



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Que pensent les psychiatres publics de l' EPSM-AL des recommandations de bonne pratique concernant la communication avec les médecins généralistes? Analyse qualitative auprès des psychiatres publics des secteurs de Lille intra-muros.

Présentée et soutenue publiquement le 2 Décembre 2015 à 18h
au Pôle Formation

Par Romain HERISSON

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

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
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ème version
HAS	Haute Autorité de Santé
ESEMED	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
ALD	Affection longue durée
CMP	Centre Médico-Psychologique
EPSM-LM	Etablissement Public de Santé Mentale-Lille Métropole
EPSM-AL	Etablissement Public de Santé Mentale-Agglomération Lilloise
CNQSP	Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie
MG	Médecin Généraliste
EPP	Evaluation de Pratiques Professionnelles
F2RSM	Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale
CEMG	Collège des Enseignants de Médecine Générale
URPS ML Libéraux	Unions Régionales de Professionnels de Santé Médecins Libéraux
CME	Commission Médicale d'Etablissement
SDT	Soins à la Demande d'un Tiers
CATTP	Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
DCEM	Deuxième Cycle des Etudes Médicales
ECN	Examen Classant National

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Les troubles mentaux: constats actuels.....	2
A. A l'échelle française.....	2
1. Des indicateurs préoccupants	2
2. Une importante comorbidité	3
3. Des répercussions socio-économiques considérables.....	4
B. A l'échelle régionale.....	4
II. Les intervenants médicaux dans la prise en charge des troubles mentaux....	5
A. Le psychiatre.....	5
B. Le médecin généraliste	6
III. La collaboration entre le psychiatre et le médecin généraliste	7
IV. La recommandation du CNQSP	9
V. L'objectif de notre étude.....	10
Matériels et méthodes.....	11
I. Cadre de l'étude	11
A. Conception des courriers-types.....	11
B. Recrutement de la population	11
II. Phase expérimentale	12
III. Recueil des données	13
A. Choix de l'analyse qualitative	13
B. Choix des entretiens individuels semi-structurés.....	13
C. Elaboration du guide d'entretien	14
IV. Analyse thématique	15
Résultats	16
I. Description de la population	16
II. Les principaux résultats	16
A. Le psychiatre et la psychiatrie	17
1. Une spécialité médicale à part	17
a) Une discipline de doute	17
b) Une discipline touchant l'intime des patients	17
c) Une discipline qui fait peur	18
d) Une discipline qui pouvait fonctionner en autarcie	18
2. L' accès aux soins psychiatriques	19
3. Le secteur psychiatrique et le CMP.....	22
a) Un travail d'équipe dont fait partie le MG.....	22
b) La surcharge de travail des psychiatres	22
c) Le CMP permet au psychiatre de déléguer	22
d) Avis partagés concernant la sectorisation lilloise	24
B. Le psychiatre et la communication avec le médecin généraliste	24
1. Le besoin de collaborer	24
2. Une collaboration qui dépend de l'intérêt porté par le MG	26
3. Une communication variable selon les intervenants.....	27
4. Une communication qui s'épuise dans le temps.....	28

5.	Les conséquences d'une mauvaise communication entre psychiatres et MG.....	29
6.	La santé somatique permet de faire le lien avec le MG.....	31
	a) La difficulté de recueillir les antécédents somatiques.....	31
	b) La nécessité d'un suivi somatique.....	33
C.	Le psychiatre et les moyens de communication avec le MG.....	34
1.	Les courriers des psychiatres.....	34
	a) Fréquence et caractéristiques des courriers au MG.....	34
	b) Le courrier et son rôle médico-légal.....	35
	c) Les inconvénients du courrier.....	36
	d) Les motifs pour lesquels le psychiatre rédige ou non un courrier au MG.....	37
	<i>i. Le courrier systématique après le premier contact.....</i>	<i>37</i>
	<i>ii. Intérêt de l'adressage du MG.....</i>	<i>38</i>
	<i>iii. Le courrier de courtoisie.....</i>	<i>38</i>
	<i>iv. La nécessité d'échanges d'informations.....</i>	<i>39</i>
	<i>v. Le courrier lorsque le téléphone fait défaut.....</i>	<i>41</i>
	<i>vi. Le souhait du patient de ne pas communiquer avec le MG.....</i>	<i>41</i>
	<i>vii. L'absence de suivi somatique nécessaire.....</i>	<i>41</i>
	<i>viii. Les psychiatres manquent de temps pour correspondre.....</i>	<i>42</i>
	<i>ix. L'absence d'information à transmettre.....</i>	<i>42</i>
2.	Les courriers des MG.....	42
	a) Caractéristiques des courriers des MG.....	42
	b) Attentes des psychiatres.....	44
	c) Ressenti des psychiatres.....	45
3.	Le téléphone.....	46
	a) Le moyen de communication plébiscité par les psychiatres.....	46
	b) Les avantages du téléphone.....	48
	<i>i. Optimisation de l'organisation.....</i>	<i>48</i>
	<i>ii. Capacité d'échange supérieure au courrier.....</i>	<i>49</i>
	c) Les inconvénients du téléphone.....	50
	<i>i. Inconvénients d'un moyen de communication synchrone.....</i>	<i>50</i>
	<i>ii. Problématique médico-légale.....</i>	<i>51</i>
	d) Utilisation du téléphone dans la pratique des psychiatres.....	52
	<i>i. Compléter le recueil d'informations.....</i>	<i>52</i>
	<i>ii. Cas des patients suicidaires ou à risques iatrogènes.....</i>	<i>53</i>
	<i>iii. Aspects administratifs de la prise en charge.....</i>	<i>54</i>
4.	Le courrier électronique.....	54
5.	Le patient vecteur.....	57
D.	Le rôle du MG selon les psychiatres.....	58
1.	Le MG est un partenaire.....	58
2.	Le MG et sa pratique de la psychiatrie.....	60
	a) Un rôle de dépistage et de prévention.....	60
	b) Prise en charge des cas simples par le MG.....	61
	c) Le rôle de l'adressage du MG au psychiatre.....	62
	d) Variabilité interindividuelle des MG vis-à-vis de la psychiatrie.....	63
	e) Des MG débordés.....	64
	f) Des MG réticents et insuffisamment formés à la psychiatrie.....	65
	g) Un MG qui n'a pas sa place dans toutes les prises en charges.....	67
3.	Rôle de la prescription dans l'interaction psychiatre-MG.....	68
E.	La recommandation du CNQSP et sa mise en œuvre lors de l'étude GENEPSY.....	72

1.	Avis des psychiatres sur la recommandation du CNQSP	72
2.	L'étude GENEPSY	75
a)	Critique des courriers-types.....	75
i.	<i>Une base d'échange pertinente</i>	75
ii.	<i>Critiques à propos des rubriques</i>	76
iii.	<i>Une charge de travail supplémentaire</i>	77
iv.	<i>Un courrier systématique peu pertinent</i>	78
v.	<i>Problématique du délai de transmission inchangée</i>	78
b)	Retours sur le faible échange de courriers	79
c)	L'après GENEPSY	80
F.	Axes d'amélioration	81
1.	Améliorer la formation	81
a)	La formation initiale	81
b)	Instauration d'un stage en psychiatrie pour les internes de médecine générale	82
c)	Encourager la formation continue des MG	82
2.	Les rencontres physiques entre psychiatres et MG.....	83
3.	Temps de réflexion sur la prise en charge psychiatrique avec le MG... 85	
4.	Instauration d'un courrier d'adressage obligatoire selon un nouveau modèle.....	86
5.	Intensifier les contacts téléphoniques avec le MG.....	86
6.	Utilisation d'une messagerie électronique cryptée	87
7.	Adapter la rémunération du MG	87
	Discussion	89
I.	Forces et faiblesses de notre étude.....	89
A.	Points forts	89
1.	Application in vivo de la recommandation	89
2.	Le soutien scientifique de la F2RSM.....	89
3.	Validité interne de l'étude	89
B.	Points faibles.....	90
1.	Biais d'échantillonnage.....	90
2.	Biais lié aux entretiens	90
3.	Cadre restreint de la recommandation et de notre étude	91
II.	Les principaux résultats	91
A.	Besoin évident de collaboration avec le MG	91
B.	Des MG ambivalents envers la psychiatrie	92
C.	Le rôle majeur de l'adressage confirmé.....	92
D.	L'utilisation des moyens de communication par les psychiatres.....	93
1.	Les courriers	93
2.	Le téléphone	94
3.	Le courrier électronique.....	95
4.	La communication non conventionnelle	95
a)	Le patient vecteur.....	95
b)	La prescription médicamenteuse.....	96
E.	Une recommandation peu connue et non consensuelle.....	96
F.	Avis partagés concernant les courriers-types.....	97
III.	La psychiatrie, discipline à part entière	99
IV.	Axes d'amélioration	102
A.	La formation	102
B.	Rendre obligatoire la rédaction de courrier	102
C.	Les rencontres entre professionnels locaux.....	103
D.	Développer l'utilisation du téléphone	103

E. Mise à disposition du psychiatre une messagerie électronique cryptée ..	104
F. Valorisation tarifaire des MG	104
G. Développer l'offre médicale des CMP	104
Conclusion.....	105
Références bibliographiques	107
Annexes	111
Annexe 1 : Courrier-type GENEPSY "MG"	112
Annexe 2 : Courrier-type GENEPSY "Psychiatre"	114
Annexe 3 : Courrier d'information adressé aux MG Lillois.....	116
Annexe 4 : Guide d'entretien dans sa version finale.	117

RÉSUMÉ

Contexte: La communication entre psychiatres et médecins généralistes (MG) est déplorable. La recommandation du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) propose la standardisation du contenu des échanges par courrier entre MG et psychiatres lors d'un premier adressage afin d'améliorer cette communication.

Méthode: Il s'agit d'une étude qualitative où les psychiatres publics lillois ont pu échanger des courriers-types avec 70 MG pendant 6 mois. Ces courriers étaient inspirés de la recommandation du CNQSP. A son terme, 11 psychiatres ont pu donner leur ressenti concernant ces courriers-types lors d'un entretien semi-dirigé.

Résultats: Peu de courriers-types ont été échangés. Les psychiatres expliquent ce phénomène comme une conséquence de l'exhaustivité du courrier, ayant impressionné les MG manquant de temps pour la rédaction. Les psychiatres incriminent également l'ambivalence des MG vis-à-vis de la pratique de la psychiatrie, influençant la collaboration ultérieure avec le psychiatre. La qualité de l'adressage apparaît importante dans la poursuite de la collaboration avec le MG. Le courrier-type de réponse au MG divise, telle la recommandation du CNQSP que peu connaissent: il constitue pour certains psychiatres une base d'échange pertinente avec le MG, pour d'autres il ne s'agit que d'une contrainte administrative chronophage supplémentaire.

Conclusion: Le courrier-type apparaît comme un élément parmi d'autres pouvant améliorer la communication entre MG et psychiatres, tous les autres moyens de communication pouvant être mis à contribution selon la situation du patient. Il serait nécessaire d'améliorer en amont la formation des MG afin de renforcer leurs connaissances en psychiatrie et de son fonctionnement sectoriel. Les rencontres entre professionnels d'un même secteur pourraient aider à retisser un réseau local afin d'améliorer la collaboration.

INTRODUCTION

Selon l'OMS, la santé mentale est définie comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité" [1].

Les troubles mentaux relèvent de classifications diagnostiques internationales correspondant à des ensembles de symptômes et de critères spécifiques. La dernière évolution en date de ces classifications est le DSM-5 paru en mai 2013.

Les troubles mentaux peuvent induire un handicap psychique, avec incapacité, désavantage social et dysfonctionnement social. Ces retentissements nécessitent une prise en charge complexe et multidisciplinaire, requérant, en outre, les équipes de soins psychiatriques et les médecins traitants. Cette nécessaire collaboration a d'ailleurs fait l'objet d'une recommandation de la HAS [2] et fait partie intégrante du plan psychiatrie et santé mentale de 2011-2015 [3].

I. Les troubles mentaux: constats actuels

A. A l'échelle française

1. Des indicateurs préoccupants

Les indicateurs en santé mentale en France sont relativement mauvais, notamment lors de la comparaison avec ceux de nos voisins européens.

Près de 1,3 million d'adultes étaient pris en charge par les secteurs en 2003. Selon l'étude ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) réalisée en 2002, plus d'un tiers de la population française a souffert au cours de sa vie d'au moins un trouble mental. Plus d'une personne sur cinq en avait souffert dans l'année en cours, avec, en tête de liste, les troubles anxieux (12 à 13 % des

personnes interrogées) suivis par les troubles de l'humeur (8 à 11%). La prévalence vie-entière des troubles psychotiques en France était chiffrée à 3% de la population, la schizophrénie étant la plus répandue avec un peu moins de 1% de la population [4].

Avec environ 12000 suicides par an, la France est l'un des pays européens avec le plus fort taux de mortalité par suicide [5]. Les chiffres de prévalence vie-entière concernant l'idéation suicidaire, le projet et la tentative de suicide vont dans le même sens [6].

La France prend la première place en Europe en terme de consommation de médicaments psychotropes [7].

2. Une importante comorbidité

Les troubles mentaux présentent une importante comorbidité entre eux, les troubles anxieux et dépressifs sont fréquemment associés, et, dans une moindre mesure, ceux liés à l'alcool. L'étude ESEMed retrouvait que 38% des sujets présentant un trouble dépressif avaient également un trouble lié à l'alcool ou un trouble anxieux associé [4].

Les comorbidités somatiques sont également surreprésentées chez les personnes atteintes de troubles mentaux par rapport à la population générale (maladies cardio-vasculaires, cancers, maladies métaboliques et infectieuses), avec des taux de surmortalité préoccupants [8]. Cette morbi-mortalité accrue s'explique par des facteurs de risque plus fréquemment présents dans la population atteinte de troubles mentaux: tabagisme, éthylisme, toxicomanie [9]. La iatrogénie induite par les neuroleptiques est susceptible de provoquer un syndrome métabolique pouvant lui-même aboutir à une dyslipidémie, un diabète. Ces patients souffrent également d'un moindre accès aux soins en raison de l'isolement social et de la précarité induits par les troubles mentaux, avec absence de couverture sociale, mais également par anosognosie, négligence, non compliance ou interruption de soins [10].

3. Des répercussions socio-économiques considérables

Les répercussions socio-professionnelles et économiques sont considérables, tant à l'échelle individuelle, familiale et collective. Les pathologies psychiatriques sont au 4ème rang en terme de fréquence des affections longue durée (ALD) en 2004, avec 900 000 personnes, tous âges confondus. Elles sont, par contre, la 1ère cause d'ALD avant 45 ans [11]. Par ailleurs, elles sont la 2ème cause médicale d'arrêt de travail et la 1ère concernant l'attribution d'une pension d'invalidité en 2006 [4]. Les coûts directs et indirects (comprenant la perte de production et de qualité de vie) des pathologies psychiatriques en France ont été estimés à 107 milliards d'euros en 2012 [12].

B. A l'échelle régionale

Les indicateurs de santé mentale mettent en évidence de plus grandes difficultés psychiques à l'échelle régionale qu'à l'échelle nationale.

Une enquête déclarative datant de 2008 montrait que 35,9% des personnes âgées de plus de 18 ans et résidant dans la région Nord-Pas-de-Calais présentaient un trouble mental, contre 31,9% en France métropolitaine [13]. Les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et le risque suicidaire sont plus élevés qu'en France métropolitaine. Les troubles psychotiques sont au contraire moins fréquents.

En 2010, 879 décès par suicide ont été dénombrés dans la région. La région Nord-Pas-de-Calais se place au 2ème rang régional pour les hommes et 4ème rang pour les femmes concernant la mortalité par suicide [14].

En revanche, le taux régional de bénéficiaires de l'ALD 23 (affections psychiatriques de longue durée) est l'un des plus bas de France [15], laissant supposer une sous-médicalisation des troubles mentaux.

La circonscription de Lille est composée de 3 secteurs: 59G22 (Lille nord), 59G23 (Lille sud), 59G24 (Lille est). Les troubles de l'humeur y sont plus fréquents

que dans la région, les troubles anxieux et les syndromes d'allure psychotique le sont moins. Il s'agit du secteur où la consommation de médicaments psychotropes est la moins élevée à l'échelle régionale(15).

II. Les intervenants médicaux dans la prise en charge des troubles mentaux

A. Le psychiatre

La psychiatrie publique française est organisée autour des secteurs. Ce système a été mis en place depuis le mouvement de désinstitutionalisation dans les années 1960, qui avait pour but de réintégrer, au sein de la communauté, les personnes internées souffrant de troubles mentaux, tout en leur assurant des soins de proximité, en accord avec leurs besoins médico-sociaux. Chaque secteur est délimité géographiquement afin de couvrir environ 70000 personnes, il en existe 71 dans le Nord-Pas-de-Calais. La prise en charge au sein de chaque secteur s'organise autour des Centres Médico-Psychologiques (CMP), il en existe au moins un dans chaque secteur. Ils permettent l'accueil et la coordination des soins des personnes atteintes de troubles mentaux à l'aide d'une prise en charge multidisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmières, assistants sociaux, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et éducateurs spécialisés).

La majorité de l'activité des CMP s'effectue en ambulatoire, via l'activité de consultation ou de visite à domicile, les soins libres demeurant la règle. Cette offre de soin ambulatoire publique est complétée, au besoin, par une prise en charge hospitalière à temps partiel (hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique) ou à temps complet (hospitalisation à temps complet, appartement thérapeutique). Il existe également des établissements privés de psychiatrie proposant des soins en hospitalisation.

La psychiatrie libérale est un autre moyen d'accès aux soins psychiatriques. Cette

offre de psychiatrie libérale se concentre essentiellement dans les zones urbaines et les grandes villes universitaires.

La densité moyenne des psychiatres en France métropolitaine est de 19,2 pour 100000 habitants en 2013 [16], soit la plus importante en Europe [17]. Il existe cependant d'importantes disparités territoriales; en l'occurrence la région Nord- Pas-de-Calais dénombre 14 psychiatres pour 10000 habitants, dont la majeure partie exerce dans le secteur public (59% en 2004) [18]. La plupart des consultations réalisées au CMP (41%) sont à l'initiative du patient qui consulte en premier recours, court-circuitant le médecin généraliste [19].

B. Le médecin généraliste

La région Nord-Pas-de-Calais présente une densité de médecins généralistes en activité quasiment égale à la moyenne française [16]. La mise en place du parcours de soins coordonnés en 2005 a renforcé le rôle pivot du médecin généraliste. Cette réforme assied le généraliste dans son rôle de premier recours auprès du patient, il centralise les informations du dossier médical et oriente, si nécessaire, le patient vers des soins spécialisés. Le médecin généraliste assure également un rôle de prévention personnalisée au patient. Son activité se concentre essentiellement en consultation en cabinet médical mais il peut également réaliser des visites à domicile. Cette activité d'omnipraticien lui permet de rentrer dans l'intimité des familles et ainsi de détecter certaines situations précoces concernant les troubles mentaux.

L'accessibilité des médecins généralistes est importante puisque ceux ci voient 70% de la population française sur une année. La prévalence des consultations dédiées aux troubles mentaux y est importante, représentant 25 à 30% des consultations [20]. Les prescriptions qui en émanent sont également considérables; 90% des antidépresseurs seraient prescrits par les médecins généralistes [21]. Le manque de temps et de formation [22] amène les généralistes à prescrire davantage de médicaments psychotropes, souvent en dehors du cadre des recommandations [20], afin de garantir une réponse immédiate aux patients atteints de troubles mentaux.

III. La collaboration entre le psychiatre et le médecin généraliste

Bien que le nombre de psychiatres et de médecins généralistes exerçant en France soit honorable à l'échelle européenne, les indicateurs en santé mentale sont préoccupants. Les barrières entre les premiers symptômes du patient et sa prise en charge adéquate sont nombreux et ont été modélisées par Goldberg et Huxley en 4 filtres successifs [23]:

- le premier filtre est représenté par les sujets malades consultant trop peu par non reconnaissance des troubles, méconnaissance des structures de soins ou encore à cause de l'image négative des troubles mentaux. Les campagnes publiques de sensibilisation aux troubles mentaux jouent leur rôle à ce niveau.

- les deuxième et troisième filtres sont représentés par le médecin généraliste qui ne reconnaît pas les symptômes comme psychiatrique et/ou dont la prise en charge est inadaptée sur le plan pharmacologique. Les causes sont ici multiples: manque de formation du médecin généraliste et inadéquation de la prise en charge, présentation somatique des troubles mentaux, mauvaise compréhension de l'objectif et arrêt précoce du traitement pharmacologique de la part du patient. Cela sous-entend que la formation initiale et continue du médecin généraliste doit être optimale dans la gestion des patients atteints de troubles mentaux.

- le quatrième filtre est représenté par l'interface entre les médecins généralistes et les psychiatres. L'adressage au spécialiste pourrait renforcer l'adéquation de la prise en charge et l'adhérence au traitement. La collaboration et la communication entre médecins généralistes et psychiatres y joue un rôle important.

Pour autant, le constat d'une mauvaise collaboration entre médecin généraliste et psychiatre est établi dans la littérature [24], notamment du côté des médecins généralistes. Ils mettent en cause des délais d'accès en consultation psychiatrique jugés trop importants, l'absence de retour sur ces consultations de la part du psychiatre ainsi que l'impression d'être mis à l'écart de la prise en charge une fois le patient adressé. Ces doléances des médecins généralistes expliquent en partie le fait que le taux d'adressage au psychiatre soit un des plus faibles en Europe [25],

par le biais d'un repli sur eux-mêmes dans la prise en charge des patients. De leur côté, les psychiatres reprochent au médecin généralistes des adressages tardifs ou inappropriés, l'indigence de leur courrier d'adressage, l'absence de formulation de leurs attentes et le désinvestissement du médecin généraliste suite à la prise en charge spécialisée [24].

Une étude récente sur le territoire de l' EPSM-Lille Métropole (EPSM-LM) [26] a examiné les courriers émanant de médecins généralistes pour les nouvelles prises en charge de patients au sein des CMP, ainsi que les courriers de réponses du psychiatre s'ils étaient présents. Elle a comparé leur contenu aux recommandations du CNQSP et en a tiré la conclusion que les courriers des médecins généralistes étaient globalement assez pauvres en information: seuls 63% des patients adressés par leur MG possédaient un courrier. Celui-ci contenait le motif d' adressage dans 99% des cas, les attentes du MG concernant le suivi dans 69% des cas et des éléments symptomatiques dans 81% des cas. En revanche, les antécédents somatiques et le traitement médicamenteux n'étaient renseignés que dans 30% des cas, les réactions aux traitements à visée psychiatrique dans 24,9% des cas et l'histoire psychiatrique dans 41% des cas. Les courriers de réponse des psychiatres étaient mieux renseignés: 88% répondaient à la question du MG, 79% détaillaient l'organisation de la prise en charge psychiatrique en y intégrant le MG. L'avis diagnostic argumenté, le projet de soins proposé, la prescription médicamenteuse et les modalités du suivi psychothérapeutique étaient renseignés dans au moins 86% des cas. Le risque évolutif immédiat du patient et les éléments de surveillance du traitement étaient moins bien renseignés mais, toujours dans plus de la moitié des cas (respectivement 64% et 53%). Il est à noter que la probabilité que le patient soit vu pas un psychiatre lorsqu'il est adressé par un MG est plus importante lorsque le MG écrit un courrier: dans 54% des cas versus 38% sans courrier. La probabilité que le psychiatre rédige un courrier augmente s'il a reçu un courrier du MG: 74% des cas versus 64% sans courrier. Néanmoins, la probabilité qu'un patient adressé par son MG avec un courrier soit vu par un psychiatre qui lui rédige une réponse est de 40%, ce qui reste faible, même si ce courrier de réponse est de bonne qualité, lorsqu'il existe.

Les conséquences sur la prise en charge du patient sont multiples et peuvent amener des tensions entre les professionnels médicaux: retard diagnostique, mauvaise répartition des rôles entre médecin généraliste et psychiatre avec une fragmentation des soins, voire leur interruption, la mauvaise gestion du traitement pharmacologique, la répétition d'examens ou d'avis inutiles avec leurs coûts humains et financiers et enfin les risques iatrogéniques.

IV. La recommandation du CNQSP

Le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) a étudié la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres et a publié la recommandation intitulée " La Coopération Médecins Généralistes – Psychiatres. Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une première demande de consultation par le Médecin Généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique" [24].

Cette recommandation a été élaborée grâce à une méthodologie rigoureuse. Un comité de pilotage composé de professionnels de santé ayant fait une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) a confirmé le potentiel d'amélioration des pratiques en favorisant les échanges collaboratifs. Un groupe de travail, composé de médecins généralistes, psychiatres et usagers, a ensuite défini la stratégie de recherche bibliographique afin de faire l'état des lieux des connaissances utilisables. Une première version de la recommandation a été proposée, puis soumise à un groupe de lecture émettant son accord ou son désaccord avec les propositions. La seconde version a ainsi été testée en situation réelle afin d'en mesurer sa pertinence. Cette recommandation a été validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2010. Elle identifie l'échange de courrier entre le médecin généraliste et le psychiatre comme un levier majeur d'amélioration de leur collaboration. Elle formalise le contenu des courriers en listant les items attendus par les professionnels de santé dans le but de faciliter et de compléter les échanges lors du premier adressage d'un patient. Elle porte sur le courrier d'adressage du médecin généraliste au psychiatre, mais également sur la réponse de ce dernier.

V. L'objectif de notre étude

Vu les indicateurs alarmants et le constat de la mauvaise collaboration entre médecins généralistes et psychiatres, nous avons souhaité matérialiser les promesses de la recommandation du CNQSP en une démarche concrète. Nous avons ainsi reformulé les items attendus dans cette recommandation en 2 courriers-types, destinés à l'usage des médecins généralistes et psychiatres d'un territoire défini.

L'objectif principal de cette étude était d'obtenir l'avis des psychiatres sur ces courriers-types, inspirés de la recommandation du CNQSP, après les avoir utilisés.

Les objectifs secondaires étaient:

- explorer l'amélioration présumée de la communication.
- explorer le ressenti des psychiatres concernant leur communication avec les médecins généralistes, via les outils de communication mis à leur disposition au regard du fonctionnement sectoriel.
- étudier l'applicabilité des recommandations de bonne pratique en situation réelle, et, le cas échéant, les freins à leur mise place.
- recueillir leurs idées afin d'améliorer la communication.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Cadre de l'étude

A. Conception des courriers-types

L'intérêt de notre étude a été débattu au sein d'un comité de pilotage composé de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM), du Collège des Enseignants en Médecine Générale (CEMG), des Unions Régionales des Professionnels de Santé-Médecins Libéraux 59-62 (URPS ML 59-62) et de l' EPSM-AL. La F2RSM nous a également apporté un soutien logistique et son concours dans nos choix méthodologiques. Nous avons matérialisé les courriers-types en nous inspirant ad-integrum de la recommandation du CNQSP. Ces courriers-types (Annexe 1 et 2) ont été validés sur la forme par un groupe de MG puis un groupe de psychiatres indépendants de l' étude. Afin de donner une dimension reconnaissable à notre étude, nous l'avons nommée GENEPSY en concertation avec le comité de pilotage.

B. Recrutement de la population

Nos courriers-types devaient être utilisés par le MG lors du premier adressage d'un patient à un psychiatre. Le territoire de notre étude a dû être limité pour des raisons d'ordre logistique. Nous nous sommes arrêtés sur le territoire de Lille intra-muros, lequel est composé de 3 secteurs psychiatriques et leur CMP afférents (59G22, 59G23, 59G24) ainsi que le Centre d' Accueil Permanent (CAP) Ilot-Psy à destinée des urgences.

Notre listing de MG a été conçu en recoupant les bases de données du CAP Ilot-Psy, des URPS ML 59-62, du site internet de l'assurance maladie, du site de

l'ordre des médecins et des pages jaunes. Après exclusion des médecins à exercice particulier (acupuncture, homéopathie, nutritionniste...), notre listing retrouvait 178 MG éligibles à notre étude.

Un courrier d'information sur notre étude (Annexe 3) leur a été adressé fin novembre 2013. Le recrutement a débuté 2 semaines plus tard par démarchage téléphonique. Nous avons pu recruter 70 MG participants, que nous avons pour la plupart rencontrés à leur cabinet afin de leur réexpliquer le déroulement de la phase expérimentale, recueillir leur accord final puis leur remettre des exemplaires papiers et numériques du courrier-type. Nous leur avons rappelé les conditions d'utilisation du courrier-type: premier adressage d'un patient à un psychiatre public d'un des secteurs lillois cités ci-dessus. Pour quelques MG, cette étape s'est faite par courrier électronique et/ou téléphone car ils n' étaient pas disponibles pour nous recevoir. A noter qu'aucun des MG ne connaissait la recommandation du CNQSP. L'étude des médecins généralistes participants a fait l'objet d'un travail de thèse distinct [27].

Notre population de psychiatres était composée des psychiatres publics des secteurs lillois 59G22, 59G23, 59G24 et du CAP Ilot-Psy, au nombre de 16. Nous avons reçu l'accord des chefs de pôle suite à la présentation de notre projet lors d'une réunion de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) en octobre 2013. Nous nous sommes rendus dans chacun des CMP participants afin de présenter notre étude et son fonctionnement: le psychiatre devait utiliser notre courrier-type de réponse s'il recevait un courrier-type d'adressage du MG. Son secrétariat devait photocopier cette paire de courrier, les anonymiser et nous la mettre à disposition à visée comptable, dans le but de visualiser l'évolution de notre étude.

II. Phase expérimentale

Cette phase correspondait à la phase d'échanges des courriers-types. Elle s'est établie sur 6 mois de Janvier à Juillet 2014. Elle devait durer 4 mois initialement mais a été prolongée devant le faible nombre de courriers échangés (constat lors de notre relevé des paires de courriers anonymisés dans les CMP). Malgré 2 relances auprès

des MG, l'une par courrier électronique en Février, l'autre par téléphone en Avril, nous n'avons récupéré que 12 paires de courriers à son terme, au mois de Juillet.

III. Recueil des données

A. Choix de l'analyse qualitative

L'analyse qualitative a été retenue pour répondre à la question posée par notre étude. La communication entre professionnels de santé est l'un des aspects relationnels des soins qu'il est difficile de mesurer par des variables chiffrées comme lors d'analyses quantitatives [28].

L'analyse qualitative est adaptée à l'étude de phénomènes sociaux grâce à l'étude des sujets dans leur environnement. Elle permet d'explorer les émotions, les sentiments, les comportements ainsi que l'expérience personnelle des sujets afin de les comprendre puis d'essayer de les expliquer en émettant des hypothèses [28]. Elle permet de répondre à la question de notre étude où nous avons introduit un courrier-type entre le MG et le psychiatre afin d'en mesurer les effets.

B. Choix des entretiens individuels semi-structurés

Au terme de la phase expérimentale, nous avons contacté les psychiatres et/ou leurs secrétaires par téléphone et/ou courrier électronique afin de nous entretenir. Nous avons réalisé un échantillonnage de commodité, c'est à dire que nous avons contacté les psychiatres publics des 4 structures lilloises sus-citées ayant participé à l'étude GENEPSY.

Nous avons opté pour les entretiens individuels afin de garantir l'anonymat, la liberté de parole de nos sujets et l'approfondissement des réponses à nos questions. Ces éléments auraient pu être compromis si nous avions choisi de nous entretenir avec plusieurs psychiatres en même temps (focus-group), où un effet de groupe aurait pu s'établir. Les entretiens individuels devaient nous permettre d'éviter les

réponses consensuelles tout en explorant les comportements de chacun sans qu'ils ne craignent d'être jugés par leurs pairs.

Les entretiens peuvent être structurés, semi-structurés ou approfondis. Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-structurés car ils permettent, grâce au guide d'entretien établi à l'avance, de couvrir tous les thèmes attendus. Ils permettent également au sujet interrogé d'approfondir librement ses propos (ce qui n'est pas permis avec un entretien structuré), tout en limitant le risque de dispersion des propos sans rapport avec notre étude (fréquents lors d'entretiens approfondis).

C. Elaboration du guide d'entretien

Notre guide d'entretien (annexe 4) a été préparé à l'avance. Nous avons pris soin de débiter par des questions introductives concernant notre sujet afin de mettre à l'aise le sujet interrogé. La tournure des questions a été travaillée afin d'obtenir des réponses ouvertes, riches en informations, sans pour autant les influencer. Les questions d'introduction concernaient la communication du psychiatre envers le médecin généraliste au sens global pour amener petit à petit l'entretien vers notre objectif principal. Certaines questions abordées spontanément par le sujet ont pu être posées afin d'obtenir plus de précisions sur certains points. De la même manière, l'ordre des questions n'étaient pas fixes, permettant de rebondir parfois sur le propos des sujets interrogés. Certaines réponses ont pu nous amener à repenser notre guide d'entretien en y ajoutant des questions pour les entretiens suivants afin d'explorer certaines idées. La version finale du guide d'entretien est consultable en annexe.

Les entretiens se sont déroulés sur leur lieu d'exercice dans une pièce calme, nous leur avons demandé de prendre des précautions afin de ne pas être dérangé pour ne pas entraver leur discours. Nous leur avons rappelé l'anonymat dont ils bénéficiaient en début d'entretien dans le but de libérer leur parole. Ces entretiens ont été enregistrés, avec leur autorisation, à l'aide d'un dictaphone Olympus PearlCorder S803 en format micro-cassette. Ils ont été effectués entre Octobre 2014 et Mai 2015.

Les entretiens ont été réalisés après avoir terminé l'analyse du précédent afin de repenser le guide d'entretien au besoin. Nous n'avons plus mis en évidence de nouvelles données au bout de 11 entretiens, ce qui correspond à la saturation des données en analyse qualitative.

IV. Analyse thématique

Chaque entretien a été retranscrit intégralement sous forme de verbatim. Les expressions corporelles (rires, tics d'agacements...) y ont été intégrées afin de laisser transparaître la teneur du discours de l'interlocuteur. La reproduction de ces éléments sous forme de texte était importante pour que l'analyse ultérieure soit la plus fidèle possible.

Lors de la phase d'analyse des entretiens, nous avons utilisé le logiciel N'VIVO 10. Nous y avons importé les textes pour les analyser. Une première lecture permettait de repérer les grandes lignes et les éléments inattendus pouvant faire l'objet d'une modification du guide d'entretien pour être approfondi. Après plusieurs lectures nous avons pu associer certains passages (allant de quelques mots à un paragraphe) à des mots clés conceptualisant, c'est le codage ouvert en "nœuds". Ceux-ci devaient être au plus près du texte afin de ne pas trop standardiser les idées au risque de perdre des données importantes. Ce codage a été réalisé par 2 personnes (l'auteur de la thèse et le directeur de thèse) afin de trianguler les données et assurer une validité interne à cette étude. Les codes pouvaient évoluer au fur et à mesure; ainsi certains codes trop restreints ont pu être fusionnés, d'autres trop larges ont du être segmentés. Après avoir effectué le codage ouvert de tous nos entretiens, il a fallu mettre en liaison les codes sous forme de sous-thèmes, c'est la phase de codage axial. Ces sous-thèmes ont eux-mêmes été regroupés ensuite sous forme d'hypothèses permettant de répondre à la question de notre étude et présentées dans la partie Résultats.

RÉSULTATS

I. Description de la population

Notre population éligible était constituée de 16 psychiatres exerçant dans le secteur public sur les secteurs lillois. Après 11 entretiens nous avons pu atteindre la saturation des données. Etant donné l'anonymat nécessaire à nos entretiens, nous ne pouvons pas détailler les caractéristiques précises de chaque sujet en terme de sexe, d'âge et de mode d'exercice. Globalement l'âge moyen de nos participants est de 46,5 ans, la parité est presque respectée modulo notre nombre impair de sujets. La majorité des psychiatres exerçaient selon un mode mixte, avec des consultations en CMP et une activité hospitalière. Tous les secteurs concernés par notre étude sont représentés.

II. Les principaux résultats

L'analyse de nos entretiens a permis de dégager 6 thèmes principaux: le psychiatre et la psychiatrie, le psychiatre et la communication avec le MG, le psychiatre et les moyens de communication avec le MG, le rôle du MG selon les psychiatres, la recommandation du CNQSP et sa mise en œuvre lors de l'étude GENEPSY et enfin les axes d'amélioration.

Les citations sont incluses dans les résultats entre guillemets et en italique, elles sont suivies de Px, avec x désignant le psychiatre cité. Les pronoms personnels sont au masculin par convenance quelque soit le sexe du psychiatre interrogé. Seules les citations les plus pertinentes ont été incluses.

A. Le psychiatre et la psychiatrie

1. Une spécialité médicale à part

a) Une discipline de doute

Pour les psychiatres, leur spécialité est une discipline à part, où l'absence de données objectives quantifiables comme pour les spécialités d'organe peut amener à une incompréhension de la part du MG:

" Je pense qu'entre les psychiatres et les médecins généralistes la communication ne peut pas être bonne du fait de l'incompréhension respective... globalement de l'incompréhension de ce qu'est la psychiatrie, et même pour les psychiatres, et de cette espèce de fantasme de la psychiatrie médicale où on peut transmettre nos informations comme les cardiologues." (P3)

" C'est plutôt la nature du métier de médecin généraliste, la nature du métier de psychiatre qui fait que la communication est compliquée." (P3)

- " Je pense que c'est une discipline plutôt de doutes que de certitudes." (P10)

b) Une discipline touchant l'intime des patients

Le caractère parfois intime des propos échangés par le patient avec le psychiatre, pousse le psychiatre à se sentir encore un cran au dessus du secret professionnel:

" Avec les généralistes on est vigilant sur les informations qu'on peut donner afin que ça n'ait pas de conséquences sur la prise en charge au niveau familial." P2

" Me concernant moi, psychiatrie et médecine ce n'est pas une histoire complètement claire dans ma tête. Est-ce que la psychiatrie est une discipline médicale? Euh, oui...mais est-ce qu'elle est comme les autres disciplines médicales? Je ne crois pas et je crois qu'il se passe des choses ici avec le patient dont il n'est pas naturel de penser qu'ils ont envie que leur médecin généraliste le sache." P3

" C'est quelque chose qui a encore un cran de secret en plus, et je ne sais pas c'est peut être une connerie mais j'avoue que c'est comme ça que je le vis et j' ai l'impression que c'est globalement comme ça que ça se passe." P3

c) Une discipline qui fait peur

P1 pense que la psychiatrie est toujours considérée dans l'imaginaire collectif comme la médecine des fous:

" La chose que je ne comprend pas, enfin avant l'hôpital psychiatrique était vraiment un endroit où il fallait mentir pour que le patient soit vu (rire), on se faisait engueuler quand on voulait hospitaliser." P1

" Dans le passé l'hôpital ce n'était pas un endroit d'accueil et d'écoute, souvent on envoyait les patients il n'y avait pas toujours une très bonne relation, ça a changé mais ça les gens ne le savent pas." P1

Cependant P3 pense que le MG est capable de démocratiser cette discipline en la rendant plus acceptable: *" Le psychiatre fait très peur, je pense que le médecin généraliste est tout à fait capable de faire de la psychiatrie quelquefois plus acceptable et plus acceptée." P3*

d) Une discipline qui pouvait fonctionner en autarcie

Selon P5, le fonctionnement institutionnel historique de la psychiatrie, conjugué à l'absence de médecin référent, pouvait auparavant amener les psychiatres à s'occuper de l'aspect somatique de leur patient les plus graves: *" Avant qu'il y ait le médecin référent, beaucoup de patients atteints d'un trouble psychiatrique majeur n'avaient pour seul médecin que le psychiatre, ils n'avaient pas de généraliste. Les patients venaient parler au psychiatre de leurs troubles somatiques [...] J'ai connu des patients souffrant de psychoses chroniques qui étaient hospitalisés deux jours en psychiatrie pour faire des radios du dos par exemple, puis ils rentraient chez eux, et ça ne choquait personne, parce que c'était un peu des pauvres personnes malheureuses pas capables d'aller chez le généraliste, ou qu'on n'accompagnait pas en tout cas. Donc il fallait plutôt prendre en charge parce que c'était finalement leur rendre service de proposer ça. Aujourd'hui on sait que non." P5*

P5 pense que certains anciens psychiatres persistent actuellement dans ce fonctionnement: *" Si je me place plus de ce que je peux connaître des dispositifs locaux ou nationaux je pense que la médecine générale est encore largement mise à l'écart du travail de collaboration parce que certains médecins vieillissants trouvent que ca leur paraît plus facile de tout contrôler, de tout gérer, ils continuent de prescrire eux-mêmes."* P5

Selon P3, malgré cet effort de désinstitutionalisation par la création des secteurs et la réforme du médecin référent, la polyvalence des secteurs peut aboutir à la même autosuffisance des psychiatres qu'auparavant: *" Le secteur c'est un monde parallèle en fait [...] Le problème c'est aussi qu'on a développé une espèce de monde parallèle pour le patient. On essaye un petit peu de sortir de nos réseaux en essayant de leur donner un autre nom, mais qu'on a tenu un peu captif dans nos fonctionnements. Alors on les a sortis de l'hôpital mais on ne les a pas sortis du secteur. Finalement il y a des assistants généralistes dans tous les services de psychiatrie maintenant, c'est très bien à bien d'égards, mais je pense aussi qu'on a du mal à intégrer... donc en fait finalement on se rend un peu capable de tout, on a nos assistantes sociales, nos éducateurs, nos psychiatres, nos psychologues, nos médecins généralistes."* P3

P9 relativise et pense que les comorbidités appellent désormais à renvoyer le patient vers un MG: *" La politique de secteur pas tout à fait bien appliquée ou mal comprise où on a tendance à vouloir tout faire. Je pense que ça a tendance à évoluer, ne serait-ce que par le fait des comorbidités, je ne fais que de la psychiatrie donc je ne suis pas tenté de rentrer dans des prescriptions somatiques et je renvoie vers le généraliste. Ca n'a pas forcément été le cas des générations antérieures."* P9

2. L' accès aux soins psychiatriques

L'accès au psychiatre peut être direct dans le cadre du parcours de soins pour les 16-25 ans. Une majorité de psychiatres trouve l'accès direct avantageux dans une logique d'accès aux soins à une population fragile:

-" Je pense que c'est bien que ce soit en accès libre parce que l'accès aux soins est plus difficile pour ces patients donc je pense que c'est bien que si quelqu'un

a une demande qu'il puisse ne pas faire de détours pour avoir accès à un psychiatre [...] l'accès direct est plus logique comme c'est une patientèle qui a du mal à accéder au soin." P2

- " Je trouve normal que le psychiatre soit facilement accessible, donc, rien à changer de ce point de vue là pour moi." P6

- " Il faut le conserver parce que passer par le médecin traitant avant chaque consultation de psychiatrie je ne suis pas sûr que ce soit nécessaire." P7

Cet accès direct permet également aux patients de shunter leur médecin généraliste, avec lequel ils ne voudraient pas parler de sujets intimes:

- " Je pense que c'est important parce que d'abord c'est pas forcément facile de demander au généraliste quand on veut rester discret. Une particularité de la psychiatrie, c'est le sujet du rapport à la folie, de la stigmatisation, donc, je crois que ça reste indispensable. Je ne crois pas que les généralistes revendiquent d'être la porte d'accès exclusive. Je crois que c'est pas mal de garder cette possibilité." P10

- " Quand c'est un médecin de famille et quand c'est des jeunes qui ont leurs parents qui ont des contacts avec le même médecin, peut être qu'ils n'oseraient pas parler de leurs difficultés avec le généraliste, donc, pouvoir consulter directement un spécialiste, c'est pas mal. Même s'il y a le secret médical, les patients sont parfois méfiants." P2

- " Mais c'est vrai que les patients sont parfois bizarrement réticents, ils séparent les choses, ils cloisonnent ou ils n'ont pas envie." P1

- " Ca ne me dérange pas, ça permet peut-être aux gens de moins appréhender la psychiatrie. Il y en a qui ne souhaitent pas que leur généraliste le sache." P11

- " Il y a des situations où le patient ne souhaite pas confier à son médecin traitant des éléments qui ont trait à son intimité psychique, je crois que c'est à respecter." P4

Selon P5, l'accès direct engendre une surcharge de travail pour le psychiatre, augmentant ses délais de rendez-vous:

- " Personnellement, l'accès direct je n'y suis pas favorable. Avec la sectorisation, on doit gérer une population et pour faire face à ces demandes, c'est absolument impossible de laisser l'accès libre au CMP au risque de ne pas pouvoir accueillir toutes les personnes qui en feraient la demande [...] et, par ailleurs, de ne

pas pouvoir assurer les suivis des personnes qui ont besoin d'un accompagnement [...] Si on accepte tout le monde sans distinction, cela va faire exploser les délais, là on est déjà à un mois hors urgence." P5

P5 préfère l'accès indirect, avec un patient pris en charge par son MG qui lui adresse les cas compliqués: *" Je pense que le généraliste est capable de gérer la plupart des cas: épisodes anxieux, épisodes réactionnels à des événements de la vie." P5*

P9 apporte une nuance sur la charge de travail due aux cas les plus "simples": *" Pour les pathologies plutôt simples, suite à une rupture par exemple, on sait qu'on ne va pas les voir longtemps." P9*

P1 n'a pas d'avis tranché concernant le mode d'accès au psychiatre mais reconnaît la lourdeur de l'accès indirect, engendrant une perte de temps pour médecins et patients: *" Je pense qu'il n'y a pas de règle, c'est toujours pareil, s'il faut que le patient voit d'abord un médecin généraliste avant de voir un psychiatre, c'est terriblement compliqué, enfin, sur le principe non [...] Parce que, du coup, ça veut dire qu'il faut toujours mobiliser en même temps un généraliste et un psychiatre, l'un ne peut pas faire son travail sans que l'autre l'ait vu avant, pour moi c'est une perte de temps, pour le patient aussi." P1*

P7 insinue que l'accès direct n'est pas favorable en terme de retour d'information vers le MG: *" Ce qui peut être négatif là-dedans, c'est que le psychiatre ne va pas forcément tenir au courant le médecin traitant de ce qu'il fait avec le patient. Donc, le médecin traitant peut ne pas du tout être au courant que le patient voit un psychiatre, après, est-ce que c'est une bonne chose ou pas, je n'ai pas trop d'avis. Pour une prise en charge ça peut ne pas être évident, je n'ai pas d'avis tranché là-dessus." P7*

3. Le secteur psychiatrique et le CMP

a) Un travail d'équipe dont fait partie le MG

Les psychiatres considèrent le secteur comme un réseau pluriprofessionnel dont fait partie le MG:

" Le CMP est un travail d'équipe, le plus souvent, d'équipe élargie et dans cet esprit on peut considérer que le médecin traitant fait partie d'une équipe. Les patients suivis au CMP sont des patients qui nécessitent souvent des suivis au long cours pluriprofessionnels, avec des soins de proximité par le CMP mais aussi par le médecin traitant. Donc, à ce titre là, on travaille véritablement ensemble." P4

" Et puis le secteur est par essence un réseau dans lequel se situe le médecin généraliste, pour moi c'est clair. S'il y a un généraliste sur le coup, il faut l'intégrer." P9

" Le CMP, je pense que c'est l'espace de soins qui est le plus approprié à des échanges directs avec le médecin traitant." P4

b) La surcharge de travail des psychiatres

Les psychiatres se sentent surchargés:

" J'ai trop de patients, il me faudrait plus de temps." P6

" Mon problème principal est mon agenda, je suis obligé de restreindre sur le nombre de nouvelles demandes que je vois par jour." P8

" Ce qui n'est pas favorable c'est le temps, mais c' est valable pour tout le monde." P9

" Là on est déjà à un mois hors urgence." P5

c) Le CMP permet au psychiatre de déléguer

La pluridisciplinarité du CMP permet de prendre en charge les patients sur le plan psychique mais également social, ce qui semble être apprécié par le psychiatre et le MG:

" On a dans notre équipe des assistantes sociales, qui peuvent être un soutien pour les problèmes sociaux des patients, les infirmiers se déplacent [...] Dans certaines situations, le généraliste le préfère aussi car il y a la question de la réinsertion, du logement, enfin toute une série d' aides supplémentaires." P10

Ce fonctionnement permet également au psychiatre de s'appuyer sur les infirmiers s'il est surchargé:

" Si, pour des raisons d'organisation, un médecin ne peut recevoir un patient alors, un infirmier peut s'en occuper puis on en rediscute ensuite pour savoir quelle prise en charge proposer." P5

" Mais il y a des situations où les infirmières psy ont beaucoup d'expérience, et puis quelques fois, c'est en soutien régulier, les infirmières ont des emplois du temps beaucoup plus souples dans l'activité, beaucoup plus grande que les psychiatres et quelquefois c'est très adapté à la situation du patient." P3

Pour les patients les plus lourds, cette pluridisciplinarité permet une meilleure coordination de la prise en charge au domicile avec le MG et les autres intervenants:

" La fonction du CMP est compatible avec une bonne coordination et pas qu'avec le médecin généraliste d'ailleurs, avec les infirmiers libéraux, les aides ménagères, les personnes qui gravitent autour des patients surtout les plus lourds." P9

" Quand je n'ai pas le temps, je demande à l'équipe infirmière, pour mes patients bénéficiant de visite à domicile, de faire le lien avec le médecin généraliste et ça se passe bien jusque maintenant." P11

" Et puis tu sais, en CMP maintenant il y a beaucoup d'équipes de soins à domicile et elles rencontrent souvent les médecins traitants, les infirmières parlent beaucoup aux médecins traitants sur place chez les gens, donc, c'est tout à fait favorable." P3

L'équipe paramédicale peut également faire le lien entre psychiatre et MG au sein du CMP:

" Moi, je ne peux pas être tout le temps au CMP, la dernière fois un généraliste a essayé de me joindre et je n'étais pas là, quand je suis revenu, c'est moi qui n'arrivais pas à le joindre. Par contre, les infirmiers, eux, sont au CMP et ils ont une

souplesse d' horaires qui permet de rappeler le médecin s'il est occupé et, au moins, je sais que l'information est passée, même si je ne suis pas sur place." P11

d) Avis partagés concernant la sectorisation lilloise

P2 considère la sectorisation lilloise comme un atout pour la communication devant la proximité géographique du médecin traitant et du psychiatre:

- " Disons que, pour les généralistes, je pense que c'est pas plus mal qu'il y ait une sectorisation, parce que, souvent, leur patientèle n'est pas très loin et, comme ça, ils peuvent avoir des médecins traitants qui peuvent nouer des contacts un peu plus réguliers avec les psychiatres. Je pense que ça peut être utile à la médecine générale que ce soit sectorisé, quand les sectorisations sont bien faites on va dire, quand les soins sont vraiment près des secteurs dont les patients dépendent. Ici, sur Lille, c'est le cas, après, dans les campagnes, c'est un peu plus compliqué souvent."

P2

P7 nuance concernant la complexité géographique de cette sectorisation pour le MG:

- " Il fallait bien faire des secteurs mais, moi-même en arrivant en psychiatrie, j'avais du mal à comprendre ce qu'était un secteur. Et finalement, pour les généralistes, s'ils n'ont pas la carte des secteurs, ça doit être difficile pour eux. A Lille parfois, selon le numéro de rue, on peut changer de secteur. Ca a été fait pour la psychiatrie, mais ça n'a pas été pensé pour la médecine générale, ce n'est pas bien pensé." P7

B. Le psychiatre et la communication avec le médecin généraliste

1. Le besoin de collaborer

Les psychiatres reconnaissent le besoin de collaborer avec le MG dans l'intérêt de la prise en charge du patient:

- " Les deux parties sont en demande donc, à partir de ce moment là, on travaille ensemble, il y a un échange, il est toujours fructueux et dans l'intérêt de la personne, dans le suivi. Pour moi, ça va de soi qu'il n'y a pas d'affrontement, pas de position de caste, j'ai toujours travaillé avec des médecins généralistes, j'ai été élevé comme ça dans mon parcours professionnel (rire)." P5

- " Je pense que c'est la motivation commune de résoudre un problème relatif au patient, une congruence par rapport aux motivations à faire avancer un problème qui concerne le patient." P6

- " Que l'on soit cohérent déjà, il faut que l'on se tienne informé de ce qu'on fait pour tenir le même discours vis-à-vis du patient. S'il n'est pas au courant, c'est difficile pour lui aussi." P11

- " Il y a des situations où ça engage pas mal de psychiatrie, tout ce qui est maladie chronique... surement que plus les liens seront développés, plus ça fonctionnera pour tout le monde, le patient avant tout." P1

Pour P3, les moyens permettant d'obtenir la meilleure relation avec le MG sont:
" Le contact direct, l'inquiétude partagée, le respect de la position du médecin généraliste dans l'histoire, la compréhension des positions respectives." P3

P5 pense qu'un lien préalable est nécessaire entre les 2 parties afin de garantir cette collaboration: " Je pense qu'il faut vraiment qu'il y ait déjà quelque chose qui soit noué entre les deux parties, avec autant de volonté et de velléité de l'un que de l'autre." P5

Les avis divergent concernant l'initiation de cette collaboration, pour P5: " C'est au CMP à aller vers les médecins généralistes." P5

P10 pense l'inverse: " Il faut collaborer, on peut dire que les généralistes ont du chemin à faire vers les psychiatres pour travailler ensemble." P10

Les psychiatres sont conscients de la nécessité d'effectuer un retour auprès du MG qui sera amené à revoir le patient, surtout si sa situation est complexe:

- "Après, je pense que le lien malgré tout doit être fait avec le généraliste [...] de toute façon, le retour se fait forcément d'une manière ou d'une autre vers le généraliste, à un moment donné." P2

- "Quand c'est plus complexe, c'est vrai que c'est important qu'on soit bien coordonné, que ça passe par le généraliste, qu'il y ait une boucle." P9

2. Une collaboration qui dépend de l'intérêt porté par le MG

Selon les psychiatres, il semblerait que ce soit souvent les mêmes MG qui leur adressent des patients:

- "Souvent ce sont des médecins qui ont l'habitude de nous adresser des gens aussi, donc il y a peut-être un biais." P7

- "On sait que, parmi les généralistes, il y en a qui sont plus orientés psy que d'autres, on a toujours cette idée là sur les secteurs. On va avoir, comme par hasard, plusieurs patients du même généraliste." P9

- "Comme j'ai fait plusieurs secteurs au cours de mon internat, on voit qu'il y a des médecins qui vont être très investis et d'autres pas du tout, enfin c'est assez variable selon les personnes." P2

Selon P3, l'intérêt du MG pour la psychiatrie va conditionner leur relation: *"La qualité de la communication va complètement dépendre de la place aussi que chacun se donne dans cette affaire, s'il y a des médecins généralistes qui ne sont pas très acheteurs de psychiatrie (rire), et tu vas comprendre au bout de 2 phrases que "oui oui et que bon, faites bien ce que vous voulez", puis, il y en a d'autres, ton coup de fil va leur permettre aussi de poser des questions pour répondre à des interrogations anciennes qu'ils ont sur le patient, et puis voilà, les quelques premières phrases vont déterminer la suite et après la communication change en fonction de l'implication que chacun a dans cette communication, de l'intérêt qu'il y porte et de ce qu'il espère en faire." P3*

Cependant, les psychiatres sont satisfaits de leur relation avec les MG avec qui ils collaborent:

- "Donc, pour qualifier cette relation, je dirai qu'elle est cordiale, chaleureuse avec certains d'entre eux." P10

- " Disons qu'elle est très satisfaisante quand elle existe cette relation." P3

- " Mais les relations sont plutôt bonnes avec les médecins généralistes qui nous adressent des patients." P7

3. Une communication variable selon les intervenants

Certains psychiatres communiquent systématiquement avec le médecin traitant de leur patient, comme P10: " Je connais le médecin traitant de la plupart des patients puisque dans ma pratique je rédige quasi-systématiquement un courrier au généraliste." P10

D'autres, comme P4, n'adressent de retour au MG seulement s'il lui a adressé le patient: " Je le fais quasi-systématiquement quand le patient m'est adressé spécifiquement par un courrier ou un coup de téléphone. Lorsque c'est un médecin traitant qui demande un avis pour un patient, là, quasi-systématiquement, j'adresse un retour par un moyen ou par un autre, sauf contexte particulier." P4

Les psychiatres peuvent ne pas émettre de retour vers le MG pour une situation qu'ils jugent classique:

- " Quand il ne se passe pas grand chose, quand c'est plus un suivi de psychothérapie qui suit son cours, dans ce cas là, je n'envoie pas systématiquement de courrier." P2

- " Toutes les personnes n'ont pas un traitement, toutes les personnes ne nécessitent pas une communication au médecin traitant à chaque consultation [...] Lorsqu'il s'agit de situation classique, cela ne nécessite pas une communication quotidienne, ça c'est sûr." P5

Selon P3, le MG n'est contacté que s'il est nécessaire dans la prise en charge psychiatrique:

- " Je ne pourrai pas dire qu'ils le sont systématiquement par l'équipe psychiatrique, ils le sont très souvent, parce que, très souvent, on estime que c'est nécessaire, et quand il ne saute pas aux yeux que c'est absolument nécessaire, je ne sais pas si on peut accepter ça, mais de fait on ne les appelle pas." P3

- " Mais en consultation, c'est pas systématiquement, c'est quand on a l'impression que le médecin traitant a un rôle particulier à jouer." P3

- " Finalement le médecin traitant n'est sollicité qu'à titre d'information après chaque hospitalisation et que quand on a besoin de lui." P3

P6 corrobore ce propos et reste à disposition du MG si besoin, tout comme P2:

- " Les relations sont simples. On n'est pas en relation systématique, on est en relation lorsque l'une ou l'autre partie le demande." P6

- " Moi, en tant que psychiatre, j'ai envie de dire que, si un généraliste m'appelle pour avoir des informations sur un patient, il n'y a pas de raison de ne pas lui donner." P2

P2 reconnaît la difficulté pour le MG à obtenir des informations auprès des intervenants paramédicaux du CMP:

- " Quand il s'agit de suivi avec des psychologues ou des infirmiers, je pense que les généralistes ont plus de mal à accéder à des informations médicales qu'avec les psychiatres directement." P2

- " J'imagine bien que lorsqu'il s'agit de suivi infirmier ou des patients qui viennent de manière très irrégulière ou qui font juste des activités, du coup, je pense que ça doit être plus difficile pour avoir des informations. Peut être aussi que les psychologues et infirmiers sont moins à l'aise pour donner des informations directement à un généraliste qu'à un psychiatre." P2

P9 souligne la difficulté, voire l'impossibilité, de communiquer avec un MG pour certains de ses patients qui n'en ont pas: " Il y a des patients qui n'ont pas vraiment de médecin traitant comme des grands psychotiques très psychiatisés si je puis dire, de toute façon ils n'y vont que si les infirmières les y emmènent et donc, c'est vraiment s'il y a une pathologie somatique avérée." P9

4. Une communication qui s'épuise dans le temps

Les contacts avec le MG sont systématiques lors d'hospitalisation par l'intermédiaire du courrier de sortie: " En hospitalisation le compte-rendu est systématique." P2

A l'occasion d'une hospitalisation d'un patient non connu, le psychiatre peut également être amené à contacter le MG afin d'obtenir plus d'informations. En revanche, si le patient est déjà connu, le psychiatre peut s'abstenir de contacter le MG: *" Ca dépend vraiment de la situation, si ce sont des patients qui sont très connus par nous on ne rappelle pas forcément le généraliste, par contre, si c'est une nouvelle demande ou une situation qui interroge, j'appelle systématiquement le médecin généraliste."* P2

Les psychiatres admettent que le retour d'information envers le MG est moins régulier lorsqu'un suivi au CMP est en cours:

" C'est important que le médecin généraliste et le psychiatre puissent se contacter dès le début de la prise en charge, ne serait-ce que pour faire le lien puis ensuite qu'il y ait des contacts qui soient réguliers, même si c'est plus souvent le cas lorsqu'il s'agit d'hospitalisations répétées que quand c'est du suivi et que ça suit son cours en CMP." P2

" Après, c'est plus compliqué quand les consultations se répètent." P9

" Il faudrait qu'elle reste continue, ce n'est pas toujours le cas petit à petit, avec le temps qui passe, ça s'effiloche un peu." P9

5. Les conséquences d'une mauvaise communication entre psychiatres et MG

P1 reproche à certains MG de lui adresser des patients sans courrier ni appel téléphonique, qui par la suite sont en désaccord sur la prise en charge proposée, faute d'informations préalables qui auraient pu être échangées:

" C'est quand quelqu'un vient ici pour une consultation en urgence, adressé par le médecin généraliste, qu'il n'y a pas d'appel, pas de courrier et que donc on n'a pas d'information qui pourrait être déterminante et donc, une fois qu'on appelle le médecin traitant ou qu'on envoie un courrier, ça ne convient pas au médecin parce que, effectivement, on aurait pu échanger avant sur d'autres éléments." P1

P1 regrette également que certains MG ne lui indiquent pas si une recherche de diagnostics différentiels a été faite: *"Il y a des situations où, effectivement, les*

médecins ont tendance à dire "c'est psychiatrique" sans forcément faire de bilan organique et donc, nous, psychiatres, on est des fois amenés à demander des bilans ou l'avis des collègues. Ça va du bilan thyroïdien au scanner en urgence, ou des maladies neurologiques qui peuvent donner des tableaux psychiatriques. Là aussi, ça va dans le sens de la communication, on est agacé en se disant qu'il y a une hypothèse organique qui n'a pas été creusée [...] Là aussi, plus on communique et mieux ça va." P1

Les recommandations thérapeutiques faites par le psychiatre ne sont pas toujours suivies par le MG:

- " Il y a d'autres généralistes qui demandent un avis, on leur renvoie quelque chose et puis c'est pas forcément soit appliqué, soit compris." P2

- " Une bipolaire alcoolique chez qui je suspecte un début de syndrome de Korsakov, on a suggéré un bilan neurologique au médecin traitant. En reprenant le dossier après un an, rien n'a été fait, on est au même point." P11

Le psychiatre se sent irrité lorsque le MG effectue une demande d'hospitalisation sous contrainte pour un motif incohérent et sans concertation préalable:

- " Bah la classique, allez un exemple, je ne suis peut être pas le seul à te le donner: le vendredi soir, l' alcoolique qui retourne la table de chez lui et qui dit qu'il va se buter à sa femme et le généraliste qui fait une SDT et qui ne nous prévient pas. Ca c'est un grand classique et alors là, le conflit est généralisé, nous, on est dans un état de fureur dépassée parce que, quand même, envoyer quelqu'un contre son gré à l'hôpital, c'est déjà un problème en soi, un problème qui a ses explications parfois, ses justifications mais c'est néanmoins un problème de ne pas nous prévenir pour une hospitalisation. C' est un classique on ne prévient pas le psychiatre quand on a besoin d'hospitaliser des gens." P3

- " Le cas de figure le plus typique, le plus caricatural c'est celui d'un patient en maison de retraite qui présente des troubles du comportement, pour lequel le médecin traitant nous adresse le patient sans aucune information préalable et d'emblée en SDT. Ca, c'est la situation qui nous met en colère, c'est la plus caricaturale, après, il y a des degrés moindres... les situations de patients qui nous sont adressés en SDT sans qu'on ait été informé, sans qu'on ait le moindre

renseignement, et ça arrive." P4

La iatrogénie ou une rupture thérapeutique peuvent être induites par un défaut de communication entre psychiatre et MG:

" On ne savait plus qui prescrivait quoi et quand. Quand on voit un patient tous les mois ou tous les 2 mois et que le patient repasse voir son médecin traitant entre deux c'est délicat, c'est dans ces situations où on est embêté, il faut se mettre d'accord avec le médecin traitant sur qui prescrit quoi [...] C' est dans ces moments là où on ne sait pas si c'est le psychiatre ou le médecin traitant qui prescrit les psychotropes qu'on est dans le flou, avec un patient au milieu qui en prend trop ou qui arrête son traitement parce qu'il n'en a plus." P7

6. La santé somatique permet de faire le lien avec le MG

a) La difficulté de recueillir les antécédents somatiques

Les psychiatres éprouvent des difficultés pour recueillir les antécédents somatiques et les traitements médicamenteux avec certains patients, notamment ceux délirants. Même si les patients abordent facilement ce sujet, un recueil précis est souvent difficile:

" Les personnes ont du mal à énoncer les médicaments qu'elles prennent: c'est le bleu, le rouge, le petit blanc. Même pour les personnes ne relevant pas forcément de la psychiatrie, lorsqu'on n'est pas de la profession c'est difficile d'évoquer la pathologie, les traitements, les types d'interventions et cætera. Bien sûr, c'est encore plus difficile pour les personnes atteintes de troubles psychiques, donc, là il y a quelque chose à développer dans la prise en charge pour être davantage pertinent." P5

" Les gens abordent assez facilement ça. Parfois, ils ont des difficultés à préciser de quoi il s'agit, c'est assez complexe." P10

" Oui, pour certains, pas tous. Ils en parlent facilement, probablement ils en oublient, mais effectivement c'est un des points importants et pour certains, je n' ai rien." P11

P8 ne ressent pas de difficulté et déroule un plan lors de ses consultations: *"Non, en général ma consultation est rythmée avec recueil d'antécédents, allergie, traitement puis mon interrogatoire."* P8

P1 ne recueille ces éléments que s'il les estime nécessaires, et évoque des difficultés avec la médecine somatique: *" Non, par contre je ne le fais pas systématiquement, c'est suivant les situations. Puis, c'est vrai que la médecine, j' ai l'impression de moins maîtriser ça qu'avant."* P1

En pratique, le recueil absolu des antécédents n'est pas nécessaire au psychiatre pour mener à bien sa consultation:

" Je le fais quand ça a du sens dans l'histoire du patient. Savoir qu'il s'est fait une fracture du fémur ou du poignet il y a 15 ans, je ne lui demande pas. Mais si, pour des questions de troubles somatiques pouvant entraîner des troubles psychiques, thyroïde...on peut être amené à se poser la question médicalement." P3

" Qu'on ne sache pas s'il y a eu une appendicite ou une prothèse de hanche il y a 10 ans, ce n' est pas extrêmement important au moment où je vois le patient, donc, ce n 'est pas vraiment un gros problème et le fait de ne pas en disposer en temps réel ne modifie pas ma conduite thérapeutique." P10

Les psychiatres reviennent vers le MG afin de disposer des antécédents ou du traitement, soit de manière systématique, comme P10, soit lorsqu'ils pensent que des données sont manquantes:

" Assez systématiquement, quand j'ai vu la personne une première fois, je reviens vers le généraliste et je lui demande " est-ce que vous voulez bien me transmettre les antécédents que j'aurais besoin de connaître?", alors, je finis par les avoir." P10

" Chez les personnes âgées, ou quand on voit qu'il y a des comorbidités, des patients qui manifestement se plaignent de douleurs très importantes, enfin voilà ces situations là." P1

" Souvent c'est compliqué, ça dépend de l'état clinique dans lequel ils arrivent, s'ils sont très décompensés, s'ils sont... Enfin, voilà des fois c'est compliqué d'avoir des informations fiables. Au niveau des traitements, souvent les patients ne savent pas exactement ce qu'ils prennent, à quelle dose. Du coup, ce n'est pas non plus

facile de recueillir tout ça. Après, il y a aussi ce qu'ils comprennent de leurs pathologies somatiques, c'est compliqué pour des patients qui ont des troubles cognitifs parfois. C'est pour ça que j'aime bien appeler le médecin généraliste pour savoir ce qu'il en est pour en être sûr." P2

- " Quand les patients cherchent des mots, j'arrive à les retrouver. Quand ils sont délirants, clairement non. Pour ces situations là on essaie d'avoir le médecin traitant ou encore la famille." P7

b) La nécessité d'un suivi somatique

Les psychiatres prennent en compte les comorbidités fréquentes des pathologies psychiatriques et préfèrent qu'un MG assure le suivi somatique de leur patient:

- " C' est bien plus pertinent que ce soit un médecin somaticien qui s'occupe de la médecine somatique. Quand on sait en plus toutes les négligences corporelles qu'engendre la maladie on sait bien qu'il faut absolument des examens réguliers pour éviter que la personne n'arrive lorsqu'il est trop tard, que le cancer est déjà avancé par exemple." P5

- " Pour moi ça reste le médecin de famille, le médecin le plus proche et donc, il est vraiment centré sur la santé somatique dont je n'ai aucune connaissance, donc, ça m'évite de rentrer sur ses plates-bandes." P9

Concernant les patients n'ayant pas de médecin traitant, les psychiatres les engagent, voire les aident à en trouver un, malgré les réticences de certains patients:

- " Ceux qui n'ont pas de médecin référent, je les engage à en avoir un pour un suivi global psychique et somatique." P10

- " Si le patient n'a pas de médecin généraliste il faut essayer de lui en trouver un, après, persuader les gens à en avoir un, c'est parfois compliqué." P9

C. Le psychiatre et les moyens de communication avec le MG

1. Les courriers des psychiatres

a) Fréquence et caractéristiques des courriers au MG

Les psychiatres sont nombreux à déclarer faire souvent, voire systématiquement, un courrier au MG après chaque consultation du patient:

" Pour les consultations, là je fais un courrier soit à l'ordinateur ou à la main pour le médecin traitant et ça, c'est quasiment systématique." P1

" Ils sont la plupart du temps, alors toujours évidemment, destinataire d'un courrier précis." P3

" Le courrier pour moi c'est l'idéal, je fais attention à ce que tous mes patients sortent avec un courrier[...] sinon, par courrier c'est systématique." P7

" Beaucoup le courrier en fin de consultation et de temps en temps le téléphone." P9

P9 trouve d'ailleurs une certaine facilité à rédiger ses courriers grâce à l'outil informatique: *" Je fais volontiers un courrier en fin de consultation, je fais un copier-coller de l'observation que je viens d'écrire et voilà." P9*

P8 préfère revoir le patient plusieurs fois afin de poser un diagnostic pour, ensuite, faire un courrier récapitulatif au MG:

" Les courriers je n'en fais pas systématiquement à chaque consultation [...] Certains psychiatres préfèrent faire un courrier après chaque consultation [...] je vois les gens à peu près 2 ou 3 fois avant de poser un diagnostic et, à ce moment là, je fais un courrier." P8

Certains psychiatres préfèrent adresser un courrier complet au MG avec le plus d'informations possibles, qu'elles lui soient utiles (rendez-vous prévus) ou non (antécédents):

" Ca me paraît logique qu'il y ait un courrier assez complet qui soit envoyé au généraliste qui va ensuite suivre la situation, de près ou de loin, à un moment selon les patients. Qu'il y ait un courrier avec le plus d'informations qui puissent être échangées, c'est indispensable de toute façon." P2

" Je donne le courrier au patient, j'essaye d'y mettre au minimum ce qui a pu se dire au cours de la consultation, s'il y a des rendez-vous au CMP." P7

" Quand je fais un courrier, j'essaye de faire attention aux antécédents, aux choses faites, à la limite, je préfère rabâcher." P7

D'autres psychiatres comme P1 préfèrent les courriers concis afin de garantir une réponse au MG, tout en prenant en compte le temps passé à rédiger le courrier comparé au temps qui leur est disponible pour cette tâche:

" On peut faire des courriers longs et, en tout cas, moi je fais des courriers assez courts et toujours un pour le médecin traitant [...] Soit je prends un modèle pré-rempli que je fais à la main, soit je fais un courrier avec l'ordinateur, ça prend un peu plus de temps, voilà, ça dépend un peu du temps, de la situation, des raisons, de ces possibilités là." P1

b) Le courrier et son rôle médico-légal

L'avantage principal du courrier évoqué par les psychiatres au cours de notre étude est son rôle médico-légal. Ils évoquent également la facilité d'y retrouver des informations qu'ils auraient pu oublier:

" Le courrier c'est important qu'il y en ait un de coté sûrement pour des raisons médico-légales." P1

" Le courrier, au moins il y a un écrit, c'est plus simple et ça reste." P11

" Parce que les infos on les a écrites et on peut les garder tandis qu'avec un coup de fil des fois... il y a tellement d'informations qu'on ne retient pas tout. Et, au moins, le courrier on peut l'archiver dans le dossier." P7

c) Les inconvénients du courrier

Les psychiatres reprochent au courrier un échange trop académique, moins vivant, qui permet plutôt d'échanger des informations que du ressenti concernant le patient:

" C'est difficile de faire passer l'inquiétude dans un courrier [...] Dans quelle mesure le courrier est vraiment un outil de communication véritable et de bonne qualité?" P3

" Enfin par courrier, oui systématiquement, mais c'est plus une transmission d'informations qu'un échange véritablement." P4

Pour cette raison, P8 considère que le téléphone " est mieux qu'un courrier informel, ça permet d'échanger et on sent que les médecins traitants sont rassurés quand ils savent qu'on est présent." P8

Un autre reproche que font les psychiatres au courrier est le problème du délai de transmission, partant de sa rédaction/dictée jusqu'à l'ouverture de la lettre par le MG:

" Le téléphone ça va vite, alors qu'avec le courrier on a un délai." P8

" Ce qui me revient c'est la question des courriers, c'est une question de fonctionnement interne, je signe les courriers une fois par semaine et, si je suis absent ce jour là, alors ça repousse la signature à la semaine suivante, ça me met dans l'embarras." P10

" Ca arrive que le patient revienne "ben oui il n'a pas reçu votre courrier", c'est possible car il y a toujours un délai." P11

" Mais bon faut imprimer, mettre sous enveloppe, poster tout ça, on pourrait peut-être faciliter tout ça sur le plan technique." P9

Les psychiatres identifient également un problème de praticité et de chronophagie pour le MG concernant la réception et la lecture de ses courriers:

" Et puis, le généraliste n' a peut-être pas le temps de les lire." P11

" Le généraliste ouvre l'enveloppe et il a un courrier de plus à classer, c'est un peu le problème." P3

" Après ce n'est pas évident pour tout le monde non plus; j'imagine le nombre de courriers que les généralistes reçoivent par jour." P9

Reste ensuite le problème d'absence de médecin traitant identifié, non spécifique au courrier, pour lequel le psychiatre essaye de motiver son patient à trouver un MG avec qui communiquer dans le souci de continuité de la prise en charge: " *La première fois que je vois la personne je demande son accord pour envoyer un courrier, après il y a ceux qui n'ont pas de médecin traitant [...] Je les engage à en trouver un pour la fois suivante, mais ce n'est pas évident.*" P11

d) Les motifs pour lesquels le psychiatre rédige ou non un courrier au MG

i. Le courrier systématique après le premier contact

Une partie des psychiatres rédige systématiquement un courrier au MG après la première consultation d'un patient, afin d'informer le MG de la mise en place d'une prise en charge et des intervenants concernés:

- " *La première fois que je vois la personne, je demande son accord pour envoyer un courrier [...] à la première consultation, je fais systématiquement un courrier au généraliste.*" P11

- " *Lors de la première consultation, il y a toujours un retour [...] Après un premier rendez-vous pour une nouvelle demande, évidemment je fais un courrier, précisant ce qu'on va proposer à la personne.*" P5

- " *Pour le premier contact, j'essaie de prévenir le médecin généraliste de façon systématique, afin qu'il sache que je suis sur la prise en charge, et que, lui aussi, puisse m'interpeller pour tel ou tel problème souligné par le patient. Il faut au moins qu'on sache qui gravite autour du patient.*" P9

P6 s'enquiert de la volonté du patient à transmettre un retour au MG: " *Je demande systématiquement au patient s'il désire que j'envoie un courrier au médecin généraliste.*" P6

ii. Intérêt de l'adressage du MG

La majeure partie des psychiatres effectue un courrier en réponse au MG adressant le patient:

" Après, très souvent il y a un courrier avec lequel vient le patient, donc le minimum c'est de faire un courrier de réponse." P1

" J'oubliai les retours, les retours... quand quelqu'un (le MG) est inquiet, revenir vers lui, le rassurer, ou alors je dirai souscrire à son inquiétude." P3

A cet égard, la rédaction d'un courrier au MG est l'occasion de reconnaître sa place en tant que médecin traitant pour P2 et P7:

" S'il a été adressé par son médecin traitant, je fais un courrier de réponse parce que je me met à la place du médecin traitant, et, si j'adresse quelqu'un j'aime bien avoir une réponse." P7

" Ca me paraît logique qu'il y ait un courrier assez complet qui soit envoyé au généraliste qui va ensuite suivre la situation de près ou de loin à un moment selon les patients." P2

Interrogé sur les patients consultant de leur propre chef, ayant potentiellement court-circuité volontairement le MG, P11 leur demande leur accord avant de rédiger un courrier au MG: *" Oui, je demande au patient s'il a un médecin traitant et s'il est d'accord pour que je lui transmette un courrier." P11*

Pour ces mêmes patients, P7 ne fait pas de courrier au MG si sa consultation ne découle pas sur une prise en charge, le MG ne serait donc pas informé que son patient a consulté un psychiatre: *" Ca dépend s'ils sont adressés par le médecin traitant ou non [...] Si le patient vient de son propre chef et qu'il n'y a pas de suite je ne fais pas de courrier. J'en fais un si j'instaure un traitement ou un suivi." P7*

iii. Le courrier de courtoisie

Selon P3, la rédaction d'un courrier au MG relève d'un acte de diplomatie plutôt que d'un acte de communication au sens propre du terme: *" On pourrait parler d'une communication mais en réalité c'est pas vraiment de la communication c'est plutôt*

une espèce de minimum syndical diplomatique qu'on envoie un courrier au médecin généraliste." P3

P6 outrepassa cette diplomatie, estimant que ça ne l'empêche pas d'effectuer efficacement sa propre prise en charge: *" Les choses nécessaires je les fais, mais le courrier systématique d'information, de bonne relation je ne le fais pas systématiquement, mais je n'ai pas du tout l'impression que c'est un obstacle à une bonne prise en charge des patients et ne semble pas gêner dans la mesure où s'ils trouvent nécessaire que je fasse un courrier au généraliste en général, ils me le disent et je le fais immédiatement." P6*

iv. La nécessité d'échanges d'informations

Le courrier sert pour de nombreux psychiatres à informer le MG de modification dans la prise en charge, médicamenteuse ou non, voire d'arrêt de prise en charge ou encore à prévenir de l'absence du patient au rendez-vous:

" J'en fais un ensuite s'il y a une modification de traitement, une modification de la prise en charge: CATTP, infirmier à domicile... je l'informe. Si par exemple on arrête la prise en charge ou que le patient ne vient pas au rendez-vous, j'informe également le médecin traitant par courrier." P11

" Dès qu'il y a une modification de traitement, je l'indique." P10

" Moi, j'envoie un courrier au médecin traitant pour l'informer s'il y a un changement, s'il y a une suggestion de traitement et cætera." P11

" En CMP non pas systématiquement, sauf lorsqu' il y a une modification de traitement, un bilan biologique à effectuer ou une surveillance particulière à avoir dans ce cas là je renvoie la balle au généraliste." P2

" Donc, moi systématiquement si je modifie le traitement, je fais un courrier [...] Ensuite, pour les suivis au long cours, c'est plus lorsqu'on envisage une modification de traitement, une hospitalisation, un changement d'activité thérapeutique, c'est à dire une modification de la prise en charge alors là, on informe le médecin." P5

" J'en fais un si j'instaure un traitement ou un suivi." P7

" J'essaie, quand je fais des changements de traitement, de le signifier." P9

Le courrier est également utile aux psychiatres pour demander au MG de réaliser des formalités administratives, ou encore justifier leur intérêt (arrêt maladie, demande d'ALD...):

" Parfois je le fais, lorsque c'est nécessaire [...] pour avoir un courrier au sujet de la nécessité d'avoir une reconnaissance en affection longue durée." P6

" Pour refaire le point lorsqu'il y a une demande d'arrêt maladie, de mise en affection longue durée." P8

Suite à l'hospitalisation du patient, le MG est systématiquement destinataire d'un courrier:

" En hospitalisation le compte-rendu est systématique." P2

" Par exemple si le patient est hospitalisé, là c'est important que le généraliste soit informé." P11

Lorsqu'une vigilance particulière s'impose devant la situation du patient, P3 rédige un courrier:

" Quand c'est plutôt grave, que ça demande une vigilance et que ça ne donne pas lieu à une hospitalisation, alors, oui il y a un courrier très souvent." P3

P10 rédige un courrier lors du suivi, même s'il n'y a pas de nouvelles informations à transmettre: *" Si je revois par exemple la personne à 3 mois, je ferais éventuellement un courrier assez court disant "la situation est inchangée, je propose la poursuite du traitement à l'identique".*" P10

L'envoi d' un courrier au MG est l'occasion pour le psychiatre de demander les informations dont il n'a pas connaissance et qu'il n'a pu obtenir auprès du patient:

" Bien souvent, dans le courrier que je fais ensuite, je demande les éléments que je n'ai pas trouvé dans le courrier d'adressage." P10

" Parfois, je le fais lorsque c'est nécessaire pour prendre un avis concernant la prescription d'un traitement chez un patient qui aurait éventuellement une contre-indication." P6

" Soit c'est très clair il n'y en a pas, soit cela fait partie des situations où je demande au patient, ou alors j'écris au médecin généraliste pour avoir un courrier de liaison avec les antécédents." P6

v. Le courrier lorsque le téléphone fait défaut

Le courrier fait office d'ultime recours lorsque le psychiatre a tenté de joindre le MG par téléphone:

" Si je ne parviens pas à l'avoir plusieurs fois de suite parce qu'il est occupé, j'enverrai un courrier." P6

" Si je n'arrive pas à les joindre par téléphone, dans ce cas là je remet un courrier au patient." P7

vi. Le souhait du patient de ne pas communiquer avec le MG

Les psychiatres ne correspondent pas avec le MG lorsque le patient ne le souhaite pas:

" Il y a quelques patients, peut-être 5%, qui ne veulent pas que l'on contacte leur médecin traitant, c'est souvent des histoires d'inceste, d'abus sexuel, ce genre de choses. Il y a aussi la femme qui ne veut pas que son mari sache qu'elle consulte." P8

" Il faut savoir aussi que dans certaines situations le patient ne souhaite pas l'information de son généraliste." P10

" Il y en a qui ne souhaitent pas que leur généraliste le sache. De toute façon, je demande toujours s'ils sont d'accord pour que j'envoie un courrier à leur médecin généraliste, c'est rare que les patients refusent." P11

vii. L'absence de suivi somatique nécessaire

P9, à qui nous avons demandé s'il faisait un courrier après chaque consultation, dit ne pas faire de courrier concernant les patients n'ayant pas de réel suivi somatique par un MG: *" Après, il y a des gens qui sont bien insérés mais qui vont bien sur le plan somatique et qui n'ont pas de suivi par un médecin généraliste, parce qu'ils vont le voir une ou 2 fois par an, pour la grippe, mais pas de lien particulier." P9*

viii. Les psychiatres manquent de temps pour correspondre

Le manque de temps peut empêcher les psychiatres d'effectuer un retour par courrier au MG:

" Malheureusement, je ne suis pas systématique, je ne fais pas de courrier après chaque consultation s'il n'y a pas de modification particulière, je n'en ai pas le temps." P5

" Je le ferais peut être systématiquement si j'avais moins de patients. Je pense que quand je prend le temps, dans les bonnes pratiques, je ferais volontiers un courrier d'évolution. Mais j'ai une file active assez importante et donc je n'ai pas un temps administratif dans ma consultation et donc je profite de l'absence de certains patients pour faire de l'administratif [...] Si je pouvais réduire ma file active, je pourrais dégager du temps pour faire plus de courriers personnalisés." P6

ix. L'absence d'information à transmettre

L'absence d'information à transmettre au MG, ou encore le déroulement d'un suivi psychothérapeutique, incitent également le psychiatre à ne pas rédiger de courrier au MG:

" Je dis quasi-systématiquement, car il y a des moments où il n'y a pas d'indication à un traitement ou c'est un travail psychothérapeutique." P10

" Chacune non, s'il n'y a pas de modification, je ne fais pas de courrier." P11

" Par contre, quand il ne se passe pas grand chose, quand c'est plus un suivi de psychothérapie qui suit son cours, dans ce cas là je n'envoie pas systématiquement de courrier." P2

2. Les courriers des MG

a) Caractéristiques des courriers des MG

La moitié des patients vus par P9 possède un courrier de leur MG, l'autre moitié consultant selon son propre chef: *" Quand je parlais du courrier manuscrit du généraliste je pense que ça doit concerner à peine un patient sur 2, il y a beaucoup*

de patients qui viennent spontanément, indépendamment de l'avis de leur médecin généraliste." P9

Les psychiatres regrettent que ces courriers soient souvent manuscrits et peu lisibles:

- " C'est souvent manuscrit donc ça peut être dur à déchiffrer." P7

- " Je n'étais pas sûr de comprendre de quoi il s'agissait sans parler de la lisibilité de la chose, bien qu'on ait des ordinateurs désormais." P9

Ces courriers sont trop souvent laconiques et par conséquent peu informatifs pour le psychiatre:

- " C'est souvent très bref." P1

- " Parfois c'est assez laconique: "je vous envoie pour suivi psychothérapeutique" ce qui ne nous renseigne pas énormément et je pense que ça c'est à améliorer grandement." P5

- " Quand les patients arrivent en consultation avec un courrier du médecin généraliste, c'est souvent assez laconique, je me souviens du dernier "merci d'évaluer mme machin souffrant d'une PMD", enfin j'ai cru comprendre PMD psychose maniaco-dépressive [...] Je pense qu'ils ont des éléments quand même, un peu plus que 3 lignes." P9

- " On voit de tout, enfin ils sont rarement denses, mais ce n'est pas un reproche." P10

- " C' est concis (rire)." P11

Seul P7 semble satisfait des informations contenues dans le courrier du MG:
" Souvent on a tout ce qu'il faut, avec une idée diagnostique [...] Quand j'ai des courriers j'ai souvent les antécédents, les traitements, la clinique ou un diagnostic, enfin, j'ai l'essentiel en général. Soit il y a un courrier, soit il n'y en a pas et, en général, quand il y en a un, il me suffit." P7

Malgré la brièveté et le manque de lisibilité, P11 y trouve l'avantage d'avoir un MG vers qui se tourner au besoin: *" Au moins j'ai un nom de médecin, je sais à qui pouvoir de nouveau m'adresser c'est important." P11*

En revanche, les psychiatres admettent que les courriers rédigés par le MG avec l'aide d'un logiciel reprenant automatiquement certaines données du dossier du patient contiennent plus d'informations attendues et sont plus lisibles. Ce type de courrier est, par contre, moins fréquent:

" Je n'en ai pas vu tant que ça des courriers informatisés [...] Et, parmi ceux qui viennent avec un courrier, il y en a un sur 3 ou 4 qui a un courrier un peu type. Mais c'est vrai qu'au moins c'est un peu plus complet sur les antécédents, les traitements, c'est un petit plus, c'est vrai, mais ça ne me semble pas si fréquent, même si ce sont mes statistiques personnelles." P9

" Ceux qui font les courriers informatiques avec leur logiciel qui reprend automatiquement les antécédents, les traitements... je préfère avoir quelque chose d'automatique avec trop d'informations que l'inverse." P7

b) Attentes des psychiatres

Les psychiatres déplorent globalement le manque d'informations dans les courriers des MG concernant les antécédents des patients:

" Un peu plus d'informations serait une bonne idée." P1

" Même quand le médecin généraliste envoie un courrier, il manque ces informations sur les antécédents somatiques." P4

" Le minimum, c'est quand même les antécédents, même si ce n'est pas assez fréquent." P10

Ils regrettent également l'absence du traitement médicamenteux, ou encore les traitements que le MG a pu essayer avant de leur adresser le patient:

" J'attends ce dont j'ai besoin, les éléments qu'il peut me donner s'il les a, quel traitement a été essayé... Je sais que ça prend du temps de les écrire." P9

" Ensuite, j'aime bien connaître le traitement du patient, parce que, souvent, le généraliste oublie de mettre ça dans son courrier et c'est compliqué de récupérer le traitement auprès du patient: un comprimé rose.... il y a tout le Vidal pour ça." P11

" Lorsqu'il y a eu un changement de traitement par le généraliste et que je l'apprends par le patient." P10

Les psychiatres aimeraient que le motif d'adressage du MG soit plus détaillé, afin que le psychiatre sache s'il s'agit d'une demande de prise en charge à part entière, d'un avis sur le traitement ou encore sur la nécessité d'hospitalisation, par exemple:

" Après, c'est pas toujours facile d'obtenir un courrier du médecin généraliste, de détailler sa demande." P5

" C'est vrai qu'être un peu plus précis dans les demandes et un peu plus fourni dans les informations ce serait bien." P9

Bien que ces griefs soient légitimes, certains psychiatres se satisfont de la présence d'un courrier du MG, même succinct, lorsque le patient les consulte:

" C'est déjà bien que le généraliste pense à adresser au psychiatre de secteur [...] Je dirai que ces courriers, succincts pour la plupart, nous conviennent, on fait très attention à ce qui est écrit et peut-être de manière excessive." P10

" Mais je suis tellement habitué à recevoir 3 lignes que bon... (rire) Peut-être que des collègues s'en plaignent, mais je préfère avoir 3 lignes que rien, vous voyez." P11

Ils pensent également qu'il leur appartient de se forger leur propre opinion sur le patient:

" Après, c'est à nous dans l'entretien d'étoffer le contenu." P11

" Ou alors ils se disent qu'ils vont laisser le patient raconter son histoire." P1

" Après, les patients sont capables de dire des choses aussi." P9

" Ils sont bien évidemment succincts, mais je ne m'attends pas non plus à autre chose car il faut faire connaissance avec le patient." P10

c) Ressenti des psychiatres

Pour P7, le MG lui adresse les patients après avoir tenté quelques traitements ayant échoué et que la situation se complique: *" En général, lorsqu'ils adressent le patient, c'est que ça devient compliqué: ils ont vu le patient plein de fois, avec des échecs de traitements, des idées suicidaires qui les inquiètent." P7*

Quant à P5, l'adressage par le MG est l'occasion de se décharger du patient: "*On a parfois l'impression que le généraliste se défause en quelques sortes de la situation, alors que notre intervention ne débouche pas forcément sur un suivi, c'est bien des avis.*" P5

Selon P2, la pauvreté des courriers du MG est la conséquence de leur faible attrait pour la psychiatrie: "*Ca ne les intéresse pas forcément la psychiatrie donc il n'y a pas beaucoup d'informations.*" P2

P1 pense que le MG rédige des courriers succincts car il a peur de se tromper dans ses hypothèses diagnostiques et thérapeutiques: "*Je ne sais pas trop pourquoi certains médecins hésitent, peut être qu'ils ont peur de se tromper.*" P1

Les autres psychiatres imaginent que le MG n'a pas le temps de rédiger correctement ses courriers, à cause de sa charge de travail, ou encore d'en dire trop sur le courrier qu'il remet au patient:

- "*Mais bon, ils n'ont peut-être pas le temps de plus détailler et, comme souvent, ils confient le courrier au patient, je pense qu'ils mettent le minimum, je peux le concevoir.*" P11

- "*C' est souvent rapide comme ça, après, j'imagine que le médecin généraliste, pris dans la rapidité de ses consultations, fait des courriers brefs.*" P9

- "*Si c'était possible de l'apprendre par le généraliste, ce ne serait pas plus mal, mais je pense que le travail est tellement dense, il faut faire vite.*" P10

3. Le téléphone

a) Le moyen de communication plébiscité par les psychiatres

Interrogés sur leur moyen de communication préféré avec le MG, les psychiatres sont nombreux à préférer le téléphone pour la rapidité d'échanges d'informations:

- "*L'appel téléphonique, c'est le plus simple et le plus approprié à notre exercice [...] Un coup de fil c'est toujours plus riche et plus facile.*" P1

- " Par téléphone souvent c'est beaucoup plus rapide." P2

- " Le moyen le meilleur, c'est un échange téléphonique [...] Le plus efficace, c'est clairement le téléphone." P4

- " Je pense que c'est le téléphone parce que c'est ce qu'il y a de plus rapide mais le courrier, on ne peut pas s'en passer." P5

- " Ca dépend de l'urgence, c'est à dire le courrier, si ce n'est pas urgent et le téléphone si ça l'est plus." P6

- " Le contact téléphonique ça va très vite, en 2 ou 3 minutes on fait le tour de la question [...] Quand je fais mes consultations, après je vais au plus direct et plus rapide, c'est le contact téléphonique." P8

P8, qui ne rédige un courrier résumant la situation qu'après quelques consultations, joint systématiquement le MG après la première consultation du patient, afin de l'informer sur le déroulement de la prise en charge: *" Moi, ce que je fais surtout, je communique peu après la première consultation, par contre, j'appelle systématiquement le médecin traitant, je préfère avoir un entretien direct pour planifier et expliquer un peu la prise en charge [...] Certains psychiatres préfèrent faire un courrier après chaque consultation, moi je préfère appeler." P8*

Selon P3, les psychiatres sont les spécialistes appelant le plus le MG lors de l'hospitalisation de leur patient, en comparaison avec d'autres disciplines: *" De fait, on les appelle beaucoup quand même mais ce n'est pas systématique. Je ne sais pas si le médecin généraliste est systématiquement appelé dans toutes les autres disciplines médicales en cours d' hospitalisation, je ne sais pas, il ne me semble pas." P3*

2 psychiatres déplorent le manque de communication du MG lorsqu'il leur adresse des patients, estimant que le téléphone permettrait d'améliorer la qualité des échanges d'informations avant que le patient ne les consulte:

- " Très rarement ils nous appellent, ce qui est l'idéal car ça permet de savoir qu'ils arrivent, soit pour avoir un avis soit pour nous adresser un patient, donc ça c'est le mieux." P1

- " Je peux te dire qu'il est rare que les médecins généralistes nous appellent, souvent ils nous adressent un courrier mais c'est assez rare que les médecins

généralistes demandent spontanément un échange avec le psychiatre [...] De manière générale les patients nous sont adressés par un médecin traitant [...] Sans échange préalable ou des échanges trop succincts du style "je vous adresse en vue d'une hospitalisation pour un trouble anxio-dépressif", sans que le médecin nous ait appelé avant, sachant qu'on est en général toujours disponible pour répondre par téléphone." P4

Cependant, les psychiatres reconnaissent qu'une première "accroche" téléphonique avec le MG facilite la réitération des communications téléphoniques:

- " Lorsqu' on a déjà eu des échanges par téléphone, il est plus aisé de renouveler ce moyen d'échange." P4

- " Par téléphone, je pense que c'est ce qu'il y a de plus simple. Je pense que quand on noue ça après on se connaît puis on n'hésite pas à communiquer autour des situations complexes, en sachant que c'est 5 à 10% des cas les situations complexes." P5

- " Si je le connais personnellement oui, je vais plutôt avoir tendance à l'appeler par téléphone." P7

b) Les avantages du téléphone

i. Optimisation de l'organisation

Selon P1, l'organisation au sein du CMP peut être optimisée lorsque le MG prévient par téléphone de l'adressage d'un patient: *" C'est vrai qu'un appel d'un médecin qui nous dit "voilà, j'aimerais bien avoir soit un avis, soit que vous hospitalisiez ce monsieur" c'est le plus facile, c'est ce qui nous permet, nous aussi, et c'est l'avantage, de nous organiser en disant "ben écoutez, dites au patient de venir plutôt demain si c'est possible, ou cet après midi parce qu'on est plus nombreux, ou tout de suite parce que là on a du temps" enfin voilà, c'est plus un souci d'organisation disons et, du coup de réponse plus pertinente." P1*

Le téléphone permet également aux psychiatres de gagner du temps, en évitant des consultations pour adaptation de traitement lorsqu'ils peuvent simplement conseiller le MG par téléphone:

" Moi, j'ai des médecins généralistes aussi, et ça c'est tellement un plaisir, qui nous appellent pour nous demander des conseils sur des prescriptions, sur des orientations, sur l'organisation du soin, sur la clinique." P3

" Les médecins généralistes nous connaissent bien et n'hésitent pas à nous appeler pour un conseil, soit on leur donne par téléphone, soit la personne est reçue." P5

" Parfois, certains nous sollicitent directement par téléphone pour une prise en charge, présenter un cas ou demander des conseils de prescriptions." P9

ii. Capacité d'échange supérieure au courrier

Les échanges téléphoniques entre psychiatres et MG semblent contenter les protagonistes grâce à l'émulation et la capacité d'échange dans un temps relatif qu'un simple courrier ne pourrait permettre:

" Dès l'instant qu'il y a une relation qui s'instaure, en particulier téléphonique, ils nous apportent vraiment quelque chose la plupart du temps, et je crois qu'on leur apporte quelque chose aussi quand on se met en lien avec eux [...] Moi, je me rends compte que, dans la pratique, les coups de téléphone ça va 10 fois plus vite que n'importe quel type de courrier." P3

" J'aime bien appeler et avoir une relation au téléphone avec le généraliste, pas seulement épistolaire, et je pense que les généralistes apprécient." P10

" Alors je parlais tout à l'heure des échanges par téléphone, donc là qui permettent un échange. En l'état actuel des choses, les échanges par courrier ne sont pas véritablement un échange mais plutôt une transmission d'informations et très souvent, en fait, on n'a pas véritablement de retour." P4

" Mais sinon, ils sont contents les médecins traitants quand on les appelle." P8

C'est au final cette simplicité d'utilisation et d'échanges qui satisfait les psychiatres:

" Il n'y a rien de plus simple que de prendre un téléphone en disant "tu peux voir mon patient?" ou "est ce que tu peux hospitaliser mon patient?"." P1

" Je pense que c'est la réactivité à sa demande, donc c'est pouvoir recevoir les personnes sans rendez-vous, pour partie bien sûr, pas pour tout le monde, car ce n'est pas possible [...] Une réponse téléphonique, des échanges faciles, par téléphone je pense que c'est ce qu'il y a de plus simple." P5

c) Les inconvénients du téléphone

i. Inconvénients d'un moyen de communication synchrone

La réactivité procurée par le téléphone, est contrebalancée par le besoin de disponibilité synchrone des protagonistes:

" Je pense qu'aussi bien le médecin généraliste que moi-même on a très peu de temps pour se consacrer au téléphone [...] Les appels, de temps en temps je n'arrive pas à les avoir car ils sont occupés et vice-versa, donc, ce n'est pas simple, donc je préfère le courrier." P11

" Avec le téléphone par exemple, si un médecin généraliste appelle, que tous les psychiatres sont en entretien et qu'on lui demande de rappeler, si le généraliste demande dans combien de temps il doit rappeler, c'est difficile de lui dire si un psychiatre sera disponible dans 10, 15 ou 20 minutes." P7

" De mon côté je n'ai pas de problème, certains sont plus ou moins disponibles mais ça on peut l'entendre." P9

Les psychiatres ont parfois des difficultés à joindre certains MG, soit parce qu'il ne répond pas au téléphone ou encore à cause de la barrière réalisée par son secrétariat :

" On a essayé de contacter le médecin traitant au téléphone, qui ne répond pas, il doit être débordé." P11

" Le téléphone, je n'aime pas! Il faut passer par la secrétaire, attendre, faut rappeler... enfin voilà." P7

Certains psychiatres outrepassent cette barrière, soit en demandant à joindre le MG auprès de sa secrétaire, soit en lui laissant un message afin qu'il rappelle:

- " Mais moi je n'ai jamais eu de soucis quand je devais rappeler des médecins, j'arrive souvent à les joindre, même si je tombe sur leur secrétaire. Pour la plupart du temps les médecins généralistes sont accessibles." P7

- " Honnêtement on arrive toujours à joindre les médecins, au pire on laisse un message au secrétariat du médecin traitant et il rappelle." P8

P4 regrette que les MG utilisent peu souvent le téléphone, estimant que cette démarche vient plus souvent des psychiatres: *" C'est assez rare que les médecins généralistes demandent spontanément un échange avec le psychiatre, je m'y prêterais volontiers, la démarche va plutôt de notre sens vers les médecins généralistes que l'inverse." P4*

P8 se montre disponible en toutes circonstances au téléphone: *" Quand un médecin traitant appelle je le prend systématiquement même si je suis en consultation." P8*

A l'inverse, P7 se voit mal interrompre ses consultations pour répondre au téléphone, minimisant au passage la démarche clinique du MG: *" C'est ce qui me bloque avec le téléphone en psychiatrie par rapport à la médecine générale. Arrêter un entretien psychiatrique pour répondre au téléphone, c'est plus difficile selon moi que d'arrêter un examen clinique." P7*

ii. Problématique médico-légale

L'absence de traces laissées par le téléphone pose problème aux psychiatres, sur le plan médico-légal, mais également personnel lorsqu'il est nécessaire de se remémorer des éléments échangés:

- " Un coup de fil des fois... il y a tellement d'informations qu'on ne retient pas tout." P7

- " En pratique, un coup de fil est bien plus simple, bien qu'il y ait toujours la question de traçabilité [...] Hormis cela le téléphone reste pour moi la référence, c'est plus rapide, même s'il y a peu de traçabilité par ce moyen, mais on ne soigne pas des feuilles." P8

d) Utilisation du téléphone dans la pratique des psychiatres

i. Compléter le recueil d'informations

Les psychiatres utilisent souvent le téléphone afin d'obtenir les informations dont ils ne disposent pas dans le courrier du MG concernant l'histoire personnelle du patient. A noter qu'ils utilisent surtout le téléphone lorsque la situation du patient est complexe:

" Ils sont évidemment appelés à chaque fois qu'ils peuvent nous donner des informations et à chaque fois qu'on peut s'appuyer sur leur connaissance du terrain, du contexte, de la famille." P3

" Mais, dans des situations un peu particulières, lorsqu'on a besoin de connaître de manière un peu plus précise l'histoire du patient, le contexte dans lequel le médecin nous adresse le patient, dans ce cas, moi j'appelle le médecin traitant quand j'ai besoin d'avoir un petit peu plus d'éléments sur l'histoire du patient, mais c'est pas systématique." P4

" Ca m'arrive de les appeler par téléphone pour des questions plus aigues, pour mieux comprendre tel ou tel aspect d'un patient qu'eux connaissent par contre depuis longtemps et j'ai toujours été bien reçu, je trouve qu'il n'y a pas de difficultés importantes [...] Le téléphone, c'est quand je cherche des informations sur un point précis ou quand c'est compliqué." P9

" Pour certains suivis qui sont complexes d'emblée, par exemple une personne qui présente une pathologie du registre de la psychose, les relations familiales se tendent et j'ai besoin de la perception de mon collègue généraliste qui va à domicile [...] Je sais que dans cette situation là j'ai souhaité échanger avec les collègues pour qu'on se mette d'accord sur une stratégie thérapeutique, une certaine perception des choses." P10

Il en va de même concernant les antécédents et traitements du patient lorsqu'ils ne figurent pas sur le courrier du MG:

" J'aime bien passer un coup de téléphone quand je reçois un patient que je ne connais pas, je contacte le généraliste ne serait-ce que pour récupérer les antécédents, savoir un peu le mode de vie tout ça." P2

- " J'utilise le téléphone quand j'ai un doute sur les traitements, les antécédents, si les circonstances sont floues." P7

Pour P9, l'appel au MG pour recueillir des informations fait également office de succession dans la prise en charge de patients gérés par leur MG depuis longtemps: *" Par exemple, je me souviens d'un patient géré sur le plan psychiatrique par son médecin généraliste depuis des années et moi j'arrivais derrière, donc je voulais avoir un échange d'informations, reprendre la situation, lui dire que j'étais sur les rangs et qu'il me transmette des informations, donc, dans ces cas là, j'appelle." P9*

ii. Cas des patients suicidaires ou à risques iatrogènes

Le téléphone peut également être utilisé lorsque le psychiatre détecte un risque suicidaire chez son patient, il n'hésite pas à appeler le MG afin de le prévenir de la situation:

- " Je ne contacte pas forcément par téléphone le généraliste sauf dans les situations vraiment particulières où il faut être vigilant." P2

- " Lorsqu'il y a des préoccupations, des problématiques qui risquent d'engager le pronostic vital avec les comportement suicidaires." P10

Avec les patients qui mésusent ou abusent de leur traitement pharmacologique, P2 joint le MG afin de décider de celui qui prescrit: *" Si on a des patients qui ont tendance à surconsommer des médicaments, dans ce cas là j'aime bien contacter le généraliste pour savoir si c'est lui ou si c'est moi qui fait les ordonnances afin qu'il n'y ait pas de double prescription." P2*

P8 va même jusqu'à joindre le pharmacien lorsqu'il estime que le patient présente un risque suicidaire médicamenteux et qu'il n'a pu l'hospitaliser faute de place: *" Je vois plus loin que ça, par exemple, ça devient difficile d'hospitaliser les gens en raison du manque de place. De ce fait, j'hospitalise peu de monde, en contrepartie il faut être disponible et réactif. Si j'ai un cas de tentative de suicide je n'hésite pas à appeler le pharmacien pour mettre en place une délivrance hebdomadaire par exemple, vérifier qu'il n'y ait pas de double prescription." P8*

P7 appelle le MG lorsqu'il prescrit un traitement à un patient qui lui a été adressé: " *J'essaye de faire attention à les rappeler quand j'instaure un traitement pour un patient qu'on nous a adressé.*" P7

P4 résume toutes ces situations: " *Alors, quand moi-même j'ai besoin d'informations, de renseignements, quand je ne suis pas sur de l'adhésion d'un patient à un programme de soins psychiatriques et quand je suis inquiet pour le devenir immédiat du patient. C'est les 3 raisons principales selon moi.*" P4

iii. Aspects administratifs de la prise en charge

P10 joint parfois le MG afin de convenir d'un arrêt ou de la reprise de travail d'un patient: " *Ca peut être par exemple une interrogation sur la question d'un arrêt de travail et les modalités de reprise de l'activité professionnelle [...] se mettre d'accord sur une prolongation de l'arrêt.*" P10

P8 évoque une situation où il a joint le MG à 2 reprises consécutives pour le même patient, la première fois afin de récupérer des informations sur un patient mutique, puis, la seconde fois, afin de conseiller une reconnaissance en ALD. Il souligne à nouveau la simplicité et la rapidité du téléphone en comparaison au courrier: " *L'avoir au téléphone. Par exemple, dernièrement, je vois quelqu'un qui est mutique, il me tend le courrier, je vais te faire voir la lettre...(il me tend une ordonnance de psychotropes)... Donc j'ai appelé son médecin traitant pour avoir plus d'informations et je l'ai même rappelé après la consultation pour refaire le point et évoquer une mise en affection longue durée. Ca a dû prendre 5 minutes pour les 2 appels, c'est moins chronophage qu'un courrier.*" P8

4. Le courrier électronique

De manière globale, les psychiatres utilisent assez peu le courrier électronique dans leur pratique quotidienne, le courrier papier et le téléphone gardent une place prépondérante pour correspondre avec le MG. Néanmoins, certains psychiatres en

sont demandeurs car ils y voient une promesse de gain de temps lors de la rédaction et une diminution du délai de réception pour le MG:

" Je pense que, quand les dossiers seront informatisés, ce sera beaucoup moins compliqué. Je ne sais pas si vous imaginez le temps que ça prend de rédiger si ce n'est pas informatisé, donc, c'est sûr que l'informatisation facilitera les choses [...] Depuis quelques temps, nous y sommes passés et je communique beaucoup plus car je fais des copier-coller pour les informations qui sont dans les dossiers, pour les antécédents, je fais un copier-coller et c'est bon. S'il faut tout réécrire... il faudrait 45 minutes par personne, ce qui n'est pas possible, j'en verrais 2 ou 3 en moins par jour, en comptant une demi-heure d'écoute par patient." P6

" Ca pourrait diminuer le délai d'envoi." P11

" En fin de consultation, une fois la personne sortie ou devant elle si on envisage une modification de la prescription, on la tape à l'ordinateur comme on l'écrit, puis on l'envoie directement au médecin, c'est très facilitant." P5

" Le généraliste, si je pouvais envoyer des mails ça m'arrangerait." P7

P9 pense même que la réactivité permise par les mails pourrait améliorer sa communication et sa relation avec les MG au cours du temps: *" On pourrait peut-être se trouver des méthodes pour être dans une certaine actualisation de ce lien, afin que ce lien ne s'arrête pas une fois qu'on a pris le premier contact avec le patient. L'idée, par exemple, de pouvoir leur transmettre par mail des courriers pourrait faciliter ce genre de choses" P9*

P3 voit dans le mail un moyen plus personnel afin de correspondre avec le MG. Il pense que le MG est plus réceptif lorsqu'il reçoit des informations par mail que par courrier: *" Quand tu reçois un mail par apycrypt du docteur bidule concernant un patient dont tu connais le nom, tu l'ouvres, c'est adressé à toi, tu es convoqué à le lire. Tu reçois 7 enveloppes tous les jours que tu ouvres et que tu classes ou que tu files à ta secrétaire ou que tu classes toi même, la manière dont l'information se transmet est effectivement largement moins satisfaisante à mon avis." P3*

Plusieurs psychiatres regrettent de ne pas avoir accès à une messagerie sécurisée pour échanger par mail, les raisons évoquées pour lesquelles ce moyen est peu utilisé sont les suivantes:

- " L'obligation de transmettre toutes ces informations par mail, cryptées bien sûr, avec des systèmes de protection à respecter." P5

- " Est ce que c'est valable concernant la traçabilité? Je n'ai pas connaissance d'un système crypté ici." P11

P5 voit dans l'utilisation du mail l'obligation d'avoir un ordinateur à sa portée pouvant entraver le déroulement de sa consultation: " Après, ça peut être particulier d'avoir l'ordinateur à côté de soi dans la relation thérapeutique... ça peut gêner la personne." P5

P5 évoque également l'aspect générationnel lié à l'informatique, pensant que les anciens psychiatres sont moins à même de maîtriser cet outil et par conséquent la communication par mail: " Il y a peut être un aspect générationnel, faire face à la nouveauté, ça remet en cause ce qui a été fait pendant 30 ans, donc c'est toujours questionnant pour les personnes qui pensaient avoir toujours bien fait. Il y a un aspect générationnel sur lequel il faut se baser pour être optimiste, parce que la nouvelle génération va être plus sensible, aura l'échange plus facile grâce à l'informatique. Il peut y avoir une lenteur de la part de certains." P5

Les mails sont moins utilisés en psychiatrie car cette discipline est en retard sur les autres concernant l'informatisation selon P6: " La psychiatrie y arrive seulement maintenant, dans les autres branches de la médecine, il y a une meilleure communication car c'est informatisé depuis plus longtemps." P6

P11, questionné comme les autres psychiatres sur les moyens de communication utilisés avec le MG, est le seul à nous avoir cité le fax, en cas de nécessité de transmission rapide d'information : " Quand c'est urgent et si c'est possible je faxe le courrier et j'envoie un double par la poste." P11

P11 n' avait pas non plus connaissance de la messagerie Apicrypt : " Je n'utilise pas les mails, donc c'est surtout par courrier [...] Parce que je ne sais pas si ça se fait. Je ne sais pas si les généralistes sont très habitués à cela." P11

P9 émet des doutes quant à l'informatisation de tous les MG: *"Après, je ne sais pas s'ils sont tous connectés."* P9

5. Le patient vecteur

Le psychiatre peut utiliser le patient comme vecteur d'information indirect envers le MG en lui confiant le courrier. Pour le psychiatre, c'est un moyen d'obliger le patient à revoir son MG:

"Je pousse le patient à aller voir son généraliste et que ce soit lui qui prescrive avec le courrier de liaison que le patient lui aura apporté." P1

"Par contre, je ne fais pas envoyer de courrier au médecin généraliste par mon secrétariat [...] Je pars du principe que je donne le courrier au patient et on le renvoie vers son médecin traitant." P7

Le patient vecteur est également le moyen de réduire le délai d'envoi du courrier selon P9: *"Je rédige mon courrier à la fin de la consultation et je demande au patient s'il va passer voir son généraliste sous peu, dans ce cas là, je lui remets sinon je l'envoie par la poste."* P9

Le patient peut également être un vecteur direct lorsqu'il résume lui-même à son MG le contenu de la consultation avec le psychiatre et les adaptations thérapeutiques éventuelles:

"Le patient peut très bien se débrouiller pour faire le lien, il a les copies de ses courriers, il connaît son diagnostic, ses traitements." P6

"Après les patients sont capables de dire des choses aussi." P9

Selon P6, les psychiatres utilisent souvent le patient vecteur: *"Le patient sert de lien bien souvent, parce que souvent nos patients ont de bonnes relations avec leur médecin généraliste."* P6

Cependant, ce moyen de communication dépend en grande partie de la volonté et du sérieux du patient:

"On dit au patient qu'il faudrait qu'il aille voir son médecin traitant et lui montrer le courrier, ce qu'il fait ou non." P7

- " Ca dépend aussi des patients, il y en a à qui je ne le confierai pas parce que je sais que ça va se perdre, donc c'est vraiment au cas par cas." P9

Le MG utilise quasi-systématiquement le patient en tant que vecteur lorsqu'il rédige un courrier au psychiatre. Le psychiatre déplore dans ce sens le manque de sérieux de certains patients dans la transmission de ce courrier, aboutissant à des pertes ou à des dissimulations volontaires: *" Le patient est parfois reçu et ne montre qu'après la lettre, ou il ne la retrouve pas, ou il la retrouve après, ou au cours de l'entretien." P10*

P11 pense que ce moyen de communication est un frein pour le MG lors de la rédaction de son courrier, le MG craignant que le patient lise des éléments du courrier pouvant compromettre leur relation: *" J'aimerais avoir plus de détails mais, à ce moment là, il faudrait peut-être qu'ils nous envoient directement le courrier sans le remettre au patient." P11*

P10 préférerait authentifier certains dires du patient à l'aide d'une lettre du MG plutôt que de devoir se fier aveuglement à ce que le patient lui relate: *" Dans l'autre sens aussi, lorsqu'il y a eu un changement de traitement par le généraliste et que je l'apprends par le patient. Si c'était possible de l'apprendre par le généraliste, ce ne serait pas plus mal mais je pense que le travail est tellement dense, il faut faire vite... embarras c'est un grand mot, c'est une gêne qui est vite dépassée." P10*

D. Le rôle du MG selon les psychiatres

1. Le MG est un partenaire

Les psychiatres considèrent le MG comme un partenaire essentiel dans la prise en charge des patients:

- " Je dirais que le généraliste est le premier partenaire du psychiatre de secteur. C'est le premier partenaire, c'est le partenaire évident, c'est le partenaire essentiel. C'est lui qui me semble être la clef de voûte du suivi du patient." P10

" Pour moi, ça va de soi qu' il n'y a pas d'affrontement, pas de position de caste, j'ai toujours travaillé avec des médecins généralistes, j'ai été élevé comme ça dans mon parcours professionnel (rire). Pour moi le médecin généraliste est un partenaire." P5

Ils reconnaissent que le MG représente le premier recours pour les patients, capable de les recevoir rapidement afin de débrouiller la situation du patient:

" Lorsqu'une prise en charge psychiatrique est amorcée, souvent le médecin généraliste reste le médecin de première ligne qui peut recevoir le patient à une fréquence souvent très supérieure au psychiatre. Je dirais que c'est l'interlocuteur médical privilégié." P4

" Il voit beaucoup plus souvent les patients que nous. Les patients, que ce soit en population générale ou en psychiatrie, ont plus la culture d' aller voir leur médecin généraliste quand ils ont un problème." P7

Le MG est perçu comme le coordonateur de la prise en charge des patients, permettant l'articulation entre tous les intervenants médicaux:

" Ca peut être une place tout à fait décisive." P1

" Le retour se fait forcément d' une manière ou d'une autre vers le généraliste à un moment donné." P2

" Il est censé connaître toutes les pathologies du patient, même si la psychiatrie c'est une approche globale, je pense qu'il a toutes les cartes en main, il est donc incontournable [...] La fonction de coordination devrait être assurée par le généraliste." P10

" Le rôle est très important. Je pense que c'est lui qui va tout centraliser." P11

L' exercice du MG lui permet souvent de connaître la famille de ses patients, qui peut lui relater des symptômes que le patient atteint de troubles mentaux ne perçoit pas, ou nie. Le MG observateur du terrain peut ensuite aider le psychiatre lors de sa prise en charge:

" Ce qui est pas mal aussi, quand il y a des médecins qui suivent la famille pour avoir un regard extérieur sur la situation et peut être nous informer, nous alerter sur certaines choses." P2

- " Ils sont au courant de ce qui se passe avec la famille car, parfois, ils voient les conjoints, les enfants. Du coup, ils ont peut-être une vision un peu plus précise de la dynamique familiale des patients. Parce que nous quand on voit les patients on n'a que les dires des patients." P7

Pour le psychiatre, la prise en charge somatique est la "chasse gardée" du MG:

- " Pour moi ça reste le médecin de famille, le médecin le plus proche et donc il est vraiment centré sur la santé somatique, dont je n'ai aucune connaissance donc ça m'évite de rentrer sur ses plates-bandes[...] Mais lui, par contre, reste garant de la santé somatique." P9

Le MG peut également introduire la prise en charge psychiatrique de manière plus acceptable pour le patient en l'expliquant et en la déstigmatisant:

- " Il peut être aussi celui qui peut rendre acceptable le soin psychiatrique en le déstigmatisant, en expliquant que, finalement, c'est un soin comparable aux autres soins rhumatologiques, gastro, cardiaque.. et puis quelqu'un qui est capable de parler des troubles psychiatriques comme des choses qui ont besoin d'un soin médical et de faire passer cette idée là avec plus de facilités que le psychiatre qui, en général, travaille dans un lieu largement stigmatisé." P3

- " Je pense que le médecin généraliste est tout à fait capable de faire de la psychiatrie quelquefois plus acceptable et plus acceptée." P3

- " Il a évidemment un rôle d'orientation puis d'explication de la filière de soin, d'aide à la compréhension de la filière de soin et de relai aussi d'explication de la situation du patient." P3

2. Le MG et sa pratique de la psychiatrie

a) Un rôle de dépistage et de prévention

Selon les psychiatres, le MG a un rôle de prévention et de dépistage des troubles mentaux:

- " Je pense que c'est un rôle de dépistage en priorité car vous avez un large accès à toute la population, vous voyez beaucoup plus les gens qui n'ont pas forcément de demande de soins psychiatriques [...] Et puis, peut être, repérer aussi les premiers signes de décompensation et permettre que les patients aient un accès plus rapide." P2

- " Il a évidemment un rôle de détection, de prévention." P3

- " Le médecin généraliste, c'est souvent lui qui est en première ligne, d'abord pour repérer les symptômes." P4

- " Alors à la fois un rôle de dépistage et un rôle d'accompagnement. Dépistage parce qu'ils sont en première ligne." P5

Le MG doit également pouvoir assurer le suivi des patients déjà connus par le psychiatre afin de repérer les signes de décompensation du trouble psychiatrique ou encore la surveillance clinico-biologique d'un traitement chimique:

- " Repérer aussi les premiers signes de décompensation et permettre que les patients aient un accès plus rapide, enfin, contacter les personnes qui les suivent au niveau psychiatrique, quand c'est nécessaire." P2

- " Il peut nous aider, bien évidemment, à être un relai auprès du patient de notre inquiétude et de notre vigilance, on peut s'appuyer sur sa clinique pour se ré-inquiéter pour un patient, faire de la prévention secondaire." P3

- " Ensuite, également, le suivi des personnes déjà suivies en psychiatrie, recherche des effets indésirables des médicaments, comme le dépistage des effets métaboliques, par exemple." P6

b) Prise en charge des cas simples par le MG

Les psychiatres estiment que le MG doit pouvoir gérer les cas simples:

- " Je pense que le généraliste est capable de gérer la plupart des cas: épisodes anxieux, épisodes réactionnels à des événements de la vie." P5

- " Le dépistage, le traitement des troubles mentaux qui peuvent être dévolus au généraliste: dépression, trouble anxieux, trouble de l'adaptation." P6

Le MG peut ensuite adresser au psychiatre les cas qui se compliquent, ou nécessitant une prise en charge spécifique:

- " Le patient s'adresse, en règle générale, d'abord à son généraliste qui, dans un deuxième temps, l'adresse à un psychiatre spécialiste, ça c'est la première chose." P4

- " Je pense qu'ils doivent, dans le cadre d'une bonne collaboration avec les CMP, s'autoriser à un premier diagnostic et demander un avis complémentaire, si besoin, auprès des CMP [...] Donc, un travail à la fois d'évaluation, de mise sous traitement si besoin, et puis, dans un second temps, le CMP qui vient en relai ou en appoint, si besoin." P5

- " L'orientation des patients alors soit pour examen paraclinique pour asseoir leur diagnostic une fois dépisté, soit pour traitement sur des structures spécialisées." P6

c) Le rôle de l'adressage du MG au psychiatre

Le psychiatre est plus enclin à répondre à l'adressage du MG que lorsque le patient vient de lui-même le consulter. En ce sens, l'adressage peut conditionner le retour d'information au MG:

- " Lorsque c'est un médecin traitant qui demande un avis pour un patient, là, quasi-systématiquement, j'adresse un retour par un moyen ou par un autre." P4

- " Si le patient vient de son propre chef et qu'il n' y a pas de suite, je ne fais pas de courrier [...] S'il a été adressé par son médecin traitant, je fais un courrier de réponse." P7

- " Il y en a certains qui vont nous adresser des patients sans courrier, sans rien, et il y en a d' autres qui vont nous donner les infos dont on a besoin, c'est eux qu'on va le plus souvent rappeler." P7

Selon P2, l'adressage pose les bases de la relation ultérieure entre MG et psychiatre: " Je pense que, pour le premier contact d' un patient, c'est important que le médecin généraliste et le psychiatre puissent se contacter dès le début de la prise en charge, ne serait-ce que pour faire le lien puis, ensuite, qu'il y ait des contacts qui soient régulier." P2

P9 regrette que le MG adresse parfois trop tardivement certains patients: " J'ai parfois l'impression que les généralistes sont longs à la détente et peut-être qu'ils

freinent à nous adresser des gens alors qu'on est là pour ça, surtout sur des pathologies graves." P9

d) Variabilité interindividuelle des MG vis-à-vis de la psychiatrie

De nombreux psychiatres constatent que les MG ne sont pas tous intéressés par la psychiatrie, certains se contentant d'être spectateur dans la prise en charge. Ils posent ce constat soit après avoir discuté avec le MG de certains patients, soit en s'apercevant qu'ils travaillent sensiblement avec les mêmes MG à mesure de leur carrière:

" C'est très variable, d'un médecin à l'autre ça peut changer du tout au tout, ça peut être une place tout à fait décisive ou, à l'inverse, les généralistes n'ont pas envie ou ne connaissent pas la psychiatrie non plus, tout est possible." P1

" On voit qu'il y a des médecins qui vont être très investis et d'autres pas du tout, enfin, c'est assez variable selon les personnes [...] Au bout d'un moment, sur un secteur, on a des liens privilégiés avec certains médecins. On connaît ceux qui sont intéressés par la psychiatrie et avec qui on peut discuter un peu plus." P2

" Il y a des médecins généralistes qui ne sont pas très acheteurs de psychiatrie (rire) [...] puis il y en a d'autres, ton coup de fil va leur permettre aussi de poser des questions pour répondre à des interrogations anciennes qu'ils ont sur le patient, et puis voilà, les quelques premières phrases vont déterminer la suite et après la communication change en fonction de l'implication que chacun a dans cette communication, de l'intérêt qu'il y porte et de ce qu'il espère en faire." P3

" Dans le dossier on a le nom du médecin traitant, c'est un correspondant parfois très actif, parfois non, puisque, pour certains patients, on n'a pas d'échange particulier, hormis quand je propose un changement de traitement." P5

" On sait que, parmi les généralistes, il y en a qui sont plus orientés psy que d'autres, on a toujours cette idée là sur les secteurs. On va avoir comme par hasard plusieurs patients du même généraliste. Eventuellement, ceux pour lesquels c'est plus difficile, c'est ceux qui n'utilisent pas assez l'outil secteur." P9

Selon P6, certains MG ne comprennent pas la nécessité et l'intérêt des soins psychiatriques: *" J'ai l'impression qu'il y a des médecins généralistes qui ne prennent*

pas les soins psychiatriques en estime, ou n'en voient pas la nécessité, on a eu vent par les patients de messages négatifs du médecin généraliste." P6

e) Des MG débordés

Les psychiatres évoquent le manque de temps du MG comme une des raisons au manque de communication:

- " On sent que c'est compliqué parce que peut-être qu'ils sont débordés." P2

- " Certainement parce que les généralistes ont d'autres choses à faire, ils ont des horaires de fous, ils sont tout le temps sollicités par tel ou tel labo, formation continue..." P9

Ce manque de temps expliquerait en partie la faible affinité que les MG peuvent avoir dans la prise en charge psychiatrique, réputée chronophage:

- " Au niveau du suivi psychique en consultation, le médecin traitant n'a pas forcément le temps de se substituer au rôle du psychiatre." P2

- " Parce que je crois connaître un peu le travail du médecin généraliste et, quand tu connais le travail des médecins généralistes, il y a des choses que tu demandes, parce que tu sais que tu vas avoir ces informations et que tu penserais pas forcément à demander, et il y a des choses que tu ne demandes pas parce que tu sais qu'il n'a ni le temps ni la position pour le faire." P3

P8 évoque le problème de la somatisation du patient lors de troubles psychiatriques, qui complique la tâche du MG: *" Un autre problème pour les médecins traitants avec les patients psychiatriques, c'est que les gens somatisent énormément, et ce genre de prise en charge n'est pas gérable pour eux en 15 minutes." P8*

P8 va plus loin en évoquant un burn-out des MG envers les troubles psychiatriques, qui les pousse à déléguer fréquemment au psychiatre: *" Le médecin traitant, il veut qu' on le décharge, il a assez de trucs à gérer. Ce qui les bouffe le plus c'est toute la "bobologie", la névrose, le stress, l'anxiété, qui sont là à pleurnicher dans leur cabinet, ça les fatigue, résultat, parfois il est tellement crevé*

qu'il peut passer à coté d'un truc important. Mais il ne faut pas l'exclure de la prise en charge." P8

P11 pense que le MG n' a pas le temps de lire tous les courriers qu'il reçoit, ce qui expliquerait le faible taux de réponse au psychiatre: *" C'est peut-être plus difficile pour le médecin généraliste de nous tenir informés de tout, je pense qu'il n'a pas le temps, on peut le concevoir [...] Après, ce n'est pas évident pour tout le monde non plus, j'imagine le nombre de courriers que les généralistes reçoivent par jour [...] Et puis le généraliste n'a peut-être pas le temps de les lire." P11*

Pour cette même raison, les courriers du MG au psychiatre sont concis: *" C'est souvent rapide comme ça, après, j'imagine que le médecin généraliste, pris dans la rapidité de ses consultations, fait des courriers brefs." P9*

P9 estime que le MG pourrait faire un effort afin d'améliorer leur relation malgré ce manque de temps: *" J'entends bien qu'ils ont beaucoup de dossiers à gérer, qu'ils ont beaucoup de patients à voir par jour et qu'ils n'ont pas la même disponibilité que nous, mais bon, ça ne me paraît pas insurmontable." P9*

f) Des MG réticents et insuffisamment formés à la psychiatrie

P3 estime que les études médicales ne favorisent pas une bonne maîtrise de la psychiatrie, qu'il s'agisse des MG et des autres spécialités: *" Le problème c'est ça: le constat, c'est que les médecins sont des brêles en psychiatrie, mais pas que les médecins généralistes, les médecins en général. La formation médicale ne forme pas à la psychiatrie du tout." P3*

P3 pense que la formation théorique qu'il a reçu lors de l'internat de psychiatrie n'est pas suffisante. La psychiatrie nécessite une certaine expérience et une pratique régulière: *" On ne fait pas du tout chercher le savoir là où il est, on nous fait retenir les éléments du DSM, apprendre par cœur le DSM, les recracher pour nos concours et après on voit des patients. Et là, on se rend compte que le DSM voilà, moi je ne l'ai pas ouvert depuis 10 ans parce qu'il ne m'aide pas pour soigner des gens, il ne m'aide pas pour la clinique." P3*

P3 fait le parallèle avec les autres spécialités médicales pour lesquelles il estime le MG plus compétent. Selon lui, le défaut de formation des MG ne les aide pas à communiquer de manière efficiente avec le psychiatre, par manque de vocabulaire psychiatrique en l'occurrence: " *Je pense que des médecins généralistes formés, ce serait super, mais je crois que c'est la seule discipline où ils sont mal formés, d'ailleurs une fois j'ai un médecin traitant qui m'appelle et qui me dit: -"ouais là j'en ai marre! cette patiente là c'est plus possible!" -"c'est à dire? " -" elle a tout cassé chez elle, elle dit n'importe quoi, elle n'arrête pas de hurler, moi je ne comprends rien à ce qu'elle me dit, je me demande même s'il n'y a pas du délire!" - Mais je comprends pas, si vous appeliez un cardiologue vous ne lui diriez pas quand j'écoute son cœur ça fait boum-boum-boubouboum et quand je regarde sur l'appareil qui se gonfle sur le bras y a un 1, un 4, un 1, un 0, qu'est ce que je fais docteur? Vous ne faites pas ça, vous êtes docteur, vous parlez au cardiologue de cardiologie, pourquoi vous ne me parlez pas de psychiatrie, pourquoi vous me décrivez cette personne comme si vous la croisez dans la rue. C'est un exemple qui est assez, je trouve, représentatif. Les médecins traitants ne sont pas bien formés en psychiatrie."*

P3

Malgré ce manque de compétence, les MG refusent de se former à la psychiatrie selon P3: " *Il y a un vrai défaut de formation, et puis, je pense que ça tient aussi à ce que la psy fait peur, on refuse un peu de s'y former."* P3

Selon P2, une partie des MG n'est pas intéressée par la psychiatrie, raison pour laquelle peu d'échanges se font avec ces MG: " *C'est très personne-dépendant, il y a encore une fois des généralistes qui ne vont pas être très intéressés, très en demande, avec lesquels on ne pourra rien échanger."* P2

P2 regrette que l'avis qu'il émet au MG ne soit pas toujours appliqué et évoque l'hypothèse d'un manque de compréhension de sa prise en charge: " *Il y a d'autres généralistes qui demandent un avis, on leur renvoie quelque chose et puis c'est pas forcément soit appliqué, soit compris."* P2

Ces griefs ne concernent pas tous les MG puisque certains pratiquent fréquemment la psychiatrie dans leur cabinet: " *Il y a aussi des médecins généralistes qui font 50% de psychiatrie volontairement parce qu'ils apprécient ça.*" P1

P1 pense que les MG qui lui adressent des patients sont ceux qui maîtrisent le moins la psychiatrie: " *D'autres sont carrément hostiles parce qu'ils ne comprennent pas ou ne maîtrisent pas donc, à ce moment là, ils pourraient plus facilement demander notre avis.*" P1

P1 suppose que le manque de vocabulaire psychiatrique et la peur de se tromper font que le MG effectue des courriers brefs ou n'en écrit pas du tout, en se retranchant derrière le patient vecteur: " *Un peu plus d'informations serait une bonne idée, après, je ne sais pas trop pourquoi certains médecins hésitent, peut-être qu'ils ont peur de se tromper, ou alors ils se disent qu'ils vont laisser le patient raconter son histoire.*" P1

P9 est interrogatif quant au faible adressage de certains MG et met en cause leur réticence, le manque de formation et la méconnaissance des dispositifs de santé mentale: " *Ca dépend, il y en a qui adressent volontiers et d'autres qui sont plus timides à adresser vers la psychiatrie. Alors, je ne sais pas si c'est pas rapport à une méconnaissance du dispositif ou des pathologies psychiatriques elles-mêmes, ou une espèce de réticence de leur côté.*" P9

g) Un MG qui n'a pas sa place dans toutes les prises en charges

Selon P3, le manque de compétence des MG en psychiatrie fait qu'ils n'ont pas leur place dans toutes les prises en charges: " *Compte-tenu de la formation actuelle des médecins généralistes, je ne crois pas qu'ils aient une place à avoir systématiquement dans toutes les prises en charges.*" P3

D'ailleurs, il ne sollicite le MG de ses patients que lorsqu'il en a besoin: " *Mais en consultation, c'est pas systématiquement, c'est quand on a l'impression que le médecin traitant a un rôle particulier à jouer[...] Finalement, le médecin traitant n'est*

sollicité qu'à titre d'information après chaque hospitalisation et que quand on a besoin de lui." P3

P6 revendique pouvoir gérer sa prise en charge sans recourir au MG: *" Mais ce n'est pas vraiment un problème pour nous[...] car on est assez autonome par rapport à la gestion du problème psychiatrique on n'a pas besoin des médecins généralistes." P6*

Pour P3, la réforme du médecin traitant n'est pas complètement intégrée pour certains psychiatres, qui persistent dans un fonctionnement en parallèle au MG: *" La place du médecin traitant: le médecin généraliste oui mais le médecin traitant moins, tu vois ce que je veux dire? Le fait qu'il y ait besoin de médecine somatique c'est intégré, mais après le médecin pivot du soin, je crois que les psychiatres ont du mal à accepter de pivoter autour de l'axe médecin traitant." P3*

3. Rôle de la prescription dans l'interaction psychiatre-MG

Les psychiatres ont un avis divergent concernant celui qui doit réaliser la prescription médicamenteuse du patient. Pour certains, c'est un moyen d'intégrer le MG dans la prise en charge, en lui suggérant un traitement:

-" On propose, dans plus de 90% des cas, des prescriptions, donc on lui fait un courrier et c'est lui qui prescrit." P5

-" Je donne un conseil de prescription et après, le généraliste l'intègre dans le traitement du patient, c'est lui qui prescrit." P10

-" Donc, je demande systématiquement à mes patients, dans la mesure du possible, car certains n'ont pas de médecin traitant, d'aller voir le médecin traitant et c'est lui qui prescrit." P11

Les psychiatres déléguant la prescription au MG y trouvent une sécurité quant aux interactions avec les autres molécules ou comorbidités qu'ils pourraient méconnaître:

-" Je propose également qu'il soit le prescripteur, suite aux propositions du psychiatre, dans le souci de cohérence de rédaction des ordonnances en rapport avec les autres comorbidités et traitement qui s'y rapportent." P10

- " Moi, je demande au médecin traitant de prescrire tous les médicaments, y compris les psychotropes, car le patient n'a pas seulement des troubles psychiatriques, il peut avoir autre chose et le seul médecin qui puisse avoir tous les éléments c'est le médecin généraliste." P11

- " Que le médecin généraliste soit prescripteur c'est également une sécurité sanitaire puisqu'il est au courant de tout le reste du traitement qui est prescrit au patient, il y a des interactions multiples qui peuvent survenir. C'est une sécurité pour la personne. Le médecin généraliste sera à même de plus vite percevoir une interaction, un surdosage ou autre s'il est au courant du traitement." P5

Selon P5, ses recommandations sont toujours suivies par le MG: " Puisque le médecin généraliste est prescripteur, quand je propose un changement de traitement, je sais que dans 99% des cas ma recommandation est suivie par le médecin généraliste, sans que cela ne pose problème." P5

Pour P11, c'est également l'occasion de rappeler au patient le suivi somatique nécessaire et les éléments de surveillance du traitement psychiatrique: " Aussi, je leur explique que, pour leur traitement psychotrope, il y a quand même une surveillance paraclinique, bilan biologique, électrocardiogramme, au moins une fois par an et je ne peux pas faire autrement que passer par le médecin généraliste." P11

Pour P1, cela oblige le patient à retourner voir son MG et donc favoriser le rôle du patient vecteur en le responsabilisant: " J'ai tendance à plutôt m'appuyer sur le médecin généraliste et à ne pas faire de prescriptions, je fais le minimum d'ordonnance pour que le patient aille voir son généraliste ou son psychiatre et que, donc, le médecin soit au courant." P1

P5 pense que le MG prescripteur peut lui faire gagner du temps par la suite en évitant des consultations, en supposant que le MG le rappellera pour modifier le traitement si besoin: " L'avantage que ce soit le prescripteur, quand la personne va mal, il nous appelle en disant: " j'ai prescrit votre traitement, là je pense que ce n'est pas assez, est-ce que j'augmente telle molécule...?". L'avantage c'est qu'il est le relai, il nous questionne, ça évite des consultations chez nous, ça évite que la personne arrive en urgence chez nous." P5

D'autres psychiatres effectuent la prescription initiale puis passent ensuite le relai au MG, après l'en avoir informé:

" Les prescriptions initiales ça m'arrive, c'est dans ces moments où j'appelle le médecin généraliste après." P7

" Moi, je prescris directement, c'est vrai que d'autres ne font que des prescriptions via le généraliste. Là, j'ai vu un monsieur qui avait tout un tas de prescriptions par son généraliste parce qu'il n'y avait pas de suivi psy avant, j'ai rajouté une prescription et, du coup, j'ai fait un courrier au généraliste pour qu'il l'intègre dans sa prescription. J'introduis les traitements, mais je laisse le soin au généraliste de les renouveler." P9

P2 effectue les premières prescriptions puis laisse ensuite la main au MG afin de se concentrer sur une psychothérapie: *" C'est vrai que, souvent, j'introduis le traitement, et, quand je vois que ça va rapidement mieux, je passe le relai au généraliste pour plus être dans une démarche psychothérapeutique plutôt qu'une démarche de renouvellement d'ordonnance avec le patient." P2*

P11 effectue également la prescription initiale mais délègue au MG si le patient lui semble réticent ou si il a un doute concernant les antécédents somatiques: *" Je fais la prescription initiale, mais pas toujours. Je ne la fais pas si la personne est réticente, je la laisse réfléchir, je suggère dans le courrier et elle en reparle avec son médecin traitant. Je ne la fais pas non plus quand il y a un doute sur une pathologie somatique sous-jacente." P11*

D'autres psychiatres estiment qu'il est de leur ressort d'effectuer les prescriptions, qu'il s'agisse d'introduction ou de renouvellement:

" Je considère que c'est quand même plutôt de la compétence du spécialiste psychiatre de prescrire des médicaments psychotropes, même dans les renouvellements [...] Je suis un peu agacé par certains psychiatres qui considèrent que la partie médicamenteuse ne leur appartient pas, enfin, au moins les renouvellements, je pense que c'est de la compétence du psychiatre." P4

" Oui je fais les 2. Les renouvellements c'est une façon de suivre la personne." P6

Pour P3, la prescription est une manière d'asseoir sa prise en charge auprès du patient: " *Moi, j'aime bien que, quand les patients se disent quand ils prennent tel médicament, " j'en ai parlé avec le docteur X".*" P3

P8, habitué à ce que les MG de son secteur se déchargent de la psychiatrie, parle d'une habitude locale: " *Après, concernant la prescription, avec les médecins du secteur, on a l'habitude que ce soit nous qui prescrivions.*" P8

P3 préfère se sentir responsable de ses propres prescriptions que de les déléguer: " *Je suis assez mal à l'aise avec l'idée de suggérer un traitement à un médecin généraliste qui prescrirait. Moi, j'aime bien qu'il y ait mon nom sur le papier des traitements que je prescris pour des questions de responsabilité.*" P3

P5, qui à l'habitude de déléguer, rédige lui-même ses prescriptions hors AMM lorsque le MG refuse d'en endosser la responsabilité: " *Les seuls moments où ça peut poser problème, c'est quand il y a des médecins qui ne comprennent pas, dans ce cas là ils font autrement, ou des médecins qui s'inquiètent d'une utilisation un peu au delà de l'AMM et qui n'osent pas prendre la responsabilité de la prescription, auquel cas, soit on en discute, soit finalement je le fais, par exemple, c'est valable pour certaines injections où on dépasse un peu la dose autorisée enfin... en tout cas requise.*" P5

P3 pense que cantonner le MG au renouvellement est un échec de l'intégration du MG dans la prise en charge, bien qu'il reconnaisse son rôle utile dans la détection d'interaction médicamenteuse: " *Il y a l'intérêt des interactions médicamenteuses et puis cette espèce de manière un peu artificielle d'intégrer le médecin traitant dans le soin en disant "bah, au moins il prescrira les benzos!" pfff!. Pour moi, ce n'est pas le rôle du médecin traitant, si on n'arrive pas à lui en donner un autre c'est un échec, si le rôle c'est de renouveler les ordonnances pour être sûr que ça ne va pas mal interagir avec Art 50... moi je ne veux pas que ce soit le rôle du médecin traitant.*" P3

Les psychiatres sont attentifs à ce que le patient n'ait pas de double prescription:

- " Après, c'est au cas par cas, ça dépend aussi si on a des patients qui ont tendance à surconsommer des médicaments, dans ce cas là, j'aime bien contacter le généraliste pour savoir si c'est lui ou si c'est moi qui fait les ordonnances afin qu'il n'y ait pas de double prescription." P2

- " Les prescriptions initiales ça m'arrive, c'est dans ces moments où j'appelle le médecin généraliste après. Les renouvellements, je les laisse au médecin traitant, ou alors je le fais si le week-end arrive... mais j'essaie d'éviter les causes de chevauchement de prescription." P7

- " Si j'ai un cas de tentative de suicide, je n'hésite pas à appeler le pharmacien pour mettre en place une délivrance hebdomadaire par exemple, vérifier qu'il n'y ait pas de double prescription." P8

- " Quand on voit un patient tous les mois ou tous les 2 mois et que le patient repasse voir son médecin traitant, entre deux c'est délicat, c'est dans ces situations où on est embêté, il faut se mettre d'accord avec le médecin traitant." P7

E. La recommandation du CNQSP et sa mise en œuvre lors de l'étude GENEPSY

1. Avis des psychiatres sur la recommandation du CNQSP

Cette recommandation reprend les constats effectués sur le terrain par les psychiatres de notre étude selon P10: " Je trouve que ça reprend un certain nombre de constatations qu'on a pu faire. On sent bien qu'il y a 2 mondes qui essaient de se parler, il y a une volonté." P10

En revanche, les avis sont contrastés concernant l'applicabilité de cette recommandation. Certains psychiatres reconnaissent son intérêt afin d'améliorer la communication avec le MG, tout en doutant de sa mise en œuvre:

- " On va dire que, idéalement, c'est ce qui devrait être fait, après ce n'est pas forcément toujours applicable en pratique." P2

- " Dans l'idée, oui je pense qu'elles sont applicables [...] Ces recommandations sont intéressantes et permettraient peut-être, alors là pour le coup, de plus systématiser." P4

Pour expliquer cette difficulté d'application, P11 ajoute que tout ne peut être inscrit dans la pratique psychiatrique afin de ne pas braquer certains patients, compliquant l'utilisation systématique de courrier: " Vous savez bien que tout ne peut être écrit, il y a des choses qui restent orales. Sur la théorie je suis tout à fait d'accord, mais avec un patient paranoïaque c'est plus délicat. C'est en fonction du patient on ne peut pas généraliser. En théorie je conçois, en pratique c'est peut-être plus édulcoré." P11

Pour P5, l'application de cette recommandation demande un changement important dans la pratique de chacun, ce qui nécessite du temps pour être intégré puis appliqué de manière routinière. Il rappelle également que le patient peut être lui même un élément perturbateur dans la communication entre MG et psychiatre: " La difficulté à les appliquer, je ne sais pas pourquoi, j'ai l'impression qu'il y a encore tout à faire, tout à défricher, qu'on est au début de quelque chose. Je pense qu'il ne faut pas se décourager. Ce n'est pas parce que ça ne débouche pas immédiatement sur un résultat que, pour autant, les gens ne vont pas travailler ensemble. Je pense vraiment qu'il y a des interactions qui vont au delà du corps médical: il y a la représentation des usagers, des familles." P5

P9 pense qu'il faudrait intégrer cette recommandation dans les courriers types ainsi que dans l'informatique de leur service afin de faciliter son utilisation: " Par contre, si c'est digéré au niveau de l'établissement, de l'outil informatique c'est jouable, ça demande un petit effort. En terme de qualité ça me semble quand même mieux." P9

Ce travail préalable au sein de chaque établissement pourrait permettre une diffusion passive de cette recommandation parfois méconnue, noyée dans l'abondance de recommandations: " Il y a des recommandations qui viennent de partout dans tous les domaines, on peut ne faire que ça de lire des recommandations." P9

Pour P8, cette recommandation ne tient pas compte de sa faisabilité sur le terrain, remettant en cause leurs auteurs: *" Moi, ça me fait parler ton sujet parce que je me demande si les gens de l'HAS et moi on fait le même travail."* P8

P6 appuie ce propos et considère cette recommandation comme trop administrative, et qui ne prend pas en compte tous les tenants de la relation complexe entre le psychiatre, le patient et le MG. Selon lui, ce type de recommandation pourrait mener à l'effet inverse escompté sur la communication entre MG et psychiatres: *" Or, les recommandations sont basées sur des pratiques administratives de ministère qui ne tiennent pas compte de la charge de travail. Ça m'étonnerait que dans ces bonnes pratiques on ait mis un nombre de médecins par file active. Je ne critique pas les médecins généralistes ni les psychiatres, je critique les personnes qui font des recommandations sans tenir compte de leur faisabilité et surtout du risque de burn-out si on applique toutes ces recommandations à la lettre, qui vont vider la relation de son contenu, ainsi que la communication entre généralistes et psychiatres."* P6

Le systématisme imposé par ce genre de recommandation tend à dépersonnaliser la prise en charge, tout en ne prenant en compte ni le temps nécessaire à la mettre en œuvre, ni les moyens logistiques des psychiatres selon P6: *" On va vers un système de manque de confiance dans l'individu et de remplacement par un système de sécurité bidon à force de remplir des questionnaires administratifs, des grilles de diagnostics, qui sont finalement remplies n'importe comment au détriment de la qualité de ce qu'on fait [...] C'est incroyable, on demande de faire de plus en plus de choses et on diminue le nombre de personnes. Dans ces recommandations, on n'a jamais calculé combien de personnes il faut par file active pour qu'on puisse les réaliser. Quand vous allez dans une entreprise, on fait n'importe quel devis, ce genre de chose est prise en compte. Dans le service public on a l'impression que l'individu n'a pas d'importance, c'est incroyable, ça n'a pas d'importance que ce soit de qualité ou pas."* P6

2. L'étude GENEPSY

a) Critique des courriers-types

i. Une base d'échange pertinente

Les psychiatres sont satisfaits de l'exhaustivité des courriers-types de notre étude, permettant de ne pas omettre certaines informations parfois utiles et omises dans les courriers habituels:

" Pour autant, ces courriers sont très complets, c'est une grille intéressante qui reprend quasiment le contenu, le plan d'un dossier, ce qui est logique quand on veut essayer d'être le plus complet possible." P6

" Lorsqu'on remplit, on peut plus ou moins détailler certaines rubriques, parce que c'est impossible de répondre dans le détail pour chaque rubrique, tout ne rentre pas dans des cases mais c'est bien qu'il y en ait et qu'on puisse renseigner ce que l'on peut renseigner." P1

" Ces courriers sont un bon support [...] Les courriers ont une bonne trame, même si à vue de nez ça paraît un peu lourd au premier coup d'œil, en même temps, ça peut être assez bien rempli, si on connaît bien son patient." P9

Certains psychiatres reconnaissent l'utilité de ces courriers, notamment celui du MG qui pourrait permettre au psychiatre de recevoir significativement plus d'informations sur le patient et d'encourager l'échange ensuite:

" En comparant ça (montre un courrier qui se révèle être une ordonnance) à vos courriers types, on ne retrouve pas le motif de recours, le tableau clinique, les antécédents somatiques, pour la thérapeutique parfois ils ont une ordonnance avec eux, l'histoire de la maladie psychiatrique, on ne l'a jamais, sur le contexte social on n'a rien, et le projet de soins c'est "je vous l'adresse pour prise en charge thérapeutique"." P8

" En pratique, c'est vrai que finalement c'est pas très contraignant et ça permettrait d'avoir un échange." P4

" Si ça peut aider à ce que les généralistes ne nous envoient pas des courriers "avis pour suivi psychothérapeutique" sans qu'on sache d'où vient la personne [...]"

Que la demande d'avis soit motivée par davantage de précisions somatiques et concernant l'état psychique de la personne, je pense que ça ne peut que favoriser l'échange [...] Qu'il y ait un cadre défini d'informations minimales à transmettre dans les deux sens, donc j'y suis très favorable." P5

-" Ca aurait pu donner une homogénéité dans les échanges afin que l'un ne fasse pas 2 lignes et l'autre 3 pages." P9

ii. Critiques à propos des rubriques

P7 confie ne pas pouvoir remplir lui-même la partie concernant les examens paracliniques, en prenant l'exemple de l'ECG à effectuer avant la prescription de certains psychotropes: *" Ca me semble tout à fait faisable avec un petit bémol pour les examens paracliniques et la question de l'interprétation d'un ECG." P7*

P10 critique la rubrique concernant la thérapeutique. Selon lui, devoir expliciter la surveillance et les éléments paracliniques au MG est incongru. Cela représente une perte de temps pour lui et son courrier ne peut avoir une valeur formative pour le MG: *" En ce qui concerne le courrier de réponse du psychiatre, je trouve que la rubrique concernant la thérapeutique médicamenteuse où je dois indiquer la molécule, sa posologie d'accord, par contre les effets indésirables et la surveillance éventuelle ça, je n'en ai pas le temps [...] Ce n'est pas la fonction primaire d'un courrier soit on informe soit on forme." P10*

P4 appuie ce propos et préfère utiliser le courrier afin d'associer le MG à la prise en charge en évitant de lui paraître directif: *" Le médecin traitant se charge de faire un certain nombre d'examens médicaux visant à déceler les contre-indications, faire le suivi... enfin voilà, le faire de manière systématique sous forme d' un papier en disant "voilà je vous recommande mes chers confrères de faire tels examens" souvent, c'est pas forcément bien perçu si ça se limite à ça. Ca n'a de sens que si il y a un échange et qu'on associe un peu les médecins traitants à la prise en charge et qu'on explique pourquoi on a choisi tel ou tel médicament, moi je tiens à ça." P4*

Pour P6, c'est la forme globale du courrier qui ne convient pas. Il est mal à l'aise à l'idée de faire rentrer l'histoire d'un patient "dans des cases" et préfère rédiger

des courriers personnalisés: " Soit on ne fait rien, soit on le fait bien, on prend un quart d'heure pour faire un courrier expliquant la particularité de tel patient mais des petits formulaires préétablis avec des blancs où on met juste le diagnostic, je ne trouve pas ça intéressant." P6

Pour P10, certaines rubriques sont peu utiles dans le courrier type du MG car ce sont des éléments que le psychiatre va devoir explorer lui-même lors de sa consultation: " Si je me mets à la place du généraliste, je trouve les rubriques "motifs de recours", "tableau clinique", "antécédents somatiques significatifs", "thérapeutiques mise en place" intéressantes, ces rubriques sont indiscutables. Ensuite, concernant la rubrique "histoire de la maladie", "contexte psychosocial", ça, je vais le revoir moi-même dans ma consultation." P10

iii. Une charge de travail supplémentaire

Lors de cette étude, certains psychiatres ont craint une charge de travail supplémentaire lors de la mise en place de ces courriers:

- " La crainte que j'avais était que cela en fasse baisser les bras de quelques-uns, ça dépend du niveau d'énergie de chacun." P9

- " Comme un peu tout le monde au départ, je suis un peu effrayé de me dire que ça va être une charge de travail supplémentaire (rire)." P4

- " J'allais participer en me disant que ça allait être un peu long, je trouvais que c'était une très bonne idée d'évaluer, en même temps, je me suis dit que ça allait donner du travail supplémentaire." P6

L'enthousiasme constaté concernant l'exhaustivité des courriers-types est contrasté par l'aspect chronophage de leur rédaction:

- " C'est trop lourd. Ca demande trop de temps. Il faudrait revoir le contenu des courriers, moi, pour bien le remplir, il me faudrait 30 minutes et je ne les ai pas, je pense que les généralistes encore moins." P10

- " S'il faut tout réécrire... il faudrait 45 minutes par personne, ce qui n' est pas possible, j'en verrai 2 ou 3 en moins par jour en comptant une demie heure d' écoute par patient." P6

De plus, les psychiatres considèrent que leur courrier de réponse ne peut être aussi exhaustif au terme de la première consultation d'un patient:

" Pour avoir tous ces éléments, par moment il faut s'y prendre en plusieurs consultations." P6

" La première consultation ne me suffit pas forcément pour remplir ce courrier." P8

iv. Un courrier systématique peu pertinent

Etant donné le temps nécessaire à leur rédaction et à leur lecture, les psychiatres jugent qu'un courrier systématique est peu utile, voire contre productif, lorsqu'il n'y a pas d'informations pertinentes à transmettre:

" Le courrier systématique, je crois que trop de courriers tue le courrier et que le courrier systématique, justement, minimise l'importance de courriers qui, quelquefois, ont de l'importance particulière [...] Mais effectivement le caractère systématique est peut être à proscrire finalement." P3

" Je ne pense pas que ce soit une bonne pratique de faire systématiquement un courrier en dehors des hospitalisations, des changements de traitement ou des problèmes particuliers." P6

P8 prend pour exemple les courriers qu'il reçoit systématiquement lorsqu'il se trouve dans les destinataires communs d'un patient:

" Moi, je reçois des courriers de rééducation, de truc, parce qu'on est dans les listings... honnêtement, qui prend le temps de les lire? On n'est pas des machines! Quand un courrier dépasse 2 pages, j'ai du mal à le lire, je vais directement à la conclusion." P8

v. Problématique du délai de transmission inchangée

Le problème du délai de transmission reste intact avec le courrier type: *" Après la question du courrier, il y a aussi celle du délai." P9*

b) Retours sur le faible échange de courriers

Nous avons questionnés les psychiatres concernant les raisons envisagées du faible nombre de courriers-types reçus. Selon P3, le courrier-type que nous avons fourni en version papier et numérique n'est pas l'outil attendu par les MG: "*Le décalage entre l'enthousiasme des médecins généralistes qui répondaient à une vraie question et le fait que ça n'ait pas été suivi alors que ça a été fait dans les règles de l'art, il y a là une vérité sur le fait que ce n'est pas l'outil attendu. C'est intéressant.*" P3

P7 dit avoir reçu des courriers standards de MG participants à l'étude sans en comprendre la raison. Il suppose également que les MG effectuant leur courrier grâce à leur logiciel informatique n'ont pas réussi à changer leur habitude pour l'étude: "*Je n'ai aucune idée de savoir pourquoi ça n'a pas marché, surtout que vous êtes allé voir les médecins généralistes, leur expliquer, on a reçu des courriers manuscrits de médecins faisant partie de l'étude, honnêtement je ne comprenais pas, je trouve cela étrange, mais il faudrait demander aux intéressés car je n'ai pas d'explications. Comme ça de prime abord, je ne vois pas, ce n'est pas plus compliqué que de remplir une autre demande, sauf, peut-être, pour ceux utilisant l'informatique avec les antécédents et traitements pré-remplis.*" P7

De manière unanime, les psychiatres pensent que les MG ont été impressionnés par la quantité d'informations demandées dans les courriers-types, nécessitant un certain de temps de rédaction dont ils ne disposent pas au sein de leur consultation:

-" Peut-être à cause de la lourdeur des courriers, ça a dû impressionner les généralistes qui se sont dit que tout remplir allait leur prendre un temps fou et je les comprends." P11

-" Je pense qu'ils sont débordés, parce que les éléments pour remplir le courrier ils les ont. Si encore ils les avaient envoyés et qu'il y aurait eu une question qui n'était jamais remplie, on aurait pu dire que cette rubrique du courrier n'était pas bonne. Ils ont peut-être été impressionnés par le nombre de rubriques à remplir dans les courriers." P9

" J'imaginerais en tant que généraliste que ces courriers en demandent trop. Après, je préférerais que le généraliste puisse répondre à ça. Je pense que les généralistes n'ont pas utilisé les courriers parce que c'est trop lourd pour eux, même si c'est important." P10

" J'imagine mal un généraliste remplir aussi bien un courrier-type dans un contexte d'urgence. Il faudrait voir sur le terrain si les généralistes ont le temps de remplir exhaustivement ce type de courrier." P2

" Pour le généraliste qui adresse pour la première fois, je pense qu'il ne faut pas que ça prenne plus d'une minute à faire le courrier. Je vois déjà certains courriers, même manuscrits, ça prend une minute quand on veut remettre quelques infos." P5

" Ca demande quand même un effort au médecin traitant pour les remplir, ça m'a semblé très bien et pas forcément réalisable." P1

" Personne n'a joué le jeu des courriers-types parce que c'est extrêmement chronophage." P8

c) L'après GENEPSY

Nous avons voulu savoir, au terme de cette expérimentation et malgré le faible nombre de courriers échangés, si la sensibilisation d'une partie des MG lillois avait pu permettre une amélioration dans la quantité d'informations qu'ils mettaient dans leur courrier classique. P5 est le seul à y avoir perçu plus d'informations: *" J'ai l'impression qu'il y a un peu plus de détails, enfin, d'informations importantes dans les courriers. C'est un peu empirique, je ne peux pas le chiffrer, l'évaluer. En plus, je vois peu de nouvelles demandes, donc je ne suis pas celui qui peut en parler le mieux." P5*

Pour les autres psychiatres, aucun changement n'a été perçu:

" Non, pas vraiment, ou, en tout cas, je n'en ai pas conscience, on reçoit peu de courrier des généralistes." P6

" Non, pas spécialement, ceux qui faisaient déjà des bons courriers en font toujours, et ceux qui n'en faisaient pas, c'est pareil." P7

" Non, ce sont toujours des courriers de 3 lignes (rire)." P11

F. Axes d'amélioration

1. Améliorer la formation

a) La formation initiale

Afin d'améliorer la collaboration avec le MG, mais également avec les autres spécialités médicales, les psychiatres suggèrent de modifier la formation initiale médicale dès l'externat:

" Oui, celui de la formation. Il y a quelque chose à mettre en œuvre: améliorer la connaissance psychiatrique pour les étudiants en médecine générale ou les externes." P5

" Ca dépend aussi de la formation des médecins, mais ça c'est plus compliqué." P1

" Si avant l'internat on savait un peu ce que c'était que la psychiatrie, qu'elle était un peu expliquée pendant nos études de médecine, pendant l'externat et qu'on nous apprenait à nous y intéresser surtout. Ce serait super que le médecin traitant soit un des maillons indispensables de la psychiatrie." P3

" Pour qu'il y ait une meilleure communication, il faut forcément qu'il y ait une meilleure connaissance des uns et des autres et, à mon avis, ça doit passer par une meilleure formation à ce que c'est que la psychiatrie dans les études de médecine et je parle de la P1 à l'internat." P3

" Je pense qu'il y a quelque chose à creuser dans la formation pour l'avenir dans cette collaboration." P5

Selon P3, la psychiatrie enseignée lors de l'externat, pathologie par pathologie comme les autres spécialités médicales, n'aide pas à en percevoir sa singularité: *" C'est-à-dire que finalement à vouloir enseigner la psychiatrie comme une discipline médicale et bien on n'enseigne pas toute la psychiatrie, enfin, on n'enseigne probablement pas ce qui fait cette spécificité, cette difficulté." P3*

P7 pense que faire connaître les bases du fonctionnement sectoriel est nécessaire afin d'améliorer la collaboration, et déplore ce manque lors de la formation: *" Idéalement, il faudrait qu'au niveau de la formation des internes il y ait plus d'informations sur les structures psychiatriques. A la faculté, j'ai eu peu d'informations sur la psychiatrie, les secteurs."* P7

b) Instauration d'un stage en psychiatrie pour les internes de médecine générale

Les psychiatres évoquent également l'instauration d' un stage obligatoire en psychiatrie lors de l'internat de médecine générale, afin de renforcer le lien entre les deux:

" Ca me paraît tellement incontournable de passer dans un service de psychiatrie, même si un service hospitalier ça montre 5% de ce qu'on fait... mais en tout cas savoir comment ça fonctionne, ça me paraît indispensable avant de débiter sa propre pratique. Je parle du fonctionnement surtout, car on ne peut pas voir toute la clinique en un stage." P5

" Il faudrait que les internes de médecine générale aient un stage obligatoire en psychiatrie, ce serait compliqué, mais ce serait pas mal [...] Ce qui permettrait aux internes de médecine générale de voir ce qu'est un secteur et comment il fonctionne." P7

Ils relativisent cette idée en raison du nombre de places que les terrains de stages peuvent proposer localement:

" Je sais également qu'il n'y a pas assez de places dans les terrains de stage pour que chaque interne de médecine générale puisse passer en psychiatrie," P7

" On sait qu'on ne peut pas accueillir tous les généralistes." P5

c) Encourager la formation continue des MG

La formation continue est également un outil envisageable afin d'améliorer les connaissances des MG:

" Il faut améliorer la formation des médecins généralistes, il y a un DIU stress-anxiété qui existe par exemple." P8

" Tout ce qui est formation commune, staff commun ça peut être pas mal, des cas cliniques, des choses comme ça." P6

2. Les rencontres physiques entre psychiatres et MG

Dans le but d'améliorer la communication avec les MG, les psychiatres proposent de les recevoir sur leur lieu de travail afin de leur présenter les structures locales et leur fonctionnement. Cela permettrait à chacun d'améliorer sa perception de sa place au sein de la prise en charge des troubles psychiatriques:

" Les rencontres, je pense que c'est le meilleur moyen de fonctionner. Le mieux serait qu'ils viennent voir ici, après faut qu'ils aient le temps (rire), voir un peu les lieux, comment ça fonctionne pour qu'ils puissent nous envoyer des patients lorsqu'ils ont besoin d'un avis, cela permettrait de mieux cerner la pratique de chacun." P1

" Je pense qu'il est important que les médecins généralistes puissent venir visiter les structures et se rendre compte sur le terrain de ce qu'on peut proposer ou pas." P2

" Je pense que, globalement, les intervisions, les rencontres, que les gens se connaissent, alors après, je sais bien qu'on ne peut pas connaître tout le monde, les généralistes ne peuvent pas connaître tous les psychiatres de secteurs. Que les gens se rencontrent pour pouvoir se parler de leur place respective dans la filière de soins psy [...] Pour qu'il y ait une meilleure communication il faut forcément qu'il y ait une meilleure connaissance des uns et des autres." P3

" Laisser un temps de disponibilité pour recevoir le généraliste, leur réserver du temps [...] Peut être faire des staffs communs où ils pourront parler de leurs difficultés, faire quelque chose plus sur mesure par rapport à des besoins spécifiques qu'ils auraient et qui n'apparaîtraient pas nécessairement dans les courriers systématiques." P6

Ces rencontres permettraient de se connaître de visu et de renforcer le lien entre les acteurs locaux:

" On ne se voit pas, les collègues généralistes que j'appelle, je ne connais pas leur visage [...] Au fond c'est peut-être une carence, ça change sans doute la relation quand on a vu les personnes. Donc, ça serait intéressant à un certain moment de se voir [...] On ne peut travailler en équipe que si on se voit [...] Il y a beaucoup de généralistes avec qui je travaille que je ne connais pas de visu, bien que j'ai eu des contacts téléphoniques avec." P10

" Des échanges directs qui permettent effectivement déjà de se connaître, évidemment, ça permet de nouer un lien un peu plus direct de personne à personne, évidemment, c'est toujours plus facile." P4

" Il faut également qu'il y ait plus de contacts dans les secteurs entre les acteurs locaux. Il faut des rencontres avec les médecins généralistes, que l'on se connaisse afin de se faire confiance. Ensuite, nous psychiatres, on le décharge de ses problèmes avec ses patients psychiatriques [...] N'est-il pas préférable d'avoir un contact direct, c'est à dire que chaque psychiatre consacre un peu de temps sur son secteur pour connaître les gens avec qui il travaille?" P8

Cependant certains psychiatres regrettent que les précédentes expériences de rencontres avec les MG aient été peu productives, peu de MG se sont déplacés. Les psychiatres incriminent le mode de rémunération du MG et l'absence d'intérêt pour ces rencontres:

" Donc, ça serait intéressant, à un certain moment, de se voir, alors, c'est très compliqué de mobiliser les généralistes et je le comprend d'ailleurs parce qu'ils ne sont pas rémunérés de la même manière que nous. Parfois on les invite, mais ils ne se déplacent pas facilement, bien qu'ils n'avaient pas été invités sur la thématique de faire connaissance." P10

" Les journées de rencontre avec les médecins généralistes n'attirent pas grand monde, c'est un peu dommage. J'espère que ce n'est pas parce que ça n'intéresse personne mais c'est un peu l'impression que ça donne. Quand on fait une rencontre sur un thème de psychiatrie pure, il y a plein de monde. Quand on fait une rencontre sur psychiatrie et médecine générale... Je ne sais pas ce qui fait peur. Peut-être que les psychiatres ont peur que ce soit trop somatique et que ça ne les intéresse pas, peut-être que les médecins généralistes ont peur qu'en allant à ce type de rencontre on va leur dire qu'ils font mal leur travail et que les psychiatres savent mieux qu'eux, c'est l'impression que ça me donne." P7

" Après, il y a aussi des communications un peu plus transversales, par exemple réunir une fois par an tous les généralistes d'un secteur. Pour l'avoir fait sous d'autres cieux, ça ne fait pas venir les foules, ce n'est pas très efficient [...] Au final, faire ces rencontres c'est beaucoup d'organisation et d'énergie pour recevoir 3 généralistes, ça a un faible rendement." P9

3. Temps de réflexion sur la prise en charge psychiatrique avec le MG

Les psychiatres plébiscitent également les temps de réflexion sur la prise en charge d'un patient afin de rencontrer le MG et de partager leurs points de vue:

" Sinon, c'est vraiment dans des situations très compliquées où on peut être amenés à se rencontrer, organiser des synthèses, ce genre de choses." P2

" Peut-être par d'autres moyens, peut-être en invitant un peu plus les médecins généralistes à participer, pourquoi pas, à des temps de synthèse, à des choses comme ça, bon, ils répondraient selon leurs disponibilités, mais souvent il y a plutôt un bon retour [...] L'idée de faire le point sur un patient qui pose problème peut être utile selon moi, donc je pense à ce moyen là." P4

" Je ne sais pas... mieux se connaître par le biais de rencontres autour de certains patients peut-être, ça pourrait faire avancer les choses." P11

Ils craignent néanmoins la difficulté d'organiser ces réunions en raison des disponibilités réduites des MG:

" On adorerait qu'ils viennent. On le fait avec les autres équipes de psychiatrie [...] C' est l'idéal mais bon, c'est peut être utopique de penser que c'est envisageable avec les médecins généralistes qui bossent beaucoup." P3

" Par contre, on pourrait imaginer aussi que ce soit mieux encore si le généraliste pouvait passer et qu'on revoit ensemble certaines prises en charge, mais, par rapport aux contraintes de temps, ça me paraît difficilement réalisable. Si un généraliste passait, on serait ravi." P9

4. Instauration d'un courrier d'adressage obligatoire selon un nouveau modèle

Certains psychiatres pensent que l'amélioration des échanges avec le MG passe nécessairement par l'inflation du nombre de courriers échangés.

P1 suggère d'imposer au MG la rédaction d'un courrier lorsqu'il adresse son patient au psychiatre: *" Il y a certains secteurs qui ont effectivement cette volonté et qui, du coup, imposent qu'il y ait un courrier du médecin traitant pour consulter, c'est une position assez forte pour essayer de surmonter ce problème de lien qu'il n'y a pas forcément, enfin, qui est compliqué, ce qui est intéressant effectivement."* P1

Ce courrier obligatoire d'adressage devrait paraître plus simple à remplir pour le MG que les courriers-types de notre étude, dans le but de ne pas décourager les MG:

" A vouloir trop coller à cette recommandation, il y a trop d'attentes, trop d'objectifs, il faut forcément se restreindre et, à ce moment là, on a peut-être une chance que quelque chose se mette en place." P10

" Du coup, ça voudrait peut-être dire qu'il faudrait simplifier encore plus ces courriers, sans revenir aux 3 lignes du départ. Enfin, c'était une bonne idée à la base." P9

" Je pense qu'une grille à compléter, prenant 1 minute, 1minute 30, ça reste tout à fait jouable [...] Il faudrait qu'il puisse y avoir quelque chose de ce genre." P5

P6 pense que les renouvellements de traitements pourraient être délégués au MG à l'aide d'un courrier récapitulatif des objectifs de la prise en charge: *" Mais on pourrait déléguer plus souvent au médecin généraliste, notamment pour la prescription de psychotropes avec une lettre explicative de la conduite à tenir et, de ce fait, revoir le patient beaucoup moins souvent."* P6

5. Intensifier les contacts téléphoniques avec le MG

L'intensification des contacts téléphoniques est promue par P2 et P9:

- " Je pense qu'on peut intensifier les relations téléphoniques, c'est une possibilité." P2

- " Je pense au contact téléphonique mais je ne vois pas comment le standardiser." P9

P8 évoque l'idée d'un contact téléphonique systématique avec le MG au début puis au cours de sa prise en charge afin d'échanger le maximum d'informations utiles: *" Ma recommandation serait d'effectuer un contact direct par téléphone, au début et au bout de 2-3 consultations une fois qu'on a bien compris. Souvent le généraliste a fait sa cuisine avant, il a donné des antidépresseurs, des benzos, et quand ça ne fonctionne pas il te l'envoie, c'est donc plus simple de résumer tout ça dans un coup de fil." P8*

6. Utilisation d'une messagerie électronique cryptée

De manière globale, les psychiatres apprécieraient utiliser les courriers électroniques pour correspondre avec leur confrère MG. La mise à leur disposition d'un système de messagerie cryptée pourrait permettre un gain de temps en comparaison avec les courriers:

- " Par mail il faudrait que ce soit crypté ce n'est pas le cas actuellement." P10

- " Le généraliste, si je pouvais envoyer des mails, ça m'arrangerait [...] Ce qui serait pas mal, ce serait qu'on ait les mêmes systèmes de messagerie que les médecins de ville, apicrypt, chose qu'à l' EPSM on n'a pas[...] C'est pour ça qu'on fait tout par courrier." P7

7. Adapter la rémunération du MG

Les psychiatres pensent que le MG devrait être rémunéré lorsqu'il effectue des actes de liaisons dans le réseau de soins, afin d'y favoriser sa participation:

- " Si on pouvait se retrouver autour des cas lourds, mais à ce moment là il faudrait que le généraliste soit payé pour ça, imaginons que ça vaille 2 consultations et on se voit 30-45 minutes avec, par exemple, l'assistante sociale, le curateur... là,

on pourrait tous y gagner. On ne peut travailler en équipe que si on se voit, mais il faut que tout le monde soit rémunéré." P10

- " Il y a aussi le fait que les généralistes ne sont pas rémunérés pour des actes de liaisons dans le réseau. Ca leur prendrait du temps [...] Ca changerait peut-être si les généralistes étaient rémunérés pour ces temps d'échanges. Nous, c'est pas pareil on est salarié, on n'est pas sur la même longueur d'onde à ce niveau." P9

Selon P8, une revalorisation tarifaire des consultations longues et difficiles des MG pourrait les amener à moins se décharger sur le psychiatre: *" Je suis partisan pour que le médecin traitant ait les moyens de mieux gérer les cas de mal-être, d'angoisse, de stress, mais cela passe par des consultations plus longues, à mieux rémunérer aussi." P8*

DISCUSSION

I. Forces et faiblesses de notre étude

A. Points forts

1. Application in vivo de la recommandation

La recommandation du CNQSP souffrait d'un manque de diffusion auprès des psychiatres et des MG [29,30,31], nous avons permis sa diffusion passive via nos courriers-types qui en étaient inspirés, dans un territoire cohérent en terme géographique mais également en terme de sectorisation.

2. Le soutien scientifique de la F2RSM

La pertinence de notre étude et de sa mise en œuvre a été débattue au sein d'un comité de pilotage réunissant des membres de la F2RSM, du CEMG, des URPS ML 59-62, de l'EPSM-AL, le directeur de cette étude et son investigateur principal. D'autres étapes de notre étude ont été soumises à l'avis éclairé du comité de pilotage: création des courriers-types, création et diffusion de la lettre d'information auprès des MG, méthode d'analyse et élaboration de notre guide d'entretien.

3. Validité interne de l'étude

L'analyse des données, sous la forme de codes interprétatifs a été effectuée séparément par l'auteur et le directeur de thèse. Bien que cette analyse nécessite une certaine subjectivité, ces codes ont été triangulés afin d'obtenir un consensus d'analyse et de donner une meilleure validité interne à cette étude.

B. Points faibles

1. Biais d'échantillonnage

Nous nous sommes entretenus avec 11 psychiatres publics parmi les 16 psychiatres éligibles à notre étude afin d'atteindre la saturation des données. L'ordre de ces entretiens s'est fait au hasard, selon les disponibilités de chacun et la volonté ou non de participer. Nous avons donc réalisé un échantillonnage de commodité pouvant présenter un biais d'échantillonnage: les psychiatres non volontaires auraient peut-être permis de mettre au jour d'autres données que celles recueillies, mais nous ne savons pas si ces psychiatres non volontaires se seraient situés parmi ceux communiquant mieux que notre population auditée mais, de fait, non intéressés par notre sujet, ou au contraire, parmi ceux négligeant notre sujet.

D'autre part, notre étude devait se restreindre aux psychiatres publics lillois, écartant de fait les psychiatres libéraux avec lesquels certains MG semblent mieux communiquer [27], et dont la patientèle psychiatrique semble plus similaire, composée de patients moins graves que la patientèle des psychiatres publics qui présente significativement plus de troubles psychotiques [32].

2. Biais lié aux entretiens

Les entretiens individuels semi-structurés permettent de laisser libre court à la parole et à la réflexion du sujet interviewé, d'approfondir ses réponses par la relance ou la reformulation des questions, ou encore de réorienter le sujet en déroulant le guide d'entretien. Cet exercice complexe nécessite une neutralité dans le ton, la formulation et l'attitude de l'enquêteur afin de ne pas influencer les réponses de l'interviewé. Ce point pourrait être mis en défaut, d'autant qu'il s'agissait, pour l'enquêteur, de sa première expérience.

L'enquêteur étant MG, nous pouvons supposer que les réponses des psychiatres ont pu être orientées de manière plus favorable lorsqu'il s'agissait de questions concernant les MG.

3. Cadre restreint de la recommandation et de notre étude

Les psychiatres n'ont pas tous utilisés le courrier à cause du faible nombre de courriers-types reçus, ils ont cependant eu l'occasion de le voir avant le début de l'étude, dans leur service et de nouveau lors de l'entretien. Cet effet peut s'expliquer par le cadre restreint de la recommandation: le courrier type devait être utilisé par le MG pour un premier adressage à un psychiatre public lillois qui utilisait le courrier type de réponse en retour. La condition du premier adressage était dictée par la recommandation, celles du psychiatre public et lillois, par les besoins de notre étude. Ces conditions strictes d'utilisation ont compliqué la tâche du MG qui a pu oublier d'utiliser le courrier, ou encore de l'utiliser pour le suivi ou lors de l'adressage à d'autres lieux d'accueils que les CMP lillois [27].

II. Les principaux résultats

A. Besoin évident de collaboration avec le MG

Les psychiatres de notre étude ressentent le besoin de collaboration avec le MG afin de conjuguer le suivi psychique au suivi somatique de leurs patients. Dans ce but, la communication entre les 2 acteurs possède un rôle important. Les conséquences qu'ils perçoivent d'une mauvaise communication avec le MG se retrouvent dans la littérature [33,34]: désaccord du MG sur la prise en charge, recommandations thérapeutiques du psychiatre non suivies par le MG, absence de concertation avant une hospitalisation sous contrainte, la iatrogénie ou encore la rupture thérapeutique.

La perte ou la moindre connaissance en médecine somatique, auxquelles s'ajoute parfois la difficulté à recueillir les antécédents et/ou le traitement somatique,

plaident en faveur de la nécessité de communication entre psychiatres et MG. Une étude s'intéressant au dossier patient dans les CMP[10] a montré que les pathologies somatiques étaient méconnues du psychiatre dans 61% des cas et leur traitement connu intégralement que dans 36% des cas.

Les psychiatres de notre étude considèrent le MG comme un partenaire essentiel dans la prise en charge. Ils lui reconnaissent un rôle de premier recours mais également de dépistage et de prévention des troubles psychiques. Lorsque la prise en charge psychiatrique est amorcée, le MG est le garant de la prise en charge somatique et de l'articulation avec d'autres prises en charges spécialisées au besoin.

B. Des MG ambivalents envers la psychiatrie

Selon les psychiatres, la prise en charge psychiatrique des cas simples incombe au MG qui, en cas d'échec thérapeutique, devrait adresser le patient au psychiatre. Cependant, ils perçoivent majoritairement 2 types de MG: ceux qui pratiquent régulièrement la psychiatrie à leur cabinet et avec lesquels il semble plus aisé de communiquer et d'autres semblant se décharger systématiquement sur le psychiatre par manque de compétence ou ayant une certaine réticence à suivre ces patients. Ce constat se retrouve dans l'étude des MG faite en parallèle [27].

Afin d'expliquer la brièveté et le caractère peu informatif, voir l'absence, des courriers qu'ils reçoivent des MG, les psychiatres évoquent encore la surcharge de travail, le manque de vocabulaire psychiatrique et la peur de se tromper. Notons que ces constats ont été fait de longue date: la crainte du MG de s'exposer par rapport à une non-compréhension ou un manque de technicité était déjà évoquée dans la littérature en 1985 [35]; le fait que les MG adressent leurs patients aux psychiatres, surtout pour se décharger, était évoqué en 1989 [36].

C. Le rôle majeur de l'adressage confirmé

Les psychiatres confirment le rôle important du courrier d'adressage du MG. Il pose les bases de la relation ultérieure et peut conditionner le retour d'informations

au MG. Comme nous l'avons déjà évoqué, la présence d'un courrier d'adressage de la part du MG lorsqu'il adresse un patient au CMP augmente les chances que le patient soit vu par un psychiatre et que ce dernier émette un courrier de réponse au MG [26].

Dans notre étude, bien que certains psychiatres se contentent, par habitude, des courriers brefs du MG, ils aimeraient y voir figurer systématiquement: les antécédents du patient, le traitement actualisé ainsi que les traitements essayés par le MG et leurs effets, la symptomatologie et le motif détaillé de l'adressage. On retrouve ces mêmes items dans une étude anglaise où était demandé au psychiatre de définir les 5 items les plus importants que devait faire figurer le médecin généraliste dans sa lettre d'adressage [37]. Concernant l'histoire de la maladie, qui devrait figurer dans le courrier du MG selon cette étude, certains psychiatres que nous avons interrogés pourraient s'en passer et préfèrent faciliter la rédaction du MG, considérant qu'ils vont devoir eux-mêmes se forger leur propre opinion lors de la consultation du patient.

Les psychiatres ont identifié que les courriers d'adressage du MG rédigés grâce à leur logiciel informatique reprennent en général ces items et apportent une meilleure lisibilité que les courriers manuscrits.

D. L'utilisation des moyens de communication par les psychiatres

1. Les courriers

Les psychiatres déclarent émettre souvent voire systématiquement un courrier au MG après chaque consultation, alors que les MG déclarent recevoir peu de courrier du psy [27]. Ils regrettent que le courrier présente un délai de rédaction et de transmission difficilement compressible et compatible avec leur activité de consultation. Ils regrettent également le fait de ne pouvoir retranscrire dans leur courrier tout le ressenti perceptible lors de leurs consultations, par manque de temps ou encore pour ne pas frustrer un patient avec qui l'accroche est indispensable et qui

peut disposer du courrier à tout moment. L'absence de médecin traitant identifié avec qui correspondre peut les amener à essayer de persuader le patient d'en trouver un afin d'assurer le suivi somatique nécessaire.

Les psychiatres déclarent rédiger un courrier au MG afin de le prévenir de la prise en charge, lors de modification de la prise en charge (notamment thérapeutique), afin de s'accorder avec le MG sur certaines formalités administratives (demande d'ALD, justification de la nécessité d'arrêt de travail), lorsqu'un risque suicidaire est présent, afin de capter la vigilance du MG ou encore lorsque le psychiatre a besoin de récupérer des informations qu'il n'a pas obtenues du MG (antécédents, traitements essentiellement). Les raisons pour lesquelles les psychiatres peuvent ne pas émettre de courrier au MG sont:

- Le souhait du patient.
- Lorsqu'un suivi somatique évident n'est pas perçu par le psychiatre (patient jeune).
- Lorsque le psychiatre effectue une psychothérapie et ne perçoit pas d'information pertinente à transmettre au MG.
- Lorsque la première consultation du patient ne débouche pas sur une prise en charge.
- Le manque de temps pour rédiger un courrier au MG.

2. Le téléphone

Le téléphone est plébiscité par les psychiatres pour la rapidité d'échanges qu'il procure. Il permet également de mieux partager le ressenti qu'ils ont sur le patient. Les psychiatres utilisent généralement le téléphone pour obtenir rapidement les informations manquantes de la part du MG (antécédents, traitement...), afin de prévenir le MG d'une situation à risque (suicide, mésusage médicamenteux) et parfois de la nécessité de démarches administratives (demande ALD, arrêt de travail). Un psychiatre l'utilise systématiquement après chaque première consultation afin de récupérer les informations dont il a besoin et d'expliquer la prise en charge au MG. Il semble plus simple de réitérer les communications téléphoniques entre psychiatres et MG lorsqu'un premier contact téléphonique a déjà abouti.

Les principaux défauts du téléphone perçus dans notre étude sont la nécessaire disponibilité simultanée du psychiatre et du MG, la barrière que peut représenter le secrétariat du MG et l'absence de traçabilité. Bien qu'ils se montrent globalement disponibles au téléphone, ils sont divisés sur la possibilité de répondre au téléphone pendant leurs consultations.

3. Le courrier électronique

Plusieurs psychiatres regrettent de ne pas disposer d'une messagerie électronique cryptée, d'autant que les MG en sont équipés et demandeurs [27]. Selon les psychiatres, l'utilisation du courrier électronique pour correspondre avec le MG permettrait de lisser certains défauts qu'ils reprochent au courrier et au téléphone: absence de délai de transmission, possibilité de le consulter en léger différé, caractère plus personnel qu'un courrier classique.

4. La communication non conventionnelle

a) Le patient vecteur

Les psychiatres utilisent le patient vecteur de manière directe et indirecte. La manière directe consiste à laisser le patient relater lui-même le contenu de la consultation. Bien que cela puisse faciliter la tâche du psychiatre et du MG, tous deux préfèrent authentifier les dires du patient à l'aide d'un courrier, se méfiant du caractère fabulateur voire manipulateur de certains patients [27].

L'utilisation du patient vecteur de manière indirecte se fait lorsque le patient transmet lui-même le courrier au médecin. Ce mode de fonctionnement est largement utilisé par les MG pour adresser leur patient aux spécialistes, dont les psychiatres. Dans notre étude, les psychiatres regrettent le manque de sérieux de certains patients qui égarent ce courrier ou pourraient le dissimuler volontairement. Les psychiatres pensent également que ce fonctionnement peut être un frein pour le MG dans la rédaction du courrier qu'il remet au patient, craignant de perdre l'alliance thérapeutique avec un patient qui y lirait des remarques négatives sur sa personne.

En parallèle, les MG font le constat similaire lorsque le diagnostic ne figure pas dans le courrier de réponse du psychiatre [27].

b) La prescription médicamenteuse

La désignation du prescripteur divise aussi les psychiatres. La plupart délègue totalement la prescription au MG ou s'accorde seulement la première prescription, l'objectif étant, encore une fois, d'utiliser le patient comme vecteur et d'intégrer le MG dans la prise en charge par ce biais, en lui laissant le soin de vérifier les interactions thérapeutiques avec d'autres médicaments dont le psychiatre pourrait ne pas avoir connaissance. Cependant, les MG se plaignent de ne pas être désignés formellement comme prescripteurs et regrettent de devoir se fier aux dires du patient [27].

D'autres psychiatres effectuent les prescriptions initiales ainsi que les renouvellements, par principe de responsabilité personnelle ou encore pour asseoir leur position et leur prise en charge auprès du patient. Pour un des psychiatres, il s'agissait même d'un accord tacite avec les MG de son secteur qui ont pour habitude de se décharger sur lui. Cette pratique augmente cependant les risques de iatrogénie en cas de mauvaise collaboration avec le MG [34].

E. Une recommandation peu connue et non consensuelle

Les psychiatres sont en accord avec les constats effectués par la recommandation CNQSP concernant la mauvaise qualité de communication avec le MG [24]. Ils émettent cependant des doutes quant à sa mise en œuvre, certains critiquent même les auteurs pour leur absence de vision pratique. L'utilisation systématique de courrier après chaque premier adressage du MG leur semble difficile par manque de temps pour la rédaction, et nécessiterait une diminution de la file active de chaque psychiatre et donc l'explosion des délais de rendez-vous au CMP déjà jugés trop long [27,34,38,39].

Ces courriers étant opposables au patient, il leur paraît dommageable d'y faire figurer certains éléments pouvant figer le patient dans une pathologie stigmatisante.

Cette recommandation n'était pas connue de tous les psychiatres avant notre étude, confirmant son insuffisance de diffusion auprès des psychiatres [40]. Quelques psychiatres pensent que cette recommandation est applicable moyennant une diffusion passive en effectuant une refonte de leur modèle de courrier habituel. Elle pourrait également permettre une prise de conscience de l'importance de la communication avec le MG.

F. Avis partagés concernant les courriers-types

Les courriers-types divisent. Ils sont appréciés dans leur forme par certains qui y perçoivent "*un cadre défini d'informations minimales à transmettre*" permettant d'homogénéiser les contenus et de faciliter les échanges [41]. D'autres voient le courrier-type comme un instrument de dépersonnalisation de la situation du patient.

Concernant le courrier-type du MG, les psychiatres perçoivent une certaine utilité dans la mise à disposition au MG d'une trame complète, lui facilitant la rédaction et permettant d'y faire figurer le maximum d'informations pertinentes possibles dont le MG est censé disposer en tant que médecin traitant. L'espoir des psychiatres résidait dans l'augmentation qualitative et quantitative des informations que les MG pouvaient leur transmettre sans se soucier de la mise en forme. Les rubriques "histoire de la maladie" et "contexte psychosocial" sont superflues selon un psychiatre, estimant qu'il doit les réévaluer lui-même lors de sa consultation.

L'exhaustivité du courrier type et le temps requis à le remplir sont, selon eux, ce qui a principalement découragé les MG.

La difficulté pour le MG de changer ses habitudes de rédaction et d'utiliser le courrier-type mis à disposition est évoquée également pour expliquer le faible nombre de courriers-types reçus.

Malgré la sensibilisation effectuée auprès des MG lors du recrutement de notre population, seul un psychiatre a perçu une amélioration de la qualité des courriers classiques du MG au terme de notre étude. Une autre étude où était évaluée la qualité des courriers du MG au psychiatre avant et après la mise à disposition du MG d'un guide d'adressage concluait déjà à l'échec de la mise en place de cet outil à visée éducative pour les MG [42].

Les psychiatres émettent de nombreuses réserves concernant le courrier-type qu'ils devaient retourner au MG. La rubrique "examens paracliniques" n'est pas pertinente selon eux, car ils n'ont pas les moyens, voire les capacités à les réaliser et/ou les interpréter au sein du CMP (ECG par exemple). C'est une des raisons pour lesquelles ils disent déjà communiquer avec le MG qui organise le suivi somatique.

Concernant la rubrique thérapeutique, exposer au MG le choix de la molécule et sa posologie leur paraît logique. En revanche, devoir dicter au MG la surveillance biologique et/ou paraclinique ainsi que les effets indésirables, comme préconisé dans la recommandation, leur semble déplacé. Cela conforte une revue de la littérature montrant que les MG étaient réceptifs à l'utilisation des courriers de réponse comme source de formation, mais les spécialistes voulaient éviter de paraître paternaliste à l'égard du MG [43].

Il est également difficile pour les psychiatres de remplir correctement ce courrier-type au terme d'une seule consultation, notamment pour la question du diagnostic qui peut rester longtemps en suspens.

Bien que nos courriers-types n'étaient destinés qu'à la première consultation, les psychiatres craignent que rendre systématique la rédaction d'un courrier au MG après chaque consultation risque de banaliser ces courriers et faire perdre le sens d'autres courriers qui auraient plus d'importance dans la prise en charge. Cependant, les MG sont demandeurs de ces courriers de suivi afin de connaître l'évolution, voire plus simplement l'existence de la prise en charge [27] et de ne pas la dupliquer [44], pouvant amener à une confusion des rôles pour le patient [45]. Le phénomène

d'épuisement de la communication au cours du temps était déjà identifié dans la littérature [46].

Globalement, les psychiatres de notre étude s'accordent sur l'aspect redondant de certaines rubriques par rapport à la pratique. L'exhaustivité du courrier pose problème par son aspect chronophage avec l'impression d'être une tâche administrative supplémentaire. De plus le courrier-type n'apporte pas d'amélioration concernant les délais de transmission en comparaison au courrier habituel.

III. La psychiatrie, discipline à part entière

Les psychiatres de notre étude ainsi que les MG étudiés en parallèle [27] affirment communiquer fréquemment les uns avec les autres. On retrouve cependant des deux cotés les griefs mis au jour dans la littérature [24]: indigence des courriers, voire absence de communication avec leurs conséquences déjà énoncées. Il nous est apparu légitime de trouver des explications au gap entre psychiatres et MG.

Historiquement, ce gap prend sa source avant les années 1960, où les patients psychiatriques étaient institutionnalisés et dont les psychiatres s'occupaient sur le plan psychique et somatique. La création des secteurs a depuis permis la désinstitutionalisation, mais les structures d'hospitalisation (EPSM) et de consultation (CMP) restent actuellement à l'écart des structures hospitalières classiques.

Sur le plan géographique, le découpage sectoriel pose problème au MG, même à Lille où il n'est pas question d'éloignement, le MG éprouve des difficultés pour connaître le CMP dans lequel il doit adresser son patient [27], une même rue pouvant être couverte par les 3 secteurs lillois différents.

L'adressage des MG vers le psychiatre public prend également une composante singulière: habitué à adresser leurs patients à un correspondant précis pour les autres spécialités médicales, le patient est ici adressé au CMP puis dirigé vers un psychiatre, un psychologue ou un IDE au sein du CMP. Les psychiatres apprécient ce fonctionnement qui permet de les décharger des cas les moins lourds,

mais les MG regrettent l'absence de retour des consultations effectuées par les professionnels paramédicaux [27]. Nous pouvons justement supposer que l'insuffisance de communication perçue par les psychiatres et les MG sont le fait de patients adressés par les MG et non vus par les psychiatres et inversement vus par les psychiatres alors qu'ils ne sont pas adressés par les MG. Ces derniers représentaient une majeure partie des nouvelles prises en charge au CMP sur un territoire voisin [26].

Les psychiatres fonctionnent selon un modèle de remplacement, où ils peuvent être perçus comme premier recours pour le patient, brouillant la limite entre soins primaires et secondaires, ce qui complique la collaboration entre MG et psychiatres [47]. La problématique de l'accès aux soins divise les psychiatres de notre étude. L'accès direct n'est pas favorable au retour d'informations envers le MG [26]. Il laisse néanmoins la possibilité de consulter un psychiatre, pour certains patients voulant shunter leur MG. D'autre part, il favorise l'accès aux soins à une population plus précaire en terme de protection sociale [10]. Un psychiatre de notre étude pense que l'accès indirect pourrait lui permettre de se concentrer sur les cas les plus lourds, adressés par le MG qui jouerait un rôle de filtre. Au contraire, un autre psychiatre y voit une contrainte supplémentaire pour les patients, obligés de passer par le MG. A cette contrainte s'ajoute la perte de temps engendrée pour le patient et le MG adressant. Paradoxalement, l'accès direct contribue à la surcharge de travail des psychiatres car ils estiment que de nombreux patients pourraient être pris en charge par leur MG.

La psychiatrie figure également à part dans son cheminement diagnostic, en opposition au raisonnement biomédical des autres spécialités médicales s'appuyant sur des examens paracliniques normés pour aboutir à un diagnostic. Malgré les fondements neuroscientifiques expliquant certaines pathologies psychiatriques, ceux-ci restent impalpables en pratique clinique quotidienne, ne s'appuyant sur aucun examen d'imagerie ou dosage biologique. La psychiatrie requiert de l'expérience dans la psychologie et la communication avec le patient, débouchant sur un ressenti subjectif pouvant aboutir à un diagnostic parfois réévalué au fil du temps.

L'image perçue du psychiatre par ses confrères reste teintée d'ostracisme. Une enquête de 2013 réalisée auprès de 536 internes d'autres spécialités donnant leur point de vue sur les internes de psychiatrie montre que presque 66% d'entre eux perçoivent les psychiatres comme préférant la littérature à la science, 56% pensent qu'il a "probablement des antécédents, il est souvent bizarre", 42% ne les considèrent plus comme médecin. Enfin 29,5% pensent qu'il "va mal finir, la psychiatrie c'est contagieux" [48].

Le secret médical est prépondérant en psychiatrie. Le discours des patients pourrait y être parfois comparé à un aveu ou une confession tant le psychiatre touche à l'intime personnel. Ainsi la communication envers les autres professionnels médicaux se doit forcément d'être différente, partageant les grands traits de la prise en charge sans rentrer dans les détails de l'histoire personnelle du patient, d'autant que le patient peut s'opposer à cette communication. Cette communication reste néanmoins nécessaire pour la continuité de la prise en charge comme le rappelle la loi du 4 mars 2002 (article L1110-4 alinéa 3 du code de la santé publique) relatant: « *Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible* ». Malgré cela, certains psychiatres de notre étude arguaient que le MG pouvait ne pas avoir de place dans certaines prises en charge, les psychiatres étant capables de s'occuper du problème psychiatrique indépendamment des autres prises en charge.

La patientèle psychiatrique publique se distingue également par une surreprésentation des patients atteints de troubles psychotiques comparée à la patientèle des MG et des psychiatres privés, assez semblables dans leur caractéristiques [32].

IV. Axes d'amélioration

A. La formation

Dans le but d'améliorer la communication entre les psychiatres et les MG, la formation pourrait jouer un rôle important.

Lors du deuxième cycle des études médicales (DCEM), un stage obligatoire en soins primaires chez un MG pourrait éveiller la conscience des étudiants sur l'isolement et les moyens dont disposent les MG pour soigner et communiquer avec les autres professionnels de santé. Par la suite, un stage en psychiatrie obligatoire pour les internes de MG pourrait les aider à percevoir les moyens mis à disposition des psychiatres et le fonctionnement d'un CMP au sein d'un secteur. Le but étant de pallier ce manque lors des enseignements théoriques du DCEM, axés fréquemment sur le concours de l'examen classant national (ECN). Lors de ce stage, les internes de MG pourraient également se familiariser avec la sémantique psychiatrique afin de mieux communiquer avec leurs homologues psychiatres ensuite.

Une offre de formation continue existe déjà, elle pourrait faire l'objet d'une meilleure promotion auprès des MG.

B. Rendre obligatoire la rédaction de courrier

Afin d'améliorer l'échange d'informations entre psychiatres et MG et de mieux démarquer les soins primaires des soins secondaires auprès des patients, un courrier pourrait être demandé obligatoirement au patient se présentant pour la première fois au CMP (reprenant au minimum les antécédents, le traitement, les allergies médicamenteuses, la symptomatologie et le motif de consultation), que cette première consultation soit à l'initiative du MG ou non. A cette occasion, le MG pourrait juger de la pertinence de consulter au CMP, éventuellement reprendre en main la situation de manière temporaire voire permanente, ce qui permettrait de désencombrer la file active du CMP et, pourquoi pas, de réduire, à terme, les délais d'attente reprochés aux psychiatres par les MG [24,27]. Une telle mesure coercitive

semble nécessaire étant donné l'échec des mesures éducatives censées améliorer la collaboration [49] et l'important frein représenté par le modèle de remplacement du fonctionnement psychiatrique [47].

En retour, toute première consultation d'un patient au CMP pourrait être suivie de l'envoi d'un courrier au MG, lui signifiant la prise en charge et la décrivant si celle-ci a pu être définie au terme d'une seule consultation. Au besoin, un courrier de liaison au cours de la prise en charge pourrait témoigner au MG d'un suivi toujours actif en précisant les modalités. Les prises en charge effectuées par les professionnels paramédicaux devraient également faire l'objet d'un courrier de liaison au MG, sous la responsabilité d'un psychiatre référent identifié. L'objectif de cette mesure étant d'augmenter quantitativement le nombre de courrier au MG. Sur le plan qualitatif, les courriers des psychiatres semblaient satisfaisants comparativement à la recommandation du CNQSP [26].

C. Les rencontres entre professionnels locaux

Les rencontres physiques sur les lieux des structures locales sont à encourager. Les MG déjà installés y constateraient les moyens à disposition des psychiatres et pourraient échanger de leurs difficultés respectives afin de renouer des liens professionnels. Les occasions pour ces rencontres ne manquent pas: formation continue, réunion autour de cas complexes avec le MG, colloques. La disponibilité des acteurs reste le principal frein à ces rencontres.

D. Développer l'utilisation du téléphone

L'utilisation plus fréquente du téléphone pourrait être une solution selon les psychiatres, d'autant qu'ils le plébiscitent pour sa rapidité et sa qualité d'échange supérieure au courrier.

E. Mise à disposition du psychiatre une messagerie électronique cryptée

L'offre d'une messagerie électronique cryptée pourrait apporter un nouveau souffle à la communication entre psychiatres et MG, apportant une souplesse d'utilisation que n'offre pas le courrier, tant dans la rédaction, la lecture et l'intégration au dossier patient. Ce mode de transmission ne souffre pas des inconvénients inhérents au délai ou au patient vecteur pouvant égarer le courrier.

F. Valorisation tarifaire des MG

Une majoration tarifaire spécifique pourrait être proposée pour les consultations de patients atteints de troubles psychiatriques effectuées par les MG. La contrainte de temps serait atténuée pour le MG et il pourrait ainsi consacrer plus de temps au patient ainsi qu'à la transmission d'informations envers le psychiatre. Cette majoration pourrait être étendue aux actes de coordination effectués avec le psychiatre (intervision, réunion autour de la prise en charge complexe d'un patient).

G. Développer l'offre médicale des CMP

Du côté des psychiatres, une augmentation de l'effectif médical au sein des CMP semble nécessaire afin d'absorber le flux des patients et de leur laisser plus de temps pour correspondre avec les MG.

CONCLUSION

La communication entre psychiatres et MG s'avère complexe, car dépendante de nombreux facteurs liés à la pratique de chacun, aux patients et à la psychiatrie en elle-même.

Nous avons matérialisé la recommandation du CNQSP qui préconise l'utilisation des courriers d'adressage comme levier majeur d'amélioration de la communication.

Les psychiatres émettent des avis divergents sur cette recommandation, certains sont persuadés de son bien-fondé et de son utilité en pratique pour améliorer quantitativement et qualitativement la communication avec les MG, d'autres y perçoivent une mesure coercitive, chronophage, inadaptée à leur pratique quotidienne car pouvant prendre en charge seuls certains patients.

Les courriers-types de réponse au MG proposés par notre étude ont été peu utilisés par les psychiatres. Les causes sont multiples: cadre trop restreint de la recommandation et du cadre de l'étude, difficultés pour les MG à changer leurs habitudes et à utiliser notre courrier-type d'adressage. Certains psychiatres craignent néanmoins que la systématisation des échanges et de leur contenu amène une certaine banalisation desservant une communication pertinente dans la prise en charge du patient.

Les autres freins identifiés par les psychiatres dans leur collaboration avec les MG sont: l'ambivalence et le manque de formation des MG en psychiatrie, l'aspect chronophage de la prise en charge du patient réduisant le temps disponible pour communiquer entre intervenants, les spécificités du fonctionnement sectoriel et les patients.

Bien que le rôle important de l'adressage dans la suite de la prise en charge soit confirmé dans notre étude, le courrier n'est qu'un élément parmi d'autres pouvant améliorer la communication tout au long de la prise en charge entre psychiatres et MG. Tous les moyens de communication peuvent s'avérer utiles selon la situation du patient, l'apport d'une messagerie électronique pourrait néanmoins redynamiser les échanges. La formation des MG en psychiatrie doit être intensifiée afin de leur donner une base plus solide de connaissance de la psychiatrie et de son fonctionnement dans le but d'améliorer leur pratique et la collaboration avec les psychiatres. Les rencontres entre professionnels d'un même secteur pourraient permettre de tisser un réseau local plus efficient et de l'utiliser à bon escient. Contraindre les échanges dans les 2 sens, y incluant tous les professionnels intervenant autour du patient au CMP, pourrait permettre de redéfinir une barrière devenue floue entre les soins primaires et secondaires, ainsi que les rôles de chacun dans la prise en charge.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Thèmes de santé. Santé mentale. http://www.who.int/topics/mental_health/fr/
2. Haute Autorité de Santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé: fichier thématique: psychiatrie et santé mentale. 2005.
3. 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
4. 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.
5. 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.
6. Nicoli M, Bouchez S, Nieto I et al. Idéation et conduites suicidaires en France: prévalence sur la vie et facteurs de risque dans l'étude ESEMeD. *L'Encéphale* 2012;38 N°4:296-303.
7. 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.
8. Mantelet S, Sabran Guillin V, Hardy P. Épidémiologie des associations entre troubles mentaux et affections somatiques. *EMC Psychiatrie*.1998:37-402-10.
9. Casey D. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. *The American Journal of Medicine* 2005;118:15-22.
10. 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.
11. Etude « fréquence et coût des ALD » - 2004 - Cnamts. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/frequence-et-cout-des-ald-au-31-10-2004.php>
12. Chevreur K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental disorders in France. *European Neuropsychopharmacology* 2012.

13. 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.
14. Plancke L. Le nombre de suicides de nouveau en hausse dans la région Nord - Pas-de-Calais. 2012 http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/fiche-suicide_revue_2010.pdf
15. 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>
16. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 01/01/2013, Conseil National de l' Ordre des Médecins CNOM.
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_2013.pdf
- 17- European Commission. The state of mental health in the European Union; 2004.
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf
18. DREES. Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France.2005 <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12854/1/er443.pdf>
19. Rouillon F, Lejoyeux M. Modalités d'accès aux soins en consultation psychiatrique. Ann. Méd. Psychol. 1993, 151(9):628-632.
20. Norton J, De Roquefeuil G, David M, Boulenger JP, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le Patient Health Questionnaire: adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. L'Encéphale 2009 ; 35(6) : 560-569.
21. 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.
22. Mykletun A, Knudsen AK, Tangen T, Overland S. General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. BMC Health Serv Res. 2010; 10: 35.
23. 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.
24. 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.

25. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv.* 2007 Feb;58(2):213-20.
26. 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.
27. Jombart G. 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 au psychiatre? Thèse de Médecine Générale. Lille.2015.155p.
28. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.*2008.84.142-145.
29. Catherine PH. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : une enquête qualitative. Thèse de Médecine générale. Rouen.2012.100p.
30. Gaubert A. Quelle communication les patients désirent-ils entre leur psychiatre et leur médecin généraliste? Thèse de médecine générale. Rouen.2014.115p.
31. Dordonne G. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. Evaluation des courriers échangés. Thèse de Médecine Générale. Paris.2014.82p.
32. 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.
33. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, et Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Serv Res* 2009;9(1):143.
34. Epstein RM. Communication between primary care physicians and consultants. *Arch Fam Med* 1995;4(5):403-9.
35. Mitchell AR. Psychiatrists in primary health care settings. *Br J Psychiatry* 1985;147:371-9.
36. Coulter A, Noone A, Goldacre M. General practitioners' referral to specialist outpatient clinics: Why general practitioner refers to specialist outpatient clinics. *Br Med J* 1989;299:304-8.
37. Pullen IM, et Yellowless AJ. Is communication improving between general practitioners and psychiatrists? *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985;290(6461):31-3.
38. Clatney L, MacDonald H, et Shah SM. Mental health care in the primary care setting: Family physicians' perspectives. *Can Fam Physcian* 2008;54:884.

39. Hodgins G, Judd F, Kyrios M, Murray G, Cope A, et Sasse C. A model of supervision in mental health for general practitioners. *Australian Psychiatry* 2005;13(2):185-9.
40. Prévention des maladies psychiatriques: pour en finir avec le retard français. Fondation FondaMental. Institut Montaigne. Etude Octobre 2014.94p.
41. Guex P, Barbier Y. The general practitioner and the psychiatrist: a failure or a success? *Rev Med Suisse*. 2005 sept 21;1(33):2136-8, 2141.
42. Naik PC, et Lee AS. Communication between GPs and psychiatrists. *BMJ* 1993;306(6884):1070.
43. Gagliardi A. Use of referral reply letters for continuing medical education: a review. *J Contin Educ Health Prof* 2002;22(4):222-9.
44. Mitchell G, Del Mar C, et Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes? A systematic review. *British Journal of General Practice* 2002;52:934-9.
45. Essex B, Doig R, et Renshaw J. Pilot Study of records of shared care for people with mental illnesses. *BMJ* 1990;300:1442-6.
46. Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Non-attendance at psychiatric outpatient clinics: communication and implications for primary care. *British Journal of General Practice*. 1999 nov;49(448):880-3.
47. Hardy-Baylé MC, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres? *L'Information psychiatrique* 2014 ; 90 : 359-71.
48. Sebbane D. Etre Psychiatre: clichés, réalités, et perspectives. Thèse de Psychiatrie. Lille. 2014.142p.
49. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary CareA Systematic Review *JAMA*. 2003;289(23):3145-3151.

ANNEXES

Annexe 1 : Courrier-type GENEPSY "MG"

GENEPSY¹

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

¹: 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'Etablissement 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/...../....., àh.....

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 2 : Courrier-type GENEPSY "Psychiatre"

ETUDE GENEPSY ¹

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

¹. 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'Etablissement 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 REPOSE 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 3 : Courrier d'information adressé aux MG Lillois.

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, 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.



Annexe 4 : Guide d'entretien dans sa version finale.**0. Rappel thème étude, consentement enregistrement, anonymat**

- 1. Selon vous, quel est le rôle du médecin traitant dans la prise en charge des troubles mentaux?**
- 2. Comment qualifieriez-vous votre relation avec les MG?**
- 3. Quels sont les points essentiels permettant d'obtenir la meilleure relation possible avec le MG?**
- 4. Quel(s) mode(s) de communication préférez-vous en pratique pour correspondre avec vos confrères MG? A votre sens, lequel est le plus approprié à votre exercice?**
- 5. Votre communication est-elle différente selon le MG à contacter?**
- 6. Communiquez-vous avec le médecin traitant pour chacun de vos patients?**
- 7. Quels sont les intérêts ou les freins à une telle communication?**
- 8. Rédigez-vous un courrier au médecin traitant après chaque consultation effectuée?**
- 9. Comment considérez-vous les courriers que vous adressent les MG? En quoi correspondent-ils à vos attentes?**
- 10. Que pensez-vous de l'accès direct au psychiatre dans le cadre du parcours de soins coordonné? Faut-il le conserver ou le modifier selon vous?**
- 11. Un défaut de communication avec le médecin traitant vous a-t-il déjà mis dans une situation difficile avec un patient? Avez-vous un exemple en tête?**
- 12. L'organisation des soins en CMP est-elle favorable à la communication d'informations vers le MG?**
- 13. Plus généralement, pensez-vous que la politique de secteur intègre bien la médecine générale?**

- 14. Eprouvez-vous des difficultés à recueillir ou aborder les antécédents somatiques de vos patients? Pourquoi?**
- 15. Effectuez-vous les prescriptions médicamenteuses initiales et/ou les renouvellements?**
- 16. Qu'attendez-vous du MG à ce propos?**
- 17. Que pensez-vous des recommandations du CNQSP sur la théorie? Sont-elles applicables en pratique selon vous?**
- 18. Qu'avez vous pensé de la mise en place des courriers-types de l'étude GENEPSY?**
- 19. Même si vous avez reçu peu de courriers-types, notre étude a tout de même fait connaître la recommandation du CNQSP a 70 MG lillois. Avez-vous perçu des modifications dans les courriers qu'ils vous envoient désormais?**
- 20. Quel(s) autre(s) moyen(s) permettrai(en)t selon vous d'améliorer la communication avec les MG?**
- 21. Pourquoi y a-t-il eu peu de courriers-types échangés selon vous?**
- 22. L'entretien se termine, souhaiteriez-vous ajouter quelque chose?**

AUTEUR : Nom : HERRISSON

Prénom : Romain

Date de Soutenance : 2 Décembre 2015

Titre de la Thèse : Que pensent les psychiatres publics de l' EPSM-AL des recommandations de bonne pratique concernant la communication avec les médecins généralistes? Analyse qualitative auprès des psychiatres publics des secteurs de Lille intra-muros.

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Médecin généraliste, Psychiatre, Collaboration, Communication, Courrier-type, Recommandations, Enquête qualitative

Contexte : La communication entre psychiatres et médecins généralistes (MG) est déplorable. La recommandation du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) propose la standardisation du contenu des échanges par courrier entre MG et psychiatres lors d' un premier adressage afin d'améliorer cette communication.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative où les psychiatres publics lillois ont pu échanger des courriers-types avec 70 MG pendant 6 mois. Ces courriers étaient inspirés de la recommandation du CNQSP. A son terme, 11 psychiatres ont pu donner leur ressenti concernant ces courriers-types lors d'un entretien semi-dirigé.

Résultats : Peu de courriers-types ont été échangés. Les psychiatres expliquent ce phénomène comme une conséquence de l'exhaustivité du courrier, ayant impressionné les MG manquant de temps pour la rédaction. Les psychiatres incriminent également l'ambivalence des MG vis-à-vis de la pratique de la psychiatrie, influençant la collaboration ultérieure avec le psychiatre. La qualité de l'adressage apparaît importante dans la poursuite de la collaboration avec le MG. Le courrier-type de réponse au MG divise, telle la recommandation du CNQSP que peu connaissaient: il constitue pour certains psychiatres une base d'échange pertinente avec le MG, pour d' autres il ne s'agit que d'une contrainte administrative chronophage supplémentaire.

Conclusion : Le courrier-type apparaît comme un élément parmi d'autres pouvant améliorer la communication entre MG et psychiatres, tous les autres moyens de communication pouvant être mis à contribution selon la situation du patient. Il serait nécessaire d'améliorer en amont la formation des MG afin de renforcer leurs connaissances en psychiatrie et de son fonctionnement sectoriel. Les rencontres entre professionnels d'un même secteur pourraient aider à retisser un réseau local afin d'améliorer la collaboration.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA - Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Benjamin WEIL