



UNIVERSITÉ LILLE 2 DROIT ET SANTÉ
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Étude qualitative sur la relation entre le médecin généraliste et le
médecin psychiatre dans le cadre de la prise en charge de la dépression
dans la métropole lilloise**

Présentée et soutenue publiquement le 11 Octobre 2018 à 18 h
Au Pôle Formation
Par Valéry SUYBENG

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Alexandre BECELLA

Avertissement

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

Liste des abréviations

CIM	Classification internationale des maladies
CNQSP	Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
DMP	Dossier médical partagé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
CMP	Centre médico-psychologique
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDC	Épisode dépressif caractérisé
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
FMC	Formation médicale continue
IFOP	Institut français d'opinion publique
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
OMS	Organisation mondiale de la santé

Table des matières

Résumé	Erreur ! Signet non défini.
Introduction	Erreur ! Signet non défini.
I. <u>État des lieux</u>	2
II. <u>Conséquences sociaux-professionnelles</u>	3
III. <u>Facteurs de risque de la dépression</u>	4
IV. <u>Traitement de l'épisode dépressif caractérisé</u>	5
V. <u>Place du médecin généraliste</u>	7
VI. <u>Les structures psychiatriques</u>	8
VII. <u>Objectifs de l'étude</u>	8
Matériels et méthodes	10
I. <u>La méthode choisie</u>	10
A. <u>Choix du type d'étude et recueil des données</u>	10
B. <u>Population étudiée</u>	11
C. <u>Déroulement des entretiens</u>	13
D. <u>Analyse des données</u>	13
Résultats	Erreur ! Signet non défini.
I. Résultats obtenus auprès des médecins généralistes	15
A. <u>Description de la population</u>	15
B. <u>Principaux résultats</u>	16
1. <u>Les patients dépressifs</u>	16
a) <u>La quantité de patients dépressifs</u>	16
b) <u>La quantité de patients dépressifs non stabilisés</u>	19
2. <u>La prise en charge du patient dépressif par le médecin généraliste</u>	19
a) <u>L'évaluation du degré de sévérité de la dépression</u>	19
b) <u>Traitement médicamenteux du patient dépressif</u>	21
c) <u>Suivi du patient par le médecin généraliste</u>	24
d) <u>Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge du malade dépressif</u>	26

3.	<u>La prise en charge du patient dépressif par le médecin psychiatre du point de vue du médecin généraliste</u>	28
a)	<u>Le motif de recours au spécialiste</u>	28
b)	<u>Choix du spécialiste et critères de choix</u>	30
c)	<u>Préférences entre psychiatres libéraux et psychiatres publics</u>	33
4.	<u>Les attentes du médecin généraliste vis-à-vis du médecin psychiatre dans la prise en charge de leurs patients dépressifs</u>	35
5.	<u>La gestion du risque suicidaire</u>	37
6.	<u>Collaboration avec le médecin psychiatre</u>	41
a)	<u>Degré de satisfaction sur la collaboration avec le psychiatre</u>	41
b)	<u>Communication avec le psychiatre</u>	43
c)	<u>Degré de satisfaction sur la collaboration par rapport aux autres spécialités</u>	48
d)	<u>Suggestions pour améliorer la collaboration avec les psychiatres dans le cadre de la prise en charge de patients dépressifs</u>	50
e)	<u>Rencontre avec les psychiatres</u>	53
II.	Résultats obtenus auprès des médecins psychiatres	56
A.	<u>Description de la population</u>	56
B.	<u>Principaux résultats</u>	56
1.	<u>Les patients dépressifs</u>	57
a)	<u>Patients ne passant pas par le médecin généraliste avant de consulter le médecin psychiatre</u>	57
b)	<u>Proportion de patient dépressif</u>	59
2.	<u>La prise en charge du patient dépressif par le médecin psychiatre</u>	61
a)	<u>Les délais pour obtenir un rendez-vous</u>	61
b)	<u>L'évaluation du degré de sévérité de la dépression</u>	63
c)	<u>Durée du traitement antidépresseur</u>	65
d)	<u>Psychothérapie</u>	67
e)	<u>Le suivi par les médecins psychiatres</u>	68
3.	<u>La prise en charge du patient dépressif par le médecin généraliste du point de vue du médecin psychiatre</u>	71
a)	<u>Le recours au psychiatre</u>	71
b)	<u>Le traitement du médecin généraliste du point de vue du médecin psychiatre</u>	73
c)	<u>Le rôle du médecin généraliste selon le médecin psychiatre</u>	75
4.	<u>Le psychologue</u>	78
5.	<u>Urgences et risque suicidaire</u>	80
a)	<u>Urgences</u>	80
b)	<u>Risque suicidaire</u>	82

6.	<u>La collaboration avec les médecins généralistes</u>	87
a)	<u>Le courrier du médecin traitant</u>	87
b)	<u>Communication avec le médecin généraliste</u>	90
c)	<u>Qualité de la collaboration selon les médecins psychiatres</u>	97
d)	<u>Suggestion pour améliorer la collaboration</u>	98
e)	<u>Rencontre avec les médecins généralistes</u>	102
Discussion		104
I.	Les points faibles de l'étude	104
A.	<u>Biais d'échantillonnage</u>	104
B.	<u>Biais lié au chercheur</u>	104
C.	<u>Biais méthodologique</u>	104
II.	Points forts de l'étude	105
A.	<u>La méthode</u>	105
B.	<u>Une étude suscitant l'intérêt</u>	105
C.	<u>Une population cohérente</u>	106
III.	Discussion des résultats	106
A.	<u>Caractéristiques des médecins ayant participé à l'étude</u>	106
B.	<u>Les patients dépressifs</u>	108
C.	<u>La place du médecin généraliste</u>	108
D.	<u>Le traitement et le suivi des patients dépressifs par les médecins</u>	109
E.	<u>Les délais pour obtenir un rendez-vous</u>	110
F.	<u>Prise en charge du risque suicidaire</u>	111
G.	<u>La communication</u>	112
H.	<u>Le degré de satisfaction des médecin sur leur collaboration</u>	114
I.	<u>Une pratique et une formation hétérogène</u>	114
IV.	Les pistes d'amélioration	115
A.	<u>Améliorer la formation des médecins généralistes et psychiatres</u>	115
B.	<u>Systématisation des courriers</u>	116
C.	<u>Promouvoir d'autres moyens de communications</u>	117
D.	<u>Définir le rôle et les attentes de chacun</u>	118
E.	<u>Mettre en place de nouveaux réseaux de soins</u>	119
F.	<u>Communiquer sur la manière dont fonctionnent les structures psychiatriques</u>	120
G.	<u>Organiser une rencontre entre les différents professionnels de santé</u>	120

<u>Conclusion</u>	121
--------------------------------	------------

<u>Références bibliographiques</u>	123
---	------------

<u>Annexes</u>	Erreur ! Signet non défini.
-----------------------------	------------------------------------

Annexe 1 : Critères diagnostics de la dépression selon le DSM-V... **Erreur ! Signet non défini.**

Annexe 2 : Critères diagnostics de la dépression selon la CIM-10 .. **Erreur ! Signet non défini.**

Annexe 3 : Stratégie thérapeutique de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité légère selon la HAS **Erreur ! Signet non défini.**

Annexe 4 : Stratégie thérapeutique de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée selon la HAS **Erreur ! Signet non défini.**

Annexe 5 : Stratégie thérapeutique de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère selon la HAS..... **Erreur ! Signet non défini.**

Annexe 6 : Fiche d'entretien pour les médecins généralistes .. **Erreur ! Signet non défini.**

Annexe 7 : Fiche d'entretien pour les médecins psychiatres ... **Erreur ! Signet non défini.**

RESUME

Contexte : La dépression est une maladie qui toucherait près de 300 millions de personnes. Le médecin généraliste constitue le premier intervenant en France pour les patients dépressifs. Cependant, près de 2 médecins généralistes sur 3 ne sont pas satisfaits de leur collaboration avec les professionnels en santé mentale dans le cadre de la prise en charge de patients dépressifs. Pourtant, ils seraient environ 82 % à considérer qu'une coopération avec un professionnel de santé améliore la prise en charge du malade dépressif.

Méthode : 12 médecins généralistes et 12 médecins psychiatres exerçant sur la métropole lilloise ont été recrutés pour répondre à des questions sur le sujet au cours d'entretiens individuels semi-directifs. Ces entretiens se sont déroulés sur leur lieu de travail. Le recrutement s'est fait par appel téléphonique puis prise de rendez-vous.

Résultats : La qualité des relations entre médecins généralistes et médecins psychiatres nous est apparue mauvaise dans l'ensemble, et ceci semble se répercuter directement sur la qualité de leur collaboration. Les médecins généralistes reprochent régulièrement aux médecins psychiatres les délais pour obtenir un rendez-vous mais ils leur reprochent également de ne pas communiquer suffisamment sur leur prise en charge réalisée auprès de leur patient. Cependant, de leur côté, les médecins psychiatres reprochent également aux médecins généralistes un déficit en communication. Leurs courriers d'adressage leur paraissent par exemple parfois insuffisamment étayés.

Conclusion : Au vu de la prévalence de la dépression et de son impact économique, il nous paraît regrettable que la collaboration entre les médecins généralistes et les médecins psychiatres soit de mauvaise qualité dans la mesure où celle-ci a une répercussion sur la qualité de prise en charge du patient. Cependant, nous pensons que ce problème pourrait notamment être surmonté en améliorant la communication entre les médecins. En outre, une restructuration des CMP pour impliquer davantage les médecins généralistes dans la prise en charge du malade dépressif pourrait également améliorer la collaboration.

INTRODUCTION

I. Contexte

Selon l'OMS, 300 millions de personnes seraient touchés par la dépression. Celle-ci estime également que la dépression serait la première cause de morbidité. En France, une enquête téléphonique menée par l'INPES sur un échantillon de 27 653 individus en 2010 estime que la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé serait d'environ 8 % chez les sujets âgés de 15 à 75 ans (1). En outre, celle-ci serait deux fois supérieure chez la femme que chez l'homme. Toujours selon l'INPES, parmi ces sujets dépressifs, 39 % ne consulteraient ni un professionnel de santé ni ne suivraient une psychothérapie et 32 % ne consulteraient ni un professionnel de santé ni ne suivraient une psychothérapie ni ne consulteraient de psychothérapeute.

Or, selon les estimations de l'OMS (2)(3) :

- La dépression atteindrait entre 20 et 25 % des dépenses de santé en ne tenant compte que des hospitalisations en Europe ;
- La dépression serait la seconde maladie entraînant les plus grosses dépenses de santé après les pathologies cardio-vasculaires ;
- L'EDC deviendrait la première cause d'incapacité en 2030.

Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) dans la population générale en France à partir des Baromètres santé 2005 et 2010 (1)						
	Ensemble		Hommes		Femmes	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
	n = 16 883	n = 8 238	n = 7 078	n = 3 686	n = 9 805	n = 4 552
Total 15 - 75 ans	7,8 %	7,8 %	5,1 %	5,6 %	10,4 %	10,0 %
15 - 19 ans	7,0 %	6,4 %	4,5 %	3,7 %	9,7 %	9,3 %
20 - 34 ans	9,1 %	10,1 %	6,4 %	7,0 %	11,9 %	13,2 %
35 - 54 ans	8,9 %	9,0 %	5,4 %	7,3 %	12,3 %	10,7 %
55 - 74 ans	5,3 %	4,70 %	3,6 %	2,6 %	6,8 %	6,6 %

II. Conséquences socio-professionnelles

La dépression a évidemment des conséquences sur le plan social. En effet, elle est souvent à l'origine d'un repli sur soi et d'un ralentissement psychomoteur parfois difficilement compréhensible pour l'entourage. En outre, cette introversion, souvent associée à une dégradation de l'image de soi-même, ne facilite évidemment pas l'entretien d'un réseau social. Or, l'isolement tend à entretenir cette dépression.

Certaines personnes dépressives ont également tendance à se tourner vers l'alcool ou la drogue qui constituent ainsi une forme d'automédication avec des conséquences parfois désastreuses sur le plan socioprofessionnel. En effet, l'étude ESEMed (4) mettait en évidence que 38 % des personnes présentant un syndrome dépressif avaient un trouble anxieux ou un trouble lié à l'alcool associé.

Sur le plan professionnel, la dépression occasionnant un repli sur soi et une mauvaise estime de soi-même, elle rend donc la recherche d'un emploi plus difficile. La dépression étant également la cause de difficultés de concentration et de mémorisation, une personne dépressive a en conséquence plus de chance de perdre son emploi qu'une personne non dépressive. Ainsi, selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques de 2014 (5), une personne atteinte d'une EDC a 82 % de chances de préserver son emploi à moyen terme, contre 93 % pour une personne non atteinte.

La dépression est également associée à un risque élevé de suicide. En effet, tous appels confondus à SOS Amitié, la dépression arrive en première position des souffrances évoquées concomitamment avec le suicide chez la femme, et en seconde position chez l'homme (6). Selon un rapport de l'Académie de médecine (7), un épisode dépressif multiplierait par 21 le risque de tentative de suicide et par 4 en cas de rémission partielle par rapport à une rémission complète. De plus, avec environ 10 000 décès estimés par suicides par an, dont 75 % d'hommes (6), la France se positionne comme l'un des pays ayant le plus fort taux de suicide (8).

III. Facteurs de risques de la dépression

Sur le plan social, l'étude de l'Inpes (1) indique que les facteurs suivants augmenteraient le risque de dépression chez les Français de sexe masculin âgés de 15 à 75 ans :

- Vivre seul (OR = 1,8) ;
- Avoir subi des violences dans les 12 derniers mois (OR = 3,0) ;
- Avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie (OR = 2,1).

Chez les femmes âgées de 15 à 75 ans, toujours selon l'étude de l'Inpes, les facteurs suivants augmenteraient le risque de dépression :

- Le chômage (OR = 1,5) ;
- Le fait de vivre seul (OR = 1,4) ;
- Avoir subi des violences dans les 12 derniers mois (OR = 2,1) ;
- Avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie (OR = 2,3).

Cependant, la dépression ne touche pas que l'adulte et peut très bien toucher l'enfant. Ainsi, selon l'INSERM (9), la prévalence des troubles dépressifs chez l'enfant se situerait dans une fourchette de 2,1 à 3,4 % et serait estimée à 14 % chez l'adolescent.

Une autre étude réalisée en 2008 (10), s'attardant davantage sur les événements potentiellement traumatiques dans l'enfance, montre que les facteurs suivants seraient liés à la survenue d'un épisode dépressif chez l'adulte :

- Mauvaise qualité des relations avec la mère (OR = 1,54) ;
- Mauvaise qualité des relations avec le père (OR = 1,32) ;
- Violence conjugale parentale (OR = 1,47) ;
- Abus sexuels avant l'âge de 18 ans (OR = 2,13).

Une étude menée au Canada présentait également d'autres facteurs de risques de la survenue d'un épisode dépressif chez l'adulte :

- Être une femme (OR = 1,5) ;
- Être atteint d'une pathologie chronique (OR = 1,3) ;

- Être fumeur (OR = 1,3) ;
- Événement traumatique vécu durant l'enfance (OR = 1,3) ;
- Antécédents familiaux de dépression (OR = 1,6) ;
- L'utilisation de benzodiazépines (OR = 1,8).

IV. Traitement de l'épisode dépressif caractérisé

La HAS a émis en octobre 2017 de nouvelles recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé. Elle recommande ainsi d'instaurer un climat de confiance avec le patient et de lui fournir les informations sur la nature du troubles dépressifs et sur les effets bénéfiques ou indésirables du traitement qui sera instauré. Elle préconise également d'établir un suivi sur le plan somatique et de prodiguer des conseils sur l'hygiène de vie du patient, tels que :

- Respecter le rythme nyctéméral ;
- Pratiquer une activité physique régulière ;
- Éviter la consommation d'alcool et autres substances toxiques ;
- Encourager une activité sociale régulière ;
- Poursuivre les activités habituellement intéressantes ou plaisantes.

Elle propose enfin des arbres décisionnels en fonction du degré de sévérité de l'épisode dépressif caractérisé.

En ce qui concerne l'usage des antidépresseurs, la HAS recommande de limiter leurs usages aux dépressions modérées à sévères en privilégiant :

- En première intention : les ISRS ou les IRSN ;
- En deuxième intention : les antidépresseurs imipraminiques (tricycliques) en raison de leur toxicité cardio-vasculaire ;
- En troisième intention : la tianeptine et l'agomélatine en raison, respectivement, du risque d'abus et de dépendance pour la première et de la toxicité hépatique pour la dernière.

Si un antidépresseur est introduit, il est recommandé de prendre en compte l'âge du patient dans la posologie de cet antidépresseur. Dans tous les cas, il est nécessaire d'expliquer aux patients les éventuels effets secondaires négatifs pour améliorer l'adhésion du patient au traitement. Il est également possible d'associer un traitement par benzodiazépine (ou apparenté) dans les deux premières semaines de traitement en cas d'anxiété, d'insomnies ou d'agitation. Dans le cas où le traitement médicamenteux s'avérerait inefficace, il est recommandé soit d'augmenter les doses, soit de changer de classe d'antidépresseur. Enfin, pour arrêter un traitement antidépresseur, il est recommandé de le faire progressivement en étalant l'arrêt sur plusieurs semaines ou mois afin de mieux évaluer les répercussions et de prévenir les risques de rechutes.

Au sujet des psychothérapies, la HAS mentionne les psychothérapies suivantes pour leur efficacité reconnue :

- La psychothérapie de soutien ;
- Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ;
- Les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique ;
- Les thérapies systémiques.

La HAS recommande de proposer les psychothérapies selon :

- Le fonctionnement psychique et les préférences éventuelles du patient ;
- La présence de facteurs de stress psychosociaux significatifs et des difficultés interpersonnelles du patient ;
- Les réponses antérieures positives à un type spécifique de psychothérapie ;
- La disponibilité et les compétences du clinicien dans les approches spécifiques psychothérapeutiques ;
- Les possibilités de prise en charge financière.

V. Place du médecin généraliste

En 2010, on estimait que 47 % des personnes, tous sexes confondus, ayant présenté un épisode dépressif au cours des douze derniers mois, avaient consulté un médecin généraliste (1). Ceci représenterait pour de nombreux médecins généralistes environ 1 patient dépressif par semaine (11). En outre, 89 % des médecins prenant en charge un patient dépressif déclarent débiter une prise en charge thérapeutique sans prendre d'avis auprès d'un autre professionnel de santé (que cela soit un psychiatre, un psychologue ou un psychothérapeute) (11). Or, 82 % des médecins généralistes considèrent qu'une telle coopération améliorerait la prise en charge. La question qui pourrait donc se poser de manière légitime serait de savoir pour quelles raisons les médecins généralistes ont si peu recours aux professionnels de santé mentale, alors qu'ils considéreraient cela comme étant bénéfique pour le patient dépressif.

De plus, selon une étude publiée en 2010 (12), dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépressif, seuls 42,4 % des médecins généralistes prescriraient un traitement adéquat. Chez les psychiatres, ce taux monte à 74,8 %. Le traitement adéquat ayant été considéré comme étant la prise d'un antidépresseur dans l'année des troubles pendant une durée minimum de six mois, ou le suivi d'une psychothérapie dans l'année des troubles pendant une durée minimum de six mois également.

Adéquation des traitements en fonction des professionnels consultés

	Recours à un médecin généraliste	Recours à un psychiatre
Traitement adéquat	42,4 %	74,8 %
Traitement non adéquat	57,6 %	25,2 %

Lorsque les médecins généralistes orientent un patient dépressif vers un autre professionnel de santé, ils le font le plus souvent vers un psychiatre libéral (53 %). Le psychologue arrive en seconde position (16 %) suivi du professionnel exerçant en CMP (6 %) et du psychothérapeute (6 %) (11).

Concernant l'accès aux professionnels spécialisés en santé mentale, les médecins généralistes estiment qu'une densité moyenne de 17,4 cabinets de psychiatres pour 100 000 habitants constituerait un accès facile à ces derniers. À

l'inverse, une moyenne de 8,6 cabinets de psychiatres pour 100 000 habitants constituerait un accès difficile à ces derniers (11).

Dans la prise en charge de la dépression, le médecin généraliste a un rôle important et qui s'est notamment renforcé depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés. En effet, celui-ci est souvent déclaré comme médecin traitant. Or, pour les patients âgés de 26 ans et plus, si un médecin traitant n'est pas déclaré et s'ils consultent un psychiatre sans être orientés par celui-ci, ils seront hors du parcours de soins coordonnés et seront donc moins bien remboursés par l'assurance maladie (13).

En outre, peu de médecins généralistes partant en retraite sont remplacés. En effet, l'Ordre des médecins recensait 88 886 médecins généralistes exerçant en activité régulière en 2016 alors qu'ils étaient 97 012 en 2007 et selon leurs estimations, ils ne seront plus que 81 000 en 2025 (14). En conséquence, les médecins généralistes auront potentiellement de plus en plus de patients dépressifs à prendre en charge.

Il serait donc intéressant de se pencher sur la question de la qualité de la prise en charge des patients dépressifs par les médecins généralistes.

VI. Les structures psychiatriques

En France, afin de répondre aux besoins de prévention et de soins de proximité et ambulatoires en santé mentale, le pays s'est doté de centres médico-psychologiques (CMP). Ces structures sont dotées d'équipes pluridisciplinaires constituées de médecins, psychologues, infirmières et assistantes sociales. Cependant, les CMP sont organisés en secteurs et il arrive que certains secteurs, pour différentes raisons, bénéficient de moyens financiers et humains moindres par rapport au secteur voisin. De plus, les patients étant orientés vers tel ou tel CMP en fonction de leur lieu d'habitation, il arrive que certains CMP aient une file active de patients plus longue que le CMP voisin engendrant de ce fait, parfois, des problèmes d'accessibilité.

Concernant les services psychiatriques hospitaliers, ils sont dévolus aux problèmes aigus et urgents ou aux situations nécessitant une hospitalisation. Ces services peuvent soit être intégrés dans un hôpital public soit être intégrés dans une clinique privée.

En dehors de ces structures, il existe également des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), des hôpitaux de jours, des appartements thérapeutiques, des centres post-cure, etc., qui sont généralement rattachés à un secteur hospitalier.

Au sujet des médecins psychiatres, l'ordre des médecins en recensait 12 591 en janvier 2016, répartis de la façon suivante (14) :

- 61,9 % d'entre eux exerçaient une activité salariée ;
- 26,7 % d'entre eux exerçaient une activité libérale ;
- 11,3 % d'entre eux exerçaient une activité mixte.

VII. Objectifs de l'étude

Au vu du contexte et des répercussions de la dépression non seulement sur l'individu atteint mais également sur la société, nous avons souhaité en savoir davantage sur la collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres. L'objectif principal de l'étude était donc d'évaluer le degré de satisfaction des médecins généralistes et des médecins psychiatres exerçant sur la métropole lilloise, sur leur collaboration dans le cadre de la prise en charge des malades dépressifs.

Les objectifs secondaires étaient de :

- Déterminer les éléments pouvant expliquer la satisfaction ou la non-satisfaction de ces 2 acteurs de santé sur leur collaboration ;
- Décrire la prise en charge des malades dépressifs par ces 2 acteurs ;
- Proposer des pistes pour améliorer la collaboration.

MATERIELS ET METHODES

I. La méthode choisie

A. Choix du type d'étude et recueil des données

La méthode qualitative a été choisie pour mener cette étude. En effet, celle-ci nous a paru plus adaptée dans la mesure où notre but était d'étudier les comportements et les pratiques des médecins généralistes et psychiatres et non de récolter des données quantitatives. Enfin, ce travail a été réalisé en tenant compte des critères de qualité COREQ.

Le recueil des données s'est fait au cours d'entretiens individuels semi-directifs en face à face, sur le lieu de travail des médecins ayant accepté cet entretien. J'ai moi-même mené personnellement tous les entretiens. Au cours des entretiens, il n'y avait personne d'autre en dehors du médecin interrogé et de moi-même. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. Deux fiches d'entretien ont été mises au point (une pour les entretiens avec les médecins généralistes et une autre pour les entretiens avec les médecins psychiatres). Ces fiches d'entretien contenaient un questionnaire, et bien que certaines questions étaient à la fois posées aux médecins généralistes et aux psychiatres, les questionnaires étaient globalement différents en fonction de leur spécialité. L'ordre dans lequel les questions étaient posées pouvait varier et être adapté en fonction des réponses obtenues au cours de l'entretien, et ceci dans l'objectif de pouvoir rebondir sur les propos obtenus au cours de l'entretien. En outre, ces fiches d'entretiens ont également évolué au fur et à mesure de la réalisation de cette thèse, afin d'obtenir des réponses plus riches d'informations. Ainsi certaines questions ont par exemple été retravaillées afin d'obtenir une réponse plus ouverte.

Nous avons privilégié les entretiens semi-directifs et non directifs, afin de laisser à nos interlocuteurs la possibilité d'argumenter leurs propos et leurs points de vue. L'entretien compréhensif a par ailleurs été écarté, car manquant d'expérience dans ce domaine, les données recueillies n'auraient certainement pas été aussi riches que pour un entretien semi-directif. De plus, étant la seule personne à réaliser les entretiens, une étude par entretiens collectifs focus groups n'a donc pas été possible, dans la mesure où il aurait fallu au moins un animateur et un observateur. Le recueil des données a été réalisé jusqu'à saturation des informations obtenues.

Les entretiens réalisés avec les médecins généralistes et les médecins psychiatres ont été réalisés sur une même période s'étalant du mois de mai 2018 à août 2018. Il n'y a donc pas eu de période strictement consacrée aux médecins généralistes et une autre aux médecins psychiatres. Ceci a permis d'enrichir les fiches d'entretiens. En effet, certaines informations recueillies au cours des entretiens avec un médecin psychiatre ont ainsi pu faire l'objet de questions pour les médecins généralistes, et inversement. Les entretiens ont été menés jusqu'à atteindre la saturation des données, soit 11 entretiens pour les médecins généralistes et 12 entretiens pour les médecins psychiatres.

B. Population étudiée

Pour des raisons de moyens, cette étude s'est concentrée sur la métropole lilloise qui compte plus de 1 000 médecins généralistes et de 150 psychiatres.

Densité en activité hospitalière des psychiatres	
CHRU Lille	11
59 G7 (Armentières)	9
59 G9 (Seclin)	6
59 G10 (Seclin)	7
59 G16 G17 (Tourcoing)	14
59 G18	9
59 G19	8
59 G20	8
59 G21 (Ronchin)	9
TOTAL	81

Densité en activité libérale ou mixte au 1er janvier 2016 selon www.ordre-medecin-nord.org				
	Généralistes	Densité pour 10 000 habitants	Psychiatres	Densité pour 10 000 habitants
Armentières	70	11,1	3	0,5
Croix	18	8,4	0	0
Faches-Thumesnil	51	11,4	0	0
Halluin	66	8,7	0	0
Hem	48	11,4	0	0
La madeleine	54	12,6	5	1,2
Lambersart	65	11	3	0,5
Lille	272	11,4	35	1,5
Loos	75	9,1	1	0,1
Marcq-en-Baroeul	45	8,9	2	0,4
Mons-en-Baroeul	19	8,8	0	0
Quesnoy-sur-Deûle	8	9	0	0
Ronchin	29	9	0	0
Roubaix	132	11	8	0,7
Tourcoing	103	9,5	2	0,2
Villeneuve d'Ascq	48	9,3	0	0
Wasquehal	12	5,7	0	0
Wattrelos	38	9,1	0	0
Wavrin	16	10,9	0	0
TOTAL	1169		59	

Il y aurait donc 1 169 médecins généralistes sur la métropole lilloise pour 1 133 920 habitants selon l'INSEE en 2014. Cela représenterait donc environ 1 médecin pour 1 000 habitants. Concernant les psychiatres, ils seraient environ 150 à exercer une activité libérale ou hospitalière sur la métropole lilloise, ce qui représenterait environ 1 psychiatre pour 7 500 habitants.

Le recrutement des médecins généralistes et psychiatres s'est fait sans discrimination de sexe, d'âge ou de durée d'installation, afin d'obtenir un échantillon pertinent. Cependant, le secteur géographique du recrutement s'est limité à la métropole lilloise. Le recrutement de ces médecins s'est fait par téléphone. Les médecins étaient mis au courant par téléphone que la rencontre se faisait dans le cadre d'une recherche et non pour une consultation classique. Le but de cette démarche était, pour le médecin, de choisir lui-même un créneau pour lequel il se serait senti le plus à l'aise pour répondre à nos questions et qu'il ne se sente pas obligé d'écourter l'entretien, car pressé par le temps et par le nombre de patients attendant en salle d'attente.

C. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés aux cabinets des médecins interrogés. Leurs propos ont été recueillis et enregistrés, après accord avec les participants, à l'aide d'un smartphone Galaxy S7 puis retranscrits tout en préservant l'anonymat des médecins interrogés. La durée des entretiens pour les médecins généralistes avait été travaillée en amont afin de durer environ 15 minutes, soit la durée d'une consultation classique pour un médecin généraliste et ceci pour, encore une fois, éviter qu'ils ne se sentent pressés par le temps et soient tentés d'écourter l'entretien, ce qui aurait nui à la récolte des données. Pour la durée des entretiens des médecins psychiatres, celle-ci avait été travaillée pour durer environ 20 minutes.

D. Analyse des données

Les entretiens ont été intégralement retranscrits sous forme de verbatims. L'analyse des données s'est faite continuellement au cours des entretiens et non à la fin de la collecte de l'intégralité des entretiens. Ceci a permis d'enrichir les fiches d'entretiens au fur et à mesure des données récoltées, et donc de confronter les résultats d'un entretien avec le suivant.

L'analyse des données a ensuite été faite par théorisation ancrée. Cela signifie donc que les hypothèses ayant émergé de cette étude sont ancrées sur les données récoltées. De plus, afin de ne pas partir avec des idées préconçues et donc de biaiser les résultats résultant de l'analyse des données, une revue de littérature n'a pas été réalisée avant l'analyse et le codage des données. Ainsi, l'interprétation des données s'est donc basée autant que possible sur les entretiens, et non pas sur des connaissances acquises par de précédentes études.

Aucune hypothèse ou théorie n'ayant été formulée préalablement à l'étude, il n'y a donc pas eu de grille d'analyse de codage. Le codage s'est donc fait selon une procédure ouverte et inductive avec le logiciel NVIVO dans sa version 12. Le codage a été réalisé deux fois, et ceci par deux personnes différentes, afin de réaliser une triangulation des données et de vérifier la pertinence de ce codage. Les critères de découpage en unités de codage s'est faite sur des idées-clés. L'analyse des données

a donc été faite de manière sémantique et non syntaxique. Le codage s'est fait de manière axiale, c'est-à-dire que des sous-catégories ont été créées à partir des idées de base ressortant des entretiens, puis ont été regroupées en catégories plus larges et plus globales.

RESULTATS

I. Résultats obtenus auprès des médecins généralistes

A. Description de la population

Le nombre de médecins généralistes ayant été contactés et ayant accepté de participer à l'étude s'est élevé à 12. Ils ont tous été recrutés sur la métropole lilloise. Dans cette population, on ne comptait que des médecins libéraux, 10 hommes pour 2 femmes. Le nombre d'années d'exercice de médecine générale s'étalait entre 2 ans et 45 ans. Parmi ces médecins, 7 avaient déjà travaillé dans un service de psychiatrie dont 3 en tant qu'externes, 2 en tant qu'internes et 2 en tant qu'infirmiers. 1 seul médecin a reçu une formation spécifique sur la dépression en dehors de ses études, celle-ci ayant été faite au cours d'une FMC.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population des médecins généralistes ayant participé à l'étude

Médecins généralistes	Mode d'exercice	Nombre d'années depuis l'installation	A déjà travaillé en psychiatrie	Quel type de travail en psychiatrie	A reçu une formation spécifique sur la dépression
MG01	Libéral	2	Oui	Externe	Non
MG02	Libéral	2	Oui	Interne	Non
MG03	Libéral	45	Non	Non applicable	Non
MG04	Libéral	16	Oui	Infirmier	Non
MG05	Libéral	28	Non	Non applicable	Non
MG06	Libéral	17	Non	Non applicable	Non
MG07	Libéral	2	Oui	Interne	Non
MG08	Libéral	11	Oui	Infirmier	Non
MG09	Libéral	35	Non	Non applicable	Oui
MG10	Libéral	21	Oui	Externe	Non
MG11	Libéral	20	Oui	Externe	Non
MG12	Libéral	29	Non	Non applicable	Non

B. Principaux résultats

L'analyse des verbatims a permis de dégager 6 thèmes principaux :

- Les patients dépressifs
- La prise en charge du patient dépressif par le médecin généraliste ;
- La prise en charge du patient dépressif par le médecin psychiatre du point de vue du médecin généraliste ;
- Les attentes du médecin généraliste vis-à-vis du médecin psychiatre dans la prise en charge de leurs patients dépressifs ;
- La gestion du risque suicidaire ;
- La collaboration avec le médecin psychiatre.

Les extraits des entretiens présentés dans cette étude sont cités entre guillemets et en italique. Afin de préserver l'anonymat des médecins généralistes ayant participé à cette étude, leurs noms ne seront pas cités mais le terme MGx, où x sera un nombre renvoyant au médecin dont la citation fait référence, sera utilisé. Le premier médecin généraliste ayant collaboré à l'étude sera donc dénommé MG01, le deuxième médecin ayant collaboré à l'étude sera dénommé MG02, et ainsi de suite.

1. Les patients dépressifs

a) La quantité de patients dépressifs

Notre étude portant sur la dépression, nous avons donc demandé aux médecins généralistes ayant participé à notre étude s'ils avaient beaucoup de patients dépressifs dans leur patientèle. Nous constatons qu'il est difficile, pour certains généralistes, de répondre à cette question. Pour ceux ayant pu répondre à cette question, les réponses sont variables. Par exemple, MG06 estime que 1 à 2 % de ses patients seraient dépressifs tandis que MG01 évalue plutôt ce chiffre à 40%.

- MG01 : « *40% en comptant les patients sans traitement.* »

- MG02 : « J'ai 400 patients déclarés en médecin traitant dont environ un cinquième de patients dépressifs à différents degrés. Peut-être même plus. Mais j'estime que deux tiers de mes patients ont un problème psychiatrique, l'anxiété... C'est très très fréquent. »
- MG03 : « Ah oui, des vrais dépressifs, il n'y en a pas beaucoup. »
- MG04 : « Ça dépend des moments. En ce moment ça va bien. Mais il y a des hivers en particulier, j'ai l'impression que je mets beaucoup d'antidépresseurs. »
- MG05 : « Aucune idée. Je suis incapable de vous répondre. »
- MG06 : « On va dire 1 ou 2 %. »
- MG07 : « Difficile à dire parce que là j'ai récupéré pas mal de nouveaux patients. Il y a un médecin qui est parti à la retraite il n'y a pas longtemps. Peut-être 10 %, on va dire. »
- MG08 : « C'est une dizaine sur environ 300 patients. »
- MG09 : « Un patient sur 9 à peu près. [...] Par semaine, j'en vois à peu près une quinzaine. »
- MG10 : « Environ 50 patients. »
- MG11 : « Vraiment suivi pour la dépression, je dirais que j'en vois moins de 5 par semaine. Après, traité par antidépresseur il y en a plus que ça. Des patients dont la pathologie qui motive la consultation n'est pas forcément la dépression mais qui sont sous antidépresseur au long cours, il y en a plus que ça. »
- MG12 : « Je dirais une quinzaine. C'est difficile de faire un ratio parce que c'est très fluctuant. Il y a des périodes où ça va. On va dire que c'est un nombre qui augmente de manière non négligeable du fait de la crise économique, comme en 2008, c'est-à-dire il y a 10 ans. On a vu le nombre de dépression, le nombre d'anxio-dépression ou de trouble adaptatif, comme on dit, comme les burn out augmenter. [...] Donc proportionnellement plus qu'avant mais je ne saurais pas faire un chiffre. »

Nous avons par la suite demandé aux généralistes si la quantité de patients dépressifs qu'ils prenaient en charge leur paraissait élevée. Les réponses sont encore

une fois variables. MG01, MG02, MG06, MG09 et MG11 considèrent qu'ils prennent beaucoup de patients dépressifs en charge. MG12 considère prendre un nombre non négligeable de patients dépressifs en charge. Seuls MG03 et MG07 répondent ne pas considérer comme étant élevé le nombre de patients dépressifs dans leurs patientèles.

- MG01 : « *Oui c'est très élevé. »*
- MG02 : « *Oui c'est beaucoup. »*
- MG03 : « *Des vrais dépressifs, non pas beaucoup. »*
- MG04 : « *Quelquefois oui. Quelquefois, je vois quand même une dizaine de personnes qui vont mal quoi. Ça arrive. »*
- MG05 : « *Je pense que c'est comme dans toutes les patientèles »*
- MG06 : « *Oui. »*
- MG07 : « *Pas forcément. Après, ça dépend du profil du patient parce qu'il y en a beaucoup qui sont stabilisés et viennent tous les mois pour leurs traitements et souvent pour leurs arrêts de travail. Après il y en a qui sont plus demandeurs et pour qui les consultations durent plus longtemps. Mais moi, dans mes patients, j'en ai pas trop comme ça. Donc ça prend une certaine place mais c'est pas non plus exagéré. »*
- MG08 : « *Moi je pense qu'elle est sous-estimée. Je pense qu'elle est sous-estimée, pas volontairement, mais parce que les gens ne se présentent pas sur ce profil-là. Les gens ont toujours une réticence à montrer ça parce que la société ne le permet pas. On ne veut pas se montrer dépressif. »*
- MG09 : « *Oui. »*
- MG10 : « *Alors, ça veut dire quoi "beaucoup" ? Moi j'ai beaucoup de patients. Après, il y a dépression et dépression. Il y a des cas plus graves que d'autres, il y en a une qui a eu 6 ou 7 médicaments et qui est allée jusqu'à la sismothérapie. Là c'est un cas extrême. »*
- MG11 : « *Trop. [Rire]. Parce qu'il y a des patients dépressifs dont la pathologie principale est la dépression et il y a des patients sous antidépresseur mais qu'on ne suit pas vraiment. On ne sait pas arrêter son antidépresseur parce qu'on sent très bien qu'il y a un effet placebo. Enfin, je veux pas dire placebo mais plutôt un effet purement de maintien »*
- MG12 : « *Je dirais que ce nombre de patients et non négligeable. »*

b) La quantité de patients dépressifs non stabilisés

À partir de MG02, nous avons demandé aux médecins généralistes s'ils avaient des patients dépressifs non stabilisés. À l'exception de MG04, MG07 et MG12 qui disent ne pas avoir de patient dépressif non stabilisé, tous les autres médecins généralistes ont répondu qu'ils en avaient au moins 1 dans leur patientèle.

- MG02 : « *Au moins 1 ou 2.* »
- MG03 : « *On en a toujours 2 ou 3 sur le feu en patientèle qu'on voit plus ou moins régulièrement.* »
- MG04 : « *En ce moment non.* »
- MG05 : « *Oui à force des choses puisque lorsque vous avez des gens qui refusent ce que vous leur proposez...* »
- MG06 : « *Je dois en avoir 5 ou 6.* »
- MG07 : « *Je pense pas en avoir.* »
- MG08 : « *Sur la dizaine, je dois en avoir 2 ou 3.* »
- MG09 : « *J'en ai quelques-uns.* »
- MG10 : « *5 ou 6 sévères qui sont en incapacité de travail ou en traitement ou en hospitalisation.* »
- MG11 : « *J'en ai 2 en tête qui me causent souci et où c'est un peu ardu.* »
- MG12 : « *Pour l'instant, non.* »

2. La prise en charge du patient dépressif par le médecin généraliste

a) L'évaluation du degré de sévérité de la dépression

En ce qui concerne le diagnostic de la maladie, tous les médecins généralistes se fient à la clinique. Cependant, pour évaluer le degré de sévérité de cette pathologie, seulement deux d'entre eux, MG02 et MG07 utilisent éventuellement une échelle d'évaluation. Les dix autres médecins se reposent davantage sur la clinique afin de

mesurer ce degré de sévérité, notamment sur la tristesse de l'humeur et le risque suicidaire, qui sont les éléments qui reviennent le plus souvent.

- MG01 évoque « *L'aboulie, la tristesse de l'humeur, la clinophilie, la triade de Cotard.* »
- MG02 cite directement « *la grille d'Hamilton* » lorsqu'on lui demande la manière dont il évalue le degré de sévérité d'une dépression.
- MG03 : « *Je dirais qu'avec le temps c'est le flair ? [...] Je discute assez facilement, je pose des questions, je pense être un peu psychologue après avoir vu défiler plusieurs milliers de personnes sur ma carrière.* »
- MG04 : « *Euh... J'ai pas vraiment d'échelle. C'est un peu sensitif honnêtement. Je n'utilise pas d'échelle, je ne connais plus, je ne les connais pas par cœur. C'est peut-être pas bien, je sais pas.* »
- MG05 : « *Euhh... Par la profondeur de sa tristesse morale, par la réduction du discours. Quand les gens qui ne parlent plus du tout ça me fait très peur. Par le repli sur soi. Éventuellement le domicile qui devient insalubre. Quand il y a des propos suicidaires. Tous les signes de la lignée dépressive quand ils sont exacerbés.* »
- MG06 : « *Lorsqu'on voit qu'il sombre dans des conduites particulièrement addictives, quand il y a des idées suicidaires qui apparaissent, quand il y a passage à l'acte. Ça arrive.* »
- MG07 : « *Quand on prend le temps au départ, on peut faire l'échelle d'Hamilton. Après je le fais pas à chaque fois non plus. Mais je peux le faire pour réévaluer. Après c'est en fonction de l'évolution des symptômes somatiques et psychologiques, le risque suicidaire aussi et voilà quoi.* »
- MG08 : « *Le degré de sévérité, c'est clairement avec les idées suicidaires exprimées, s'il est en isolement, s'il est refermé sur lui-même, qu'il ne voit plus personne, c'est global. Il n'y a pas de paramètre précis.* »
- MG10 : « *J'ai pas d'échelle. C'est en fonction déjà de l'état clinique, s'ils ont des troubles de l'alimentation, s'ils ont des troubles du sommeil, est-ce qu'ils ont une perte du goût, est-ce qu'ils ont une perte de l'élan, s'ils ont une anhédonie, s'ils ont une tristesse de l'humeur... Bref je pose donc des questions sur la tristesse, les envies, le sommeil, l'alimentation... C'est un peu des critères comme ça.* »

- MG11 : « Ben je dirai les mots qu'il utilise, dans la façon dont il se présente, le contenu du discours : "j'ai envie de rien, ça sert à rien". Il y a cette espèce de douleur morale qui est franchement verbalisée. Après l'angoisse c'est pas forcément lié, on peut être anxieux sans être dépressif et parfois c'est difficile de faire la part des choses. Sincèrement c'est parfois compliqué. »
- MG12 : « C'est bien compliqué. Je dirais qu'il y a la tristesse de l'humeur, on voit aussi de pair la dévalorisation de l'estime de soi-même. »

b) Traitement médicamenteux du patient dépressif

La HAS a émis fin 2017 des recommandations sur la durée d'un traitement antidépresseur qui ne devrait, selon elle, pas être inférieur à 6 mois. Malheureusement, celles-ci ne semblent pas encore avoir été intégrées par les médecins généralistes, dans la mesure où seulement cinq médecins généralistes suivent cette recommandation et un médecin généraliste reste évasif avec une réponse de « quelques mois ». On note aussi que certains médecins éprouvent des difficultés lorsqu'il s'agit d'arrêter les traitements, que cela soit des antidépresseurs ou des anxiolytiques et inversement. À l'inverse, il semblerait que certains médecins généralistes aient également des patients entreprenant spontanément l'arrêt des antidépresseurs, contrairement à l'avis de leurs médecins.

Tableau 2 : Durée minimale du traitement antidépresseur pratiquée par les médecins généralistes

	Durée du traitement minimum
MG01	4 - 12 mois
MG02	Plusieurs mois
MG03	6 mois
MG04	6 mois
MG05	Entre 3 et 6 mois
MG06	3 à 6 mois
MG07	Entre 4 et 6 mois
MG08	Entre 2 et 3 mois
MG09	6 mois
MG10	6 mois
MG11	12 mois
MG12	6 mois

- MG01 : « Certains les gardent des années mais c'est pas moi qui les ai introduits. J'ai pas introduit beaucoup de traitements antidépresseurs mais généralement, le patient dit lui-même qu'il ne veut pas continuer. Par contre, ceux qui en ont pendant des années ne veulent pas qu'on y touche. Une fois que c'est débuté, c'est très compliqué à les arrêter. C'est comme les anxiolytiques. Une fois que tu y touches, ça décompense et tout va de travers. [...] Si c'est moi qui l'instaure, je leur explique que c'est un traitement à ne pas garder longtemps. Maximum entre 4 et 12 mois. »
- MG02 : « Je dis aux patients tout le temps que je prescris les antidépresseurs sur plusieurs mois même si ça va mieux et qu'on décidera ensemble de l'arrêter, s'il veut le baisser, qu'il vienne me voir avant. C'est pas toujours fait et c'est un énorme problème. On se rend compte qu'on renouvelle les traitements et quand on le questionne dessus il nous répond "ah je le prends plus". Bah ouais ils vont à la pharmacie et ils disent "ça vous ne me le donnez pas". Ou alors ils prennent les boîtes et les boîtes restent à la maison. Mes patients je suis obligé de les fliquer. Je suis obligé d'aller voir dans leurs affaires si leurs

traitements sont pris. Les vieux sont particuliers. Ils font des mensonges par omission. »

- MG03 : « *Moi je reste à ce qu'on nous a conseillé donc un antidépresseur, si on le démarre, c'est pour 6 mois et si on l'arrête, il faut surtout l'arrêter doucement. »*
- MG04 : « *6 mois et quelquefois plus longtemps. »*
- MG05 : « *Ohhh... Le traitement antidépresseur, il faut au moins le maintenir entre 3 et 6 mois. »*
- MG06 : « *Minimum 3 mois. 3 à 6 mois. Mais bon des fois c'est pas évident. Ils se sentent mieux au bout d'un moment, ils arrêtent leur traitement précocement et on a des rechutes parfois. Mais au moins 3 mois. »*
- MG07 : « *Ça dépend de l'évolution en fait. Les anxiolytiques, j'essaie de les arrêter assez vite une fois que le patient est à peu près stabilisé sur le plan thymique. Après les antidépresseurs, ça dépend. Plusieurs mois, ça c'est sûr. Après, moi quand j'étais passé en psychiatrie, mon chef avait dit que même quand ça va mieux, il faut pas arrêter tout de suite. Il faut encore maintenir les antidépresseurs 2-3 mois et ensuite envisager une décroissance. Généralement c'est entre 4 et 6 mois je pense. Déjà, il faut au moins 3 ou 4 semaines pour que le traitement soit efficace. Et généralement lorsque le patient va mieux, j'attends un petit peu pour pas qu'il y ait de rechute précoce. Donc, on va dire entre 4 et 6 mois. Après pour certains, ça peut prendre plusieurs années. »*
- MG08 : « *Alors, le traitement antidépresseur pur, j'explique toujours au patient qu'on va partir sur une période probable de quelques mois. Après, en fonction de la réponse, en fonction de la situation, on peut envisager la décroissance voire un arrêt. [...] Les gens, ils sont réticents. Donc ils voudraient que ça dure le moins longtemps possible. Mais moi je pense, d'après les formations que j'ai eues, ça sert à rien de le mettre en dessous de 2 ou 3 mois. Il faut au minimum 2 à 3 mois pour après réévaluer. »*
- MG09 : « *A priori, pour une première dépression au moins 6 mois. »*
- MG10 : « *Je prie pour que le patient le garde 6 mois. J'essaie de leur expliquer que s'ils veulent guérir et s'ils veulent consolider la guérison et*

s'ils veulent éviter une récurrence, il faut qu'ils prennent pendant 6 mois le traitement. Je prie donc des fois mais il y en a qui le prennent pas forcément. On commence donc un traitement après une réflexion sérieuse et on est parti pour au moins 6 mois parce que c'est 6 mois minimum, voire plus mais il y a certains patients qui nous disent "ben j'ai arrêté docteur, tout va bien". Et trois mois après ils reviennent en disant "ah ah ahhh". C'est la France, on n'est pas bien disciplinés. »

- MG11 : *« Je dirais souvent, facilement une petite année quand ça se passe bien, quand l'évolution est favorable. Sans ça, bah voilà quoi. »*
- MG12 : *« De toute façon, je leur dis d'emblée que c'est minimum 6 mois sans ça, je le mets pas en route. Et après, quand ils vont bien, on réévalue si ça se passe bien, si le moral va bien et on peut éventuellement baisser ou arrêter le traitement. Mais d'emblée je leur dis que si on a décidé de mettre un traitement, en dessous de 6 mois on n'arrêtera pas. »*

c) Suivi du patient dépressif par le médecin généraliste

La HAS laisse le soin aux médecins généralistes de déterminer la fréquence des consultations. Dans la pratique et parmi la population de généralistes interrogés, après introduction d'un traitement médicamenteux, on constate que celle-ci varie énormément d'un médecin généraliste à l'autre, allant de 15 jours à 60 jours. Cependant, sur les 12 médecins généralistes interrogés, 6 d'entre eux stipulent à leurs patients dépressifs de ne pas hésiter à consulter rapidement lorsque cela ne va pas bien pour eux. Voici donc leurs réponses lorsqu'on leur demande à quelle fréquence ils revoient leurs patients dépressifs après introduction d'un traitement médicamenteux :

- MG01 : *« Entre 1 à 2 mois. » ;*
- MG02 : *« S'ils sont vraiment très mal, je leur dis de revenir dans 15 jours. Sinon je les vois à 2 mois et je leur dis toujours qu'ils peuvent revenir me voir n'importe quand en cas de problème. Je suis toujours dispo. Mais j'essaie de convenir avec eux : « on se revoit dans 1 mois ou 2. Est-ce que ça vous va ? Si ça va pas, vous revenez n'importe quand ».*

- MG03 : « Souvent je leur dis, pour un traitement psy, "revenez me voir dans un mois". Mais de toute façon, je suis joignable au téléphone 12 heures par jour. »
- MG04 : « Je leur dis de revenir au bout de 15 jours, 3 semaines, le temps que ça agisse un peu. »
- MG05 : « Ça dépend de la gravité. Ça peut être toutes les semaines. Ça peut être tous les 15 jours. Ça peut être tous les mois. Après je prends en consultation libre le matin, sur rendez-vous l'après-midi. Et je fais des visites. Ils peuvent donc revenir librement ou je peux aussi leur fixer un rendez-vous. »
- MG06 : « J'essaie d'expliquer que ça met du temps. Donc en général je le vois au bout de 1 mois. Sauf si ça va pas mieux, je lui demande de repasser. »
- MG07 : « Généralement, je le vois tous les mois. Après, je leur dis que s'il y a un souci ils peuvent me consulter, donc ça dépend aussi de comment ils se sentent. Après, il y a des gens qui sont sous IRS pour des troubles plus généralisés et qui sont stabilisés et que je ne vois pas donc tous les mois. Donc on va dire, ouais une fois tous les mois à peu près. Après, ça dépend aussi parce que ceux qui sont suivis par un psychiatre, je les vois pas forcément tous les mois non plus sauf s'ils sont en arrêt de travail parce que le psychiatre ne fait pas l'arrêt de travail. »
- MG08 : « Au début, c'est des consultations rapprochées en attendant l'action du médicament. On essaie tous les 10 à 15 jours au début. Après, une fois que l'antidépresseur a fonctionné, on se donne rendez-vous tous les mois. Après, si on commence à décroître le traitement et qu'on commence à stabiliser, c'est une fois tous les deux mois, en fonction du patient. »
- MG09 : « La première fois, 15 jours. Et après c'est une fois par mois. Sauf cas particulier. »
- MG10 : « Vite. Allez, 10 jours. Assez vite quand même [...]. Après, je suis disponible, c'est-à-dire que s'il ne va pas très bien je lui dis de ne pas attendre un mois et si quelque chose ne va pas dans les 15 jours, je le revois au plus vite. Donc, c'est un délai qui n'est pas rigide, c'est modifiable. »

- MG11 : « *Alors, souvent je le revois une première fois au bout de 15 jours à 3 semaines. Puis après, une fois par mois. Mais moi j'insiste beaucoup pour qu'il y ait un suivi parallèle avec une psychologue ou un psychiatre quand j'instaure un traitement. Après c'est ça qui est compliqué, c'est de l'envoyer chez le spécialiste. »*
- MG12 : « *Au départ, je dirais deux fois dans le mois. À 15 jours et à 1 mois. Sachant qu'ils ont toujours possibilité de revenir entre deux si besoin, et cetera. Et puis après, lorsqu'ils sont en phase de stabilisation, je les vois une fois par mois pendant 6 ou 8 mois. Après, je commence un peu à espacer. Mais au départ, assez rapproché quand même. »*

d) Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge du malade dépressif

Lorsque la question des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients dépressifs est posée, les réponses sont diverses mais celle revenant le plus souvent est l'épuisement des recours thérapeutiques. MG08 évoque les difficultés pour avoir un avis rapide. MG09 évoque également les difficultés pour hospitaliser un patient. MG10 évoque non seulement l'épuisement des recours thérapeutiques mais également les délais pour obtenir un rendez-vous auprès d'un psychiatre. Ce sujet n'a été abordé qu'à partir du troisième entretien.

- MG03 : « *Les médicaments contre la dépression, dans le temps on avait l'Anafranil qu'on donnait le matin parce que ça poussait derrière et on donnait du Laroxyl le soir parce que ça faisait dormir. Donc on avait 2 familles, point final. Puis après, on a eu des tas de médicaments qui sont sortis, d'autres familles... Je suis pas convaincu qu'il y a eu un mieux. On arrivait avec les psychiatres de l'époque à bien jongler entre ces 2 familles et je pense pas qu'on avait beaucoup plus ou beaucoup moins de réussite qu'aujourd'hui. »*
- MG04 : « *Bah quand je vois que ça n'avance pas, lorsque je vois que les gens s'enfoncent, qu'il y a un travail de fond à effectuer, effectivement je fais appel à un psychiatre ou à une psychologue. »*

- MG05 : « *Quand vous avez en face de vous quelqu'un qui est dépressif grave et qui refuse les prises en charge, les consultations spécialisées, les hospitalisations... Forcément vous vous sentez un petit peu seul. »*
- MG06 : « *Quand le traitement instauré n'a pas été efficace. Quand on essaie plusieurs médicaments et qu'on voit que ça ne marche pas ? »*
- MG07 : « *Oui c'est vrai que ça peut arriver. Au bout d'un moment, lorsqu'on a fait le tour des thérapeutiques et qu'il n'y a pas d'amélioration, on adresse au spé pour avoir un autre avis. »*
- MG08 : « *J'en ai un particulièrement récent. Une patiente qui est manifestement d'une humeur très dépressive dans un contexte de pression professionnelle avec des idées suicidaires exprimées. Et comment la renvoyer chez elle ? Comment avoir un avis spécialisé rapide ? C'est la grosse difficulté. Aujourd'hui, quand on s'oriente vers la psychiatrie, c'est sectorisé. Donc, il faut être dans son secteur. Pour avoir un rendez-vous il faut aller vers le CMP. Et le CMP, c'est 4 mois de délai d'attente ou quelque chose comme ça. Donc, vis-à-vis d'un patient qui est en détresse, c'est impossible quoi. Là, on se sent un peu démunis parce qu'on n'a pas d'aide, de structure, de confrères spécialisés qui peuvent nous donner un soutien rapidement dans la prise en charge. [...]. Il y a un facteur limitatif. C'est le temps. Intégrer une consultation psy dans notre consultation c'est compliqué. Moi je prévois par exemple un quart d'heure. Mais il y a des patients avec lesquels je suis parfois resté trois quarts d'heure. »*
- MG09 : « *Bah le plus compliqué en ville, c'est de faire une hospitalisation sur demande d'un tiers. Ça c'est toujours des choses compliquées. Et la prise en charge d'un patient dépressif en elle-même, c'est pas souvent très facile. »*
- MG10 : « *Quand on a l'impression que le patient ne s'en sort pas. On a l'impression qu'il reste au fond du trou, entre guillemets. On essaie de varier les traitements, on essaie de varier les posologies, on essaie d'avoir un appui d'un spécialiste. Mais ici le souci c'est que le délai pour avoir un rendez-vous avec un psychiatre c'est plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Et je n'exagère pas, parfois c'est plusieurs mois. »*

- MG11 : « Lorsque vous avez un patient dans un cabinet en ville, dépressif ou avec des crises d'angoisse importantes, le laisser rentrer chez lui après un entretien, quelle que soit sa durée, c'est toujours angoissant. »
- MG12 : « C'est difficile à dire. C'est compliqué de répondre à cette question parce que dans la dépression il y a plusieurs formes de dépression. Je dirais que c'est plutôt dans les dépressions récurrentes qui posent un peu souci. »

3. La prise en charge du patient dépressif par le médecin psychiatre du point de vue du médecin généraliste

a) Le motif du recours au spécialiste

Le motif de recours à un spécialiste, que cela soit un psychiatre ou un psychologue, est varié mais celui revenant le plus souvent est l'absence d'amélioration du patient ou le sentiment d'inefficacité du médecin généraliste. La seconde raison en termes de fréquence étant la dépression sévère. MG05 et MG12 évoquent également les comorbidités psychologiques. MG03 envoie systématiquement ses patients diagnostiqués comme dépressifs vers le psychiatre. MG08 envoie également systématiquement au moins une fois voir le psychiatre en consultation. MG02 adresse ses patients dépressifs non seulement en fonction de la sévérité de celle-ci, mais également lorsqu'il pense qu'un soutien psychologique est nécessaire.

Tableau 3 : Motif de recours à un spécialiste

	Motif de recours à un psychiatre
MG01	Absence d'amélioration
MG02	Faire un soutien psy / Dépression sévère
MG03	Systématiquement
MG04	Absence d'amélioration
MG05	Comorbidités psychologiques / Suivi au long cours
MG06	Absence d'amélioration / Idées suicidaires
MG07	Absence d'amélioration / Dépression sévère
MG08	Systématiquement
MG09	Dépression sévère
MG10	Absence d'amélioration
MG11	Absence d'amélioration / Dépression sévère
MG12	Comorbidités psychologiques

- MG01 : « *Le fait que je ne m'en sorte pas, que je galère* »
- MG02 : « *Faire le soutien psy qu'on n'a pas le temps de faire. Après, le psychiatre c'est aussi quand c'est une dépression très très sévère et qu'il y a des signes alarmants comme de la mélancolie, des délires, un risque suicidaire...* »
- MG03 : « *On a la chance d'avoir un hôpital psychiatrique de jour ici, donc moi dès qu'il y a un problème psy... Ils ont un accueil rapide, facile, bien organisé, donc moi je les envoie là. [...] Les vrais dépressifs, j'envoie au psychiatre* »
- MG04 : « *Bah quand je vois que ça n'avance pas, lorsque je vois que les gens s'enfoncent, qu'il y a un travail de fond à effectuer, effectivement je fais appel à un psychiatre ou à une psychologue.* »
- MG05 : « *Oh bah quand il y a des comorbidités psychologiques je pense. Quand il y a nécessité de suivi au long cours.* »
- MG06 : « *L'échec du traitement instauré. Et puis le fait de voir le patient ne pas s'améliorer. Le fait que le patient ait des idées suicidaires, des idées noires.* »
- MG07 : « *Si soit l'état est sévère et si on voit rapidement qu'on a du mal à s'en sortir. Soit si l'état n'est pas très sévère, qu'on met un premier traitement qui est pas trop efficace, on essaie un deuxième et si ça répond moyennement bien, au bout de 3 ou 4 mois peut-être, parce qu'il faut*

toujours se laisser un petit mois et un peu de recul, j'aurais tendance à adresser le patient. Donc lorsque je suis à court de prise en charge. [...] Mais oui, si au bout d'un moment il n'y a pas d'amélioration, j'aurais tendance à l'adresser. »

- MG08 : *« J'essaie pour tous d'avoir un avis au moins une fois par un psychiatre. Après, c'est en fonction de leur relation avec le psychiatre, soit ils continuent à le voir et ils viennent me voir de temps en temps, soit ils viennent me voir moi et ils vont voir le psychiatre lorsque moi je le leur demande. [...] Je propose au moins 1 avis, pas forcément qu'il soit suivi complètement par un psychiatre. »*
- MG09 : *« Euh... Je pense que lorsqu'il y a une dépression sévère c'est rassurant de savoir qu'il y a un psychiatre derrière avec la possibilité d'hospitalisation. »*
- MG10 : *« Il y a des personnes qui ont fait une tentative d'autolyse et qui sont donc passées par les urgences et après on reçoit un truc "votre patient sera suivi parallèlement...". Bref, quand les patients passent par les urgences, il y a un suivi psy qui est instauré donc pas par moi. Et après, c'est moi qui les adresse. C'est rare que le patient le demande. Parfois il le demande. Il y en a qui le demandent, il y en a pour qui je leur dis "écoutez je n'ai pas la compétence". »*
- MG11 : *« C'est l'importance de ce que je ressens. L'importance des thèmes de douleur morale, d'angoisse ou la durée. C'est-à-dire qu'on a l'impression que les gens vont pas si mal mais ça va pas vraiment mieux non plus. Donc on sent bien qu'il y a quelque chose que j'ai pas réussi à aider ou que j'ai pas réussi à sentir. »*
- MG12 : *« Surtout pour le risque d'une pathologie derrière. Un terrain névrotique ou une anxiété généralisée, des gens fragiles par derrière. »*

b) Choix du spécialiste et critères de choix

Lorsqu'un médecin généraliste adresse son patient dépressif, le choix du spécialiste entre les psychiatres libéraux, les CMP et les psychologues est très variable parmi notre population étudiée. Ainsi le CMP revient six fois dans leurs choix, les psychiatres libéraux quatre fois et les psychologues deux fois. Pour MG05 et MG08,

ce choix est variable. En outre, les raisons motivant le choix du spécialiste seraient le plus souvent le remboursement et les délais d'obtention de rendez-vous.

Tableau 4 : Choix du spécialiste et critères choix

	Choix du spécialiste	Critères de choix
MG01	CMP	Remboursement
MG02	CMP	Remboursement
MG03	CMP	Remboursement / Délais de RDV
MG04	Psychologue	Délais de RDV
MG05	Variable	Clinique / Comorbidités
MG06	50 % CMP / 50 % Psychiatres libéraux	Remboursement
MG07	Psychiatres libéraux	Délais / Lourd administrativement
MG08	Variable	Remboursement / Clinique
MG09	CMP	Délais de RDV / Hospitalisation possible
MG10	Psychiatres libéraux +/- CMP	Pas confiance aux psychologues
MG11	Psychiatres libéraux / Psychologues	Clinique / Communication
MG12	CMP	Délais

- MG01 : « *Public pour le remboursement. [...] Après ça dépend si ça nécessite une hospitalisation ou pas, mais généralement c'est le CMP du coin. [...] Je les enverrais bien dans le privé mais c'est pas remboursé, il y a des dépassements donc les patients ne veulent pas.* »
- MG02 : « *Mes patients ont pas les moyens de consulter en libéral donc c'est exclusivement CMP.* »
- MG03 : « *Les psychiatres de ville, je ne travaille plus avec eux. Parce qu'ils sont très chers et ils sont injoignables. [...] Les psychologues, j'ai aucune confiance. Sauf si c'est une psychologue que je connais. La psychothérapie, c'est pas remboursé et ma patientèle a pas les moyens. Alors qu'à la clinique, si le psychiatre décide de lui faire une psychothérapie, c'est pris en charge à 100 %.* »
- MG04 : « *Alors, trouver un psychiatre c'est très compliqué parce qu'il n'y en a plus. Alors je travaille avec une psychologue en particulier qui est fort efficace et qui les aide beaucoup. [...] C'est cher quoi. C'est ça le problème mais je pense qu'on va chez le psychologue comme on s'inscrit à Domyos, pour aller mieux quoi. [...] Quelque fois le problème des*

psychiatres c'est que même après une hospitalisation, il voit les gens après 3 mois et c'est peu quoi. [...] Alors le CMP c'est vraiment long à mettre en place et les rendez-vous sont super espacés. »

- MG05 : *« Ça va dépendre du problème. Ça va dépendre du passif. Ça va dépendre de la gravité. S'il y a des problèmes psychotiques associés, je vais plutôt l'adresser vers un psychiatre. Également en fonction de ce que va tolérer le patient. Certains patients préfèrent le psychologue. [...] »*

Lorsqu'on pose la question à MG05 sur son recours privilégié entre le psychiatre libéral et le psychiatre hospitalier, celui-ci nous répond :

« Je dirais 75 % les libéraux, 25 % hospitalier. »

- MG06 : *« Plutôt le psychiatre. Le psychologue c'est pas remboursé. Donc c'est pas évident. »*

Entre les psychiatres publics et libéraux, MG06 répond :

« On va dire moitié-moitié. »

- MG07 : *« Le CMP, ils y vont, ils doivent remplir un dossier, ils reviennent nous voir avec le dossier... C'est un peu pénible. Donc moi je l'adresse plutôt au CMP lorsque c'est plutôt pour un suivi psychologique on va dire. Après, si je veux vraiment que le patient voie un psychiatre, je lui conseille plutôt d'aller voir un psychiatre de ville. Sur la métropole lilloise, il y en a quand même pas mal qui ont des délais pas trop longs. Donc on va plutôt dire psychiatre libéral parce qu'en CMP les délais sont plutôt longs, on n'a pas seulement besoin de faire un courrier, il faut aussi remplir un dossier... »*
- MG08 : *« Alors, tout dépend de l'importance. Il est clair que devant des idées suicidaires, je vais privilégier le psychiatre. Si c'est un mal-être et cetera, je parle souvent du psychologue. Mais sachant qu'on a une grosse grosse limite par rapport au psychologue, c'est l'absence de remboursement et ça même pour des gens qui ont déjà un revenu correct. Donc je propose les deux mais lorsque c'est moins important, je propose la psychothérapie. Et nous avons la chance d'avoir 6 psychothérapeutes ici. [...] »*
- MG09 : *« Ça dépend du cas du patient et des possibilités de rendez-vous des psychiatres. [...] Moi je travaille beaucoup avec le CMP. [...] c'est rassurant de savoir qu'il y a un psychiatre derrière avec la possibilité*

d'hospitalisation. Parce que l'hospitalisation à partir de la ville c'est pas toujours facile. [...] Avec le CMP, il y a une infirmière qui reçoit très rapidement. Et après en fonction du cas, elle oriente vers le psychiatre ou non. Mais bon pour moi, qu'il y ait déjà un accueil par une infirmière psychiatrique ça soulage déjà. »

- *MG10 : « On n'a aucune idée des compétences des psychologues. [...] Les consultations de psychologies ne sont pas remboursées donc c'était un très gros frein pour les patients. Donc il y a un frein financier pour les patients parce que ce n'est pas remboursé par la sécu et un frein pour moi parce que je ne connais pas leurs compétences. J'ai plus confiance en un psychiatre qu'en un psychologue en fait. [...] S'il fallait faire un tiercé gagnant, je dirais psychiatre libéral, psychiatre d'hôpital et j'avoue que psychologue, non. »*
- *MG11 : « Dans le public, c'est très compliqué dans le suivi, d'une part parce qu'on n'a pas de retour donc on sait pas ce qui se passe et c'est compliqué pour nous après en tant que médecins généralistes, et puis les rendez-vous sont beaucoup trop espacés, ils ont manifestement pas assez de moyens. [...] Le psychiatre, plus dans la dépression sévère où je sens qu'il y a des idées franchement noires, que ça ressasse, qu'on tourne en rond, que j'arrive pas à trouver une accroche. Le psychologue, je vais dire plus dans les événements de la vie qui font que les gens ont du mal à passer à travers du genre un divorce ou un licenciement où ils peuvent aller très très mal. Là, le psychologue peut bien aider je trouve. »*
- *MG12 : « Les psychiatres libéraux, les délais c'est 1 à 2 mois. Donc c'est pas possible. Là, le CMP d'ici, le nôtre, du secteur, il est très réactif. C'est 72 heures. Ils sont vus sous 72 heures. [...] ils sont très réactifs. Ils sont vus par un infirmier psy et après ils se réunissent une fois par semaine entre psychologue, infirmier et psychiatre et ils revoient tous les dossiers »*

c) Préférences entre psychiatres libéraux et psychiatres publics

On constate que pour diverses raisons, certains médecins généralistes font une distinction dans la prise en charge de leurs patients dépressifs entre les médecins psychiatres libéraux et les médecins psychiatres du CMP. Ces différences peuvent

également influencer ou non sur leur choix lorsqu'il s'agit d'orienter leurs patients dépressifs. Ainsi, nous constatons que même si MG01 préfère les psychiatres libéraux, il envoie davantage ses patients vers le CMP pour des raisons financières. MG01, MG07 et MG08 préfèrent envoyer leurs patients dépressifs vers les psychiatres libéraux pour des raisons de délais, tandis que MG12 préfère envoyer vers le CMP pour la même raison.

Tableau 5 : Préférences entre les psychiatres libéraux et psychiatres publics

	Préférence entre psychiatres libéraux et publics	Raison de cette préférence
MG01	Psychiatres libéraux	Délais
MG03	Psychiatres publics	Délais / Meilleure communication
MG05	Psychiatres publics	Meilleure collaboration
MG06	50% libéraux / 50% publics	Financier
MG07	Psychiatres libéraux	Délais
MG08	Psychiatres libéraux	Délais
MG09	Psychiatres publics	Meilleure communication
MG10	Psychiatres libéraux	Patient dépendant
MG11	Psychiatres libéraux	Meilleure communication
MG12	Psychiatres publics	Délais / Meilleure communication

- MG01 : « le CMP du coin [...] c'est galère parce que c'est très très long »
- MG03 : « Les psychiatres de ville, je ne travaille plus avec eux. Parce qu'ils sont très chers et ils sont injoignables. Ils ne répondent même pas au téléphone. Ou alors ils ont une fenêtre entre 13 h et 13 h 30 et quand on appelle c'est toujours occupé. Et à 13 h 31, il y a un disque qui dit qu'il faut rappeler le lendemain. Moi je peux pas travailler avec des gens comme ça. »
- MG05 : « J'ai plus de collaboration avec les psychiatres publics. »
- MG06 : « On va dire moitié-moitié. [...] C'est plus vis-à-vis des dépassements d'honoraires. Là c'est pas évident. »
- MG07 : « On va plutôt dire psychiatre libéral parce qu'en CMP les délais sont plutôt longs »
- MG08 : « Le CMP, c'est une catastrophe. C'est une catastrophe. Quatre mois. C'est trois à quatre mois. Je les ai même appelés »
- MG09 : « Avec les psychiatres libéraux ça va. Ils répondent, en tout cas ils écrivent. Ils écrivent quand ils prennent un patient en charge, quand la situation exige une surveillance un peu plus rapprochée, ils m'en font part.

Il y a un échange quoi. [...] avec le psychiatre en ville il y a pas trop de communication. »

- *MG10 : « [...] Les patients iraient plus consulter un libéral dans un cabinet plus confidentiel que d'entrer dans un hôpital psychiatrique comme Fontan. Ils seraient plus réticents. À cause du côté peut-être un peu plus intime, moins hospitalier. Déjà que certains patients ont une réticence à aller voir le psychiatre, alors s'il faut aller voir un psychiatre dans un hôpital psychiatrique, j'ai peur que ça fasse deux barrières. C'est pour ça que les patients répondent plus facilement au psychiatre libéral je pense. Mais par contre je suis parfaitement convaincu des compétences des psychiatres hospitaliers. »*
- *MG11 : « Mais dans le public, il n'y a pas de retour, il n'y a rien. Dans le privé, il y en a certains qui nous font un petit mot de temps en temps, quand le patient a été perdu de vue, on a un petit mot "tiens, j'ai pas vu monsieur Machin". Il y a une vraie volonté de maintenir un contact. »*
- *MG12 : « J'ai arrêté les psychiatres libéraux depuis une quinzaine d'années complètement. Et pourtant, il y en a que je connais personnellement, mais c'est trop long une prise en charge. Et avec eux c'est trop difficile d'avoir un retour d'information. »*

4. Les attentes du médecin généraliste vis-à-vis du médecin psychiatre dans la prise en charge de leurs patients dépressifs

On constate que les attentes des médecins généralistes vis-à-vis des médecins psychiatres sont diverses et variées. Ainsi MG01, MG03, MG06, MG07 et MG08 souhaiteraient notamment leurs avis sur les traitements thérapeutiques qu'ils ont mis en place. MG02 et MG07 attendent également du psychiatre qu'il fasse un travail de psychothérapie.

- *MG01 : « Qu'ils aident mes patients. Si j'ai vraiment des problèmes niveau thérapeutique, niveau anxiolytiques et antidépresseurs, je demande une adaptation du traitement. Sinon c'est juste de leur apporter des conseils, des règles qui pourraient les aider dans la vie de tous les jours, parce que*

parfois mon discours ne passe pas systématiquement, donc peut-être que le discours d'une autre personne peut les aider. »

- MG02 : *« Faire le soutien psy qu'on n'a pas le temps de faire. [...] J'attends qu'il y ait un suivi et qu'il y ait un retour d'info. »*
- MG03 : *« Quelquefois, un diagnostic. Pas toujours. D'ailleurs parfois on n'est pas d'accord avec le psy. Quelquefois c'est le généraliste qui a raison. Moi j'attends qu'il m'aide et qu'il aide surtout le patient. Qu'il fasse son choix, son tri dans la thérapeutique et qu'ensemble on assiste aux progrès du patient. »*
- MG04 : *« J'en attends un deuxième avis pour savoir si je ne suis pas à côté de la plaque déjà. Parce que les certitudes c'est assez mauvais, c'est bien d'avoir un second avis. J'en attends une expérience qui n'est pas la mienne, de la part de quelqu'un qui a une formation plus longue et plus adaptée dont je n'ai pas la compétence. Et j'en attends aussi un peu un retour et ça c'est pas tous les jours. »*
- MG05 : *« J'en attends un travail de collaboration. [...] Je pense qu'on peut échanger sur la problématique. »*
- MG06 : *« J'attends de voir s'il me conforte dans mon analyse, dans ma prescription et voir s'il peut apporter une solution autre par rapport à ce qui a été fait. »*
- MG07 : *« On va dire qu'il adapte le traitement, qu'il mette en place aussi peut-être une psychothérapie, soit qu'il l'oriente vers un autre professionnel, parce que moi je connais pas très bien non plus les psychologues du coin, pour faire une psychothérapie, parce que les psychiatres doivent avoir un réseau de soins. Donc voilà, cibler un petit peu plus la psychothérapie parce que ça c'est pas trop mon domaine, je m'y connais pas trop là-dedans. Qu'il fasse donc une expertise un peu plus approfondie, on va dire, de l'état et au niveau de l'orientation des soins. »*
- MG08 : *« Donc ce que j'attends d'un psychiatre, c'est l'avis d'un expert. Est-ce que le traitement que j'ai mis est un traitement optimal ? Et au niveau de la prise en charge, est-ce que c'est une prise en charge optimale ? Pour certains j'en attends autre chose. J'en attends qu'il voie de manière ponctuelle le patient. Moi je dois prendre en charge un patient*

dans sa globalité. Je peux pas consacrer ma consultation entière seulement à ça. Lui, le psychiatre, il va voir quasiment que pour ça le patient. Donc il va peut-être développer un petit peu plus la problématique. »

- MG09 : *« Qu'il y ait un suivi en parallèle. »*
- MG10 : *« Qu'il guérisse mon patient. [Rire]. C'est la prise en charge, le suivi. Mais j'en attends essentiellement un suivi régulier au long cours. »*
- MG11 : *« Un suivi, une prise en charge mais surtout de temps en temps, alors pas à chaque consultation, mais je sais pas moi, une fois tous les deux mois un petit mot pour savoir où il en est, qu'est-ce qu'il fait, comment va mon patient. »*
- MG12 : *« Une prise en charge globale. Je suis pas psychologue, les thérapies comportementales c'est pas mon rayon. Je fais dans du motivationnel, un petit peu de tout mais on n'est pas vraiment orienté dans un créneau et on n'a pas le temps pour. Même si on peut passer du temps avec les patients, on n'a pas le temps de faire des ateliers à côté. Et puis c'est bon d'avoir plusieurs intervenants pour les gens. »*

5. La gestion du risque suicidaire

Lors des entretiens réalisés avec les médecins généralistes, la question de savoir ce qu'ils feraient en consultation face à un patient présentant un risque suicidaire leur a été posée à partir du troisième entretien. Certains d'entre eux d'ailleurs ont déjà été confrontés à ce genre de situation. Ainsi, cinq médecins généralistes, MG04, MG05, MG06, MG07 et MG09 évoquent d'emblée une hospitalisation. MG10, face à un patient présentant un risque suicidaire enverrait celui-ci au CAC. MG12 enverrait son patient soit au CMP, soit au CAC, en fonction du degré d'urgence. MG11, bien que préférant habituellement adresser son patient dépressif chez un psychiatre libéral ou chez un psychologue, enverrait un patient présentant un risque suicidaire vers le CMP. Seuls MG03 et MG08 s'abstiennent de prendre une décision d'emblée et vont donc solliciter un psychiatre par téléphone pour prendre une décision commune dans la prise en charge d'un patient dépressif présentant un risque suicidaire. Enfin, il semblerait qu'aucun médecin généraliste décidant, soit d'hospitaliser, soit d'envoyer

au CMP, soit d'envoyer au CAC, ne tentent de contacter le psychiatre ou le psychologue suivant leur patient pour le prévenir de cette décision.

Tableau 6 : Décision prise face à un patient présentant un risque suicidaire

	Choix du spécialiste	Face à un patient présentant un risque suicidaire
MG03	CMP	Appelle le psychiatre
MG04	Psychologue	Hospitalisation
MG05	Variable	Hospitalisation
MG06	50% CMP / 50% Psychiatres libéraux	Hospitalisation
MG07	Psychiatres libéraux	Hospitalisation
MG08	Variable	Appelle le psychiatre
MG09	CMP	Hospitalisation
MG10	Psychiatres libéraux +/- CMP	CAC
MG11	Psychiatres libéraux / Psychologues	CMP
MG12	CMP	CMP / CAC

- MG03 : « *Je téléphone au psychiatre et je leur dis que j'ai une casserole sur le feu et qu'il faut le recevoir rapidement.* »
- MG04 : « *Alors, déjà j'essaie d'évaluer s'il y a un risque suicidaire. Heureusement ça reste quelque chose de rare. J'essaie d'évaluer s'il y a un schéma de mise en route de la démarche suicidaire, la détresse, l'accompagnement familial, la solitude. Et si j'estime qu'il y a un risque suicidaire et qu'il n'y a pas une surveillance suffisante, je propose à la rigueur l'hospitalisation et je la gère. Ou alors je demande, s'il y a un refus et que j'estime qu'il y a un danger, une hospitalisation à la demande d'un tiers. J'essaie de trouver le psychiatre référent et puis je remplis les papiers et voilà.* »
- MG05 : « *Quand je peux, je l'hospitalise. Quand j'y arrive pas, je maintiens une surveillance serrée. J'instaure un traitement anxiodépressif. [...] J'essaie de contacter la famille, j'essaie d'avoir des alliés, un voisin, une famille... Des fois, je m'aide d'un paramédical quand je peux. S'il y a des comorbidités, le fait de faire passer une infirmière, un kinésithérapeute aide.* »
- MG06 : « *J'essaie de m'arranger pour qu'il y ait une hospitalisation. Parce que c'est souvent le fait que ce soit une structure psychiatrique, on va dire, publique, qui pose problème. Donc j'essaie de m'arranger pour une hospitalisation dans le privé, dans une clinique [...] Le problème c'est*

qu'avec la clinique il faut que ce soit organisé, c'est pas dans l'urgence. Il faut appeler, il y a des visites de pré-consultation, il y a pas de préadmission. Donc c'est pas toujours évident. »

- MG07 : *« Ça a dû m'arriver deux fois et à chaque fois heureusement il y avait un tiers. Mais une fois c'était chez une psychotique et l'autre fois c'est une dépressive avec un tableau un peu agressif, et cetera. Ça c'était plutôt bien passé puisque j'avais le tiers. Maintenant c'est sûr que c'est une situation problématique au cabinet parce que si on a le mec devant nous et qu'il veut pas, c'est un peu compliqué. Jusqu'à présent cette situation précise ne s'est jamais présentée, mais théoriquement c'est HDT donc il faut appeler un proche et même après au niveau des certificats, il en faut deux. Moi je peux en faire un et le deuxième est souvent fait aux urgences par un psychiatre.*

Lorsqu'on demande à MG07 s'il collabore avec un psychiatre dans le cadre de la prise en charge d'un patient présentant des idées suicidaires, voici sa réponse :

« Ben non. Le souci aussi c'est que j'ai pas de numéro, je connais quelques noms de psychiatres suivis par mes patients... Ou alors je ferai peut-être la hotline du CHR pour avoir un psychiatre. Je sais pas s'ils en ont mais ils doivent avoir toutes les spé donc je pense qu'ils doivent avoir des psychiatres. Mais dans tous les cas, si j'étais confronté à ça, je pense que je prendrais un avis ou voire même passer par le 15 pour enregistrer. »

- MG08 : *« Je l'ai mis sous anxiolytique d'emblée, et j'ai surtout appelé dans la foulée le psychiatre en laissant un message pour une situation difficile à gérer, importante, et il m'a rappelé deux jours après. »*

Lorsqu'on demande à MG08 ce qu'il a fait pendant ces 2 jours, voici sa réponse :

« Ben rien. Je pouvais rien faire. L'urgence c'était absolument pas envisageable. Il voulait pas et le refus du patient c'est compliqué. Après, c'était exprimé mais c'était critiqué. C'est-à-dire que s'il s'était pas critiqué, ça aurait changé un peu ma démarche. C'est-à-dire que la personne est consciente, donc du coup je lui ai proposé de rappeler à n'importe quelle

heure. Ça fait un soutien. Cette fois-ci, ça a marché. Il se trouve que le patient a vu le psychiatre entre-temps. »

- MG09 : *« Ben dans ces cas-là c'est l'hospitalisation si on s'en aperçoit. Dans ma carrière j'ai parfois eu des suicides qu'on n'a pas vu venir quoi. »*
Lorsqu'on demande à MG09 ce qu'il fait lorsqu'il ne parvient pas à hospitaliser son patient dans ces cas-là, voici sa réponse : *« Je le revois plus souvent. »*
- MG10 : *« Soit je l'adresse au centre d'accueil et de crise ou soit ça peut m'arriver d'arriver à gérer. »*

Lorsqu'on demande à MG10 s'il essaie de prévenir le psychiatre suivant le patient dépressif, voici sa réponse :

« Celui qui arrive à joindre un psychiatre qui répond au téléphone... Mais c'est pas une situation que j'ai souvent rencontrée ou alors peut-être que je l'ai pas fait alors que j'aurais dû le faire en me disant que j'allais pas y arriver, c'est peut-être moi qui ai eu un blocage en me disant que c'était pas la peine. Mais non ça ne m'est jamais arrivé d'appeler le psy en disant "au secours, le patient va se jeter par la fenêtre ou va se jeter sous le TGV". Donc non je l'ai jamais fait, mais j'ai peut-être tort. »

- MG11 : *« C'est ça le problème. [Rire]. C'est là où on est coincés. Si ça me semble très gênant, j'essaie de prendre contact avec la famille pour un avis psy en urgence dans le cadre du CMP ou dans le cadre des urgences de l'EPSM. Si c'est verbalisé, là j'essaie de leur faire prendre conscience qu'il y a quelque chose de franchement inhabituel dans leur discours. C'est pas normal de parler de se suicider. Enfin, "normal" c'est pas le terme parce que "où est la normalité" ? Enfin je dirais que c'est pas dans l'ordre des choses et qu'ils ont besoin d'aide. Donc auquel cas, effectivement, je contacte devant eux le CMP en leur disant "ils vous attendent". J'essaie qu'ils aient absolument une consultation spécialisée. »*

Lorsqu'on demande à MG11 s'il parvient effectivement à convaincre son patient de se rendre au CMP, voici sa réponse :

« Une fois sur deux. Pas plus. C'est pour ça que je vous dis qu'un patient dépressif qui repart chez lui, c'est compliqué. »

- MG12 : « *Le risque suicidaire c'est la consultation psychiatrique urgente ou semi-urgente. Semi-urgente, le CMP. Urgente, le CAC, le centre d'accueil et de crise.* »

6. Collaboration avec le médecin psychiatre

a) Degré de satisfaction sur la collaboration avec le psychiatre

Sur les douze médecins généralistes interrogés, cinq ont déclaré être satisfaits de la collaboration avec leur psychiatre. Quatre médecins généralistes ont déclaré ne pas être satisfaits de leur collaboration avec leur psychiatre. MG11 a déclaré avoir un avis mitigé. MG08 a déclaré être satisfait sur la collaboration avec les psychiatres libéraux tandis que MG09 a déclaré être satisfait sur la collaboration avec les psychiatres du secteur public.

Tableau 7 : Degré de satisfaction sur la collaboration avec le psychiatre

	Choix du spécialiste	Satisfaction vis-à-vis du psychiatre
MG01	CMP	Non satisfait
MG02	CMP	Satisfait
MG03	CMP	Satisfait
MG04	Psychologue	Non satisfait
MG05	Variable	Non satisfait
MG06	50% CMP / 50% Psychiatres libéraux	Satisfait
MG07	Psychiatres libéraux	Non satisfait
MG08	Variable	Satisfait avec les psychiatres libéraux
MG09	CMP	Satisfait avec les psychiatres publics
MG10	Psychiatres libéraux +/- CMP	Satisfait
MG11	Psychiatres libéraux / Psychologues	Mitigé
MG12	CMP	Satisfait

- MG01 : « *Je ne suis pas vraiment satisfait.* »
- MG02 : « *Ici c'est satisfaisant.* »
- MG03 : « *On a la chance d'avoir un hôpital psychiatrique de jour ici, donc moi dès qu'il y a un problème psy... Ils ont un accueil rapide, facile, bien organisé, donc moi je les envoie là. [...] Oui, ils sont joignables et si j'ai un problème, je téléphone.* »

- MG04 : « Non. En tout cas, on n'a pas le même retour qu'avec le cardiologue. Avec le cardiologue c'est : "J'ai fait ci, j'ai fait ça, je constate ci, je constate ça. Je mets tel traitement. Cordialement." Voilà. Les psychiatres, je crois pas que j'ai beaucoup de courrier des psychiatres qui reviennent dans mes dossiers. C'est rarissime. »
- MG05 : « Actuellement non. Les psychiatres ne parlent pas beaucoup. Ils collaborent pas beaucoup. Ils prennent en charge mais il y a pas de retour. »
- MG06 : « Globalement, oui. »
- MG07 : « Je trouve que la collaboration, il n'y en a pas des masses. Je les connais pas, je les ai jamais eus au téléphone, j'en connais certains de nom mais j'ai quasiment jamais de retour, donc c'est difficile. »
- MG08 : « Avec les psychiatres libéraux ça va. »
Lorsqu'on demande à MG08 son degré de satisfaction avec les psychiatres du secteur public, voici sa réponse :
« Ben on n'arrive même pas à les avoir déjà. Donc du coup c'est compliqué. »
- MG09 : « Avec le CMP oui, avec le psychiatre en ville il y a pas trop de communication. »
- MG10 : « Ben oui. Je n'ai aucun doute sur la compétence des psychiatres. Le seul hic c'est la difficulté, le délai d'obtention des rendez-vous. Mais une fois que le patient a été pris en charge par le psychiatre, la prise en charge est toujours tout à fait sérieuse. »
- MG11 : « C'est mitigé. Je vais pas vous dire non parce que dans certains cas ils ont été présents mais parfois... Alors c'est difficile pour nous en tant que généralistes, parfois le psychiatre voit peut-être les choses différemment d'un point de vue psychiatrique mais nous, on se retrouve parfois avec des patients pour lesquels on est démunis, on sait pas quoi faire, on sent bien que le problème, c'est pas nous qui allons le résoudre. Ils sont en pleurs, ils ont des mots très très forts. Le psy a peut-être une vision plus détachée, mais toujours est-il que nous on est coincés alors nous on demande l'avis psy rapide et puis ils vous mettent un rendez-vous à 3 semaines. C'est là où c'est mitigé. Mais par contre, une fois que le patient est pris en charge, moi je suis globalement satisfaite. »

- MG12 : « *Très bien.* »

b) Communication avec le psychiatre

La communication avec les médecins psychiatres étant un thème récurrent dans le discours des médecins généralistes, il nous a donc semblé intéressant d'étudier ce thème tout particulièrement. Chez de nombreux médecins généralistes, le thème de la communication était spontanément abordé sans qu'il y ait eu besoin de poser de questions sur le sujet.

On constate donc que MG01, MG02, MG04, MG05, MG07, MG10 et MG11 ne sont pas satisfaits concernant la communication avec les médecins psychiatres. À l'inverse, seuls MG03 et MG12 sont satisfaits de la communication avec les psychiatres. MG06 et MG09 sont satisfaits de la communication mais seulement avec les psychiatres du secteur public. MG08 est lui, au contraire, satisfait de la communication seulement avec les psychiatres libéraux. À noter que MG08 et MG09 travaillent sur le même secteur et ont pourtant des avis diamétralement opposés en ce qui concerne la communication avec les psychiatres. Enfin, MG02, MG03, MG04 et MG06 se plaignent également d'avoir des difficultés à joindre les psychiatres.

De plus, lorsque nous essayons de mettre en relation le degré de satisfaction vis-à-vis de la collaboration avec le psychiatre et le degré de satisfaction sur la communication avec le psychiatre, nous constatons que dans huit cas, les réponses semblent être en rapport. Ainsi quatre des médecins généralistes n'étant pas satisfaits de leur collaboration avec les psychiatres ont également exprimé leur non-satisfaction sur la communication avec ces derniers. Deux médecins généralistes ayant été satisfaits de leur collaboration avec les psychiatres ont également exprimé leur satisfaction sur la communication avec ces derniers. MG08 qui n'était satisfait de la collaboration qu'avec les psychiatres libéraux était également satisfait de la communication avec ces derniers. MG09 qui n'était satisfait de la collaboration qu'avec les psychiatres publics n'était satisfait de la communication qu'avec ces derniers.

Tableau 8 : Satisfaction sur la communication avec le psychiatre

	Satisfaction vis-à-vis du psychiatre	Satisfaction sur la communication avec le psychiatre
MG01	Non satisfait	Non satisfait
MG02	Satisfait	Non satisfait
MG03	Satisfait	Satisfait
MG04	Non satisfait	Non satisfait
MG05	Non satisfait	Non satisfait
MG06	Satisfait	Satisfait pour le secteur public seulement
MG07	Non satisfait	Non satisfait
MG08	Satisfait avec les psychiatres libéraux	Satisfait seulement pour les libéraux
MG09	Satisfait avec les psychiatres publiques	Satisfait pour le secteur public seulement
MG10	Satisfait	Non satisfait
MG11	Mitigé	Non satisfait
MG12	Satisfait	Satisfait

- MG01 : « *L'information, c'est juste l'ordonnance donnée au patient et le patient nous la montre s'il le veut. [...] Et en général, dans leurs courriers, il manque un diagnostic précis. [...] Je trouve que leurs courriers sont trop succincts.* »
- MG02 : « *C'est toujours compliqué de les joindre parce qu'ils sont un coup au CMP, un coup en ambulatoire, un coup en CATTP... Parfois on a un psychiatre référent qui connaît pas le dossier... Niveau téléphone c'est un peu dur. [...] Ils pourraient toujours être plus précis sur ce que donne la psychothérapie... Si les résultats sont bons, parce que le patient, il parle mais il y a pas beaucoup d'élaboration... Sur le suivi, savoir qu'il y a toujours quelqu'un de dispo, c'est rassurant. J'attends pas forcément une anamnèse poussée et me sortir le psycho trauma qui a été mis à jour, je m'en fous, mais en ce qui concerne ce qui est fait en psychothérapie, on sait pas. On sait au niveau du traitement ce qui est fait avec le psychiatre, on a l'ordonnance, parfois on a un petit mot de liaison, mais pour ce qui est fait par la psychologue, la psychothérapie, on sait rien d'autre que ce que nous dit le patient.* »
- MG03 : « *Les psychiatres de ville, je ne travaille plus avec eux. Parce qu'ils sont très chers et ils sont injoignables. Ils ne répondent même pas au téléphone. Ou alors ils ont une fenêtre entre 13 h et 13 h 30 et quand on appelle c'est toujours occupé. Et à 13 h 31, il y a un disque qui dit qu'il faut rappeler le lendemain. Moi je peux pas travailler avec des gens comme ça.* »

Voici la réponse de MG03 lorsqu'on lui demande si les psychiatres du CMP sont facilement joignables :

« Ah oui. L'autre fois j'ai appelé pour une petite vieille, elle commençait à me dire que son fils essayait de l'empoisonner... Donc j'ai appelé au psy du service et elle m'a dit « lui avez-vous fait un bilan général ». Donc je lui dis non et elle me dit donc de commencer par ça et en fait, ça venait d'une anémie. Elle avait une sorte de leucémie du vieillard. C'est pour ça qu'elle décrochait. »

- MG04 : *« J'en attends aussi un peu un retour et ça c'est pas tous les jours. »*

Lorsqu'il a été demandé à MG04 ce qu'il entendait exactement par « un retour », voici sa réponse :

« Quelques phrases quoi, savoir ce qui se passe, discuter de ce qu'on a vu, ce qu'on a ressenti. »

La question lui a été posée de savoir si les psychiatres étaient facilement joignables :

« Ben c'est très administratif. On y arrive toujours au bout d'un moment. »

Sachant que MG04 envoie essentiellement ses patients dépressifs vers une psychologue, la question lui a donc été posée s'il recevait davantage de courrier de la part de cette dernière, et voici sa réponse :

« Non, pas plus. Non, c'est des gens secrets ces gens-là. Après j'ai des patients qui me racontent : "Je vais mieux, je suis bien content de progresser. Merci de m'avoir envoyé là". »

- MG05 : *« Peu de contact, peu de collaboration, que ce soit par courrier ou par lettre ou par mail. »*
- MG06 : *« Euh... Au CMP oui. Mais, en privé, c'est pas toujours le cas. Au CMP, on reçoit des courriers régulièrement. »*
- MG07 : *« Mais c'est vrai que ça serait bien des fois d'avoir des retours parce qu'on n'a jamais de courrier ou c'est rare. [...] On sait pas trop ce qui se passe parfois, ce qui a été dit... Après je ne demande pas forcément un roman à chaque entretien mais ce serait quand même intéressant de temps en temps d'avoir un petit retour, au moins un petit courrier. Même pour une consultation unique, le psychiatre ne fait pas forcément de retour.*

[...] J'ai rien contre les psychiatres, mais parfois on aimerait quand même avoir un petit retour de temps en temps sur ce qui a été fait. »

- MG08 : *Pour les psychiatres libéraux : « À chaque fois, il y a un courrier. En tout cas pour ce cabinet-là, il y a un courrier. Par contre, j'ai des patients qui sont suivis par le CMP et j'ai jamais eu de courrier pour eux. Je réclame et pourtant je reçois rien du tout. Et même, une fois ils m'ont dit qu'ils ne voulaient pas parce qu'il n'était pas sûr, selon eux, que le patient soit d'accord. »*
- MG09 : *« Avec le CMP oui, avec le psychiatre en ville il y a pas trop de communication. »*
- MG10 : *« Ils nous appellent jamais. Je travaille depuis 21 ans ici mais je suis médecin depuis 30 ans et jamais un psychiatre ne m'a appelé. Jamais. [...] Un courrier oui. Mais appels téléphoniques non. Heureusement il y a des comptes-rendus, et encore ! Les hôpitaux, on aura peut-être plus de comptes-rendus écrits. On a beaucoup moins de comptes-rendus écrits de la part des psychiatres libéraux. C'est pas systématique. Parfois au bout d'un an, "ah, au fait cher ami je vois votre patient depuis 1 an...". Donc il y a peu de contact. »*
 MG10 qualifiera la communication avec les psychiatres de « quasiment inexistante. Si je devais choisir un terme ce serait peut-être "discrète" ou alors "confidentielle". »
- MG11 : *« Perfectible. [Rire]. Franchement perfectible. Est-ce qu'ils ont des réticences à écrire ? Probablement. Au téléphone ça se passe très très bien quand on arrive à les avoir. On arrive vraiment à échanger sur le patient. Mais en papier, hormis l'hospitalisation, les sorties d'hospitalisation et puis encore là c'est vraiment très succinct on n'a pas de renseignements. On n'a que le retour du patient, on sait pas ce que le psy en pense. [...] En fait, on évalue la qualité de la prise en charge avec le retour d'ordonnance du traitement. Est-ce qu'ils ont changé quelque chose, est-ce qu'ils ont diminué quelque chose ou augmenté quelque chose ? S'ils diminuent quelque chose, on en déduit que le patient va mieux. S'ils changent quelque chose... Voilà, on en est là. »*
- MG12 : *« Pour moi, elle est bonne. [...] Très bien. Je dois avoir, je dirais, une lettre par semaine pratiquement du CMP. Bon peut-être pas une lettre*

par semaine mais au moins 3 ou 4 par mois. Donc pratiquement une par semaine. »

Nous constatons donc que la communication avec les psychiatres est un problème qui revient souvent dans le discours des médecins généralistes interrogés. Ces derniers sembleraient vouloir davantage de retour sur la prise en charge de leurs patients dépressifs de la part du psychiatre. Il nous a donc semblé intéressant, à l'inverse, d'ajouter la question suivante dans la fiche d'entretien avec les médecins généralistes : « Écrivez-vous systématiquement un courrier lorsque vous adressez un patient dépressif à un confrère ? » Cette question a été ajoutée à partir du quatrième entretien. On constate ainsi que tous les médecins généralistes interrogés répondent envoyer un courrier lorsqu'ils adressent leur patient dépressif à un confrère.

- MG04 : *« Ouais ouais, je fais un courrier succinct. [...] Je mets l'âge, les antécédents, la base du problème, le traitement. »*

- MG05 : *« Oui. »*

Lorsqu'on demande à MG05 ce qu'il met dans ce courrier, voici sa réponse :

« La problématique pour laquelle je l'adresse. »

- MG06 : *« Un courrier, oui. [...] Je reprends l'historique, le traitement. »*
- MG07 : *« Oui systématiquement. [...] J'explique en quelques lignes ce qui se passe, le début des symptômes et ce qui a été fait en gros depuis quelques mois, la sévérité du tableau, si j'ai déjà mis en place un ou deux traitements et si oui quel traitement, les antécédents du patient... Voilà. »*
- MG08 : *« Oui, j'essaye. [...] J'y mets les antécédents, un petit peu l'histoire de la maladie ou les éléments importants qui ont amené à demander un avis spécialisé. »*

- MG09 : *« Oui. »*

Lorsqu'on demande à MG09 ce qu'il met dans ce courrier, voici sa réponse :

« Ce que j'en attends, de la prise en charge, et les antécédents. »

- MG10 : *« Oui j'écris un courrier. [...] Déjà je mets l'ensemble des antécédents somatiques. Je mets le traitement. Donc je mets déjà un CV*

médical. Et puis après je décris cliniquement les symptômes qui justifient la consultation, j'argumente la demande de consultation. »

- MG11 : « *Oui.* »

Lorsqu'on demande à MG11 ce qu'il met dans ce courrier, voici sa réponse :

« Le minimum. Puisqu'on le confie au psychiatre, le but c'est pas de mettre ce que moi j'ai perçu, que ce soient des signes d'une dépression, signes d'une anxiété importante, enfin moi ce que j'ai pu percevoir, mais de laisser le patient expliquer à sa façon. Voilà. »

- MG12 : « *Toujours. [...] Je marque déjà mon diagnostic, les circonstances de la dépression en l'occurrence. Si c'est sur un fond d'anxiété généralisée, s'il y a conflit familial, conflit au travail et cetera, s'il y a un problème d'addiction à côté. Je fais toujours un courrier, ne serait-ce qu'à minima avec les antécédents somatiques, les autres pathologies intercurrentes... Pour le dossier du psychiatre, c'est aussi important. Ils aiment bien avoir les antécédents des gens.* »

c) Degré de satisfaction sur la collaboration par rapport aux autres spécialités

Il a été demandé aux médecins généralistes ayant participé à cette étude leurs avis sur la qualité de la collaboration avec les psychiatres par rapport aux autres spécialités, excepté pour MG06 pour lequel j'ai oublié de poser la question. On constate ainsi que deux des médecins s'étant déclarés satisfaits de la communication avec les médecins psychiatres déclarent également que leur collaboration avec ces derniers est meilleure qu'avec les autres spécialités médicales. À l'inverse, cinq des sept médecins ayant déclaré ne pas être satisfaits de la communication avec les psychiatres déclarent également que leur collaboration avec ces derniers est moins bonne qu'avec les autres spécialités médicales.

Tableau 10 : Degré de satisfaction sur la collaboration par rapport aux autres spécialités

	Satisfaction sur la communication avec le psychiatre	Par rapport aux autres spécialités
MG01	Non satisfait	Mitigé
MG02	Non satisfait	"plutôt pas mal"
MG03	Satisfait	Meilleure
MG04	Non satisfait	Moins bonne
MG05	Non satisfait	Moins bonne
MG06	Satisfait pour le secteur public seulement	
MG07	Non satisfait	Moins bonne
MG08	Satisfait seulement pour les libéraux	Identique
MG09	Satisfait pour le secteur public seulement	Moins bonne
MG10	Non satisfait	Moins bonne
MG11	Non satisfait	Moins bonne
MG12	Satisfait	Meilleure

- MG01 : « Les autres spécialistes dénigrent beaucoup la médecine générale. Ils se permettent des réflexions qui ne passeraient pas si on le leur faisait. Les psychiatres, non, pas spécialement. Mais ils ne répondent pas au problème principal que je leur soumettais. »
- MG02 : « Ici c'est plutôt pas mal. »
- MG03 : « Je dirais même que c'est un petit peu mieux. [...] Il m'envoie des courriers, à chaque fois qu'il revoit le patient, il me fait un courrier »
- MG04 : « Avec le cardiologue c'est : "J'ai fait ci, j'ai fait ça, je constate ci, je constate ça. Je mets tel traitement. Cordialement." Voilà. Les psychiatres, je crois pas que j'ai beaucoup de courriers des psychiatres qui reviennent dans mes dossiers. C'est rarissime. »
- MG05 : « Elle est moins bien. »
- MG07 : « En tout cas, je trouve qu'avec la plupart des spécialistes, on a la plupart du temps des retours de courrier, donc on pourrait dire que la collaboration est meilleure avec. Le psychiatre, je trouve que c'est un peu à part. [...] On pourrait dire qu'il y a aussi le dermato, mais même le dermato nous envoie quand même un petit courrier. C'est vrai que lorsqu'on envoie un patient pour une petite verrue, s'il nous envoie pas de courrier, c'est pas dramatique. Le psychiatre, c'est quand même plus complexe, des fois on aimerait bien avoir des retours. Donc le psychiatre, c'est vraiment à part. Au niveau du retour de la prise en charge et de la collaboration, c'est un peu inexistant. »

- MG08 : « Ça va, je dirais à peu près pareil. Avec les jeunes c'est un peu différent. On a la chance d'avoir deux jeunes psychiatres qui se sont installés dans le coin il y a pas longtemps et ils sont à l'écoute. Ils échangent, ils donnent une aide. »
- MG09 : « Plutôt moins bien. Un cardiologue, il envoie tout ce qu'il a fait, le psychiatre c'est rare qu'on ait un compte-rendu de la consultation qui a eu lieu. Il considère que ce qui a été dit chez lui, il ne doit pas en parler. Il y a des exceptions mais bon. [...] Ben la psychiatrie, je l'ai comparée à la cardiologie, en cardiologie tout ce qui a été dit peut être mis sur le papier. En psychiatrie c'est plus compliqué. Mais moi comme je vous l'ai dit, j'ai plus de contact avec le CMP que les psychiatres libéraux du quartier. »
- MG10 : « S'il fallait faire un classement, on mettrait les psychiatres en dernière ligne sur l'échange, sur la collaboration. [...] Je pense que c'est les spécialistes les plus difficilement accessibles. Cardiologue c'est très facile. Pneumologue c'est très facile. Les psychiatres c'est plus compliqué. »
- MG11 : « Moins bonne. C'est plus compliqué. C'est beaucoup plus compliqué d'échanger. »
- MG12 : « Je dirais presque qu'elle est meilleure. Ça peut paraître surprenant mais c'est pour ça que je dis que j'ai peut-être de la chance d'être sur un secteur avec un CMP assez pointu. [...] Je dirais que dans le coin, on est béni des dieux. Je sais pas si c'est partout comme ça, mais ça se passe très bien. »

d) Suggestions pour améliorer la collaboration avec les psychiatres dans le cadre de la prise en charge de patients dépressifs

À partir du troisième entretien, il a été demandé aux médecins généralistes s'ils avaient des suggestions pour améliorer la collaboration avec les psychiatres dans le cadre de la prise en charge de patients dépressifs, ou s'ils avaient des critiques à formuler à l'encontre des psychiatres. Sur les dix médecins généralistes interrogés, six d'entre eux voudraient que les psychiatres améliorent leur communication. MG03 voudrait qu'on ouvre davantage de lits d'hospitalisation. MG06 reproche aux psychiatres les délais pour obtenir un rendez-vous trop longs. MG12 semble

totalément satisfait de sa collaboration avec les psychiatres du CMP mais trouve les délais pour obtenir un rendez-vous avec les psychiatres libéraux trop longs.

Tableau 11 : Suggestion pour améliorer la collaboration avec les psychiatres

	Suggestions / Critiques
MG03	Ouvrir des lits d'hospitalisation
MG04	Améliorer la communication
MG05	Améliorer la communication
MG06	Délais de prise en charge trop longs
MG07	Améliorer la communication
MG08	Améliorer la gestion de crise
MG09	Améliorer la communication
MG10	Améliorer la communication
MG11	Améliorer la communication
MG12	Aucun reproche envers les psychiatres du CMP

- MG03 : « *Moi ce que je regrette, c'est toujours la même histoire. Il faut ouvrir des lits, créer des places d'hospitalisations courtes. »* »
- MG04 : « *La communication et après je pense que c'est complémentaire, leurs expériences, leurs compétences sont complémentaires. Après, nous on connaît bien le milieu familial, la façon de vivre, la manière de fonctionner des gens, ce serait donc intéressant de pouvoir communiquer tout justement. »* »
- MG05 : « *Peu de contact, peu de collaboration, que ce soit par courrier ou par lettre ou par mail... »* »
- MG06 : « *Les rendez-vous sont un peu longs. Parfois, on a besoin d'avoir un avis assez rapidement et c'est pas toujours évident. »* »
- MG07 : « *Qu'ils nous écrivent. Voilà. Par exemple, toutes les spé, quand ils suivent un patient, ils nous écrivent systématiquement. Même si c'est pour dire qu'ils ont reçu le résultat du Holter ou quoi, ils nous écrivent une petite ligne pour qu'on soit au courant. Après, si le patient voit le psychiatre tous les 15 jours, je demande pas forcément ce qui se dit durant l'entretien avec 3 pages de courrier, mais de temps en temps un petit courrier pour expliquer un petit peu ce qui a été fait. C'est vrai que c'est une spécialité à part, un peu particulière mais on aimerait quand même un peu de retour. »* »

- MG08 : « Ben c'est sur la gestion de crise. Je suis en consultation, je reçois un patient qui me dit qu'il a des intentions suicidaires, est-ce que je peux le laisser sortir, est-ce que je dois obtenir un rendez-vous... C'est surtout ça. Et si je l'adresse aux urgences, les urgences vont pas voir ça forcément d'un bon œil. Ils vont dire que c'est pas forcément là que le patient doit être. En sachant que le psychiatre, lui il va dire qu'il faut éliminer tout ce qui est somatique dans un service d'urgence. Et moi je suis d'accord avec certains patients qui ne veulent pas forcément aller aux urgences et qui devraient rentrer directement en secteur psychiatrique. »
- MG09 : « Dans le quartier, les psychiatres ils sont installés depuis fort longtemps. Je pense qu'ils ne vont pas changer leur mode de fonctionnement. Moi j'ai des patients qui m'ont dit qu'ils ont vu tel ou tel psychiatre mais moi j'ai pas de contact. Mais ce serait mieux s'il y avait plus de contact, au moins savoir qu'ils les suivent et les voient de temps en temps. »
- MG10 : « Qu'ils écrivent plus, qu'ils nous tiennent informés de la prise en charge du patient, de comment ça évolue... »
- MG11 : « C'est difficile de dire aux gens, mais je pense que de temps en temps une lettre pour nous tenir informés de l'évolution, même si c'est stationnaire, pourquoi c'est stationnaire ? Il faut se dire que les gens viennent nous voir entre deux et nous on est démunis. Comment les aborder ? Et surtout qu'on dise tous le même discours. Si le psy est en train de l'orienter d'une façon... Ben qu'on soit au courant ! Par inadvertance qu'on n'ait pas des paroles contraires. »
- MG12 : « Je pense que lorsque vous écouterez l'enregistrement, vous aurez votre réponse. Les libéraux, ça fait au moins 15 ans que je ne travaille plus avec les libéraux. »

Pour mémoire, MG12 complimentait la prise en charge psychiatrique de ses patients dépressifs et la bonne communication avec les psychiatres du CMP. Cependant il critiquait les délais de prise en charge par les psychiatres libéraux.

e) Rencontre avec les psychiatres

À la fin des entretiens, nous avons demandé aux médecins généralistes MG01, MG02, MG03 et MG04 s'ils étaient intéressés pour une formation en collaboration avec les psychiatres sur la dépression. MG02 et MG03 y seraient plutôt favorables. MG01 aurait été intéressé mais ne dispose malheureusement pas de suffisamment de temps pour cela. MG04 ne se prononce pas sur la question.

- MG01 : « *Ça aurait été bien pendant les études mais maintenant que t'es installé, tu n'as plus le temps. Là je fais la médecine du sport et ça prend déjà beaucoup de temps. Je ne peux pas tout faire et il y a des choses qui m'intéressent plus que ça.* »
- MG02 : « *Évidemment oui.* »
- MG03 : « *Ben oui pourquoi pas. C'est toujours utile* »
- MG04 : « *Je sais pas mais c'est compliqué. Mais peut-être que se passer un coup de fil de temps en temps ce serait sympa.* »

À partir de l'entretien numéro 5, la question a été reformulée pour être élargie. La question est donc devenue : « Pensez-vous qu'une rencontre avec les psychiatres serait utile pour améliorer la collaboration ? » Six d'entre eux ont répondu par l'affirmative. MG05 trouve que cela serait difficile à mettre en place. MG11 considère que cela aurait des avantages mais également des inconvénients.

- MG05 : « *Ce serait difficile. Ce serait compliqué. Je vois pas comment on pourrait faire.* »
En réponse, la question suivante lui a été posée : « Peut-être dans le cadre de FMC ? » et voici sa réponse :
« *Oui ça se fait mais c'est épisodique.* »
- MG06 : « *Ce serait intéressant. Utile, je ne sais pas. Mais ce serait intéressant.* »
- MG07 : « *Pourquoi pas. Après, avec mon associé on fait régulièrement des formations sur différentes choses. On fait aussi parfois des formations par-ci par-là mais pourquoi pas.* »

- MG08 : *C'est toujours utile. Les rencontres c'est toujours utile. Je fais de la formation donc je ne peux pas vous dire le contraire. Lorsqu'on met des visages sur des noms, ça facilite les choses. Mais c'est pas propre au psychiatre, c'est valable pour toutes les spécialités. Lorsque vous mettez des visages sur des noms, après lorsque vous leur envoyez quelqu'un, ils savent à qui ils ont affaire et ça facilite les échanges.*
- MG09 : *« Oui pourquoi pas. »*
- MG10 : *« Oui mais on les rencontre rarement. Moi, depuis 17 ans que je prends en charge des FMC ici, on a dû faire deux ou trois trucs de psy. Sachant qu'on fait environ 10 FMC par an. Donc sur 170 réunions FMC, on en a fait que deux ou trois. C'est pas des communicants peut-être, je sais pas. »*
- MG11 : *« C'est à double tranchant. Il y a des gens avec qui je peux ne pas m'entendre, mais c'est personnel. Et ça ne préjuge pas de leurs qualités professionnelles, mais j'aurais forcément un a priori donc c'est pas forcément utile. Non, moi ce qui m'intéresse c'est que professionnellement ça se passe très bien avec les patients et voilà. Donc je veux pas avoir d'a priori donc tout compte fait, c'est pas plus mal. »*
- MG12 : *« Oui. »*

Il a ensuite été demandé aux médecins généralistes, à partir du cinquième entretien, s'ils connaissaient les psychiatres du secteur avec lesquels ils travaillaient. Seuls MG06, MG08, MG09, MG10 et MG12 disent en connaître certains.

- MG05 : *« Non. J'en ai rencontré mais c'était il y a très longtemps »*
- MG06 : *« Oui. Oui j'en connais certains. »*
- MG07 : *« Non. Les formations en psychiatrie c'est plutôt rare. »*
- MG08 : *« Alors oui, j'en ai rencontré un. Je l'ai rencontré lorsqu'il s'est installé. Il s'est présenté, c'est la seule fois où j'en ai rencontré un. »*
- MG09 : *« Au CMP oui. »*
- MG10 : *« Oui je les connais mais 80 % d'entre eux, ne les ai jamais vu en chair et en os. »*
- MG11 : *« Non je les connais pas. Je les ai jamais rencontrés. »*

- MG12 : « *Je les connais pas tous de visu mais je dirais que j'en connais environ un tiers avec qui j'ai déjà parlé de vive voix avec eux ou serré la main. »*

Pour les médecins ayant répondu par l'affirmative à la précédente question, il leur a été demandé s'ils considéraient que la collaboration était meilleure avec les psychiatres qu'ils ont déjà rencontrés. Pour tous ces médecins, la réponse a été affirmative.

Tableau 12 : Qualité de la collaboration avec les psychiatres déjà rencontrés

	A rencontré des psychiatres du secteur	Qualité de la collaboration avec les psychiatres rencontrés
MG05	Non	Question non valable car dernière rencontre remontant à "longtemps"
MG06	Oui	Meilleure
MG07	Non	Question non valable
MG08	Oui	Meilleure
MG09	Oui	Meilleure
MG10	Oui	Meilleure
MG11	Non	Question non valable
MG12	Oui	Meilleure

- MG06 : « *Tout à fait. En général, on travaille toujours avec les mêmes. Avec trois ou quatre psychiatres du CMP avec qui on collabore. »*
- MG08 : « *Oui c'est de lui dont je vous parlais. »*
MG08 parlait notamment, au cours de l'entretien, d'un cabinet constitué de deux jeunes psychiatres avec qui la collaboration le satisfaisait.
- MG09 : « *Oui. Je pense qu'on travaille mieux lorsqu'on se connaît. »*
- MG10 : « *Je pense qu'elle est meilleure parce qu'effectivement là les échanges seraient plus faciles. »*
- MG12 : « *Oui. »*

II. Résultats obtenus auprès des médecins psychiatres

A. Description de la population

Le nombre de médecins psychiatres ayant été contactés et ayant accepté de participer à l'étude s'est élevé à 12. Tout comme les médecins généralistes ayant participé à cette étude, les médecins psychiatres recrutés travaillaient eux aussi sur la métropole lilloise. Dans cette population, on comptait 6 femmes pour 6 hommes. 6 des médecins psychiatres exerçaient une activité libérale. 3 psychiatres étaient médecins hospitaliers et 1 était interne en quatrième semestre. À noter également que les médecins Psy03 et Psy04 travaillent dans le même cabinet tout comme Psy09 et Psy10. 2 psychiatres exerçaient une activité mixte : Psy05 et Psy06. Psy05 avait 2 demi-journées accordées à une activité dans le secteur public et le reste du temps était accordé à une activité libérale. Psy06 gardait une activité libérale à 80 %.

Tableau 13 : Caractéristiques de la population des médecins psychiatres étudiée

Médecins psychiatres	Mode d'exercice	Nombre d'années d'exercice	Fait de la psychothérapie
Psy01	Interne	Quatrième Semestre	Oui
Psy02	Praticien Hospitalier	16 ans	Oui
Psy03	Libéral	21 ans	Oui
Psy04	Libéral	2 ans	Oui
Psy05	Mixte	10 ans	Oui
Psy06	Mixte	10 ans	Oui
Psy07	Libéral	21 ans	Oui
Psy08	Praticien Hospitalier	25 ans	Oui
Psy09	Libéral	3 ans et demi	Oui
Psy10	Libéral	3 ans et demi	Oui
Psy11	Libéral	35 ans	Oui
Psy12	Praticien Hospitalier	26 ans	Oui

B. Principaux résultats

L'analyse des verbatims a permis de dégager 6 thèmes principaux :

- Les patients dépressifs ;

- La prise en charge du patient dépressif par le médecin psychiatre ;
- La prise en charge du patient dépressif par le généraliste du point de vue du médecin psychiatre ;
- Le psychologue ;
- Les urgences et les risques suicidaires ;
- La collaboration avec les médecins généralistes.

Encore une fois, les extraits des entretiens présentés dans cette étude seront cités entre guillemets et en italique. Aucun des noms des médecins psychiatres ayant participé à cette étude ne sera cité mais le terme Psyx, où x sera un nombre renvoyant au médecin dont la citation fait référence, sera utilisé. Le premier médecin psychiatre ayant collaboré à l'étude sera donc dénommé Psy01, le deuxième médecin ayant collaboré à l'étude sera dénommé Psy02, et ainsi de suite.

1. Les patients dépressifs

- a) Patients ne passant pas par leur médecin généraliste avant de consulter le médecin psychiatre

Dans la mesure où cette étude porte sur la collaboration entre médecins psychiatres et médecins généralistes, il nous a semblé important de leur demander s'ils recevaient beaucoup de patients ne passant pas par le médecin généraliste avant de les consulter. Cette question a été oubliée pour Psy05. Voici leurs réponses :

- Psy01 : « *Ici c'est difficile aussi car j'ai que 2 demi-journées de CMP.* »
- Psy02 : « *Il y a un peu de personnes qui viennent par le bouche-à-oreille, par la famille, mais c'est pas la majorité. Je dirais environ 20 %* »
- Psy03 : « *Pas tellement. Très peu. Assez peu. 5 à 10 %.* »
- Psy04 : « *C'est une bonne question. Elle est pas si grande que ça. En général, ils sont déjà bien déprimés et ils ont déjà vu leur médecin traitant qui a déjà mis un traitement, plutôt adapté. C'est quand même assez rare, je dirais 15 ou 20 % à la louche.* »

- Psy06 : « *Oui. Sur les 30 à 40 pourcents de patients dépressifs, il y en a la moitié qui viennent me voir directement. »*
- Psy07 : « *C'est difficile de dire. Je saurais pas répondre à cette question. Là, je le dis de façon ressentie. Peut-être 30 %. Ils viennent par reconnaissance, soit familiale soit amicale. Voilà. »*
- Psy08 : « *La proportion qui ne passe pas par le médecin généraliste, c'est souvent par le bouche-à-oreille. Il y en a qui viennent spontanément, effectivement, sans passer par le médecin généraliste. Mais globalement, là aussi un sur deux. 50 % ne consultent pas le généraliste ou ont consulté mais ils disent "voilà j'ai pas osé poser la question et cetera puis on m'a informé que le CMP existe". »*
- Psy09 : « *Pas tant que ça parce que nous on demande quand même un courrier du médecin généraliste pour venir nous voir. Au secrétariat on leur donne comme consigne de demander un courrier, donc soit c'est le médecin traitant qui l'oriente d'emblée, soit ils vont quand même voir leur généraliste pour avoir un courrier. »*
- Psy10 : « *C'est obligatoire ici. On demande obligatoirement un courrier du médecin traitant qui devient du coup le médecin correspondant. »*
- Psy11 : « *Pas un seul. »*
- Psy12 : « *Il y en a pas beaucoup. Ça arrive mais il n'y en a pas beaucoup. Je dirais peut-être 15 pour cent, 15 à 20 %. »*

Tableau 14 : Proportion de patients ne passant pas par leur médecin généraliste avant de consulter le psychiatre

Psychiatres	Proportion de patient ne passant pas par le généraliste avant de consulter
Psy01	Ne se prononce pas
Psy02	20%
Psy03	5% - 10%
Psy04	15% - 20%
Psy05	
Psy06	50%
Psy07	30%
Psy08	50%
Psy09	"Pas tant que ça"
Psy10	0%
Psy11	0%
Psy12	15% - 20%

b) Proportion de patients dépressifs

Nous avons posé la question de savoir quelle proportion les patients dépressifs représentaient dans la patientèle des médecins psychiatres ayant participé à cette étude. En effet, nous avons vu que beaucoup de médecins généralistes n'étaient pas satisfaits de leur collaboration avec les médecins psychiatres. Pour estimer l'ampleur de ce problème, il nous a donc semblé pertinent de savoir la proportion de patients dépressifs dans leurs patientèles. Cependant, la question a oublié d'être posée pour Psy05.

Tableau 15 : Proportion de patients dépressifs

Psychiatres	Proportion de patients dépressifs	Proportion de patients dépressifs non adressée par le médecin traitant
Psy01	50%	Ne se prononce pas
Psy02	≥ 50%	20%
Psy03	70%	5% - 10%
Psy04	33%	15% - 20%
Psy05	80%	
Psy06	30% - 50%	30% - 40%
Psy07	> 80%	30%
Psy08	70%	50%
Psy09	50%	"Pas tant que ça"
Psy10	70% - 90%	0%
Psy11	50% - 60%	0%
Psy12	≥ 75%	15% - 20%

- Psy01 : « C'est particulier en CMP lorsqu'on est interne parce qu'on n'est là que 6 mois, on va pas pouvoir suivre les patients au long cours donc souvent les patients schizophrènes et les grosses psychoses sont déjà gérés par les chefs. Les chroniques, on les récupère pas au CMP, on récupère que les premières demandes et il y a peu d'autres choses que des syndromes anxiodépressifs. Après, en unité d'hospitalisation, c'est assez variable, c'est à peu près 50 % . »
- Psy02 : « Au CMP, anxiodépressif, c'est au moins la moitié des consultations. »
- Psy03 : « Oui. 70 % »
- Psy04 : « Je dirais un bon tiers. Quelque chose comme ça. »
- Psy05 : « Depuis que je suis en libéral, 80 % . »
- Psy06 : « À vue d'œil, je dirais une cinquantaine de pourcents. Mettons entre 30 et 50 %. Ça dépend des périodes. »
- Psy07 : « Plus de 80 % . »
- Psy08 : « Moi je dirais facilement 70 %. 70 % des personnes que l'on suit, toutes pathologies confondues, pour un état anxiodépressif ou des troubles anxiodépressifs. »
- Psy09 : « C'est pas évident de dire comme ça. Parce qu'après il y a les troubles anxieux. À la louche je dirai 50 % . »
- Psy10 : « 70 à 90 % . »

- Psy11 : « Les dépressifs que je vois par semaine, c'est environ la moitié, voire 60 % de ma patientèle. »
- Psy12 : « Je dirais au moins trois quarts. »

2. La prise en charge du patient dépressif par le médecin psychiatre

a) Les délais pour obtenir un rendez-vous

Les délais pour obtenir un rendez-vous sont très variables d'un psychiatre à l'autre. En effet, Psy05 est en mesure de prendre un nouveau patient en rendez-vous dès le lendemain, dans la mesure où il ne s'est installé que depuis un mois, tandis que l'agenda de Psy09 est rempli pour les six prochains mois. En outre, tous les psychiatres interrogés prennent encore des nouveaux dans leur file active.

Tableau 16 : Délais pour obtenir un rendez-vous avec un médecin psychiatre

Psychiatres	Délais pour obtenir un rendez-vous	File active
Psy01	"assez vite"	Oui
Psy02	2 mois	Oui
Psy03	15 jours à 3 semaines	Oui
Psy04	2 à 3 semaines	Oui
Psy05	1 jour	Oui
Psy06	15 jours à 3 semaines	Oui
Psy07	3 à 4 semaines	Oui
Psy08	2 mois	Oui
Psy09	6 mois	Oui
Psy10	4 à 5 mois	Oui
Psy11	2 Semaines	Oui
Psy12	2 mois	Oui

- Psy01 : *Pour les délais, ça fait qu'un mois que je suis en stage ici donc c'est difficile à dire. Là, la clinique est pleine donc au niveau du délai c'est vraiment difficile à dire. [...] Au début du semestre, c'était plutôt léger donc il y a des patients qui pouvaient être orientés en moins d'une semaine. Sinon, là habituellement les hospitalisations, c'est 3 à 4 semaines en moyenne. [...] C'est organisé pour que les infirmiers puissent voir le patient en premier, ils ont plus de disponibilités pour les urgences, ils ont des créneaux d'accueil aussi. Souvent il y a ensuite une discussion*

pluridisciplinaire où il y a une orientation soit purement infirmier, soit médecin, soit psychologue. Quand il y a un interne, ça va en général assez vite surtout en début de semestre, on a plus de disponibilités. Après, ça se remplit assez vite. Sinon au niveau du délai, ça peut aller assez vite.

- Psy02 : « C'est à peu près 2 mois mais dans l'intervalle, lorsqu'il sollicite une consultation, il est reçu par un infirmier dans un délai d'une semaine à peu près. L'infirmier évalue la demande, ensuite il y a une réunion entre infirmiers et médecins pour orienter ces demandes, voir s'il y a une indication médicale ou pas. Et si le rendez-vous médical est à 1 mois et demi, dans l'intervalle, l'infirmier va revoir le patient. Et s'il y a un peu d'urgence, on peut le voir sur une plage d'urgence dans la semaine. Il y a plusieurs filières mais dans une filière où il n'y a pas d'urgences particulières, c'est 1 mois et demi à peu près. »
- Psy03 : « C'est variable. Il n'y a pas de règles précises. Quand je reprends, par contre, des nouveaux patients, je suis sur des délais assez vite parce que si c'est pour les faire attendre trop longtemps, c'est pas la peine. Donc 15 jours à 3 semaines. »
- Psy04 : « Si les médecins généralistes m'appellent, je les prends rapidement, sous 2 à 3 semaines maximum. »
- Psy05 : « Actuellement, c'est demain. Je viens de m'installer donc ça va. »
- Psy06 : « Si j'ai de la place, ça peut être 15 jours à 3 semaines. Mais c'est jamais dans la semaine. »
- Psy07 : « Le délai moyen c'est variable. Allez... 3 semaines. 4 semaines. »
- Psy08 : « Ici au CMP, malheureusement, les circonstances actuelles, puisqu'on est en sous-effectif médical, actuellement les délais sont d'environ au minimum deux mois. Mais, au niveau médical, les patients qui arrivent ici adressés par le médecin généraliste sont reçus immédiatement. Les délais médicaux sont de 2 mois, mais s'il y a une urgence ou si le patient doit être revu très rapidement, on a une permanence infirmier du lundi au vendredi de 9 h à 17 h qui reçoit les patients adressés par les médecins généralistes du secteur, avec ou sans rendez-vous. »
- Psy09 : « 6 mois de délai. »
- Psy10 : « 4 à 5 mois. »

- Psy11 : « *Le délai est à peu près de 2 semaines. »*
- Psy12 : « *Jusqu'à il y a un peu plus d'un an, en gros c'était un mois. Mais là, comme on a des médecins absents, c'est souvent deux mois malheureusement. »*

b) L'évaluation du degré de sévérité de la dépression

Nous avons vu précédemment que les médecins généralistes utilisaient la clinique pour déterminer le degré de sévérité d'une dépression, excepté pour deux des généralistes pour qui une échelle était éventuellement utilisée. Nous avons donc posé la question sur la manière dont les médecins psychiatres déterminaient la sévérité d'une dépression, afin de savoir si les pratiques sur ce point étaient concordantes avec leurs confrères généralistes. Seul Psy10 dit utiliser la grille d'Hamilton. Le reste des psychiatres se fient à la clinique pour évaluer le degré de sévérité. Les signes cliniques revenant le plus souvent dans le discours des psychiatres étant les idées suicidaires (Psy02, Psy08, Psy09 et Psy12) et l'anhédonie (Psy01, Psy03 et Psy05).

- Psy01 : « *J'utilise pas d'échelle. C'est surtout clinique, en fonction de la sévérité de l'anhédonie, des troubles des fonctions instinctuelles, au niveau de l'appétit, du sommeil, s'il reste cloîtré chez lui. Mais j'utilise pas spécifiquement d'échelle. »*
- Psy02 : « *Moi, dans ma pratique, mais je pense que c'est pareil avec mes collègues, je ne fais pas d'échelle. On devrait le faire si c'est ça votre question. Les échelles, c'est très utile dans la recherche. Ce qui fait la sévérité, c'est l'impact sur le mode de vie. Quelqu'un qui restreint toutes ses activités, qui est dans un handicap important lié à la dépression, c'est d'autant plus sévère. Après, un facteur de sévérité et qu'on recherche tout de suite même si les symptômes ne sont pas si intenses que ça, c'est le fait de comorbidités avec des idées suicidaires. »*
- Psy03 : « *C'est dans le contact. À la présentation, au ralentissement, l'anhédonie... Bien sûr s'il y a des idées fort noires... C'est un ensemble de tout cela. »*

- Psy04 : « Moi je suis assez CIM-10, DSM donc c'est en fonction de la collection de symptômes, lorsqu'on a une anhédonie et une aboulie marquée, je vais avoir tendance à aller vers une modérée ou une sévère. Le sévère c'est pas que la mélancolie comme on le décrit dans les bouquins. [...] Je reste clinique, je fais une anamnèse systématique et je vais rechercher tous les symptômes, les troubles de la concentration, l'aboulie... Je fais également souvent une échelle de l'humeur : "sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous votre moral ? " Je suis assez carré sur ce point de vue-là. »
- Psy05 : « Cliniquement, la sévérité de la tristesse, les éventuels éléments délirants, tout le tableau de la mélancolie. Après je regarde aussi ce qu'on appelle les troubles de l'adaptation et ce qu'on va évaluer aussi c'est le retentissement au quotidien, s'il arrive à travailler, l'impact sur la vie sociale, etc. »
- Psy06 : « Alors le degré de sévérité d'une dépression, c'est l'apathie, l'aboulie, des troubles de l'humeur, des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit et puis ce que dit le patient. La vitesse de son élocution, les pauses qu'il fait, s'il arrive plus à trouver ses mots, s'il arrive plus à retrouver ses idées. C'est surtout ce qu'ils disent, lui et son rapport au monde. »
- Psy07 : « C'est la clinique. Si le truc c'était "est-ce que vous avez des outils ?" c'est non. J'ai pas d'outils sauf expérience clinique. »
- Psy08 : « Certains praticiens utilisent des échelles. Moi personnellement, non. Mais je pose des questions, j'essaie d'évaluer les facteurs de risque suicidaire, j'essaie d'évaluer d'abord le mode début, les facteurs déclenchants, les facteurs de risque, la situation familiale, sociale, professionnelle, affective du patient. Et puis, on lui pose directement les questions. Est-ce que vous avez des idées suicidaires ? Est-ce que vous avez tellement mal qu'il vous est arrivé de vouloir en finir ? Je crois qu'il faut oser poser des questions. Donc soit le patient rétorque "non non non, j'en suis pas à ce point-là" soit "oui ça m'est arrivé d'y penser" soit "je pense mais je sais pas comment faire". Donc là, on évalue effectivement si c'est une dépression légère ou si elle est sévère avec des

idéations suicidaires, avec scénario ou sans scénario. Donc c'est vraiment sur la base de l'entretien clinique. »

- *Psy09 : « S'il y a déjà des idées suicidaires, si la personne est consciente de sa dépression, s'il y a des éléments psychotiques associés, s'il y a des troubles de personnalité associés, s'il y a un risque d'impulsivité... »*
- *Psy10 : « On fait un peu de Hamilton. Ça peut arriver. Après, le degré de sévérité, c'est des éléments anamnestiques. Est-ce qu'il y a déjà eu des épisodes, des antécédents familiaux, des antécédents de passage à l'acte auto-agressif, l'environnement et puis la personnalité sous-jacente. Si on est sur un état limite ou une personnalité instable... »*
- *Psy11 : « C'est la symptomatologie, à savoir la douleur morale, la tristesse, les angoisses, les difficultés de sommeil, la perte du goût et de l'entrain... Il y a beaucoup de critères qui entrent dedans. Il ne suffit pas d'être triste pour être dépressif. »*
- *Psy12 : « Il y a la symptomatologie, les idées suicidaires, le niveau d'angoisse, les antécédents de tentative de suicide, les antécédents de dépression... En fait, dans la sévérité de la dépression il y a surtout le risque suicidaire qui est l'élément majeur. Il y a aussi l'association des conduites addictives. Si c'est quelqu'un qui consomme de l'alcool ou d'autres toxiques, il peut y avoir un passage à l'acte facilité par les toxiques. Il y a la question de l'entourage. Est-ce qu'il y a un entourage ? Est-ce qu'il est soutenant ? Est-ce qu'il y a un lien avec le médecin généraliste ? Après, dans les syndromes anxiodépressifs réactionnels, il y a le contexte... Quand il y a un contexte par exemple de décès ou d'événement traumatique familial... »*

c) Durée du traitement antidépresseur

Tout comme pour les médecins généralistes, la question de la durée du traitement antidépresseur a été posée. On constate qu'aucun des médecins psychiatres interrogés ne met en place de traitement médicamenteux pour une durée inférieure à 6 mois, comme préconisé par la HAS. Pour mémoire, seuls cinq des médecins généralistes interrogés avaient répondu « au moins 6 mois » à cette même question.

- Psy01 : « *Le traitement met 3 à 4 semaines avant d'agir, ensuite ça se stabilise donc minimum, il faut le garder entre 6 mois et 1 an. »*
- Psy02 : « *Volontiers entre 6 mois et 1 an. Je pencherais plus du côté de 1 an. »*
- Psy03 : « *Au moins 6 mois. Mais c'est souvent plus. »*
- Psy04 : « *J'essaie de respecter les recommandations. Donc je le mets en route. L'idée c'est de faire passer l'épisode dépressif et les 6 mois ça se compte à partir du moment où l'humeur est redevenue normale. »*
- Psy05 : « *Ben ça va dépendre de la tolérance du traitement chez le patient. S'il le supporte pas bien ça va s'arrêter là. Idéalement c'est 6 mois à 1 ans, c'est ce qu'on leur explique »*
- Psy06 : « *La dépression, c'est long. Ça peut être plusieurs années. En moyenne, c'est 2 ans ou 3 ans. »*
- Psy07 : « *Au moins 6 mois. J'ai usage de dire, me concernant, que c'est au moins 6 mois à partir du moment où ça va bien pour consolider. »*
- Psy09 : « *Si c'est un premier épisode dépressif majeur, il faut au moins 6 mois de stabilité. Après il y a d'autres problématiques, il y a des patients qui sont bipolaires, et donc là c'est plutôt des traitements au long cours, pas forcément un antidépresseur. Chez le bipolaire on est plutôt sur un régulateur de l'humeur, plus ou moins un antidépresseur. Après il y a les personnes qui ont un trouble anxieux, et là c'est au moins 12 à 18 mois de stabilité. Après il y a les personnes qui ont des dépressions récurrentes, donc là ça peut être un traitement sur 2 ans de stabilité minimum, voire 5 ans. »*
- Psy10 : « *Ça dépend des éléments de l'anamnèse, si c'est un premier épisode dépressif chez quelqu'un qui a jamais eu de traitement et cetera, c'est 6 mois. Si c'est une récurrence, on est au-delà de 1 an. Si on est au troisième ou au quatrième, là on se pose la question de maintenir un traitement, peut-être pas à vie, mais de manière durable. »*
- Psy11 : « *Généralement avant d'instaurer un traitement antidépresseur, ça dépend mais minimum c'est 6 mois. Un traitement antidépresseur moins de 6 mois, c'est pas la peine. »*

- Psy12 : *« C'est toujours 6 mois minimum pour un premier épisode dépressif. Mais après ça peut être davantage, ça dépend de l'évolution, de la symptomatologie, du risque de rechute, des antécédents... En tout cas, si le traitement est efficace et qu'il est bien supporté, pour un premier épisode dépressif, les recommandations nationales sont de 6 mois minimum. »*

d) Psychothérapie

Il a été demandé aux médecins psychiatres ayant participé à cette étude s'ils faisaient de la psychothérapie. La réponse a été oui pour chacun d'entre eux. Cependant, Psy11 ne le fait que pour ses anciens patients et n'en pratique plus pour ses nouveaux patients. La raison évoquée pour choix est son âge qu'il considère comme étant élevé. On note également que pour Psy08, Psy09 et Psy12, faire la psychothérapie peut être parfois compliqué pour eux.

- Psy01 : *« J'en fait si le patient est demandeur ou si je pense que ça lui serait utile, si les patients sont d'accord pour la psychothérapie, s'il y a une orientation psychologue derrière. Mais il y a un délai qui peut être plus ou moins variable. »*
- Psy02 : *« Oui. Il y a une forme de psychothérapie de soutien dans les entretiens médicaux, soit parallèlement on instaure une psychothérapie avec une psychologue du CMP. »*
- Psy03 : *« Oui. Pas structurée, pas psychanalytique. On en fait tous. »*
- Psy04 : *« Ouais moi je suis formé en hypnose, thérapie brève et EMDR. »*
- Psy05 : *« Oui. »*
- Psy06 : *« Souvent, moi je suis plus psychothérapeute que psychiatre prescripteur »*
- Psy07 : *« Oui. »*
- Psy08 : *« La psychothérapie, on est obligé d'en faire. Outre le traitement qu'on instaure on fait de la psychothérapie. Mais il faut être honnête, la durée de consultation moyenne c'est 30 minutes. Tous les 30 à 20 minutes on passe à un autre patient. Donc faire une longue psychothérapie, on n'en fait pas. Si l'état du patient le nécessite, dans ce cas-là c'est pareil,*

on l'envoie toujours vers notre collègue infirmier mais si c'est aussi difficile pour les infirmiers, on travaille en collaboration avec des psychologues au CMP. »

- *Psy09 : « Oui. Pas autant qu'un psychologue parce que c'est compliqué en pratique. Mais par définition oui, on fait de la psychothérapie. À partir du moment où on voit un patient, où on échange verbalement, on travaille des choses, on fait de la psychothérapie. Après, moi je suis plus thérapie comportementale-cognitive. Je fais aussi des thérapies brèves comme l'EMDR. Mais c'est vrai qu'en pratique c'est compliqué de faire de la psychothérapie. »*
- *Psy10 : « Un peu. Un peu de TCC. »*
- *Psy11 : « Oui j'en faisais et j'en fais toujours pour mes anciens patients mais plus maintenant. Je ne prends plus de patients pour de la psychothérapie. »*
- *Psy12 : « Moi je fais de la psychothérapie, on va dire, de soutien. Ici au niveau du CMP, pour des raisons d'agenda, parce qu'on est débordé au niveau médical, le travail de psychothérapie vraiment pur est assuré par les psychologues du CMP. Nous, évidemment on en fait aussi mais c'est de la psychothérapie de soutien. »*

e) Le suivi par les médecins psychiatres

Il a été demandé aux psychiatres la fréquence à laquelle ils revoyaient leurs patients après instauration d'un traitement médicamenteux. Cinq psychiatres nous ont répondu qu'ils revoyaient leurs patients dans un délai inférieur ou égal à 15 jours.

Tableau 17 : Rythme du suivi des patients dépressifs

Psychiatres	Délais entre instauration d'un traitement médicamenteux et le prochain rendez-vous	Durée moyenne de suivi
Psy01	1 mois	6 mois
Psy02	3 semaines	1 an
Psy03	1 semaine à 15 jours	Minimum 6 mois - 1 an
Psy04	2 semaines	1 an
Psy05	2 semaines	1 - 2 ans
Psy06	1 semaine à 15 jours	"plusieurs années"
Psy07	1 mois	2 ans
Psy08	15 jours à 3 semaines	1 an minimum
Psy09	3 semaines	Variable
Psy10	15 jours	Variable
Psy11	1 semaine	1 an
Psy12	1 mois	> 1 an

- Psy01 : « C'est variable, quand on est interne, c'est plus simple de le voir plus fréquemment parce qu'on a plus de disponibilités et ça dépend de ce qu'on veut travailler avec mais habituellement, souvent à l'introduction du traitement antidépresseur, je le revois 1 mois après, le temps que le traitement antidépresseur fasse effet, sauf si le patient, ça va pas et qu'il rappelle, et donc on essaie de le voir plus tôt. Mais souvent 1 mois après. »
- Psy02 : « À l'instauration, j'essaie de le voir au bout de 3 semaines pour être dans le délai d'action. Après, quand on est sur un suivi plus "croisé", c'est une fois par mois. Et pareil, dans l'intervalle, soit il y a des rendez-vous infirmiers, soit on instaure un traitement médicamenteux et d'autres formes de traitements comme des activités thérapeutiques, de la relaxation avec la psychomot, des groupes de paroles... et tout ça s'intervalle entre les rendez-vous médicaux bien sûr. »
- Psy03 : « Une semaine ou 15 jours. Ça dépend de la gravité. »
- Psy04 : « Souvent je les vois sous 2 semaines. »
- Psy05 : « Idéalement à J14, J28. J14 pour évaluer la tolérance, un éventuel virage maniaque. À J28 pour évaluer l'efficacité du traitement. »

- Psy06 : « Souvent, moi je suis plus psychothérapeute que psychiatre prescripteur donc je les revois à peu près toutes les semaines, voire 15 jours. »
- Psy07 : « C'est difficile de dire. Ça dépend beaucoup du patient, de mon emploi du temps aussi. Mais en tout cas, au moins une fois par mois. »
- Psy08 : « On essaie de caser dans la quinzaine. 15 jours à 3 semaines maximum tout justement parce que ça sert à rien de le revoir une semaine après sauf si la situation est compliquée, s'il y a des idées suicidaires. »
- Psy09 : « Au bout de 3 semaines. Sauf s'il y a un risque suicidaire ou quelque chose de plus inquiétant et là on essaie de le revoir dans la semaine d'après, donc une fois par semaine quoi. »
- Psy10 : « À l'instauration, au minimum au bout de 15 jours. Et ensuite, le plus fréquent c'est mensuel. »
- Psy11 : « Ça dépend. C'est une fois par semaine. »
- Psy12 : « Ça dépend des patients. Souvent au bout d'un mois, des fois avant mais souvent on met un rendez-vous infirmier avant. »

Nous avons également demandé aux médecins psychiatres la durée moyenne sur laquelle ils suivaient un patient dépressif. Les réponses sont très variables. Ainsi Psy01, qui est interne en psychiatrie, suit des patients seulement sur sa durée de stage, soit 6 mois. Pour Psy09 et Psy10, cette durée est variable mais Psy09 précise que pour certaines dépressions récurrentes, il peut arriver qu'il suive un patient pendant 5 ans et Psy10 précise qu'il suivra certains patients jusqu'à leur mort.

- Psy01 : « 6 mois, la durée de mon stage. »
- Psy02 : « Facilement 1 an quand même. Ça passe vite, entre l'instauration et voir les effets, une certaine stabilisation... »
- Psy03 : « Il y a pas de règles précises. Souvent "longtemps". Après, ça dépend, le patient peut de lui-même arrêter le suivi ... Des mois et des mois. On explique que ce sont des suivis longs quand même. Minimum 6 mois - 1 an. Après je leur explique qu'il faut qu'on continue à se voir après l'arrêt du traitement médicamenteux. »

- Psy04 : « *Comme je suis assez jeune, je dirais que, à moins qu'ils sortent de la file active par eux-mêmes, c'est assez rare qu'on s'en tire avec moins d'un an. »*
- Psy05 : « *Ça fait un an. Parfois 2 ans. »*
- Psy06 : « *Ça peut être plusieurs années. »*
- Psy07 : « *C'est difficile de répondre. En moyenne, je dirais 2 ans. »*
- Psy08 : « *Globalement, lorsqu'on commence à le prendre en charge, on est parti pour minimum 1 ans. »*
- Psy09 : « *Ça dépend. Il y a différents cas de figure. Il y a des dépressions chroniques qui répondent difficilement au traitement. Après il y a des patients qui font un épisode de dépression, on les traite et après ça va très bien très rapidement au bout de 6 mois. [...] Après il y a les personnes qui ont des dépressions récurrentes, donc là ça peut être un traitement sur 2 ans de stabilité minimum, voire 5 ans. »*
- Psy10 : « *C'est vraiment du cas par cas. [...] Ça fait 4 ans que je suis ici donc je sais pas mais il y en a je les suivrai, jusqu'à ce que mort s'ensuive. »*
- Psy11 : « *Généralement 1 an. »*
- Psy12 : « *C'est rare que ce soit en dessous de 1 ans de suivi. »*

3. La prise en charge du patient dépressif par le médecin généraliste du point de vue du médecin psychiatre

a) Le recours au psychiatre

Nous avons demandé aux psychiatres pour quelles raisons, selon eux, un médecin généraliste devait leur adresser un patient dépressif. La raison la plus évoquée et qu'on retrouve chez Psy01, Psy02, Psy03, Psy04, Psy07, Psy08, Psy09 et Psy12 est en rapport avec le traitement. Ainsi, ils recommandent aux médecins généralistes d'adresser leurs patients dépressifs s'ils éprouvent des difficultés pour instaurer un traitement ou si celui-ci s'est avéré inefficace. Psy02, Psy04, Psy07 et Psy08 évoquent également la nécessité d'une psychothérapie comme raison valable et qui devrait pousser les médecins généralistes à adresser leurs patients dépressifs. Psy07 va même jusqu'à dire que tout patient

dépressif nécessite une psychothérapie et pour cette raison, les généralistes devraient donc systématiquement adresser un patient dépressif vers un psychothérapeute.

- Psy01 : « Je pense que c'est très variable en fonction du médecin généraliste et de comment il se sent à l'aise avec la psy et la dépression. Parce que j'imagine que certains médecins généralistes, les antidépresseurs, c'est pas son truc ou il a pas envie. [...] Mais il n'y a pas de règles à dire pour quel moment ils devraient envoyer le patient. »
- Psy02 : « Je pense que le critère c'est quand le simple traitement médicamenteux est insuffisant, soit parce que la molécule en elle-même ne suffit pas, soit parce que le patient a besoin du traitement mais également une autre prise en charge que le médecin généraliste ne peut pas offrir et qu'on peut avoir en CMP comme la psychothérapie... »
- Psy03 : « Quand il n'a pas de soutien, lorsque le patient est isolé. Quand il y a des problèmes de personnalité associés. Peut-être quand il y a des événements de vie importants qui sont toujours présents, qui vont interférer. Quand il y a une résistance au traitement bien sûr. Il y a plein de critères en fait. »
- Psy04 : « Une dépression légère, c'est une psychothérapie en première intention. S'ils sont pas formés en psychothérapie, ce qui est souvent le cas, là ils peuvent me l'envoyer. C'est rare quand même qu'une dépression se lève juste avec un antidépresseur, de mon expérience. Donc je dirais après un traitement bien conduit, au moins une dose efficace de traitement, au moins 6 semaines de prise en charge. C'est pas mal. »
- Psy05 : « Ben, dès que lui l'estime nécessaire donc selon son avis. Parce que je pense que certains médecins généralistes sont plus à l'aise avec ça que d'autres. »
- Psy06 : « Alors selon moi, c'est dans la lourdeur de la situation, je pense. Et puis parce qu'il n'arrive plus à progresser avec le patient. [...] Avoir un deuxième avis. Une collaboration avec moi. Pour ne pas être seul face à son patient je pense. »

- Psy07 : « La question qui se pose, indépendamment du fait que peut-être parfois le médecin ne sait pas forcément quel traitement médicamenteux prescrire et me concernant sachant que je fais de la psychothérapie, dans quel cas serait-il judicieux pour un médecin généraliste d'adresser un patient voir un psychothérapeute ? Ben c'est dans 100 % des cas. »
- Psy08 : « Soit sur un avis thérapeutique sur le traitement médicamenteux, soit sur une prise en charge psychothérapeutique. [...] Donc voilà, si le médecin pense que le patient a besoin de verbaliser, c'est le lieu idéal ici au CMP. Donc, s'il veut une prise en charge plus poussée, il nous l'adresse. »
- Psy09 : « Il faut que le patient soit consentant aux soins, il faut qu'on le demande. S'il y a un risque suicidaire élevé immédiat, il faut plutôt l'adresser en public quoi, aux urgences. Parce que nous, on va pas pouvoir le recevoir forcément tout de suite. Parfois on le fait mais voilà... Il faut surtout que le patient soit consentant aux soins. Si vous avez des cas suicidaires, qui disent "moi j'en ai rien à foutre des psychiatres, je veux me foutre en l'air", là vous allez pas l'envoyer vers le libéral. Déjà, il ne risque pas de venir et en plus là, c'est plutôt de l'urgence, il faut l'hospitaliser, quitte à faire une hospitalisation sous contrainte. Après, un autre critère en dehors de l'urgence, si le médecin a mis un traitement et au bout de 2 mois ou quelques semaines ça devient compliqué, qu'il nous l'adresse. »
- Psy10 : « Souvent c'est lorsque le médecin se rend compte que ça dépasse leur champ de compétence. Lorsqu'ils voient que ça va être compliqué de gérer pour eux. »
- Psy11 : « Lorsqu'il n'y arrive plus. Généralement. »
- Psy12 : « Sur l'évolution de la symptomatologie, la résistance au traitement, la chronicité des symptômes... »

b) Le traitement du médecin généraliste du point de vue du médecin psychiatre

Nous avons demandé aux psychiatres participant à cette étude si le travail fait en amont par le médecin généraliste ainsi que sa prescription mise en

place avant l'adressage leur semblaient justifiés et adaptés. Sur ces points, les médecins généralistes ne recueillent que peu de critiques.

- Psy01 : « Ça dépend des traitements antidépresseurs. Certaines prises en charge, le traitement antidépresseur était pas forcément le meilleur traitement. »
- Psy02 : « Oui souvent. Des fois, il est un peu timide au niveau du dosage. Par exemple, je vois des gens arriver avec de la MIANSERINE 10. La dose antidépressive c'est 30 ou 60. Mais il n'y a pas de traitement aberrant. »
- Psy03 : « Justifié oui sûrement. Adapté pas toujours. »
- Psy04 : « En général, je suis plutôt d'accord avec le traitement mis. [...] En général, je suis assez satisfait de comment ils bossent. [...] Ils font un travail qui est quand même non négligeable et les traitements sont quand même bien mis »
- Psy05 : « Là aussi j'ai tendance à faire confiance dans le sens où j'estime que s'ils l'ont fait c'est qu'ils estimaient que c'était nécessaire. Ils sont médecins tout autant que moi. Après, ça m'arrive de faire un peu d'éducation thérapeutique parce qu'il y a des gens qui arrivent avec des prescriptions au long cours de benzodiazépine, des choses comme ça... Mais bon après, je me mets à la place du médecin généraliste pour qui ça ne doit pas être toujours très simple. »
- Psy06 : « Je touche rarement ce qu'il fait. Je touche pas à sa médication. Si je le fais, je le fais dans un deuxième temps parce que sinon les patients sont déstabilisés. L'essentiel, c'est de retrouver le calme chez le patient. »
- Psy07 : « Le plus souvent, je trouve ça adapté. Après il y a peut-être des adaptations posologiques ou une prescription supplémentaire, trouble du sommeil, par exemple, est insuffisamment traité. Mais le traitement médicamenteux me semble adéquat dans la majorité des cas. »
- Psy08 : « Le principe du CMP c'est pas de prescrire, peut-être d'initier un traitement mais pas de le renouveler. On pense que c'est le travail du médecin généraliste. Et donc on respecte ce travail-là et cette collaboration. »
- Psy09 : « Ouais. »

- *Psy10 : « Il est plutôt bien. J'ai pas de souci particulier. Les grandes lignes de guidelines sont bien intégrées je pense par le réseau de soins primaires. L'utilisation des antidépresseurs, les benzo, le recours au spécialiste... Tout ça je pense que ça a fait son chemin. Il y a pas de gros soucis de prise en charge en amont, ils font ce qu'ils peuvent. Ils savent qu'avant d'orienter, ils peuvent mettre en place un traitement, qu'il faut privilégier en première intention un IRS, que les benzo il faut les privilégier de manière parcimonieuse. Voilà. Là-dessus, on n'a pas de gros soucis de prise en charge. »*
- *Psy11 : « Ah, généralement ils font un très bon travail parce que la plupart des épisodes dépressifs majeurs légers, ils arrivent très bien à faire face. »*
- *Psy12 : « Il est souvent fait correctement. »*

c) Le rôle du médecin généraliste selon le médecin psychiatre

Nous avons demandé quel était le rôle du médecin généraliste aux médecins psychiatres une fois que le patient dépressif leur avait été adressé. La partie somatique est évoquée à plusieurs reprises, notamment par Psy01, Psy02, Psy03, Psy05, Psy06, Psy09, Psy10 et Psy11. Concernant le traitement antidépresseur, Psy04 préfère garder la main dessus tandis que cela ne dérange pas Psy05 et Psy06 que le médecin généraliste le prescrive également.

- *Psy01 : « Les traitements non psy, on les prescrivait pas mais on essayait de discuter avec le patient, savoir si nous on reprenait la main sur l'ordonnance psy et on refaisait les ordonnances au CMP ou si on envoyait un courrier au médecin traitant pour que lui fasse les adaptations thérapeutiques. Ça dépendait de la situation ou du patient. Mais en tant qu'interne c'était plus facile de laisser le généraliste reprendre la main car sinon au bout des 6 mois de stage, le patient se retrouve sans rien, s'il y avait un relais avec un médecin psychiatre, le relais pouvait pas se faire tout de suite. »*
- *Psy02 : « Moi je ne fais pas de prescription somatique. [...] Il reste le médecin référent. Et d'un patient à l'autre, le médecin référent a plus ou moins d'impact en fait. Il y en a qui voient leur médecin généraliste une*

fois par an lorsqu'ils ont la grippe et encore... Alors que d'autres ont un médecin avec qui ils ont tissé des liens très forts et qu'ils vont voir régulièrement. Donc les relations sont très variées d'un patient à l'autre. Il y a même des patients qui sont un peu nomades. Ils disent le nom d'un médecin généraliste mais en fait ils vont voir 3 ou 4, selon celui qui est là... »

- Psy03 : « Je trouve que c'est quand même bien qu'il y ait une surveillance de la tension artérielle, du poids... Après on gère pas mal, je peux par exemple être amenée à demander un bilan cardio, une consultation pour le QT... J'aime bien, de temps en temps, qu'il fasse un point somatique. »
- Psy04 : « C'est beaucoup la première ligne je pense. C'est déjà une place importante. Toutes les indications physiques qui vont avec, parfois sur les diagnostics différentiels avec les angoisses, les choses comme ça qui peuvent être présentes. Après, probablement sur certains patients qui n'ont plus de psychothérapie, un suivi au long cours des traitements. Quand on éloigne les rendez-vous et que le patient est plus trop motivé pour nous revoir, c'est le médecin généraliste qui va récupérer cette partie-là car il a la confiance du patient. [...] Généralement j'ai tendance à préférer voir le patient pour gérer le traitement moi-même. J'aime pas déléguer ça au médecin généraliste. Mais des fois, on a des patients qui arrêtent le suivi et le médecin généraliste se retrouve avec à gérer le traitement quand on n'est plus là, quoi. C'est là où je pense que le médecin généraliste a tout son rôle. »
- Psy05 : « Tout le reste, c'est déjà pas mal parce que les patients dépressifs ont pas mal de comorbidité. Quand on est dépressif, on prend moins bien soin de soi et donc on gère moins bien son diabète, on vient moins bien son hypertension. »

Lorsqu'on demande à Psy05 si le médecin ne devrait donc s'occuper que de la partie somatique, voici sa réponse :

« Ben, moi je sais pas faire donc je suis bien contente qu'il continue à le faire. Après, s'il estime qu'il faut modifier le traitement, il n'y a pas de souci. Par exemple, je mets un antidépresseur, le patient ne se sent pas très bien avec l'antidépresseur, il va voir son médecin traitant qui change l'antidépresseur. »

- Psy06 : *« Je pense qu'il doit rester en collaboration. C'est pour ça que j'aime bien qu'il prescrive la médication. Parce que ça fait une double prise en charge si vous voulez. Lui, beaucoup plus light. Lui, il est allégé de ne plus avoir à voir le patient toutes les semaines. Et puis de temps à autre, il va le voir, lui prendre la tension, s'il y a un neuroleptique, il peut lui faire un ECG... »*

Lorsqu'on demande à Psy06 si le médecin ne devrait donc s'occuper que de la partie somatique, voici sa réponse :

« Il peut prescrire des antidépresseurs, moi ça ne me gêne pas. »

- Psy07 : *« À mon sens il a un rôle d'articulation. Surtout quand le médecin généraliste a initié un arrêt maladie par exemple. Après, pour certains patients, ça peut être que moi je ne reçois les patients que dans un registre de psychothérapie et que ce soit le médecin traitant qui prescrit le traitement. Je peux donner un conseil sinon. Ça, c'est le premier registre. Dans un deuxième registre, c'est que le patient puisse conserver un lien qualitatif avec le médecin traitant. Après, ça dépend des patients, mais je pense que c'est important que le patient continue d'aller voir son médecin traitant pour des motifs qui sont de l'ordre de la qualité de relation. Notre travail n'a pas pour but de se substituer à la qualité de la relation avec le médecin traitant. Le patient peut aussi se confier à lui et travailler certaines choses avec le médecin traitant. »*
 - Psy09 : *« Son rôle, ça peut être de surveiller les interactions au niveau des médicaments, les effets secondaires, là je sors du cadre mais pour les patients sous antipsychotiques, la surveillance du syndrome métabolique... Bref j'essaie de ne pas le faire, même si je sais ce qu'il faut faire pour le surveiller, mais j'ai pas de balance, je vais pas prendre le poids, je vais pas prendre la tension... »*
- Lorsqu'on demande à Psy09 si le médecin ne devrait donc s'occuper que de la partie somatique, voici sa réponse :
- « Le somatique ouais. Après, surveillance entre les rendez-vous psy, surveillance d'une aggravation de son état clinique au niveau psychiatrique. »*
- Psy10 : *« Ah bah il garde tout sa place à la fois sur la médecine physique, sur tous les soins somatiques et puis ça reste l'interlocuteur privilégié du*

patient. C'est la première ligne, et puis on rappelle régulièrement au patient que nous on peut partir en vacances, on peut être absent pour une raison X ou Y et que c'est important qu'il maintienne le lien avec le généraliste pour ces raisons-là. »

- *Psy11 : « D'abord, de suivre le traitement tel qu'il a été prescrit. Généralement c'est ce qu'ils font, en tout cas pour ceux avec qui je travaille. Et puis de temps en temps, je leur dis que je vois leurs patients dépressifs, 3 mois ou 6 mois. Après, je peux estimer que le suivi peut se terminer. Sinon je leur dis qu'il faut poursuivre le traitement médicamenteux pour tant de temps [...]. Ce sont leurs patients, c'est pas mes patients. Ceux qui sont en psychothérapie, c'est une autre affaire. Mais ceux qui sont pas en psychothérapie, c'est leurs patients. Si je donne une prescription, et si j'estime qu'il faut que je voie la personne deux ou trois fois pour ajuster la prescription, finalement ça sera le généraliste qui continuera. »*
- *Psy12 : « De rester vraiment le médecin traitant, le pivot médical du patient. D'être le référent qui est pour moi toujours là, qui est le plus disponible et donc de contribuer aux soins. Expliquer au patient, car parfois les patients ont du mal à accepter un traitement. Il y a aussi toutes les questions sur la dépression, toutes les idées reçues sur la dépression, "ça n'arrive qu'aux gens qui sont faibles" et cetera, et voilà. »*

4. Le psychologue

Nous avons demandé si les psychiatres interrogés orientaient également leurs patients dépressifs vers le psychologue. Pour les médecins du secteur public, Psy01, Psy02, Psy08 et Psy12, lorsqu'il y a une orientation vers un psychologue, c'est vers le psychologue du CMP. Dans le secteur privé, Psy05, Psy09, Psy10 et Psy11 orientent parfois leurs patients dépressifs vers un psychologue.

- *Psy01 : « Il peut y avoir une orientation vers la psychologue et de la psychothérapie. »*

- Psy02 : « Il y a des facteurs cliniques et des facteurs institutionnels. Il y a des psychologues complètement noyés car on n'en a pas assez dans les CMP. Après pour qu'il y ait de la psychothérapie, il faut qu'il y ait d'autres éléments que la sévérité. Il faut une volonté de changement de la personne et donc je dirais entre un tiers et la moitié des malades. »
- Psy03 : « De réorienter vers un psychologue, non. D'orienter en disant qu'il est possible de voir un psychologue en plus, ouais mais c'est rare. Mais de réorienter, non. C'est compliqué de faire ça. Le patient pourrait se sentir abandonné, pourrait mal le vivre. Qu'il voit un psychologue en plus, je ne suis pas contre, au contraire. Je peux être amené à dire que c'est possible d'être suivi par un psychologue en plus mais que c'est pas remboursé. C'est possible. »
- Psy04 : « Ben c'est assez rare puisqu'on est en secteur 1 donc sans dépassement d'honoraire, ils viennent déjà parce que ça coûte trop cher sur les secteurs 2, sur les psycho. Donc il y a déjà une demande d'une prise en charge remboursée. Et après avec les collègues, on a peu de réseau avec les psycho, ce qui est dommage. »
- Psy05 : « Oui s'il y a une demande de thérapie particulière ou quelque chose comme ça. »
- Psy06 : « Alors, ça c'est surtout pour les psychiatres qui restent dans une position de prescription. J'ai une patiente qui voit un psychologue en même temps que moi. Autrement, je ne le sais pas. On peut très bien ne pas le savoir. »
- Psy07 : « Pour une psychothérapie, je le fais rarement, car je suis déjà psychothérapeute. »
- Psy08 : « On va dire, globalement à la louche, 50 %. Là je parle pour mes patients à moi car on a tous une file active différente. Moi je dirais presque 50 % voient le psychologue ou ont besoin de le voir pendant un certain temps. »
- Psy09 : « Oui. Parfois c'est ça mais c'est aussi l'inverse. C'est eux qui nous envoient un patient. Parfois c'est le patient qui a fait la démarche lui-même. Il a déjà vu un psychologue et puis il voit un psychiatre ou alors le psychologue le renvoie vers un psychiatre. »

- Psy10 : « *Oui. [...] Soit pour des thérapies très ciblées, donc quand ça nécessite, par exemple, un travail analytique que moi je fais pas ici parce que je peux pas faire. Soit pour de l'EMDR, soit pour de l'hypnose, des choses que nous on ne fait pas ici. Et aussi, pour certains patients qui ont besoin d'un étayage, pour ne pas être le seul interlocuteur. »*
- Psy11 : « *Ah oui. Oui oui oui oui. [...] Dans le cas où la psychothérapie peut résoudre des problèmes. Je les envoie vers un psychologue, oui. »*
- Psy12 : « *Je dirais plus d'une fois sur deux, peut-être deux fois sur trois. Environ 2 fois sur trois. »*

5. Urgences et risque suicidaire

a) Urgences

Cette étude portant sur la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres, il nous a paru important de demander si les psychiatres réservaient des plages d'urgences dans le cas où un médecin généraliste devait leur adresser rapidement un patient dépressif. Dans le secteur public, il y a toujours une permanence infirmière apte à accueillir un patient dépressif si besoin. Pour les psychiatres libéraux, aucun de ceux interrogés n'a de créneaux réservés pour les cas urgents. Cependant, Psy05 s'étant installé 1 mois seulement avant l'entretien, ce problème ne s'est jamais posé. Pour les autres médecins libéraux, même s'ils n'ont pas de créneaux d'urgences, il leur arrive de modifier leur agenda pour voir un patient dépressif en consultation à la demande du généraliste. Cette question a été ajoutée au questionnaire à partir de Psy02.

- Psy02 : « *Oui. Il n'y a pas forcément de créneau médecin mais il y a des créneaux infirmiers où effectivement il y a des accueils d'urgences qui peuvent les recevoir. Habituellement, ici la manière de comment ça se passe, c'est plutôt orienter vers le CPAA. Le CPAA qui est donc l'unité d'urgence de Saint-Vincent et qui, eux, ont des consultations d'urgence donc 24 heures sur 24, qui ont une unité d'hospitalisation de je ne sais plus combien de lits. Je pense 20 lits. Et donc on oriente souvent là-bas. »*

- Psy03 : « Ben pas vraiment. J'ai plutôt des créneaux d'urgences pour les patients que je suis. »
- Psy04 : « J'en ai pas réservé mais c'est moi qui fais de la place dans mon agenda. J'ai un agenda relativement "light" où je fais 20 à 25 heures par semaine. Donc je peux en mettre en fin d'après-midi ou en fin de matinée quand il y a besoin. »
- Psy05 : « Je viens de m'installer, donc le problème ne se pose pas pour l'instant. Après, à terme je pense que je vais me débrouiller pour, allez, voir dans les 48 heures au plus tard. »
- Psy06 : « J'ai pas un créneau spécifique mais je m'arrange. J'essaie de m'arranger pour que ce soit dans la semaine. Mais c'est pas dans la journée. Ça je peux pas. »
- Psy07 : « J'en ai pas, mais en même temps toutes les fins de journées, je peux essayer de dégager une disponibilité pour prendre une urgence. [...] Je me débrouille quand même pour que soit dans la journée, soit dans les 3 jours, je puisse voir les urgences que j'essaie d'appréhender au téléphone. Quand par exemple le médecin généraliste téléphone directement, c'est qu'il en a besoin urgemment, donc je me débrouille. »
- Psy08 : « S'ils essaient de me contacter personnellement, ça peut être un peu compliqué ; par contre s'ils essaient de joindre un médecin psychiatre quel qu'il soit, on essaie de s'arranger pour qu'il y ait chaque jour un médecin psychiatre ici en consultation. Donc si un médecin généraliste veut joindre un médecin psychiatre juste pour lui soumettre une situation, il peut le joindre. À défaut, on a nos collègues infirmiers qui font une permanence infirmier pour les consultations et aussi une permanence téléphonique si le médecin généraliste a besoin d'adresser un patient ici. Et s'ils veulent adresser immédiatement pour un avis, la permanence infirmière est fait pour ça, pour les créneaux d'urgences. »
- Psy09 : « Nous on n'a pas de créneau d'urgence. C'est compliqué de mettre ça en place parce qu'on n'a pas des urgences toutes les semaines quoi. Et comme les agendas, ça bouge pas mal, si on commence à faire ça, on va avoir des trous dans nos agendas. C'est compliqué quoi. Après s'il y a une demande urgente, on trouve toujours le moyen je pense. Mais pour l'instant ça va quoi. »

- Psy10 : « *Non. On fonctionne pas comme ça. Mais par contre, quand les généralistes appellent pour demander une prise en charge en urgence, on s'arrange. On pouvait le faire il y a 3 ans lorsqu'on s'est installés mais progressivement on peut plus le faire parce qu'on arrive à saturation, donc la marge de manœuvre qu'on a est de plus en plus réduite. »*
- Psy11 : « *Non. C'est toujours sur rendez-vous et je refuse d'entrer dans l'urgentisme. S'il y a urgence, il y a les hôpitaux. Chacun son rôle. [...] Si un médecin généraliste m'appelle et me dit qu'il y a une urgence, je l'interroge et quelquefois je l'accepte. Pas toujours, parce que bon, si je l'accepte, j'accepte tout. »*
- Psy12 : « *Alors pendant un temps, au niveau du CMP, on avait identifié des créneaux et en fait chaque collègue prenait un créneau une fois par jour. On s'est rendus compte finalement que ces créneaux étaient pas tellement utilisés parce que les infirmières nous sollicitaient directement, nous parlaient entre deux rendez-vous pour nous parler de patients et on réglait les choses comme ça. Donc on a enlevé ces créneaux-là. Donc l'urgence c'est une infirmière, il y a toujours une permanence infirmière du lundi au vendredi. Après, elle sollicite le médecin qui est présent sur la demi-journée au CMP. »*

b) Risque suicidaire

Nous avons demandé à Psy01 comment il gérait les risques suicidaires. Le questionnaire utilisé a par la suite évolué à partir de Psy02 et nous avons demandé aux psychiatres s'il y avait une collaboration avec le médecin généraliste dans le cadre de la prise en charge de patients dépressifs présentant un risque suicidaire. Certains comme Psy03, Psy06, Psy09 contactent le médecin généraliste par téléphone lorsqu'ils hospitalisent leurs patients. Psy02, Psy08 préviennent par courrier. Psy11 et Psy12 contactent le médecin généraliste à la fois par téléphone et par courrier pour l'informer du risque suicidaire. Psy08 n'hésite également pas à faire intervenir le médecin généraliste si la situation l'exige en lui demandant de passer à domicile. Psy04 et Psy05 collaborent avec le médecin généraliste dans la prise en charge du

patient qui nécessite un avis dans l'urgence, en voyant le patient en consultation rapidement.

Tableau 18 : Collaboration avec le médecin généraliste pour les patients présentant un risque suicidaire

Psychiatres	Collaboration avec le médecin généraliste pour les patients présentant un risque suicidaire
Psy02	Information par courrier si hospitalisation
Psy03	Appel téléphonique si hospitalisation
Psy04	Collaboration dans la prise en charge
Psy05	Collaboration dans la prise en charge
Psy06	Appel téléphonique si hospitalisation / Collaboration avec le généraliste si refus d'hospitalisation
Psy07	Pas de collaboration
Psy08	Appel téléphonique au généraliste si refus d'hospitalisation du patient / Demande au généraliste de passer au domicile si urgence
Psy09	Appel téléphonique au généraliste si hospitalisation et si patient adressé par un généraliste
Psy10	Pas de collaboration
Psy11	Appel téléphonique / Courrier au généraliste
Psy12	Appel téléphonique / Courrier au généraliste

- Psy01 : « Ça dépend de chaque secteur, dans le sens où ici, dès qu'il y a des idées suicidaires franches, exprimées avec une envie de passage à l'acte, on peut les transférer au CPAA qui gère du coup l'urgence, la crise et donc soit en soin libre, soit sous contrainte. Quand on était à Douai, on avait un centre d'accueil et de crise. Le CPAA c'est un peu le même fonctionnement, sauf qu'ils ne sont pas focalisés seulement sur la crise suicidaire, c'est vraiment une zone tampon où tu peux avoir des psychotiques décompensés. Après, on peut gérer avec le CMP quand les idées suicidaires ne sont pas vraiment franches, qu'elles ne sont pas scénarisées, qu'il n'y a pas forcément de date prévue, on peut essayer de temporiser, prendre un rendez-vous un peu plus rapidement avec

l'infirmier référent en disant qu'il y a le CPAA qui existe et qu'ils peuvent les recontacter et recontacter le CMP. On recontacte aussi parfois la famille pour prévenir, si le patient est d'accord. »

- *Psy02 : « Si c'est possible, on va vers le CPAA. Si c'est pas possible, éventuellement, parmi les outils qu'on a, c'est de revoir plus souvent le patient. On peut aussi mettre en place une infirmière libérale qui va s'occuper du traitement matin et soir, ce qui fait qu'il y a une présence quotidienne ou pluriquotidienne. Et puis nos infirmiers du CMP peuvent faire des visites à domicile aussi. Et de toute façon on donnera les coordonnées du CPAA à la personne. On leur dit aussi que le CMP c'est sur rendez-vous mais qu'on peut venir aussi comme ça, en consultation spontanée. On peut rencontrer la famille aussi si la personne ne veut pas être hospitalisée mais qu'il vit en famille. »*

Lorsqu'on demande s'il y a une collaboration avec le médecin généraliste dans le cadre de la prise en charge d'un patient présentant un risque suicidaire, voici sa réponse :

« Ben ça peut. Par exemple dans le courrier, je vais mettre qu'on a mis en place une infirmière libérale pour l'informer. Mais c'est vrai que ça ne m'est jamais arrivé de l'appeler pour lui dire "je suis embêtée, il ne veut pas être hospitalisé" mais ça serait possible. Mais pas spécialement en effet. On essaie de trouver nos propres solutions... On a quand même un arsenal assez large que n'a pas un généraliste. Et puis souvent, les patients, quand les patients étaient hospitalisés à Lommelet, ils pouvaient être réticents à une hospitalisation. Le CPAA, ça a bien aplani les choses puisque c'est Saint-Vincent, c'est une unité d'accueil... Après, il y a aussi le réseau de cliniques privées dont on se sert un petit peu. »

- *Psy03 : « C'est pas évident. C'est plus moi qui appelle pour prévenir et dire "voilà ce qui se passe... ", "j'envisage une hospitalisation à la maison Fleury... " »*
- *Psy04 : « Je l'ai fait une fois récemment. Il y avait un patient qui venait, le médecin traitant était un peu perdu, il savait pas du tout le gérer. Donc je l'ai revu sous 2 jours le patient, ce qui a beaucoup rassuré le patient et le médecin traitant et puis en fait lorsque je l'ai vu, la crise était passée. Donc oui, on collabore dans des cas comme ça et on collabore aussi quand il y*

a des dépendances aux traitements, aux benzo et tout ça. On se met d'accord sur qui est le prescripteur. Ça évite qu'il y ait plusieurs ordonnances et que le patient essaie de le faire à l'envers... »

- *Psy05 : « Oui. Une fois, un médecin généraliste m'a appelé pour un patient pour lequel elle était inquiète, qui avait des idées suicidaires et je l'ai vu le lendemain. J'ai modifié son traitement. Et elle l'a revu assez rapidement. »*
- *Psy06 : « Oui j'essaie. Je l'appelle s'il faut une hospitalisation. Mais vous savez, les gens sont hospitalisés s'ils le veulent. S'ils ne veulent pas, ils y vont pas. [...] Dans ces cas-là, je demande au médecin généraliste d'essayer de le persuader. J'essaie de faire ce que je peux. Je demande au médecin généraliste ce qu'il pense faire, s'il peut passer un peu plus souvent... »*
- *Psy07 : « Oui. En général c'est lui qui m'appelle. Parce que c'est souvent lui qui est en difficulté. Moi lorsque je vois un patient présentant un risque suicidaire, ce que je fais moi, évidemment ça dépend des situations, si la personne est entourée, j'essaie de travailler avec les proches et je leur demande d'accompagner le patient aux urgences. »*

Lorsqu'on demande ensuite à Psy07 s'il prévient le médecin traitant que son patient va aux urgences, voici sa réponse :

« Pas nécessairement. »

- *Psy08 : « Si nous on estime qu'il y a un degré d'urgence, on le garde. S'il est accompagné de sa famille, on voit également la famille pour lui expliquer la situation, pour leur expliquer l'opportunité de l'hospitalisation et qu'il y a un risque s'il quitte le CMP. Donc on essaie avant tout de convaincre le patient d'accepter cette hospitalisation à partir d'ici. S'il ne veut pas, on explique le risque à la famille. Si la famille décide de mettre en place une mesure de contrainte, on la met en place ici. On n'a pas toujours le temps d'appeler le généraliste. Mais une fois que les choses se calment, une fois que le patient est hospitalisé, on adresse un courrier pour dire voilà "vous nous avez adressé monsieur Untel, voilà ce qui s'est passé, on a été amenés à l'hospitaliser en urgence". De là où il est, notre collègue généraliste, que voulez-vous qu'il fasse ? Il va pas faire grand-chose quoi. Par contre, si on est dans une situation d'urgence et qu'on n'a*

pas vu le patient, si c'est la famille qui vient ici nous alerter de l'urgence, là on appelle le généraliste pour lui demander d'aller au domicile du patient. Parce que nous on ne peut pas intervenir à domicile. Seul le généraliste peut intervenir à domicile. On lui explique la situation : " voilà, la famille a été reçue et été très inquiète, voilà ce qui se passe, pourriez-vous évaluer le patient" quitte à soit nous le réadresser ici soit, si c'est trop tard, l'adresser aux urgences. »

- *Psy09 : « Oui. Soit je vois le patient et il est consentant. Soit je vois que c'est urgent, il faut l'adresser aux urgences. »*

Lorsqu'on demande ensuite à Psy09 s'il prévient le médecin traitant que son patient va aux urgences, voici sa réponse :

« Ça dépend. Soit c'est le généraliste qui me l'adresse et donc voilà, je l'appelle. Soit c'est pas le cas mais je fais un courrier. Après, avec les secteurs, c'est parfois galère. »

- *Psy10 : « Si le médecin généraliste l'envoie à moi en tant que psychiatre, je considère que je vais pas l'emmerder avec ce truc, ça devient mon problème. Je suis spécialiste, donc c'est à moi de gérer le truc, je vais pas l'embêter alors qu'il l'adresse à un spécialiste tout justement parce qu'il s'en sort pas. Je vais pas l'appeler pour lui dire que je m'en sors pas moi-même. »*
- *Psy11 : « Ah ben bien sûr. S'il y a des risques suicidaires importants, j'appelle le généraliste. J'en informe par téléphone. Je l'informe aussi par courrier. Si le malade est réticent pour l'hospitalisation, je l'informe par téléphone, je l'informe par courrier rapide. Et j'incite le patient à se faire hospitaliser parce que moi je leur dis que je peux pas les prendre en charge. Les traitements antidépresseurs, c'est un traitement qui peut tuer aussi. »*
- *Psy12 : « Si un patient vient ici pour une dépression, il y a un risque suicidaire, et qu'il faut l'hospitaliser, on l'hospitalise et on informe le médecin traitant. S'il y a un risque suicidaire mais sans passage à l'acte immédiat et qu'on peut démarrer le suivi ambulatoire, du coup on contacte le médecin généraliste souvent par courrier, là, du coup. Et ça peut se faire par téléphone s'il y avait un risque. Ou bien s'il y a un risque et que le*

patient ne veut pas être hospitalisé, du coup, là on s'aide soit du médecin généraliste, soit de la famille. »

6. La collaboration avec les médecins généralistes

a) Le courrier du médecin traitant

Au fil des entretiens, nous avons constaté que les médecins généralistes reprochaient aux médecins psychiatres de ne pas communiquer suffisamment, notamment par courrier. Nous avons donc décidé, à partir de Psy02, de demander si les psychiatres recevaient eux-mêmes un courrier de la part du médecin traitant lorsque ce dernier leur adressait un patient dépressif.

Tableau 19 : Courrier d'adressage écrit par le médecin généraliste

Psychiatres	Courrier d'adressage par le généraliste	Ce qu'aimeraient voir figurer les psychiatres dans le courrier d'adressage
Psy02	Souvent	Traitements antérieurs
Psy03	20%	Traitements actuels, antécédents, allergies
Psy04	~ 50%	Antécédents, traitements actuels et antérieurs, diagnostic
Psy05	50%	Antécédents, traitements actuels +/- traitements antérieurs
Psy06	80%	Traitements
Psy07	80%	Antécédents, traitements
Psy08	90%	Antécédents, traitements
Psy09	90%	Traitements actuels et antérieurs
Psy10	80% - 90%	Antécédents, traitements
Psy11	~ 75 %	Antécédents
Psy12	50% - 70%	Antécédents, évolution de la maladie

- Psy02 : *« C'est souvent. C'est pas un courrier de 3 pages bien sûr. Mais c'est quasiment systématique. »*
- Psy03 : *« Alors ça, on le déplore un peu. Parce que nous, on fait un courrier dans le cadre du parcours de soins. Je trouve qu'il y a des médecins généralistes qui font un petit courrier dactylographié avec les antécédents et le traitement. Et puis il y a les médecins qui ne font pas de courrier du tout. Ou il y a les médecins qui mettent sur leur ordonnance « consultation psy », point. »*
- Psy04 : *« Assez régulièrement, je dirais la moitié du temps. De toute façon, je considère tout le temps que ce sont des prises en charge*

coordonnées, qu'ils ont été adressés pour qu'ils aient le remboursement complet. Des fois c'est des gros courriers, sinon en général « merci de recevoir... syndrome anxiodépressif... » et puis c'est suffisant. De toute façon, moi après je refais toute mon anamnèse. Il me faut ses antécédents, son traitement habituel et puis voilà. Et en général c'est fait. »

- *Psy05 : « Je dirais 50-50. 50 avec, 50 sans. Mais la plupart viennent quand même en disant oralement "c'est le docteur Machin qui m'envoie." Et ça me suffit. Après je suis quand même ravi s'ils me font un courrier avec tous les antécédents, et cetera. »*
- *Psy06 : « J'ai 80 % de patients avec un courrier du médecin généraliste. »*
- *Psy07 : « C'est quasiment 100 %. Allez, 80 % quoi. Mais même s'ils arrivent pas avec un courrier explicite, il y a quand même eu un échange qui a été fait. »*
- *Psy08 : « Adressés par le médecin traitant avec un courrier, 90 %. Rares sont les patients qui viennent et qui disent qu'ils viennent de la part du médecin traitant et qu'ils n'ont pas de courrier. »*
- *Psy09 : « Globalement 90 % »*
- *Psy10 : « On le demande pour tous. Enfin les secrétaires le demandent systématiquement, de venir avec un courrier, mais en réalité il y a des patients qui oublient ou qui ont pas le temps de voir le médecin... On va donc le dire 80 à 90 %. »*
- *Psy11 : « Je pense que c'est à peu près 3 sur 4. »*
- *Psy12 : « Plus de la moitié. Il y a aussi beaucoup de patients qui disent venir sur les conseils de leur médecin généraliste et où là il n'y a pas forcément de courrier. Mais sinon je dirais, entre 50 et 70 %, les patients ont un courrier. »*

En outre, au cours des entretiens, certains psychiatres nous ont fait part de l'insuffisance d'étayage dans le courrier :

- *Psy02 : « C'est souvent "merci de prendre en charge Machin qui a un syndrome dépressif", et voilà. »*
- *Psy06 : « C'est assez light. »*

- Psy08 : « *Il est pas suffisamment étayé mais il est suffisamment explicite pour qu'effectivement la prise en charge soit pertinente. On sent que derrière, le médecin généraliste a besoin d'une aide complémentaire et d'un avis spécialisé, soit pour un avis thérapeutique, soit pour une prise en charge beaucoup plus régulière et beaucoup plus approfondie.* »

Nous avons également demandé aux psychiatres quels éléments ils aimeraient trouver dans le courrier d'adressage écrit par le médecin traitant. Le traitement actuel et les antécédents ont été mentionnés chacun sept fois et donc sont les éléments qui reviennent le plus souvent. Puis vient le traitement antérieur qui a été mentionné quatre fois.

- Psy02 : « *Peut-être que ce qui est important, c'est s'il y a eu d'autres traitements essayés avant car ça, les patients sont incapables de nous dire ses traitements antidépresseurs, anxiolytiques, entre les génériques et les noms classiques... Donc s'il y a des traitements antérieurs, c'est important qu'on les ait. Mais sinon les éléments cliniques, on les cherche de toute façon.* »
- Psy03 : « *Je vous remercie de prendre en charge... qui présente... depuis... Son traitement actuel comprend... Ses antécédents médicaux, chirurgicaux. Les allergies... Ça ferait gagner du temps.* »
- Psy04 : « *Les antécédents, le traitement, la grande orientation diagnostique qu'ils ont. On n'a pas besoin d'un truc très précis mais juste dire globalement le gros problème, après le patient va nous le réexpliquer. Mais en tout cas moi, ça m'est utile d'avoir le traitement qu'il a, s'il a essayé d'autres traitements avant, les grandes pathologies et peut-être les antécédents familiaux des fois. Par exemple s'il y a des troubles de l'humeur dans la famille.* »
- Psy05 : « *Les antécédents, les traitements, surtout ça. Ce qui a déjà été éventuellement essayé.* »
- Psy06 : « *Une ordonnance. C'est ça qui m'intéresse. Parce que je sais qu'il ne va pas tout mettre.* »
- Psy07 : « *Je pense qu'un traitement avec les antécédents, ce serait déjà bien pour commencer* »

- Psy08 : « *Bah les antécédents. Les thérapeutiques actuelles, le dernier traitement en cours. »*
- Psy09 : « *Surtout les traitements actuels et antérieurs car ça, le patient sait pas toujours nous le donner »*
- Psy10 : « *Moi, à la base je demande un courrier aussi pour avoir tous les antécédents médicaux et les traitements qui sont en cours, pour pas passer à côté d'un truc organique, l'hypothyroïdie, les antécédents de néo, les antécédents neuro... C'est quand même bien d'avoir ces infos-là quand les patients sont adressés. »*
- Psy11 : « *J'aimerais savoir, par exemple, les antécédents. Est-ce qu'il y a eu des épisodes de dépression ou pas. Les généralistes généralement n'y pensent pas. »*
- Psy12 : « *Ce qui est important pour nous, c'est de connaître les antécédents médicaux et psychiatriques, l'évolution de la maladie, depuis quand... »*

b) Communication avec le médecin généraliste

Un nombre non négligeable de médecins généralistes ayant participé à cette étude se sont plaints de la communication avec les psychiatres qui serait, selon eux, insuffisante. Nous avons donc demandé aux psychiatres s'ils écrivaient systématiquement un courrier aux médecins traitants suivant le patient dépressif pour les informer de la prise en charge en cours. Les réponses sont variables. Ainsi Psy02, Psy04, Psy05, Psy08, Psy09 et Psy12 font un courrier systématiquement après la première consultation. Psy11 préfère faire un courrier après la seconde consultation puis un courrier quasiment après chaque consultation. Certains comme Psy02, Psy04, Psy05, Psy08, Psy09, Psy10 et Psy12 font un courrier lorsqu'ils instaurent ou modifient un traitement. Psy07 dit faire des courriers systématiques lorsque le patient est en arrêt de travail suite à un burn-out. Psy05 admet ne pas faire suffisamment de courriers aux médecins généralistes mais remarque que les médecins généralistes ne font pas non plus beaucoup de courriers.

- Psy01 : « C'est variable en fonction des CMP. À Douai, il y avait systématiquement un courrier qui explique au médecin traitant comment il était orienté : soit suivi psychologue, soit suivi psychiatre, soit suivi interne psychiatrie. Et habituellement, ma chef au CMP de Douai aimait bien qu'on envoie régulièrement un courrier au médecin traitant avec le traitement, la modification du traitement. C'est le premier CMP où je voyais ça. Dans les autres CMP, j'y suis passé qu'une demi-journée dans la semaine donc j'avais pas beaucoup de suivi, mais je pense que c'était beaucoup moins systématique dans le sens où quand on changeait un traitement, on n'envoyait pas forcément un courrier pour informer. »
- Psy02 : « Moi, à la fin de la première consultation, normalement je fais un copié/collé de mon observation et je fais un petit courrier. Après pas pour les consultations suivantes, à part s'il y a un gros changement de traitement en cours de route. »
- Psy03 : « Oui je fais des courriers, mais pas forcément systématiquement. »
- Psy04 : « J'envoie toujours un courrier en fin de première consultation au médecin généraliste, sauf exception. Je fais un retour si un traitement est instauré et un courrier de fin de prise en charge en général, sauf si le patient arrête de revenir. Moi, personnellement ça va, et les généralistes m'envoient assez facilement un courrier. »
- Psy05 : « Je sais, ouais. Certainement pas assez. Déjà, lorsque j'instaure un traitement je fais forcément un courrier. Pareil si je le modifie. Après, si je fais de la psychothérapie, je pense que je leur fais un courrier au début en disant, voilà je leur ai proposé une prise en charge par psychothérapie et après je fais pas forcément de courrier à chaque séance [...] Le médecin généraliste aussi ne fait pas beaucoup de courrier. »
- Psy06 : « Pas toujours. Non, c'est vrai que je ne prends pas toujours la peine de dire que j'ai fini la thérapie. Je suis pas certain que les patients veulent ce genre de chose. »
- Psy07 : « Oui, pas systématiquement, ça dépend. Par exemple, les patients qui viennent sans être adressés par le médecin traitant, là je dirais que ça dépend de beaucoup pour quoi ils viennent. Je prends un exemple, un burn-out professionnel, donc ça c'est clair je fais des courriers

extrêmement fréquents et assez circonstanciés, à la fois pour le médecin traitant qui est amené à prescrire les arrêts maladies donc c'est important pour lui de savoir ce qu'il en est de la prise en charge. Mais aussi dans l'articulation avec le médecin conseil de la Sécu ou la médecine du travail, c'est important de bien communiquer. Donc là pour le coup, dans le registre de la souffrance au travail, c'est du systématique pour moi d'établir un lien écrit. Après, il y a plein d'autres situations où je vais pas forcément faire un courrier explicitant le travail de psychothérapie qui se fait, comme dans un deuil, mais je reste à disposition. Et si le médecin traitant a besoin de moi de façon concrète, notamment en termes de poursuite d'arrêt maladie, là je fais un courrier. »

- *Psy08 : « Par courrier oui. Sauf si le patient nous rétorque qu'il va voir le médecin demain. Donc on sait pertinemment que le courrier ne va jamais arriver donc soit on remet en main propre au patient ou si quelque chose nous embête dans ce qu'on va noter dans le courrier, dans ce cas-là on prend la peine de joindre le généraliste par le téléphone. Ce qui n'est pas toujours évident de notre côté, parce que des fois on arrive à le joindre quand il est dans son cabinet, c'est très simple, la secrétaire nous le passe, par contre quand il est en visite, c'est pas toujours évident de pouvoir le joindre. [...] Mais j'insiste bien, première consultation, courrier systématique. Après c'est pas forcément systématique, c'est en fonction de l'évolution, en fonction du changement thérapeutique, en fonction de beaucoup de choses. »*
- *Psy09 : « Moi j'ai tendance à faire des courriers, mais après peut-être pas assez, je fais toujours un courrier après la première demande, quand il y a des changements de traitement, des choses comme ça. J'en fait pas non plus à chaque consultation parce que ça n'a pas d'intérêt et inonder les médecins généralistes de courriers... Ils ont pas le temps. Il y a des généralistes qui envoient un courrier via le patient quand ils trouvent que ça va pas ou qu'il y a un problème. Donc globalement ça va quoi. Mais des fois on a aussi du mal à avoir un retour du généraliste, savoir comment ça se passe avec le patient. »*
- *Psy10 : « Oui on essaie de faire des courriers régulièrement. Alors pas à chaque consultation, c'est pas forcément pertinent et c'est pas réaliste.*

Mais régulièrement ils ont un courrier. En phase aiguë, on peut faire un courrier quasiment à chaque consultation ou quand il y a des modifications de traitement, quand il y a une vigilance particulière parce qu'il y a un risque suicidaire, il y a un arrêt de travail... Après, quelqu'un qui est stabilisé et dont le traitement ne change pas, je peux faire un courrier tous les 6 mois. »

- *Psy11 : « J'envoie un courrier après la deuxième consultation. Et s'il y a une prise en charge au long cours, j'envoie un courrier quasiment à chaque fois que je vois le patient dépressif. Surtout pour éviter des changements intempestifs de traitement. Pour leur dire qu'il ne faut pas changer tel traitement parce que le généraliste, parfois par inexpérience, leur dit d'arrêter le traitement lorsque le patient leur dit "ah j'ai mal à la tête". »*
- *Psy12 : « Oui systématiquement après la première consultation par courrier. Après s'il y a des changements de traitement, souvent je fais un courrier. Après ça dépend. Où je ne fais plus beaucoup de courrier, c'est quand le patient va mieux, au bout de quelques mois c'est toujours le même traitement et même si le patient est suivi pour une psychothérapie de soutien, là je ne fais pas forcément du courrier systématique. Mais sinon oui, le médecin généraliste est systématiquement informé du retour, au moins de la première consultation. »*

Nous avons demandé également aux médecins psychiatres s'ils étaient facilement joignables. En effet, MG02, par exemple, disait qu'il était facile de contacter un psychiatre du CMP mais qu'il était plus difficile de joindre le psychiatre suivant son patient dépressif. Pour mémoire, Psy01, Psy02, Psy08 et Psy12 travaillent dans le secteur public et il leur arrive donc de travailler dans un CMP. Ainsi Psy01 admet qu'il peut être aisé de contacter un psychiatre mais celui-ci ne sera pas forcément celui qui suit le malade. Psy02 et Psy08 admettent également que les joindre directement peut être compliqué. Par contre, Psy12 considère être facilement joignable, dans la mesure où il fait de nombreuses demi-journées au CMP. Les psychiatres du secteur libéral admettent qu'ils ne sont pas toujours joignables directement par téléphone, mais ils disent rappeler le médecin généraliste s'il laisse un message sur le répondeur ou à la secrétaire.

À titre personnel, je peux confirmer les propos des médecins psychiatres libéraux, dans la mesure où un appel téléphonique a eu lieu pour prendre rendez-vous afin de réaliser ces entretiens et effectivement, soit c'est le psychiatre libéral qui a décroché, soit c'est une secrétaire qui a pris l'appel, soit je laissais un message sur un répondeur téléphonique. Dans les cas où la secrétaire avait pris l'appel ou dans les cas où j'avais laissé un message sur le répondeur, j'étais rappelé systématiquement dans la semaine. Concernant les psychiatres du secteur public, j'ai pu avoir Psy01 directement au téléphone. Concernant Psy02, j'ai laissé un message au CMP et j'ai été rappelé sous les 3 jours. Concernant Psy08 et Psy12, j'ai laissé un message au CMP et j'ai été rappelé au bout d'environ 1 mois.

- Psy01 : *« Ici on a toujours un médecin, soit ici, soit au G11. Mais effectivement le médecin ne connaît pas toujours le patient. »*
- Psy02 : *« C'est à eux qu'il faudrait demander, mais je pense que ce n'est pas si simple parce qu'il faut passer par le secrétariat du CMP, et vous verrez qu'on n'a pas de bureau attiré et qu'il n'y a qu'une ligne téléphonique. Par exemple, là si je suis là ce matin, au CMP, on va dire « rappelez cet après-midi ». On n'est pas si facilement joignable que ça et c'est vrai qu'on sous-utilise la voie des mails par exemple, qui pourrait être beaucoup plus simple. »*
- Psy03 : *« Oui »*
- Psy04 : *« Je suis joignable sous 2 jours en général. Mais en général, je rappelle dans la journée s'ils me laissent un message et qu'ils sont joignables dans la journée. Là où ça peut mettre 2 jours, c'est quand ils passent par le secrétariat téléphonique et je passe par le leur, et on fait un ping-pong de secrétariats pendant un temps avant qu'on se décide de donner nos numéros de portable. »*
- Psy05 : *« J'essaie de me rendre facilement joignable, j'ai un plateau téléphonique qui gère les appels. Donc si j'ai eu un médecin traitant qui m'a appelé dans la journée, je le rappelle tout de suite. »*
- Psy06 : *« Quand un médecin généraliste me laisse un message, je le rappelle. Peut-être pas dans la journée. Mais je le rappelle. Mais, généralement quand c'est un médecin, j'essaie de le rappeler dans la journée. »*

- Psy07 : « *Oui. Mais tout est relatif. En tout cas, je suis facilement joignable dans le sens où j'ai un répondeur. Si on me laisse un message, j'essaie de répondre très rapidement. Par contre, effectivement je décroche souvent mais ça m'arrive de pas décrocher lorsque je suis en consultation. Mais en général je rappelle dans la journée. »*
- Psy08 : « *Le médecin généraliste peut m'appeler du lundi au vendredi de 9h à 17h au secrétariat. Oui ils peuvent nous appeler. Mais moi personnellement non, parce que nous tous on n'est pas là tous les jours. Par exemple, en ce qui me concerne, je ne suis là que le mercredi matin et le vendredi après-midi. Le reste du temps, il peut toujours appeler là et on peut lui dire de rappeler dans telle structure. Donc il peut toujours essayer de me laisser un message. Ou si c'est pas urgent, il laisse un message avec son portable et moi dès que j'arrive je le rappelle. Donc, me joindre directement, c'est pas toujours évident parce que nous on n'est pas toujours au CMP. Si c'était le cas, ce serait plus simple. Mais comme on travaille sur plusieurs sites et comme notre planning change tous les jours, donc voilà... »*
- Psy09 : « *Moi je réponds pas forcément tout de suite parce que je suis en consultation, mais je rappelle après. »*
- Psy10 : « *Oui. Si quelqu'un appelle ici, que ce soit un patient ou un médecin, on les appelle dans la journée. Entre guillemets, il n'y a pas de délai. On a le message tout de suite des secrétaires. On a un outil informatique qui est bien fait. Et entre deux patients, on rappelle, pour nous c'est pas très compliqué. »*
- Psy11 : « *Ah oui, toujours. Pour les généralistes, je suis toujours joignable par téléphone quand je travaille. »*
- Psy12 : « *Oui, moi j'estime que oui. Je suis assez souvent sur le CMP. Je fais le maximum de demi-journées ici, donc je suis là assez souvent, j'ai les messages par les secrétaires. Donc oui ; je considère être assez disponible. »*

À partir de Psy03, nous avons demandé quel moyen de communication les médecins psychiatres préféraient utiliser pour correspondre avec les médecins

généralistes. Le courrier est revenu 7 fois, le téléphone 5 fois et Apicrypt 3 fois dans les réponses des psychiatres.

Tableau 20 : Moyen de communication privilégié avec le médecin généraliste

Psychiatres	Moyen de communication privilégié avec le médecin généraliste
Psy03	Courrier
Psy04	Courrier / Apicrypt / Téléphone
Psy05	Courrier +/- Téléphone
Psy06	Téléphone
Psy07	Téléphone
Psy08	Courrier
Psy09	Courrier / Apicrypt / Téléphone
Psy10	Courrier / Apicrypt
Psy11	Courrier
Psy12	Courrier / Téléphone

- Psy03 : « *Le courrier.* »
- Psy04 : « *Pour envoyer des courriers, c'est Apicrypt ou le courrier papier s'ils l'ont pas. Et s'il y a besoin, je passe un coup de fil. Par exemple pour un problème avec la médecine du travail, j'appelle spontanément, que ce soit le médecin traitant ou le médecin généraliste, pour se coordonner sur ce qu'on fait, comment on fait les arrêts.* »
- Psy05 : « *Avant tout le courrier, après le téléphone quand j'estime que c'est nécessaire.* »
- Psy06 : « *Le téléphone.* »
- Psy07 : « *Téléphone.* »
- Psy08 : « *Le courrier. Privilégié, c'est le courrier de liaison médicale. Le courrier tapé par la secrétaire médicale et que le médecin reçoit généralement dans la semaine.* »
- Psy09 : « *Courrier papier, Apicrypt et téléphone.* »
- Psy10 : « *Le courrier et puis le courrier électronique par Apicrypt.* »

- Psy11 : « *Par lettre. J'écris, j'écris toujours. Même si j'ai pas de lettre, j'écris au généraliste.* »
- Psy12 : « *Si c'est urgent c'est le téléphone. Sinon c'est un courrier.* »

c) Qualité de la collaboration selon les médecins psychiatres

À partir de Psy02, nous avons décidé de demander aux médecins psychiatres s'ils étaient satisfaits de leur collaboration avec le médecin généraliste. Il semblerait que dans l'ensemble, les psychiatres soient satisfaits de la collaboration, excepté pour Psy03. Psy02 nuance quand même ses propos et pense que mieux connaître les médecins généralistes serait un bon point pour améliorer la collaboration.

- Psy02 : « *Je trouve que c'est correct pour le patient dépressif ou autre sans se connaître.* »
- Psy03 : « *Ça dépend. C'est perfectible.* »
- Psy04 : « *Oui mais je pense que c'est parce que je vais vers les médecins généralistes. En gros, lorsqu'ils ont compris comment je fonctionnais, ils m'appellent assez spontanément. Mais je pense qu'il faut aller vers les généralistes pour que ça marche parce que les psy, je pense qu'on a une mauvaise culture de ce point de vue-là à la base.* »
- Psy05 : « *Bah, quand j'étais à l'hôpital j'ai trouvé ça très compliqué. Depuis que je suis en libéral, je trouve ça vachement simple. En fait, je pense que c'est comme beaucoup de choses, il suffit de connaître les gens. Quand j'étais hospitalier, je gérais 150 trucs en même temps et les gens je les avais juste au téléphone. C'était plus souvent eux qui étaient en demande, qui m'appelaient, etc. Et je devais gérer les rappels parmi un flux innombrable de tâches. Et je pense que moi j'étais pas satisfaite de pas pouvoir me rendre disponible alors que je savais que eux géraient des trucs super compliqués et qu'ils étaient tout seuls. Depuis que je suis en libéral, je me rends compte que je fais beaucoup plus de courriers et que j'appelle beaucoup plus facilement pour les tenir informés. Peut-être aussi parce que je les ai rencontrés au cours de FMC et je sais donc à qui j'ai à faire et eux savent qui je suis. Ça facilite les choses.* »

- Psy06 : « *Oui. En général les confrères, ils répondent. Quand ils ont le temps. C'est une question de temps. »*
- Psy07 : « *Pour moi, avec les personnes avec qui je travaille, elle est très bonne. »*
- Psy08 : « *Globalement elle est satisfaisante. On arrive facilement à les joindre. Quand on n'arrive pas dans la demi-journée, on rappelle dans l'autre demi-journée. On peut laisser un message au secrétariat demandant à ce que le médecin nous rappelle. Il n'y a pas de souci. »*
- Psy09 : « *Ouais après je pense qu'on a tous la tête dans le guidon. Façon de parler. [...] Globalement ça va quoi. Mais des fois on a aussi du mal à avoir un retour du généraliste, savoir comment ça se passe avec le patient. »*
- Psy10 : « *Je pense que si les médecins continuent à nous adresser des patients, nous demander des avis [...] c'est qu'ils ont de bons retours des patients. »*
- Psy11 : « *Ah moi j'ai une excellente collaboration avec eux. »*
- Psy12 : « *Oui, elle me paraît bonne. »*

d) Suggestions et critiques pour améliorer la collaboration

Nous avons demandé aux médecins psychiatres s'ils avaient des suggestions pour améliorer la collaboration ou des critiques à formuler à l'encontre des médecins généralistes. Seul Psy11 semble totalement satisfait de sa collaboration avec les médecins généralistes, dans la mesure où il n'a formulé aucune critique ou suggestion. Concernant les autres psychiatres, les suggestions ou les critiques émises concernaient tous la communication avec le médecin généraliste excepté pour Psy02. Psy12 évoque par ailleurs les changements de traitements thérapeutiques qui peuvent parfois être trop précipités de la part du médecin généraliste.

Tableau 21 : Suggestions et critiques pour améliorer la collaboration

Psychiatres	Suggestions et critiques
Psy01	Le courrier du médecin traitant devrait être plus complet
Psy02	Rencontre avec les généralistes
Psy03	Le courrier du médecin traitant devrait être plus complet et systématique
Psy04	Prendre le temps de communiquer
Psy05	Être davantage joignable par téléphone
Psy06	Être davantage joignable par téléphone
Psy07	Être davantage joignable par téléphone
Psy08	Améliorer la communication
Psy09	Être davantage joignable par téléphone
Psy10	Outil informatique commun
Psy11	Aucun reproche / Aucune suggestion
Psy12	Ne pas changer les traitement trop rapidement / Être davantage joignable par téléphone

- *Psy01 : « Qu'il y ait un minimum d'informations sur le courrier. Par exemple sur Douai, c'était "je vous oriente madame Machin pour dépression" point. Sans info, sans symptômes, sans rien du tout, on sait pas s'il y a un traitement [...] Je pense qu'il n'y a pas, entre guillemets, un fautif ou un responsable, mais si on pouvait plus facilement les joindre, ce serait plus facile. »*
- *Psy02 : « On ne les connaît pas physiquement, on ne les a jamais rencontrés, donc ça manque un peu de collaboration humaine, mais je ne suis pas sûre que ça soit corrigeable parce que eux ils ont pas le temps. »*
- *Psy03 : « Que la lettre d'adressage soit systématique avec les antécédents, le traitement... sans en faire une grande lettre. Ça serait déjà bien. »*

- *Psy04 : « Tout d'abord, il faudrait qu'on soit une nouvelle génération plus formée à la communication. [...] Il faut que les médecins gardent du temps aussi pour ça. C'est-à-dire que plus on va remplir nos agendas et moins ce sera possible de le faire. Moi j'essaie de tout faire sur une consultation qui dure une heure pour me permettre de faire les courriers et tout ça. Il m'arrive de prendre du temps pour appeler en présence du patient, donc je prends une consultation pour ça. Et aussi pour les médecins traitants, envoyer les courriers qui vont bien ou faire un petit coup de fil au niveau du secrétariat, ça me va très bien. Ça permet de savoir ce qui les inquiète eux. [...] Après, il y aura certainement des réseaux de soins qui pourraient se développer, des groupes Balint, des maisons de santé... Enfin il y a plein de choses qui peuvent se faire, mais il faut des réseaux qui permettent de le faire. Je pense que ce serait intéressant que les médecins libéraux soient un peu désenclavés parce que chacun fait un peu son truc dans son coin. Donc je pense que des espaces pour communiquer pourraient être intéressants. »*
- *Psy05 : « Non. C'est un métier suffisamment difficile. »*
- *Psy06 : « Non. J'ai pas de reproches à faire. La suggestion serait de se joindre par téléphone. Je trouve que c'est plus évident que par mail. Quand on est au téléphone, il y a plein de choses qui passent mais qui ne passeraient peut-être pas par mail ou par lettre. »*
- *Psy07 : « Moi personnellement j'aime bien le téléphone. Si on s'écrit, c'est souvent informatif. Ça rentre pas dans la densité d'une situation. Si on veut collaborer et proposer un accompagnement qualitatif, c'est vraiment le téléphone. Mais dans l'ère moderne, c'est compliqué de communiquer dans cette voie-là pour de multiples motifs, mais moi c'est ce que j'aime. »*
- *Psy08 : « Pour être honnête, avec la plupart, les choses se passent très bien. [...] Par contre, j'ai eu des retours bizarrement, selon les dires du patient, comme quoi le généraliste n'était pas des fois d'accord avec le traitement. Et c'est vrai que je pense que la collaboration pourrait encore s'améliorer dans les deux sens : effectivement si le généraliste change le traitement, il faut qu'il en parle aux patients pour qu'il nous en fasse part. Pour qu'ils nous disent voilà : "mon généraliste a changé le traitement et pourquoi il l'a changé". Même si on n'a pas de courrier, c'est pour qu'on ait*

une explication. Puisque parfois le patient arrive, il nous dit "ben oui mais il était pas d'accord avec le traitement donc il m'a mis plutôt ça". »

- *Psy09 : « Faut aussi mettre dans le contexte, en médecine générale c'est parfois le grand rush donc c'est compliqué de dire... Dans un monde parfait, ce serait bien parfois de faire une synthèse au téléphone ou des choses comme ça. »*
- *Psy10 : « Non, je pense que sur le secteur, chacun fait un peu ce qu'il peut parce que c'est un environnement compliqué, les médecins sont tous à saturation. Tous les généralistes ont un rythme de travail qui sont infernaux parce qu'ils sont pas suffisamment nombreux. Tout le monde court donc un peu et c'est donc un peu compliqué. Après je pense que l'outil, mais c'est pas encore pour tout de suite pour des raisons de sécurisation des données et cetera, ce serait qu'on ait un outil informatique commun avec une inter-opérabilité, une interconnexion sur un outil qui serait partagé. Par exemple moi je vois un patient, j'écris mon observation, le traitement, et cetera et que le médecin généraliste ait accès à ce socle commun. »*

Lorsqu'on demande à Psy10 si un dossier médical partagé lui conviendrait, voici sa réponse :

« Oui, une sorte de DMP mais peut-être aussi quelque chose qui n'a plus besoin de passer par la carte vitale du patient. »

- *Psy11 : « Pas ceux avec qui je travaille, honnêtement. Vous savez, si j'ai un problème je prends mon téléphone et je leur téléphone. S'ils ont un problème, ils prennent leur téléphone et ils me téléphonent. On est joignables. »*
- *Psy12 : « Peut-être des fois quand il y a des changements de traitement qui me paraissent, parce qu'on n'a pas toujours tous les éléments, pas forcément nécessaires de la part du médecin traitant. [...] Je pense qu'on manque de temps aussi pour pouvoir échanger par téléphone. Parce que par téléphone on dit aussi parfois des choses qu'on n'écrit pas dans les courriers et peut-être de moins en moins parce que les patients demandent de plus en plus à avoir accès à leur dossier. »*

e) Rencontre avec les médecins généralistes

Nous avons demandé aux médecins psychiatres si, selon eux, le fait de connaître personnellement un médecin généraliste améliorerait la collaboration. Excepté Psy03, Psy04 et Psy12, tous les autres psychiatres ont répondu qu'une rencontre pouvait être utile.

- Psy01 : « *Effectivement sur un CMP, un secteur, c'est intéressant de connaître le médecin généraliste car il est en première ligne, il le voit plus facilement qu'un psychiatre. »*
- Psy02 : « *C'est un peu comme dans la vie, quand on se connaît, c'est plus facile. Parce que eux, je pense pas qu'ils sont au courant des prestations qui sont offertes au CMP. Ça pourrait donc peut-être les aider de savoir qu'il y a un groupe de parole... »*
- Psy03 : « *C'est peut-être pas utile. »*
- Psy04 : « *J'ai un ami qui l'a fait. En général, c'étaient des rencontres informelles, rapides, mais au final ça change pas grand-chose. Je pense qu'ils découvrent un peu comment je fonctionne et voilà. Certains maintenant me téléphonent spontanément, maintenant que je leur ai expliqué comment ça marche. »*
- Psy05 : « *Oui, parce que du coup on s'appelle, on communique plus facilement. Et puis je pense qu'en connaissant qui je suis, c'est plus facile pour eux de donner confiance au patient parce que je pense que c'est pas encore simple d'aller voir un psychiatre. »*
- Psy06 : « *Oui. Mais il faut avoir du temps. C'est sûr que si j'étais dans un cabinet de groupe, je passerais la porte. Je leur demanderais : "alors tu l'as revu ? Qu'est-ce qui se passe ?" Ça c'est sûr, je le ferais. Mais quand il est à l'autre bout de la ville, voilà quoi. »*
- Psy07 : « *Bien sûr que oui. Bien sûr que oui. Moi je pense que c'est important pour le médecin d'avoir une bonne représentation de la personne vers laquelle il adresse un patient, la voir, savoir comment elle s'exprime... »*
- Psy08 : « *Oui. Oui parce que je pense que lorsqu'ils reçoivent un courrier de ma part, et savent qui leur a adressé ce courrier, c'est pas simplement*

un nom ou un prénom et ils savent qui, et vice-versa. Et nous on sait par qui est pris en charge le patient. [...] Moi j'accepterais volontiers de les rencontrer, mais après c'est une histoire de temps. Le leur et le mien. Mais ce serait bien effectivement s'il y avait un moyen de pouvoir les rencontrer, de pouvoir se présenter, une espèce de rencontre conviviale à l'occasion de ceci ou cela, ce serait avec plaisir. »

- *Psy09 : « Ben je pense ouais ouais. Après c'est toujours pareil, il faut le temps. On est tous bien pris entre la vie professionnelle et la vie personnelle. C'est pas évident. »*
- *Psy10 : « Oui. Quand on se connaît personnellement, c'est toujours mieux. [...] Le contact est meilleur. J'ai des collègues médecins généralistes qui ont mon portable, qui m'appellent ou qui m'envoient des messages : "j'ai vu ta patiente...". Ça peut aider. »*
- *Psy11 : « C'est toujours utile. »*
- *Psy12 : « Je dirais pas qu'elle est meilleure. C'est toujours plus agréable de travailler avec quelqu'un qu'on a rencontré au moins une fois, mais elle était bonne avant. Donc je peux pas dire que ça s'est amélioré. »*

DISCUSSION

I. Points faibles de l'étude

A. Biais d'échantillonnage

Au cours de cette étude, 12 psychiatres travaillant sur la métropole lilloise ont pu être recrutés. Cependant il s'est avéré difficile de recruter des psychiatres du secteur public. En effet, parmi les psychiatres recrutés, seuls 3 médecins psychiatres et 1 interne en psychiatrie exerçaient une activité à temps plein dans le secteur public. 2 autres médecins psychiatres avaient une activité mixte, mais elle était en grande partie libérale. Cette étude peut donc comporter un biais d'échantillonnage, d'autant plus que 6 des médecins généralistes préféraient orienter leurs patients dépressifs vers le CMP pour un suivi psychiatrique.

B. Biais lié au chercheur

Étant la seule personne ayant mené les entretiens et n'ayant reçu aucune formation sur la manière de mener un entretien semi-directif, il est donc possible qu'il y ait des biais induits par moi-même. En effet, les entretiens, pour être bien réalisés, nécessitent une posture neutre, à la fois dans les propos et dans le comportement, afin de ne pas influencer les réponses obtenues. En l'absence d'expérience dans ce domaine et bien qu'ayant fait mon possible pour rester totalement neutre, il reste possible qu'à certains moments mes paroles aient pu influencer les réponses des intervenants.

C. Biais méthodologique

Le questionnaire ayant été utilisé pour les entretiens avec les médecins généralistes avait été travaillé en amont pour durer environ 15 minutes. Le

questionnaire utilisé pour les médecins psychiatres avait été utilisé pour durer environ 20 minutes. En effet, les médecins étant généralement très occupés, nous avons donc préféré limiter la durée des entretiens, afin d'éviter que les médecins participant à l'étude ne se sentent obligés d'écourter leurs réponses car pressés par le temps. Cependant, rien ne garantit, en dépit d'une limitation de la durée des entretiens, que certains médecins aient eu un comportement d'évitement et ne se soient contentés de donner des réponses courtes aux questions.

II. Points forts de l'étude

A. La méthode

Bien que la méthode ne soit pas parfaite, notre étude a pour avantage d'avoir interrogé à la fois des médecins généralistes et des médecins psychiatres pour recueillir leurs avis. En outre, les médecins généralistes et les médecins psychiatres ont été interrogés sur la même période. Ainsi les informations recueillies au cours des entretiens réalisés avec les psychiatres ont permis d'enrichir le questionnaire destiné aux médecins généralistes, et inversement.

B. Une étude suscitant l'intérêt

Le démarchage des médecins généralistes s'est déroulé par une demande de rendez-vous après appel téléphonique. Sur les 30 appels passés, nous avons :

- Essuyé 8 refus, dont 1 refus car le médecin en question ne pratiquait plus que l'homéopathie et l'acupuncture ;
- Laisse nos coordonnées 10 fois sans que ces appels n'aboutissent à un rendez-vous ;
- Réussi à décrocher 12 rendez-vous.

Cela nous fait donc un taux de réponses positives de 40 %.

Concernant les médecins psychiatres, nous avons passé 29 appels et sommes parvenu à décrocher 12 entretiens, ce qui nous fait un peu plus de 41 % de réponses favorables. En outre, parmi les refus que nous avons essuyés, deux psychiatres étaient prêts à répondre à notre étude si les entretiens se faisaient par téléphone, une psychiatre a refusé car elle était spécialisée en pédopsychiatrie, une psychiatre avait accepté mais n'a finalement pas pu dégager un créneau pour l'entretien et un psychiatre a accepté, mais nous avons dû refuser, l'étude étant finalement terminée au moment du rendez-vous proposé. En outre, parmi les 12 psychiatres interrogés, 4 ont montré un intérêt pour l'étude et demandé de leur faire parvenir les résultats de celle-ci une fois achevée.

Bien que le taux de participation ne puisse être corrélé à la qualité d'une étude, le sujet semble avoir suscité davantage d'intérêt que nous espérions initialement.

C. Une population cohérente

Nous avons choisi de mener notre étude sur la métropole lilloise, non seulement parce qu'il nous fallait délimiter un périmètre défini pour des raisons de moyens, mais également parce qu'elle nous semblait représenter un territoire cohérent pour mener notre étude. En effet, la métropole lilloise comporte une grande offre de soins, à la fois sur le plan de la médecine générale que sur le plan de la médecine psychiatrique, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière.

III. Discussion des résultats

A. Caractéristiques des médecins ayant participé à l'étude

Tous les médecins généralistes ayant accepté de participer à cette étude exerçaient en libéral. Le nombre d'années pendant lesquelles ils ont exercé s'étale entre 2 ans et 45 ans, avec une moyenne de 19 années d'exercice. En outre, on comptait 10 hommes pour 2 femmes parmi nos médecins généralistes.

Selon un rapport de la DREES (15) daté de 2015, en France, les femmes comptaient pour 43,5 % des médecins généralistes. De plus, au niveau national, 60,7 % des médecins généralistes exercent une activité strictement libérale, 6,6 % exercent une activité mixte et 32,7 % exercent une activité salariée.

Tableau 22 : Répartition des médecins généralistes en France

Généralistes en France (n = 102 485)	Libéraux (n = 62 211)	Femme	22 645	36,40%
		Homme	39 566	63,60%
	Salariés hospitaliers ou non (n = 33 475)	Femme	19 415	58,00%
		Homme	14 060	42,00%
	Mixte (n = 6 799)	Femme	2 556	37,60%
		Homme	4 243	62,40%

Parmi les médecins psychiatres ayant participé à cette étude, 6 exerçaient une activité libérale, 4 exerçaient en milieu hospitalier et 2 exerçaient une activité mixte.

Le nombre d'années d'exercice s'étalait entre 1 an et demi (3 semestres validés pour un interne) à 35 ans d'exercice avec une moyenne d'environ 14 ans et demi d'exercices. De plus, on comptait 6 hommes et 6 femmes parmi les médecins psychiatres ayant participé à notre étude.

Selon la DREES (15), en 2015, on comptait 15 048 psychiatres sur le territoire français dont 49,3 % de femmes. 32,7 % d'entre eux exerceraient une activité libérale, 11,1 % exerceraient une activité mixte et 56,2 % exerceraient une activité salariée. Comparativement à notre étude, les femmes représentaient 50 % de notre population étudiée ce qui est donc conforme à la population des psychiatres sur l'ensemble du territoire français. Cependant, dans notre étude, 50 % de notre population exerçait une activité libérale stricte, 33,3 % exerçait en milieu hospitalier et 16,6 % exerçait une activité mixte.

Tableau 23 : Répartition des médecins psychiatres en France

Psychiatres en France (n = 15 048)	Libéraux (n = 4928)	Femme	2430	49,30%
		Homme	2548	51,70%
	Salariés hospitaliers ou non (n = 8450)	Femme	4749	56,20%
		Homme	3701	43,80%
	Mixte (n = 1670)	Femme	690	41,30%
		Homme	980	58,70%

B. Les patients dépressifs

Nous avons vu dans cette étude que les médecins psychiatres avaient un nombre non négligeable de patients dépressifs. En effet, 10 des 12 psychiatres interrogés répondaient avoir au moins 50% de patients dépressifs dans leurs patientèles. Du côté des médecins généralistes, lorsqu'on demande quelle est la proportion de patients dépressifs dans leurs patientèles, les réponses sont très variables. Cependant, seulement deux médecins généralistes ont répondu qu'ils considéraient que la proportion de patients dépressifs dans leurs patientèles ne leur paraissait pas élevée. En outre, 10 médecins des 12 généralistes interrogés ont répondu avoir, au moment de l'entretien, au moins 1 patient dépressif non stabilisé.

Au vu du nombre de patients dépressifs que les médecins psychiatres et généralistes prennent en charge ainsi que de la charge en travail que cela représente pour ces derniers, il nous semble donc intéressant d'étudier la collaboration entre ces 2 acteurs de santé et de proposer une réflexion sur des pistes d'amélioration.

C. La place du médecin généraliste

En France, le médecin généraliste constitue souvent le point de départ vers une orientation psychiatrique, d'autant plus qu'il existe dans notre pays le parcours de soins coordonnés depuis 2004. L'étude ESEMED (4) montre d'ailleurs que le médecin généraliste est dans 80 % des cas le professionnel de santé consulté pour un

problème de santé mentale en France. On pourrait donc légitimement se poser la question de savoir quelle place le médecin psychiatre laisse aux médecins généralistes après qu'un patient dépressif leur a été adressé.

Au cours de cette étude, nous avons constaté que les psychiatres accordaient une place non négligeable aux médecins généralistes. Ce dernier a en effet tantôt un rôle de médecin somaticien au regard de certains médecins psychiatres et tantôt un rôle de médecin référent selon d'autres psychiatres. Pourtant, bien que les médecins généralistes semblent garder une place centrale dans la prise en charge des patients dépressifs selon les psychiatres, le sentiment de manque de collaboration ressenti par les généralistes nous ferait plutôt penser qu'ils se sentent délaissés dans la prise en charge du patient.

D. Le traitement et le suivi des patients dépressifs par les médecins

Si un traitement médicamenteux doit être instauré, la HAS recommande que celui-ci dure au minimum 6 mois. Parmi les psychiatres interrogés, aucun ne semble s'éloigner de cette ligne de conduite. Cependant, parmi les médecins généralistes, seuls 6 médecins avaient répondu qu'ils instauraient un traitement médicamenteux pour une durée de 6 mois ou plus et 1 médecin répondait qu'il instaurait un traitement médicamenteux pour minimum 4 à 6 mois. Nous pouvons donc penser que les lignes de conduite recommandées par la HAS en ce qui concerne la durée du traitement médicamenteux ne sont pas encore totalement intégrées par les médecins généralistes. Ceci pourrait paraître inquiétant lorsqu'on sait que 85 % des antidépresseurs et des anxiolytiques sont prescrits par des médecins généralistes (16, 17). Toutefois, 9 des 12 médecins psychiatres semblent considérer le traitement instauré par le médecin généraliste comme étant adapté chez le patient dépressif.

Concernant le suivi, les médecins généralistes fixent des rendez-vous espacés de 15 à 60 jours. Les psychiatres interrogés, après instauration d'un traitement, revoient leurs patients dépressifs dans un délai s'étalant de 1 semaine à 1 mois.

Cependant 5 des 12 psychiatres interrogés voient leurs patients dans un délai inférieur ou égal à 15 jours après instauration d'un traitement. En ce qui concerne la HAS, celle-ci ne donne pas de recommandation et laisse le soin aux médecins de déterminer l'intervalle de temps entre les rendez-vous.

E. Les délais pour obtenir un rendez-vous

Nous avons vu que, pour 6 des médecins généralistes interrogés, les délais pour obtenir un rendez-vous constituaient un critère dans le choix du spécialiste auquel le patient dépressif allait être orienté. Ainsi 3 médecins généralistes préfèrent orienter leurs patients dépressifs vers un médecin psychiatre libéral car ils estiment que les délais pour obtenir un rendez-vous sont plus courts, et 2 médecins généralistes préfèrent orienter leurs patients dépressifs vers un médecin psychiatre public pour cette même raison. Un autre médecin généraliste n'étant satisfait ni des délais des psychiatres libéraux ni des délais des psychiatres publics, préfère orienter ses patients vers une psychologue.

Tous les médecins psychiatres ayant été interrogés prenaient encore des nouveaux patients dans leur file active. Nous leurs avons donc également demandé dans quels délais ils étaient capables de voir un nouveau patient dépressif en rendez-vous. Pour l'interne en psychiatrie, les rendez-vous s'obtiennent « assez vite ». Pour les psychiatres du secteur public, les délais étaient identiques et étaient de 2 mois, mais ils précisent qu'un rendez-vous infirmier peut être programmé plus rapidement. Pour les psychiatres du secteur public, ces délais s'étalaient entre 2 semaines et 6 mois. Au vu de ces délais importants, nous pouvons donc nous poser la question de l'applicabilité des recommandations de la HAS qui recommande un suivi par un professionnel en santé mentale systématiquement dans le cas d'un épisode dépressif majeur, ou s'il y a persistance ou aggravation des symptômes après 4 à 8 semaines de traitement.

Selon une étude (18) réalisée en 2017 sur le territoire national par l'IFOP pour un cabinet de conseil spécialisé en santé et dans l'assurance, le délai d'attente moyen pour obtenir un rendez-vous avec un psychiatre serait de 32 jours. Selon cette même

étude, le délai moyen pour obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste serait de 8 jours.

F. Prise en charge du risque suicidaire

Face à un patient présentant un risque suicidaire, 5 des médecins généralistes interrogés organisent une hospitalisation, 2 médecins généralistes appellent le psychiatre traitant et 3 médecins généralistes adressent le patient soit au CAC soit au CMP. Du côté des généralistes, on constate donc peu de collaboration avec le psychiatre traitant dans la prise en charge du patient suicidaire.

En ce qui concerne les psychiatres, 2 psychiatres libéraux admettent qu'il n'y a pas de collaboration avec le médecin généraliste face à un patient présentant un risque suicidaire. 7 psychiatres disent prévenir le médecin généraliste par courrier ou par téléphone si une hospitalisation du patient présentant un risque suicidaire a lieu. Un des psychiatres demande également au médecin généraliste d'appliquer un suivi plus poussé en rendant visite au malade à son domicile si une hospitalisation n'a pas lieu.

De la même façon, du côté des médecins psychiatres, on constate peu de collaboration avec le médecin traitant dans la prise en charge d'un patient présentant un risque suicidaire. La solution de l'hospitalisation ou adressage aux urgences est la plus utilisée, tant par les généralistes que les psychiatres. Dans la mesure où la densité en lits d'hospitalisation en psychiatrie dans le Nord est légèrement inférieure à la moyenne nationale (20), il nous semble important qu'une étroite collaboration entre ces deux protagonistes puisse avoir lieu afin de favoriser une prise en charge ambulatoire tant que possible. En outre, une étude (21) montrait que le médecin généraliste serait, dans une majorité des cas, consulté au décours d'un suicide. Il nous paraît donc nécessaire qu'une étroite collaboration puisse avoir lieu afin d'optimiser la prise en charge du patient.

De plus, la littérature nous confirme que les échanges de la part des psychiatres dans le cadre de la prise en charge de patients présentant un risque suicidaire est faible (23).

G. La communication

Tous les médecins généralistes affirment qu'ils envoient leurs patients dépressifs avec un courrier lorsque ces derniers sont orientés vers un professionnel en santé mentale. Selon des données statistiques, ils seraient 97 % en France à effectivement le faire (24). Les médecins psychiatres, quant à eux, se plaignaient de l'absence régulière d'un courrier d'adressage. En effet, 6 des médecins psychiatres interrogés ont répondu recevoir un courrier d'adressage dans 75 % des cas ou plus. Les 6 autres médecins psychiatres reçoivent un courrier d'adressage dans moins de 75 % des cas. Un des médecins psychiatres travaillant dans le secteur public répondra même qu'il ne reçoit un courrier d'adressage que dans 20 % des cas. Certains psychiatres se plaindront également du manque d'étayage dans le courrier d'adressage rédigé par le médecin traitant. Une étude sur la métropole lilloise (25) comparant les courriers d'adressage des médecins généralistes avec les recommandations existantes montrait d'ailleurs que ces courriers étaient souvent pauvres en informations : les traitements psychotropes en cours n'étaient pas mentionnés dans plus de 75 % des cas, et les antécédents somatiques étaient quant à eux oubliés dans environ 70 % des cas.

Ce manque de communication ne semble d'ailleurs pas être nouveau, dans la mesure où il est mentionné dans la littérature médicale (26,27). Pourtant, dans une étude menée en Haute-Normandie en 2012 (22), les psychiatres reconnaissent qu'une bonne communication avec le généraliste est importante dans la prise en charge du malade. Cependant, dans cette étude, les psychiatres expliquaient que ce manque de communication pouvait parfois être volontaire et avait pour but d'éviter que certaines informations ne soient divulguées par le médecin généraliste par mégarde aux patients.

Nous avons constaté que les médecins généralistes satisfaits de la communication avec les psychiatres étaient également satisfaits de leur collaboration avec ces derniers, et inversement. La qualité de la communication semble donc corrélée à la qualité de la collaboration. Cependant, malgré l'importance accordée à la communication par les généralistes, le critère de choix du spécialiste auquel le patient sera adressé reste davantage lié aux contraintes de ce dernier. En effet, les critères de choix du spécialiste revenant le plus souvent sont les délais pour obtenir un rendez-vous et la prise en charge financière.

Nous avons demandé aux médecins généralistes interrogés s'ils avaient des suggestions ou des critiques à formuler pour améliorer la collaboration avec les médecins psychiatres. 6 d'entre eux nous ont répondu qu'il faudrait améliorer la communication. À cette même question, 9 des médecins psychiatres interrogés ont répondu également qu'il fallait améliorer la communication.

Parmi les psychiatres, le moyen de communication privilégié était le courrier papier pour 8 d'entre eux, le téléphone pour 6 d'entre eux et Apicrypt pour 3 d'entre eux.

Enfin, même si les médecins psychiatres libéraux admettent ne pas forcément être joignables, ils affirment recontacter relativement rapidement le médecin généraliste ayant laissé un message, soit sur le répondeur, soit à la secrétaire. En ce qui concerne les médecins psychiatres du secteur public, 3 d'entre eux pensent qu'il peut être compliqué de les joindre directement, tandis qu'un autre considère que cela ne devrait pas être bien difficile dans la mesure où il effectue beaucoup de demi-journées dans le même CMP.

H. Le degré de satisfaction des médecins sur leur collaboration

Nous avons vu qu'un certain nombre de médecins généralistes n'étaient pas satisfaits de leur collaboration avec le psychiatre. Nous avons donc demandé à ces médecins généralistes si la collaboration était meilleure avec les autres spécialités médicales. Seuls 2 médecins généralistes ont répondu que la collaboration avec les médecins psychiatres était meilleure qu'avec les autres spécialités médicales. 6 médecins généralistes considèrent que la collaboration avec les psychiatres est moins bonne qu'avec les autres spécialités médicales.

Selon une étude (4), en termes de qualité de la collaboration, la France se classerait dernière parmi les pays européens avec 40 % de médecins généralistes satisfaits de leur collaboration avec les psychiatres. Dans la littérature, une autre étude (23) menée en 2004 dans les Yvelines montre que 53,9 % des médecins généralistes considèrent leur collaboration avec les psychiatres comme étant de moins bonne qualité qu'avec les autres spécialités. La littérature nous indique également que les médecins généralistes ont une meilleure collaboration avec les autres spécialités médicales qu'avec les médecins psychiatres (22).

I. Des pratiques, des attentes et une formation hétérogène

Au cours de cette étude, nous avons constaté que les pratiques des médecins généralistes étaient très hétérogènes. En effet, lorsque nous les interrogeons sur leurs manières d'évaluer la sévérité d'une dépression, nous obtenons des réponses très diverses. Ainsi, deux médecins utilisent éventuellement une échelle d'évaluation, d'autres utilisent leur « flair », d'autres recherchent des idées suicidaires, etc.

Cette hétérogénéité se constate également dans les attentes des médecins généralistes lorsqu'ils adressent leurs patients dépressifs à un professionnel en santé

mentale. Certains médecins généralistes adressent ainsi leurs patients dépressifs afin de faire une psychothérapie, d'autres veulent être confortés dans leur diagnostic ou dans leurs thérapeutiques, d'autres vont adresser systématiquement leurs patients dépressifs... Dans tous les cas, des études montrent qu'il est laborieux de juger de la pertinence ou non de l'adressage d'un patient (19,28,29).

En ce qui concerne la formation en psychiatrie, nous constatons que celle-ci est hétérogène parmi les médecins généralistes consultés. Certains ont fait un stage en psychiatrie au cours de leurs cursus, et d'autres non.

Enfin, lorsque nous demandons aux médecins psychiatres leur moyen de communication privilégié, nous remarquons une nouvelle fois une hétérogénéité dans leurs réponses. Certains souhaiteraient privilégier les communications par courrier tandis que d'autres préfèrent le téléphone ou les mails cryptés via Apicrypt.

IV. Les pistes d'amélioration

A. Améliorer la formation des médecins généralistes et psychiatres

Certains médecins pensent que la formation des médecins généralistes est insuffisante en ce qui concerne le domaine psychiatrique (19). Il est vrai qu'à l'heure actuelle, aucun stage dans un service psychiatrique n'est obligatoire dans le cursus de formation des médecins. Or, au vu des coûts croissants que pèse la dépression sur la société et au vu de l'augmentation de la prévalence de cette maladie, il ne serait pas illogique de rendre les stages obligatoires en psychiatrie au cours de l'internat. De plus, un interne de médecine générale faisant un stage en psychiatrie est, dans certains cas, cantonné à un rôle de somaticien. Il nous semble donc important que ces stages soient adaptés afin de pouvoir intégrer davantage celui-ci dans la prise en charge du patient dépressif et sous la supervision d'un senior psychiatre.

Enfin, le médecin généraliste constituant le principal acteur dans l'adressage des patients dépressifs vers le médecin psychiatre, il ne serait pas non plus déraisonnable de proposer aux internes de psychiatrie de réaliser un stage de médecine générale. De ce fait, mélanger les deux acteurs principaux au cours de stages pourrait favoriser une meilleure compréhension du travail et des contraintes de chacun. Ce genre de stage hors filière chez le généraliste est déjà possible dans certaines facultés françaises.

B. Systématisation des courriers

Nous avons vu que la communication entre médecins généralistes et médecins psychiatres laissait parfois à désirer aux yeux de certains. De plus, une étude menée dans les Yvelines (31) révélait que dans 80 % des cas, les médecins généralistes n'avaient aucun retour du psychiatre après adressage.

Nous pourrions donc envisager la systématisation des courriers de la part des médecins généralistes pour chaque patient adressé au psychiatre. En outre, nous pourrions peut-être envisager de proposer un courrier type avec un contenu minimal dans ce courrier comme les antécédents, l'historique des traitements ou tout autre élément susceptible d'intéresser le psychiatre. En effet, certains médecins psychiatres, même s'ils reçoivent un courrier d'adressage, ne trouvent pas celui-ci suffisamment étayé. Enfin, au vu de l'insatisfaction des médecins généralistes concernant la communication des psychiatres, il nous semblerait judicieux de systématiser les courriers de la part de ces derniers. Nous pensons donc qu'un courrier lorsqu'un changement de traitement a lieu ou lorsqu'il y a une rechute serait un bon début. Cependant, ceci pourrait ne pas être suffisant. Par exemple, MG02 souhaitait notamment savoir comment la psychothérapie évoluait. MG07 désirait également savoir ce qui se disait en consultation. Nous pensons donc qu'un courrier pour faire un bilan succinct toutes les 4 à 5 consultations nous semblerait judicieux.

Nous pourrions en outre émettre l'idée de formaliser le contenu des courriers des médecins généralistes comme l'avait recommandé la CNQSP en 2010 (32), mais

une étude menée en 2015 (33) tendait à montrer que l'exhaustivité de ces recommandations la rendait difficilement applicable pour les médecins généralistes. Une autre étude (19) démontrait également que la remise aux médecins généralistes d'un guide sur l'adressage n'améliorait pas la qualité des courriers d'adressage.

C. Promouvoir d'autres moyens de communication

Au cours de cette étude, nous avons demandé aux médecins psychiatres quels moyens de communication ces derniers préféraient. Même si nombre d'entre eux préfèrent le courrier papier, certains ne semblent pas contre l'idée d'utiliser davantage le téléphone ou la messagerie cryptée Apicrypt. Ces moyens de communication ont de plus l'avantage de s'affranchir de la formalité habituelle des courriers et sont donc plus flexibles dans leurs usages que les courriers. En outre, une messagerie cryptée permet également de se libérer de la contrainte du temps nécessaire pour faire parvenir un courrier médical par voie postale. Sachant qu'une étude (27) montrait que les médecins généralistes reprochaient fréquemment le manque de disponibilité des psychiatres pour fournir un conseil par téléphone, une messagerie cryptée nous semble donc être une solution intéressante. En effet, un des soucis posé par les communications téléphonique est que le médecin appelant et le médecin appelé doivent être disponibles au même instant pour communiquer. Ce problème pourrait être pallié en communiquant par messagerie cryptée.

Enfin, avec la possible généralisation du dossier médical partagé, nous pouvons aussi espérer une uniformisation des moyens de communication et une transmission plus fluide des informations entre les différents professionnels de santé. En effet, avec le DMP, les comptes-rendus de consultations avec le médecin généraliste seraient directement accessibles au médecin psychiatre et inversement. En outre, le DMP a l'avantage de pouvoir référencer les antécédents du patient mais également son traitement ou des résultats d'examens complémentaires. Ainsi, en cas d'informations manquantes tant chez le généraliste que chez le psychiatre, ces derniers auraient la possibilité de les recueillir directement dans le DMP.

D. Définir le rôle et les attentes de chacun

Nous avons vu au cours de cette étude que les attentes des médecins généralistes envers les psychiatres étaient variables d'un praticien à l'autre. Certains souhaiteraient que le psychiatre effectue une psychothérapie, d'autres voudraient une adaptation thérapeutique, etc. Cependant, il ne semblerait qu'aucun des généralistes interrogés n'exprime ses attentes envers le psychiatre dans ses courriers d'adressage. Or, si le médecin psychiatre ne sait pas explicitement pour quelle raison un patient dépressif lui est adressé, il nous paraît difficilement envisageable que celui-ci réponde aux attentes du généraliste.

De la même façon, les psychiatres semblent avoir des attentes qui varient d'un praticien à l'autre. Certains psychiatres souhaiteraient que le médecin généraliste s'occupe de la partie somatique, certains laissent le soin à celui-ci de prescrire les psychotropes, etc. Toutefois, si le psychiatre ne communique pas non plus ses attentes, le généraliste pourrait également avoir des difficultés à répondre à ces attentes. Sachant que les patients dépressifs sont généralement davantage satisfaits lorsque le médecin généraliste participe à leur prise en charge (34), il nous semble donc important que ce dernier ait un rôle et que celui-ci soit parfaitement défini. Une étude montre d'ailleurs qu'une telle collaboration structurée diminue les réhospitalisations (35).

En conséquence, expliciter dans le courrier d'adressage les attentes de chacun nous semble une proposition pertinente permettant l'amélioration de la collaboration. Cela permettrait également d'établir de manière explicite les rôles de chacun et donc d'améliorer la coordination des soins. Une étude (36) ayant travaillé sur les interactions entre les médecins généralistes et les professionnels en santé mentale a démontré tout justement que le fait de ne pas mettre au clair le rôle de chacun nuit à la qualité de la collaboration. Selon les résultats d'une autre étude (37), définir les attentes et les rôles de chacun permettait en outre une meilleure communication.

E. Mettre en place de nouveaux réseaux de soins

À l'heure actuelle, le système de soins français fonctionne sur un modèle dit *communautaire* ou *de remplacement*. Dans ce modèle, le psychiatre libéral ou l'équipe pluridisciplinaire du CMP constitue le médecin de premier contact. Ce modèle constituerait selon certains un obstacle à l'élaboration d'une collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. Ainsi, dans les Yvelines, un dispositif de soins partagés appelé RPSM78 pour « réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines sud » a vu le jour. Ce dispositif implique différents acteurs tels que les médecins généralistes mais également des psychiatres libéraux, des psychiatres hospitaliers et des psychologues. Dans cette structure, lorsqu'un patient y est adressé, un contact est d'abord établi entre un psychologue ou un médecin psychiatre qui fera un premier bilan. Par la suite, un projet de soins qui fixe les rôles de chacun est élaboré et mis en place directement en collaboration avec le médecin généraliste. Ce projet de soins pouvant impliquer directement des psychiatres ou des psychologues libéraux ou hospitaliers. Dans tous les cas, le médecin généraliste reste le médecin référent. Les résultats semblent par ailleurs plutôt bons puisque, en 2015, plus de 81 % des médecins généralistes étaient satisfaits de l'aide apportée par ce réseau (38). Une étude comparant dans plusieurs pays les différentes manières de travailler des médecins montrait d'ailleurs qu'une telle structure mélangeant plusieurs types de professionnels de santé améliorerait la collaboration (39)

À Lille, une structure appelée CPAA pour « centre psychiatrique d'accueil et d'admission » a été créée en 2011 et est le fruit d'un projet de regroupement de moyens entre l'EPSM de Lille et le secteur privé. Le CPAA a pour particularités d'avoir une unité de consultation pouvant accueillir les patients 24 heures sur 24, et ceci sans prendre en compte le secteur du patient comme le font habituellement les CMP, ainsi qu'une unité d'hospitalisation. Ce dispositif permettrait d'organiser également des rencontres entre les différents acteurs de santé intervenant, qu'ils soient psychiatres libéraux ou hospitaliers, médecins généralistes ou psychologues.

F. Communiquer sur la manière dont fonctionnent les structures psychiatriques

Au cours de cette étude, nous avons constaté que certains médecins généralistes se plaignaient des délais d'attentes pour obtenir un rendez-vous avec un psychiatre. Or, il s'est avéré que certains d'entre eux ignoraient également que le CMP du secteur proposait tout justement des rendez-vous infirmiers afin que le patient soit vu rapidement. Il nous semblerait donc pertinent que les structures psychiatriques communiquent davantage sur leurs manières de fonctionner, afin qu'une véritable collaboration puisse avoir lieu. D'après certaines données statistiques, 53 % des médecins généralistes seraient d'ailleurs prêts à participer à des rencontres sur le sujet de l'organisation des soins en psychiatrie (24).

G. Organiser une rencontre entre les différents professionnels de santé

Nous avons demandé à certains médecins généralistes s'ils avaient déjà rencontré les médecins psychiatres de leur secteur et avec lesquels ils travaillaient. Cinq médecins généralistes ont répondu par l'affirmative. En outre, ils ont tous répondu que la collaboration était meilleure avec les médecins psychiatres rencontrés. Du côté des psychiatres, 9 des 12 interrogés ont répondu qu'une rencontre avec les médecins généralistes pouvait être utile pour améliorer la collaboration. Ces rencontres pourraient avoir lieu à différentes occasions comme au cours de FMC ou au cours de réunions au CMP, afin de discuter des cas complexes et de mettre en place un projet de soin en collaboration entre psychiatres et médecins généralistes.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous pouvons effectivement confirmer que les médecins généralistes ne sont pas, en général, satisfaits de leur collaboration avec les médecins psychiatres lorsqu'il s'agit de prendre en charge un patient dépressif. Ils évaluent même leur collaboration comme étant de moins bonne qualité qu'avec les autres spécialités médicales. Ces éléments sont d'ailleurs confirmés dans la littérature.

Un des points centraux cristallisant les critiques semble être le manque de communication de la part des médecins psychiatres. En effet, ces derniers ne semblent pas donner suffisamment de nouvelles sur leurs prises en charge aux généralistes qui peut donc se sentir démunis face à un patient qui vient le voir en consultation. Cependant, il semblerait que ce soit un point que les psychiatres reprochent également aux médecins généralistes. Par exemples, certains psychiatres souhaiteraient que le courrier d'adressage soit plus étayé.

Un autre point de discordance concerne le délai pour obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin psychiatre. Dans notre étude, elle s'avère d'ailleurs supérieure à la moyenne nationale. Cependant, il s'avère que certains médecins généralistes ne sont pas au courant que des CMP de leurs secteurs ont tout justement mis en place des rendez-vous infirmiers pour pallier ce problème.

Or il nous semble important que la collaboration soit améliorée entre les médecins généralistes et les médecins psychiatres, dans la mesure où cela améliore la prise en charge des patients dépressifs et contribue à diminuer le nombre d'hospitalisation. Ces derniers admettent d'ailleurs eux-mêmes qu'ils sont davantage satisfaits des soins reçus lorsqu'une bonne collaboration est mise en place.

Pour ces raisons, nous pensons que pour améliorer la collaboration, il faudrait particulièrement améliorer la communication. Ceci passe notamment par la mise en place de courriers plus systématiques, mais également par l'usage d'autres moyens

de communication tels que les messageries cryptées ou le téléphone, qui ont l'avantage de s'émanciper des formalités d'écriture et du délai nécessaire pour qu'un courrier papier atteigne son destinataire. Il nous semble en outre important que les structures psychiatriques communiquent davantage sur leur mode de fonctionnement, afin que les médecins généralistes puissent en faire un meilleur usage. Enfin, il nous semble également important que les formations à la fois des médecins généralistes et des médecins psychiatres soient revues afin de les intégrer dans un stage commun, et afin que ces derniers apprennent à échanger et qu'ils saisissent réciproquement les contraintes professionnelles de chacun.

D'autres pistes peuvent également être évoquées comme la création d'un réseau de soins commun qui réunirait à la fois les médecins généralistes et les psychiatres libéraux et hospitaliers, ou la mise en place de rencontres entre ces différents professionnels.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Beck F., Guignard R., 2012, La dépression en France : évolution de la prévalence, du recours au soin et du sentiment d'information de la population par rapport à 2005, La Santé de l'homme, Inpes, n°421, 7-9
2. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO; 2008.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
3. Olié E, Courtet P. Dépression récurrente : facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité. L'Encéphale 2010; n°36(Suppl 5):p117-p122
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. Barnay T., Defebvre E., Troubles mentaux : quelles conséquences sur le maintien dans l'emploi ?, Études et Résultats, n°885, Drees, Juillet 2014
6. Fourcade N, Von Lennep F, Chan-Chee C, Gourier-Fréry C, Khireddine-Medouni I, SUICIDE Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2^e rapport / février 2016
7. Bull. Acad. Natle Méd., 2014, 198, n°s 4-5, 847-858, séance du 20 mai 2014

8. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Laurent F, Jouglu E. La mortalité par suicide en France en 2006. *Études et Résultats* 2009;(702)
9. B. Aouizerate. Dépression. Dossiers d'information. Août 2014. [consulté le 02/05/17]. Disponibilité sur internet : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression>
10. Institut de veille sanitaire, Weber F, Sapinho D, Chan-Chee C, Briffault X, Guignard R, et al. La santé mentale en France, surveillance et enjeux. Numéro thématique. *BEH* 2008;(35-36)
11. Dumesnil H., Cortaredona S., Cavillon M., Mikol F., Aubry C., Sebbah R., Verdoux H., Verger P., La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Études et résultats*. Septembre 2012 n°810
12. Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, Dardennes R, Lamboy B. Facteurs associés à l'adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. *L'Encéphale* 2010;36(Suppl 2):D59-D72
13. Assurance Maladie. (page consultée le 14/11/2017). Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés. [en ligne]. <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
14. Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS. Atlas de la démographie médicale en France. Commandité par le Conseil National de l'Ordre des médecins.
15. DREES. (page consultée le 26/07/2018). Effectifs des médecins par spécialité et mode d'exercice au 1er janvier 2015. [en ligne]. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rpps_medecins_-_synthese_des_effectifs_au_1er_jan2015.pdf
16. Réseau de Promotion pour la Santé Mentale 78 (page consultée le 24/07/2018). Le Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines Sud, [en ligne]. https://www.rpsm78.com/pdf/RPSM78_RAPPORT_ACTIVITE_2015.pdf

17. Ohayon M.M., Caulet M., Priest R.G., Guilleminault C. Psychotropic medication consumption patterns in the UK general population. *J Clin Epidemiol.* 1998;51:273-283
18. MC Renault. Explosion des délais pour avoir un rendez-vous chez le médecin. *Le Figaro* 2017 mars 24;20.
19. Naik PC, et Lee AS. Communication between GPs and psychiatrists. *BMJ* 1993;306(6884):1070.
20. DREES. (page consultée le 12/08/2018). L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé. [en ligne]. <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/12715.pdf>
21. Crawford MJ, Kumar P. Intervention following deliberate self-harm: enough evidence to act? *Evid Based Ment Health* 2007 ; 10 : 37-9
22. Catherine PH. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : Une enquête qualitative. [Thèse de Doctorat d'Université, Biologie et santé, Médecine générale]. Rouen: 2012.
23. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet M-P, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners's opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice.* 2005 janv;6:18-7.
24. Santé mentale. (page consultée le 13/08/2018). Santé mentale, [en ligne]. <https://www.santementale.fr/actualites/difficile-liaison-entre-generalistes-et-psychiatres.html>
25. Bazinian–Mournet T. Étude des échanges de courriers entre les médecins généralistes et les psychiatres de l'Établissement Public de Santé Mentale Lille Métropole. Thèse de Médecine Générale. Lille.2014. 77 p.

26. Cohidon C, Duchet N, Cao MM et al. La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale. *Santé publique* 1999 ; 11(3),357-362.
27. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B et al. Enquête sur la prise en charge des patients en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'encéphale* 2010.36S.D73-D82.
28. Slade M, Gask L, Leese M et al. Failure to improve appropriateness of referrals to adult community mental health services – lessons from a multi-site cluster randomised controlled trial. *Fam Pract* 2008; 25(3):181-90.
29. Newton J, Eccles M, et Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? *BMJ* 1992; 304(6830)821-4.
30. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *L'Information psychiatrique*. 2014 ; 90 : 319-22
31. Bazinian–Mournet T. Étude des échanges de courriers entre les médecins généralistes et les psychiatres de l'Établissement Public de Santé Mentale Lille Métropole. Thèse de Médecine Générale. Lille.2014.77p
32. 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.
33. Jombart G. Étude Génépsy : promouvoir la communication MG-PSY. Que pensent les médecins généralistes lillois de l'utilisation d'un courrier-type, inspiré des recommandations d'adressage ? [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale] Lille : Université Henri Warembourg Faculté de médecine ; 2015

34. Craven M.A., Bland R. Shared mental health care: a bibliography and overview. *Can J Psychiatry*. 2002;47: iS-viiiS, 1S-103S. 2 Suppl 1
35. Hansen V. Psychiatric service within primary care. Mode of organization and influence on admission-rates to a mental hospital. *Acta Psychiatr Scand*. 1987;76:121-128.
36. Gask L., Sibbald B., Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *Br J Psychiatry*. 1997; 170:6-11.
37. Catherine PH. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : Une enquête qualitative. [Thèse de Doctorat d'Université, Biologie et santé, Médecine générale]. Rouen: 2012.
38. Réseau de Promotion pour la Santé Mentale 78 (page consultée le 24/07/2018). Le Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines Sud, [en ligne]. https://www.rpsm78.com/pdf/RPSM78_RAPPORT_ACTIVITE_2015.pdf
39. Goldberg D. Psychiatry and primary care. *World Psychiatry*. 2003;2:153–7.

ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostiques de la dépression selon le DSM-V

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent).
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par exemple modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizo-affectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

La réponse normale et attendue en réponse à un événement impliquant une perte significative (deuil, ruine financière, désastre naturel), incluant un sentiment de tristesse, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peuvent ressembler à un épisode dépressif.

Pour le DSM-V, on parle d'épisode dépressif caractérisé :

- Léger : lorsqu'il n'y a pas ou peu de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ;
- Modéré : lorsque le nombre de symptômes est compris entre « léger » et « grave » ;
- Sévère : lorsque le nombre de symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic.

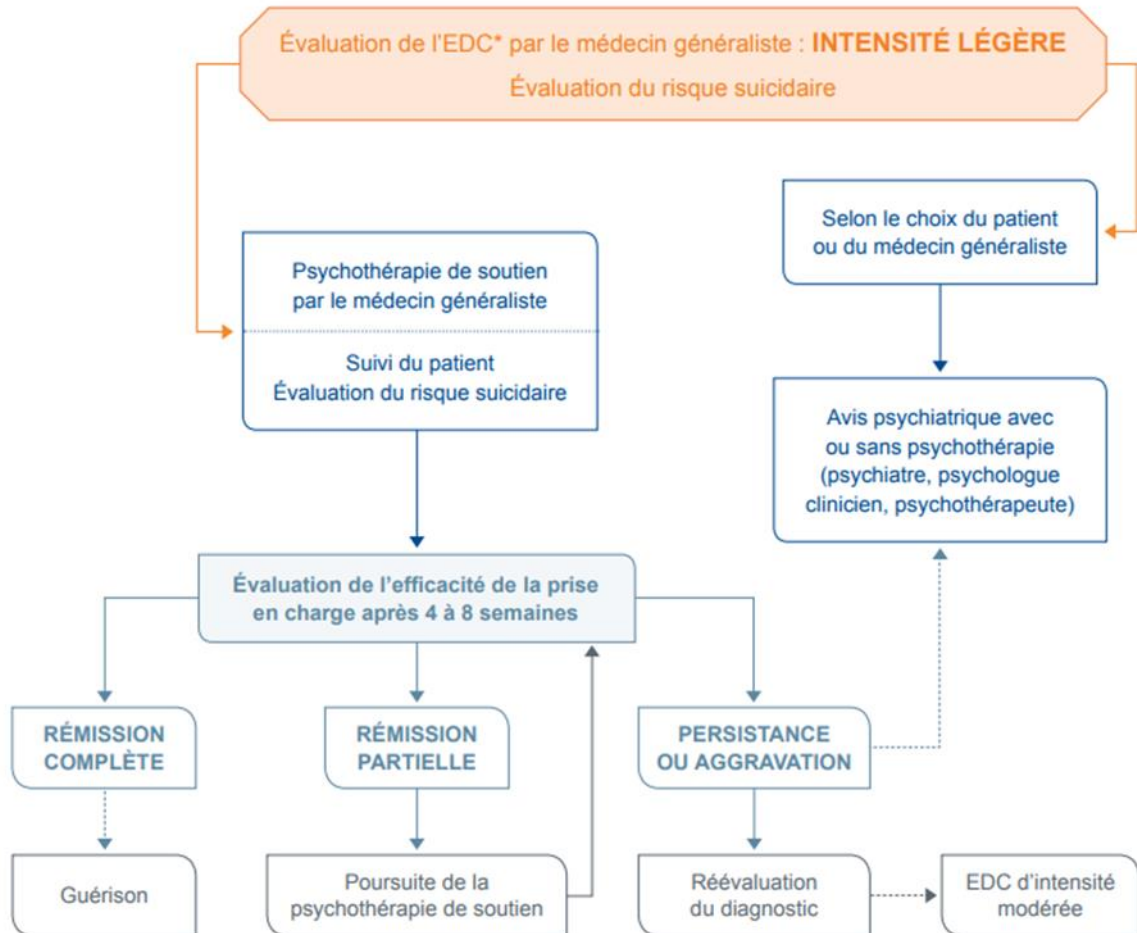
Annexe 2 : Critères diagnostiques de la dépression selon la CIM-10

- A. Présence des 3 critères généraux obligatoires suivants :
- Épisode dépressif persistant depuis au moins 2 semaines ;
 - Absence d'antécédents de symptôme maniaque ou hypomaniaque ;
 - Épisode sans lien avec l'utilisation d'une substance psychoaffective ou avec un trouble mental organique.
- B. Présence d'au moins 2 des 3 symptômes dépressifs principaux suivants :
- Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le patient, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances et persistant au moins 2 semaines ;
 - Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables ;
 - Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.
- C. Présence d'au moins 1 des 7 symptômes suivants :
- Perte de confiance en soi ou de l'estime de soi ;
 - Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée ;
 - Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes ou comportement suicidaire de n'importe quel type ;
 - Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations ;
 - Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés) ;
 - Perturbation du sommeil de n'importe quel type ;
 - Diminution ou augmentation de l'appétit avec variation pondérale correspondante.

Pour la CIM-10, on parle d'épisode dépressif caractérisé :

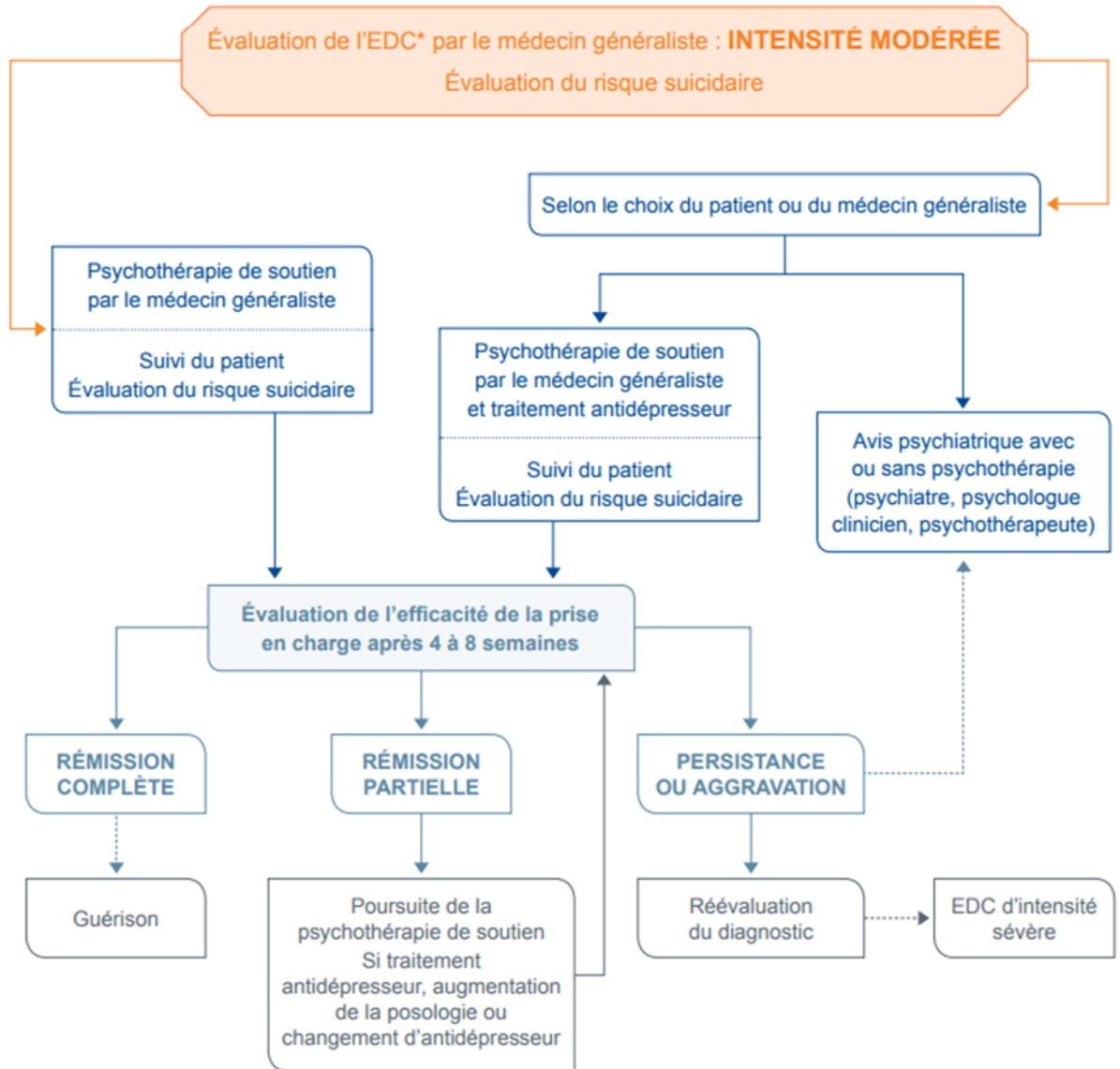
- Léger pour un patient lorsque le nombre de critères inclus dans les catégories B et C auxquels répond un patient atteint 4 ;
- Modéré pour un patient lorsque le nombre de critères inclus dans les catégories B et C auxquels répond un patient atteint 5 ;
- Sévère pour un patient lorsque le nombre de critères inclus dans les catégories B et C auxquels répond un patient atteint au moins 6.

Annexe 3 : Stratégie thérapeutique de l'épisode caractérisé dépressif d'intensité légère



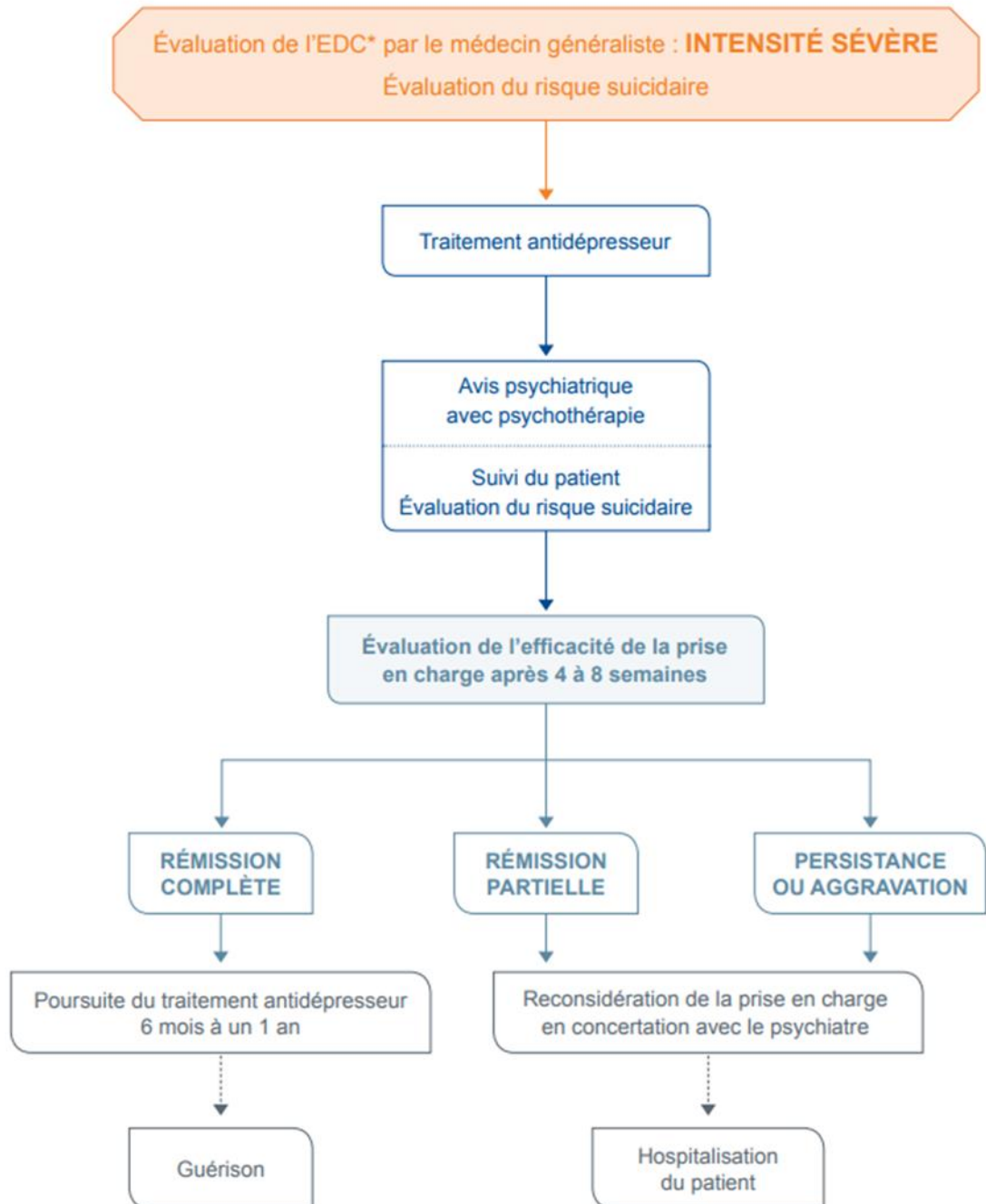
* EDC : épisode dépressif caractérisé

Annexe 4 : Stratégie thérapeutique de l'épisode caractérisé dépressif d'intensité modérée



* EDC : épisode dépressif caractérisé

Annexe 5 : Stratégie thérapeutique de l'épisode caractérisé dépressif d'intensité sévère



* EDC : épisode dépressif caractérisé

Annexe 6 : Fiche d'entretien pour les médecins généralistes

Quel est votre type d'exercice ?

Depuis combien d'années êtes-vous installé ?

Avez-vous déjà fait un stage en psychiatrie au cours de vos études ?

Avez-vous reçu une formation spécifique sur la dépression en dehors des cours dispensés à la faculté ?

Quelles sont vos limites dans la prise en charge des patients dépressifs ?

Combien de patients dépressifs approximativement prenez-vous en charge ?

Considérez-vous que le nombre de patients dépressifs que vous prenez en charge est élevé ?

Quelle proportion de la patientèle représente-t-il ?

Combien de patients dépressifs non stabilisés prenez-vous en charge actuellement ?

Comment évaluez-vous le degré de sévérité d'un dépressif ?

Lorsque vous instaurez un traitement (médicamenteux ou non) chez un patient nouvellement diagnostiqué dépressif, combien de temps en moyenne maintenez-vous ce traitement ?

Lorsque vous avez instauré un traitement médicamenteux chez un patient dépressif et après avoir vérifié la bonne tolérance de celui-ci, à quelle fréquence revoyez-vous votre patient ?

Parmi vos patients dépressifs, combien sont suivis par un psychiatre ?

Comment gérez-vous le risque suicidaire ?

Quelles sont les raisons qui vous pousseraient à orienter un patient dépressif chez un spécialiste ?

Quel est votre recours privilégié lorsque vous orientez votre patient dépressif vers un spécialiste ? Pourquoi ce choix ?

Lorsque vous orientez votre patient chez un psychiatre, qu'en attendez-vous ?

Êtes-vous globalement satisfait de votre collaboration avec le psychiatre dans la prise en charge d'un patient dépressif ?

Écrivez-vous systématiquement un courrier lorsque vous adressez un patient dépressif à un confrère ?

Quel est votre avis sur la communication avec les psychiatres par rapport aux autres spécialistes auxquels vous avez recours ?

Considérez-vous être suffisamment tenu informé de la prise en charge de votre patient par le spécialiste ?

Considérez-vous être mieux tenu informé de la prise en charge de votre patient lorsque le psychiatre auquel vous adressez votre patient est un médecin libéral ou hospitalier ?

Sur quels points pourrait-on améliorer la collaboration avec les psychiatres dans la prise en charge d'un patient dépressif ?

Pensez-vous qu'une rencontre avec les médecins psychiatres serait utile pour améliorer la collaboration ?

Connaissez-vous personnellement les psychiatres avec lesquels vous travaillez ? Si oui, trouvez-vous la collaboration meilleure avec ces derniers ?

Annexe 7 : Fiche d'entretien pour les médecins psychiatres

Quel est votre type d'exercice ?

Depuis combien d'années êtes-vous installé ?

Quelle proportion de votre patientèle représentent les patients dépressifs ?

Quel est votre délai moyen pour obtenir un RDV ?

Prenez-vous des nouveaux patients dans votre file active ?

Lorsque vous instaurez un traitement (médicamenteux ou non) chez un patient nouvellement diagnostiqué dépressif, combien de temps en moyenne maintenez-vous ce traitement ?

Lorsque vous avez instaurez un traitement médicamenteux chez un patient dépressif, à quelle fréquence revoyez-vous votre patient ?

Quelle est la fréquence des consultations de suivi en période aiguë ?

Comment évaluez-vous le degré de sévérité d'une dépression ?

Sur quelle durée suivez-vous un patient dépressif ?

Faites-vous de la psychothérapie ?

Quelle est la proportion de patients que vous orientez vers le/la psychologue ?

Quelle proportion de patients dépressifs ne passent pas par leur médecin généraliste pour vous consulter ?

Selon vous, sur quels critères un médecin généraliste doit-il vous adresser un patient ?

Que pensez-vous du travail fait en amont par le médecin généraliste avant de vous adresser un patient dépressif ?

Comment évaluez-vous la qualité de collaboration avec les médecins généralistes dans le cadre de la prise en charge de patients dépressifs ?

Quelle est la proportion de patients dépressifs arrivant avec un courrier du médecin généraliste ?

Dans le courrier écrit par le médecin généraliste, lorsque ce dernier vous adresse un patient dépressif, quelles informations aimeriez-vous y trouver ?

Quel est votre moyen de communication privilégié avec le médecin généraliste et pourquoi ?

Considérez-vous être facilement joignable lorsqu'un médecin généraliste souhaite vous contacter pour discuter d'un patient dépressif que vous suivez ?

Tenez-vous informés les médecins traitants de votre prise en charge du patient dépressif ? Si oui par quel moyen ?

Avez-vous des créneaux d'urgence réservés dans le cas où un médecin généraliste vous contacterait pour un avis ? Si oui sous quel délai êtes-vous en mesure de recevoir le patient ?

Collaborez-vous avec le médecin généraliste dans le cadre d'un patient présentant un risque suicidaire ?

Quel est selon vous le rôle du médecin généraliste une fois que le patient dépressif vous a été adressé ?

De quelle(s) manière(s) pensez-vous qu'il serait possible d'améliorer la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres ?

Pensez-vous qu'une rencontre avec les médecins généralistes serait utile pour améliorer la collaboration ?

AUTEUR : Nom : SUYBENG

Prénom : VALERY

Date de Soutenance : 11 octobre 2018

Titre de la Thèse : Étude qualitative sur la relation entre le médecin généraliste et le médecin psychiatre dans le cadre de la prise en charge de la dépression dans la métropole lilloise

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Médecin généraliste, psychiatre, dépression, collaboration, enquête qualitative

Contexte : La dépression est une maladie qui toucherait près de 300 millions de personnes. Le médecin généraliste constitue le premier intervenant en France pour les patients dépressifs. Cependant, près de 2 médecins généralistes sur 3 ne sont pas satisfaits de leur collaboration avec les professionnels en santé mentale dans le cadre de la prise en charge de patients dépressifs. Pourtant, ils seraient environ 82 % à considérer qu'une coopération avec un professionnel de santé améliore la prise en charge du malade dépressif.

Méthode : 12 médecins généralistes et 12 médecins psychiatres exerçant sur la métropole lilloise ont été recrutés pour répondre à des questions sur le sujet au cours d'entretiens individuels semi-directifs. Ces entretiens se sont déroulés sur leur lieu de travail. Le recrutement s'est fait par appel téléphonique puis prise de rendez-vous.

Résultats : La qualité des relations entre médecins généralistes et médecins psychiatres nous est apparue mauvaise dans l'ensemble et ceci semble se répercuter directement sur la qualité de leur collaboration. Les médecins généralistes reprochent régulièrement aux médecins psychiatres les délais pour obtenir un rendez-vous mais ils leur reprochent également de ne pas communiquer suffisamment sur leur prise en charge réalisée auprès de leur patient. Cependant, de leur côté, les médecins psychiatres reprochent également aux médecins généralistes un déficit en communication. Leurs courriers d'adressage leur paraissent par exemple parfois insuffisamment étayés.

Conclusion : Au vu de la prévalence de la dépression et de son impact économique, il nous paraît regrettable que la collaboration entre les médecins généralistes et les médecins psychiatres soit de mauvaise qualité dans la mesure où celle-ci a une répercussion sur la qualité de prise en charge du patient. Cependant nous pensons que ce problème pourrait être notamment être surmonté en améliorant la communication entre les médecins. En outre, une restructuration des CMP pour impliquer davantage les médecins généralistes dans la prise en charge du malade dépressif pourrait également améliorer la collaboration.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Asseseurs : Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEVBRE, Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Alexandre BECELLA