatif se déroule en 3 étapes qui peuvent être résumées dans l'ordre suivant : "décrire, comprendre, expliquer".(49) Décrire, c'est à dire "avoir repéré un phénomène[...] et l'avoir dissocié de ses parties". Comprendre, c'est à dire en "avoir établi les relations et les contraintes". Enfin expliquer, c'est à dire insérer la compréhension du phénomène social dans un système plus vaste.(49)

Les méthodes qualitatives sont particulièrement adaptées pour répondre aux questions posées par les chercheurs en médecine de premiers recours.(50) Elles permettent d'étudier des processus, de renseigner des obstacles rencontrés dans la pratique, d'expliquer les réussites ou les échecs de certaines interventions.(50)

Cette étude explore l'effet d'un courrier type (intervention) sur un phénomène social (la communication entre deux médecins).

## II. Choix des entretiens semi directifs

Les trois grandes techniques de recueil de l'information en matière de recherche qualitative sont la recherche action, la méthode de consensus, les entretiens. Parmi les entretiens, on retrouve les entretiens structurés, semi structurés, approfondis, et de groupe (focus groups).(48)

Les avantages de l'entretien semi structuré sont les suivants : étude de sujets sensibles, approfondissements des propos, maîtrise des propos hors sujets grâce au guide d'entretien conçu au préalable. Son principal inconvénient est le temps requis à organiser et à analyser chaque entretien. La qualité de l'entretien dépend également des capacités de communication de chaque participant. Le guide d'entretien doit être assez structuré pour couvrir tous les thèmes définis à l'avance, mais aussi suffisamment souple pour laisser s'exprimer librement l'interviewé.

Le focus group a pour avantage de créer une dynamique de groupe, de susciter le débat et la contradiction. Il est plus difficile à organiser et à animer: maîtrise des leaders d'opinion, participation des sujets plus introvertis, risque de propos hors sujets. Enfin, certaines données peuvent échapper à l'investigateur, comme des informations sensibles ou des propos extrêmes, du fait d'une éventuelle auto censure d'un participant.

Initialement, nous avons prévu de cumuler les deux types de recueil de données: un ou plusieurs focus groups, puis des entretiens jusqu'à la saturation des données ce qui aurait permis une plus grande variété des données. Mais le focus group s'est avéré impossible à constituer en raison du manque de disponibilité des différents participants. Le recueil des données a donc reposé exclusivement sur les entretiens semi directifs.

### III. Cadre de l'étude

#### A. Phase préliminaire

##### 1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a débuté avec la lecture de la revue "Pluriels" d'Octobre-Novembre 2011 intitulée : "Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ?".(30) Les différentes ressources citées dans ce numéro ont été successivement consultées, notamment les documents du CNQSP (26) ainsi que certaines références mentionnées. Ensuite les bases de données habituelles ont été interrogées : Pubmed, Science Direct, EM-Premium, Google Scholar, Google. Différentes bases de données de thèses de médecine ou de travaux universitaires ont été consultées: la BIUS (Bibliothèque Inter Universitaire de Santé), le SUDOC (Système Universitaire de Documentation) et Pépite (Panorama des Productions Universitaires de Lille2). Les mots clefs suivants ont été utilisés : "general practitioner", "psychiatrist", "communication", "mental health", "primary care", "form letter", pour les documents disponibles en langue anglaise. En français, il s'agissait des mots clefs suivants : médecin généraliste, psychiatre, collaboration, communication, courriers, courrier type, sante mentale, soins primaires.

##### 2. Soutien scientifique-Comité de pilotage

La Fédération de Recherche en Santé Mentale du Nord-Pas-de-Calais (F2RSM) nous a apporté dès le début de la réflexion son soutien méthodologique, scientifique et logistique. Un comité de pilotage s'est réuni à deux reprises à la fin de l'année 2013, composé des représentants de la F2RSM, du CEMG, des URPS-ML 59 62 , et de l'EPSM-AL. L'intérêt scientifique apporté par la question a été débattu, et le protocole de recherche a été validé collégialement. Les courriers-types ont été conçus en adaptant *ad integrum* les items de la recommandation dans un formulaire simple et pratique. Un panel de MG d'un coté, et de psychiatres de l'autre, tous deux indépendants de l'étude, ont validé sur la forme ces formulaires. Ceux ci sont

consultables en annexe 4 et 5. Le nom de l'étude "Génépsy" a été accepté par tous les participants.

L'étude s'est donc déroulée en deux temps forts : une phase expérimentale et une phase de recueil des données. La phase expérimentale a permis aux MG lillois volontaires d'utiliser le courrier-type pour adresser un patient au psychiatre du CMP. Après six mois d'échanges, les MG ayant utilisé le courrier ont été conviés à un entretien.

### **3. Recrutement de la population cible : MG lillois et psychiatres de l'EPSM-AL**

Notre étude s'intéresse aux MG libéraux, installés à Lille *intra muros*, ce qui correspond au territoire couvert par les quatre structures de l'EPSM-AL partenaires (CAP "Îlot-Psy", CMP 59 G22, CMP 59 G23, CMP 59 G24).

Dans le cadre de la recommandation du CNQSP, la demande d'avis psychiatrique est faite par le MG traitant, ou référent. Nous avons donc exclu de notre recrutement les MG à exercice particulier exclusif (homéopathe, nutritionniste, sexologue, expert judiciaire...) puisque l'outil ne leur était pas destiné. Les MG retraités avant la fin de l'étude, ou ceux en arrêt maladie ou congé maternité, ont également été exclus de notre listing.

Nous disposons d'un listing propre du CP2A, qui a été recoupé avec de multiples bases de données : celle des URPS-ML Nord-Pas-de-Calais et de l'Assurance Maladie, celle du Conseil de l'Ordre des Médecins, et celle de l'annuaire téléphonique. Ce listing comportait alors 178 MG éligibles pour notre étude.

La phase de recrutement a débuté par l'envoi fin novembre 2013 d'un courrier explicatif à tous les MG éligibles pour l'étude (annexe 3). Le démarchage téléphonique de tous les contacts a débuté 15 jours plus tard.

Nous avons pu recruter 70 participants, soit presque 40% de participation (39.3%).

Nous avons essayé 78 refus « motivés »(43.1%) : MG non intéressés sans justification précise (50 à 60 % des refus), intéressés mais « débordés » (15 à 20%), ne participant à aucune étude (5 à 10%). Enfin, pour environ 5% : MG ne faisant jamais de courriers pour le psychiatre, ne déclarant aucun problème de communication, ou ayant l'habitude de travailler exclusivement avec les psychiatres libéraux.

Trente MG (17.6%) furent injoignables malgré de multiples relances (au moins trois).

Aucun des MG interrogés par téléphone, ayant accepté ou refusé de participer, n'avait connaissance du CNQSP et de la recommandation.

Nous avons rencontré une large majorité des participants à leur cabinet (62 MG), le temps d'un bref rendez vous, pour recueillir leur accord et leur remettre des exemplaires papier et numérique du courrier-type. Les 8 MG restants ont été informés par mail et/ou par téléphone.

Les conditions d'utilisation du courrier-type ont été expliquées aux participants :

- « adressage » d'un patient vers un psychiatre, c'est-à-dire première demande de consultation du psychiatre concerné uniquement (condition d'utilisation dans la recommandation du CNQSP)
- consultation de psychiatres publics uniquement
- patients dépendants d'une des quatre structures participantes de part leur lieu de résidence.

Puisque notre travail étudie des relations, et la communication entre MG et psychiatres, nous avons également recruté les psychiatres des structures concernées. Tous ont accepté de participer (16 psychiatres), ainsi que leur secrétariat. Le formulaire «réponse», basé sur les mêmes recommandations leur a été remis. Les psychiatres recrutés étaient donc invités à rédiger leurs réponses sur ce courrier-type en lieu et place de leur courrier usuel. L'étude de la population des psychiatres participants fait l'objet d'un travail de thèse distinct.

Enfin, chacun des 4 secrétariats participants a conservé, pour la comptabilité, des doubles anonymisés des courriers-types reçus et émis.

La période «expérimentale», où les 2 populations ont pu s'échanger les courrier-types a débuté au mois de Janvier 2014. Elle s'est poursuivie jusqu'au mois de Juillet 2014.

#### **4. Conception du guide d'entretien**

Le guide d'entretien, préparé à l'avance et évolutif, permet à l'enquêteur d'aborder tous les thèmes qu'il souhaite explorer en limitant les propos hors sujets. Il est composé de questions dont la formulation doit être la plus simple et la plus ouverte possible, pour ne pas influencer la réponse. La première question est très générale, permet de libérer le propos et de mettre à l'aise l'interviewé. Les questions sont progressivement de plus en plus précises pour amener le sujet au cœur de la réflexion.

Le guide doit être souple lors de l'entretien, l'ordre des questions interchangeable selon l'interlocuteur. Il s'est modifié au fur et à mesure des entretiens, les premiers servant alors de tests. Le nombre de questions a d'abord été réduit, car les médecins abordaient d'eux mêmes certains thèmes. Pour les derniers entretiens, une question sur la prise de rendez vous par internet, et une question sur la FMI et FMC (Formation Médicale Initiale et Formation Médicale Continue) ont été ajoutées. La version finale du guide d'entretien est consultable en annexe 6.

### **B. Phase expérimentale**

Cette période libre de 6 mois, de Janvier 2014 à Juillet 2014 a permis aux 70 MG participants de pouvoir échanger les lettres-types avec les psychiatres concernés. Une relance par courrier électronique a été faite fin février 2014, et une relance téléphonique au mois d'Avril 2014. Initialement prévue jusqu'au mois d'Avril, l'étude s'est finalement prolongée jusqu'au mois de Juillet. Nous avons récupéré douze duos de courriers (demande du MG associée à la réponse du psychiatre) sur le total des quatre structures de l'EPSM-AL.

## C. Phase de recueil des données

Contrairement aux études quantitatives, le recrutement des sujets à interroger ne répond pas à la représentativité statistique, mais au contraire il doit permettre de recueillir tous les points de vues, des plus consensuels aux plus discutés. L'échantillonnage est dit raisonné et à variation maximale. Les sujets interrogés sont donc des hommes et des femmes d'âges différents, ayant tous des pratiques quotidiennes différentes, et exerçant sur tous les secteurs de la ville. Certains profils sont plutôt de nature introvertis, alors que d'autres sont plus éloquents. Enfin, certains participants qui avaient des opinions marquées ont été contactés de manière préférentielle pour obtenir la variation maximale. En effet, un premier rendez vous avait déjà été réalisé lors du recrutement et certains éléments de discours avaient d'ores et déjà surgi.

Les sujets de la population cible de 70 MG ont donc été invités par téléphone à participer à un entretien à leur cabinet, à l'horaire de leur choix. Tous ont été prévenus que l'entretien serait enregistré sur matériel numérique (dictaphone ou iPhone), et que la durée du RDV serait d'approximativement 30 minutes.

Après retranscription "mot à mot" des propos et éventuellement du non verbal (rires, soupirs, silences, mimiques, onomatopées...), le verbatim a été transmis aux participants qui le souhaitent afin de le relire et de le corriger si besoin (validation réactive). L'analyse a débuté dès que le verbatim était finalisé. L'entretien suivant n'était réalisé que lorsque l'analyse du précédent était terminée. Au fur et à mesure de l'analyse et des nouveaux entretiens, on s'aperçoit qu'il y a de moins en moins de nouvelles données, on s'approche de la saturation. Dans cette étude, la saturation des données a été obtenue à l'issue de quatorze entretiens. Le premier entretien a été réalisé le 03/07/2014, et le dernier le 12/12/2014. La durée moyenne des entretiens est de 34 minutes 8 secondes. L'entretien le plus bref fut de 18 minutes, le plus long de 57 minutes.

## D. Analyse thématique

Les verbatims des entretiens ont été intégrés dans le logiciel d'aide à l'analyse qualitative N'VIVO 10. La première étape est le codage ouvert, qui consiste à traduire les propos en unité de sens, ou mots clefs. Il s'agit de créer des "codes" à la volée, sans interprétation. Un code peut être composé d'un ou plusieurs mots, d'une phrase, ou d'un paragraphe entier. Une même citation peut parfois être assignée à deux codes différents, ou plus. Au fur et à mesure de la création des codes, certains codes peuvent être renommés, précisés, fusionnés, recoupés, ou organisés en arborescence: c'est le codage axial, où les codes sont classés par thèmes. Pour répondre aux critères de validité interne, le codage a été réalisé par le chercheur et le directeur de thèse selon le principe de triangulation. Un consensus sur les libellés et la classification a été obtenu pour la totalité des codes obtenus.

La synthèse du codage a permis de dégager sept thèmes principaux, classés eux mêmes en de multiples sous thèmes. Ceux ci sont présentés dans la partie Résultats.

## **RESULTATS**

### **I. La Population interrogée**

Les caractéristiques des MG interrogés sont résumées dans le tableau ci dessous.

	Age	Sexe	Exercice	Années d'installation	Activité quotidienne	Association
<b>MG 1</b>	> 50 ans	Masculin	Libéral exclusif	> 20 ans	20-30 actes/j	Oui
<b>MG 2</b>	< 40 ans	Féminin	Salariat+ Libéral	< 10 ans	20-30 actes/j	Oui
<b>MG 3</b>	40-50 ans	Masculin	Libéral exclusif	10-20 ans	> 30 actes/j	Oui
<b>MG 4</b>	> 50 ans	Masculin	Salariat+ Libéral	< 10 ans	10-20 actes/j	Non
<b>MG 5</b>	< 40 ans	Masculin	Libéral exclusif	< 10 ans	10-20 actes/j	Non
<b>MG 6</b>	40-50 ans	Masculin	Salariat+ Libéral	10-20 ans	10-20 actes/j	Non
<b>MG 7</b>	> 50 ans	Masculin	Libéral exclusif	> 20 ans	> 30 actes/j	Oui
<b>MG 8</b>	> 50 ans	Masculin	Libéral exclusif	> 20 ans	20-30 actes/j	Oui
<b>MG 9</b>	40-50 ans	Féminin	Libéral	10-20 ans	> 30 actes/j	Oui

			exclusif			
<b>MG 10</b>	> 50 ans	Féminin	Libéral	10-20 ans	20-30 actes/j	Oui
			exclusif			
<b>MG 11</b>	> 50 ans	Masculin	Libéral	> 20 ans	20-30 actes/j	Non
			exclusif			
<b>MG 12</b>	> 50ans	Masculin	Libéral	Non	Non	Non
			exclusif	disponible	disponible	
<b>MG 13</b>	40-50 ans	Féminin	Libéral	< 10 ans	> 30 actes/j	Oui
			exclusif			
<b>MG 14</b>	> 50 ans	Masculin	Libéral	> 20 ans	20-30 actes/j	Non
			exclusif			

## II. La synthèse des codes retrouvés dans les entretiens

Les codes ont été classés en 7 grands thèmes : le MG et sa pratique de la psychiatrie, la vision du PSY par le MG, la vision du patient psychiatrique ou en souffrance mentale, la communication MG-PSY, l'expérimentation "Génépsy", les pistes d'amélioration évoquées. Seules les citations les plus pertinentes, ou qui illustrent le mieux le codage sont reproduites ici.

### A. Le MG et la pratique de la psychiatrie

L'analyse des entretiens a permis de mettre en évidence les représentations des MG sur leur pratique de la psychiatrie et leur vision de la discipline.

#### 1. La place des troubles psychiatriques et de souffrance mentale dans la patientèle

##### a) *Une place importante*

Pour tous les MG interrogés, les troubles psychiatriques sont fréquents dans leur patientèle :

- " *Oui c'est fréquent, si on prend tout confondu. Les anxiétés réactionnelles, les dépressifs, les troubles du sommeil, les psychotiques... ça fait facilement 30% de la patientèle.* " (MG 11).

- " *La place, elle est quotidienne.* " (MG 12).

- " *Je dirais que c'est quand même assez fréquent.[...] Oui, il y en a de plus en plus.* " (MG 3)

- " *Je pense que c'est une partie qui est assez importante en médecine générale. Je pense un bon tiers des consultations de MG qui ont un rapport avec des troubles psychiatriques.* " (MG 5)

Certains médecins insistent sur le fait que la souffrance mentale peut être latente, et qu'ils ont peut être tendance à la sous-estimer :

- " *Oui, 10% c'est déjà pas mal. Après quelque fois on se rend compte de la souffrance après quelques consultations. Il y a des pathologies physiques qui se révèlent être un problème sous jacent dépressif ou autre.* " (MG 14)

Pour plusieurs MG, la souffrance d'ordre psycho sociale a augmenté considérablement en parallèle avec la dégradation économique :

- " *C'est 90%. Peut être que je suis un médecin sensible à ça, mais je trouve qu'il y a une grande souffrance actuellement. Que ce soit les difficultés financières, les gens seuls, le manque de repères...[...] Peut être que c'est parce que je suis dans un quartier difficile. Mais je pense que tous les jours, pas à toutes les consultations mais presque...* " (MG 10)

- " *Des gens qui vont bien, y'en a pas beaucoup. Après, ça dépend de l'âge, de la profession, etc... Mais en ce moment, dans la période de morosité économique ambiante, y'a pas beaucoup de gens qui vont bien. Ils ont tous des problèmes de sous à un moment donné. C'est pas rose dans leur tête.* " (MG 6)

- " *Après, nous on est dans un quartier très difficile, donc y'a aussi les troubles anxieux qui sont plus liés à une conjoncture économique, un cadre de vie...* " (MG 9)

- " *Oui, il y en a de plus en plus. Notamment les troubles professionnels. Enfin, la souffrance liée au travail, le syndrome dépressif réactionnel, quand il y a harcèlement etc.* " (MG 3)

### **b) Une majorité de troubles anxio-dépressifs**

Les MG semblent être, en proportion, plus concernés par des problématiques de souffrance psychologique, ou de nature anxio-dépressive :

- " *L'essentiel de la pathologie psychiatrique, ou plutôt psychologique que je puisse avoir, c'est plus des dépressions qui s'avèrent réactionnelles à des événements de vie.* " (MG 1)

- " *Moi j'ai plus une clientèle féminine, donc plus de dépressions. Je fais peut être moins de médecine organique.* " (MG 10)

- " *Je fais de l'acupuncture, donc j'ai quand même pas mal de gens qui présentent des syndromes anxieux. Donc c'est assez fréquent. C'est pas très*

caractérisé, mais souvent il y a une souffrance morale, que j'essaie de traiter avec mes soins. Je dois dire à peu près 20 %.[...] J'ai beaucoup de patients qui ont des troubles mentaux mineurs." (MG 4)

### **c) Une part moins importante de troubles plus lourds**

Les MG ont peu de patients atteints de pathologies considérées plus lourdes, comme les psychoses chroniques, les toxicomanies, les troubles bipolaires :

- " Alors je dirais, moi, en exercice particulier de médecine générale privée, je ne suis pas trop soumis à des personnes ayant des pathologies psychiatriques pures et dures, véritablement. " (MG 1)

- " Dans notre clientèle, on doit avoir 4 ou 5 schizophrènes, mais c'est plus mon associé qui gère ces patients là. " (MG 10)

- " Ensuite, les troubles plus lourds peut être 1%. J'ai pas beaucoup de toxicos, j'en ai qu'une. " (MG 13)

- " Quant aux troubles psychiatriques plus lourds, j'en ai pas beaucoup. J'ai quatre ou cinq schizophrènes, une PMD, j'en ai pas énorme." (MG 6)

A contrario de la majorité des MG interrogés, deux d'entre eux sont amenés à régulièrement prendre en charge ces patients plus lourds :

- " Je pense une bonne quarantaine de patients. Donc, ALD pour troubles graves de la personnalité, c'est presque 20%." (MG 9)

- " Ensuite, des patients plus lourds, j'en gère quelques uns moi même, parce que je les connais depuis très longtemps." (MG 12)

## **2. L'implication des MG dans le soin psychiatrique**

### **a) Des MG témoignent de leur volonté de s'investir**

Plusieurs MG sont particulièrement sensibilisés aux problématiques de la souffrance mentale :

- " *Moi j'aime assez la psy, donc j'ai personnellement travaillé sur toute cette souffrance. Donc je suis plus sensible qu'un MG classique, qui pourra être meilleur que moi en cardio. J'aime la psy.* " (MG 10)

- " *Moi je suis un peu atypique, parce que j'aime bien ça, la communication et la prise en charge de ces troubles.*" (MG 12)

- " *J'ai un investissement personnel dans la prise en charge de ses troubles là.*" (MG 12)

- " *La psychiatrie, c'est aussi question presque d'affinités du médecin. Moi, j'ai plus l'œil. Quelqu'un qui me dit qu'il a mal au dos, je vais peut être aller creuser plus loin que la sciatique.*" (MG 9)

D'autres MG ont élargi leur arsenal thérapeutique spécifique sur ces pathologies :

- " *Moi j'ai plus une orientation de psychothérapie parce que je fait de l'hypnose aussi.* " (MG 11)

- " *J'apporte un soutien par ailleurs dans les troubles dépressifs.[...] Je me suis formé sur les troubles anxieux, avec le Dr X; je traitais le surpoids avec la thérapie cognitive.[...] Moi je prend en charge souvent moi même, je passe la main tardivement.*" (MG 12)

### **b) Le soutien psychologique**

Prendre en compte la santé mentale, et donc le soutien psychologique est un rôle à part entière du MG :

- " *Un chagrin d'amour, tout le monde en a connu. Problèmes de couple aussi, c'est pas pour ça qu'on va voir le psy. Pis d'autres vont au psy, au conseiller conjugal, qui ils veulent. Et d'autres se soignent avec leur médecin généraliste.* " (MG 6)

- " *La psychothérapie, on en fait pas mal dans les cabinets, sans que ce soit reconnu.[...] C'est des choses qu'on va mettre en place avec les patients qui ont besoin d'un soutien.* " (MG 9)

- " *Y'a beaucoup de gens qui viennent parler de leurs problèmes,[...] et on résout les problèmes en les écoutant.* " (MG 6)

- " *Donc ça c'est du temps que moi je passe en plus, avec une formation basée sur la thérapie.[...] Donc je n'ai pas la prétention de dire que je commence une psychothérapie, mais plutôt un soutien thérapeutique.*" (MG 12)

- " *C'est aussi savoir parler avec les gens.*" (MG 13)

### **c) Enclencher le suivi spécialisé**

Le rôle du MG va également être de détecter des signes d'alarmes, et d'orienter le patient vers les soins secondaires :

- " *On essaye de les suivre, de les amener à un psychiatre si il faut. [...] Celui qui va pas bien, aboulique, qui sort pas de sa chambre, ne veut voir personne, lui peut être qu'il faut le montrer au psy.* " (MG 6 )

### **d) Le suivi somatique**

Pour un MG, lorsque les patients ont des pathologies plus lourdes, l'essentiel du travail va reposer sur le soin somatique : " *Oui, j'ai quelques patients auxquels je pense, qui sont suivis par des psychiatres. Donc moi j'interviens plutôt sur le coté somatique.*"(MG 4)

### **e) Une spécialité délaissée par les MG**

Certains MG expriment clairement leur manque d'intérêt pour le domaine psychiatrique :

- " *Je me suis borné aux problèmes qui m'intéressent véritablement. Donc diabétologie, hypertension, etc.[...] Donc à la limite je laisse ça à ceux qui apprécient, qui aiment, qui apportent quelque chose de positif.* " (MG 1)

- " *C'est probablement l'absence d'investissement du MG dans la prise en charge psychiatrique.* " (MG 12)

- " *Et ce n'est pas ce que je préfère. En médecine générale, on fait plein de trucs, tout quasiment ! On a des préférences, et la psychiatrie, c'est pas vraiment... Mais je déteste encore plus la gynéco ! Je vous le dis.* " (MG 14)

Compte tenu de l'investissement nécessaire, les malades psychiatriques peuvent apparaître moins "rentables" que d'autres :

- " *Mieux vaut, en toute honnêteté, avoir des patients qui ont une épidémie de grippe, enfin une gastro, bronchite, rhinite etc. C'est beaucoup plus intéressant financièrement que d'avoir des patients comme ça.*" (MG 1)

- ou parfois peuvent faire perdre de l'argent au MG : " *Donc on était pas forcément payés, leur carte n'était pas à jour.*" (MG 1)

Certains MG peuvent avoir une réaction de rejet, et refuser de prendre en charge les patients plus lourds. C'est le cas de MG 1, qui suite à des déboires administratif ou médico-légal, a développé une réaction de protection :

- " *Ce qui fait que à partir de ce moment là, ça a été très simple, ça a été niet au suivi des toxicomanes, niet au suivi des pathologies psychiatriques pures et dures.*"

- " *Sinon, on accepte pas, on est tout à fait en droit de ne pas accepter d'être son médecin traitant.*"

- " *En tant que médecin généraliste tranquille, « patient à ne pas suivre ».*"

Sans aller jusqu'au rejet total des patients, MG 7 éprouve tout de même quelques réticences à suivre de nouveaux patients : " *Toxico je fais très peu, sauf si je connais la famille. Des toxicos ex nihilo je m'en charge pas.*" (MG 7)

Le corollaire à ce rejet, c'est donc une tendance à sélectionner dans sa patientèle les patients les plus légers :

- " *J'avoue que j'ai l'avantage dans ma profession, non pas de sélectionner, mais je veux dire de choisir les patients que je vais suivre.*" (MG 1)

- " *Mais je choisis quand même au plus simple.*" (MG 1)

### **3. Le vécu du MG sur la pratique de la psychiatrie**

#### **a) Les MG se sentent plutôt compétents en psychiatrie**

Pour MG 7 : " *Oui, ça ne me pose pas de problème.*", ou pour MG 14 : " *Tout ce qui est dépression, bon, je maîtrise. Enfin je maîtrise... je me sens à l'aise.*",

ou encore pour MG 2: " *Oui, ça va, à peu près.[...] Ce n'est pas un truc qui me met particulièrement mal à l'aise.* "

### **b) Le manque de confiance**

D'autres MG éprouvent un manque de confiance dans leurs compétences en psychiatrie :

- " *Alors, impressions ou hypothèses diagnostiques, souvent on est un peu largué là !* " (MG 14)

- " *Peut être ils ont trouvé que j'adressais trop facilement.* " (MG 10)

- " *Moi le patient, je l'ai devant moi qu'est ce que je lui dis ? Il va bien sentir que je maîtrise pas le truc,[...] il va sentir que je lui apporterai rien de bien.*" (MG 1)

### **c) Une expérience est nécessaire**

La pratique de la psychiatrie demande une expérience particulière, une habitude :

- " *La psychiatrie, c'est avant tout du feeling. Et parfois il faut savoir mettre les pieds dans le plat.*" (MG 6).

- " *La psychiatrie, c'est très pratique, ça s'apprend pas dans les livres. En médecine de ville, quand il faut faire une HDT, ouh la la, où est mon certificat, comment je dois faire ? Tout ça on l'apprend quand on est confronté. Dans la panique, quand le patient va pas bien, c'est différent.* " (MG 9)

- " *Ca reste très pratique la psychiatrie. La formation, elle est uniquement théorique.* " (MG 13)

- " *Dans les débuts, les premières années, on se fait avoir sur certains trucs, en espérant ne pas avoir de coup dur. Et puis après, on sent les choses, je ne sais pas pourquoi.* " (MG 1)

#### **d) La psychiatrie demande une expertise**

Les MG reconnaissent la spécialisation de la psychiatrie : " *Je me doute que c'est bien plus compliqué de s'occuper de ce domaine de la pathologie, par rapport à une hypertension, un diabète, etc. C'est bien plus complexe.* " (MG 1)

MG 9 juge que certaines situations demandent une expertise qui va au delà des compétences du MG : " *Oui, mais bon, le cancérologue, moi je vais pas lui dire : "on propose une chimio ou une radiothérapie !". Je vais écouter ce qu'il me dit, et puis j'en discute avec le patient.[...] Moi, pour certaines choses, je ne suis pas habilitée à savoir si c'est ambulatoire, un suivi par IDE psy, par un psychiatre, par un psychologue.*" Ou encore : " *Je reconnais mes limites. Pour certaines choses, je ne sais peut être pas le bon traitement, le bon anxiolytique. Même si on finit par manier beaucoup de molécules.[...] Mais bon je ne suis pas psychiatre.* "

Il en va de même pour MG 14, qui considère qu'il n'est pas du ressort du MG d'élaborer le projet de soins pour les patients plus lourds : " *Mais quand on arrive dans les idées délirantes, ou des trucs comme ça, je considère que c'est pas... J'ai un peu de mal à exprimer un avis là dessus.* "

#### **e) Une rigueur nécessaire**

Compte tenu de la difficulté à gérer certaines pathologies psychiatriques et les situations difficiles pouvant en résulter, MG 9 exhorte tous les acteurs du soins à être très rigoureux : " *Spontanément on devrait être encore plus vigilant ! Sur qui fait quoi, qui prescrit, qui fait la surveillance.* ", ou encore : " *Dans ces pathologies là, où on ne peut pas compter avec le patient, il faut vraiment que nous, on soit hyper cadrés. Donc il faut savoir où on met les pieds.* "

#### **f) L'impuissance des MG**

Certains MG se sentent démunis pour prendre en charge leurs patients psychiatriques ou en souffrance mentale :

- " Pour la souffrance au travail, on est un peu démuni. Hormis écouter les gens, les arrêter, voilà." (MG 8)

- " Et ça fait deux ans que je lui dis : " faudrait peut être aussi aller voir le psy." "Oui, oui, oui". Et elle n'y va pas. Et à chaque fois, de nouveaux symptômes, de nouveaux examens..." .(MG 6)

MG 9 quant à lui voit son arsenal thérapeutique, et surtout pharmacologique se réduire : " Quand on voit toute la souffrance, toutes les consommations de benzodiazépines ou autres, ça fait peur. On aimerait avoir d'autres outils pour aider les gens. Ils ont déremboursé la phytothérapie ! "

#### **4. L'incertitude en psychiatrie**

##### **a) Une discipline incertaine, non quantifiable**

Plusieurs MG réservent à la psychiatrie une place à part dans le champ de la médecine, elle semble presque inaccessible :

- " La médecine ce n'est pas une science exacte. Et la psychiatrie encore moins. Et je pense que c'est du cas par cas. La médecine somatique, on a des examens objectifs pour aller voir ce qui ne va pas. La psychiatrie, on a rien. Qu'est ce qu'on va aller chercher ? " (MG 6)

- " Y'a pas de CAT standardisée, c'est au cas par cas. En revanche, une hématémèse ou un méléna = une fibro ou une colo. Y'a un minimum d'examen. C'est facile, de faire de la médecine somatique. La médecine mentale, c'est pas pareil. C'est en fonction de la dispo de chacun, du niveau d'écoute du médecin, du niveau de parole de la personne en face. " (MG 6)

- " La seule matière utile en médecine, c'est la psychiatrie. C'est la seule matière à ne pas négliger. Parce que c'est avant tout une science humaine. Et que c'est pas une science exacte." (MG 6)

Pour MG 1, la compréhension de la physiologie des maladies mentales est très faible :

- " Le monde de la psychiatrie, je veux dire, on est pas encore là de comprendre, pour moi, les mécanismes intimes de formation. "

- " Après, pour tout ce qui est pathologies psychiatriques, moi je suis bien dans le domaine de l'hérédité. Quand j'ai commencé mes études, on était à 0% d'hérédité pour des problèmes de pathologies psychiatriques graves. Finalement maintenant on est à du 5%, 10%, 15%, alors que moi je suis persuadé qu'on est à du 80% ou 90%. Donc j'ai du mal à suivre ça. Les informations qui me sont données je n'y adhère pas."

Pour MG 10, le diagnostic posé est lui aussi soumis à caution : " Bon, ici c'est plus subjectif, donc il n'y a pas de pathologie précise. On ne va pas nous dire ce patient là est psychotique, il y a toujours une réserve. "

Pour deux MG, la psychiatrie est trop incertaine pour être accessible aux recommandations scientifiques:

- " La médecine mentale, ça ne peut pas être standardisée." (MG 6)

- " Les recommandations en psychiatrie, je sais pas si il y en a beaucoup... "

(MG 11)

Poursuivant la réflexion, MG 3 est interloqué qu'il puisse exister des recommandations dans le domaine de la psychiatrie : " J'ai appris que c'était aussi appliqué aux psys, alors que je ne le pensais pas."

L'incertitude, on la retrouve donc dans la connaissance des maladies, le diagnostic, mais également les thérapeutiques :

- " C'est-à-dire que suivre quelqu'un toute sa vie, qui ne va pas forcément être guéri, ou non amélioré, ne pas trop savoir si les thérapeutiques que l'on utilise sont bien ou pas bien, entraînent des effets secondaires, ça ne m'intéresse en aucune façon. " (MG 1)

- " Alors on a des médications, mais qui ne vont pas permettre la guérison. " (MG 1)

- " L'hypertendu, on va lui donner un médicament il va passer de 16 à 14.5 , le patient de la psychiatrie, c'est plus difficile de juger. " (MG 1)

Certains MG, face à cette incertitude, expriment alors des besoins de consensus, ou de résultat quantifiable :

- " *Et puis aussi d'estimer un certain degré d'urgence. Parce que quand on fait des évaluations de la douleur, on fait des choses approximatives, mais on arrive quand même à quelque chose. Il faudrait faire la même chose sur le degré d'urgence relative du bonhomme.*" (MG 7)

- " *Si on avait des tableaux, des scores bien clairs, qui soient utilisés en gros par quantité de médecins psychiatres, et qui soient tous en harmonie, on pourrait se dire, on suit ces grilles. Chose qui ne m'apparaît pas être le cas véritablement.* " (MG 1)

### **b) La psychiatrie, une spécialité scientifique**

A l'inverse, pour deux MG, la psychiatrie est une discipline très pratique, très scientifique :

- " *Ca n'a rien d'obscur, d'incroyable ou de magique. C'est quelque chose de très pratique. Il suffit d'aller voir le Dr Z, et on voit que c'est un technicien de la psychiatrie, il est très logique. Cette nouvelle gamme de thérapeutes cognitifs et comportementaux, sont des intellectuels, des scientifiques... Ce n'est plus l'idée de la psychanalyse, avec des choses obscures comme Freud, Jung, Lacan... C'est Christophe André, Servan. C'est la psychiatrie moderne, des choses très mathématiques.* " (MG 12)

- " *Ca reste très pratique la psychiatrie.* " (MG 13)

## **5. La psychiatrie, source de difficultés**

### **a) Les problèmes médico administratifs et de responsabilité**

La pratique de la psychiatrie et les difficultés de communication peuvent parfois mettre en difficulté le MG. Par exemple MG 1 a eu des rapports compliqués avec la CPAM suite à la prise en charge de plusieurs patients toxicomanes :

- " *Donc on rentrait dans des histoires pas possibles, et puis après, ennuis avec la caisse.* "

-*" Et donc la deuxième année, il a dû justifier davantage d'ordonnances, la troisième année encore davantage. Et puis après on s'est amusé à écrire à la caisse.[...] Réaction de la caisse vis-à-vis de mon associé : interdiction d'exercice. "*

Des difficultés de communication avec le psy ont pu amener d'autres déboires administratifs :

-*" Après, les traces j'en ai pas besoin uniquement pour les médicaments[...]. Mais pour les dossiers d'ALD, de MDPH, dans tous ces trucs là, on en a besoin. On a rien, et donc on passe du temps au secrétariat. "* (MG 9)

-*" C'était surtout pour son renouvellement de la caisse. Son traitement, c'est le généraliste qui prescrit ça. La caisse va dire : "c'est du n'importe quoi de prescrire un traitement comme ça !" Sauf si le médecin spécialiste dit : "il faut prescrire ça". Moi je suis couvert. Et je n'ai pas réussi à l'avoir. "* (MG 1)

La pratique de la psychiatrie amène à des situations où la responsabilité médicale, ou même légale peut être mise en jeu :

-*" On a des tracas, on pense au patient, à nous aussi, les responsabilités que l'on puisse prendre. "* (MG 1)

-*" Et puis, c'est le fait aussi, une fois que j'ai terminé ma journée, c'est d'être tranquille, dormir tranquille. De façon à ce que, au bout de ma carrière pleine et entière, je puisse un peu profiter. "* (MG 1)

-*" Aux yeux de la loi, l'EHPAD, elle me téléphone à moi. Elle va pas téléphoner au médecin psychiatre en disant : tiens, il a fait des attouchements. C'est à moi de dire ce qu'on fait, on l'hospitalise. Et pas de réponse. "*(MG 1 )

-*" Ce qui important, c'est qu'il y a une trace, y'a une signature, y'a une date. "* (MG 1)

### **b) Une discipline chronophage**

La pratique de la psychiatrie demande un investissement en temps important parfois incompatible avec le mode d'exercice des MG, qu'il s'agisse des situations d'urgence ou de consultations programmées :

- " C'est le dépressif qui vient parler à son médecin traitant mais c'est des consultations qui sont longues, qui sont lourdes. Il y a certains médecins traitants qui ne vont pas vouloir rentrer dans ça." (MG 1)

- " Oui, il y a une souffrance, mais au sein de mon cabinet de MG, je vais pas avoir le temps de faire la psychothérapie, une fois par semaine, pendant au moins une demi heure. " (MG 10)

- " Donc, la difficulté que je rencontre, c'est pas un diagnostic ou une thérapeutique médicamenteuse, c'est de trouver le temps de les gérer comme ça." (MG 12)

- " Dans notre quotidien de MG, c'est la course à droite à gauche, les consultations... Et je dois prendre un temps dédié. " (MG 12)

- " Si je l'avais envoyé aux urgences psy, il n'y serait peut être pas allé. Ou je l'aurais envoyé de force, et donc ça veut dire ambulance et demande de tiers etc,... Et ça prend un temps absolument fou." (MG 3)

- " Quand vous avez des listes de visites à domicile comme la mienne, vous comprenez bien que je peux pas dire : " Ok j'attends 30 à 45 minutes ! " Il me faut une réactivité." (MG 7)

- " Dans les périodes hivernales avec 20, 30, 40, 50 patients par jour, moi c'est parti ailleurs." (MG 3)

### **c) La difficulté à délimiter le champ de la psychiatrie**

Un MG témoigne, à propos d'un cas de violence conjugale, de la difficulté parfois de reconnaître des signes d'alerte, ou de traduire des symptômes physiques en problème psychique : " Et je viens d'apprendre que finalement, les enfants sont placés. Bon, on aurait pu éviter... La femme consultait souvent pour de la toux. Toutes les semaines, elle venait pour son enfant. J'ai pas fait le lien, que Mr était violent, buvait beaucoup. " (MG 10)

## **6. La formation médicale en psychiatrie**

### **a) La formation médicale initiale**

Elle semble insuffisante, de l'aveu même des MG interrogés :

- " *J'ai fait un stage d'externe en psychiatrie, il y a plus de 30 ans. Ca ne m'a pas apporté grand chose.*" (MG 11)

- " *C'est pas terrible ! J'ai jamais fait de stage en psychiatrie. C'était gynéco ou psy ! Moi j'ai fais maternité, donc je n'avais jamais fait de psychiatrie.* " (MG 14)

- " *Après la formation des internes de MG, je pense que c'est très limite.*" (MG 9)

### **b) La formation médicale continue**

Il en est de même pour la FMC :

- " *Et la FMC, c'est pareil, j'en ai pas fait souvent sur la psychiatrie. Je fais partie d'un groupe de FMC. On a pas fait souvent de réunions avec les psychiatres.*" (MG 14)

- " *Je ne fais pas de FMC en psychiatrie, à part des revues ou des articles, ou encore par internet. Je ne vais plus aux réunions.* " (MG 9)

- " *Je dirais que la formation, c'est un peu nous qui creusons ce qui nous plait, et un peu moins ce qu'on aime pas. Faut être honnête, certaines choses ne nous intéressent pas trop et d'autres plus.*" (MG 9)

- " *Après, on a aucune formation dans tout ce qui est psychothérapie, TCC... On nous en parle pas de tout ça. Les entretiens motivationnels... Tout ça, c'est évoqué, c'est tout. Dans les troubles phobiques, on propose une TCC, mais on ne sait même pas ce que c'est !*" (MG 11)

## **B. La vision du PSY par le MG**

### **1. Le psychiatre et le "secteur" de psychiatrie**

#### **a) Le psychiatre**

Les représentations des MG sur les PSY sont globalement péjoratives. Les MG formulent de nombreuses critiques à l'encontre des PSY.

### ✓ Le manque de professionnalisme

MG 1 commente, à propos d'un psychiatre dont il n'arrivait pas à recevoir de courrier, malgré plusieurs relances : " *Pour moi, il ne fait pas ça, c'est un minimum. Qu'il me donne des explications, je veux bien comprendre. Qu'il me dise, j'ai pas le droit, je comprendrais, mais un minimum...*  ".

Ou encore MG 2, qui reçoit un patient à peine sorti d'hospitalisation : " *Une des raisons de ses pleurs était que sur le courrier était inscrit «trouble de la personnalité», sans qu'on lui en ai parlé. Ca, c'était quand même très moyen.* "

Enfin, pour MG 6, le psychiatre n'est pas suffisamment à l'écoute de ses patients: " *Donc c'est peut être un problème d'écoute. Je ne sais pas si les psychiatres sont autant à l'écoute que nous. Est ce qu'ils écoutent réellement, ou bien ils sont dans leur recherche de symptômes, pour faire des syndromes, pour classifier en DSM 4, DSM 5, DSM 5r etc...* "

### ✓ Le conflit avec le PSY

A l'occasion de quelques situations difficiles, les MG peuvent développer des rapports véritablement conflictuels :

- " *Donc je me suis notamment une fois assez « engueulé » on peut le dire, pris la tête avec un psychiatre.* " (MG 3)

- " *Sauf un jour où je me suis fâché[...]* " (MG 6)

- " *Je me suis fâché à un moment, il n'y a pas très longtemps.[...] Il n'y a pas que cet exemple là. C'est celui qui m'a agacé le plus.* " (MG 1)

- " *Donc, je me dis il se fout de moi. On est agressif, on est sur un terrain agressif.[...] Maintenant, moi je suis arrivé à avoir une certaine hargne.* " (MG 1)

### ✓ Le manque de responsabilité du psychiatre

Plusieurs MG évoquent le fait que le PSY décharge sa responsabilité sur le MG :

- " *« Allez voir votre médecin traitant », on se demande pourquoi ? Et puis on s'aperçoit tout simplement que c'est parce que le praticien n'était pas là ce jour là, ou n'avait pas envie de...*  " (MG 1)

- " Pour qu'ils prennent une urgence, c'est compliqué. Parce que tant que le malade il est pas chez eux, ça les concerne pas trop. " *Eliminez un problème somatique avant qu'on s'en occupe* ". Je trouve ça un peu facile. " (MG 13)

-" *J'ai en tête un exemple d'un patient qui est schizo. Tant qu'il va bien, la structure s'en charge. Des qu'il commence à décompenser, la structure ne peut pas se déplacer, donc nous on se déplace pour faire des HDT. On arrive à joindre personne. En réalité, le système est un peu inversé. On imaginerait que la structure prendrait en charge les cas décompensés, difficiles, et nous laisserait à charge les cas tout venant. En réalité, c'est le contraire qui se passe.[...] Quand ça devient compliqué, c'est chacun pour soi.*" (MG 7 )

### ✓ **Le psychiatre manipulateur**

MG 1 a l'impression d'être parfois manipulé par le psychiatre :

- " *C'est pas le fait qu'ils n'y arrivent pas que je vais critiquer, loin de là, c'est le fait véritablement de nous manipuler un petit peu. On a l'impression d'être manipulé, de leur servir.* "

-" *Alors, on était sans doute manipulés dans la façon d'expression* "

### ✓ **La rancœur à l'encontre du PSY**

Plusieurs MG interrogés nourrissent du ressentiment, de la défiance envers les PSY. A de nombreuses reprises lors des entretiens, les MG ont asséné des remarques assez provocantes et ironiques :

- " *Courriers et psy, c'est deux choses... A croire qu'ils sont illettrés !(rires) Faut peut être leur faire des formations !*" (MG 11)

-" *Les psys qui me disent il n'y a jamais d'urgence en psychiatrie... Ils me font marrer. Ca m'horripile.*" (MG 13)

-" *On se demande desfois si ils travaillent, si ils sont là. Si le fait d'être psy public, c'est être au "Club Med". "On part à la pêche, si il y a un problème tu m'appelles !*" (MG 6)

-" *Ils ont l'air débordés quand même !(rires)"* (MG 9)

-" *C'était : "Courage, fuyons !", il n'y avait plus personne.*" (MG 7)

- " Je faisais même, à un moment, les intervisions... D'ailleurs les intervisions, c'est les psychiatres qui organisent des trucs, et ils ne viennent pas ! C'est rigolo ! " (MG 6)

- " Quand on dit : " votre patient va très mal, je le revois dans 2 mois ! ", ça me fait doucement rigoler." (MG 9)

- " Peut être pour rappeler au psy qu'une psychothérapie, c'est mieux que des médicaments ! " (MG 6)

- " Moi mon idée, c'est de leur simplifier la tâche, pour qu'au moins ce soit fait ! (rires)" (MG 13)

- interrogé sur le meilleur moyen de communication, MG 9 répond : " Le pigeon voyageur ! (rires) "

Pour bousculer leur rapports avec les psys certains MG défient le PSY et brandissent la peur de la responsabilité médico légale; il s'agit quasiment de chantage :

- " Et donc je me suis amusé, à un moment donné, à écrire à ce médecin psychiatre un courrier en disant : « ce patient est-il dangereux ? ». " (MG 1)

- " Sauf un jour où je me suis fâché et que j'ai dit : "si vous attendez qu'il y ait un mort parce qu'il est en plein délire paranoïaque, d'accord." (MG 9)

- " Pour des raisons légales, j'ai fini par envoyer un fax en disant : " Ce mec là, il me paraît dangereux !" Je n'ai jamais eu de nouvelles. Je tairais le nom du psy par charité !" (MG 7)

- " Si vous voulez qu'elle passe à l'acte, et qu'elle se loupe pas ..." (MG 9)

### ✓ La difficulté du travail du psychiatre

Les MG peuvent reconnaître au PSY une tâche difficile, et chronophage :

- " Et j' imagine bien la difficulté qu'ils puissent avoir, c'est infernal. Moi je n'aurais pas pu, je n'aurais pas su. " (MG 1)

- " Après je pense que c'est aussi une histoire de temps, ils font leur boulot. Ils sont peut être aussi surchargés de travail, et ils ne prennent pas le temps. " (MG 10)

- " Je pense que le temps des psys n'est pas extensible et je peux comprendre qu'ils n'aient pas le temps. Je ne leur en veux pas. "(MG 10)

- " Ils ne peuvent pas faire un courrier à chaque fois, un fois par semaine. C'est trop long, ca serait ingérable. " (MG 13)

## **b) Le secteur de psychiatrie**

### **✓ La méconnaissance des réseaux**

Certains MG connaissent mal l'organisation des structures psychiatriques publiques avec lesquelles ils travaillent :

- " Je ne connais pas particulièrement les psychiatres de mon secteur." (MG 4)

- " Alors là, vous me posez une colle.[...] Je serais par exemple incapable de vous donner le nom d'un praticien de ce CMP. " (MG 7)

### **✓ La difficulté d'accès au CMP**

Plusieurs MG témoignent des difficultés qu'ils rencontrent avec l'organisation des CMP, notamment vis à vis des plages d'ouverture à la consultation, qui leur paraissent trop restreintes :

- " La difficulté, c'est quand même les horaires des CMP qui peuvent être un peu justes, en fin d'après midi par exemple. Là, on est un peu embêté... " (MG 5)

- " Et puis le CMP c'est ouvert à des heures bien précises, qui ne sont pas forcément les heures de la médecine de ville. Donc quand nous on est dispo, eux ils ne sont pas là... " (MG 9)

- " Parce que parfois, on leur dit : "pas de nouveaux patients, rappelez dans 15 jours!" " (MG 8)

La frontière avec la critique plus acide est parfois ténue :

- " Je pallie les manquements du système, parce que à 16h30 ils ont fini... " (MG 6)

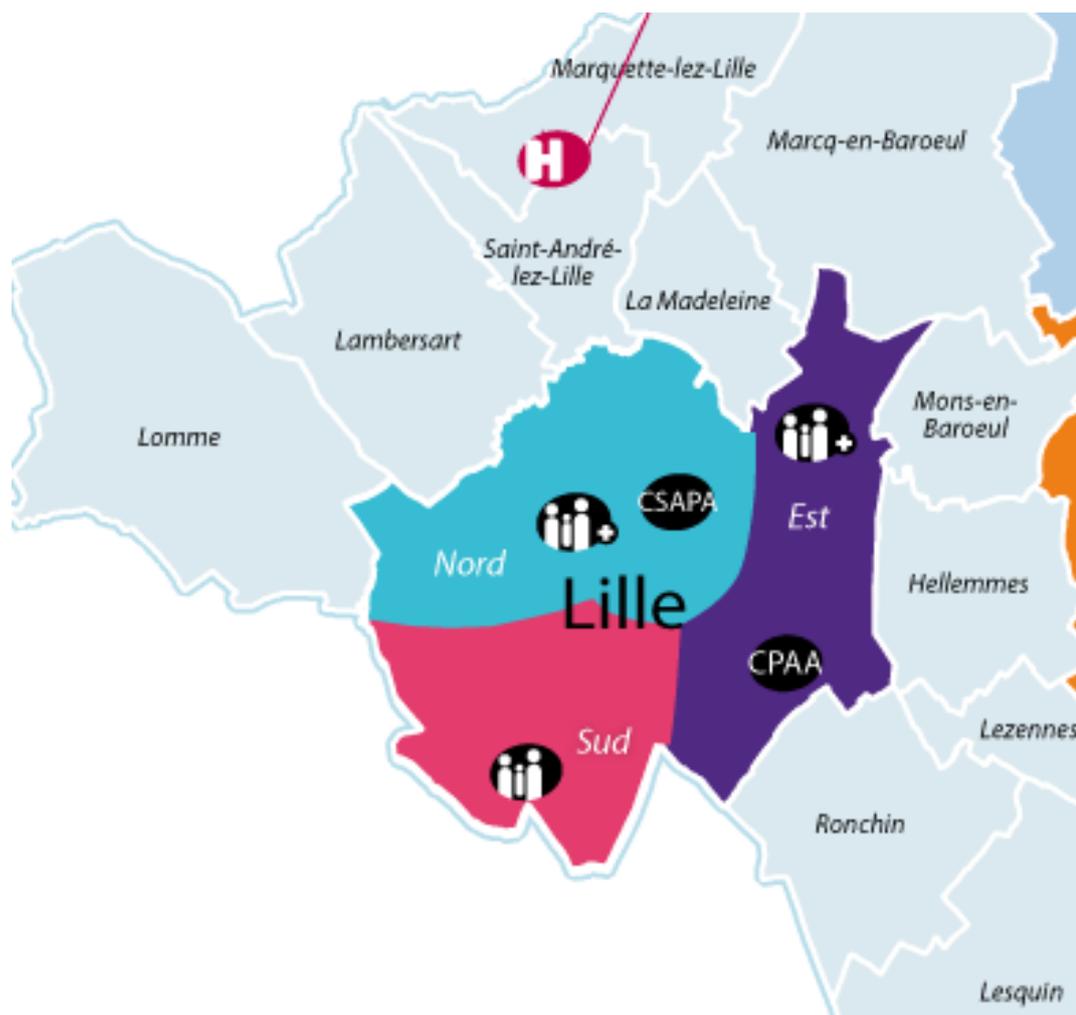
- " J'ai un peu mal avec le fait d'entendre : " on est débordés. " " (MG 9)

### ✓ La sectorisation du territoire

Mise en place dans les années 1960, la sectorisation psychiatrique est une politique sanitaire et administrative dont l'objectif est de remettre le patient au cœur de la cité et de sa famille. Elle s'oppose à la vision hospitalo-centrée d'alors pour le soins des patients chroniques et sévères. Il s'agissait de décroquer le lieu de vie et le lieu de soins en proposant une offre de proximité.(52)

Un "secteur" de psychiatrie comprend un ensemble de services multidisciplinaires, dans des structures ambulatoires, intermédiaires et hospitalières. Le découpage géographique d'un secteur est très précis, il correspond à un bassin de population d'environ 67 000 personnes. C'est donc l'adresse de résidence qui détermine le secteur de référence pour un patient donné.(52)

A Lille, l'offre de psychiatrie adulte ambulatoire est répartie sur 3 secteurs, et donc 3 CMP (59 G22 "Lille Nord", 59 G23 "Lille Sud", 59 G24 "Lille Est"). Enfin, le CAP "Îlot-Psy" est une structure intersectorielle de consultations non programmées au sein du CP2A (Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission).



### Sectorisation de l'offre de soins ambulatoire à LILLE

Pour les MG interrogés, cette sectorisation est complexe, elle ne leur est pas naturelle :

- " C'est la sectorisation qui est compliquée. Je pense que c'est toujours difficile de savoir où envoyer, à qui." (MG 14)

- " Le psychiatre de secteur, encore faut-il savoir quel secteur, quel psychiatre. " (MG 9)

- " Oui, en plus c'est compliqué la sectorisation. On maîtrise pas bien. On sait pas trop quoi, donc on appelle à droite à gauche. Mais c'est pas évident. On envoie où ? On fait comment ? On a pas le découpage des rues. " (MG 9)

- " Voila, et puis c'est compliqué de trouver le bon numéro, le bon CMP. Je connais l'histoire des sectorisations, j'arrive à me dépatouiller, mais ça reste..." (MG 2)

La sectorisation apparaît pour les MG être purement administrative, déconnectée des réalités des territoires et des problématiques du MG avec son patient : " *Ca peut être difficile pour les gens d'entendre : « non, vous devez forcément aller au CAC », alors que je l'envoie au CP2A justement parce qu'elle avait eu une mauvaise expérience avec le CAC. C'est « non, vous ne pouvez pas, il n'y a rien d'autre ». Je trouve que c'est parfois un peu trop rigide.* " (MG 2).

Pour MG 7, cette notion de secteur et de territoire attenant est totalement artificielle. Etant lui même très mobile pour ces patients, il accepte mal cette notion de découpage : " *Par exemple, je suis cet après midi allé de Croix à Pérenchies, en passant par Wasquehal, Lomme, Saint André, et Lille ! Donc la sectorisation... En plus, ici le cabinet est un peu à un carrefour.*" Enfin, MG 6 est dans une situation un peu particulière. Le secteur de rattachement de ces patients est en effet assez éloigné de son cabinet alors qu'un CMP d'un autre secteur est tout proche. Les patients doivent donc traverser la ville pour se rendre au CMP : " *Moi je suis sur une zone un peu limite. J'ai le CMP de X, là juste à coté, alors que je dépends du CMP près de la gare, à l'autre bout de la ville... Donc il n'y en a pas beaucoup qui y vont. Je pense qu'on pourrait sectoriser en mettant les CMP au cœur de la ville avec un rayon d'action autour du CMP. Plutôt que de dire vous vous habitez ici dans Lille, vous devez aller à l'autre bout de la ville...*"

### ✓ **L'accès direct**

Dans le cadre du parcours de soins coordonné, le médecin traitant (souvent un MG), peut adresser son patient à un confrère, appelé "médecin correspondant ". La consultation au préalable du médecin traitant est obligatoire pour que le patient puisse bénéficier du taux de remboursement de 70% lors de cette visite du spécialiste.

L'exception à cette règle est appelée "accès direct spécifique" : le patient peut consulter directement le spécialiste, sans avoir besoin d'être adressé par son médecin traitant. Quatre spécialités sont en accès direct autorisé, à condition d'avoir tout de même déclaré un médecin traitant : gynécologie, ophtalmologie, stomatologie et (neuro)psychiatrie entre 16 et 25 ans.(53)

Plus du tiers des MG interrogés sont favorables à cet accès direct :

- " Je pense que c'est une bonne chose, parce que l'accès direct à toutes les spécialités, moi je l'ai vécu pendant une bonne vingtaine d'années, ça ne m'a jamais gêné. Je pense que c'est une bonne chose.[...] Je n'ai rien contre l'accès direct, quelle que soit la spécialité. " (MG 11)

- " Je pense qu'il est nécessaire qu'il y ait un accès en urgence ou rapide vers le CMP quand il y a besoin, donc en accès direct.[...] Mais globalement l'accès direct c'est plutôt une bonne chose." (MG 5)

Pour MG 12, l'accès direct est une bonne chose puisqu'il permet d'élargir l'offre de soins : " Tout ce qui permet une meilleure offre de soins est intéressant.", et : "L'ensemble de ces éléments permet de mieux prendre en charge le patient. Ça permet de faire un réseau. "

Un autre tiers des MG a plutôt un avis neutre sur la question :

- " Ca m'est égal. Qu'il puisse y aller directement oui... Et même pour tout spécialiste[...] Donc qu'ils puissent y aller directement, je m'en fous. " (MG 8)

- " Moi ça ne me dérange absolument pas. Je n'ai pas de jalousie possessive. Le patient fait ce qu'il veut. Ce qu'il pense le mieux. Ça ne me dérange pas du tout. " (MG 7)

- " Ouais, je m'en fous en fait ! C'est pas un truc qui me dérange plus que ça. " (MG 6)

Les autres MG semblent plutôt défavorables à l'accès direct. Ils peuvent avoir la sensation d'être exclus de la prise en charge du patient. Par exemple :

- " Ceci dit, quand on suit un patient depuis des années, on se dit qu'on est peut être un maillon dans la prise en charge. " (MG 10)

- " C'est bien que le MG ait son mot à dire dans cette affaire quand même... " (MG 4)

Pour certains MG, l'accès direct signifie également que le MG ne reçoit pas de courrier à l'issue de la consultation. L'accès direct est donc source de perte d'information :

- " Je ne pense pas que ce soit bien.[...] En psy, si je sais même pas que mon patient est suivi... " (MG 13)

- " Si il y a un changement, on peut mettre du temps à le savoir, il peut y avoir des décalages. " (MG 5)

- " Par contre ça peut poser des problèmes de transmission d'informations." (MG 13)

Pour MG 6, l'accès direct est mal organisé : " Ouais, enfin, le patient en revient vite ! Il y va, il est vu par l'infirmière d'orientation, qui voit si c'est urgent ou pas urgent. On lui redonne un RDV, on dit qu'on va le rappeler, et puis desfois on le rappelle pas. Alors il revient vers moi... Donc c'est pas très bien organisé. Sur le papier, ça va. En pratique... ".

Pour deux MG, le fait que la consultation du CMP soit en accès direct les dispense de faire un courrier, ou un courrier complet lorsqu'ils adressent un patient :

- " Quand c'est des troubles anxieux, dépressifs, ou pour entreprendre une psychothérapie, on en parle, mais on ne fait formellement de courrier. " (MG 2)

- " Moi ça me dérange pas que les gens puissent aller chez le psy sans lettre de leur MG dans le sens ou moi mon courrier est très succinct. Et bon c'est uniquement administratif. Y'a rien dans le courrier. " (MG 8)

- " Habituellement, je ne fais pas forcément de courrier." (MG 8)

## **2. L'opposition entre la médecine et la psychiatrie**

### **a) Un paradigme différent**

Pour de nombreux MG, la psychiatrie est une discipline à part, sa philosophie, son mode de pensée est différent de la médecine somatique :

- " Et c'est véritablement une spécialité à part." (MG 1)

- " Je pense qu'on est pas formaté de la même façon médecin psychiatre et les autres spécialités. Sans connotation négative. Je sentais bien pendant mes études que les plus littéraires, philosophie etc, qui écrivaient et écrivent très bien, par rapport à nous qui n'avons jamais bien écrit de toute façon... Et donc c'est vraiment pas les mêmes individus.[...] Je dirais que ce n'est vraiment pas le même cerveau. Pas le même monde. " (MG 1)

-*" Un uro, un neuro, un néphro, un diabéto, un cardio, on parle la même langue. Un psychiatre, on parle pas du tout la même langue." (MG 1)*

-*" Et j'ai parfois tendance à oublier que le psychiatre est médecin, donc je ne rappelle peut être pas assez l'ensemble des antécédents somatiques, j'ai tendance à lui parler directement du problème. Mais pour un confrère cardiologue, je vais lui rappeler spontanément l'ensemble des problèmes. Mais pour le psy, non. Est ce une façon pour moi de mal considérer la psychiatrie, et de réduire cela au champ de l'esprit ? " (MG 12)*

-*" Après en psy, y'a jamais d'urgence, jamais. C'est pas la même vision." (MG 13)*

-*" Ce que je trouve exaspérant, c'est que pour cette spécialité là, on devrait faire autrement qu'avec les autres. De quel droit ils estiment être autrement que les autres spécialistes ? " (MG 9)*

Cette distinction entre la médecine et la psychiatrie est à ce point ancrée que les patients eux mêmes considèrent la psychiatrie à part dans leur histoire médicale :

-*" Ca prouve bien qu'il y a une dichotomie complète entre les deux sphères. C'est que, même le patient identifie que ce qu'il se passe chez le psy, c'est chez le psy, et que ce qu'il se passe chez le généraliste, c'est chez le généraliste." (MG 3)*

-*" Pour eux, c'est évident que le médecin qu'ils voient, même si ce n'est pas leur médecin généraliste, ils savent qu'ils doivent leur dire qu'ils sont sous insuline. Alors que quand ils sont sous Deroxat ou Depakote ou même Zyprexa, non ça n'a rien à voir... C'est deux choses différentes. " (MG 3)*

Pour deux médecins interrogés, le psychiatre est au contraire un médecin tout à fait comme les autres :

-*" Oui, c'est comme un dentiste. Vous avez mal aux dents, vous allez chez le dentiste. Quand vous allez pas bien dans votre tête, vous allez voir le psychiatre. C'est pas plus compliqué que ça. " (MG 8)*

-*" Et donc le psychiatre, c'est un médecin comme un autre." (MG 12)*

## **b) La comparaison médecine et psychiatrie**

A de nombreuses reprises, les MG prennent l'exemple de la médecine somatique pour définir *a contrario* leurs visions, ou leur rapports avec la psychiatrie.

### ✓ **Sur les difficultés de communication :**

- " *On a beaucoup de mal, c'est-à-dire que le praticien cardio hospitalier, on va le trouver tout seul, le psychiatre hospitalier c'est plus difficile.*" (MG 1)

- " *Quand j'ai besoin d'un courrier d'un cardio, d'un endocrino, d'un truc comme ça, je finis par l'avoir. C'est vraiment très facile. Et là, on ne l'a pas.*" (MG 1)

- " *Mais non, on a pas de communication vraiment... Alors qu'en cardio, lorsqu'un patient est adressé, on a un courrier type : ECG, écho.*" (MG 10)

- " *Les autres spés font des courriers, pourquoi pas eux ? Ca a toujours été comme ça.*" (MG 11)

- " *Alors que c'est systématique avec tous les autres spécialistes. Moi, je fais toujours un courrier. Mais avec le psy, non, j'ai pas de courrier.[...] Oui, on aura pas ce problème là avec les autres spécialités.*" (MG 13)

- " *Alors que je peux avoir des coups de téléphone de médecin du CHR, du cardio, de ce que vous voulez, mais du psychiatre, je pense que ça n'arrive jamais.*" (MG 3)

### ✓ **Sur le fait que le patient de psychiatrie n'est pas le patient "classique" :**

- " *Un patient de diabétologie, endocrino, ça c'est parfait. Il va présenter son courrier. Là c'est un peu différent.[...] C'est la patientèle, c'est ces pathologies là qui sont plus difficiles pour remettre un courrier.*" (MG 1)

- " *Les autres spés, c'est pas le patient qui arrive avec son courrier. C'est rarissime, sauf si il sort des urgences.*" (MG 3)

- " *Dans les troubles mentaux c'est pas évident. C'est pas comme si vous adressez à un ORL, où en général ça suit. Là, c'est un peu plus mouvant. Le patient est peut être plus instable, aussi.*" (MG 4)

- " Déjà un courrier pour aller chez le cardio, les gens attendent plus d'un an avant d'y aller.[...] Alors un psy... ils peuvent attendre beaucoup plus." (MG 8)

### 3. L'opposition entre la psychiatrie publique et privée

#### a) La psychiatrie publique

Pour les MG, le secteur public prend en charge les troubles psychiatriques les plus sévères, les plus difficiles :

- " C'est très simple. La psychiatrie pure et dure, c'est public." (MG 1)

- " Alors que les psys du public, je les imagine plus avec[...] toutes les autres grosses pathologies psychiatriques, troubles psychotiques, plus lourdes. " (MG 2)

- " Ou alors, les patients sont souvent ancrés dans le système psychiatrique depuis très longtemps. Ils ont nécessité des hospitalisations, très certainement, et du coup je pense qu'ils sont plus pris en charge par les médecins du public. " (MG 2)

Dans les troubles dépressifs légers et modérés, la psychiatrie publique est un choix par défaut, à cause des coûts du secteur privé :

- " Les psys du public, je les imagine plus avec les mêmes syndromes dépressifs chez des personnes qui n'ont pas forcément les moyens. " (MG 2)

#### b) La psychiatrie privée

Quelques MG semblent entretenir de meilleurs rapports avec les psychiatres libéraux qu'avec ceux des structures publiques. Le ressenti positif avec les privés est mis en valeur pour appuyer leurs difficultés avec ceux du public :

- " J'ai des relations, mais, c'est avec les psychiatres privés. Que ça ." (MG 1)

- " Ce qui me vient à l'esprit, c'est la différence entre les psys publics et les privés. Les psys privés, on a une bonne communication." (MG 6)

- " Avoir un courrier de psy public ? ... C'est très rare. Alors que les psys privés, il n'y a pas de problème. " (MG 6)

- " Oui, je travaille plus avec les libéraux. Et donc il n'y a pas de problème. On a des courriers. On a un suivi. " (MG 7)

Pour MG 2, les rapports sont meilleurs puisque le psychiatre privé est un acteur clairement identifié, contrairement au psychiatre public : " *C'est plus facile de les joindre, parce qu'on sait où ils sont.* "

Pour d'autres MG, il n'y a pas de différence dans leur rapports entre PSY public et PSY privé :

- " *Non, c'est pareil. Je trouve pas que ce soit plus facile dans le public.*" (MG 13)

- " *Mais c'est pareil, c'est un peu leur histoire de leur coté, leur traitement, leur prise en charge, et on est pas forcément conjoint au traitement et à la prise charge.*" (MG 2)

Enfin, pour les 3 derniers MG, les rapports avec le psy privé sont insuffisants comparés à ceux du public:

- " *J'ai un meilleur contact écrit avec les psychiatres de structures, qu'avec les psychiatres de ville. J'ai plus de réponse du CMP que des psychiatres de ville.*" (MG12)

- " *Alors qu'avec les psychiatres libéraux, non, on ne reçoit rien. Ca c'est clair. Je n'ai jamais reçu un courrier d'un psychiatre libéral.*" (MG 2)

- " *Avec les libéraux, la plupart du temps je n'ai pas de courrier. C'est vraiment exceptionnel.* " (MG 8)

L'activité des psychiatres libéraux semble être différente des psychiatres publics, comme déjà cité plus haut. Il s'agit principalement de troubles dépressifs, ou de troubles psychiatriques considérés plus légers:

- " *Avec les psys du privé, ça va être plus des patients en souffrance mentale, ou des syndromes dépressifs.* " (MG 2)

- " *Les psys privés ils n'aiment pas trop les psychotiques. Ils préfèrent s'occuper des troubles anxieux, phobiques, des dépressions. Les psychotiques ils n'aiment pas trop.* " (MG 11)

- " *La psychiatrie du privé, c'est le dépressif, la dépression. Mais ce sont des dépressifs non inquiétants, qui n'ont pas forcément d'idées suicidaires.* " (MG 1)

- " Mais en gros c'est le patient qui a de l'argent, qui peut se payer des dépassements d'honoraires et le patient qui n'a pas de pathologie psychiatrique pure et dure." (MG 1)

Cette dernière remarque met en avant un point souvent relevé lors des entretiens, il s'agit du coût important des consultations privées, parfois rédhibitoire :

- " Bon, déjà notre clientèle est pas très riche, donc un privé... Quel prix va-t-il leur demander ? " (MG 10)

- " Mais j'ai moins de patients suivis par le psychiatre du privé, puisque il y a un frein financier important. " (MG 2)

- " Alors le privé... Ici, on peut pas s'adresser au privé, parce que c'est trop cher." (MG 9)

Enfin, MG 12 considère que les délais de rendez vous des psychiatres privés sont trop importants : " Les psychiatres de ville ont des délais d'attente qui sont énormes. Tant pour un soin de psychiatrie, que de psychothérapie."

## **C. La vision du patient psychiatrique ou en souffrance mentale**

### **1. L'opposition entre les pathologies légères et les pathologies lourdes**

De la même manière que les MG opposent la psychiatrie publique et la psychiatrie privée, il existe une dichotomie entre les patients en souffrance mentale ou souffrants de dépression, et ceux présentant des troubles psychiatriques avérés :

- " Oui, je voyais plus les troubles psychiatriques avérés. Si on prend en plus les syndromes dépressifs, les syndromes anxieux etc[...]. " (MG 3)

- " Le patient pathologique, véritablement. " (MG 1)

- " Là, c'est des cas plus de psychiatrie pure et dure." (MG 1)

## 2. La stigmatisation de la maladie mentale

Parler de malades, ou de maladies psychiatriques, dégage de l'appréhension aussi bien chez les patients que chez les médecins.

Par exemple, du côté des patients, le mot "psychiatrie" ou "maladie mentale" reste très stigmatisant :

*" Nous on ressent le travail à faire, mais eux se disent "Je suis fou ! Le médecin a dit que j'étais fou ! " Et donc : "non, je ne suis pas fou, j'irai pas voir le psy!" (MG 10)*

*" Le mot "psychiatre" ça fait peur. Les gens me disent : "je suis pas fou, je vais pas voir le psychiatre". " (MG 11)*

*" Beaucoup de patients sont en crainte d'aller voir un psychiatre. Il y a un mécanisme de suspicion, qui est ancien, et encore fortement présent. " (MG 12)*

*" J'ai quelques patients qui ont un peu honte d'être malade sur le plan psychiatrique. Donc ils me le cachent encore." (MG 12)*

*" Les psychiatres ils font peur. "Allez voir un psychiatre" : c'est parfois une insulte." (MG 6)*

*" Parce qu'ils ne sont pas fous ! C'est très stigmatisant. La psychiatrie, ça fait peur." (MG 8)*

Sans être aussi catégorique, parfois le patient peut avoir une certaine retenue à évoquer certains troubles, ou certaines difficultés psychologiques :

*" Il peut avoir certains troubles pour lesquels il ne veut pas nous en parler. Par pudeur, ou pour d'autre raisons.[...] Par exemple des troubles sexuels dont il a pas envie de nous parler. " (MG 11)*

Du côté des MG, ce sont principalement les conduites addictives, notamment les toxicomanies qui véhiculent une image très négative. Plusieurs MG font l'amalgame entre ces troubles et la délinquance :

*" Alors, les toxicos je ne suis pas investi dans ce genre de prise en charge, parce que seule dans son cabinet...[...] Et puis, avoir des patients en manque, je crains aussi pour ma sécurité. " (MG 10)*

- " Et ça fait fuir la patientèle. Ça fait fuir la mère de famille avec son bébé. Donc je ne veux pas faire de clientélisme là dedans. Ça limite les problèmes de délinquance éventuelle dans le cabinet, d'agression et compagnie. " (MG 6)

### **3. Des patients difficiles à prendre en charge**

#### **a) Les patients psychotiques ou toxicomanes**

Ces patients peuvent confronter les MG à des difficultés dans la prise en charge :

- " C'est plus difficile avec les psychotiques, parce que faire un diagnostic, et les impliquer pour aller consulter, c'est pas facile. " (MG 11)

- " Un paranoïaque, ou dans la psychose, où il y a un déni du diagnostic, on va avoir besoin d'aide, d'être à plusieurs. " (MG 12)

- " Alors, les psychotiques, c'est plus compliqué, parce qu'il faut les équilibrer." (MG 6)

- " La prise en charge des psychotiques, c'est un peu particulier." (MG 8)

- " Dans la prise en charge des addictions, c'est pas évident par exemple." (MG 14)

- " On a commencé à suivre[...] des toxicomanes. Pas facile de suivre des toxicomanes." (MG 1)

#### **b) Des patients peu compliant**

Pour de nombreux MG, il est difficile d'instaurer un climat de confiance et de réciprocité avec le malade. Ce dernier est perçu comme passif, dilettante, ou même perturbateur :

- " Soit la personne est complètement déprimée, elle oublie tout, ses papiers, sa carte vitale, la lettre du médecin. C'est tout. Soit elle a pas envie de présenter tout ce qu'on peut noter sur le document. " (MG 1)

- " Parce que quand on écrit, le patient, pas nous agresse mais se met à pleurer. Je veux dire, on est perturbé pour faire le courrier." (MG 1)

- " Après il y a aussi le gros problème de l'observance thérapeutique. C'est très compliqué.[...] C'est le patient qui est mal observant sur sa prise en charge. C'est pas le psy qui ne fait pas bien son boulot, c'est le patient qui est non compliant, autant sur les consultations avec le psy que sur ses médicaments. " (MG 11)

- " Donc c'est le patient qui nous dit, qui a une pathologie psychiatrique qui plus est, ce qu'il prend comme médicament, et quelle adaptation a fait le psy. Autant vous dire que niveau fiabilité, je trouve ça très moyen ! " (MG 13)

- " Par définition, les patients psys, ils peuvent être quand même un peu inattendus. " (MG 3)

- " Alors c'est surtout des problèmes où le patient a eu du mal à me dire depuis quand il est suivi, par qui exactement." (MG 5)

- " Dans ces pathologies là, où on ne peut pas compter avec le patient[...]. " (MG 9)

Certains MG dénoncent aussi le fait de se faire manipuler par des patients et peuvent devenir méfiants :

- " On est obligé de se fier uniquement à ce que nous dit le patient. Et par définition, c'est justement le genre de patients qui sont les moins fiables possibles dans leur parole. Non pas qu'ils soient nécessairement tous des manipulateurs, mais ils n'ont pas tous les idées très claires. " (MG 3)

- " Parce que autrement, le truc classique, c'était le toxico qui retournait voir le généraliste en disant, j'ai plus mes médicaments, j'ai perdu mon ordonnance, on me l'a volée etc." (MG 1)

- " Là, quand il va se présenter, ce patient, en me disant « tiens il a l'air mieux », je vais me dire « c'est bizarre ». Si il a l'air mieux, c'est qu'il y a peut être une demande secondaire. Il fait semblant de paraître mieux, pour secondairement m'entraîner, m'impliquer dans quelque chose d'autre. C'est-à-dire que je suis sceptique maintenant." (MG 1)

- " Et puis les mecs ils savent quand il y a un médecin qui donne. C'est le téléphone arabe. On en a 1 un jour, 2 le lendemain, 5 le surlendemain... " (MG 6)

### **c) Un besoin d'investissement de la part du patient**

Le corollaire de cette vision passive, c'est le besoin qu'expriment les MG que le patient s'investisse, se responsabilise dans le soin et que se crée un partenariat entre les deux acteurs.

#### **✓ Par exemple, sur le besoin d'alliance thérapeutique :**

*" Je ne veux pas de patient qui soit passif.[...] Je les aide, mais c'est eux qui conduisent. Ils doivent être maitres de leur décision." (MG 12)*

*" Je pense qu'il est important que le patient dans tout ça... Il est au centre quand même. Sans lui, on ne fera rien. "(MG 9)*

*" Il faut aussi que le patient soit acteur dans tout ça. Tout ne se passe pas comme ça avec des médicaments. " (MG 9)*

#### **✓ Les MG ont besoin que le patient prenne ses responsabilités :**

*" Faut quand même responsabiliser le patient. Qu'il consulte de son propre chef." (MG 10)*

*" Quand le médecin a fait son travail d'adressage, la responsabilité incombe au patient. On ne peut pas le prendre par la main." (MG 10)*

*" J'estime qu'il est important que ce soit eux qui fassent la démarche. Que ce soit pas moi qui fasse la démarche qu'ils n'arrivent pas à faire depuis des mois, des années. Parce que c'est déjà une victoire pour les patients si ils décrochent leur téléphone et qu'ils prennent rendez vous." (MG 8)*

*- " Le CMP c'est quelque chose de libre, donc on en parle au patient, on lui donne les coordonnées, sans vraiment faire de courrier. Après c'est aussi à eux de faire la démarche. " (MG 2)*

Enfin, deux MG insistent sur le fait que le patient doit être particulièrement concerné et investi lors d'une psychothérapie :

*" Et puis surtout, chaque fois que j'adresse un patient, je lui demande d'établir ce qu'il va lui demander. Ne pas dire "je viens parce que je vais mal", mais" je viens car un comportement de jeu pathologique, je voudrais améliorer ce comportement".*

Ce travail que je fais en amont avec le patient, va servir à mieux cerner les demandes." (MG 12)

- " Moi ça ne m'intéresse pas, que la psychothérapie ne mène à rien. Donc j'explique au patient que c'est lui qui doit la revendiquer. Si il y va passivement, ça ne sert à rien. "(MG 12)

- " Bon, ce que je dis aux patients avant d'aller au psy, c'est de noter tout ce qu'ils veulent lui dire. J'estime qu'il vaudrait mieux que j'en mette le moins possible, pour laisser parler les gens. Pour que ce soit plus efficace pour le patient. Que ça vienne du patient." (MG 8)

## D. La communication MG-PSY

### 1. Une communication inexistante

Une large majorité des MG interrogés déplorent des rapports inexistantes avec le PSY :

- "Avec les psys, on a pas de contact." (MG 10)

- " La communication entre MG et PSY elle est vraiment inexistante." (MG 11)

- " On n'en a pas beaucoup ! (rires) " (MG 2)

- " Moi je trouve que c'est des non relations. Il n'y a pas beaucoup de relation. " (MG 3)

- " Très peu de communication ! (rires) Quasi inexistante.[...] J'ai très peu de communication téléphonique ou épistolaire avec les psychiatres. C'est quasiment zéro. " (MG 4)

- " Pas de communication ! Il n'y en a aucune. " (MG 9)

Les exemples de bonne communication sont rares, voire même exceptionnels pour certains MG :

- " Les rares contacts qu'on puisse avoir, c'est plutôt par téléphone." (MG 11)

- " C'est rare. C'est ancien. Ca m'est arrivé une fois ou deux, ou j'ai eu un psy que j'avais pu joindre par téléphone à l'époque.[...] Mais c'est rare, et c'est difficile. " (MG 3)

- " Sinon les patients que je suis, y'en a peut être un pour qui je reçois des courriers de temps en temps. Les autres, j'ai pas de courrier. " (MG 6)

- " Et j'ai tout simplement eu ce psychiatre au bout du fil, qui comprenait bien la pression que pouvait avoir le généraliste.[...] Mais c'est vraiment une exception, cette personne. " (MG 1)

## 2. La qualité et le contenu de la communication

### a) Une communication de mauvaise qualité

Les MG constatent que lorsqu'il existe une communication avec le PSY, celle ci est difficile, ou problématique :

- " Donc très mauvaises relations, oui ! Et j'ai travaillé en psychiatrie[...]. Donc je connais quelques psychiatres. Et même en les connaissant, en ayant des passe droits, c'est compliqué." (MG 9)

- " I : Qu'est-ce qui vous vient directement à l'esprit lorsqu'on évoque la communication entre MG et PSY ?

Dr 14 : Difficile, compliquée." (MG 14)

- " Les pysy publics, c'est assez difficile." (MG 7)

- " Quand j'envoie un patient, quand je téléphone, je n'arrive du tout à avoir l'information que je veux." (MG 1)

- " Il n'y a pas vraiment de lien qui se met en place.[...] Non seulement il y a un problème de communication... " (MG 2)

### b) Quelques commentaires positifs

Les commentaires positifs sur les rapports MG-PSY sont rares lors des entretiens. Pour MG 12, la communication avec le PSY est naturelle, sans arrière pensée : " Pour moi, la communication va passer par un coup de téléphone, par un courrier, elle est naturelle. C'est ma façon de faire de la médecine générale. ", ou bien : " Quelques psychiatres vont m'écrire, par exemple : le Dr X m'écrit régulièrement. Moi aussi je lui avais écrit. Le Dr Y aussi. Donc ça se fait très naturellement pour certains. "

### c) Le sens de l'adressage au psychiatre

Les attentes des MG lors de l'adressage d'un de leurs patients sont diverses.

Il peut s'agir d'un avis diagnostic: *" Moi quand je demande l'avis d'un confrère spécialiste, j'essaie de relater des symptômes, éventuellement de les organiser, mais de ne pas trop les interpréter. Parce que finalement, c'est un peu ma demande. Son rôle à part entière, ça va être de faire le diagnostic. "* (MG 12).

Parfois il va s'agir d'un avis complémentaire global sur une situation : *" Si j'adresse, c'est que je veux son avis, par pour lui dire "prescrivez ca, s'il vous plaît". "* (MG 13), ou bien : *" Là, on vient pas chercher une aide au sens du geste technique. On vient chercher un avis complémentaire. "* (MG 3)

Le motif de l'adressage est aussi de définir un projet de soins, ou une prise en charge globale :

*" Si c'est pour prescrire un médicament, je suis capable de le faire, avec un peu d'expérience. Donc je ne recherche pas souvent ça. Je recherche plutôt soit un diagnostic, soit une prise en charge en réseau. "* (MG 12)

*" Alors, lorsque j'écris au psy, je n'envisage pas de projet de soins. Puisque je lui demande d'établir un diagnostic, et éventuellement de me renvoyer une idée de projet de soins. "* (MG 12)

*" Pour une demande de prise en charge, pour thérapeutique. "* (MG 2)

*" Quand j'adresse au psy, c'est que je suis un peu en demande, je sais pas trop ce qu'on va faire. "* (MG 9)

Pour MG 2, le sens de l'adressage est de déclencher un suivi au long cours : *" Il y a une demande d'avis, et puis ça dure dans le temps. Ca n'a pas de sens de demander un avis pour un patient pour une seule fois. Le sens de l'adressage, c'est un suivi au long cours. "*

Le MG peut également chercher un soutien psychothérapeutique particulier :

*" Mais surtout, c'est un apport de thérapie. Donc je vais cibler, entre la personnalité du patient que je connais souvent depuis longtemps, soit une cure d'inspiration analytique, soit une TCC. "* (MG 12)

- " Parce que si on lui adresse un patient, c'est que au minimum on cherche un suivi psychothérapeutique ." (MG 3)

- " C'était plus une demande de prise en charge psychothérapeutique. "(MG 8)

Enfin, MG 12 imagine que ses confrères MG peuvent avoir la tentation d'adresser au psychiatre pour se décharger d'une situation pénible : " *Le bénéfice, il apparaît sur la prise en charge, pour moi. Et non pas je me débarrasse du patient, c'est un truc psy, ça m'intéresse pas, gardez le.*"

MG 14 s'interroge sur le premier recours et l'adressage en psychiatrie dans son activité : " *Je ne sais pas si c'est très fréquent, d'adresser quelqu'un au psychiatre. Finalement, on voit pas mal de patients qui ont été amenés au psychiatre par quelqu'un, famille, pompiers... On va les voir après, mais on les aura pas vraiment envoyés au départ. Dans la vraie vie, adresser quelqu'un au psychiatre, c'est pas si évident que ça. On en fait pas tant que ça. On les récupère après.*"

### **3. Les difficultés de communication**

Au fur et à mesure des différents entretiens, les MG ont livré les pistes qui permettent d'explorer, et d'expliquer les difficultés de communication. Elles sont liées à tous les acteurs qui entrent en jeu : le psychiatre et sa structure, le MG lui même, et le patient.

#### **a) Les difficultés liées à la psychiatrie**

##### **✓ Le Psychiatre**

- Le manque de considération pour le MG

Les MG ont le sentiment très fort d'être déconsidérés par le psychiatre :

- " *Non, je pense que ça ne les intéresse pas... de communiquer avec les MG.*"  
(MG 9)

- " On se sent légèrement déconsidéré aussi, on vaut même pas la peine d'être informé, alors que j'ai dû passer 1 H 30 pour faire cette HDT. "(MG 9)

- " Après, le nombre de courriers que nous on fait, et le patient nous dit : " vous savez, le psychiatre ne l'a pas lu ! "...[...] C'est comme ça! (rires)" (MG13).

- " Donc je trouve ça fou qu'on adresse, et qu'on ai pas de retour. C'est que en psy que c'est comme ça. Y'a pas un pneumo, ou un cardio, qui va pas nous renvoyer de courrier. Ca lui viendrait même pas à l'idée." (MG 13)

- " Parce que on a parfois l'impression que nos courriers ils partent dans le vent. " (MG 3)

- " J'ai déjà laissé des messages au secrétariat du CMP, pour être rappelé par la personne qui a vu mon patient. Je ne sais même pas si c'est un médecin. Et je n'ai jamais été rappelé, jamais. " (MG 3)

- " Alors, pour le courrier, encore faut-il qu'il les lise." (MG 6)

- " Mais c'est très compliqué, d'autant plus depuis cette réforme du Médecin Traitant. Puisque c'est à nous de faire les ALD, ce n'est plus au psychiatre. Donc on fait tout quoi ! Y'a plus d'administratif à faire pour eux, donc pourquoi se casser la tête à faire un courrier ? " (MG 9)

MG 6 témoigne d'un épisode où il considère que le psychiatre a manqué de retenue, et lui a manqué de respect :

- " J'en parle à un psychiatre un jour au téléphone, donc je suis en confiance. Je lui dit ce que j'en pense, que parfois, dans ses rêves, son mari lui foutait sur la tronche.[...] V-la ti pas que le psychiatre lui dit : "vous battez votre femme, le docteur nous l'a dit !" Non non non, j'ai pas dit ca ! (rires). Je trouve qu'en psychiatrie, il y a des choses qu'on dit... "

- L'incompréhension entre MG et PSY

Certains propos recueillis lors des entretiens sont éloquentes à ce sujet :

- " Un psychiatre, on parle pas du tout la même langue. Donc c'est comme si je m'adressais à un étranger, je comprends pas ce qu'il me dit. Il comprend pas ce que je dis. " (MG 1)

- " Mais je pense qu'en fait, on ne se comprend pas. " (MG 13)

- " Je pense qu'ils sont déconnectés de nos difficultés au quotidien. " (MG 7)

- " Après, peut être que, pour ce que eux estiment être une pathologie légère, ils ne vont pas comprendre que ça peut être compliqué de gérer des crises d'angoisses trois fois par semaine. On a peut être pas forcément le même vécu, le même ressenti." (MG 9)

- La coïncidence de 2 suivis

Pour quelques MG, c'est dans le cadre d'un suivi au long cours que la communication fait le plus défaut :

- " C'est tout le problème des relations entre les médecins généralistes, les malades et les psychiatres, c'est justement le suivi. On ne sait pas où on en est. " (MG 3)

- " Mais c'est vrai que sur les suivis au long cours, on a pas beaucoup de retour. Sur un premier adressage au spécialiste, je pense que la plupart du temps on a un retour assez rapidement. Après sur le suivi, sur les changements, on en a moins. Et sur l'historique non plus. " (MG 5)

- " Mais dans l'immense majorité des autres consultations de psy c'est trop aléatoire comme suivi." (MG 3)

- " Est ce que ça va être toujours le même psychiatre qui va suivre la personne ? C'est très flou." (MG 9)

#### ✓ Les difficultés liées au réseau, à la structure

- L'opacité du secteur de psychiatrie

Dix MG interrogés sur 14 témoignent spontanément de leur incompréhension sur l'organisation et le fonctionnement quotidien des CMP :

- " Mais je ne comprends pas ce milieu fermé." (MG 1)

- " Dans les CMP, on ne sait pas bien non plus vers quoi on envoie nos patients. Qu'est-ce qu'il s'y passe ? C'est un peu nébuleux quand même." (MG 14)

- " Quand j'adresse quelqu'un au CMP, je ne sais pas ce qu'il se passe ensuite. Est ce qu'il va être vu, et par qui ? Je ne sais pas moi, une secrétaire, un infirmière, un médecin sur place. Moi, j'en ai aucune idée. Je me dis, je m'en débarrasse, ils

s'en occupent, mais qu'est ce qu'ils font ?[...] Là, on ne sait pas bien qui va faire quoi. Pour moi, c'est une inconnue." (MG 14)

- " On a peu de contact finalement avec les structures. Une fois que les patients sont institutionnalisés, souvent ils nous échappent." (MG 7)

- " Donc c'est un flou artistique beaucoup trop important dans la relation entre les médecins généralistes et les psys. " (MG 3)

- " On oblige les gens à avoir un médecin traitant, mais derrière, on leur dit pas de retourner le voir. Donc, ils travaillent un peu en autarcie les CMP. " (MG 6)

- " Mes patients suivis au CMP, ils vont au CMP, ils en sont satisfaits parce que ils savent y aller. Mais moi, je ne sais pas ce qu'il s'y passe. " (MG 6)

- " Ce serait d'avoir, si je suis embêté et que je téléphone dans une structure d'urgence ou CMP, n'importe quoi, c'est de ne pas avoir quelqu'un qui dit : " il n'est pas là [à propos du psychiatre], je ne l'ai pas vu etc. " " (MG 1)

- " Et les gens le disent, ils n'ont pas vraiment l'impression d'être suivis. Ils sont mélangés avec tout le reste, que ce soit des déficits mentaux, les troubles du comportements, les dépressifs. Je ne suis pas sur que ce melting-pot ça soit quelque chose de structurant pour les gens. Mais c'est l'organisation de la psychiatrie en France. "(MG 6)

- Le manque de courriers reçus

Onze MG sur les 14 se plaignent du manque de courriers adressés par les psychiatres des CMP :

- " Ils n'écrivent pas souvent de courrier. " (MG 10)

- " Des courriers, on en a pratiquement jamais. Parfois, on a des ordonnances pour les modifications de traitement. " (MG 11)

- " Le MG, bien souvent, le courrier il le fait. C'est plutôt le psychiatre qui le fait pas. " (MG 11)

- " J'ai rarement des courriers. Y'a le Dr X, qui m'appelle facilement, et me donne toujours des courriers. Mais globalement, c'est très peu. " (MG 13)

- " Avoir un courrier de psy public... ? C'est très rare. " (MG 6)

- " En tout cas, la médecine publique en psychiatrie, c'est quand même compliqué. On a pas beaucoup de retours. " (MG 6)

- " C'est relativement rare d'avoir des comptes rendus précis." (MG 5)

- Des délais trop longs

Les MG souffrent d'un manque de réactivité des structures, à la fois sur le délais de réception des courriers des psychiatres, et sur les délais d'obtention de rendez vous au CMP.

Sur les courriers :

- " *C'est souvent rigolo quand on reçoit un courrier plusieurs mois après.* " (MG 2)

- " *Les courriers que l'on reçoit arrivent très tardivement, quand ils arrivent...*" (MG 2)

- " *Alors c'était cette dame avec le courrier manuscrit dont j'attends toujours le définitif... Depuis le mois de février ! (rire)* " (MG 2)

- " *Il y a des courriers, qui peuvent mettre du temps à arriver, mais qui arrivent.*" (MG 3)

- " *J'ai une jeune femme que j'ai vue le 6 janvier, reçue au CMP le 6 février, courrier reçu le 10 Avril !* " (MG 9)

A propos des délais de rendez-vous :

- " *Le délai aussi, de RDV. Quand on dit : "votre patient va très mal, je le revois dans 2 mois!", ça me fait doucement rigoler. Je fais quoi, moi, pendant ce temps là ?* " (MG 9)

- " *Après il y a un délai tellement long entre les demandes et les RDV...* " (MG 9)

- " *Compte tenu des délais chez les psys, nous, on peut recevoir le patient le jour même ou le lendemain. Si on doit faire un sevrage, ben on lui donne un rdv dans 2 mois !* " (MG 10)

- Le manque de disponibilité au téléphone du psychiatre

A cause des ses diverses activités ambulatoire ou hospitalière, le psychiatre apparait injoignable aux yeux du MG :

- " *Enfin, c'est très difficile d'avoir un psy public au téléphone.*" (MG 6)

- " *Il faut appeler à des créneaux bien particuliers. Voila, nous on a pas forcément l'occasion d'appeler à 14h10, tel jour bien précis. Donc c'est compliqué de pouvoir joindre le psychiatre.* " (MG 2)

- " C'est plus souvent nous qui les contactons, qui cherchons à les joindre. C'est compliqué de pouvoir les joindre. "(MG 2)

- " Oui, la difficulté de pouvoir accéder au médecin du CMP c'est un gros problème. "(MG 3)

- " Pour le téléphone, il faudrait déjà avoir un psychiatre en ligne ! Quand il est pas en entretien, ou quand il est là. "(MG 6)

- " Si les horaires sont trop restreints ou qu'il travaille sur différents sites on aura du mal à le joindre. "(MG 5)

- " Parce que la ligne du CMP, c'est un vrai bonheur ! On appelle systématiquement quand ils sont en réunion d'équipe, et donc ils ne peuvent pas être dérangés ! Je n'arrive jamais à appeler au bon moment. " (MG 9)

- " Quand moi j'appelle au CMP, ils sont soit au CMP, soit à l'hôpital... Pour les joindre c'est pas facile. Nous on est toujours au même endroit, pour me joindre c'est toujours le même numéro. Eux c'est pas le cas. C'est compliqué d'avoir le psychiatre tout de suite. Si on a du bol, qu'il soit en consultation au CMP, tout va bien. " (MG 13)

- " Ouais, quand on veut voir un psy, ben il est jamais là ! On a toujours l'IDE psy qui suit le malade, mais on a rarement le psy en ligne." (MG 6)

- L'absence de référent clairement identifié

Les MG acceptent mal l'idée que leur patient est plutôt suivi par une structure que par un psychiatre facilement identifiable :

- " Pour parler du public et des CMP, les patients ont pas forcément de psychiatre référent. " (MG 2)

- " On ne sait pas par qui il est suivi. " (MG 3)

- " Je ne sais pas si c'est un médecin, un psychiatre, un infirmier, un psychothérapeute. Je ne sais pas. Il a été vu par quelqu'un, mais je ne sais pas qui. " (MG 3)

- " Quand en plus le patient est largué entre plusieurs intervenants, c'est pas évident. Avoir des intervenants différents comme au CMP où c'est une fois l'un, une fois l'autre, toujours raconter la même histoire..." (MG 9)

- L'absence de projet commun

Pour MG 2, il n'existe pas de concertation sur le projet de soins entre le MG et le PSY. La prise en charge psychiatrique est en dehors du suivi médical, et évolue pour son propre compte :

- " *Il n'y a pas de projet de soins en commun pour la psychiatrie.* " (MG 2)

- " *Voilà, on ne sait pas vraiment quel est le projet. Le traitement, on ne sait pas pour combien de temps il est mis en place.* " (MG 2)

- " *On est pas forcément conjoint au traitement et à la prise charge.* " (MG 2)

## **b) Les difficultés liées au MG**

### **✓ L'isolement du MG**

Les MG se sentent isolés lorsqu'il s'agit de prendre en charge des troubles psychiatriques :

- " *Avec la psychiatrie, où on se sent pas particulièrement soutenu quand on en a besoin...* " (MG 1)

- " *Après c'est pas évident d'avoir des correspondants. Sur Lille, j'ai pas de correspondant vraiment attiré. Je manque de références.* " (MG 4)

- " *Le problème, c'est que je manque de correspondant ici. Parce qu'il n'y a jamais de retour, et que je ne connais pas particulièrement les psychiatres de mon secteur. Donc voilà, je prends une liste, j'appelle, mais je ne sais pas qui... Donc j'appelle pas.* " (MG 4)

### **✓ Le désintérêt du MG**

MG 12 se projette à la place de ses confrères MG et nous livre une explication sur les difficultés de communication :

- " *J'ai l'impression que la majorité des confrères que je connais n'établissent pas de contacts. Ça ne les intéresse pas.* "

- " *Mais peut être que mes confrères MG, ça ne les intéresse pas, la communication.* "

Les MG semblent plus préoccupés par le fait de se "décharger" de leur patient sur le psychiatre, que par le fait de mieux communiquer pour mieux soigner. MG 12 poursuit : *" Quand je parle avec des confrères, ils trouvent tous très long les délais de consultation. J'ai l'impression que leur problème de communication, c'est avant tout ça. "Je dois avoir un RDV pour ce patient, mais c'est dans 4 mois, ça me gonfle".*"

#### ✓ La honte et le repli du MG

MG 12 toujours, propose également l'idée que le MG présente des insuffisances dans la prise en charge clinique des troubles psychiatriques. Ceci le pousse donc à éluder la question et la communication avec le PSY : *" Je vais donc parler pour d'autres cas que le mien. Etant mal à l'aise avec les diagnostics, les prises en charge et le temps à consacrer, je délègue ça au psychiatre. Et il y a aucun contact. C'est comme un couteau dans une plaie, je n'aime pas qu'on me rappelle mes insuffisances."*

#### ✓ La résignation

Conscients des difficultés de communication, certains MG basculent dans le découragement et la résignation :

*" Moi, je suis dans la résignation. Je ne suis plus à l'âge ou j'me dis j'vais changer les choses, j'vais faire tourner ça plus rond. Je m'accommode des dysfonctionnements en me disant, ca fait aussi partie de la relation médecin malade que d'aller à la pêche aux informations, de faire l'anamnèse, de demander ce qu'il s'est passé. "* (MG 6)

*" Un autre problème du courrier, c'est est-ce qu'il arrive à destination ? Est-ce qu'il est lu ? En temps et en heure ? Le mail, est-il vu ? Est-ce que le pigeon voyageur arrive à destination ? La bouteille à la mer, quand est-ce qu'elle arrive ? "* (MG 6)

*" On fait un courrier, mais si le patient consulte pas, ça sert à quoi ? Perte de temps, perte d'énergie... "* (MG 5)

- " *Et puis, ça m'a un peu échaudé. Donc résultat des courses, c'est tout, je n'ai pas donné suite à ça. Donc résultat j'ai peu de rapport avec eux.[...] Et nous, on lâche l'affaire aussi.* " (MG 3)

#### ✓ **La surcharge de travail**

Pour MG 10, les MG sont surchargés de travail et de tâches administratives. Il leur est impossible de prendre le temps nécessaire pour établir une communication de qualité avec le PSY :

- " *La communication, c'est très utile, le problème c'est qu'on a pas le temps. On aura beau mettre tous les moyens possibles, le truc c'est de nous alléger l'administratif pour qu'on ait encore envie de communiquer.* " (MG 10)

- " *Après, les conditions de travail des médecins sont tellement désastreuses, que la communication...* " (MG 10)

- " *Parfois dans les soirées FMC, on rencontre les psys. Quand on est pas trop fatigués pour ressortir le soir et faire une réunion. Les journées n'ont que 24 heures.* " (MG 10)

#### ✓ **Le manque de clarté**

Mg 12 considère que sa demande d'adressage au psychiatre est parfois confuse, manque d'esprit synthétique :

- " *Alors, moi je dis que si il y a une difficulté, elle vient plutôt de nous. Etre synthétique, pour établir un diagnostic...* "

- " *La plus grande difficulté, elle me semble venir de moi. Pour être synthétique, de qualité dans ma proposition.* "

#### ✓ **La relation MG-PSY n'est pas naturelle**

MG 8 s'accommode d'une communication restreinte. Cette séparation MG-PSY ne lui porte pas préjudice :

- " *Et à l'extrême, moi je demande pas forcément de courrier. Ce qu'il se passe chez le psy, bon...* "

- " Oui, après je prends rarement mon téléphone aussi pour appeler ou rencontrer les psys. Parce que j'en ai pas forcément besoin. "

### **c) Les difficultés liées au patient**

#### **✓ Le patient vecteur de son courrier**

Le fait que le patient soit vecteur du courrier d'adressage et de retour représente un frein pour les MG et une perte d'information. En effet, comme développé plus haut, le patient psychiatrique est parfois considéré comme étant instable, ou n'étant pas digne de la confiance du MG pour transmettre les informations :

- " Et je l'apprends 6 mois plus tard, par la voix du patient. Sans aucune trace de courrier. Parce que : « J'avais un courrier pour vous, mais je l'ai laissé à la maison ». Ca c'est typique. " (MG 3)

- " Déjà, la communication médecin à médecin par le biais du soigné. Voilà, votre courrier faxé, pas de problème. Mais remis dans les mains du patient..." (MG 7)

- " Donc peut-être que ceux remis en main propre, ils ne me sont pas parvenus ? Le patient a peut-être pas jugé utile de me le rendre ? (rires) " (MG 9)

- " Un autre problème du courrier, c'est est ce qu'il arrive à destination ? " (MG 6)

- " J'ai bien insisté sur le fait que ce courrier, il devait arriver de l'autre côté, et ne pas se perdre en route." (MG 9)

- " Une semaine après déjà, les courriers ils sont perdus par les patients... Parfois entre le cabinet et la pharmacie, l'ordonnance a disparu ! (rires) Donc imaginez quand il y a 6 semaines de délais ! (rires) Donc le courrier, il est quelque part au fond du sac. Donc effectivement, nous ne pouvons pas avoir de retour. " (MG 6)

- " Moi, j'ai pas besoin que le patient vienne avec son courrier dans les mains. Ca m'apporte rien." (MG 3)

Pour MG 12, au contraire, il est nécessaire que le patient soit vecteur du courrier, pour lui permettre de s'investir dans le soin. Cette idée se rapproche de celle évoquée plus haut : le besoin d'investissement de la part du patient. Par exemple: "Je pense que c'est très intéressant pour la prise en charge que le patient

*soit vecteur du courrier. C'est lui qui est en souffrance, éventuellement en demande, et qui va devoir travailler. Donc je trouve intéressant qu'il soit le véhicule de l'information. ", ou bien : " Le fait qu'il ne véhicule pas l'information, ça veut dire que le soin avec le thérapeute n'aurait pas abouti, parce que ce n'était pas la demande du patient. "*

#### ✓ **La réticence à consulter**

La conséquence naturelle de la stigmatisation ressentie par les patients est une certaine réticence, une crainte à consulter un psychiatre. Pour les MG, le travail d'adressage est plus laborieux que pour une autre spécialité :

*- " C'est peut-être plus difficile d'aller chez le psy. " (MG 11)*

*- " Beaucoup de patients sont en crainte d'aller voir un psychiatre." (MG 12)*

*- " Ca m'est souvent arrivé, de proposer d'aller voir le psychiatre, et on voit un espèce de recul. Les gens ne veulent pas y aller. " (MG 14)*

*- " Et ce sont des patients qui parfois peuvent avoir une réticence à consulter. " (MG 5)*

*- " Je peux pas adresser au psy, parce que il me dit : je suis pas fou !" (MG 6)*

#### ✓ **La communication MG-PSY n'est pas naturelle pour le patient**

Ce concept est évoqué une seule fois dans les entretiens, par MG 3. Elle se rapproche de l'idée de l'opposition de la médecine à la psychiatrie, qui ronge le MG, le PSY, mais qui touche aussi le patient. MG 3 nous rejoue une scène avec un patient:

*- " «Au fait, j'ai toujours le traitement que le psychiatre m'avait donné.». «Ah bon, et c'est quoi ce traitement le psychiatre vous a donné ?». «Ben je suis toujours sous deroxat et lysanxia.». «Ben c'est ça qu'on vous demande depuis tout à l'heure!». «Ah, ben j'avais oublié !». En fait, le gars il prend ça, il se dit que comme c'est au CMP... Ca prouve bien qu'il y a une dichotomie complète entre les deux sphères. C'est que, même le patient identifie que ce qu'il se passe chez le psy, c'est chez le psy, et que ce qu'il se passe chez le généraliste, c'est chez le généraliste. "*

Dans cette anecdote, le patient n'imagine pas qu'il puisse être dans son intérêt que son MG et son PSY communiquent.

#### 4. Les différents moyens de communication

Les MG ont été interrogés sur les différents moyens qu'ils utilisent pour communiquer avec le PSY. Les deux moyens les plus commentés sont le courrier et le téléphone.

##### a) *Le courrier*

###### ✓ **Commentaires généraux.**

- Le moyen de communication historique

Le courrier est le moyen traditionnel, systématique entre les médecins, mais également le plus naturel pour bon nombre des MG interrogés :

- " *Le courrier, ça me parait bien, c'est traditionnel.* " (MG 4)

- " *Moi quand j'envoie un patient, je fais une lettre. Pas forcément toujours très détaillée, mais je fais un courrier.* " (MG 9)

- " *Moi je n'adresse jamais sans courrier. Même au CMP, où je sais qu'ils peuvent y aller spontanément, je fais toujours un courrier.* " (MG 1)

- " *Je trouve que l'écrit c'est mieux. Je peux paraître un peu vieillot, là dessus... (rires)* " (MG 2)

- " *Bon je ne sais comment font mes confrères, mais moi ça ne m'arrive jamais d'envoyer un patient sans courrier. C'est pas correct quoi !* " (MG 7)

- Un moyen asynchrone

MG 2 souligne un atout très important du courrier, à l'heure où le manque de temps des médecins entrave toutes leurs activités : " *On n'est pas obligé d'être disponibles tous en même temps. On a l'écrit, et on le lit au moment où on est disponible.* "

- Un courrier comme trace

Il s'agit également d'un avantage du courrier auquel plusieurs MG sont très attachés :

- " De toute façon, moi dans ma journée, je passe une heure par jour à scanner tous mes courriers, les ranger. C'est notre support et c'est notre trace. " (MG 1)

- " Alors l'idéal c'est le courrier, parce que il y a une trace de ce qu'il se passe. Et que les gens ne peuvent pas me raconter n'importe quoi. " (MG 9)

- " Par l'écrit, c'est plus facile, et il y a une trace qui reste. " (MG 2)

L'inconvénient du courrier qui laisse des traces, c'est bien sûr la divulgation d'informations sensibles ou très personnelles, concernant le diagnostic ou les antécédents :

- " Des parano, ou parfois des antécédents un peu compliqués, où les gens n'ont pas forcément besoin que l'on rappelle des choses un peu pénibles par lettre. " (MG 7)

- " Si j'envoie à l'ophtalmo, j'ai pas besoin de mettre qu'il est psychotique. Tous les antécédents ne sont pas forcément bons à noter. Ou tentative de suicide, c'est pas nécessaire pour un bilan cardio. Et le patient a pas forcément envie qu'on le sache. " (MG 13)

- " Certains antécédents ne sont pas toujours pertinents pour le spécialiste à qui on a affaire. " (MG 14)

- " Sinon, ne pas laisser trop de choses écrites dans les dossiers médicaux sur le plan psy. Ca peut toujours... Bon par exemple, les psychoses. Là, j'ai un patient psychotique assez lourd. J'ai déjà proposé une prise en charge ALD, il ne veut pas. Faire un dossier, il dit : "non, je veux pas être étiqueté". Donc les courriers, ils sont uniquement sur le traitement, y'a pas de diagnostic. " (MG 8)

Le courrier comme trace peut donc mettre en difficulté le patient, mais parfois aussi le MG:

- " La limite du courrier, ça va être le patient qui est suspicieux, psychotique. Je vais parfois avoir une gêne à noter un diagnostic." (MG 12)

- Des courriers difficiles à rédiger

Les MG éprouvent plus de difficultés à rédiger un courrier pour le psychiatre que pour un autre spécialiste. Soit parce le temps requis est plus important :

- " *Oui, après on a pas forcément le temps de faire un roman. Quand le motif de consultation est plus psychologique, ça prend du temps, on doit explorer pas mal de choses. Donc on n'a pas forcément le temps de tout raconter.* " (MG 2)

- " *On est toujours un peu à l'arrache à faire les courriers.*" (MG 3)

- " *C'est des courriers qui sont plus longs qu'un courrier adressé à un autre spécialiste.* " (MG 6)

Ou alors parce que le MG est mal à l'aise lors de la rédaction :

- " *Mais on est perturbé pour faire ce courrier là, on est perturbé pour faire le courrier manuscrit normal. Je veux dire pour tout courrier. C'est la patientèle, c'est ces pathologies là qui sont plus difficiles pour remettre un courrier.*" (MG 1)

- Un courrier en sortie d'hôpital

Deux MG indiquent que la majorité des courriers qu'ils reçoivent sont ceux des sorties d'hospitalisations, et pas lors des consultations en CMP :

- " *Peut être en sortie d'hospitalisation, quand ils quittent Lommelet, là on a un courrier.* " (MG 10)

- " *Quand on reçoit des courriers, c'est souvent des courriers de sortie d'hospitalisation. Mais les patients suivis en CMP, on n'a pas de lien.* " (MG 2)

#### ✓ **Les habitudes des MG**

Un MG rédige tous ses courriers de manière manuscrite : " *Je fais tout manuscrit.* " (MG 7), alors que d'autres utilisent des formulaires pré remplis grâce au dossier médical informatisé : " *A l'ordinateur, mais c'est des courriers sur lesquels on passe moins de temps. Ils sont faits automatiquement avec les antécédents du patients, son traitement, et on va mettre juste le motif principal de recours.* " (MG 5), " *D'autres font une capture d'écran, c'est l'ordinateur qui sort tous les antécédents, avec le résumé clinique des 5 dernières années.* " (MG 6)

Enfin, plusieurs MG revendiquent le fait que leur courrier soit bref, voire même volontairement minimaliste :

- " *En général, moi je mets : " adressé pour prise en charge psychiatrique et psychologique associée". Je vais mettre quelque chose de succinct. "* (MG 13)

- " *Moi je fais un petit mot, mais bon j'explique rien. C'est : prise en charge psychothérapeutique. Je commence pas à faire une lettre très... Et je laisse le patient s'exprimer. "* (MG 8)

- " *Pour moi, un courrier le plus simple possible... "* (MG 8)

### ✓ La qualité des courriers reçus

- Une qualité satisfaisante

Sans témoigner un enthousiasme débordant, plusieurs MG semblent relativement satisfaits de la qualité des courriers qu'ils peuvent recevoir de la part du psychiatre :

- " *Quand il y en a un, ça va. Après, c'est surtout orienté traitement. Donc c'est normal, pour nous, c'est ce qui est important. Diagnostic, décompensé ou pas, et l'adaptation thérapeutique. On a pas besoin d'un courrier de 4 pages. "* (MG 13)

- " *Après ce n'est pas des mauvais courriers. "* (MG 3)

- " *Avec lui, les courriers sont bien. Bon, il ne fait pas de grandes révélations non plus... "* (MG 6)

- " *C'est l'état du patient en quelques mots, puis ce qui est prévu, et le traitement reconduit ou modifié. Je trouve ça bien. "* (MG 14)

- Des courriers incomplets

Pour de nombreux MG, les courriers sont incomplets, voire même parfois minimalistes :

- " *Y'a pas toujours tout, à mon avis, dans les lettres. "* (MG 14)

- " *Il n'y a pas besoin de raconter des romans non plus. Mais c'est réduit à la plus simple expression : identité du patient, diagnostic, suivi, traitement, point. "* (MG 3)

- " En retour j'ai très peu de courrier. Pour parler du CMP, c'est : "j'ai vu Mr, quelques conseils sur la thérapeutique, et point". " (MG 8)

- " Parce que parfois c'est juste : " j'ai vu Mr Machin. Prochain RDV le. "( MG 9)

- " C'est un courrier hospitalier ! (rires) Donc c'est très protocolé. Motif d'entrée, évolution dans le service, et puis sortie. " (MG 2)

- Les courriers manuscrits

Le fait de recevoir des courriers manuscrits pose plusieurs problèmes aux MG. Tout d'abord le problème de la lisibilité et de la confusion :

- " Quelque fois on a des courriers où on se demande : «vous prenez un comprimé, ou un comprimé et demi ?», «Je crois que c'est un comprimé et demi». Il y a des trucs, c'est gribouillé. "( MG 3)

- " Ou alors, ils écrivent très vite, et on comprend pas ce qui est noté. " (MG 13)

- " La plupart du temps, c'est un petit mot griffonné. " (MG 14)

Les courriers manuscrits sont systématiquement incomplets ou insuffisants :

- " Parce que dans les courriers manuscrits que l'on reçoit d'habitude, il ne détaille pas. " (MG 3)

- " C'est un petit papier, qui fait la moitié d'un 21\*29.7. En général, ils écrivent grand les psychiatres. Et il y a six phrases. Point final. " (MG 3)

Enfin pour MG 3, le fait que le courrier soit manuscrit et sur papier libre appauvrit le discours du psychiatre, et le conditionne à écrire toujours la même lettre:

- " Plutôt que cette lettre manuscrite, où on a l'impression que c'est toujours la même chose qui est écrit dessus. " (MG 3)

- " Alors qu'on a l'impression que les courriers que l'on reçoit, c'est des courriers-types. Alors que c'est manuscrit, c'est justement pas des courriers-types. " (MG 3)

- Le manque de diagnostic

Les MG se plaignent du manque d'implication du psychiatre lorsqu'il s'agit d'émettre un avis diagnostic :

- " *Mais ce qu'on a jamais, c'est le diagnostic, ou le résultat de l'entretien.* " (MG 11)

- " *Après, des lettres détaillées, avec un diagnostic... On a l'impression que les pysys, parfois, ils essayent de ne pas mettre de diagnostic. Ils écrivent un peu les signes, mais ils ne précisent pas le diagnostic. Parfois, on aimerait bien qu'il y en ait un.* " (MG 14)

- " *L'avis diagnostic, parfois il n'y a pas de diagnostic.* " (MG 2)

- " *Mais ils ne disent jamais de diagnostic dans leur courrier. Il ne se mouillent pas.[...] Ils restent très évasifs.* " (MG 6)

## **b) Le téléphone**

### **✓ Un moyen idéal et direct**

Plusieurs MG désignent le téléphone comme moyen de communication idéal, principalement parce qu'il s'agit d'un moyen direct et rapide :

- " *Le plus simple, ça reste quand même le téléphone, qui est plus rapide.* " (MG 5)

- " *Le téléphone ! Parce que c'est pas forcément très long.* " (MG 7)

- " *Le téléphone, c'est ce qu'il y a de plus direct.* " (MG 9)

### **✓ Un moyen utile ponctuellement**

Pour plusieurs MG, le téléphone n'est ni le moyen de communication de première intention, ni le moyen de communication dans la durée. Il est plutôt réservé aux situations aiguës, ou plus complexes, qui nécessitent une réponse rapide :

- " *Et si je veux qu'il soit vite vu, j'appelle. Tout le temps.* " (MG 13)

- " *Le téléphone, c'est bien ponctuellement, mais pour la communication sur le long terme, c'est difficile à mettre en place.* " (MG 2)

- " J'avais réussi à contacter le psy, et on avait repris l'affaire comme ça. Et le patient n'a pas été hospitalisé. On l'a rééquilibré avec un coup de téléphone de 5 minutes. Cà, c'est idéal. " (MG 3)

- " Dernièrement, j'ai eu un médecin au téléphone, pour un problème bien particulier, ou il y avait peut être nécessité d'hospitaliser. " (MG 8)

### ✓ Un moyen de communication synchrone

Plusieurs MG soulignent la difficulté de devoir réunir deux interlocuteurs, tous deux souvent très occupés :

- " Le problème est double : moi je ne suis pas forcément joignable, et eux non plus. " (MG 9)

- " Après j'entends bien que les horaires de chacun sont pas toujours les mêmes. " (MG 9)

- " Après il faut pouvoir joindre notre interlocuteur facilement, si les horaires sont trop restreints ou qu'il travaille sur différents sites on aura du mal à le joindre. " (MG 5)

Néanmoins, les MG comprennent bien qu'il est difficile d'interrompre un psychiatre pendant un entretien pour répondre au téléphone :

- " Alors, je comprends bien que nous, on puisse nous déranger si on regarde une grippe ou une angine. C'est pas un problème. Dans un entretien psy, c'est compliqué. " (MG 7)

- " Le téléphone, je veux bien croire que comme c'est des structures, il est en entretien, donc la secrétaire ne va aller oser le déranger. " (MG 1)

### ✓ L'absence de traces

De la même manière que le courrier, l'absence de trace des communications entre le PSY et le MG a ses avantages et ses inconvénients. Pour MG 1, l'absence de trace peut poser des problèmes de responsabilité en cas de litige:

- " Donc, c'est le coup de téléphone, mais c'est incertain. Et ça ne laisse pas beaucoup de trace. "

- " Par rapport au téléphone, où dans ce cas il faudrait enregistrer. Entre ce qu'on dit au téléphone, et ce qui est écrit... Quelque fois y'a beaucoup de choses qui ne sont pas retranscrites. "

Alors que pour d'autres MG, mieux vaut ne pas laisser de trace lorsqu'ils échangent des informations sensibles à propos du patient :

- " Oui, c'est pour ça que je m'arrange toujours, quand c'est possible, pour passer un coup de fil. C'est un domaine particulier, la psychiatrie. On ne peut pas tout écrire. " (MG 7)

- " Alors, dans ce genre de truc, mieux vaut peut être pas laisser trop d'écrits... Donc un coup de téléphone, c'est bien. " (MG 8)

### ✓ Un moyen intrusif

Deux MG éprouvent une réticence à téléphoner au psychiatre lorsqu'ils ne partagent pas une certaine proximité avec lui :

- " Moi j'ai du mal à appeler quelqu'un, j'ai toujours l'impression de déranger. Donc j'ai tendance à me dire je vais me démerder seul. C'est un peu dans ma nature, ne pas trop aimer le téléphone. " (MG 14)

- " Mais ça m'ennuie quand même de ne pas le connaître personnellement. Ça m'ennuie un peu de l'appeler comme ça. " (MG 4)

### c) Le courrier électronique

Il s'agit d'un moyen de communication très prisé par nombre de MG :

- " L'idéal, c'est les courriers apicrypt. " (MG 11).

- " Ou le mail aussi. Apicrypt, ça c'est génial. Faut que tout le monde vienne à ça. " (MG 14)

- " Le mail c'est vraiment une bonne évolution. " (MG 14)

Apicrypt® est un système de messagerie numérique professionnelle sécurisé. Ce système de communication est déjà bien ancré dans la pratique de nombre de médecins libéraux, généralistes ou non. Il permet de recevoir des résultats de consultation de confrères, des comptes rendus d'imagerie ou de biologie ainsi que

tout autre document, sous un format crypté garantissant le respect du secret médical. Ces comptes rendus sont également facilement intégrables dans le dossier informatique du patient. Il s'agit donc de l'échange de courriers instantané et dématérialisé.

Pour MG 3, le courrier électronique est démocratisé et parfaitement installé dans sa pratique quotidienne : " *Tous les médecins ont des mails qui leur servent pour apicrypt, mais aussi pour toutes sortes de choses. J'ai régulièrement des pharmacies qui m'envoient un truc d'un patient, et moi je leur renvoie une ordonnance par mail.* "

Le mail présente plusieurs avantages. Il est rapide : " *Oui, toujours par courrier. Par courrier numérisé, enfin par apicrypt. Des choses rapides.* " (MG 2), " *Par mail, c'est rapide, c'est accessible.*" (MG 5)

Il est dématérialisé, ce qui permet un gain de temps pour la gestion des dossiers médicaux informatiques :

- " *D'abord, on gagne un timbre, une mise en enveloppe, une enveloppe, on court pas à la poste mettre son courrier. Nous on le reçoit directement dans le dossier du patient.* " (MG 11)

- " *Parce que en un clic, la lettre rentre dans le dossier du patient, à tout jamais.*" (MG 14)

- " *D'avoir directement le retour du psychiatre, rapidement par internet c'est bien. Ça permettrait d'avoir moins de traitement de lettres par papier.* " (MG 5)

- " *Par apicrypt, c'est très bien, ça m'évite d'avoir à le scanner. C'est parfait.* " (MG 8)

#### **d) Les autres moyens de communication**

Ils sont très peu commentés dans les entretiens. Le Fax, par exemple, ne semble pas opportun : " *Le fax, non.*" (MG 4).

La rencontre directe (réunions, soirées de formation...) est prometteuse pour MG 2 : " *Je ne parle pas de l'addicto, où là il y a des choses qui sont mises en place, comme l'inter-vision et tout ça. Ça, c'est très intéressant.* " mais apparaît compliquée:

" Rencontre directe, ça me paraît trop compliqué à mettre en place, et je ne suis pas certain que soit le moyen idéal." (MG 3).

## 5. Les conséquences néfastes d'une mauvaise communication

Elles ont été brièvement abordées lors des entretiens. Les MG en identifient trois principales.

### a) La mauvaise qualité de soins

Le défaut de communication entrave la qualité des soins prodigués aux patients :

- " Manque de relations. Donc manque de contacts personnels, et manque de résultats, surtout. (rire) " (MG 4)

- " Pour les patients, je pense que c'est pas terrible, c'est pas génial. " (MG 9)

- " Je vais chercher moi même l'injection, et c'est moi qui lui fais. Je pallie les manquements du système. " (MG 6)

### b) La iatrogénie

Deux MG prennent l'exemple de la sur-prescription de traitements psychotropes :

- " Un patient qui voit le psy, qui prend déjà des psychotropes. Il vient me consulter, pour le même motif, ou pour un autre. Si il me dit rien, je vais lui donner une deuxième dose de psychotropes. Donc oui, risque de iatrogénie. " (MG 11)

- " Donc j'ai failli mettre à un mec qui était sous Deroxat et Lysanxia, bon c'était pas dramatique, sous Alprazolam. Il l'aurait pris en plus, c'est sûr. Donc on se retrouve avec une sur-prescription. Ca pose problème quand même de iatrogénie." (MG 3)

### **c) La rupture thérapeutique**

Deux MG ont bien compris que cette mauvaise coordination entre le MG et le PSY aboutit à des situations d'arrêt de soins :

- " *Parce que le problème c'est ça. Au bout du compte cette situation un peu bordélique, elle aboutit au fait qu'il y a un arrêt du suivi. Le patient arrête son traitement, arrête son suivi.* " (MG 3)

- " *Avoir des intervenants différents comme au CMP où c'est une fois l'un, une fois l'autre, toujours raconter la même histoire... Ca peut être une source d'arrêt de suivi.* " (MG 9)

- " *Et le courrier disait : "Oui effectivement ça va pas fort, on continue le même traitement. Ma remplaçante la reverra un mois plus tard"... Donc on a arrêté le suivi. Forcément !* " (MG 9)

## **6. Les MG expriment des besoins**

### **a) Le besoin de mieux communiquer**

Les MG manifestent l'envie de développer une communication efficace :

- " *Il faut que l'on puisse travailler ensemble. Pas chacun de son côté. Etre au courant, ce qui n'est pas toujours le cas.* " (MG 2)

- " *Je pense que la communication directe entre les médecins est très importante.* " (MG 5)

- " *Il n'y a pas beaucoup de relation. C'est tout l'intérêt notamment de développer votre étude.* " (MG 3)

### **b) Le besoin de réciprocité**

Les MG ressentent clairement une asymétrie dans la communication, dont la responsabilité incombe au psychiatre. Les écrits du MG restent trop souvent des lettres mortes. Il en découle pour certains MG que le psychiatre refuse de communiquer :

- " *Il faut un échange, pas que ce soit juste unilatéral.* " (MG 6)

- " Mais on a pas beaucoup de retours directement du spécialiste. Je pense que c'est un point qui peut être amélioré, et qui devrait être développé. " (MG 5)

- " A chacun de faire son travail. J'essaie de faire le meilleur courrier possible... J'espère toujours que mon interlocuteur va prendre le temps de me mettre un mot. " (MG 10)

- " Moi quand j'envoie un patient, je fais une lettre. Pas forcément toujours très détaillée, mais je fais un courrier, avec mes coordonnées. Et j'attends... " (MG 9)

- " Ca serait bien dans l'autre sens : du PSY au MG. " (MG 11)

### **c) Le soutien du réseau de soins**

Les MG manifestent le besoin d'avoir l'appui du secteur de psychiatrie pour pouvoir être réactifs et avoir une prise en charge conjointe :

- " Pas facile de suivre des toxicomanes, enfin je veux dire, il faut réellement être en relation avec le psychiatre, le secteur dont il dépend. Il faut vraiment que le tout monde se tienne. " (MG 1)

- " Alors, les toxicos, je ne suis pas investi dans ce genre de prise en charge, parce que seule dans son cabinet... Je pense qu'il faut une structure médico sociale. Sinon, on ne peut pas faire grand chose. " (MG 10)

- " Les prises en charge en réseaux sont toujours meilleures pour les troubles psychotiques et certains troubles névrotiques. Plus il y a d'intervenants, en respectant le rôle de chacun, mieux c'est. Donc je travaille avec les différents intervenants de secteur : le CHR, les CMP, Lommelet. " (MG 12)

- " Surtout dans les psychoses, où je juge avoir besoin d'un réseau. " (MG 12)

- " Si il n'y a pas un relais, tout autour, c'est compliqué. " (MG 9)

Les MG sont rassurés de savoir qu'une structure est disponible en permanence 24h/24 pour accueillir leurs patients de gravité variable en cas de nécessité. A propos du CP2A (Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission), qui est une structure publique récente, implantée au cœur de la ville de Lille :

- " Non mais moi je suis dans une zone tranquille, à proximité de l'hôpital de Saint Vincent, du CP2A. Qui a été un super confort, pour nous dans le quartier, d'avoir cette structure.[...] Pour nous c'est vraiment très tranquille, ça c'est certain. " (MG 1)

- " *Maintenant, ça va quand même beaucoup mieux avec le CP2A, où quand on a quelque chose d'urgent, on envoie vers eux, et on sait qu'il y a un service d'urgence de la psychiatrie. C'est quand même une grosse avancée.* " (MG 14)

#### **d) L'avantage des contacts personnalisés**

La connaissance personnelle de son interlocuteur est un avantage indéniable et un facilitateur de communication. L'opacité du réseau de soins et l'absence de référent clairement identifié rendent impossible l'élaboration de contacts personnalisés, au contraire des autres spécialités. MG 3, à propos de ses confrères de ville somaticiens : " *Alors là c'est un peu différent, parce qu'on envoie à quelqu'un que l'on connaît, on a un réseau de spécialistes avec qui on travaille. Quand j'envoie au cardio qui est dans la rue, je sais qu'il va me répondre.*" L'un des seuls psychiatres qui trouve grâce à ses yeux est un confrère qu'il connaît personnellement: " *Après je travaille avec essentiellement un seul psychiatre en ville, le Dr X, que je connais bien par ailleurs.* " (MG 3) Le fait d'appartenir à un réseau de confrères, qu'il connaît presque personnellement, lui garantit le retour de l'information.

MG 9 sous entend également l'avantage de connaître personnellement son interlocuteur : " *Ben, il y a des différences entre ceux avec qui on a fait nos études, donc que l'on connaît, dont on a le portable. Et puis les autres...*"

### **E. La recommandation du CNQSP et les courriers-types**

Les MG ont été interrogés sur la recommandation du CNQSP ainsi que sur les courriers-types qui ont été conçus pour l'étude.

#### **1. La recommandation**

### **a) Les recommandations en général**

Les recommandations scientifiques sont perçues comme un outil indépendant pour mettre à jour les connaissances et les pratiques cliniques :

*" Tous les jours je suis en recherche d'apprendre de nouvelles choses, pour m'améliorer. Donc les recommandations peuvent servir à ça. Il faut que j'essaie, tous les jours, de me remettre en cause. "* (MG 12)

*" Oui, c'est bien, ça permet d'uniformiser les choses, même si chacun garde son libre arbitre. Ca oblige un peu tout le monde à évoluer avec les nouvelles choses. Sinon, on reste toujours avec nos connaissances qui datent de... Les revues médicales, à peu de choses près, sont orientées. C'est bien d'avoir des recos de bonne pratique, où on sait que c'est les mêmes pour tout le monde. "* (MG 13)

MG 6 veut montrer l'importance de transmettre des informations médicales objectives au psychiatre, comme aux autres spécialistes. Il fait le parallèle entre un courrier pour le PSY, et une demande de scanner au radiologue : *" Cher confrère, je vous adresse tel patient pour scanner cérébral. C'est pas pareil que scanner cérébral pour céphalées chroniques, coté droit, avec une tension à 18/9, une paralysie... Enfin, je veux dire, le compte rendu ne donnera pas les même résultats. Et là c'est pareil ! "*

Pour MG 1, les recommandations sont noyées dans un trop plein d'informations de toutes origines. Il lui est difficile de faire le tri : *" Alors, là aussi, (rires) c'est à dire qu'on reçoit quantité d'informations sur toutes les spécialités... On se branche sur notre ordinateur, on trouve plein d'informations...[...] Malheureusement, y'a des organismes professionnels qui ont mon email, ce qui fait que maintenant on a des boites qui sont remplies, on essaye d'avoir une autre adresse. "*

D'autres MG sont plus critiques à l'égard des recommandations émises par les sociétés savantes. Elles sont perçues trop strictes, trop formatées, et inadaptées à la pratique de terrain: *" Après, les recommandations, bon... Si on commence à suivre toutes les recommandations pour tout, c'est plus un art la médecine, ça devient de la technique ! C'est moins rigolo ! Les psys doivent le penser comme ça aussi, je pense." (MG 11)*

**b) Une recommandation peu connue des MG**

Aucun MG sur les 14 interrogés ne connaissait réellement l'existence ou le contenu de cette recommandation :

- " *Vous nous l'avez fait découvrir.* " (MG 2)

- " *Avant que vous passiez nous présenter votre travail, non, je ne la connaissais pas.* " (MG 3)

- " *J'en avais entendu parler, mais pas dans le détail.* " (MG 5)

Il faut également noter que lors du recrutement des 70 participants à l'étude (démarchage téléphonique et physique), aucun n'avait connaissance de la recommandation.

**c) Les opinions positives sur la recommandation du CNQSP**

Cette recommandation semble adaptée à la pratique clinique pour plusieurs MG :

- " *C'est très complet. Ca reprend l'ensemble théorique de nos besoins. Ca, c'est clair.* " (MG 12)

- " *Oui, c'était bien, ça. Oui, c'est pas mal. C'est vrai que, dans l'idéal, c'est ce qu'il faudrait faire.* " (MG 7)

- " *Oui, c'est logique. C'est à peu près ce qu'on fait avec toutes les autres spécialités.* " (MG 3)

- " *C'est bien. C'est un fil conducteur.* " (MG 4)

- " *Je trouve que c'est pas mal. Ca permet de mettre des choses que je n'aurais pas mis, ou pensé à mettre dans un courrier un peu plus standard. Sur les symptômes, sur le projet de soins, c'est des choses que je ne pense pas forcément à noter en premiers recours. Je pense que ces recommandations sont bonnes.* " (MG 2)

#### **d) Une recommandation évidente**

Certains MG sont perplexes sur l'utilité de cette recommandation. Elle semble répondre à une question qu'ils ne se posent pas :

- " *C'est quoi cette reco ? En fait c'est des évidences ! C'est bien, ce qu'ils ont fait, mais je ne sais si il y avait une demande ou un besoin particulier. Moi, tout ça me paraît évident.* " (MG 6)

- " *Ils disent faut marquer le motif, les antécédents, les traitements déjà donnés... Enfin, c'est l'évidence* " (MG 6)

- " *C'est pour ça que je ne connaissais pas cette reco, parce que pour moi c'est évident.* " (MG 3)

MG 9 va plus loin, et est désabusé qu'il faille faire une recommandation pour inciter les échanges entre MG et PSY : " *Je pense qu'il ne devrait pas y avoir besoin de faire des recommandations sur des choses comme ça ! C'est tellement évident quand on adresse à un confrère, le confrère doit nous faire un retour.* " (MG 9)

MG 12 au contraire, reconnaît que l'existence d'une recommandation traduit une difficulté ou une demande particulière : " *Une recommandation est intéressante, parce qu'elle pose souvent un problème. On peut y adhérer, ou ne pas adhérer, c'est individuel. Mais elle a le mérite de signaler une insuffisance quelque part.* "

#### **e) Une recommandation sans intérêt**

Deux MG manifestent très peu d'intérêt pour la recommandation qui leur a été présentée :

- " *Oui, bon, moi je ne suis pas les recommandations. Je suis désolée. Oui, ça me laisse perplexe cette recommandation.* " (MG 10)

- " *Je ne l'ai même pas lue !* " (MG 10)

- " *Ca me parle pas vraiment. Pffff....* " (MG 11)

#### **f) Une recommandation remise en cause**

Plusieurs MG émettent de vives critiques sur l'utilité de ce texte :

- " *La médecine mentale, ça ne peut pas être standardisée.* " (MG 6)

- " *Après, est-ce que c'est intéressant pour le psy d'avoir ces éléments là ? Je ne sais pas.* " (MG 8)

- " *Mais je ne suis pas persuadé que ça avait un intérêt pour le psy.* " (MG 8).

- " *Le courrier est toujours personnalisé au cas clinique, donc nous obliger à mettre ça...* " (MG 11)

- " *Qu'on nous impose de mettre tel ou tel critère, ben on n'est pas des neuneus, on sait ce qu'on doit marquer !* " (MG 11)

- " *Quand je suis face à une personne en souffrance, je me demande quelle est l'attitude à avoir, et les recommandations... Pour moi, on ne coche pas des croix, et donc je dois m'adapter en fonction de mon patient, de ses ressources financières, de l'urgence de la situation. Donc un truc comme ça, pour les robots c'est bien ! Moi j'ai pas besoin de ça pour faire mon travail. J'ai 20 ans de pratique.* " (MG 10)

## **2. Les formulaires (ou courriers-types)**

Les MG ont pu commenter les deux formulaires : celui d'adressage qu'ils ont eu le loisir d'envoyer; et celui émanant du psychiatre, qu'ils ont pu recevoir à l'issue de la consultation avec leur patient.(voir annexes 4 et 5)

### **a) Le formulaire MG (adressage)**

#### **✓ Les critiques positives**

- Un formulaire "structurant"

Le formulaire permet aux MG de mieux conduire l'examen psychiatrique de leur patient, de faire le tour complet de la question sans oublier d'information pertinente :

- " *Cela permet d'avoir des étapes. Parce que quand on est à faire le courrier, en urgence sur le patient, on va oublier plein de choses.* " (MG 1)

- " *Oui, ça peut donner une petite trame pour faire le courrier.* " (MG 2)

- " *Oui, ça permet d'étayer un peu. C'est plus rigoureux.* " (MG 2)

- " Le document a l'intérêt de pallier aux oublis.[...] Donc, en ayant déjà structuré par chapitres, c'est une aide pour le médecin généraliste. Le MG ne peut pas s'en plaindre, de ça. C'est clair. " (MG 12)

- " C'est un cadre, on a l'impression que l'on ne va rien oublier de préciser. " (MG 14)

- " Je pense que ces documents permettent de cadrer et d'avoir les éléments principaux et nécessaires. Justement il y en a parfois qui manquent quand on a pas de courrier standardisé. Je pense que c'est une bonne chose." (MG 5)

- Un formulaire adapté à la pratique quotidienne.

Le formulaire s'intègre facilement dans la pratique des MG :

- " Ca correspond tout à fait.[...] C'est le courrier tout à fait adapté. " (MG 1)

- " Sur le fond, les catégories qui sont demandées, ça me paraît faisable." (MG 2)

- " Sinon le reste le courrier était bien fait, je trouve. " (MG 2)

- Un formulaire qui encourage la communication.

Le formulaire proposé aux MG promeut la communication avec le PSY:

- " Et sur le fond, ça ne peut être que positif pour ouvrir le dialogue entre les psys et les médecins généralistes. " (MG 3)

- " Oui je trouve qu'on échange plus. " (MG 3)

- " Mais je trouve que l'on parle le même langage. Ce courrier là, il correspond tout à fait.[...] Ca sert véritablement de communication." (MG 1)

- " Tout ça, c'est bien. Ca permettrait d'avoir une bonne cohésion. " (MG 2)

- Des échanges personnalisés.

MG 3 a le sentiment de recevoir toujours les mêmes lettres manuscrites des psychiatres. Ces courriers sont peu informatifs, impersonnels, systématiques : "Alors qu'on a l'impression que les courriers que l'on reçoit, c'est des courriers-types. Alors que c'est manuscrit, c'est justement pas des courriers-types".

En utilisant le formulaire proposé, il a l'impression que l'échange de courriers est plus personnalisé : " *Là [en désignant le formulaire] c'est systématisé, mais ça enrichit la relation.*" , ainsi que : " *Mais oui, ça personnalise les échanges.*" .

- La facilité à utiliser le formulaire.

L'utilisation du formulaire a semblé aisée pour quelques MG :

- " *Apparemment ça a été facile. Je n'ai pas eu de difficulté.* " (MG 1)
- " *Il est bien, il est assez pratique à utiliser.[...] C'était facile à remplir.* " (MG 2)
- " *Pour moi les cadres sont assez clairs, je n'ai pas eu de difficulté pendant la rédaction.* " (MG 5)
- " *Oui, j'en ai utilisé deux ou trois. Ca a été tout à fait correct.* " (MG 7)
- " *C'est pas compliqué, il suffit d'écrire.* " (MG 11)

- La souplesse de l'outil.

Le formulaire n'a pas semblé trop contraignant pour certains MG, ils pouvaient l'adapter à leur pratique quotidienne :

- " *J'ai daté et signé, et j'ai donné les indications que j'avais envie de mettre dessus. J'ai pas tout mis, non pas pour ne pas gêner le patient mais plutôt question d'organisation, de rapidité d'intervention.* "(MG 1)
- " *On est pas obligé de le remplir intégralement.* " (MG 1)
- " *Après il y a des choses que je ne remplissais pas trop.* " (MG 4)

- L'acceptabilité par les patients.

Le courrier-type ne semble pas avoir posé de problème pour les patients par rapport au courrier habituel du MG :

- " *Y'a t-il eu des réticences ? Dr 4 : Pas du tout.*" (MG 4)
- " *Non, il n'a pas posé de souci.*" (MG 1)
- " *Bien, comme j'écris déjà spontanément des courriers, ça va.* " (MG 9)

### ✓ Les critiques négatives sur le formulaire

Au contraire des commentaires précédents, certains MG ont pu trouver le formulaire difficile à remplir, contraignant, ou même trop long. Ils ont également formulé des commentaires précis sur certains items des courriers.

#### ▪ Le temps nécessaire

Pour plusieurs MG, le formulaire est trop long à rédiger dans les temps impartis habituellement en consultation de médecine générale :

- " *Oui, je trouve que le formulaire, ça peut vite être trop long. Si on le fait complètement, c'est assez long. Eléments essentiels du parcours de vie, faut compter une consultation de 15 ou 20 minutes, c'est impossible.* " (MG 13)

- " *Bon, un peu long, mais sinon pas de problème particulier.* " (MG 10)

- " *Ca prend un peu plus de temps, mais c'est pas trop compliqué.* " (MG 11)

- " *Les limites, c'est le temps passé à réaliser ça.* " (MG 12)

- " *Je pense que c'était bien, peut-être long à remplir.* " (MG 14)

#### ▪ La difficulté à remplir le formulaire

Certains MG trouvent le formulaire exigeant et ont pu éprouver des difficultés lors de la rédaction :

- " *On essaye de tout remplir, et donc sur certains trucs on se dit : "Ouf... Dur à remplir !".* " (MG 14)

- " *Pas facile véritablement, à remplir. Il pouvait y avoir des cases pas forcément simples.* " (MG 1)

- " *J'ai plus de difficultés à remplir ça, que un courrier pour un cardio ou un endocrino.* " (MG 1)

- " *La difficulté, c'est d'être très synthétique, encore une fois.* " (MG 12)

- " *Je trouve que le courrier du MG est plus compliqué que celui du PSY.* " (MG 12)

- " *Mais le corollaire, c'est que parfois on a du mal à remplir certains items.* " (MG 14)

- Un cadre strict

Pour deux MG, le formulaire représente un cadre trop rigide :

- " *Bon c'est peut être un peu restrictif, parce que faut mettre les trucs dans les cases.* " (MG 11)

- " *Après c'est un fonctionnement très hospitalier, de faire des "bons" comme ça. C'est un cadre assez rigide.* " (MG 6)

- " *Voilà, votre truc, c'est un cadre assez rigide, ça se heurte au fonctionnement de chacun. Certains préfèrent prendre leur plume et écrire, d'autres font du style télégraphique.* " (MG 6)

- Une contrainte administrative

Pour plusieurs MG, le courrier-type est perçu comme une "paperasse" supplémentaire :

- " *C'est un travail d'écriture supplémentaire, pour peu qu'il y ait un problème administratif, de paiement, bref, vous en prenez pour une demi heure là !* " (MG 10)

- " *Si on commence à devoir faire des formulaires supplémentaires...* " (MG 8)

- " *On a de plus en plus de courriers-types pour chaque spécialité, pour chaque chose...* " (MG 5)

- " *On a déjà beaucoup de papiers officiels, de la sécu, qui eux, sont obligatoires sinon les gens ne bénéficient pas de ce qui leur faut.* " (MG 6)

- " *Bon, c'est ça et puis tout le reste ! Les papiers... Donc remplir les imprimés...* " (MG 8)

- Un formulaire redondant

Pour deux MG, le formulaire ne semblait pas très synthétique :

- " *Un peu redondant peut-être.* " (MG 4)

- " *J'étais un peu embêté pour le remplir, parce que j'avais l'impression de me répéter. Tableau clinique, hypothèse : je mettais tout là. Et après je voyais l'histoire de la maladie. Donc je mettais tout dès le premier item.* " (MG 8)

- L'item "projet de soins et suggestion thérapeutique"

Cet item semble poser question aux MG à plusieurs égards. Il peut leur sembler inapproprié, voire maladroit, de devoir faire une suggestion dans leur courrier d'adressage :

*" Alors, lorsque j'écris au psy, je n'envisage pas de projet de soins. Puisque je lui demande d'établir un diagnostic, et éventuellement de me renvoyer une idée de projet de soins. Moi je demande l'avis de mon confrère, donc j'écoute ce qu'il va me proposer. Si c'est pour demander et ne pas suivre, autant continuer à le faire moi même. " (MG 12)*

*" Je suis curieuse de savoir ce qu'ils vont penser de ça [projet de soins envisagé]. Il doit se dire, quelque part, si vous me demandez mon avis...[...] Projet de soins, ça peut être délicat avec certains psychiatres. C'est déjà un peu les orienter... " (MG 13)*

*" Je vais écouter ce qu'il me dit, et puis j'en discute avec le patient. Si moi je commence à dire : " on va faire une hospitalisation, puis un suivi psycho éducatif machin", et que le psychiatre trouve que c'est pas bon, et propose carrément autre chose...[...] Ca, ça me semble pas judicieux. " (MG 9)*

*" Préciser le projet de soins envisagé, pour moi, c'est déjà leur dire : " ce que je veux, c'est ça ! [...] Je trouve que ce n'est pas bienvenu. " (MG 13)*

*" Sinon, les suggestions thérapeutiques, je ne sais pas si ça sert à quelque chose. " (MG 6)*

Dans le courrier-type, comme dans la recommandation, le MG est incité à proposer, si il l'envisage, une démarche de psychothérapie, ainsi qu'une prescription médicamenteuse ou autre. Il est également incité à préciser si il n'a pas d'opinion particulière sur la prise en charge.

Pour MG 3, la proposition de psychothérapie est inutile puisqu'elle est induite, sous entendue, presque évidente lorsqu'il adresse un patient au PSY :

*" Alors oui, suggestions psychothérapeutiques. Je ne sais pas si c'est très utile. Parce que si on lui adresse un patient, c'est que au minimum on cherche un suivi psychothérapeutique.[...] Donc systématiquement on va cocher soutien psychothérapeutique. Alors ça a le mérite d'être écrit, mais c'est peut être superflu."*

- " C'est comme si on disait à un pneumologue «pensez vous qu'il faille lui donner un traitement pour son asthme ?». Ben oui, si on l'envoie pour son asthme, c'est qu'on attend un traitement pour l'asthme. Ca coule de source. "

Pour MG 3 encore, le fait de ne pas proposer de traitement sur le courrier est dévalorisant :

- " Pareil, «ne se prononce pas», je ne pense pas qu'un médecin généraliste va cocher ne se prononce pas. Ca n'est pas très valorisant. Pour nous, ça fait "j'en sais rien du tout, je ne sais pas du tout ce qu'il a, démerdez vous avec". "

- " Donc «ne se prononce pas», on le cochera jamais. "

### **b) Le formulaire PSY (réponse)**

#### **✓ Les commentaires positifs**

- Un formulaire adapté aux attentes des MG

Le formulaire du psychiatre semble répondre aux espérances des MG sur le contenu échangé par courrier :

- " Moi je dis simplement, c'est parfait. " (MG 1)

- " Oui, en fait, c'est tout ce qu'on attend d'une lettre, de tout spécialiste. " (MG 14)

- " Oui, faire tout ça, ça serait vachement bien ! " (MG 14)

- " Sinon, cette réponse là, elle est concrète. " (MG 7)

- " De toute façon, il s'agit des réponses à nos demandes donc c'est bien. Il y a le prochain rendez vous, on sait un peu où on va. " (MG 2)

- Un formulaire plus complet

Le courrier réponse semble plus complet que les courriers que les MG reçoivent d'habitude :

- " Si il remplit tout ça, là c'est fabuleux ! " (MG 10)

- " Je pense que ça les force à structurer leur courrier aussi. Donc je l'ai trouvé un peu plus complet. " (MG 3)

- " Ca a l'air complet, c'est bien. Oui : motif, examen, prise en charge, que demander de plus ? " (MG 4)

- " Sinon, le courrier c'était bien. Là, il est assez détaillé. " (MG 9)

- Autres commentaires

Pour deux MG, le courrier-type est suffisamment clair :

- " Oui, c'est clair. On retrouve cette structuration dans les courriers des psychiatres. Donc je trouve ça bien. " (MG 12)

- " Là, même si c'est toujours manuscrit, c'est peut être mieux posé. " (MG 3)

Le suivi psychothérapeutique est précisé, c'est un atout pour les MG :

- " Là, quelque part, ça les oblige aussi à préciser le suivi psychothérapeutique. Soit par un psychiatre, soit par un psychologue. Il le précise plus. Ca ne change pas grand-chose, mais quand même. Ca fixe les idées. " (MG 3)

- " Avec le dernier paragraphe, il détaille un peu plus la prise en charge psychothérapeutique. " (MG 3)

- ✓ **Les critiques négatives**

Deux items du courrier réponse semblent inutiles aux MG, il s'agit du motif de recours et les antécédents du patient :

- " Alors, puisque c'est moi qui envoie le patient, les deux premiers chapitres, à la limite, j'en ai pas besoin [motif de recours et antécédents]. " (MG 11)

- " Alors, motif de recours, je le sais. Donc j'ai pas besoin. " (MG 13)

- " Les antécédents, pas la peine qu'il les remarquent, je m'en fous, je les connais. " (MG 13)

## **F. L'expérimentation "Génépsy"**

Dans cette partie sont développés les commentaires des MG participants et interrogés sur le déroulement de l'étude.

## 1. L'échange des formulaires "in vivo"

### a) Pas de courrier réponse reçu

Tous les MG interrogés ont utilisé au moins une fois le courrier d'adressage. Quelques uns l'ont utilisé à de nombreuses reprises (trois fois ou plus) (MG 3, MG 7, MG 9, MG 10) La quasi totalité d'entre eux n'ont pas reçu le formulaire du PSY en réponse :

- " *J'ai dû en utiliser 2 ou 3.[...] Les lettres bleues du CMP, j'en ai reçu aucune.* " (MG 11)

- " *J'ai eu deux cas.[...] Personnellement, je n'ai pas reçu de réponse !* " (MG 2)

- " *Mais j'ai pas eu de retour.* " (MG 4)

- " *Oui, j'ai utilisé 2 courriers. Une fois pour le CMP X, un patient y est allé avec le jaune. Ils ont dit : "c'est quoi ce truc ?!"[...] Je n'ai reçu aucun courrier réponse que ce soit.* " (MG 6)

- " *De mémoire, j'ai du en faire 3.[...] Mais je n'ai pas reçu de réponse avec le formulaire bleu.* " (MG 7)

- " *Parce que en retour, on devait avoir un courrier, c'est ça ? Moi je n'ai rien reçu.* " (MG 8)

MG 3 est le seul MG a affirmer avoir reçu une réponse avec le formulaire approprié : " *J'en ai reçu un seul. C'est tout. Sur 7 ou 8 courriers. C'était le CMP de X.*"

### b) La déception des MG

Face à ces très faibles résultats, les MG expriment leur déception de n'avoir pas reçu les courriers des PSY :

- " *On se demande si c'est pas de l'énergie perdue.* " (MG 10)

- " *C'est triste ![...] C'est un peu affligeant !* " (MG 9)

- " *Oui, j'aurais bien voulu le recevoir... C'est dommage.* " (MG 4)

- " *J'étais tout fier de lui dire voila, ça va être bien...[...] Et ça c'est pas bien passé.*" (MG 6)

- " *Mais les bleus, on ne les a pas beaucoup vus !* " (MG 3)
- " *Ah non, je n'ai jamais reçu ça ! Oui, ça aurait pu être intéressant.* " (MG 8)
- " *Si ça avait été réalisé, ça aurait pu être bien !* " (MG 7)

## **2. Les difficultés apparues lors de l'utilisation**

Le sentiment d'un niveau de réponse très faible est confirmé par nos données comptables recueillies dans chaque CMP. Comme déjà cité plus haut, nous avons pu récupérer douze duos de courriers. Qu'il s'agisse des 70 MG participants à l'étude Génépsy, ou des 14 MG interrogés, le niveau d'échange a donc été extrêmement faible.

Les commentaires des MG sur ces résultats nous permettent d'identifier des pistes pour expliquer ce phénomène. Une fois encore, chaque intervenant dans la communication peut porter une part de responsabilité : le MG, le courrier lui-même, le patient, et le PSY ou sa structure.

### **a) Les difficultés liées au MG**

#### **✓ La difficulté à changer les habitudes**

Les MG reconnaissent qu'il est très difficile de changer leurs habitudes, et d'adopter un courrier différent de leur courrier libre habituel :

- " *Après c'est aussi les difficultés à changer les habitudes ! On voit un dépressif avec idées suicidaires, on fait un courrier classique, on commence pas à aller dans le fond des choses de l'enfance, y'a t-il eu des maltraitances... ?* " (MG 10)

- " *Non, ça me paraît intéressant votre travail. Le truc, c'est de changer les habitudes.* " (MG 2)

- " *Il est difficile de changer les habitudes, c'est dans la nature de l'être humain. Il faudrait faire un entretien motivationnel, pour inciter un être humain à changer. Quel bénéfice va t-il avoir dans cela ? C'est peut être ce qui est difficile.* " (MG 12)

- " *Entre la théorie, qui dit "oui, je suis intéressé", et la pratique "je ne mets pas en place"... Mais on peut tous avoir cette attitude, moi également vis à vis d'autre chose. Je ne vois que ça, le fait que "on ne joue pas le jeu".* " (MG 12)

- " Rien que de retrouver le bon papier, au bon moment ça complique les choses et ça limite beaucoup l'utilisation du courrier-type. Je pense que c'est principalement une question d'organisation, et de modification des habitudes aussi... " (MG 5)

### ✓ **L'oubli**

Certains MG le reconnaissent en toute sincérité, ils ont pu oublier l'étude et ainsi manquer des occasions d'utiliser le courrier-type:

- " Pendant 3 à 4 jours, on y pense, et après on passe à autre chose. Et après on se dit mince, j'aurais dû remplir ça. " (MG 1)

- " Si je ne l'ai pas sous la main[le formulaire], je vais oublier... " (MG 6)

- " J'en ai réutilisé un récemment, suite à votre relance. Ca m'a rappelé un peu l'affaire. " (MG 8)

- " Je pense que la difficulté réside dans le fait d'avoir ce courrier à portée de main, d'y penser au moment où il faut... " (MG 5)

### ✓ **Un adressage faible**

D'autres MG mettent en avant un faible recrutement potentiel pendant la période de l'étude, et que finalement ils se sont assez peu trouvés en situation d'utiliser le courrier :

- " Donc la fréquence des événements n'est pas importante." (MG 1)

- " C'est parce qu'il n'y a pas eu de cas sur la période." (MG 1)

- " Mais ça ne s'est pas passé dans la période." (MG 1)

- " Oui, on en envoie pas tous les jours." (MG 2)

- " Donc je l'ai utilisé au moins quatre ou cinq fois dans le mois qui a suivi. Et après étonnamment, j'ai eu moins d'indication d'adressage au psy." (MG 3)

### ✓ **L'erreur d'adressage**

Les conditions d'utilisation du courrier étaient les mêmes que celles décrites dans la recommandation du CNQSP, à l'exception des psychiatres privés, qui n'ont pas été recrutés dans l'étude. Le courrier était donc utilisable pour toute

première demande d'avis psychiatrique, d'un patient résidant à Lille *intra muros*, et adressée à une structure ambulatoire publique (CMP ou CAP "Ilôt-Psy").

Plusieurs MG n'ont pas respecté ces conditions, par oubli, et ont utilisé le courrier pour une demande d'hospitalisation par exemple :

- " *En fait, où j'ai du hospitaliser. Et c'est dans ces cas là que j'ai pensé à faire le courrier. Je l'ai moins fait pour des consultations classiques en CMP.* " (MG 2)

- " *On aura peut être tendance à l'utiliser plus pour des demandes d'hospitalisation.* " (MG 3)

MG 2 a utilisé le courrier pour adresser une patiente au CP2A, alors qu'elle dépendait d'un secteur extra lillois. Elle n'a donc pas été reçue :

- " *Alors la première patiente, je l'avais adressée au CP2A mais elle n'a pas été acceptée. Je ne savais pas le CP2A était sectorisé.*"

Cette remarque vient faire écho avec la difficulté déjà décrite qu'ont les MG avec la sectorisation de la psychiatrie publique.

### **b) Les indications restreintes du courrier**

Pour MG 5, la communication avec le PSY se déroule dans de multiples situations : urgence, premier adressage, suivi, en ambulatoire ou en hospitalier, privé ou public, téléphone, mail ... Les conditions d'utilisation du courrier lui paraissent trop strictes :

- " *C'est pour un premier adressage uniquement, donc ça restreint beaucoup le champ d'utilisation du courrier et de la communication du MG au PSY...* " (MG 5)

### **c) Les difficultés liées au patient**

De la même manière que le patient vecteur du courrier semblait être un frein à la communication, les MG dénoncent le laxisme du patient à consulter et/ou à présenter le courrier au psychiatre :

- " *J'ai tenté de l'utiliser pour trois patients, qui ne sont pas allés consulter. Lors qu'ils ont consulté, ils n'ont pas présenté quoique ce soit comme document.* " (MG 1)

- " Alors il y a eu des perdus de vus, parce que moi j'en ai fait 7 ou 8. Je pense que les patients n'ont pas donné les courriers au psy, et puis c'est tout. Donc on fait du travail, et ils perdent le courrier. " (MG 10)

- " Après, je ne sais pas ce qu'en a fait le patient. Peut être qu'il n'a pas consulté. " (MG 14)

- " Où est-ce que ça coince alors ? Peut être au niveau du patient. Il doit pas faire la démarche jusqu'au bout. Il consulte ailleurs, dans le libéral, il passe pas par le CMP. Ou même, il ne consulte pas du tout. " (MG 4)

- " J'en ai rédigé, mais c'est des patients que j'ai poussés à consulter et qui n'ont pas consulté. " (MG 5)

- " Les patients doivent aussi avoir une grande partie de la responsabilité dans cette affaire. " (MG 9)

#### **d) Les difficultés liées au psychiatre**

Les MG supposent que le psychiatre (ou la structure) a pu manquer de motivation ou d'intérêt pour l'étude :

- " Est ce que les courriers sont restés quelque part, qu'il n'y a pas eu de photocopie ? C'est un peu affligeant ! " (MG 9)

- " Surement un manque de motivation. C'est plus les intervenants qui ... " (MG 9)

Le psychiatre a pu aussi se tromper, et utiliser un courrier manuscrit habituel au lieu du formulaire Génepsy :

- " Alors moi j'ai reçu une réponse, mais c'était une lettre manuscrite habituelle ! Il n'a pas répondu avec le bon formulaire. " (MG 9)

- " Mais je n'ai reçu aucun courrier bleu. J'ai eu une réponse, mais c'était à la main. " (MG 10)

- " Alors oui, mais pas sous cette forme là. J'ai eu des courriers standards. " (MG 12)

## G. Les pistes d'amélioration envisagées

Les MG ont des idées concrètes et proposent de nombreuses solutions pour développer les échanges avec les PSY.

### 1. Des courriers réguliers lors d'un suivi au long cours

Les MG éprouvent le besoin de connaître le suivi et l'évolution de la prise en charge au CMP de manière rapprochée :

- " *Un truc qui m'avait étonnée, avec la psy en général, et surprise en bien, c'était avec un centre X. Eux, quand ils reçoivent un patient, ils envoient un courrier, et ils en envoient régulièrement. Un patient qui voit le psychiatre ou le psychologue, on sait exactement où ils en sont, quels sont les projets. Voilà, on sait exactement quel est le suivi qui est mis en place. Je trouve ça pas mal. Et même si il ne voit que le psychologue.* " (MG 2)

- " *Donc avoir une trace, savoir qu'il est allé à la consultation, que ceci est prévu... Ou alors, non il n'est pas venu, on va modifier telle chose, telle infirmière va passer à la maison... Nous, ça va nous aider[...].* " (MG 9)

Il souhaitent recevoir des courriers plus fréquemment, mais surtout en cas de changement apporté dans les soins. Ceci pourrait prendre la forme soit d'un courrier classique, soit d'un "mot de liaison". Ce courrier très succinct comporterait quelques items au maximum : identité, évolution clinique, traitement psychothérapeutique, traitement pharmacologique. MG 13 développe cette idée :

- " *Par contre, faire un mot manuscrit en 2 secondes, remis au patient. Ou même, juste : " pas de changement de traitement ". Pas la peine que ce soit très compliqué. Simplement d'être sûr, quand il y a un changement.* "

- " *Donc il faut faire un truc simple. Comme je vous disais, faire un protocole de base avec un courrier, et ensuite un petit mot, bref, pour avoir le suivi et d'éventuelles modifications.* "

MG 9 insiste sur le fait que le MG doit être informé lorsqu'un patient ne se présente pas à un rendez-vous :

- " Non, si les gens ont un RDV et qu'ils ne viennent pas, la secrétaire doit envoyer un courrier pour dire que le patient ne s'est pas présenté. "

- " Au CHRU, vous n'allez pas à votre RDV d'ORL, vous recevez un courrier : "Votre patient ne s'est pas présenté". Après, vous pouvez lui dire : " vous avez le nez bouché ? Vous n'êtes pas allé ? Bon, débrouillez vous ! "

## 2. La généralisation des courriers-types

La généralisation des courriers-types sous entend un certain degré d'obligation, et donc de contrainte. Au delà des questions techniques que cela soulève pour les 3 acteurs (patient, PSY et MG), cette question de la généralisation divise les MG.

Une majorité très relative y semble favorable :

- " Ah bah oui, il faut le généraliser, autrement pour l'instant... c'est du B-A BA, c'est bien structuré, c'est un élément important. " (MG 1)

- " Non, ça ne me dérangerait pas, au contraire. " (MG 4)

- " Non, il faudrait que ce genre de chose devienne systématique. A la fois de notre part, et de la leur. " (MG 2)

- " Donc je trouverais ça très bien. Ca ne me gênerait pas. C'est obligatoire d'utiliser tel truc pour la Sécu etc, donc non. On nous impose tout un tas d'obligations de fonctionnement. " (MG 12)

- " Oui, pourquoi pas. Ca ne choque pas plus que ça. " (MG 14)

- " Ah oui, pourquoi pas ! Ca ne change pas grand chose, puisque nous le courrier on le fait. " (MG 9)

D'autres y sont opposés, bien qu'ayant accepté de participer à l'étude, et donc d'utiliser ces courriers-types. Ils justifient leur désaccord. Tout d'abord cette obligation risquerait d'entraver encore un accès aux soins déjà difficile :

- " Je pense que le caractère obligatoire est difficile à mettre en place...[...] Oui, ça me dérange, parce que ça complique les choses. Pour certains de mes patients, j'ai essayé des choses, j'ai proposé un suivi psychiatrique plus approfondi, et ce sont des patients qui parfois peuvent avoir une réticence à consulter. Et si ils peuvent

*parfois ressentir le besoin d'aller plus loin, le fait d'avoir ce courrier obligatoire, ça peut faire passer à côté d'une opportunité de prise en charge. "* (MG 5)

*-" Je serais plutôt pas trop favorable. C'est déjà tellement compliqué d'y aller."*  
(MG 8)

D'autres MG peuvent y voir de la malice, et soupçonnent une ruse pour faire baisser l'activité du CMP :

*-" Oui, j'ai déjà vu ça. Après c'est pour limiter les gens qui viennent au CMP pour rien. "On pense être surchargés de boulot, et on ne veut pas s'en charger encore plus"... "* (MG 6)

*-" Bon ok, c'est un moyen de désengorger les CMP. Je ne suis pas sûr que ça servira le patient, mais ça servira les CMP."* (MG 7)

*-" C'est un peu une manœuvre dilatoire pour moi ! C'est parfaitement idiot quoi!"*  
(MG 7)

D'autres ne peuvent supporter une contrainte administrative supplémentaire dans leur activité déjà difficile :

*-" Si ça devenait obligatoire, je dirais encore une histoire de plus pour tuer la médecine générale.[...] Clairement, je dirais non, encore une folie de plus. Faut pas nous demander de faire encore plus d'administratif[...]. "* (MG 10)

*-" Donc obliger à faire ces formulaires, ça va encore être un truc en plus !(rires)  
Y'en a raz le bol de la paperasse, raz le bol de tout !"*(MG 8)

### **3. La prise de rendez vous par internet**

Au cours du troisième entretien a été évoquée la possibilité de la prise de rendez vous chez le psychiatre (ou au CMP) par internet. La démarche est à l'initiative du MG et non du patient. Cette prise de rendez vous ne concernerait qu'une partie des patients, ceux jugés "peu fiables" (voir plus haut cette notion déjà évoquée). Avec une traçabilité informatique, cela permettrait d'avoir la certitude qu'un rendez vous a bien été pris, et honoré ou non, par le patient. MG 3 justifie :

*-" Donc, si il y a un moyen d'avoir, c'est un mot à la mode, mais presque une traçabilité du bureau du généraliste au psychiatre et du psy au bureau du généraliste, c'est idéal. "* (MG 3)

- " On a fait cette demande, elle est officielle, elle est parvenue au CMP en question. Et le CMP nous répond. Ce qui serait pas mal de mettre en place, ce serait que le CMP, par la réponse qu'on envoie en mail, nous renvoie une date de RDV. Par exemple : Ok, on a reçu votre demande, on a une place tel jour telle heure, avec Dr Machin."

D'autres MG favorables à cette idée réagissent :

- " Pourquoi pas. Ca favoriserait peut être l'observance. Oui c'est pas idiot, si ce n'est pas trop chronophage. " (MG 4)

- " Ca serait pas mal. On le ferait pas pour tous, seulement pour les patients les moins fiables. " (MG 14)

- " Ca me paraît être une bonne idée. Si ça permet vraiment de tracer le parcours du patient c'est intéressant. " (MG 5)

Pour d'autres MG, il est hors de question de devoir "materner" à ce point leur patient :

- " Je ne tiens pas à les materner. Pas que ça à faire ! " (MG 8)

- " Si on commence à devoir se brancher sur le serveur pour commencer à gérer leur carnets de RDV à la place des patients... Faut peut être responsabiliser un peu le patient. C'est à eux de prendre RDV, et de se prendre en charge. Si il a pas envie d'y aller, de toute façon il posera un lapin. Déjà, ça le déresponsabilise, ça le materne un petit peu. " (MG 11)

- " C'est encore prendre en charge les patients, alors ! C'est à nous de faire le boulot de prendre rdv... Y'en a qui aiment bien prendre par la main leur patient de A à Z, et de les materner jusqu'au bout. A un moment, bon... Oui, bon de temps en temps je le fais pour une situation urgente. Mais de façon systématique, s'occuper des prises de rdv... de savoir si ils ont été... Attendez, faut arrêter ! Moi je ne suis pas prêt pour ça! " (MG 8)

Pour d'autres encore, la prise de rendez vous sur internet est une contrainte supplémentaire :

- " Ah non ! C'est pas à nous de faire ça ! Nous on est des scribes maintenant. Moi je ne suis plus médecin, je fais de l'écriture. De l'écriture, et du secrétariat. " (MG 9)

- " C'est une contrainte administrative pour nous. " (MG 11)

Enfin, MG 6 n'a pas vraiment confiance dans la fiabilité d'un tel système, s'il devait être mis en place un jour: " *C'est effectivement un truc à la mode. Mais ça marchote, quoi ![...] Mais ça marche pas, cette affaire.* "

#### **4. Une meilleure disponibilité du PSY au téléphone**

Les MG souffrent particulièrement du manque de contact téléphonique. Ils sont spontanément en demande d'une meilleure disponibilité du PSY :

- " *Ce serait d'avoir, si je suis embêté et que je téléphone dans une structure d'urgence ou CMP,[...] c'est d'avoir un contact oral, et une information tout de suite. Ca c'est certain.* " (MG 1)

- " *Et puis il y a un petit lien «je reste à votre disposition si nécessaire au téléphone», ça c'est bien.* " (MG 2, interrogé sur le formulaire de retour du PSY)

- " *Un peu plus de téléphone, ça serait mieux, ça c'est sûr.* " (MG 3)

- " *Il faut surtout qu'ils soient joignables. On est quand même à une époque où il faut communiquer.* " (MG 7)

- " *Mais quand même il faudrait que l'on puisse se joindre plus facilement.* " (MG 7)

- " *Avec les téléphones portables, je pense qu'il y a quand même moyen de donner un numéro qu'on puisse appeler en cas de besoin.[...] Ca me semble intéressant de pouvoir avoir une ligne plus directe, qui ne soit pas celle du CMP quoi!"* (MG 9)

- " *Là où ça se passe le mieux, c'est quand on arrive à avoir le psychiatre qui suit le patient au téléphone, et avoir le numéro de portable.* " (MG 9)

#### **5. Développer la messagerie numérique avec les PSY**

Ce système de communication est très apprécié par les MG, qui l'utilisent déjà avec de nombreux confrères libéraux. Ils souhaitent que les psychiatres, ou les services de psychiatrie les rejoignent :

- " *Ou bien par apicrypt. Quand le psy change le traitement, il le note quelque part quand même ? Et bien, il faudrait que la secrétaire elle nous l'envoie par*

*apicrypt, comme plein de spés. Moi je fais tout avec apicrypt. J'ai les biologies, la radio, les courriers de spécialistes...* " (MG 13)

*-" Je préfère dix mille fois avoir le courrier, et la réponse par mail comme quoi il a été vu tel jour. Et le courrier qui m'arrive comme tous les autres courriers des spécialistes dans ma boîte aux lettres[électronique]. "* (MG 3)

*-" D'avoir directement le retour du psychiatre, rapidement par internet c'est bien. "* (MG 5)

## **6. Intégrer le courrier type dans le logiciel du cabinet**

La plupart des MG sont informatisés et le logiciel de gestion de cabinet permet l'utilisation de formulaires d'adressage pour tout spécialiste. Ces formulaires sont pré remplis avec les antécédents médicaux, les traitements en cours... Ils restent bien entendu totalement modifiables à chaque instant. Intégrer le formulaire que nous avons conçu dans le logiciel médical contribuerait à ancrer très facilement le courrier-type (et donc la recommandation) dans la pratique des MG :

*-" Donc il faut que ce soit intégré à notre pratique, donc informatisé, intégré dans notre logiciel. De plus en plus, les MG travaillent comme ça. Il faudrait que ce courrier-type il soit directement affiché dans la catégorie "courrier psychiatrique", ça serait plus simple. "* (MG 5)

*-" Je préfère le prendre et l'adapter à ma trame de courrier habituel. Je ferais un courrier modèle «adressage au psy», et je reprendrais toutes les catégories. Je ne changerais que la forme. "* (MG 2)

*-" J'avoue que si c'est intégré à mon logiciel, ça m'arrange.[...] Ca me fait gagner du temps. "* (MG 13)

*-" Oui, moi je trouve ça bien. [...] Quand je fais mon courrier, je vais mettre le motif, mais antécédents personnels, familiaux, allergies et traitement, elles seront déjà faites. Donc moi, j'ai plus qu'à mettre le motif d'adressage. Quand on est informatisé, on a tous un logiciel qui permet ça. "* (MG 13)

## 7. Améliorer la formation des MG

Les MG ont dénoncé une formation insuffisante en psychiatrie. Le développement de la formation médicale initiale pourrait être une piste :

- " *On devrait peut être rendre obligatoire un stage en psychiatrie.* " (MG 12)

- " *On doit travailler beaucoup plus sur la psychiatrie dans les études, sur le stage obligatoire en psychiatrie. C'est comme ça qu'on va améliorer la communication, je pense que le plus gros frein vient du MG. Je pense qu'il ne vient pas du spécialiste.* " (MG 12)

- " *La formation de base, elle n'est pas mauvaise, mais faire 3 mois de psy, ça paraît cohérent.* " (MG 13)

## 8. Encourager les rencontres physiques MG-PSY

Certains MG sont demandeurs de contacts directs :

- " *Oui, ça peut être bien. C'est toujours bien ça, de connaître les personnes. Mettre un visage sur un nom c'est très bien.* " (MG 14)

- " *Ce serait de connaître un peu les pys de mon secteur. Ca, ça serait bien quand même... Peut être organiser des rencontres physiques.[...] Ca m'ennuie quand même de ne pas le connaître personnellement.* " (MG 4)

## 9. Un meilleur investissement du MG

Pour deux MG, l'effort à fournir pour améliorer la communication incombe en priorité au MG :

- " *Spontanément, il y a une demande de contact de leur part, j'en suis sûr. Je pense que le travail est plus à faire sur le MG. Le MG doit revendiquer un peu plus la psychiatrie, comme il peut le faire pour la cardiologie, la gastro entérologie...* " (MG 12)

- " *Essayer d'harmoniser les courriers, c'est une excellente idée. Il faut le faire. Le MG va plus s'impliquer, les retours seront de meilleure qualité.* " (MG 5).

## DISCUSSION

### I. Forces et faiblesses de l'étude

#### A. Points forts

##### 1. La confrontation de la recommandation à la réalité

Plutôt que de recueillir l'avis des MG sur la recommandation, d'une manière qui aurait été certainement détachée, nous avons décidé de proposer, et d'évaluer un moyen d'action très concret. La recommandation identifie l'échange de courrier entre MG et PSY comme le principal levier permettant d'engager une communication. Elle propose, en quelque sorte, un "cahier des charges" des courriers dans les deux sens. Mais cette recommandation souffre d'un manque cruel de diffusion et de connaissance auprès de ses cibles (32,51,54) aussi bien PSY que MG. La création des courriers-types répondait à cet écueil, sous une forme acceptable pour les deux interlocuteurs. Les MG interrogés ont tous utilisé au moins une fois le courrier-type, certains à de nombreuses reprises. Les avis et les impressions des MG suite à l'utilisation du courrier-type, n'en ont que plus de poids. Les résultats produits sont véritablement puisés dans le terrain de l'expérience, et témoignent d'une plongée de la recommandation dans le réel sans concession.

##### 2. Les MG participants et les MG interrogés

Bien que dans le cadre de la recherche qualitative, le nombre de participants ne puisse être une donnée scientifique majeure, celui-ci concourt tout de même à

démontrer l'intérêt des MG si ce n'est pour l'étude, du moins pour le sujet de la communication avec les PSY.

Tout d'abord, les chiffres du démarchage téléphonique montrent que lorsque que nous avons directement en ligne le MG et que nous pouvions expliquer notre projet, la réponse était positive (avec un rendez vous décroché à leur cabinet) presque une fois sur deux (47%). Le taux de participation définitif (incluant les refus et les injoignables) est de presque 40%, soit 70 MG, ce qui dépassait nos prévisions.

Il faut noter que le nombre d'utilisateurs total du courrier-type chez les MG est certainement plus important que les 14 interrogés. En effet, parmi les 70 participants, nous avons pu recueillir certaines données lors du démarchage téléphonique : une trentaine de MG participants déclaraient avoir utilisé le courrier. De plus, les doubles anonymes que nous avons recueillis montrent que trois MG supplémentaires ont utilisé le courrier, alors qu'ils n'ont pas été interrogés. Enfin, lors du démarchage physique et téléphonique, une dizaine de MG consentaient à utiliser les courriers, mais refusaient d'ores et déjà de participer aux entretiens ultérieurs, par manque de temps ou pour raison personnelle.

Au total, la saturation des données a été atteinte à l'issue de 14 entretiens. Il s'agit de l'ordre de grandeur habituellement retrouvé dans ce type d'étude. Les entretiens ont très largement permis aux MG de développer leurs propos, puisque la durée moyenne des entretiens était de 34 min. Seuls deux entretiens ont duré moins de 20 minutes.

### **3. L'échantillonnage à variation maximale**

L'échantillonnage des MG à interroger parmi les 70 participants s'est déroulé par "convenance". Nous avons déjà connaissance des MG utilisateurs du courrier, via le recueil des doubles anonymes dans les CMP et les données déclaratives issues de la relance téléphonique et/ou mail. Ces derniers ont donc été préférentiellement invités à participer, et les entretiens ont été réalisés selon leurs disponibilités.

Parmi ces MG utilisateurs, que nous avons déjà rencontrés au lancement de l'étude, certains développaient des ébauches de propos déjà très tranchés, qui s'éloignaient de la moyenne ou de la bien-pensance. Trois d'entre eux ont été recrutés en priorité.

Les recherches qualitatives ne cherchent pas à reproduire une représentativité dans la population qu'elles étudient, au contraire. Elles recherchent la diversité des propos des plus consensuels aux plus extrêmes. Dans cette étude, les MG les plus motivés (fréquents utilisateurs du courrier), et les plus "variants" de la norme (voire parfois politiquement incorrects) ont été sélectionnés en priorité. Néanmoins, le reste de l'échantillonnage s'est poursuivi d'une manière plus aléatoire. Tout ceci garantit une richesse et une grande diversité dans les résultats présentés.

#### **4. Une expérience "grandeur nature"**

La phase expérimentale d'échange des courriers-types s'est déroulée dans un territoire cohérent : la ville de Lille, avec ses médecins généralistes et son offre de soins psychiatriques publique ambulatoire adulte correspondante.

En effet, il était essentiel de pouvoir recruter tous les psychiatres concernés, afin que ce travail permette d'étudier véritablement la communication, et pas simplement l'adressage unilatéral du MG vers le PSY. L'accord des 16 psychiatres pour participer a été recueilli sans la moindre difficulté.

#### **5. Le soutien scientifique de la F2RSM**

Le comité de pilotage collégial (F2RSM, CEMG, URPS-ML 59 62, EPSM-AL ainsi que l'investigateur principal) qui s'est réuni à deux reprises au sein de la F2RSM témoigne de la rigueur apportée à la question méthodologique de ce travail. De multiples références bibliographiques ont été d'abord débattues au sein de ce groupe, permettant de souligner la pertinence de la question de recherche, et de la méthode de recherche utilisée. Enfin, le protocole expérimental a été validé : création des courriers-types, envoi du courrier d'information, démarchage téléphonique et

physique des MG et des PSY, phase d'échange, et enfin réalisation des entretiens et analyse.

## **B. Les limites**

### **1. La création des formulaires**

Comme cela a déjà été dit, les formulaires-types ont été créés dans un souci d'exhaustivité par rapport à la recommandation. Ils contiennent donc toutes les catégories d'items établis par la recommandation, ainsi que les commentaires associés (voir annexes 2, 4, et 5).

Le formulaire MG a été validé, sur la forme uniquement, par un groupe de MG indépendants de l'étude. Quelques remarques mineures sur la mise en page ont été mentionnées. Il en fût de même pour le courrier du PSY. Le CNQSP aurait pu être consulté à ce moment pour avaliser notre outil, mais cela n'a pas été le cas pour des raisons temps et de praticité.

Bien que nous nous soyons efforcés de transposer le plus strictement possible le texte de la recommandation, la création du courrier-type reste tout de même soumise à l'influence de notre interprétation du texte et de notre conception graphique du courrier. Ensuite, nous supposons que l'encadré grisé en haut du courrier, expliquant très brièvement l'étude, a pu influencer l'attitude du MG lors de la rédaction en direct face au patient. Enfin, nous ne disposons d'aucune certitude quant à l'utilisation des courriers qui reposait *in fine* sur le bon vouloir et la motivation des différents participants.

Au total, ces formulaires sont un moyen simple et instantané de transcrire la recommandation dans la pratique des PSY et des MG, mais ne sont pas dénués de failles.

## 2. La faible diversité des participants

Les participants ont donc été recrutés par choix délibéré, mais aussi de manière plus aléatoire. Ceci a permis d'obtenir une grande variété des propos recueillis, mais en analysant les caractéristiques de la population, on s'aperçoit de certains déséquilibres.

Tout d'abord, la parité n'est pas respectée dans cet échantillon : quatre femmes contre dix hommes. Huit MG ont plus de 50 ans, quatre ont entre 40 et 50 ans. Seulement deux ont moins de 40 ans. On retrouve des MG dépendants des 3 secteurs psychiatriques (selon l'adresse de leur cabinet) de manière assez équilibrée: trois du 59 G23, cinq du 59 G22, six du 59 G24. Concernant leur activité : six réalisent de 20 à 30 actes/jour, quatre réalisent plus de 30 actes/jour. Notre MG moyen est donc un homme, de plus de cinquante ans, réalisant de 20 à 30 actes/jour.

Ensuite, notre population présente un biais, c'est l'intérêt certain qu'ont tous nos participants pour le thème de la communication avec le PSY, puisque l'utilisation du formulaire reposait sur le volontariat. Nous ne pouvons donc extrapoler nos résultats pour en faire "l'avis moyen" de tous les MG lillois. Néanmoins, il eût été impossible de faire communiquer des personnes ne le souhaitant pas.

Les résultats recueillis concernent un territoire très urbain, et ne sont donc pas forcément représentatifs de la situation dans d'autres territoires de la région, semi urbains, ou ruraux.

Enfin, les psychiatres privés n'ont pas été recrutés dans l'étude, alors qu'en médecine générale de ville, il s'agit d'un interlocuteur privilégié.

## 3. Les modifications dans le protocole

Le protocole expérimental a dû être adapté à deux reprises. Tout d'abord, il était question initialement de réaliser un groupe témoin (qui n'aurait pas utilisé le courrier type), afin de comparer les propos des MG utilisateurs (voir annexe 3). Ceci a été abandonné plus tard, considérant que chaque MG serait interrogé en début

d'entretien sur l'état des lieux de ses relations avec le PSY. Chaque MG serait donc en quelque sorte son propre témoin avant/après l'utilisation du courrier type.

Ensuite, les focus groups ont été abandonnés devant l'impossibilité manifeste de réunir les MG à une réunion commune. L'émulation entre les participants surgissant des focus groups aurait incité à développer, justifier et argumenter davantage les propos les plus tranchés.

#### **4. La technique d'entretien**

Le guide d'entretien permet de faciliter le travail de l'enquêteur en balayant tous les thèmes prévus à l'avance, mais il peut avoir tendance à enfermer, et freiner l'expression du sujet interrogé. C'est pourquoi l'entretien semi directif demande une véritable technique d'animation acquise par l'expérience. Dans cette étude, il s'agissait de la première fois que l'enquêteur réalisait des entretiens. Les premiers entretiens peuvent donc paraître plus hésitants, moins fluides.

#### **5. La subjectivité de l'enquêteur**

L'analyse des propos bruts nécessite une dose minimale d'interprétation de la part de l'enquêteur, et donc de subjectivité. Ce biais est néanmoins contenu par la triangulation du codage, à savoir que tous les entretiens ont été analysés par deux personnes différentes : l'enquêteur principal et le directeur de thèse. Un consensus sur l'analyse a été obtenu pour l'ensemble des codes présentés dans les résultats.

## **II. Les Principaux résultats**

### **A. L'importance de la santé mentale en soins primaires**

Les MG interrogés sont bien conscients de l'importance qualitative et quantitative des troubles de santé mentale, ou psychiatriques, dans leur activité quotidienne. Les MG sont principalement exposés à des troubles anxio dépressifs,

ou des problématiques de souffrance psycho-sociale, liés à une conjoncture économique difficile, tandis que les pathologies jugées plus sévères (troubles psychotiques, troubles bipolaires...) représentent une part plus faible de leur activité.

Ils reconnaissent pleinement l'intérêt de réaliser un soutien psychologique de premier recours, et deux d'entre eux s'investissent plus en profondeur en proposant des solutions de psychothérapie ou d'hypnose. Au contraire, certains MG apprécient peu la pratique de la psychiatrie, et ont tendance à délaisser ce champ de la médecine.

Le rôle des MG va également être d'assurer le suivi somatique, et de reconnaître les signes d'alertes afin d'enclencher le suivi spécialisé.

La pratique de la psychiatrie est exigeante aux yeux des MG : elle requiert un apprentissage par l'expérience, ainsi qu'une rigueur et une expertise.

## **B. Les difficultés des MG en santé mentale**

La première difficulté est conceptuelle. Le mode de pensée en psychiatrie très subjectif se heurte à l'approche cartésienne habituelle des MG, pour lesquels un symptôme doit aboutir à un diagnostic pour proposer un traitement. Ils décrivent cette spécialité comme incertaine, impalpable, à la fois dans la théorie, et dans la pratique. L'opposition entre la psychiatrie et la médecine somatique est très forte. Certains déclarent manquer de ressources thérapeutiques et se sentent véritablement impuissants, démunis face à certains patients en souffrance.

Le patient lui aussi est perçu comme incertain, non compliant. Dans certains cas, il est même un obstacle aux soins, ou un frein à la communication lorsqu'il ne transmet pas son courrier. Dans quelques circonstances le MG craint même d'être manipulé par son patient. L'auto stigmatisation de la maladie mentale pose des difficultés d'adressage (réticence à consulter) et donc des retards de prise en charge. Globalement, les consultations pour trouble psychique, ou psychiatrique, sont plus longues et plus complexes. Les patients psychotiques ou toxicomanes posent aux MG des difficultés, puisque l'essentiel de la prise en charge repose sur une relation de réseau qui leur apparaît défaillant. Certains craignent le mésusage de certaines thérapeutiques psychotropes prescrites, d'autres redoutent des problèmes de

délinquance dans leur cabinet. Suite à ces difficultés, des MG peuvent développer des réactions de rejet des patients et de la psychiatrie.

La psychiatrie est vécue comme une spécialité particulièrement chronophage car il s'agit souvent soit d'une prise en charge holistique, soit en urgence, qui se conjugue mal avec l'organisation et le rythme de travail du MG.

Enfin, la question de la responsabilité médico légale est une préoccupation importante pour les MG, puisqu'ils craignent parfois un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.

### **C. Une communication MG-PSY déplorable**

Les MG portent un regard très sévère sur l'état des relations avec le psychiatre public sur ce territoire. La communication y est soit inexistante, soit de très mauvaise qualité. Les motifs d'insatisfaction sont multiples. Il est impossible de considérer que MG et PSY soient partenaires dans le soin, au contraire, nos résultats montrent plutôt qu'ils sont presque concurrents du point de vue des MG. Tout d'abord le psychiatre est perçu comme manquant de professionnalisme, de responsabilité et de considération à l'égard du MG, et pourquoi pas manipulateur. Les situations ayant abouti à un conflit ne sont pas rares. Les rares courriers reçus par les MG sont au mieux satisfaisants, mais souvent incomplets et même confus lorsqu'ils sont manuscrits. Presque toujours les délais de réception sont trop importants. Les rapports avec les psychiatres privés sont plus contrastés, certains MG reconnaissant des difficultés identiques, d'autres déclarant des rapports plus satisfaisants. Les témoignages d'une communication de qualité sont presque anecdotiques dans les 14 entretiens réalisés. Un seul MG se déclare très satisfait de ses relations avec les psychiatres publics.

Les MG ne sont pas non plus avares de critiques sur l'organisation des soins en psychiatrie. Le "secteur" de psychiatrie est vécu comme particulièrement opaque, aréactif et indisponible. La sectorisation est perçue comme archaïque et arbitraire. Le réseau ne leur apporte pas le soutien qu'ils estiment nécessaire. Au total, l'incompréhension entre les deux acteurs crève les yeux, et finalement cette situation

aboutit à la résignation du MG, à l'isolement et à la rancœur. Il s'agit dans les résultats d'un des codes les plus fournis.

Les MG sont conscients des risques encourus par le patient à cause des ces difficultés relationnelles : des soins inadaptés, un risque de iatrogénie et de rupture thérapeutique.

Le courrier reste le moyen de communication le plus adapté pour les MG. Même si le téléphone est plus réactif et direct, il sera utile ponctuellement, pour une situation difficile. Le courrier électronique est plébiscité par les MG.

Malgré le constat très difficile fait par les MG, ces derniers restent ouverts et témoignent de leur envie d'améliorer la situation : une demande de meilleure communication, de réciprocité dans les échanges, et l'appui des structures publiques furent énoncés dans les entretiens.

#### **D. Une recommandation pas si consensuelle**

Globalement, les recommandations scientifiques en général ont bonne presse chez les MG, qui les considèrent comme un outil de mise à jour des connaissances et d'harmonisation des pratiques sur des sujets qui peuvent être problématiques.

Tout d'abord, aucun MG ne connaissait la recommandation du CNQSP lors du démarchage téléphonique et physique. Ce texte a été présenté aux 70 MG participants et une copie a été donnée à ceux qui le souhaitaient. Lors des entretiens, seuls quelques uns avaient une vague connaissance du contenu du texte.

La recommandation clivait les MG. Certains étaient d'accord, sans concession, avec le document et le trouvaient tout à fait adapté à la pratique.

Une deuxième catégorie de MG était plus perplexe. Ils s'interrogeaient sur l'intérêt pratique de la recommandation, mais surtout sur le fait de savoir si ce document répondait à une réelle attente des MG et des PSY. Pour ces MG, le texte est une évidence, il n'apporte rien de plus que le bon sens du clinicien.

Enfin, un dernier groupe de MG est plus critique et conteste la pertinence de la recommandation. Ils acceptent mal le fait de vouloir standardiser la médecine mentale, cela ne s'accorde pas avec leur réalité de terrain.

Une étude recueillant l'avis des psychiatres sur la communication avec le MG retrouvait ce même clivage auprès des PSY.(32)

## **E. Un avis plutôt positif sur les courriers-types**

Les courriers-types ont reçu un accueil globalement positif. Après utilisation, les MG considèrent que cet outil est adapté à leurs préoccupations, qu'il leur apporte une aide, notamment pour structurer leur examen psychiatrique et leur courrier. Il agit un peu comme un cadre, une trame. Pour plusieurs MG, ce courrier agit comme promoteur d'une bonne communication avec le PSY, et permet de développer des échanges personnalisés. Le formulaire MG a semblé facile à utiliser, assez souple, et a été bien accepté par les patients concernés.

Plusieurs critiques négatives méritent néanmoins d'être soulignées. D'abord et avant tout, le formulaire souffre peut être de son exhaustivité pour plusieurs MG, et de ce fait apparaît trop long, ou trop difficile à remplir en situation de consultation de médecine générale habituelle. Pour quelques MG interrogés, le formulaire était trop strict, trop rigide. Pour d'autres, il est redondant. Enfin, il peut également être perçu comme une tâche administrative supplémentaire, alors que les MG en sont déjà surchargés par tous les organismes officiels.

Enfin, l'item "projet de soins et suggestions thérapeutiques" a posé des problèmes. Les MG considèrent d'abord qu'il n'est pas de leur ressort de formuler une suggestion, mais plutôt d'écouter l'avis du PSY qu'ils s'appêtent à solliciter. Ils peuvent penser que cette suggestion peut influencer le PSY. Ensuite, il considèrent que faire une suggestion est inapproprié, ou même irrespectueux envers le PSY.

Pour un MG interrogé, l'item "Psychothérapie" est inutile, puisqu'il est systématique à ses yeux d'engager une psychothérapie lors de la consultation d'un psychiatre. Il considère également dévalorisant le fait de "ne pas se prononcer" sur les suggestions thérapeutiques. Rappelons que la recommandation du CNQSP, il est

précisé : " *Il est important que le MG exprime les pistes thérapeutiques, notamment psychothérapeutiques, qu'il a envisagé ou, le fait qu'il n'en a pas de particulières à soumettre au psychiatre.*"

Le constat sur le formulaire du PSY est quasi unanime, il semble clair, complet, et parfaitement adapté aux attentes des MG. Seuls les items "antécédents", et "motif de recours" semblent peut-être superflus aux yeux du MG, puisqu'il connaît déjà ces informations.

## **F. Une expérimentation décevante, mais révélatrice**

La quantité de courriers échangés pendant l'étude est étonnamment faible : douze courriers (duos de courriers) récupérés dans les CMP et CAP, et un seul des MG interrogés (MG 3) qui déclare avoir reçu un seul formulaire du PSY. Les treize autres MG n'ont donc pas reçu de réponse du tout à leur demande, ou ont reçu un courrier réponse habituel. Ils témoignent véritablement de leur déception pendant les entretiens.

En extrapolant, même très approximativement, les chiffres d'activité en nouvelles consultations des trois CMP et CAP "Ilôt-Psy" de 2013, avec notre recrutement de 40% des MG, et l'adressage par les MG (environ 30%), nous pensions recueillir plusieurs dizaines de courriers pendant le temps de l'étude. Le résultat est sans appel. Quels ont été les freins à l'échange des formulaires, alors que nous pensions avoir contourné les principaux obstacles : transposition de la recommandation en un outil concret, distribution en main propre, participation des psychiatres concernés pour assurer la réciprocité, relance téléphonique et électronique ?

Force est de constater que l'échange des courriers-types s'est heurté à de nombreuses difficultés inattendues. Les MG identifient quatre origines principales. Tout d'abord, le MG lui-même. Ils reconnaissent la difficulté de changer leurs habitudes, et certains ont pu oublier d'utiliser le courrier-type alors que l'occasion se présentait. A l'inverse, il y a eu également des erreurs d'adressage, et des structures limitrophes non participantes (par exemple les CMP de Ronchin, Fâches Thumesnil, ou Lambersart) ont certainement dû recevoir des courriers-types. Ceci souligne de

nouveau les difficultés qu'éprouvent les MG avec la sectorisation. Enfin, il est intéressant de noter que le courrier a été plus souvent utilisé pour des demandes d'hospitalisation. C'est plutôt dans cette situation que le courrier leur a semblé pertinent, alors qu'il a été conçu au contraire pour débiter un suivi ambulatoire, comme dans la recommandation.

Ensuite, l'attitude des psychiatres permet également d'expliquer les difficultés rencontrées. Les MG considèrent que le PSY a pu manquer d'intérêt pour l'étude et ne répondre au courrier, ou bien même, se tromper de formulaire (courrier manuscrit).

Comme déjà énoncé plus haut, le patient vecteur de son courrier est vécu comme une difficulté majeure pour les MG. Qu'il ne consulte pas, ou qu'il ne présente pas le courrier au PSY, il est probablement à l'origine de la plus grande perte d'information.

Enfin, le courrier d'adressage lui même. Ses indications trop précises semblent restreindre fortement le champ de la communication avec le PSY, qui est multiple et variable au cours du temps.

### **III. Les questions soulevées par l'étude**

#### **A. Pourquoi un tel divorce entre MG et PSY ?**

Le constat déjà mentionné à de nombreuses reprises dans la littérature des insuffisances de communication (26,30,28,31,38) est une nouvelle fois confirmé dans notre étude. Les principaux motifs d'insatisfaction des MG sont retrouvés dans nos résultats : opacité des réseaux de soins et manque de soutien de leur part, fragmentation des prises en charges, indigence des relations, manque de réciprocité...

Un résultat frappant dans notre étude est la dimension affective des difficultés qu'éprouvent les MG, avec l'expression d'une certaine rancœur, d'une déception. Quelques études précédentes le mentionnent déjà.(26,55) Les MG sont désabusés, résignés et développent une réaction de repli. On assiste sur ce territoire à une véritable rupture. Les MG considèrent cette situation comme un refus de communiquer. Comment expliquer cette situation ?

C'est peut être la méconnaissance des exercices respectifs, et les représentations probablement faussées qui en découlent. Les MG sont bien conscients de cette incompréhension entre MG et PSY même si ils ignorent les tenants et les aboutissants : "*Mais je pense qu'en fait, on ne se comprend pas.*" (MG 13). Dans notre étude, très rapidement le psychiatre apparaît "à part" de la médecine classique, à la fois dans la pratique quotidienne, mais également sur le plan philosophique. MG 1 résume la profondeur de l'incompréhension : "*Je dirais que ce n'est vraiment pas le même cerveau. Pas le même monde.[...] Un psychiatre, on parle pas du tout la même langue. Donc c'est comme si je m'adressais à un étranger, je comprends pas ce qu'il me dit. Il comprend pas ce que je dis.*". Le psychiatre est un personnage qui ne laisse pas indifférent. La vision qu'en ont ses confrères est particulièrement négative.(56) Le psychiatre est parfois perçu comme un "fou qui soigne les fous".(56)

Quelles sont les différences dans les représentations et les croyances des PSY et des MG sur la communication ?

Les PSY sont conscients de la communication plutôt faible avec le MG. Ils affirment l'intérêt de mieux communiquer, mais considèrent que l'initiative revient au MG.(32) Ceci entre en conflit avec le sentiment du manque de réciprocité qu'éprouvent les MG: "*Parce que on a parfois l'impression que nos courriers ils partent dans le vent*". (MG 3)

Les PSY justifient leur faible retour d'information par le fait de ne pas vouloir être paternaliste envers le MG.(32) Ils peuvent également craindre que le MG ne dévoile, consciemment ou pas, des éléments médicaux sensibles, rompant ainsi la confiance instaurée avec le patient. Pour les MG, ce faible retour d'information est

vécu comme un manque de considération ou de professionnalisme : " *Pour moi, il ne fait pas ça, c'est un minimum.*" (MG 1)

L'adressage approprié et de qualité est primordial pour les PSY.(32) Ceci entre en contradiction avec certains MG de notre étude, qui considèrent que leur courrier doit être le plus bref possible, pour permettre au patient de revendiquer la prise en charge, et de ne pas influencer le PSY : " *Moi je fais un petit mot, mais bon j'explique rien.[...] Je commence pas à faire une lettre très... Et je laisse le patient s'exprimer.*" (MG 8).

Les PSY peuvent croire que le MG tarde à adresser car il a peur de perdre de vue son patient et de s'en faire déposséder. Ceci est souvent décrit dans la littérature.(26,32) Aucun MG n'a évoqué cette crainte de "perdre" son patient par l'adressage, au contraire, même les MG les plus vindicatifs désirent développer une collaboration sereine avec le PSY : " *Il faut que l'on puisse travailler ensemble. Pas chacun de son côté.*" (MG 2). Ou encore MG 6: " *Je n'ai pas de jalousie possessive. Le patient fait ce qu'il veut. Ce qu'il pense le mieux.*"

La question du diagnostic est également un point de désaccord. Les MG ne comprennent pas les réticences du PSY à affirmer un diagnostic : " *Mais il ne disent jamais de diagnostic dans leur courrier. Il ne se mouillent pas.[...] Ils restent très évasifs.*" (MG 6). Pour le PSY, il est difficile d'écrire un diagnostic.(32) Parfois, le diagnostic est difficile à poser, il peut évoluer, et le fait d'écrire sur un courrier le rend définitif. Ceci peut être stigmatisant, enfermer le patient dans ce diagnostic et au final être contre productif. Le non partage du diagnostic garantit au PSY la sécurité de l'annonce.(32) Néanmoins, les PSY peuvent parfois sous entendre largement le diagnostic, par des circonvolutions symptomatologiques ou thérapeutiques. L'annonce du diagnostic à un patient dont le fonctionnement psychique est altéré est une question complexe : d'un côté il inquiète, mais d'un autre côté il rassure.(80) Il est intéressant de noter que les patients également ont décelé cette réticence du PSY.(51) Ils peuvent la comprendre mais encouragent tout de même le PSY à être plus direct à ce propos.(51)

Certains PSY ont pour habitude de laisser le MG comme prescripteur principal, mais sans l'avoir désigné formellement. Ils laissent au patient, par accord tacite, le soin de transmettre cette information à son médecin traitant.(32) Les MG sont largement opposés à ce mode de fonctionnement : "*Donc c'est le patient qui nous dit, qui a une pathologie psychiatrique qui plus est, ce qu'il prend comme médicament, et quelle adaptation a fait le psy. Autant vous dire que niveau fiabilité, je trouve ça très moyen !*" (MG 13) Les MG peuvent douter de la compliance de leur patient, et parfois même, ils peuvent craindre de se faire manipuler : "*On est obligé de se fier uniquement à ce que nous dit le patient. Et par définition, c'est justement le genre de patients qui sont les moins fiables possible dans leur parole. Non pas qu'ils soient nécessairement tous des manipulateurs, mais ils n'ont pas tous les idées très claires.*" (MG 3)

Les avis divergent aussi sur la question de la trace que laissent les écrits. Nous avons vu que cette trace est un élément important pour le MG : elle lui permet de fixer clairement les esprits ("*Alors l'idéal c'est le courrier, parce qu'il y a une trace de ce qu'il se passe. Et que les gens ne peuvent pas me raconter n'importe quoi.*" MG 9), est indispensable pour les démarches administratives ("*Après les traces j'en ai pas besoin uniquement pour les médicaments.[...] Mais pour les dossiers d'ALD, de MDPH, dans tous ces trucs là, on en a besoin.*" MG 9), et peut également revêtir un intérêt médico légal en cas de situation dangereuse ("*Pour des raisons légales, j'ai fini par envoyer un fax en disant : " Ce mec là, il me paraît dangereux !" Je n'ai jamais eu de nouvelles.*" MG 7). Pour certains PSY, la rédaction d'un courrier peut être laborieuse, nécessite du temps pour synthétiser les informations cliniques.(32) Ils sont également conscients de l'accessibilité qu'en a le patient, puisque le secret ne lui est jamais opposable. Le langage utilisé est donc plus consensuel, ce qui permet d'être lu par la majorité, mais provoque aussi une perte d'information. Ceci pourrait expliquer également la perception qu'ont les MG de recevoir des courriers incomplets ou insuffisants : "*Mais c'est réduit à la plus simple expression : identité du patient, diagnostic, suivi, traitement, point.*" (MG 3)

Les PSY peuvent considérer comme inutile de transmettre des courriers peu informatifs dans le cas de patients suivis au long cours et stables.(32) Ceci entre en conflit avec le mode de fonctionnement des MG, qui reçoivent régulièrement (et

l'apprécient) des courriers de tous les autres spécialistes, même en cas de *statu quo*:  
" Les autres spés font des courriers, pourquoi pas eux ? Ca a toujours été comme ça. " (MG 11)

Enfin, on peut penser qu'il existe une asymétrie dans la souffrance ressentie par ces deux professionnels. Bien qu'il existe plus d'études recueillant l'avis des MG que celui des PSY(26), on peut avoir l'impression que les reproches sont à la fois plus nombreux et plus sévères de la part des MG.

## **B. Le courrier d'adressage comme levier majeur ?**

Si on se place du côté du PSY et des premières consultations en CMP, on s'aperçoit que le MG n'est pas l'interlocuteur prépondérant. En effet, seul un tiers des nouvelles consultations émanent d'un MG, et sans courrier dans 30% des cas.(33) Les nouvelles consultations proviennent soit d'un accès direct (patient qui court-circuite son MG), soit sur l'avis des services sociaux, soit d'autres médecins. La majorité des nouvelles demandes reposent en réalité sur deux types de patients. D'abord des patients adressés par le MG, mais vu par un professionnel non psychiatre (IDE, psychologue) qui ne rédige habituellement pas de courrier. Ceci concerne presque un patient sur deux adressé par son MG.(33) Ensuite, bon nombre de patients sont vus par le psychiatre, qui rédige un courrier, alors que le MG ne l'avait pas adressé. Dans les entretiens, quelques MG confirment que la situation d'adressage n'est pas très fréquente, et que finalement, ils interviennent plutôt à la suite d'une prise en charge débutée en urgence ou en relais des services sociaux, pour assurer un suivi au long cours : " Je ne sais pas si c'est très fréquent, d'adresser quelqu'un au psychiatre. Finalement, on voit pas mal de patients qui ont été amenés au psychiatre par quelqu'un, famille, pompiers... On va les voir après, mais on les aura pas vraiment envoyés au départ. Dans la vraie vie, adresser quelqu'un au psychiatre, c'est pas si évident que ça. On en fait pas tant que ça. On les récupère après." (MG 14)

Au final, le circuit idéal où le MG reçoit une réponse du psychiatre à la question qu'il a posée (adressage) est très rare (6% des nouveaux patients vus au CMP). Ceci

conforte l'impression qu'ont les MG de ne recevoir que rarement des réponses (26 % des cas)(33), comme notre étude le montre également.

Pour obtenir un échange plus important, peut être aurait-il fallu systématiser ce dispositif de courrier-type ? En d'autres termes : obliger. D'abord les MG à faire un courrier d'adressage pour chaque nouveau consultant au CMP, ensuite les PSY à ne rédiger que des courriers Génépsy pour chaque nouveau patient. Cette systématisation existe déjà sur certains secteurs(33), où la communication était satisfaisante au préalable, et où l'adressage est plus élevé. Une première moitié des MG de notre étude n'est pas opposée à cette généralisation, bien au contraire. La seconde moitié des MG s'y oppose farouchement, en justifiant. Ils pensent tout d'abord que cette obligation risque de compliquer l'accès aux soins spécialisés, alors qu'il existe déjà une certaine réticence des patients à consulter. Ils craignent également la surcharge administrative que représenterait ce dispositif. Enfin, d'autres sont réellement suspicieux et pensent que cette idée n'est qu'une manœuvre pour limiter l'activité du CMP, en renvoyant chaque nouveau consultant vers son médecin traitant d'abord. Il eût été impossible de généraliser les courriers-types dans notre étude, en raison tout d'abord du temps imparti et de la lourdeur organisationnelle et technique (modifier en profondeur le fonctionnement de quatre structures psychiatriques et de plus de 170 MG). Pour faciliter l'appropriation de la recommandation, certains MG évoquent l'idée d'intégrer le courrier-type dans leur logiciel de gestion cabinet, ce qui permettrait de le démocratiser sans avoir à y penser spécifiquement.

Quoi qu'il en soit, cette étude montre que vouloir promouvoir la communication en proposant une standardisation des courriers d'adressage et de réponse est très difficile. Nous avons vu que la situation d'adressage n'est finalement pas si fréquente, et la communication entre le MG et le PSY se déroule aussi et surtout à d'autres occasions. Concernant les courriers, d'autres pistes doivent être envisagées.

Dans les entretiens, des MG évoquent le besoin de recevoir plus régulièrement des courriers de suivi, ou des courriers "de liaison". Il s'agit de courriers rapides, comprenant l'évolution clinique, le traitement et les mesures associées (psychothérapie, ateliers...). Ce courrier pourrait être rédigé par un psychologue ou

par l'IDE, mais toujours avalisé par le PSY référent. Une étude anglaise (57) retrouvait d'ailleurs un déficit de communication plus important en cas de suivi plutôt que pour une nouvelle demande. Les PSY reconnaissent que la quantité d'information diminue au fur et à mesure de la chronicisation d'une prise en charge.(32) Les MG souhaitent également être prévenus lorsque leur patient manque un rendez-vous chez le PSY, comme cela se fait couramment avec les autres spécialités. La littérature faisait déjà mention de ce dernier point.(57) Ceci permettrait d'éviter les confusions et le télescopage des différentes prises en charge. Les MG de l'étude identifient d'ailleurs cette coïncidence de 2 suivis sans échange comme une difficulté de communication.

Est- il important d'améliorer l'adressage qualitatif et quantitatif des MG ? Sans aucun doute, mais une vision plus globale des échanges de courriers et de la communication en règle générale est nécessaire pour permettre des avancées significatives. Un précédent travail (54) développait déjà cette notion. Au vu de nos résultats, nous pensons *a contrario* de l'argumentaire scientifique du CNQSP (26), que le courrier-type serait certainement plus efficace en complément d'une collaboration déjà installée entre les professionnels.

Enfin, l'utilisation des courriers-types pour améliorer la communication entre médecins est discutée dans la littérature. Une étude sud africaine de 1996 (58) ainsi qu'une étude anglaise de 1997 (59), montrent que les lettres-types entre MG et l'hôpital contiennent plus d'informations que les lettres classiques. Néanmoins, l'utilisation de tels courriers-types n'augmente pas le taux de réponse (58) des soins secondaires. Le contact personnel entre spécialistes et MG semble influencer plus fortement le taux de réponse.(58) Deux autres études (60,61) ne montrent pas de différence significative de qualité des informations transmises entre les courriers libres et ceux préformatés.

En 2013 une étude au Sri Lanka proposait d'utiliser des courriers-types d'adressage et de réponse (62) avec différents spécialistes hospitaliers. Le taux de réponse fût, comme pour notre étude, très faible. Cette tentative pour améliorer la communication ne fut pas concluante. Les courriers-types permettraient tout de même d'améliorer la qualité des courriers, et de faire gagner du temps aux MG et aux spécialistes.(63) Un autre auteur (64), à propos de cette même étude souligne

l'originalité des courriers-types, mais également que le problème principal réside dans l'absence de réponse du spécialiste. Il préconise plutôt d'obliger le spécialiste à répondre à chaque courrier. Enfin, une étude anglaise (46) portant sur des courriers-types envoyés par des internes de psychiatrie a montré une meilleure qualité des informations échangées, une meilleure communication et la satisfaction des MG.

## **IV. Les pistes d'amélioration**

### **A. Sur le plan des courriers**

Nous venons de voir que l'amélioration de l'adressage et de la qualité des courriers est un élément important pour engager le dialogue avec le psychiatre (26,33). L'intégration de la recommandation dans le logiciel du cabinet du MG sous forme de courrier-type "adressage au PSY" comme avec tous les autres spécialistes pourrait être une piste pour démocratiser aisément ce texte.

La question de la systématisation des courriers est à explorer également. Chaque nouvelle consultation en CMP pourrait se conclure par un courrier adressé au MG, quel que soit l'intervenant concerné : psychiatre, psychologue ou IDE, sous l'autorité d'un psychiatre référent. Les MG sont favorables au développement de la collaboration avec ces professionnels.(54) Le MG pourrait être sollicité pour faire un courrier à chaque consultation, qu'il soit à l'origine de l'adressage ou non, ne serait-ce que pour transmettre les éléments essentiels (somatiques et psychiatriques) au PSY. Nous avons vu que les MG sont partagés sur cette question du courrier d'adressage systématique.

Enfin, il paraît utile de développer la pratique des "courriers de liaison". Lors des suivis prolongés, les MG sont en demande de courriers réguliers, même très brefs. De la même manière, ce courrier, ou "mot de liaison" pourrait être rédigé par le psychologue ou l'IDE, sous l'autorité du psychiatre. Il apparaît également utile de prévenir le MG par courrier de l'absence de leur patient à un rendez vous.

## **B. Les autres modes de communication**

### **1. La communication indirecte : mail, internet**

L'échange de mails sécurisés professionnels est un moyen de choix pour les MG, qui l'utilisent déjà avec bon nombre d'autres confrères libéraux ou hospitaliers. Les atouts sont nombreux : très simple, dématérialisé donc gain de temps et d'argent, meilleure traçabilité du parcours du patient, trace intégrable en 1 clic dans le dossier médical. Bien souvent, ce système vient en surplus du courrier papier classique, envoyé par voie postale ou remis en main propre au patient.

La question de la prise de rendez vous par internet par le MG a été évoquée lors d'un entretien. Cette mesure est discutée par les autres MG. Certains y voient le moyen d'accélérer l'adressage en bousculant une certaine réticence des patients à consulter. D'autres MG y sont farouchement opposés, refusant de materner leurs patients, et mettant en avant que la motivation du patient est le principal moteur des soins.

Le fax et la télémédecine n'ont pas été abordés par les MG de l'étude. Pourtant le recours à l'avis psychiatrique en ligne est une piste intéressante. Deux études outre atlantique montrent qu'un système de consultation, ou d'avis en ligne, est très efficace, rapide, et permet d'éviter des consultations classiques inutiles.(65,66) PSY et MG semblent tous les deux très satisfaits de ce modèle de communication.(67)

### **2. Communication directe : téléphone et rencontres physiques**

La communication directe, en face à face est assurément le meilleur mode de communication entre deux individus, quels qu'ils soient. Les rencontres physiques entre PSY et MG doivent être encouragées. Les MG y sont favorables, même si cet aspect a été assez peu évoqué spontanément lors des entretiens. Ces rencontres peuvent être envisagées sous de multiples modalités : réunions cliniques auxquelles le MG pourrait être invité, réunions d'intervisions, réunions de FMC, organisations de

colloques. Le problème majeur de ce type de rencontres est bien entendu la disponibilité de tous les acteurs. Les MG le reconnaissent.

Le téléphone pourrait être un bon compromis. Le manque de disponibilité du psychiatre au téléphone est une plainte récurrente dans les entretiens. Les MG sont bien conscients des problèmes de disponibilité que pose le téléphone, mais il reste un moyen de communication très apprécié, plutôt ponctuellement pour des situations plus complexes ou qui nécessitent une réponse rapide. On pourrait imaginer une ligne directe réservée aux MG qui permettrait de joindre facilement un psychiatre pour un avis sur une situation difficile, et qui pourrait éviter une hospitalisation.

La multiplicité des modalités de communication, ou "communication interactive", permet le développement de la collaboration entre les soins primaires et spécialisés, et se traduit par des effets cliniquement pertinents sur le soin du patient.(68,69) Par exemple, l'amélioration des indices sur les échelles de mesure de la dépression. (68)

### **C. Comblé le gouffre entre MG et PSY**

L'absence de culture commune déjà décrite dans la littérature (32,70,71) et retrouvée dans l'étude s'oppose au développement du travail en réseau. Comment travailler ensemble lorsque l'on ne se comprend plus ?

Nous pensons que la solution la plus efficace et pérenne est d'améliorer la formation médicale des MG et des PSY, afin de développer les échanges professionnels et personnels dès le début de la formation. Du point de vue des MG, compte tenu de la très forte prévalence en population générale des troubles mentaux, il n'apparaît pas abusif de proposer un stage obligatoire en milieu psychiatrique dans le cursus des internes de MG. Notre étude, comme d'autres, démontre en effet que la formation est insuffisante.(72,76) Ceci permettrait de démystifier le psychiatre et de déstigmatiser la spécialité aux yeux du MG. On peut ainsi espérer le développement d'une culture commune entre internes, donc entre médecins seniors quelques années plus tard. L'enseignement théorique en psychiatrie, notamment la sémiologie, doit être renforcé au cours des premier et deuxième cycles des études médicales (PCEM et DCEM).(76)

On pourrait également envisager d'enseigner la communication entre médecins pendant les cursus des MG et des PSY, comme différents travaux l'évoquent.(73,74) Notons à ce propos que l'AESP (Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique) a rédigé un document de synthèse pour aider les psychiatres à la rédaction des courriers médicaux.(75) Cette association propose également des enseignements de sémiologie psychiatrique axés sur les nouvelles technologies (vidéos d'apprentissage sémiologique, e learning...). Enfin, il serait intéressant de rendre obligatoire un stage de MG en deuxième cycle des études médicales (DCEM), afin que tous les futurs internes (de psychiatrie ou non) aient une expérience minimale de la médecine générale.

Dans notre étude, les MG manifestent la volonté de rompre l'isolement, sont demandeurs de soutien de la part du secteur, et désirent avoir une vision commune avec le PSY pour leur patient. La psychiatrie publique française fonctionne sur un modèle communautaire, ou de remplacement, dans lequel le psychiatre ou son équipe pluridisciplinaire sont identifiés par le patient comme premier recours.(40) Ceci entretient la confusion des rôles entre les soins primaires et secondaires et constitue un frein à la collaboration.(40) Lorsqu'une véritable coopération existe entre MG et PSY, elle est le plus souvent le résultat d'un réseau de connaissances personnalisées.(40) Les modèles "Ville-Hôpital" semblent être propices au développement de cette collaboration.(40) C'est ce que propose les dispositifs de soins partagés (DSP) comme celui du Réseau de Promotion de la Santé Mentale Yvelines-Sud (RPSM 78).(27,78) Il s'agit d'une offre pluridisciplinaire de consultation où MG et PSY travaillent en étroite collaboration. Les délais d'accès sont très courts. Le MG prend une part active au projet de soins du patient. Il est systématiquement contacté en retour, par téléphone principalement, puis par courrier à l'issue de plusieurs consultations. Le réseau assure par ailleurs un suivi, et reste disponible à tout moment si le MG le juge nécessaire.(40) Ses résultats sont très encourageants (27) puisque 95 % des patients se déclarent satisfaits, et 85% des généralistes concernés. Le développement des DSP est le deuxième axe d'amélioration proposé par la recommandation du CNQSP. Une revue de la littérature montre d'ailleurs une supériorité des mesures "organisationnelles" sur les interventions "éducatives". (27,40,79) Enfin, citons le modèle des "liaisons-attachements" (30,40) où les psychiatres interviennent régulièrement dans le cabinet du MG pour proposer une

consultation. Ces initiatives sont plus adaptées aux milieux ruraux, tandis que les "consultations-liaisons" s'adaptent plus aux régions urbaines.(30)

## CONCLUSION

A l'issue de ce travail, nous pouvons conclure sur plusieurs points.

Tout d'abord, le constat déjà bien documenté des relations difficiles entre les MG et les PSY est conforté, mais revêt sur ce territoire une dimension supplémentaire; nous parlons d'un véritable divorce du point de vue des MG. Une telle rupture peut être le fait d'une incompréhension profonde, et de la non complémentarité des représentations respectives.

Les avis des MG sur la recommandation de bonne pratique du CNQSP sont partagés. Un premiers tiers adhère pleinement à ce texte. Un second tiers a plutôt un avis neutre. Enfin, le derniers tiers critique le cadre trop strict et envahissant que représente ce texte. Malgré cela, les courriers-types ont reçu un accueil plutôt positif. Le premier formulaire (MG) s'est intégré assez facilement à la pratique quotidienne des MG. A l'usage, il s'est révélé être un atout pour structurer l'examen psychiatrique du MG, et permettait d'ouvrir le dialogue avec le PSY. Ses principaux défauts sont liés à son exhaustivité : le temps nécessaire à la rédaction, la difficulté à le remplir intégralement. Il peut être ressenti comme une contrainte administrative supplémentaire pour des MG qui s'en considèrent déjà saturés. Enfin, plusieurs MG sont en désaccord avec le fait de devoir faire une suggestion thérapeutique. Ceci leur apparaît inapproprié, maladroit, voire même irrespectueux envers le PSY. Le formulaire réponse (PSY), quant à lui, réalise presque un sans faute. Il est apparu très complet, clair, et parfaitement adapté aux attentes des MG.

Tout l'intérêt et la pertinence de ce travail repose sur la volonté de proposer un moyen d'action concret pour promouvoir la communication. L'expérience de l'échange des courriers types s'est retrouvée confrontée à de nombreuses difficultés. L'échange a été très faible et les MG témoignent de leur déception, même si les torts apparaissent partagés entre le patient, le PSY et le MG lui même. Les principaux obstacles à l'échange des courriers-types sont les suivants : difficulté à changer les habitudes du MG surtout et du PSY, le patient vecteur de l'information, les conditions d'utilisation du courrier-type trop restreintes.

Ceci soulève la question de savoir si le courrier d'adressage est un levier majeur pour améliorer les échanges collaboratifs. Nous pensons qu'il est un élément important pour la collaboration, mais insuffisant pour la développer à lui seul. D'autres propositions complémentaires doivent être faites concernant les courriers (systématiques à chaque consultation, courriers de liaison, courrier des professionnels para médicaux), mais également concernant le développement d'autres modes de communication (mails sécurisés). La communication directe, sous quelque forme que ce soit, doit être encouragée: téléphone, interventions, réunions de FMC... Enfin, il est nous semble très important d'améliorer la formation médicale initiale des MG et des PSY pour prévenir au plus tôt les incompréhensions entre les professionnels, développer une culture médicale commune et ainsi de réelles relations collaboratives.

Enfin des mesures organisationnelles doivent être mises en place pour moderniser les réseaux de soins, redéfinir les rôles de chacun et développer un projet de soins commun. Les dispositifs de soins partagés MG-PSY semblent être des mesures innovantes et efficaces sur ce dernier point.

Des efforts importants sont à fournir pour améliorer la communication. MG et PSY sont convaincus de cette nécessité pour le bénéfice de leurs patients communs. Des initiatives prometteuses existent déjà, mais de nouvelles actions doivent être éprouvées par des travaux ultérieurs.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015. Ministère chargé de la santé et des solidarités.[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Psychiatrie\\_et\\_Sante\\_Mentale\\_2011-2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf)
2. Rapport sur la Santé dans le Monde 2001. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. L'organisation Mondiale de la Santé 2001. Genève.
3. Granados D, Lefranc A, Reiter R et al. Les « Années de vie ajustées sur l'incapacité »:un outil d'aide à la définition des priorités de santé publique?Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique.2005.53(2).111-125.
4. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020:Global Burden of Disease Study. Lancet 1997;349:1498-1504.
5. Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la conférence ministérielle Européenne de l'OMS 2006.
6. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V et al.Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française:résultats de l'étude ESEMeD/MHEDEA 2000.L'Encéphale 2005;31:182-94.
7. Kovess V et al.The State of mental health in the European Union.2005.European Commission.79p
8. Rapport d'information adopté par la commission des affaires sociales sur « la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie », présenté par Denys Robilliard. Décembre 2013.<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>

9. Coldefy M. La prise en charge de la santé mentale: recueil d'études statistiques. Ouvrage coordonné par la DRESS. 2007. 316p
10. Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V. et al. La dotation des secteurs psychiatriques en perspective avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérale d'Ile de France. Irdes. 2010
11. Bellamy V, Roelandt JL et Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale - premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. Etudes et Résultats 2004; 347 : 1-12.
12. Gasquet I, Nègre-Pages L, Fourrier A et al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) en population générale. L'Encéphale 2005; 31(2):195-206.
13. Plancke L, Sayoud A, Benoit E et al. Le recours aux médicaments psychotropes dans le Nord - Pas-de-Calais en 2011. Psy.Brèves 2013 (3). 6p.
14. Plancke L, Ledant E. Les enseignements du Baromètre santé 2010 sur la santé mentale dans le Nord - Pas-de-Calais, Lille, F2RSM, 2013, 42 p.
15. DRASS-DDASS Nord-Pas-de-Calais, CCOMS/EPsm Lille-Métropole, ASEP, Fascicule 'Santé Mentale en Nord-Pas-de-Calais : Images et Réalités' 2008 : 1-36.
16. Plancke L, Amariei A, Danel T et al. Atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord-Pas-De-Calais. 2010. 102p.  
<http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/atlas-entier-modifie.pdf>
17. Mantelet S, Sabran Guillin V, Hardy P. Épidémiologie des associations entre troubles mentaux et affections somatiques. EMC Psychiatrie. 1998; 37-402-10
18. Saravane D, Feve B, Frances Y et al. Elaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. L'encéphale 2009; 35.n°4. 330-339.

19. Mental disorders and medical comorbidity. The Robert Wood Johnson Foundation.2011.  
[http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue\\_briefs/2011/rwjf69438/subassets/rwjf69438\\_1](http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2011/rwjf69438/subassets/rwjf69438_1)

20. Bohn I, Aubert JP, Guegan M et al. Patients psychiatriques ambulatoires.Quelle coordination des soins?La revue du Praticien Médecine générale 2007;21(770/771);511-514.

21. La situation de la santé mentale.Guide des politiques et services de santé mentale. OMS 2004.47p

22. Investir dans la santé mentale, OMS 2004.Genève.50p

23. Etude réalisée par l'URC Eco-Île de France et l'IRDES, pour la Fondation FondaMental;2009.[http://www.fondationfondamental.org/upload/pdf/dp\\_fondation\\_fondamental.pdf](http://www.fondationfondamental.org/upload/pdf/dp_fondation_fondamental.pdf)

24. Kovess-Masféty V.Place du généraliste dans la prise en charge des problèmes de santé mentale.La revue du Praticien Médecine Générale 2007;21(770/771) ;519-521.

25. Chan Chee C., Beck F., Sapinho D. et al.La dépression en France.INPES, coll. Études santé, 2009: 208 p.

26. Recommandation de Bonne Pratique sur le thème de la coopération Psychiatres-Médecins Généralistes. Améliorer les échanges d'informations :« Quelles sont les informations utiles au MG que le psychiatre doit lui transmettre après un premier adressage d'un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique (lorsque les professionnels ne travaillent pas dans un dispositif dédié à la coopération médecin généraliste – psychiatre?) » Argumentaire scientifique. CNQSP.2010.53p.

27. Passerieux C.Accès et continuité des soins pour les troubles mentaux les plus fréquents: les consultations de soins partagés du RPSM 78. Ann Med Psychol165.2007.741.745.

28. Younès N, Gasquet I, Gaudebout P, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract* 2005;6(1):18.
29. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B et al. Enquête sur la prise en charge des patients en soins primaires: les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'encéphale* 2010.36S.D73-D82.
30. Kannas S, Hardy-Baylé MC, Reboul G. et al. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? *Pluriels* 2011.92/93.16p
31. 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(3),357-362.
32. Catherine PH. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : une enquête qualitative. Thèse de Médecine générale. Rouen. 2012. 100p
33. Bazinian–Mournet T. Etude des échanges de courriers entre les médecins généralistes et les psychiatres de l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole. Thèse de Médecine Générale. Lille. 2014. 77p
34. « Charte de partenariat Médecine générale et psychiatrie de secteur ». Mars 2014. <http://www.lecmg.fr/photos/chartecmemedecinegen.pdf>
35. Goldberg D, Huxley P. *Common Mental Disorders: A Bio-Social Model*. London, England: Routledge; 1992.
36. Huxley P. Mental illness in the community: the Goldberg-Huxley model of the pathway to psychiatric care. *Nord J Psychiatry* 1996;50 (Suppl 37):47-53.
37. Slade M, Gask L, Leese M et al. Failure to improve appropriateness of referrals to adult community mental health services – lessons from a multi-site cluster randomised controlled trial. *Fam Pract* 2008; 25(3):181-90. ,

38. Naik PC, et Lee AS. Communication between GPs and psychiatrists. *BMJ* 1993;306(6884):1070.
39. Newton J, Eccles M, et Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? *BMJ* 1992;304(6830):821-4.
40. Hardy-Baylé MC, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres? *L'Information psychiatrique* 2014 ; 90 : 359-71
41. Coopération MG-PSY. Diaporama du Pr Passerieux pour La DREES-MiRe. Mai 2012.
42. Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français. Fondation FondaMental. Institut Montaigne. Etude Octobre 2014. 94p
43. Mias Verin N. Communication ville-hôpital : intérêt de la lettre d'admission aux urgences. Thèse de médecine. Toulouse: Université Paul Sabatier, 2007.
44. Dardenne J. Étude analytique de courriers d'admission de personnes âgées adressées au service des urgences. Thèse de médecine. Université de Paris-Val-de-Marne, 2006.
45. Barnes Pk et al. Emergency admissions to a general medical unit: a survey of the accompanying letters, with recommendations. *BMJ* 1991;4,424-5.
46. Waykar V. Standard template for letters to general practitioners. *Psychiatr Bull.* 3 janv 2007;31(3):110-111.
47. Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. PUF. Paris: 2009. 125 p.
48. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008. 84. 142-5

49. Granger G. Modèles qualitatifs, modèles quantitatifs dans la connaissance scientifique. *Sociologie et sociétés* 1982;14(1):5–12.
50. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Revue médicale Suisse*. 2004.503. <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=24011>
51. Gaubert A. Quelle communication les patients désirent-ils entre leur psychiatre et leur médecin généraliste? Thèse de médecine générale. Rouen. 2014. 115p.
52. AESP/CNUP. 2014. Référentiel de Psychiatrie: Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. 1ère édition. Collection "l'officiel ECN". Presses Universitaires François Rabelais.
53. Site internet de l'assurance maladie. <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/les-consultations-en-acces-direct-specifique.php>
54. Dordonne G. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. Evaluation des courriers échangés. Thèse de Médecine Générale. Paris. 2014. 82p
55. Ribaud S. Collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres dans la prise en charge de la dépression. Thèse de Médecine générale. Nancy. 2011. 135p
56. Sebbane D. Être Psychiatre: clichés, réalités, et perspectives. Thèse de Psychiatrie. Lille. 2014. 142p.
57. Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Non-attendance at psychiatric outpatient clinics: communication and implications for primary care. *The British Journal of General Practice*. 1999;49(448):880-883.
58. Couper ID, Hendebest RJ. The quality and relationship of referral and reply letters. The effect of introducing a pro forma letter. *S Afr Med J*. 1996 Dec ; 86(12) : 1540-2.

59. Jenkins S, Arroll B, Hawken S, Nicholson R. Referral letters: are form letters better? *British Journal of General Practice*, 1997, 47, 107-108.
60. Mead GE, Cunnington AL, Faulkner S, Russel KJ, Ford MJ. Can general practitioner referral letters for acute medical admissions be improved? *Health Bull (Edinb.)*. 1999 Jul ; 57 (4) : 257-61.
61. Dupont C. Quality of referral letters. *The Lancet* May 11, 2002 ; 359 : 1701.
62. Ramanayake RPJC et al. Referral letter with an attached structured reply form: Is it a solution for not getting replies. *J Fam Med Primary Care* 2013;2:319-22
63. Ramanayake RPJC. Structured Printed Referral Letter (Form Letter); Saves Time and Improves Communication. *J Fam Med Primary Care*. 2013;2:145-148.
64. Joob B, Wiwanitkit V. Referral Letter and Reply Form. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2014;3(3):292-293.
65. Bergus GR, Emerson M, Reed DA, Attaluri A. Email teleconsultations: well formulated clinical referrals reduce the need for clinic consultation. *J Telemed Telecare*. 2006;12(1):33-38.
66. Keely E, Liddy C, Afkham A. Utilization, benefits, and impact of an e-consultation service across diverse specialties and primary care providers. *Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc*. oct 2013;19(10):733-738.
67. Liddy C, Rowan M, Afkham A, Maranger J, Keely E. Building access to specialist care through e-consultation. *Open Med*. 2013;7(1):e1-e8
68. Heymans I. Collaboration médecins généralistes spécialistes au profit du patient : perspectives. *Minerva* 2010; Volume 9; Numéro 11; Page 125 - 125.
69. Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttorp M, Seelig M, Shanman R, et al. Meta-analysis: Effect of Interactive Communication Between Collaborating Primary Care Physicians and Specialists. *Ann Intern Med*. 2010;152:247-258.

70. Demailly L, Bresso M. Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques. *La lettre de la Mire*. 2005 juill;(6):6-8.

71. Demailly L. Cloisonnements et coopérations dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques. *L'Information Psychiatrique*. 2005;81(4):337-343.

72. Aubert JP. Entrée en soins psychiatriques : la voie du généraliste. *Actualité et dossier en santé publique*. n° 15. juin 1996. page IX.

73. Couper J, Harari E. Use of the psychiatric consultation letter as a therapeutic tool. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr*. déc 2004;12(4):365-368.

74. Pullen IM, Yellowless AJ. Is communication improving between general practitioners and psychiatrists? *BMJ* 1985; 290 :31

75. Site internet de l'AESP. <http://www.asso-aesp.fr/semiologie/outils-pratiques/courriers-medicaux/>

76. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *L'Information psychiatrique*. 2014 ; 90 : 319-22

77. Bensoussan M. Une démarche innovante dans l'élaboration d'une recommandation: la recommandation médecin généraliste-psychiatre. *Ann med Psychol*. Paris. 2013.

78. Site internet du RPSM 78. <http://www.rpsm78.com/dispositifs/soins-partages>.

79. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care: A Systematic Review. *JAMA*. 2003;289(23):3145-3151.

80. Danion-Grilliat A. Le diagnostic en psychiatrie: questions éthiques. Elsevier-Masson. 2006. 132p

## ANNEXES

## Annexe 1 : Tableau récapitulatif des rapports sur la santé mentale et des propositions d'amélioration.

Source : Cour des Comptes 2011.

Tableau 1. Principales recommandations de rapports publiés relatifs à de la psychiatrie, 2000-2009<sup>1</sup>

	CC 2000 <sup>2</sup>	IGAS 2001 <sup>3</sup>	DHOS 2001 <sup>4</sup>	PIEL ET ROELA. 2001 <sup>5</sup>	PLAN 2001 <sup>6</sup>	LIVRE BLANC 2001 <sup>7</sup>	ROE- LANDT 2002 <sup>8</sup>	CHAR- ZAT 2002 <sup>9</sup>	DGS 2002 <sup>10</sup>	CLERY- MERLIN 2003 <sup>11</sup>	PLAN 2005 <sup>12</sup>	MNASM 2005 <sup>13</sup>	COUZY 2009 <sup>14</sup>	Sénat et Ass. Nat. 2009/10 <sup>15</sup>	MILON 2009 <sup>16</sup>
1. Améliorer l'information		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
2. Formation des professionnels		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
3. Faciliter l'accès aux soins	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
4. Réduire les disparités régionales	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
5. Collaboration hospitalier/libér.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
6. Meilleure organisation géogr.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
7. Continuité de prise en charge	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
8. Décloisonner sanitaire/social	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
9. Travail en réseau soins de ville			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
10. Représentation des usagers			•	•	•	•	•								
11. Promouvoir droits des usagers	•	•		•	•	•	•	•		•	•	•	•		
12. Lutter contre la stigmatisation personnes avec troubles mentaux		•		•			•	•		•	•				•
13. Soutenir et impliquer familles		•	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•		•
14. Impliquer les élus locaux			•	•		•	•	•					•		
15. Suivi pers. ss main justice				•									•	•	•
16. Etudier & améliorer HO, HDT	•	•			•						•		•	•	
17. Développer la recherche				•		•	•				•		•		•

Source : Cour des comptes, en partie d'après « Manuel de psychiatrie », sous la direction de J-D Gueffi et Fr. Rouillon, Paris, Elsevier Masson, 2007, page 666. Légende des notes en annexe 1, *infra*.

## Annexe 2 : La synthèse des recommandations du CNQSP.



### SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

La coopération Médecins Généralistes – Psychiatres

## Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique

Septembre 2010

La collaboration entre médecins généralistes et psychiatres est de mauvaise qualité, particulièrement en France. Cette situation a de nombreuses conséquences négatives sur la qualité de prise en charge du patient.

La qualité des courriers échangés reflète la qualité de la collaboration entre professionnels de santé et les données montrent que l'amélioration des courriers échangés influence favorablement la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres.

Les recommandations suivantes répondent aux questions suivantes :

- quelles sont les informations utiles au MG que le psychiatre devrait lui transmettre par courrier après une première consultation d'un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique ?
- Quelles sont les informations que le courrier adressé par le MG lors d'une première demande de consultation au psychiatre devrait contenir pour aider le psychiatre à répondre de manière appropriée ?

### ***Courrier adressé par le MG au Psychiatre***

Le courrier d'adressage du Médecin généraliste au psychiatre devrait contenir les éléments suivants :

#### **Les motifs de recours au psychiatre**

De nombreuses situations peuvent justifier le recours au psychiatre. Parmi les plus fréquentes, la littérature relève : les demandes formulées par le patient ou son entourage de voir un spécialiste, un tableau clinique peu clair ou une gravité particulière des symptômes, des difficultés spécifiques rencontrées dans la relation thérapeutique, des demandes d'avis diagnostique ou thérapeutique, une demande de suivi spécialisé pour une technique de soins que le MG ne peut pas assurer, une demande de confirmation des choix faits par le MG...

**Afin de favoriser la coopération, le motif de consultation doit se formuler sous la forme d'une question qu'adresse le MG au psychiatre.**

L'explicitation de cette question permet d'ouvrir une modalité d'échange de type collaboratif puisqu'il oriente la réponse du psychiatre sur un mode non pas académique mais centrée sur la situation particulière présentée par le MG.

### Les principaux éléments symptomatiques et l'impression ou les hypothèses diagnostiques du MG

L'information qu'apporte le MG sur les éléments symptomatiques qu'il a repérés est d'une grande importance pour le psychiatre. Le tableau clinique que le psychiatre constatera peut en effet différer et cette variabilité du tableau en fonction notamment du temps ou de l'interlocuteur constitue en soi une information précieuse.

Si le MG souhaite transmettre une information sur son impression ou ses hypothèses diagnostiques, cette information aura été préalablement partagée et discutée avec le patient puisque le courrier pourra être lu par le patient.

### Les problèmes de santé somatiques et les traitements en cours.

Les intrications entre les problèmes de santé somatique et psychique sont importantes et complexes. **L'évaluation du problème psychique impose donc de connaître l'état somatique du patient.** Il en est de même en matière de choix thérapeutiques, en particulier pour une gestion optimale des risques de prescription des psychotropes.

### Les éléments de l'histoire médicale et psychiatrique

Le MG transmet, avec l'accord du patient, certains éléments de son histoire médicale et psychiatrique.

**Il est souhaitable que le courrier du MG résume, s'il possède ces informations les éléments qu'il juge les plus significatifs de l'histoire de la maladie.**

Parmi ces informations, les plus fréquemment relevées dans la littérature comme devant être renseignés sont : la date de début des troubles, l'évolution des symptômes, les comportements jugés à risque évolutif comme des actes médico-légaux, une conduite d'addiction ou des comportements suicidaires, les antécédents d'hospitalisation pour le problème psychique, les antécédents familiaux et l'observance aux propositions thérapeutiques.

Parmi les éléments figurent également ceux que le patient aura du mal à livrer au psychiatre et qui sont importants à connaître pour répondre aux questions posées par le MG et orienter la prise en charge.

### Les réactions notables liées à des traitements précédemment ou actuellement prescrits pour le trouble psychique

L'information sur les données d'efficacité (succès ou échec d'un traitement) et de tolérance (bonne ou mauvaise tolérance) est importante. Cette information concerne la réponse aux traitements médicamenteux. Cependant, elle peut également concerner d'autres types de thérapeutiques (sismothérapies, traitements psychologiques ...).

### Les faits marquants de l'histoire personnelle du patient et de son contexte de vie, familial et/ou psychosocial

Il est souhaitable que le MG informe le psychiatre, s'il possède l'information et **avec l'accord du patient**, des éléments de l'histoire personnelle du patient et de son contexte de vie, familial et/ou psychosocial qu'il juge importants pour la prise en charge.

Cependant, Cette recommandation ne vise pas à inciter le MG à expliquer les troubles du patient par des événements de vie, **mais vise à aider le psychiatre à orienter son entretien** et à faciliter au patient l'expression des événements de son histoire personnelle.

### Les modalités du suivi partagé concernant le suivi du problème psychique de son patient

**La coopération entre MG et psychiatre impose que la place de chacun puisse être envisagée dans le projet de soins.**

Il est donc essentiel que le médecin généraliste, dès son premier courrier, puisse exprimer ses attentes quant à sa place dans le suivi. Lorsqu'il n'a pas d'attentes particulières, il est également important qu'il le signale au psychiatre.

### Les suggestions thérapeutiques

Il est important que le MG exprime les pistes thérapeutiques, notamment psychothérapeutiques, qu'il a envisagé ou, le fait qu'il n'en a pas de particulières à soumettre au psychiatre.

Ces suggestions sont une demande formulée au psychiatre d'argumenter le bien fondé ou non de la technique de soins proposée par le MG et d'envisager d'autres ressources thérapeutiques.

### Les informations échangées avec le patient pour justifier d'une consultation auprès d'un psychiatre

Le MG informe le psychiatre de ce qu'il a dit au patient pour lui proposer une consultation avec un psychiatre. Cette information facilite l'ajustement du psychiatre au contexte de la demande.

## Courrier adressé par le Psychiatre au MG

Les motifs de demandes de consultations sont divers, pourtant, qu'il s'agisse d'une demande d'avis ou d'une demande de suivi spécialisé, les mêmes informations méritent d'être échangées entre le MG et le psychiatre. En effet, lors d'un premier contact avec un psychiatre, savoir qui, du MG ou du psychiatre, est le mieux placé pour prendre en charge le patient s'inscrira dans le projet de soins proposé *in fine* par le psychiatre. D'autre part, **même s'il est finalement décidé que, pour le problème psychique, le patient sera suivi par le psychiatre, le MG reste référent du patient.** Il pourra être interpellé par le patient et, en tant que référent du suivi global, il doit posséder toutes les informations utiles. Le MG est un élément important également d'implication du patient ou de désengagement du patient dans sa prise en charge psychiatrique.

### La réponse aux questions du MG

**Le psychiatre apporte des réponses aux questions posées par le MG**

Cette recommandation est sans doute la plus importante, dans le cadre d'un objectif d'amélioration de la coopération entre MG et psychiatres. Elle impose au MG de formuler, dans son courrier, les questions qu'il pose au psychiatre et au psychiatre de lui répondre.

### L'avis diagnostique ou l'énoncé des hypothèses diagnostiques

**Le psychiatre précise le diagnostic ou ses hypothèses diagnostiques et les arguments en rapport**

### Les risques évolutifs immédiats

Le psychiatre informe, si nécessaire, le MG des risques évolutifs immédiats et des éléments de surveillance à mettre en œuvre, tels qu'il a pu les percevoir lors de sa ou de ses consultations

### Les facteurs environnementaux

Le psychiatre informe le MG des facteurs environnementaux pouvant avoir un impact, positif (ressources) ou négatif (facteurs de contrainte), sur le devenir du patient et les modalités d'intervention sur eux qui, pour lui, se justifient.

**S'inscrivent dans cette rubrique les éléments justifiant d'un arrêt de travail.**

### Le projet de soins

**Le psychiatre informe le MG du projet de soins qu'il propose et l'argumente.**

Cette recommandation est distincte de la recommandation suivante qui porte sur l'organisation de la prise en charge et les modalités de suivi partagé qui vont être proposées au MG.

**Elle répond à la question du « quoi faire » pour ce patient, c'est-à-dire des ressources thérapeutiques à mobiliser.**

### L'organisation de la prise en charge

**Le psychiatre propose au MG une organisation de la prise en charge du problème psychique intégrant la place du MG.** Il argumente ses propositions en y intégrant les attentes formulées par le MG dans son courrier d'adressage.

Par ailleurs, **le psychiatre informe le MG des recours possibles en cas de difficultés**, notamment des modalités selon lesquelles il peut être contacté dans cette prise en charge et les dispositifs de recours en cas d'urgence.

### La prescription médicamenteuse

**Le psychiatre informe le MG de la prescription médicamenteuse** qu'il a éventuellement rédigée au patient ou des modifications de la prescription du MG qu'il propose et argumente ses propositions.

### Les éléments de surveillance

**Le psychiatre précise les éléments particuliers d'adaptation et de surveillance du traitement** pour ce patient et les éléments de suivi de l'état du patient

Cette information est particulièrement justifiée si le MG assure le suivi médicamenteux. Mais, même si le suivi est assuré par le psychiatre, elle reste importante. En effet, le MG peut intervenir auprès du patient, notamment pour d'autres problèmes de santé que le problème psychique ou parce que le patient l'interpelle pour avoir son avis sur le traitement prescrit par le psychiatre.

### Les modalités psychothérapeutiques du suivi

**Le psychiatre informe le MG des modalités psychothérapeutiques de suivi et les motive.**

Cette recommandation de bonne pratique a reçu le label de la HAS. Ce label signifie que cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon les procédures et les règles méthodologiques préconisées par la HAS. Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès du CNQSP.

## Annexe 3 : Courrier d'information, envoyé par voie postale à tous les MG Lillois en Décembre 2013.\*

### ***Génépsy. Un outil pour l'amélioration de la communication entre les MG et les psychiatres à Lille***

Objet : recrutement de médecins généralistes installés à Lille pour participer à un entretien sur le thème de la collaboration avec les psychiatres.

Lille, le 22 Novembre 2013

Chère consœur, cher confrère,

La communication entre la médecine générale et la psychiatrie est difficile. Il s'agit d'un constat européen, mais avant tout français. Notre étude propose un moyen d'action concret immédiatement disponible.

Nous cherchons à évaluer l'impact de l'échange de courriers formalisés entre le MG et le psychiatre du CMP (ou du CAP Ilot Psy).

Nous avons créé un courrier-type, basé sur les recommandations labellisées HAS issues du CNQSP (Collège National pour la Qualité des Soins Psychiatriques) en 2010. Ce courrier garantit un échange d'information médicale optimale entre les deux partenaires, et est un levier majeur pour améliorer la communication. Nous vous sollicitons pour participer à cette étude sous **deux modalités** :

#### **1. Le groupe expérimental**

Les participants recrutés dans ce groupe se verront remettre plusieurs exemplaires du courrier d'adressage, qu'ils devront utiliser en lieu et place de leur courrier habituel. Sous un format A4 recto verso, ce courrier ne nécessite pas plus de temps de rédaction qu'un courrier classique. Il doit être remis au patient comme votre courrier habituel. Le psychiatre du CMP (ou du CAP Ilot Psy) concerné s'engage à vous répondre selon un courrier également formalisé selon les recommandations officielles.

La période d'expérimentation du courrier sera de décembre 2013 à avril 2014.

A la fin de la période d'expérimentation, nous nous convions à un entretien unique de groupe focal (avec d'autres confrères généralistes participant à l'étude). La durée prévisible de la réunion sera de 2 heures maximum.

#### **2. Le groupe témoin**

En participant à ce groupe, vous ne recevrez pas le courrier-type, néanmoins votre rôle dans notre étude est capital. Vous serez également conviés à un entretien de groupe focal à effectif restreint.

Vous pourrez débattre de la qualité de vos relations avec les psychiatres, des conséquences positives ou négatives dans la prise en charge de vos patients, et des moyens que vous mettrez en œuvre pour encourager la communication. A la fin de l'étude, tous les participants qui le souhaitent pourront bien sûr recevoir une copie du courrier type.

Nous vous contacterons très prochainement par téléphone pour recueillir votre participation à l'étude.

Pour résumer, nous vous sollicitons :

- pour participer à **1 seul entretien** si vous êtes **témoin**,
- pour **utiliser notre courrier** pendant quelques mois, puis participer à **1 seul entretien** si vous appartenez au groupe expérimental.

Vous serez contacté(e) **par téléphone** dans les 2 cas.

Si vous êtes d'ores et déjà intéressé(e) pour participer, vous pouvez nous contacter par mail à l'adresse [genepsyf2rsm@gmail.com](mailto:genepsyf2rsm@gmail.com), par téléphone au 06 81 64 92 43.

En vous remerciant de l'intérêt que vous porterez à ce projet, nous vous transmettons nos sincères sentiments confraternels.

Gabriel Jombart et Romain Hérisson, étudiants en thèse de médecine générale.

L'étude GENEPSY est un travail de thèse de médecine générale soutenu par la Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM) Nord - Pas-de-Calais, l'Etablissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise (EPSM-AL), l'Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux du Nord - Pas-de-Calais (URPS-ML), et le Collège des enseignants de médecine générale (CEMG) du Nord - Pas-de-Calais. Cette thèse est dirigée par le Dr Benjamin Weil -Psychiatre au Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission (CP2A) à Lille.



\* Il faut noter que le groupe témoin initialement prévu a été abandonné.

## Annexe 4 : Formulaire Génepsy "MG"

GENEPSY<sup>1</sup>

*Expérimentation d'un outil pour l'amélioration de la communication MG-psychiatre à Lille.*

Ce courrier est à utiliser pour toute première demande d'avis psychiatrique adressée au Centre médico-psychologique (CMP) de votre secteur, ou au Centre d' Accueil Permanent ( Ilot Psy) durant la période allant de décembre 2013 à avril 2014.

La réponse du psychiatre vous sera adressée également selon un format standardisé. Vous serez contacté ultérieurement pour procéder à un retour sur l'expérimentation de cet outil. Vous pouvez télécharger ce courrier en version numérique sur <http://www.santementale5962.com>, rubrique Génepsy.

Pour toute demande d'information complémentaire, ou formulaires supplémentaires, veuillez nous adresser un mail à [genepsyf2rsm@gmail.com](mailto:genepsyf2rsm@gmail.com)

<sup>1</sup>. Travail de thèse de médecine générale menée avec le soutien de la Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM) Nord - Pas-de-Calais, de l'Établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise (EPSM-AL), de l'URPS-ML 5962 et du CEMG.



## DEMANDE D'AVIS PSYCHIATRIQUE PAR UN MEDECIN GENERALISTE

Cher Confrère, Chère Consoeur,  
Merci de recevoir Mme/ Mlle/ M ....., né(e) le ..... pour :

## Motif principal de recours :

*Veuillez préciser le motif sous forme interrogative si possible. Par exemple : aide diagnostique, thérapeutique ou avis sur la prise en charge.*

## Tableau clinique / hypothèse(s) diagnostique(s) :

## Antécédents Somatiques significatifs :

## Une thérapeutique a t-elle été mise en place ? Avec quels succès, observance et tolérance ?

**Histoire de la maladie psychiatrique et éléments somatiques significatifs :**

*Veillez préciser le mode de début des troubles, leur évolutivité, l'existence de conduite(s) à risque(s), les ATCD familiaux.*

**Quel est le contexte psychosocial , l'histoire personnelle et l'étayage familial ?**

Eléments essentiels du parcours de vie :

Eléments pertinents du contexte psycho social :

**Projet de soins envisagé – Ambulatoire, hospitalisation libre, prise en charge sociale...****Suggestions thérapeutiques**

- Psychothérapeutique :
- Pharmacologique :
- Autre :
- Ne se prononce pas

Courrier rédigé après examen médical et accord du patient, en vue d'un premier avis spécialisé psychiatrique diagnostique et/ou thérapeutique.

En vous remerciant par avance, bien confraternellement.

Fait à ....., le ...../...../....., à .....h.....

Dr .....

Cachet

Signature

Pour mémoire :

Lille-Nord (59 G 22) : CMP 9/11 rue Barbier Maes - Dr Ait Menguelet	03 20 87 96 41
Lille-Sud (59 G 23) : CMP 12 rue de Cannes - Dr Decousser	03 20 16 86 00
Lille-Est (59 G 24) : CMP 239 rue du Faubourg de Roubaix - Dr Wizla	03 20 12 17 30
CAP Ilot Psy : CP2A, 2 rue Desaix- Dr Weil	03 20 78 22 22

## Annexe 5 : Formulaire Génepsy "PSY"

### ETUDE GENEPSY <sup>1</sup>

*Un outil pour l'amélioration de la communication entre les MG et les psychiatres à Lille.*

Veillez utiliser ce formulaire pour répondre à la demande d'un MG adressée selon le formulaire type. Ce document remplace votre courrier habituel. Il peut être remis en main propre au patient ou envoyé par voie postale. La période d'expérimentation des courriers est de décembre 2013 à avril 2014.

Merci de votre participation à cette étude.

Pour toute demande complémentaire, veuillez adresser un mail à [genepsyf2rsm@gmail.com](mailto:genepsyf2rsm@gmail.com)

<sup>1</sup> Travail de thèse de médecine générale menée avec le soutien de la Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM) Nord - Pas-de-Calais, de l'Établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise (EPSM-AL), du Collège des enseignants de médecine générale de la région Nord - Pas-de-Calais (CEMG) et de l'Union régionale des professions de santé – médecins libéraux Nord - Pas-de-Calais (URPS-ML).



#### COURRIER REPONSE DU PSYCHIATRE AU MEDECIN GENERALISTE CONCERNANT UNE PREMIERE DEMANDE D'AVIS SPECIALISE

Date : ..... Secteur : ..... Intervenant : Dr.....

Chère consoeur, cher confrère,

Nous avons reçu Mme/M ....., né(e) le ..... pour :

**Motif de recours :**

**Dans ses antécédents principaux, on note :**

*Sur le plan personnel et familial :*

**L'entretien a permis de mettre en évidence :**

Sur le plan clinique : *histoire de la maladie avec date de début des symptômes/ évolution/ prise en charge antérieure/ conduite à risque associée, diagnostic clinique ou hypothèses, évolutivité prévisible.*

Sur le plan social : *mode de vie/ étayage familial/ profession/ retentissement familial et professionnel*

**Les examens paracliniques suivants ont été pratiqués :****Concernant la prise en charge thérapeutique, nous proposons :**

Sur le plan médicamenteux : *molécule/ posologie/ durée minimale de traitement/ objectif/ effets indésirables fréquents/ surveillance biologique éventuelle*

Sur le plan psychothérapeutique : *méthode/ objectif/ rendez-vous prévu avec leur fréquence et période estimée*

Sur le plan social : *conséquence sur activité professionnelle/ durée arrêt travail proposée si besoin/ mise en place aide/ intervention à domicile*

Ces informations ont été détaillées au patient, dans l'attente de son prochain RDV le .....,  
je reste à votre disposition si nécessaire au *téléphone* .....

Bien confraternellement.

**Cachet**

**Signature**

## **Annexe 6 : Version finale du guide d'entretien.**

### **GUIDE D'ENTRETIEN MG-**

**0. Rappel thème "communication MG PSY" et étude "Génépsy". Propos enregistrés, puis analysés. Anonymat garanti.**

**1. Quelle est la place des troubles psychiatriques/souffrance mentale dans votre activité ?**

**2. Lorsqu'on vous parle de communication MG-PSY, qu'est ce qui vous vient à l'esprit ?**

**Si évoque des difficultés : Pourquoi les relations sont elles difficiles, selon vous ?**

**3-Que pensez vous de l' "accès direct " à la psychiatrie publique ?**

**4. Que pensez vous des courriers échangés entre vous et le psychiatre (avant l'étude) ?**

**5. Que pensez vous des recommandations scientifiques en général ? Et de celle du CNQSP ?**

**6. Et si l'on en vient aux courriers-types qui vous ont été proposés, quel est votre point de vue sur ces documents (les 2 : MG et PSY)?**

**7. L'avez-vous utilisé ?**

**8. Comment s'est déroulée la rédaction en situation réelle ?**

**9. L'utilisation du courrier a-t-elle modifié sur votre relation avec le psychiatre ?**

**10. L'utilisation du courrier a-t-elle modifié la prise en charge de votre patient ?**

**11. Quelle serait votre réaction si ce dispositif était désormais obligatoire en psychiatrie ?**

**12. Quel est le meilleur moyen de communication avec le psychiatre ?  
téléphone, Fax, mail, courrier, rencontre physique ...**

- 13. Avez-vous des idées/pistes pour améliorer la communication ?**
- 14. Que pensez vous de la possibilité de prendre RDV par internet pour son patient ?**
- 15. Vous avez été 70 MG à participer à l'étude. Une douzaine de courriers ont été échangés. Qu'en pensez vous?**
- 16. Que pensez vous de la FMI et FMC des MG sur la psychiatrie ?**
- 17. L'entretien touche à sa fin, souhaitez vous aborder un sujet, ou préciser quelque chose ?**

**AUTEUR : Nom : JOMBART**

**Prénom : Gabriel**

**Date de Soutenance : 22 Juin 2015**

**Titre de la Thèse : Etude Génépsy : promouvoir la communication MG-PSY. Que pensent les médecins généralistes lillois de l'utilisation d'un courrier-type, inspiré des recommandations d'adressage ?**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : Médecin généraliste, Psychiatre, Collaboration, Recommandations, Courrier-type, Enquête qualitative.**

**Contexte** : Les relations entre les médecins généralistes (MG) et les psychiatres (PSY) ne sont pas satisfaisantes. L'amélioration de l'échange des courriers lors d'un adressage (première demande de consultation) semble être un levier majeur pour développer la collaboration d'après les recommandations de bonne pratique du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP). Cette recommandation propose de formaliser le contenu des courriers du MG et du PSY.

**Méthode** : Soixante dix MG lillois ont été recrutés pour échanger pendant 6 mois avec le PSY public des courriers-types inspirés des recommandations. Quatorze d'entre eux ont participé à un entretien semi directif pour recueillir leurs impressions sur cette expérience.

**Résultats** : L'état des relations entre les professionnels sur ce territoire est déplorable. L'incompréhension est manifeste et les représentations respectives entrent souvent en collision. Les recommandations du CNQSP sont méconnues et divisent les MG. Les MG ont majoritairement apprécié le courrier-type : il leur permet d'être plus rigoureux, il promeut et personnalise la communication avec le PSY. Il souffre néanmoins de son exhaustivité pour des MG souvent en manque de temps. Le courrier-type réponse est quant à lui parfaitement adapté aux attentes des MG. La quantité de courriers échangés et le taux de réponse par le PSY furent étonnamment faibles. Les obstacles à l'échange concernent le MG, le PSY, mais également le patient. En effet, le patient vecteur de l'information est perçu par le MG comme l'un des plus grands freins à la communication.

**Conclusion** : La mise en place d'un courrier-type d'adressage ne semble pas permettre, à elle seule, le développement de la communication. Les MG sont demandeurs de davantage de communication, par courrier, téléphone et par mail et ce, tout au long du suivi du patient. Un travail de rapprochement des professionnels est souhaitable afin de leur redonner une culture médicale commune. MG et PSY sont conscients de l'importance de communiquer dans l'intérêt de leurs patients communs.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA - Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Benjamin WEIL**