



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

AVANT L'ACTE :
DIFFICULTÉS DE PRISE EN CHARGE DE LA CRISE SUICIDAIRE
EN CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Une enquête qualitative auprès de médecins
généralistes du Nord Pas de Calais

Présentée et soutenue publiquement le 3 octobre 2019 à 14h
au Pôle Formation
Par Laura Landré

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe Berkhout

Monsieur le Professeur Denis Deleplanque

Monsieur le Docteur Pauline Fournier

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Denis Deleplanque

**Travail mené en collaboration avec la Fédération Régionale de
Recherche en Santé Mentale**



Avertissement

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

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CAC: Centre d'accueil de crise

CMP: Centre medico psychologique

CPAA: Centre psychiatrique d'accueil et d'admission

DPC: Développement professionnel continu

EMP: Équipes mobiles de psychiatrie

EPSM: Établissement public de santé mentale

GEP: Groupe d'échange de pratique

HDT: Hospitalisation à la demande d'un tiers

MSP: Maisons de santé pluri-professionnelles

RMO: Références médicales opposables

SPDT (ou SDT): Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SPI: Soins psychiatriques en cas de peril imminent

SDRE: Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état

TABLE DES MATIÈRES

Avertissement	I
Liste des abréviations	II
Table des matières	III
Résumé	IV
Travail de recherche	1
• Introduction	1
• Matériel et méthode	6
• Résultats	8
<i>Plan des résultats</i>	
• Discussion.....	24
Partie 1: Discussion de la méthode	24
Partie 2: Discussion des résultats	25
<i>Plan de la discussion des résultats</i>	
• Conclusion	35
• Bibliographie: Introduction	37
• Bibliographie: Discussion	38
Annexe 1: Guide d'entretien	I
Annexe 2: Données sur les interrogés	III
Annexe 3: Verbatims	IV
• Verbatim 1.....	IV
• Verbatim 2.....	XII
• Verbatim 3.....	XVIII
• Verbatim 4.....	XXIII
• Verbatim 5.....	XXXI
• Verbatim 6.....	XXXIX
• Verbatim 7.....	LIX
• Verbatim 8.....	LXV
• Verbatim 9.....	LXXIII
• Verbatim 10.....	LXXXI
Annexe 4: Glossaire	LXXXVI

Résumé

Introduction: En France, le suicide est la 1^{ère} cause de mortalité chez les 25-34 ans, la 2^e chez 15-24 ans et les 35-44 ans. 60% à 70% des suicidants consulteraient leur médecin généraliste dans le mois précédant la tentative de suicide. Des travaux récents montraient des médecins généralistes en difficultés dans la prise en charge de la crise suicidaire.

Objectif principal: Explorer les obstacles à une prise en charge optimale des patients en crise suicidaire en cabinet de médecine générale

Méthode: Enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 10 médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais recrutés par échantillonnage raisonné et effet boule de neige, avec analyse thématique (logiciel NVivo QSR 12®) et triangulation de l'analyse des données

Résultats: Les médecins interrogés déclaraient avoir des difficultés à repérer l'idéation suicidaire, ainsi que dans l'évaluation du risque de passage à l'acte, et en méconnaissaient les outils d'évaluation. Une fois évalué le risque, ils se sentaient isolés dans ces prises en charge. Ils se sentaient plutôt à l'aise dans la gestion de la pharmacopée, mais connaissaient mal le réseau psychiatrique et avaient des difficultés à adresser les patients et à communiquer avec les psychiatres.

Discussion : Les médecins généralistes ayant accepté de se prêter aux entretiens étaient déjà sensibilisés à la problématique suicidaire, et plusieurs avaient une activité de maître de stage universitaire. Par ailleurs, l'activité de médecin généraliste de l'investigateur a pu influencer la manière de mener les entretiens et leur interprétation, même si ce biais a été diminué par la triangulation de l'analyse des données avec un autre généraliste et un psychiatre. Au vu de ces entretiens, renforcer la formation des médecins généralistes à la prise en charge de la crise suicidaire, notamment sur l'évaluation du risque et les outils dédiés à cette évaluation, semblerait pertinent. Des outils web pourraient être une aide. La communication entre médecins généralistes et psychiatres impacte la prise en charge des patients en crise suicidaire, et des dispositifs facilitant la coordination patient-généraliste-psychiatre, pourrait trouver une place dans l'offre de soins.

Conclusion: En première ligne dans sa prise en charge, le médecin généraliste ressent un isolement, un manque de compétences et de moyens de recours pour gérer la crise suicidaire. La formation à l'évaluation du risque serait une priorité, ainsi que faciliter l'accès aux moyens de recours existant.

*- Il a frappé hier à ma porte, dit Grand, pour me demander des allumettes.
Je lui ai donné ma boîte. Il s'est excusé en me disant qu'entre voisins...
Puis il m'a assuré qu'il me rendrait ma boîte. Je lui ai dit de la garder.*

Le commissaire demanda à l'employé si Cottard ne lui avait pas paru bizarre.

*- Ce qui m'a paru bizarre, c'est qu'il avait l'air de vouloir engager la conversation.
Mais moi j'étais en train de travailler.*

Camus A., La Peste, 1947

INTRODUCTION

*“Je me tue parce que je ne puis plus vivre,
que la fatigue de m'endormir et la fatigue de me réveiller me sont insupportables.
Je me tue parce que je suis inutile aux autres - et dangereux à moi-même -
Je me tue parce que je me crois immortel, et que j'espère.”
Baudelaire C. Lettre à son notaire*

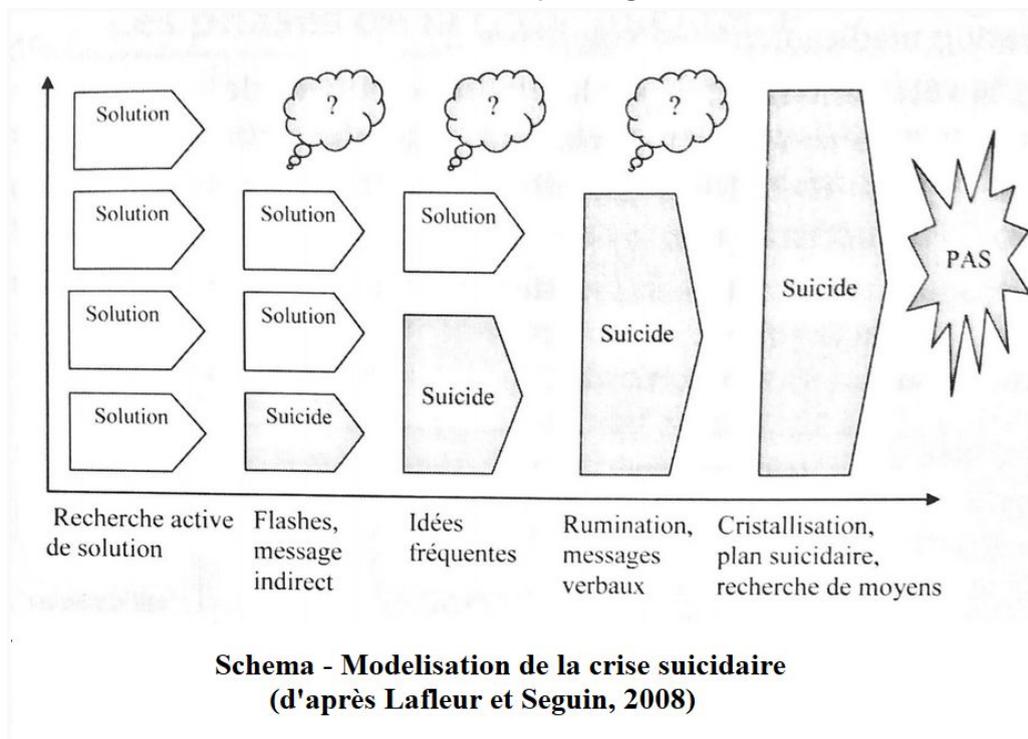
I - Définition de la crise suicidaire

La crise suicidaire est un phénomène dynamique et fluctuant complexe, intégrant des aspects biologiques, psychologiques et sociaux, qui peut être envisagée de plusieurs manières, selon le modèle utilisé pour le décrire.

Pour l'ANAES la crise suicidaire “constitue un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense [...] avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité. ” (1)

Deux approches nous semblent intéressantes et complémentaires pour envisager le phénomène suicidaire sur le plan clinique (2)

- L'approche séquentielle, apparue dans les années 50, se concentre, elle, sur les aspects dynamiques du passage à l'acte. Elle envisage la crise suicidaire dans sa dimension temporelle, considérant un envahissement progressif de l'esprit du patient par les idées suicidaires, qui, en l'absence de freins, aboutit à leur cristallisation, à la planification d'un scénario et finalement au passage à l'acte.



- L'approche contextuelle consiste en l'identification des facteurs de risque prédisposant au passage à l'acte. Mettre en évidence les facteurs de risque d'une pathologie permet un support de réflexion pour la compréhension et la prophylaxie de cette dernière, en l'occurrence du suicide

Dans le passage à l'acte suicidaire, les facteurs de risque les plus couramment admis sont estimés à plus d'une centaine, d'où une difficulté à les utiliser en pratique clinique quotidienne. Morasz et Danet (2008) proposent de regrouper ces facteurs de risque en 8 sphères: psychiatrique, économique, historique, environnementale, familiale, sociale, biologique et conjoncturelle.

D'origine multifactorielle, le suicide, à l'échelle individuelle, peut ainsi être décrit comme l'imbrication et la potentialisation de phénomènes qui, sur un terrain particulier, aboutissent à la mise à mort par lui même de l'individu. Quand, chez une personne présentant des facteurs de risque qui ne sont ni nécessaires ni suffisants, l'histoire de vie concourt à une souffrance existentielle telle que la seule perspective de vie semblant tolérable devient d'y mettre fin.

II - Épidémiologie de la crise suicidaire

Une note sur le mode de recueil

Avant de prendre connaissance de ces données épidémiologiques, il importe de comprendre que la rigueur des déclarations de décès varie selon les pays, avec souvent une sous-déclaration liée au tabou autour du geste suicidaire, rendant difficile une évaluation de la mortalité réelle par suicide.

Ces données sont plus fiables dans les pays à haut revenus, mais on estime qu'en France, la mortalité par suicide est sous estimée de 10%, en raison d'erreurs de déclaration et codage. (3)

Au niveau international

D'après les données de l'OMS, dans le monde, plus de 800 000 personnes se suicident chaque année, soit une personne toutes les 40 secondes. Le suicide est la 2^e cause de mortalité chez les 15-29 ans. (4)

Le suicide survient par dépassement des capacités adaptatives lors d'événements stressants et ruptures de vie.

Les personnes présentant des troubles mentaux (notamment dépression et mésusage de l'alcool) présentent un sur-risque de mortalité par suicide. Les groupes discriminés (réfugiés et migrants, populations autochtones, LGBTQI, prisonniers...) sont également plus à risque. Enfin, une précédente tentative de suicide met la personne plus à risque d'un nouveau passage à l'acte.

Au niveau national

Pour la mortalité par suicide, en 2015, la France se situait au 54^e rang sur les 170 pays listés par l’OMS. En 2017 elle était au 9^e rang parmi les 28 pays de l’UE. (5)

En 2012, sur les 558 408 certificats de décès enregistrés, le suicide avait causé la mort d’au moins 9 715 personnes en France métropolitaine (À titre comparatif, la même année la mortalité routière était de 3 426). En tenant compte des erreurs de rédaction des certificats de décès (marge ~10%), le nombre réel de décès approcherait 11 000. Soit 27 décès par jour, et un décès sur 50 par suicide. (6)

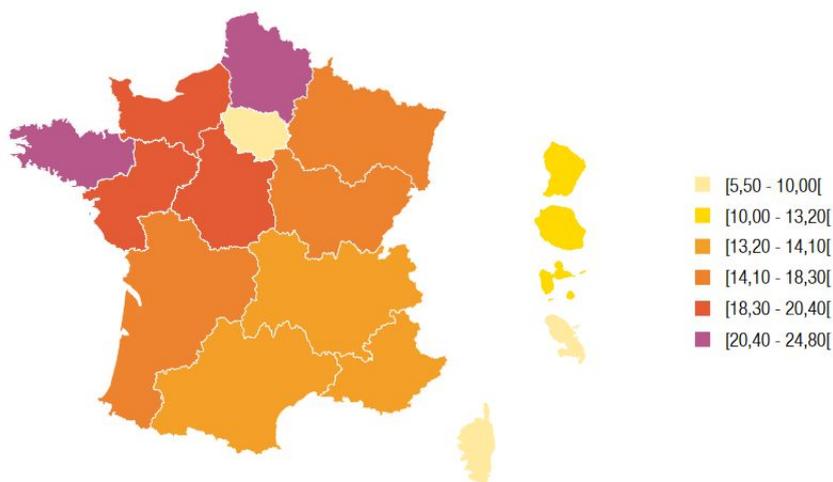
Une personne sur vingt déclare avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie. Le suicide est la 1^{ère} cause de mortalité chez les 25-34 ans (20 % des décès) et la 2^e chez les 15-24 ans (16%, derrière les accidents de la route) et les 35-44 ans (16%) (3)

Au niveau régional

En France, en 2012, si le taux moyen de mortalité par suicide s’élevait à 15,3 décès pour 100 000 habitants, la Bretagne ainsi que le Nord-Pas-de-Calais présentaient l’une surmortalité par suicide, respectivement 24,8 et 20,4 suicides pour 100 000 habitants.

La région du Nord-Pas-de-Calais présentait donc une surmortalité par suicide, à un tiers de plus que le niveau national

• Taux de suicide standardisés dans les grandes régions françaises pour 100 000 habitants, en 2012



Source • CépiDc, réalisation DREES et InVS, standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.

Différentes interventions ont permis de réduire de manière constante au cours des dernières années le taux de mortalité par suicide en France. Mais c'est un fait que nous expérimentons régulièrement dans notre pratique médicale: la vie, à l'échelle individuelle, n'a que faire des pourcentages et statistiques.

III - Démarches actuelles pour la prévention du suicide

Quand en 2013 l'OMS a lancé son « plan d'action pour la santé mentale » (de 2013 à 2020), elle y a intégré la prévention du suicide comme une « priorité majeure », avec pour objectif une diminution de 10 % du taux de suicide d'ici à 2020. C'est dans ce contexte que la France a mis en place son « Programme national d'action contre le suicide » (2011-2014) et créé en 2013 son « Observatoire national du suicide ». De manière concordante, la région Hauts-de-France (anciennement Nord-Pas-de-Calais et Picardie) voit se développer des initiatives, comme le dispositif Vigilans, qui depuis 2015 vise à améliorer la prise en charge des suicidants, dispositif aux résultats concluant (7) et qui se développe désormais dans d'autres régions.

Ce travail de thèse s'intègre ainsi dans les dynamiques internationale, nationale et régionale du moment, visant à améliorer les pratiques de prise en charge et de prévention du suicide

IV - Place du médecin généraliste dans la prévention du suicide

Selon différentes études, 60 % à 70 % des suicidants auraient consulté leur médecin généraliste dans le mois précédant la tentative de suicide, et un tiers dans la semaine précédant le passage à l'acte. (1)

En France, une enquête menée fin 2011 montrait qu'au cours des cinq années précédentes, huit médecins généralistes sur dix ont été confrontés à la tentative de suicide d'un patient et près de la moitié à un suicide. (8)

Le médecin généraliste est donc au 1^{er} plan pour repérer et traiter la crise suicidaire.

V - Le projet de recherche

En 2001, l'ANAES a publié des recommandations sur la prise en charge de la crise suicidaire, dont une partie destinée à l'usage des généralistes (1) Pourtant, des travaux régionaux réalisés dans l'Ouest et le Nord de la France en 2002, 2004 et 2014, et à la Réunion en 2015 montrent que les médecins généralistes éprouvent encore des difficultés à prendre en charge les patients en crise suicidaire. (9, 10, 11, 12) Si un tiers des patients consultent leur médecin traitant dans la semaine précédant leur passage à l'acte, et passent tout de même à l'acte, peut-être existe-t-il des manquements dans le dépistage et la prévention du geste suicidaire en médecine générale.

Ce travail de thèse propose d'explorer ces manquements, ainsi que les différentes difficultés rencontrées par les médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais, l'identification de ces difficultés semblant un préalable indispensable à l'amélioration des stratégies de prise en charge des patients en crise suicidaire, et à la réduction du taux de mortalité par suicide.

VI - Objectifs de l'étude

- Objectif principal:

Identifier les difficultés des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais à mettre en place une prise en charge optimale des patients suicidaires adultes en cabinet de médecine générale

- Objectifs secondaires:

- Évaluer les moyens de recours des médecins généralistes exerçant en ambulatoire dans la prise en charge de la crise suicidaire en cabinet.
- Identifier les souhaits de formation des médecins généralistes exerçant en ambulatoire pour la prise en charge de la crise suicidaire.
- Identifier des pistes de travail pour améliorer la prise en charge des patients suicidaires en médecine ambulatoire dans le Nord et le Pas-de-Calais.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

- Le choix de la méthodologie de recherche qualitative

La méthodologie qualitative peut sembler de prime abord moins “scientifique” qu’une approche quantitative, car non basée sur des chiffres et statistiques. Toutefois, exploratoire et ancrée dans le réel, elle permet de mettre en lumière des éléments qui n’ont pas encore été envisagés par les courants théoriques existants.

- Population étudiée - Justification de l'échantillonnage

Cette étude s'est intéressée aux médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais en activité, exerçant en libéral, installés ou remplaçants.

Le recrutement a été effectué par effet boule de neige et échantillonnage raisonné, recherchant la variabilité maximale de l'échantillon (en terme d'âge, de sexe, de localisation géographique...), afin de faire ressortir le plus d'occurrences possible et de tendre à l'exhaustivité de la représentation des pensées existantes.

Le premier contact se faisait par mail ou téléphone. L'entretien était toujours réalisé en personne, au cabinet ou au domicile du médecin (qui était parfois le même lieu).

- Éléments éthiques

Le consentement des personnes interrogées était recueilli à l'oral, et l'anonymat garanti tout au long du travail de thèse. Après avis auprès de ces organismes, ce travail portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles, et non sur les personnes, ne nécessitait pas l'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP) ni du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE).

Aucun financement n'a été obtenu pour cette étude. L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt, mais souligne l'appui méthodologique de la F2RSM (Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale).

- L'entretien

L'étude portant sur un sujet pouvant être considéré comme délicat à aborder, et s'intéressant aux difficultés rencontrées lors de l'exercice du praticien, il semblait plus intéressant de réaliser des entretiens individuels (comparé à des focus group) afin de limiter les freins à l'expression de ces difficultés.

Les entretiens réalisés étaient de type “semi-directif”, utilisant un guide d'entretien (grille de questions ouvertes visant à aborder différents thèmes d'intérêt) pour explorer la question de recherche. Les questions pouvaient être posées dans un ordre variable afin de ne pas nuire à la liberté d'expression de la personne interrogée.

La première version du guide d'entretien a été réalisée en s'aidant des recommandations de la conférence de consensus de l'ANAES. Ce guide a ensuite été étoffé grâce aux avis de psychiatres et médecins généralistes connus de l'investigateur, ainsi qu'avec l'aide de la F2RSM. Après une première question dite

“brise glace”, on abordait la prise en charge en consultation, la prise en charge à l’issue de celle-ci, puis les facteurs extrinsèques et intrinsèques pouvant influencer sur cette prise en charge.

- Recueil des données

Le recueil des données a été fait lors d’entretiens individuels semi-directifs, en présentiel; l’enregistrement audio de ces derniers au dictaphone permettait l’élaboration d’un verbatim (retranscription mot pour mot) sous forme de fichier texte informatique, sur lequel était basée l’analyse des données

En fin d’entretien, un questionnaire papier était rempli, collectant des données épidémiologiques sur les participants.

La saturation des données (c’est-à-dire le moment où les nouveaux entretiens réalisés n’apportaient pas d’autres données que celles déjà obtenues) a été constatée au 6^e entretien. 4 entretiens supplémentaires ont été réalisés avant de clôturer l’étude.

- Déroulement de l’étude

Le premier entretien a été réalisé en octobre 2017, le dernier en septembre 2018. Au total, 10 entretiens ont été réalisés, pour une durée totale de 5h44. L’entretien le plus court a duré 19’, le plus long 1:32’, pour une durée moyenne d’entretien de 35’.

- Analyse des données

L’analyse des données a été réalisée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, selon les principes de l’analyse thématique. Démarche inductive, elle consiste initialement en une phase de codage ouvert, ancrée dans les données des entretiens recueillis, utilisant code in vivo (citations) et nœuds, à partir desquels émergeaient progressivement thèmes et sous-thèmes.

Le logiciel de codage utilisé était NVivo QSR 12[®].

Dans cette étude, 2 types de triangulation ont été utilisés, permettant d’augmenter la validité interne de l’étude :

- *La triangulation des données*: avec l’interview de plusieurs médecins généralistes présentant des caractéristiques diverses.
- *La triangulation de l’investigation*: un double codage a été réalisé, par l’investigateur ainsi que par deux docteurs en médecine (un psychiatre et un généraliste), afin d’essayer de s’affranchir des biais individuels d’interprétation.

RÉSULTATS

PLAN:

<u>I- Difficultés diagnostiques</u>	<u>9</u>
<u>1) Évocation du diagnostic: reconnaître l'idéation suicidaire</u>	<u>9</u>
<u>2) L'évaluation du risque suicidaire</u>	<u>10</u>
<u>II-Difficultés thérapeutiques</u>	<u>10</u>
<u>1) Le traitement médicamenteux</u>	<u>10</u>
<u>2) La psychothérapie</u>	<u>11</u>
<u>A- Le problème de l'adhésion du patient</u>	<u>11</u>
<u>B- Des difficultés logistiques</u>	<u>12</u>
<u>C- En conséquence, une psychothérapie assumée tout ou partie par le généraliste</u>	<u>12</u>
<u>3) Lien thérapeutique - Relation avec le patient</u>	<u>13</u>
* <u>Adhésion variable du patient à la prise en charge</u>	<u>13</u>
* <u>L'importance de la disponibilité du médecin généraliste</u>	<u>13</u>
<u>III- La relation avec l'entourage</u>	<u>14</u>
* <u>Problème du secret médical</u>	<u>15</u>
* <u>La personne de confiance</u>	<u>15</u>
<u>IV - Les soins sous contrainte</u>	<u>16</u>
<u>1) Décider de la contrainte</u>	<u>16</u>
<u>2) Mettre en place la contrainte</u>	<u>16</u>
<u>V - L'orientation - Le recours à la psychiatrie</u>	<u>17</u>
<u>1) Une connaissance du réseau pas toujours évidente</u>	<u>18</u>
<u>2) Une difficulté d'accès aux structures psychiatriques</u>	<u>18</u>
<u>3) Difficultés de communication du généraliste avec la psychiatrie</u>	<u>19</u>
* <u>Injoignabilité des psychiatres</u>	<u>19</u>
* <u>Absence de retour</u>	<u>19</u>
* <u>L'impression de ne pas être entendu</u>	<u>19</u>
<u>4) Des doutes sur leurs compétences</u>	<u>19</u>
<u>5) Le cas des équipes mobiles</u>	
<u>6) Au sujet de Vigilans</u>	<u>20</u>
<u>VI - Des difficultés inhérentes à l'exercice de la médecine générale</u>	<u>21</u>
<u>1) L'isolement des médecins généralistes</u>	<u>21</u>
<u>2) La formation des médecins généralistes</u>	<u>21</u>
<u>3) Disponibilité du médecin généraliste</u>	<u>22</u>
<u>4) Une problématique sociale qui dépasse le champ de la seule médecine générale</u>	<u>23</u>

I- Difficultés diagnostiques

*“Cette peur que t’as qu’on t’appelle le lendemain pour te dire
“Il s’est jeté du 5^e étage”. Médecin n°4*

1) Évocation du diagnostic: reconnaître l'idéation suicidaire

Plusieurs des médecins interrogés semblaient avoir des difficultés à évoquer le risque suicidaire en dehors d'un contexte dépressif. *“Je pense que c’est une question que je poserais probablement pas chez un adulte qui vient pour une pathologie aiguë, chez qui y’a pas de facteur de risque autour” (M5)*

Ils évoquaient une difficulté à “voir les choses”, à percevoir la problématique suicidaire *“[Sur la principale difficulté rencontrée] Le fait de passer à côté. De pas le voir arriver. Euh... D’avoir un coup de fil et de raccrocher en disant “Ah merde”.(M8)*, notamment quand les patients n’exprimaient pas leur mal-être, ou disaient aller bien alors que non. *“Ya des gens qui sont très frustrés.(M1) “Pleins de gens ils savent pas parler” (M6) “Qui gardent une certaine façade, pour qui tout va toujours très bien” (M8) “Ils sont pas obligés de te dire vraiment profondément ce qu’ils pensent. Et là, à ce moment là, toi tu peux pas faire grand chose.”(M9) “J’ai eu le cas, j’ai une patiente moi qui s’est suicidée. Et en fait elle est venue me voir la semaine d’avant, en me disant que... Ca allait.” (M7)*

Médecins traitants, leur engagement personnel leur faisait parfois perdre en objectivité. *“Je dis pas qu’un médecin qui connaît bien son malade c’est aussi la meilleure des choses, parce que... Ça dépend du moment. Il peut vouloir aller vite. Il peut penser, ou trop bien connaître le malade, qui lui va pas forcément avoir envie de parler ou de craquer ce jour-là.” (M6)*. À l’inverse, parfois la meilleure connaissance du patient devenait avantage. *“Étant médecin de famille au sens un peu ancien du terme, euh, je, on arrive à se faire quand même une idée du contexte familial, dans lequel les gens évoluent [...] Chacun vient raconter son petit bout d’histoire” (M5)*

Ils reconnaissaient l’intérêt que pourrait avoir une évaluation systématique de l’humeur tout en évoquant des difficultés à la mettre en place pour des raisons pratiques : *“On n’a pas beaucoup le temps finalement en médecine générale de faire la consultation en dehors du motif [...] de faire le tour un peu de la vie des gens comme on devrait le faire normalement en santé globale” (M3)* ainsi qu’une pudeur à la recherche, dans l’histoire d’un patient venant pour un autre motif, des psychotraumatismes qui le mettraient plus à risque de passage à l’acte. *“Parfois j’ose pas” (M1)*

Enfin, plusieurs s’accordaient sur le fait que les patients consultant pour idées suicidaires étaient prédisposés à une alliance thérapeutique. *“Comme ils viennent au cabinet a priori ils sont dans une démarche de soins.” (M2)* La plus grosse difficulté étant posée par les patients ne consultant pas, illustrant le syndrome présuicidaire décrit par Ringel: *“Une vraie crise suicidaire je pense, le patient vient pas.” (M7)*

On retrouvait dans les entretiens une évocation récurrente du “gut feeling” comme signe d’appel, avec une place importante accordée au paraverbal. *“Y’a un ressenti important sur l’accueil du patient” (M5) “On se dit “tiens”, on la sent pas cette affaire.” (M1) “L’apparence physique qui a changé [...] c’est pas le patient de d’habitude” (M8)* Toutefois, cette part à l’instinctif ne semblait pas perçue comme satisfaisante, chez des cliniciens habitués à des éléments plus “palpables” *“C’est bien de se reposer sur son ressenti mais, on*

peut toujours se planter, les gens ils peuvent ne pas tout dire et... D'avoir des petits points plus concrets de repérage." (M2)

Une fois qu'ils y avaient pensé, les médecins interrogés n'avaient pas de difficulté à évoquer avec le patient l'existence d'idées suicidaires "Je le demande très facilement aux gens. Aucun, aucun problème par rapport à ça." (M4) bien qu'ils puissent présenter une certaine ambivalence à ce sujet "C'est la question que je déteste poser [...] Parce que j'ai peur de la réponse en fait." (M2). "Si tu dis au gars "Qu'est ce qui se passe? Ça va pas?" Tu t'exposes au "Ben non ça va pas". Et après tu te dis "Merde, je peux plus partir..." (M6)

2) L'évaluation du risque suicidaire

L'évaluation du risque de passage à l'acte était parfois énoncée comme l'élément le plus difficile dans la prise en charge de la crise suicidaire: "Savoir... Appréhender réellement le risque. Savoir si oui, le patient est prêt à passer à l'acte" (M7) "Franchement, je pense que je sais pas évaluer le risque suicidaire." (M2) Le reste de la prise en charge découlant de cette évaluation "J'évalue le risque, et après ça, ça roule. Ya plus de souci." (M4)

Le lien avec le patient était considéré comme un élément fondamental dans l'évaluation de ce risque. "C'est vraiment du relationnel avant tout. Pour estimer... Pour estimer le risque" (M8)

"Je me sers pas d'échelle ou de choses comme ça" (M3) Aucun des dix médecins interrogés n'utilisait d'échelle d'évaluation du risque suicidaire. Ceci semblait surtout lié à une méconnaissance de ces échelles, et à une confusion avec les échelles d'évaluation de la dépression "Je ne sais même pas s'il y a une échelle qui existe (rires) Une échelle de risque suicidaire. Enfin, si, j'utiliserais globalement l'échelle d'Hamilton, mais c'est plus dans le cadre de la dépression" (M8) Toutefois, ils semblaient utiliser spontanément certains éléments de la méthode RUD, et rechercher plusieurs facteurs de risque de suicide, bien que de manière non exhaustive. Certains semblaient demandeurs de ce type d'outils "La possibilité d'avoir des éléments probants d'évaluation chez les gens qui disent "Non, tout va bien". [...] Est ce qu'il y a une échelle?" (M4)

Comme peu à l'aise dans l'évaluation de ce risque, en cas de doute ils avaient très facilement recours à un avis spécialisé "Finalement je demande très très facilement, en général, dès que j'ai un doute important, j'envoie au centre d'accueil de crise" (M4), et d'une manière générale, préféraient surévaluer le risque que le sous-évaluer "L'obstacle, ça serait de "l'envoyer pour rien". [...] Mais j' préfère m'exciter pour rien dans ce cas là" (M2)

II-Difficultés thérapeutiques

1) Le traitement médicamenteux

La prescription médicamenteuse n'était pas systématique en première intention, et en tout cas pas sans prise en charge spécialisée et psychothérapeutique "J'crois pas trop dans le médicament isolement." (M1) "Je mets pas de traitement en place, parce que je mets, euh... Je demande un avis." (M4) Si prescription, priorité était faite à l'anxiolyse, en favorisant souvent les benzodiazépines "Des anxiolytiques, des benzo, ou des neuroleptiques en 2^e intention" (M5)

Des réticences à la prescription semblaient également venir de ce qui pourrait être décrit comme les “effets pervers” de ces médicaments:

- D'une part, plusieurs médecins évoquaient le risque de levée d'inhibition, même si la notion semblait floue pour certains. *“On nous a fait un peu peur [...] toujours mettre une benzo parce que il peut y avoir enfin euh ça peut euh... Faire une levée d'inhibition”* (M2) Pour ces raisons, certains ne prenaient pas l'initiative de la prescription médicamenteuse *“J'ai pas encore [...] instauré solo de traitement antidépresseur sans avoir l'avis d'un psychiatre”* (M9). La prescription d'antidépresseurs, si elle existait, était faite seulement en second temps *“Revoir les patients, si à un moment donné ils sont anxiolysés et qu'il y a plus du tout de risque de passage à l'acte, enfin, on s'éloigne du risque suicidaire, euh, a ce moment là on peut mettre en place effectivement un antidépresseur. Sous couvert d'anxiolytiques.”* (M4)
- Par ailleurs, prescrire un psychotrope, c'était fournir un moyen légal au patient *“On sait pas s'ils vont pas l'utiliser à titre suicidaire, le médicament”* (M1), d'où la nécessité d'une relation de confiance avec le patient: *“Y'a une responsabilité qui est forcément partagée. [...] Faut que le patient comprenne qu'on lui fait confiance [...] Lui expliquer que s'il avale toute la boîte, eh ben forcément qu'il va passer l'arme à gauche [...] et que nous on devient complice de son suicide”* (M5). Il semblait tout de même exister moins de réticence à la prescription de benzodiazépines qu'à celle d'antidépresseurs, certains estimant le risque de passage à l'acte réussi comme moindre *“Quand on était interne aux urgences, on en voyait pas mal des tentatives d'autolyse, par benzodiazépine, on a... Si l'entourage est bien présent, y'a pas vraiment de risque que ça aboutisse, finalement [...] J'évalue que c'est un risque mineur vis-à-vis du risque de suicide”* (M3)
- Les médecins soulevaient également le problème de l'observance du patient *“Ils ont tendance à arrêter leurs antidépresseurs assez vite quand même.”* (M7)

2) La psychothérapie

La psychothérapie était considérée comme un axe indispensable de la prise en charge *“Pour moi, la prise en charge principale, c'est [...] une prise en charge par un psychologue ou un psychiatre.”* (M9) Mais pas forcément sur la crise aïgue *“Au plus tard la consultation physique c'est la semaine qui suit. Et euh là on peut éventuellement parler de psychothérapie. Je le fais jamais sur un 1^{er} temps, parce que de toute façon ils sont tellement au bout de leur truc que... C'est pas pertinent. Je pense.”* (M5)

A- Le problème de l'adhésion du patient

“Faut que les gens ils soient d'accord.[...] Ceux qui ont pas eu le déclic de se dire “Oui, j'en ai besoin”, ou “J'vais faire la démarche”... Donc j'en parle, je leur dit “Que ça repose dans votre tête” (M2) Différents éléments venaient compromettre l'adhésion du patient à une psychothérapie:

- D'abord, le frein des représentations sur la psychiatrie, et la difficulté du médecin à lutter contre elles *“Pourquoi le psychiatre c'est compliqué? Parce que les gens me disent “Je suis pas fou”.[...] Donc il faut déjà dédramatiser le statut du psychiatre, il faut rappeler aux gens que c'est une maladie”* (M6) et les représentations de l'entourage: *“Qu'est-ce que le malade dans le milieu populaire va entendre de son entourage? “Faut prendre sur toi hein, eh? Y'a pire que toi.”* (M6)

- Une difficulté supplémentaire était rencontrée chez les patients aux faibles capacités d'élaboration *"Ici [...] toutes les généralités sont fausses, mais on peut quand même dire que globalement, le niveau socioéconomique, le recours intellectuel et la mise à distance et la prise de hauteur de la population est souvent très compliqué."* (M5)
- Enfin, se posait le problème de l'accroche propre du patient avec le thérapeute *"Quand t'envoies quelqu'un parler de son intimité, il faut que le couple fonctionne"* (M6)

B- Des difficultés logistiques

Même en cas d'adhésion du patient, il existait des obstacles à la prise en charge psychothérapeutique:

- D'une part la disponibilité des psychologues et psychiatres *"Les délais de rendez-vous évidemment. Gros problème"* (M4)
- D'autre part le frein financier, avec les fréquents dépassements d'honoraires en psychiatrie libérale et le non-remboursement des psychologues *"J'ai la moitié de mes patients qui peuvent pas se le permettre"* (M4)
- Également pour certains le problème de l'éloignement géographique des structures de soins et de la mobilité des patients *"Beaucoup de personnes [...] n'ont pas les moyens de se déplacer jusque Béthune, parce que voilà, on a beaucoup de personnes sans permis aussi."* (M7)
- Enfin, était aussi évoqué le problème de l'engagement des praticiens *"[Le patient] a besoin vraiment d'un échange, pas de quelqu'un qui regarde sa montre."* (M10)

C- En conséquence, une psychothérapie assumée tout ou partie par le généraliste

Le patient qui ne peut ou ne veut pas voir de psychologue ou de psychiatre, c'est le médecin généraliste qu'il revient voir. *"Il vient te voir, et il veut pas aller voir un psy,"* (M4) *"Du coup, j'avoue que la psychothérapie je l'assume en partie"* (M3)

Ils semblaient réaliser surtout de la psychothérapie de soutien (ou psychothérapie de niveau 2 selon la classification de Chambon et Marie-Cardine) *"Je pense qu'on en fait, on devrait tous être capables d'en faire. J'ai pas la prétention d'aller au-delà de la psychothérapie de soutien."*(M5) même sans en avoir la notion, avec notamment une approche proactive et un travail sur les freins. *"J'essaye de poser des jalons constructifs pour demain, pour après demain [...] La 1^{ère} chose, c'est le soutien."* (M8) *"C'est vraiment travailler sur le, le frein, quels sont les freins principaux."* (M5). Plusieurs évoquaient le problème de leur manque de compétences et formation dans ce domaine. *"C'est pas mon métier, donc euh... Je suis sûre que parfois en voulant bien faire j'ai dû avoir des mots maladroits."* (M2). D'autres considéraient que cette compétence appartenait aux psychiatres.

Il semblait exister une méconnaissance des différentes techniques de psychothérapie *"[Tu connais un peu tout ce qui est thérapies brèves, ou euh...] Pas trop. Non, j'connais, tu sais, ce qu'on a appris, les catégories, euh... Non."* (M2). Un des médecins, formé à la thérapie brève, utilisait ces techniques et semblait en tirer une grande satisfaction. *"J'me sens un peu moins désarçonnée, désarmée, quand on me dit euh, quand on exprime son mal-être quoi."* (M9)

3) Lien thérapeutique - Relation avec le patient

Comme pour le diagnostic, la relation avec le patient dans la décision thérapeutique semblait primordiale

- Adhésion variable du patient à la prise en charge

Les difficultés survenaient quand le patient n'adhérait pas au projet de soins proposé. *"Quelqu'un de suicidaire c'est quelqu'un qui peut échapper, puisqu'il veut échapper à la vie[...] C'est pas simple quand il y a évitement, quand il y a non acceptation du processus."* (M1) *"Soit il est ok, et c'est facile, entre guillemets, ou soit il est pas ok, et c'est là que les choses se compliquent."* (M9)

Les médecins se retrouvaient alors confrontés au problème de la capacité du patient à décider pour lui en psychiatrie *"Dans la crise suicidaire, la maladie prend en charge euh, ils sont plus tout à fait capables d'évaluer eux-mêmes, euh, d'être raisonnés"* (M3), et se posaient également la question du respect de son libre-arbitre dans la pathologie suicidaire. *"Chacun est libre de mener sa barque comme il l'entend, mais c'est problématique."* (M3)

Plusieurs évoquaient lors de ces entretiens, avec une amertume variable, le cas de patients passés à l'acte, et qu'ils n'avaient pu aider: *"Elle avait toujours dit "Quand je m'apercevrai que je suis foutue, je tuerai le cancer avant que le cancer ne me tue". Elle est passée à l'acte. C'est compliqué."* (M6) le souvenir de ceux "qu'ils n'avaient pas vu venir" semblant plus douloureux que pour les patients bien identifiés comme "à risque" et dont ils n'avaient pas su changer la décision *"Elle a mis fin à ses jours, c'était prémédité quoi. Et elle avait tout mis en place pour, euh... J'ai un peu de mal à croire ce que j'aurais pu faire de plus."* (M1)

Cette notion de l'autonomie du patient revenait dans la question des soins sous contrainte (abordés §IV), et dans la décision de sa mise en place *"Du moment que tu as décidé de la contrainte, c'est simple parce qu'il y a une procédure [...] Ce qui est complexe, c'est de la lancer"* (M1), avec la rupture définitive, quand le patient ne revenait pas aux consultations suivantes: *"On n'est pas toujours dans la tête des gens, enfin même jamais, et du coup on n'est pas sûrs qu'ils accrocheront forcément à la prise en charge."* (M3). *"Elle avait rendez-vous mardi, elle m'a appelé mardi matin en me disant "Oh je peux pas venir ce soir, j'ai un autre rendez-vous, je vous rappelle", et mercredi soir pouf elle a pris des cachetons"* (M4) et l'évocation récurrente d'un sentiment d'impuissance face à la volonté du patient. *"Les voir venir, de les pressentir et de se rendre compte que, euh, on ne pourra rien faire."* (M8). Un médecin concluait: *"La difficulté c'est que tu peux pas soigner des gens qui ont pas envie d'être soignés"* (M9)

- L'importance de la disponibilité du médecin généraliste

Les médecins insistaient sur la nécessité d'assurer sa disponibilité au patient. *"La première chose, c'est que je dis: "Si ça va pas, vous revenez"* (M2) *"Même si c'est compliqué quelquefois, faut pas rompre le contact. Toujours garder le contact pour essayer de montrer qu'il y a au moins une personne dans leur horizon sur laquelle ils peuvent compter."* (M8). D'abord en prenant le temps avec lui d'une consultation chronophage. *"Un patient qui était pas bien, la consultation a duré une heure un quart. Bon. La salle d'attente débordait par la fenêtre"* (M8)

Ils essayaient de prévoir des consultations, de programmer un suivi dans le temps, pour tenter de réinscrire le patient dans la vie *“Y’a une réévaluation des patients systématique. Je leur demande de rappeler. Soit moi je les rappelle, le lendemain ou le surlendemain. Pour qu’il y ait le fil. Qu’ils soient pas perdus et qu’ils aient pas le sentiment d’être laissés dans la nature avec leur truc. Au plus tard la consultation physique c’est la semaine qui suit.”* (M5) *“On va inscrire la personne dans le temps”* (M1) évoquant aussi le fait que cette première consultation pouvait permettre pour le patient un effet anxiolytique temporaire, laissant un peu de marge au praticien *“Parfois c’est bien aussi qu’il y ait du temps, parce que quand on a bien déblayé le terrain en consult’ avec certaines personnes, en leur disant, ben voilà, tel objectif, vous revoyez dans une semaine ou dans quinze jours”* (M9).

Ils essayaient aussi de proposer d’autres solutions de recours *“Ils ont pas toujours envie de nous dire les choses à nous médecins, et le fait d’avoir plusieurs canaux pour pouvoir étancher leur souffrance et leur mal-être, en tout cas c’est... C’est aussi une bonne chose en fait [...] Ça leur fera une 2^e porte d’entrée dans la vie plutôt que de sortie”* (M8) notamment en dehors des heures ouvrables *“Moi c’est... 7h-19h. Avant, après, s’il y un problème, faut leur donner une solution. Le CAC, euh, les urgences tout court, et cetera.”* (M6)

III- La relation avec l’entourage

L’évaluation de l’entourage et de l’environnement tenait une place importante dans la prise de décision thérapeutique et d’orientation. *“La première chose, c’est réussir à mettre le patient en sécurité correctement. Donc l’évaluer sur le plan individuel avec les critères qu’on connaît et voir la qualité de l’environnement.”* (M5)

Sur la question de l’entourage, les médecins interrogés distinguaient la prise en charge des gens seuls et entourés *“Les gens qui viennent, qui sont accompagnés, généralement c’est un peu plus facile dans le sens où tu peux quand même faire part du risque suicidaire à la personne accompagnante.”* (M4)

En l’absence d’entourage, l’isolement du patient était perçu par les médecins interrogés comme un facteur de risque de passage à l’acte. *“Tu t’aperçois que plus les gens sont exclus, plus ils vont mal.”* (M6) *“Quand il y a personne d’autre, quand ils sont seuls, j’ai toujours peur qu’en sortant, ben il y aille pas et qu’il y ait un risque de passage à l’acte”* (M4)

En cas d’entourage présent, ils pouvaient espérer trouver d’avantage d’étayage pour le patient *“Quand il y a un relai familial, tout de suite ça va quand même beaucoup mieux”* (M1). Toutefois, l’entourage était décrit comme pas toujours aidant, notamment en raison de ses représentations erronées sur la maladie mentale. *“Pour l’entourage les maladies mentales ce ne sont pas des maladies”* (M8) Parfois même, il était identifié comme pathogène: *“C’est aussi l’entourage qui fait mal”* (M6), rendant la prise en charge d’autant plus difficile. *“Quand c’est le boulot, ben je les mets en arrêt. Si c’est des problèmes familiaux, c’est plus compliqué, c’est plus dur de s’en extraire”* (M2)

Des difficultés étaient aussi rencontrées en cas de non-adhésion de l’entourage à la prise en charge. *“Quand l’entourage est demandeur d’une hospitalisation par exemple, ou qu’il y a pas un réel risque, ou l’inverse, qu’il s’oppose plutôt à l’hospitalisation alors qu’il y a un risque.”* (M3)

- Problème du secret médical (cf glossaire)

Le secret médical était considéré par les médecins interrogés comme une injonction supérieure absolue: *“Le secret professionnel il est là quoi, il s'impose et s'oppose” (M8)*, nécessaire à l'intimité de la relation soignant-soigné *“Heureusement qu'il y a ça, sinon le patient ne se confierait pas.” (M7)*

Un médecin évoquait le problème de l'absence d'événements objectivables avant le passage à l'acte. Pour porter secours au patient, il pouvait devenir nécessaire de rompre le secret médical, pour une personne allant bien "en apparence", avec une présentation pathologique fluctuante dans le temps. *“T'auras toujours des problèmes [avec la gestion du secret médical] Ton malade il va bien [...] Jusqu'à ce qu'il passe à l'acte. Ça fait partie des impasses euh... Des impasses euh, que tu rencontres quand tu fais ce métier.” (M6)*

Si plusieurs médecins évoquaient l'impossibilité théorique de s'affranchir du secret médical, ils le faisaient en pratique: *“Je suis convaincu qu'on le fait tous” (M10)*, même sans en avoir conscience, puisque le seul fait de porter à la connaissance d'autrui la venue d'un patient à sa consultation, c'est déjà rompre le secret médical: *“S'affranchir du secret médical, ça c'est pas possible. Après, il y a communiquer de manière très subtile” (M9)*

La principale stratégie de contournement évoquée consistait à inciter le patient à venir accompagné en consultation *“Je demande à ce qu'ils viennent à plusieurs en consultation, comme ça je pose les questions qui vont faire émerger ce qui doit être dit, et puis au final comme ça, on est dans un triangle et puis ça permet d'instaurer le dialogue.” (M9)*

Les médecins rencontraient également des difficultés quand sollicités directement par l'entourage, parfois lui-même pris en charge par le généraliste. *“J'ai du mal à être toujours absolument rigoureux, parce que ya un tel investissement des gens qu'on se dit “C'est un peu délicat”, donc on va donner quelques éléments mais j'essaye de préciser toujours qu'il y a des choses que je peux pas dire quoi. Voilà. C'est pas toujours facile d'être formel” (M1)*

Le secret médical se révélait particulièrement problématique quand le médecin estimait la nécessité de soins sous contrainte: comment trouve-t-on le tiers, si on ne peut pas le prévenir? *“Si le patient, on se rend compte qu'il ne va vraiment pas bien, qu'il y a vraiment une menace pour sa vie, euh, mais qu'il ne veut pas se faire hospitaliser, alors oui, qu'est ce que je fais? Je suis bien obligé de prévenir la famille [...] C'est difficile à gérer, entre ce qui est légal, le secret médical, l'adhésion du patient...” (M7)*

- La personne de confiance (cf glossaire)

Plusieurs médecins évoquaient la personne de confiance et la nécessité de systématiser davantage sa déclaration *“J'essaye toujours d'avoir quand je fais un dossier médical quel qu'il soit la personne de confiance” (M3)*, tout en évoquant la difficulté liée aux fluctuations des liens personnels dans le temps: *“La personne de confiance d'un jour est pas la personne de confiance de 5 ans, 10 ans après” (M1)*. Suggestion était faite que le passage au DMP (Dossier médical partagé) à l'ère du tout numérique pourrait permettre d'améliorer la prise en charge dans ce sens *“Par exemple sur des cartes vitales, est-ce-que les gens ils pourraient pas sur un espace à eux dédié donner comme ils pourraient un jour donner leurs directives anticipées ils pourraient dire ben voilà 2 types de personnes de confiance” (M1)*

IV - Les soins sous contrainte (cf glossaire)

“Ah c’est jamais facile hein? C’est jamais facile les soins sous contrainte”

Médecin n°4

La principale préoccupation du praticien dans la prise en charge de ces patients semblait être de les protéger de leurs velléités auto-agressives *“La première chose, c’est réussir à mettre le patient en sécurité correctement” (M5)*

1) Décider de la contrainte

La première difficulté était la décision de la contrainte, dans laquelle venait peser, de manière parfois conflictuelle, l’incertitude diagnostique, l’intérêt du patient et la responsabilité médico-légale du praticien. *“L’incertitude qu’on a dans l’évaluation du propre risque [...] Ce doute, et se dire en même temps, que si on veut se mettre à l’abri de ce point de vue là [médico-légal], ben c’est très simple: on hospitalise. Si on veut aller dans le meilleur intérêt du patient [...] il faut être capable de porter ce doute là et de le renvoyer chez lui, avec euh ses responsabilités en ayant pris les nôtres” (M5)*

Dans cette décision, les médecins revenaient sur la difficulté d’évaluation du risque suicidaire, le choix de la juste contrainte et le reste de la prise en charge en découlant. *“Lancer la procédure d’urgence, ben, ya des choses assez simples quoi. Quand on l’a perçu.” (M1)*

Les médecins interrogés percevait l’hôpital comme un lieu de protection, mais s’inquiétaient de la réalité de cette protection lors du transport jusqu’à l’hôpital *“L’autre difficulté c’est euh, le, physiquement. Parce que c’est bien l’HDT, tout ça, on a le tiers... Comment on va... Comment on va amener le patient à l’hôpital?” (M5)*

2) Mettre en place la contrainte

La mise en place de la contrainte était considérée difficile pour plusieurs raisons:

- La rupture du lien thérapeutique

L’adhésion à la prise en charge d’un patient soigné sous contrainte est par définition plus difficile. Et pour le généraliste, prescrire la contrainte, c’est prendre le risque d’une rupture avec le patient *“Y’en a qui te pardonnent pas, et qui viennent plus” (M4)* Bien que certains rapportaient aussi des cas illustrant la “Thank you theory”: *“Après, quand t’as un patient qui te dit “Merci, vous m’avez sauvé la vie”, euh, ça rattrape un peu...” (M4)*

- La contrainte physique

Les médecins se demandaient également, le cas échéant, comment ils pouvaient contraindre physiquement un patient, et sans se mettre en danger *“Faut faire une HDT [...] c’est pas toujours évident, parce que le mec il est là avec son couteau posé sur la table et il te regarde avec son couteau comme ça, et il te dit “Vous allez me mettre à l’hôpital” “Je euh non... Ouais?” (M4)*, en se questionnant sur la place de la contrainte au corps dans l’exercice médical. *“On n’a pas... Euh, de matériel pour contentionner, pour euh, sédater, mais même si on avait, je suis pas sûr que ce soit très très légal de faire ça ici.” (M3)*

- Les forces de l'ordre

Était déploré aussi le manque de réactivité des forces de l'ordre quand sollicitées *“Que les services de police soient quand même au courant que c'est pas facile l'HDT, que c'est dangereux parfois, et qu'ils prennent pas ça à la légère quoi. Alors ils viennent quand même mais ¾ d'heure après, et en ¾ d'heure tu peux avoir des passage à l'acte” (M4)* et leur méconnaissance de la problématique, quand par exemple ils insistaient pour une sédation du patient qui nuirait par la suite à son évaluation. *“Il est agité, faites-lui une piqûre, ça va le calmer, ça sera plus facile pour le transport”. Oui, très bien. Et puis quand le patient arrive en hôpital, en EPSM, il est complètement gavé et shooté, du coup il est calme, on le fait sortir le lendemain et on n'a pas résolu le problème.” (M8)*

- L'entourage

Comme évoqué dans le paragraphe précédent sur l'entourage, une fois décidée la pertinence d'un soin à la demande d'un tiers, encore faut-il trouver le tiers. Et une fois trouvé, encore faut-il que ce dernier soit d'accord pour signer *“Quelquefois c'est rigolo, les gens nous demandent d'hospitaliser sous tiers la... Leur proche mais veulent pas rédiger le certificat du tiers” (M8)*. Avec toujours la problématique de protection du secret.

- Lourdeur administrative

Les praticiens déploraient également la lourdeur administrative des soins sous contrainte *“C'est quelque chose qu'on oublie avec le temps parce que finalement faire des certificats de ce type, on n'en fait pas beaucoup.” (M3)* Bien que nécessaire au respect de la liberté et des droits de la personne, et pour éviter les privations de libertés abusives, cette lourdeur leur semblait exister parfois au détriment de la prise en charge du patient *“Un jour, je ne sais plus, j'ai oublié de signer le certificat [...] on a bloqué toute la machine” (M5)* C'était même parfois la première idée exprimée quand était abordées en début d'entretien les difficultés générales rencontrées dans la prise en charge des patients en crise suicidaire.

Pour plusieurs médecins, persistait une confusion entre les anciennes “Hospitalisation sous contrainte” et les actuels “Soins sans consentement”.

Quand à la décision de la contrainte, plusieurs montraient un certain stoïcisme sur cette dernière, et bien que contris, rapportaient faire ce qu'ils considéraient devoir faire si nécessaire *“En général, y'a une telle conjonction d'éléments que t'as pas de doute sur le fait que ce soit nécessaire, mais c'est toujours difficile” (M4)*

V - L'orientation - Le recours à la psychiatrie

À partir du moment où était évoqué un risque suicidaire, il semblait y avoir recherche systématique de prise en charge psychiatrique. *“Le traitement d'urgence, c'est la prise en charge adaptée par un psychiatre” (M2)*, souvent avec recherche d'hospitalisation *“Un risque de passage à l'acte, c'est une hospitalisation” (M10)* Ceci, à deux fins: mettre en sécurité le patient, l'hôpital semblant perçu comme une structure protectrice et étayante *“La certitude qu'il y ait un environnement humain” (M5)* et obtenir au moins un partage de responsabilité. *“Envoyer des gens vers des urgences et avoir un transfert de responsabilité” (M5)*

1) Une connaissance du réseau pas toujours évidente

“La psychiatrie c’est un monde nébuleux” Médecin n°2

La bonne connaissance du réseau de la région d’exercice semblait occuper une place primordiale pour l’orientation de ces patients. *“La difficulté de la prise en charge, c’est forcément de savoir où on va adresser” (M7)* L’expérience semblait prépondérante dans cette connaissance du réseau *“Faut avoir un carnet d’adresses, bien sûr” (M6)*. Le plus jeune médecin interrogé, qui n’avait jamais encore été confronté à une crise suicidaire, se sentait démuné en ce sens: *“Je saurais pas qui appeler” (M2)*

Plusieurs médecins étaient demandeurs d’informations plus précises et formalisées sur le réseau de soins psychiatriques: savoir à qui adresser, quand, et comment contacter: *“Quelque chose de précis avec un répertoire téléphonique: qui appeler, en fonction de tel secteur, sur un site [web, ndla] peut-être dédié” (M3)* *“En journée je peux appeler untel, euh, le soir de garde c’est tel numéro” (M2)*

2) Une difficulté d’accès aux structures psychiatriques

“Souvent, quand il y a une crise suicidaire, c’est une orientation vers un milieu hospitalier fermé, pour que le patient puisse être mis en sécurité. Et la difficulté, c’est d’avoir accès à ces structures là” (M5) Plusieurs médecins déploraient la difficulté à obtenir un accueil en urgences pour ces patients. *“On n’a pas de structure d’accueil enfin moi je ne connais pas de structure d’accueil psychologique d’urgence dans le secteur” (M5)* Évoquant notamment le problème des horaires d’ouverture des structures *“Après 17h y’a plus personne.” (M2)* et du recours en dehors des heures ouvrables.

La question de l’adressage du patient semblait être moins vécue comme un problème par les médecins exerçant dans des secteurs avec des structures d’accueil d’urgence: *“Soit au CAC soit au CPAA” (M1)* *“Au CMP, ils arrivent toujours... Ils ont toujours [...] je pense que ce sont des plages d’urgence, on arrive à voir les patients assez facilement.” (M8)*

Les médecins exerçant dans des secteurs ne possédant pas ces structures d’urgences se voyaient contraints d’adresser aux urgences somatiques. Ils considéraient que ça n’était pas la place d’un patient en crise suicidaire, pathologie s’inscrivant dans une temporalité différente de celle d’un choc septique ou d’un infarctus du myocarde. *“Si c’est un patient qu’on suit en tant que médecin généraliste, on le connaît bien mieux que l’intervention ponctuelle d’un médecin [urgentiste] qui de toute façon aura des compétences qui sont mobilisées pour quelque chose qui ne relève pas de son domaine de compétence” (M5)*

3) Difficultés de communication du généraliste avec la psychiatrie

“ L’expertise n’écoute pas le réel”, Médecin n°1

* Injoignabilité des psychiatres

Les médecins interrogés rapportaient une difficulté à contacter les structures et les psychiatres en cas de nécessité *“Quand on est à l’extérieur de l’hôpital ils comprennent pas que c’est un ping-pong téléphonique sans nom pour avoir quelqu’un” (M5)*, et déploraient l’injoignabilité des psychiatres *“C’est impossible de téléphoner, d’avoir un contact direct, tu tombes bien souvent sur un infirmier qui va transmettre au médecin psychiatre, mais t’as aucun retour” (M3)* Ils souhaitaient voir mis en place une ligne directe, et pouvoir accéder à un interlocuteur médical, non paramédical: *“Une hotline sur ce genre de problème, c’est pas du luxe, c’est pas une surcouche et c’est pas un gadget.” (M5)*

* Absence de retour

Ils déploraient également l’absence de retour après l’adressage d’un patient, y compris par courrier *“J’ai jamais eu de courrier d’hospitalisation [...] Je pense... Les psychiatres ne font pas de courrier pour les médecins généralistes” (M2)* ce qui nuisait à la continuité des soins, avec parfois l’obligation de se reposer sur le patient pour les transmissions: *“On voit les gens revenir et puis ils nous racontent eux-mêmes, après c’est toujours pareil, ils nous racontent ce qu’ils veulent bien [...] C’est une difficulté pour le suivi.” (M3)*

* L’impression de ne pas être entendu

“L’expertise n’écoute pas le réel quoi. Tu vois? L’expertise n’entend pas du tout, et met tellement de barrières que en fait les gens qui sont vraiment en crise, ils sont jamais vraiment en crise là-bas.” (M1) Plusieurs médecins rapportaient l’impression que leur compétence et leur connaissance du patient n’étaient pas entendue par les spécialistes: *“J’m souviens d’un patient que j’avais hospitalisé à l’EPSM [...] J’pense que passer un week end là bas, ça lui aurait fait du bien. Et l’interne de psy qui l’a vu l’a trouvé bien, au contraire, en lui disant “Ben écoute, tu reviens lundi”. Le lundi il s’est pendu dans le bois. [...] La dangerosité avait été bien... Bien ciblée à mon niveau, mais différemment évaluée au niveau de l’EPSM, et, bon, le patient y est resté.” (M8)* Avec parfois même une impression de condescendance et d’hostilité *“J’ai l’impression que c’est pas un manque d’affinité entre les secteurs psychiatriques à l’hôpital et la médecine de ville à l’extérieur, c’est carrément une relation qui est quasi hostile. Je comprend pas que des gens qui travaillent dans la psychiatrie comme ça n’aient même pas la capacité de pouvoir avoir une communication consciente avec un autre professionnel de santé.” (M5)*

4) Des doutes sur leurs compétences

“Malheureusement, on accompagne, et des fois on accompagne pas mal euh, de dégâts quoi.” (M1) Plusieurs médecins interrogés remettaient en cause la compétence *“Un exemple très concret, en psychiatrie ici, on fait appel à des médecins étrangers [...] avec une maîtrise de la langue française qui est très mauvaise. Comment on fait de la psychiatrie si on maîtrise pas le langage?” (M5)* le manque d’engagement *“Un genre d’essoufflement dans le job” (M10)* et de professionnalisme des praticiens. *“Certains ont des consommations de toxiques notoires [...] Vraiment j’ai le sentiment de laisser les gens euh, derrière sans... Sans recours, sans ressource” (M5)*

De leur point de vue externe, ils avaient l'impression de difficultés de communications internes dans ces structures *"T'as l'impression que chacun fait son truc dans son coin et que les gens, même entre eux ils se parlent pas"* (M2), plusieurs rapportant des anecdotes illustrant ces dysfonctionnements ressentis: *"Il m'est même déjà arrivé d'appeler un psychiatre de garde en lui expliquant pourquoi il fallait garder le patient en crise suicidaire, il est ressorti le lendemain parce que la transmission n'avait pas été faite à son collègue."* (M5)

Ils déploraient également le manque d'efficacité constatée lors de ces prises en charge *"J'ai pas l'impression que ça avance bien"* (M7) *"On a ici des structures de prise en charge de pathologies psychiatriques, qui comme un peu partout euh... Donnent des résultats qui sont un peu de l'ordre du contemplatif"* (M5) Possiblement liés à des problèmes de démographie médicale *"Y'a de moins en moins de psychiatres, euh, les patients sont là hospitalisés, mais on sait qu'ils n'ont pas forcément des entretiens avec les psychiatres tous les jours"* (M7)

La sectorisation était également perçue comme un problème *"Les structures sont pas toujours adaptées"* (M9) les patients suicidaires se retrouvant hospitalisés avec des patients présentant des pathologies psychiatriques d'un autre ordre, ce qui était perçu comme non pertinent dans leur prise en charge. *"Comme tous les EPSM ça fonctionne avec la sectorisation, et du coup euh, voilà, c'est très compliqué, puisque un patient dépressif, si euh ben voilà, il se retrouve avec des alcooliques, avec des psychotiques, enfin voilà. J pense que c'est pour ça aussi que ça a une mauvaise image"* (M7) Toutefois, ici encore, il existait une satisfaction variable selon les secteurs d'exercice.

5) Le cas des équipes mobiles

Les médecins exerçant dans des secteurs disposant d'équipes mobiles de psychiatrie semblaient très satisfaits de l'action de ces dernières: *"Ça marche vachement bien. Et donc des hospitalisations très très courtes, juste pour passer le risque et revoir le traitement. [...] C'est toujours pareil hein, c'est... La valeur... La reconnaissance de l'appartenance au groupe [...] C'est vraiment, de pas dire aux gens "Voilà, on s'est occupé de vous, intensément, débrouillez vous tout seul dans le temps". Voilà. "On s'est occupé de vous, on continue de s'occuper de vous"* (M6) De manière concordante, les médecins exerçant dans des secteurs n'ayant pas mis en place ces équipes mobiles spéculaient sur l'intérêt de systèmes qui permettraient la prise en charge et le suivi de ces patients, en les gardant intégrés dans leur environnement *"Des structures plus... Plus légères quoi"* (M1) en relais des consultations avec le généraliste: *"Des équipes dédiées qui pourraient passer chez les gens, euh, en plus de notre consultation [...] Ca éviterait éventuellement une hospitalisation, ça éviterait un passage au CAC, ça éviterait sans doute des passages à l'acte."* (M4)

6) Au sujet de Vigilans

Certains connaissaient de nom le réseau Vigilans et adhéraient au principe *"Je reçois des courriers en me disant qu'ils rappellent de façon téléphonique régulièrement la patiente, ils prennent des contacts, et cetera... Vu de l'extérieur, comme ça, ça me paraît très bien"* (M5) mais déploraient le manque de communication sur le dispositif *"J'ai pas le numéro, j'ai pas trouvé"* (M2) qu'ils auraient souhaité plus personnalisée qu'une plaquette. *"Je l'ai vu parce que j'ai vu passer un papier. Mais c'est pas normal que les médecins généralistes aient pas une communication là dessus"* (M4)

VI - Des difficultés inhérentes à l'exercice de la médecine générale

1) L'isolement des médecins généralistes

“Des fois tu te sens un peu seul dans l'affaire” (M1) Ce sentiment d'isolement était une plainte récurrente dans ces prises en charge *“On est tout seul, et on passe notre temps à se demander “En fait, est ce que j'ai bien fait?” (M6)* Était exprimée également une difficulté de la gestion du doute et de l'incertitude, inhérente à la pratique de la médecine, particulièrement présente dans la gestion d'une entité nosologique complexe, fluctuante et grave comme la crise suicidaire *“Une petite virose où tu sais pas trop, c'est pas très grave de naviguer à vue; quand il s'agit de quelqu'un qui potentiellement pourrait avoir envie de se suicider, j'trouve que c'est un peu plus stressant.” (M2)* *“La difficulté c'est de passer à côté. Et de rester avec cette amertume... “Ah merde. J'ai pas vu venir” (M8)* *“On peut pas s'empêcher d'y penser quand on rentre le soir” (M3)*

Semblait en découler un sentiment de surcharge de responsabilité de la part de ces généralistes, auquel s'ajoutent des craintes de répréhensions médico-légales *“On nous en demande peut-être un peu beaucoup... On peut pas tout gérer. [...] Tout ce qui est médico-légal derrière, si on fait pas bien. On a une pression constante aussi par rapport à ça” (M3)* Sur ce point, en plus d'une tendance à surévaluer le risque dans l'intérêt du patient (déjà évoquée §I) plusieurs rapportaient conséquemment une tendance à sur-médicaliser pour se protéger *“Me dire que je peux gérer moi-même, mais c'est toujours l'idée de reproche [...] Le côté, on va dire un petit peu de protection pour moi, de responsabilité pénale si il y a passage à l'acte” (M4)*

Une des pistes évoquées pour rompre l'isolement des médecins libéraux étaient le développement du fonctionnement en réseau de santé et la création de MSP *“L'avenir hein, c'est cette notion de réseau, de travail [...] Une belle maison médicale, avec euh, que ce soit, je veux dire, dans la psy, dans l'allopathie [...] On perd pas de temps, on va vite quoi.” (M10)*

2) La formation des médecins généralistes

Les médecins interrogés semblaient déplorer des carences dans la formation initiale: *“Quand je vois les internes que j'ai là [...] quand je vois ce qu'ils sont censés être capables de faire et quand je vois ce qu'ils sont capables de faire... J'me dis “C'est impossible” (M6).* *“Finalement on n'a pas de formation sur comment mener l'entretien” (M3)* Mais également dans la formation continue *“En plus de 30 ans, j'ai eu... J'ai eu aucune obligation de formation. Aucune.” (M6)* Ils évoquaient une difficulté à prendre du recul sur leurs pratiques pour pouvoir les améliorer *“On sait pas analyser ce qu'on ne fait pas, ce qu'on ne voit pas, et ben on est mauvais pour ça quoi. Et puis, on on a jamais de feedback tu vois?” (M1)*

Les médecins plus excentrés rapportaient également des difficultés pour trouver des formations de qualité dans leur secteur *“Après ya l'éloignement géographique mais euh parce qu'en général ça se passe sur la métropole” (M5)*

Sur les contenus des formations, pas tous mais plusieurs considéraient être au point sur les traitements médicamenteux. Ils étaient plutôt demandeurs de

formations sur les psychothérapies, mais surtout, d'échanges informels entre psychiatres et généralistes, qui permettraient d'améliorer les pratiques *"Une formation qui mettrait en relation les structures différentes. Et qui serait pas d'expert à écoutant [...] qui cherche pas à dire nos réussites, mais qui cherche à rechercher nos... Les manques."* (M1), et également de développer et renforcer le réseau *"Il suffit d'assister à des FMC pour dire "C'est pas mal ce qu'il a dit, j'avais pas cette vision-là, et si j'ai un souci avec ce patient, aussi, et que j'arrive pas, je sais que j'ai mon référent qui est là-bas."* (M8)

3) Disponibilité du médecin généraliste

"Ya ceux que tu vois pas arriver, et qui se ratent pas, et ya ceux que tu vois arriver, et que tu rates en fonction de ta disponibilité, disponibilité qui est rendue de plus en plus compliquée par les conditions actuelles de la médecine" (M6)

- Disponibilité temporelle

L'importance du temps accordé au patient a déjà été évoquée paragraphe II-3-b. *"T'as 12 personnes dans la salle d'attente, et, et t'as le gars qui arrive en disant "J pense qu'à un truc, c'est me flinguer", euh, pfouu, tout à coup dans le cerveau ça fait "Brrlllbrllbrll", un espèce de court circuit qui fait "BAM!" "Meeerde..."* (M4) Le temps de consultation était une problématique évoquée de manière récurrente par les praticiens interrogés, notamment dans les zones de faible densité médicale: *"On a de plus en plus de malades, on est de moins en moins nombreux, et le nombre de pathologies augmente par malade. Donc aujourd'hui, on en est plus à garantir l'accès aux soins qu'à prendre le temps qu'il faut par malade"* (M6) Avec une difficulté à anticiper et à planifier ce type de motifs de consultations *"Quand on dit "une consultation gynéco", "pédiatrique", on va mettre 30 minutes, on te dit pas "une consultation parce que je vais pas bien et que j'ai envie de mettre fin à mes jours"* (M9)

Certains suggéraient que le paiement à l'acte ne favorisait pas la prise en charge des patients dans le temps et dans leur complexité. *"En tant que médecin de ville, on a peu de capacité de réfléchir la complexité des gens [...] Je sais pas si c'est possible de mettre en place des choses sur le long terme [...] parce que notre paiement à l'acte il freine ça"* (M1)

- Disponibilité psychique

"Simplement avoir la force de toujours avoir... Écouter mes patients avec la même envie." (M8) Lors de l'entretien avec le médecin n°7, l'interrogateur était reçu avec une heure de retard par le médecin qui terminait ses consultations, et qui l'accueillait en ces termes: *"T'es sûre que tu veux toujours faire de la médecine générale?"*

Au fil des entretiens, semblait se dessiner un certain épuisement professionnel *"C'est nous qui allons finir déprimés (rires)"* (M6) avec une diminution des capacités d'écoute *"On a affaire à des gens... Un peu pénibles. Des patients qui sont, qui gavent"* (M10) illustrant les notions de traumatisme vicariant et d'usure de compassion (cf glossaire) *"Je reste passionné de la médecine, mais je comprends qu'on peut avoir des confrères qui sont fatigués de la médecine. Qui n'ont plus envie. Qui ont plus envie d'écouter. Plus envie d'en parler. [...] Alors j'sais pas, les moyens à avoir c'est peut être d'avoir plus de vacances?"* (M8)

Cette disponibilité psychique fluctuant aussi selon les périodes de vie du médecin *"Une période où j'étais moi-même pas bien, j'étais fatigué, et moins à l'écoute sans doute, et il est*

venu... [...] J'ai pas creusé, et puis pffft [...] J'ai un peu l'impression que je suis passé à côté. Si ce jour-là j'avais creusé, j'avais passé plus de temps..." (M4)

Enfin, revenait la nécessité pour le médecin d'apprendre à porter ses erreurs et manquements "Si on n'accepte pas de vivre avec nos erreurs d'appréciations, c'est nous qui finissons au bout d'une corde, hein?" (M6) et d'abandonner un fantasme de toute puissance pour pouvoir continuer à exercer: "Accepter que parfois on perd des patients. C'est ça la principale difficulté. [...] mais après c'est à moi de travailler là-dessus, faut que j'accepte que, voilà, on peut pas sauver tout le monde quand on est médecin" (M9)

4) Une problématique sociale qui dépasse le champ de la seule médecine générale

Enfin, les médecins interrogés rapportaient être confrontés à des difficultés sociétales prenant une part importante dans la genèse de la maladie. "Le rapport à la norme il est problématique quand même dans notre société." (M1) "On reste isolé chez soi, et les gens ne se disent plus les choses" (M9) "Tous les mal-être qu'on peut avoir chez l'adulte, qu'on sent venir, qu'ils soient liés au travail, qu'ils soient liés à la famille" (M8) ainsi que dans sa prise en charge. "Nos structures de soins ici, elles sont embolisées par de la médecine sociale" (M5) "On a peu de ressources [...] pour rompre l'isolement [...] Après ça dépend des quartiers. Peut-être à la campagne c'est, c'est différent quoi." (M1) et avoir peu de prise sur ces éléments. "Et donc là après, ben c'est la politique" (M9)

DISCUSSION

Partie 1: Discussion de la méthode

- Méthodologie: la recherche qualitative

La recherche qualitative, par son ouverture, permet de ne négliger aucune possibilité, contrairement à la recherche quantitative qui suppose des choix pré-exploratoires stricts, souvent limités par les représentations de l'auteur et les données connues. Pour ces mêmes raisons, sa validité est difficile à établir: comment être sûr que les résultats ne sont pas seulement l'opinion de l'investigateur? La triangulation de l'analyse des données avec deux autres médecins (un généraliste et un psychiatre) a permis de réduire ce biais.

Ce travail de recherche considérait l'existence de difficultés dans ces prises en charge exposées dans des travaux de recherche antérieurs (1,2,3,4).

- Investigateur

La qualité de médecin généraliste de l'investigateur a pu influencer son travail, mais pouvait aussi faciliter la relation avec les interviewés.

L'âge et le manque d'expérience en regard des médecins interrogés pouvait prendre à ces derniers une position de pédagogues, mais pouvait aussi les rendre plus à même de se livrer.

- Données déclaratives

Les déclarations des interrogés ont pu être impactées par des biais de remémoration et de sélection, ainsi que de désirabilité sociale, et d'autocomplaisance.

Les médecins mieux connus de l'investigateur faisaient plus souvent des digressions en entretien, mais se confiaient plus facilement et plus longuement.

- Saturation des données

La saturation des données est arrivée au 6^e entretien, soit précocement. Il existait donc probablement une certaine uniformité dans les difficultés rencontrées

Partie 2: Discussion des résultats

PLAN:

<u>I-Pratique des médecins interrogés</u>	26
1) <u>Diagnostic</u>	26
2) <u>Thérapeutique</u>	26
3) <u>Soins sous contrainte</u>	27
4) <u>Secret médical</u>	27
5) <u>Éducation des populations</u>	28
<u>II- La formation</u>	28
1) <u>Sujets de formation</u>	28
2) <u>Modes de formation</u>	29
<i>a) La formation continue</i>	29
<i>b) La formation initiale</i>	29
<i>c) Intérêt des groupes d'échanges de pratiques</i>	29
<u>III- Amélioration des conditions de travail du généraliste pour améliorer sa disponibilité au patient?</u>	30
1) <u>Disponibilité psychique</u>	30
2) <u>Disponibilité temporelle</u>	30
<i>a) Cotation à l'acte</i>	30
<i>b) Développement d'outils efficaces</i>	30
* <u>Hotline psychiatrique</u>	30
* <u>Plaquette d'information</u>	30
* <u>Outil web</u>	31
* <u>Thérapie informatique</u>	31
<u>IV- Un réseau qui répond: améliorer la coordination et la communication entre généralistes et équipes de psychiatrie</u>	32
* <u>Dispositif d'articulation patient-généraliste-psychiatres: le rôle de Vigilans?</u>	32
* <u>Equipe mobile de psychiatrie: garder le lien</u>	33

I- La pratique des médecins interrogés

1) Diagnostic

Les médecins interrogés rapportaient ne pas avoir de difficultés pour parler des idées suicidaires avec les patients, en accord avec les recommandations (5)

Le gut feeling (littéralement “sensation viscérale”) était évoqué comme outil diagnostique dans l’identification de l’idéation suicidaire et l’évaluation du risque de passage à l’acte. Ceci va dans le sens des travaux (6,7,8,9) qui définissent ce concept transculturel “d’intuition guidant le praticien au travers de l’incertitude dans l’exercice médical”.

Cette place pour une pensée “non discursive” dans le raisonnement clinique semble aussi appuyée par le développement et la validation d’outils d’évaluation comme le “Clinical global impression scale” en psychiatrie (10)

Les difficultés à repérer l’idéation suicidaire et à évaluer le risque de passage à l’acte, au-delà de l’absence d’utilisation d’outils d’évaluation, peuvent être envisagées comme intrinsèques à la crise suicidaire, entité nosologique complexe et fluctuante, sans signe pathognomonique et avec plus d’une centaine de facteurs de risques (11)

Sur le plan sémiologique, il existait une confusion entre les notions d’idéation suicidaires, de crise suicidaire et de syndrome dépressif.

2) Thérapeutique

L’utilisation des traitements psychotropes semblait en accord avec l’état actuel des connaissances. Les inquiétudes exprimées des praticiens, notamment sur le risque de levée d’inhibition, étaient légitimes (5,11,12). Les travaux de recherche actuels (comme l’exploration des pistes de la kétamine ou la buprénorphine en intranasal (13,14) donneront peut-être à l’avenir naissance à d’autres outils, facilement utilisables en médecine de premier recours.

L’unanimité sur la pertinence de la psychothérapie dans la prise en charge était à pondérer par la confusion existant entre les différentes techniques et leur efficacité propre (15,16,17,18). Quand au frein financier évoqué, il est possible qu’il diminue à l’avenir, puisque certaines mutuelles et départements pilotes (19) commencent à proposer le remboursement de certaines psychothérapies.

Aucun des médecins interrogés n’évoquait l’utilisation de “contrat de non suicide”. Ils n’évoquaient pas non plus s’appuyer sur les lignes d’écoute téléphonique (20,21) pour étayer la prise en charge du patient.

3) Soins sous contrainte

**Difficultés éthiques:* Les difficultés rencontrées pourraient être liées au changement de paradigme entre la médecine somatique (où le patient est maître de sa santé et des décisions la concernant) (22) et la médecine psychiatrique (où le médecin peut s'affranchir du consentement du patient s'il le juge inapte à la décision) (23,24) Le questionnement sur la liberté individuelle était pondéré par l'évocation d'éléments rappelant la "Thank you theory" de Stone. (cf glossaire) Il n'y avait en revanche pas d'évocation de l'intérêt collectif de l'injonction aux soins: pourtant, si le suicide est contagieux (25) et que le risque suicidaire augmente significativement dans l'entourage d'une personne suicidée, empêcher une personne de se suicider relève alors également de la mission de santé publique. À l'heure où certains pays légalisent l'euthanasie pour troubles mentaux (notamment les dépressions sévère), ce questionnement semble légitime (26, 27,28). Chaque prise en charge de patient suicidaire est une situation singulière, où le praticien doit être guidé par les principes d'empathie et de bienfaisance, ainsi que du respect de la personne, de sa liberté et de sa dignité. C'est la tension entre ces deux principes qui doit permettre d'éviter les écueils de la condescendance, et de l'indifférence. (29)

**Difficultés épistémiques:* Les difficultés rencontrées dans les soins sous contrainte semblaient pour partie liées à un manque de connaissances théoriques (juridiques, administratives...). Il existait une confusion entre les anciennes "Hospitalisation sous contrainte" et actuels "Soins sous contrainte", alors que le changement de législation date de plus de 5 ans (30,31). Il n'y avait notamment pas d'évocation du "soins sans consentement en cas de péril imminent", qui permet de s'affranchir du tiers et qui semble particulièrement indiqué dans l'exercice libéral. Ceci pourrait illustrer la difficulté pour le généraliste de se tenir au courant de l'actualité des différentes spécialités

**Difficultés pratiques:* Les difficultés pratiques rencontrées: contrainte au corps d'un patient potentiellement agressif, attente des forces de l'ordre, etc... Semblent particulièrement liées à l'isolement physique du médecin généraliste

4) Secret médical

Le droit évolue avec la société qui le crée, et le secret médical n'échappe pas à cette règle. À l'ère de l'information, du "Big data", de l'informatisation et du dossier médical partagé, il prend encore plus son sens comme outil de protection de la vie privée et de la liberté individuelle. Entre les deux injonctions "préserver le secret médical" et "non assistance à personne en péril", les médecins semblaient privilégier le respect de la deuxième. Sans le savoir, ils se trouvaient ainsi en concordance avec la législation, la première infraction (32) étant sanctionnée moins sévèrement que la deuxième (33), et une dérogation (34) au secret professionnel étant prévue si le praticien estime un patient "dangereux pour lui-même" et "qu'il détient une arme

ou a manifesté l'intention d'en acquérir une". Les difficultés exprimées pourraient finalement surtout être résumées en une méconnaissance de la législation, qui rend possible de s'affranchir du tiers (SPI).

Quand à la personne de confiance évoquée, elle ne permet pas de résoudre le problème, puisque l'opposition de la personne malade empêche de l'inclure dans le secret (35). Restait aux médecins l'option d'inciter le patient à informer un tiers, lui permettant ainsi de rompre son isolement.

5) Éducation des populations: patients et famille, forces de l'ordre

Dans le sens des souhaits évoqués par les interrogés sur l'éducation des populations, des dispositifs de sensibilisation voient le jour, comme la "Journée mondiale de prévention du suicide" ou encore le dispositif Papageno, et il semble qu'il soit nécessaire de poursuivre les efforts en ce sens (36)

II - La formation

Le sentiment exprimé d'insuffisance de formation et de compétences des médecins dans la prise en charge de la crise suicidaire s'intègre dans une problématique plus large d'insuffisance de formation des généralistes à la psychiatrie (37). Devant la difficulté d'accès exprimée à un avis spécialisé, et la fréquence du recours au généraliste pour motif psychiatrique (20-30% des consultations selon les études) (38), il semble intéressant de réfléchir la formation des généralistes à cette spécialité. Se pose alors la question des sujets et modalités de formation.

1) Sujets de formation:

- Vu les difficultés exprimées dans l'évaluation du risque, il pourrait être intéressant de former les médecins généralistes à des outils d'évaluation simples et validés (39), notamment aux entretiens semi-directifs (RUD, C-SSRS, grille québécoise). De par leur rôle de dépistage, de triage et d'orientation (40), on pourrait même dire que la capacité à évaluer le risque suicidaire devrait être LA principale préoccupation dans la formation des généralistes à ce sujet.

- Formation à la psychothérapie: Certains praticiens interrogés étaient désireux d'être mieux formés à "aider les gens par la parole". L'efficacité des thérapies brèves et cognitivo-comportementales sur l'idéation suicidaire semble bien établie (16,17,18). Toutefois, des études faites sur des formations courtes (41,42) (quelques demi-journées) aux thérapies brèves montraient que ces dernières ne suffisaient pas pour permettre aux généralistes d'acquérir les compétences nécessaires à impacter positivement l'évolution des patients. Il faut alors s'interroger sur la pertinence et la faisabilité d'une formation efficace (plus longue) des généralistes à ces techniques. Certains médecins considéraient que cette compétence appartenait aux psychiatres, mais ils exerçaient dans un secteur avec un recours facile à la psychiatrie.

2) Modes de formation

a) La formation continue des généralistes

La littérature scientifique (43) semble montrer que, pour impacter les taux de suicide, la formation des médecins généralistes doit être “continue, ou au moins répétée au cours de années”, et “dispensée à une large majorité de généralistes”. Se pose alors à nouveau le problème du temps disponible des généralistes. Mais aussi, de l’uniformisation de la formation continue de professionnels exerçant en libéral une activité à fonction publique, et chez qui il n’existe aucun contrôle des connaissances et compétences après l’obtention du diplôme, pour une profession dans laquelle l’erreur peut s’avérer létale.

b) La formation initiale en psychiatrie

Une piste pour améliorer la compétence des généralistes pourrait être de développer la formation initiale en psychiatrie.

**En stage:* Quand la souffrance psychosociale représente un tiers de la plainte (38) en médecine générale, il serait sûrement pertinent d’envisager l’ajout d’un semestre en service de psychiatrie à la maquette de l’internat de médecine générale, ce qui semble être une option considérée dans la réforme du 3^e cycle médical et le possible ajout d’une 4^e année à l’internat des généralistes (44,45)

**En cours:* Actuellement, à Lille, les ED de psychiatrie en 3^e cycle de médecine générale consistent en 6h “patient avec addictions” et 3h “problèmes de santé mentale”. Une partie de ces ED pourrait servir à l’apprentissage de l’évaluation du risque suicidaire, et à une présentation du réseau de psychiatrie de la région, ses secteurs et structures d’urgence, afin d’éviter que de jeunes médecins ayant récemment fini leur internat déclarent “je ne sais pas évaluer le risque suicidaire”, et “la psychiatrie, c’est un monde nébuleux”

Des formations communes avec les internes de psychiatrie (65) pourraient également permettre d’anticiper sur les futures difficultés de communications entre les spécialités.

c) Intérêt de groupes échange de pratiques (46, 47)

Dérivés des groupes Balint, ces groupes d’échanges de pratique (d’évaluation des pratiques professionnelles...), réalisés entre psychiatres et généralistes, pourraient permettre une amélioration des pratiques, ainsi qu’un renforcement du réseau et une rupture de l’isolement du généraliste par le développement des interactions entre praticiens.

III - Amélioration des conditions de travail du généraliste pour améliorer sa disponibilité au patient?

1) Disponibilité psychique

L'esquisse, lors des entretiens, des notions de traumatisme vicariant et d'épuisement professionnels, rejoint une problématique plus générale en médecine. Le taux de suicide chez les médecins est plus important que dans la population générale (48). Des études ces dernières années décrivaient 50% des médecins généralistes en burn out (49,50,51,52). Dire qu'il faut prendre soin des soignants est un truisme. Et cet épuisement professionnel des médecins a été associé à une diminution de la qualité des soins pour le patient (53).

2) Disponibilité temporelle

a) Paiement à l'acte évoqué

La cotation à l'acte était décrite comme un frein à une prise en charge globale du patient, mais c'est le choix de rémunération qui est actuellement fait dans notre système de santé. Une valorisation du temps passé avec le patient par le développement d'une cotation de l'évaluation du risque suicidaire pourrait être une solution, ou encore l'ajout des RUD et autres échelles d'évaluations au code ALQP003, ce qui pourrait également inciter à leur utilisation. Mais une nouvelle cotation ajouterait une entrée à un codage déjà souvent jugé comme trop complexe par les médecins (54). Par ailleurs, il ne semble pas prouvé que le codage soit incitatif, ni représentatif des pratiques.

b) Développement d'outils efficaces

Des outils efficaces à disposition du généraliste, comme ceux suggérés par les médecins interrogés, devraient trouver leur place dans l'offre de soins actuel.

***Hotline psychiatrique:** Il est regrettable de constater, après discussions informelles avec des psychiatres du CHRU, qu'une hotline psychiatrique, demandée par les médecins interrogés ici et dans d'autres études (55), a déjà été mise en place puis progressivement abandonnée par manque d'utilisation, semblant bien illustrer le manque de communication entre généralistes et psychiatres. La garantie d'un accès direct était un des objectifs proposés par la "Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur" de 2014 (65). Ces initiatives de lignes directes semblent se développer en somatique (Hop'line à Lille, Ville Hop à Bordeaux...), et avoir été particulièrement étudiées dans le domaine de la gériatrie (56). Bien qu'une plus grande communication sur ces dispositifs soit encore nécessaire, ils semblent rencontrer satisfaction chez les usagers, améliorer la prise en charge des patients, ainsi que les relations et la coordination ville-hôpital.

***Plaquette d'information:** Le Dr Cauet, dans sa thèse menée sur le secteur du Ternois (3), proposait déjà la diffusion d'une plaquette sur le RUD. Après contact téléphonique auprès de ce dernier, cette diffusion n'avait finalement pas été faite,

faute de personnes pour porter le projet. Si la plaquette est devenue un outil moins pertinent à l'heure du tout numérique, faire sa diffusion, après y avoir ajouté une information sur le réseau psy, les structures d'urgences, leurs horaires et modes de contact pourrait permettre de cibler les médecins moins "connectés".

*Outil web: Les outils en ligne d'aide à la décision médicale (Antibioclic, pediadoc...) semblent recevoir un accueil favorable des praticiens à l'aise avec l'outil numérique, et aider à proposer une pratique en accord avec les données de la science (57,58,59). Nous pourrions imaginer une boîte à outils en ligne qui permettrait l'accès:

- Au numéro d'une hotline (VigilanS, hop'line du CHRU de Lille...)
- À des outils d'évaluation du risque suicidaire (RUD, C-SSRS...)
- À des modèles de certificats pour les soins sous contrainte et des arbres décisionnels d'orientation entre SDRE, SDT...
- À une version plus exhaustive de l'annuaire des CMP (déjà présente sur le site de la F2RSM), complétée d'un annuaire des structures d'urgences, avec moyens de contact et heures ouvrables par secteur.

*Thérapie informatique: Les applications et outils informatiques de "self-help" et autres thérapies cognitivo-comportementales semblent avoir des résultats prometteurs pour l'anxiété et la dépression (60,61). Ce type d'outils en ligne pourrait faciliter la diffusion et l'accès à la thérapie d'un public connecté et rompu à l'outil informatique (bien que le problème de l'observance semble persister). À condition qu'ils soient validés, de tels outils pourraient venir assister de manière pertinente le généraliste dans sa pratique.

IV - “Un réseau qui répond”: améliorer la coordination et la communication entre généralistes et équipes de psychiatrie

Les difficultés de communication des généralistes avec la psychiatrie exprimées dans les entretiens vont dans le sens de ce qui a été retrouvé d'autres études (62,63). Ces difficultés de communication sont même parfois le premier reproche fait par les généralistes au système de soins psychiatrique. Que les médecins interrogés soient demandeurs d'outils qui parfois existaient déjà (RUD, hotline, ...) sans qu'ils en connaissent l'existence, semble bien illustrer l'insuffisance des outils et réseaux de communication médecine générale-psychiatrie, et la nécessité de les repenser.

Ces difficultés, déjà identifiées dans des travaux précédents, font l'objet d'une volonté politique qui se renforce depuis une dizaine d'années (64,65,66). Il semble que les torts soient partagés dans ces difficultés d'échanges. Ainsi, les médecins interrogés présentaient un polymorphisme quant à leurs modes de contacts privilégiés (mail, téléphone...), et parlaient de la variabilité de fonctionnement des différents secteurs (contacts, horaires d'ouverture...). Peut-être une standardisation des pratiques et fonctionnements, pour les généralistes comme pour les secteurs, pourrait faciliter leurs interactions.

L'évolution de la médecine, l'accroissement des connaissances, et l'hyperspécialisation et le partage de compétences qui en découlent, rendent d'autant plus nécessaire l'apprentissage du travail en réseau et le développement d'outils qui le rendent possible. Avec les psychiatres, donc, mais également par exemple avec les pharmaciens (délivrance quotidienne ou hebdomadaire des médicaments), les infirmiers (les interviews de cette étude montrant par exemple la nécessité de mieux informer les médecins généralistes sur les compétences propres des infirmiers spécialisés en psychiatrie), etc.

*** Dispositif d'articulation patient-généraliste-psychiatres: le rôle de Vigilans?**

Les médecins interrogés déploraient le temps passé à essayer de contacter les spécialistes, la difficulté à trouver leurs coordonnées, à coordonner le parcours de soin du patient... Peut-être pourrait-on envisager l'intérêt d'une plateforme qui mettrait en relation et faciliterait la coordination entre les différents acteurs. C'est d'ailleurs déjà un peu le rôle que prend le dispositif Vigilans (67), qui, dans du *case management*, peut être amené à prendre contact avec le généraliste, orienter le patient vers une structure d'urgence ou du secteur... Il prend aussi un rôle de relai auprès du patient, en suppléance notamment du généraliste, proposant ainsi de “réinscrire le patient dans le temps” en lui offrant une “2e porte d'entrée dans la vie”. Si la réception en semble favorable auprès des généralistes, il semble nécessaire de poursuivre les efforts de communication sur le dispositif (55)

*** Equipe mobile de psychiatrie: garder le lien**

À la fin du XIXe (avec notamment les travaux de Durkheim) (68), le suicide commence à être envisagé comme un symptôme social. Pour Halbwachs (69), le “vide social” est même la seule et unique cause du suicide.

En première ligne de la prise en charge du patient, la place du médecin généraliste lui permet peut-être une connaissance plus intime de ce dernier et de son environnement que ne le permet une prise en charge hospitalière (70). Ceci pourrait expliquer l'intérêt et les attentes exprimés par les médecins interrogés pour le développement des équipes mobiles de psychiatrie. Initialement développées pour permettre l'accès aux soins des personnes en situation d'exclusion et de précarité, elles pourraient permettre une meilleure évaluation du patient dans son environnement, et en luttant contre son isolement, une meilleure prise en charge du suicide dans sa dimension sociale, en proposant ainsi un traitement étiologique. Cette rupture de l'isolement est d'ailleurs également ce que proposent avec succès des dispositifs comme Vigilans (67), ou l'équipe Sisyphe (Roubaix).

Ce développement des équipes mobiles de psychiatrie (71,72,73,74) s'intègre en santé publique dans la logique politique actuelle de “Virage ambulatoire” (réseau de soins ambulatoires en gériatrie, hospitalisation au domicile, chirurgie ambulatoire...) (cf glossaire), bien qu'il soit difficile de dire si cette volonté vise à une amélioration du système de soins ou à une simple réduction des coûts (les deux n'étant pas nécessairement exclusifs). Mais ce virage ambulatoire pourrait aussi, après une première réforme psychiatrique post Seconde Guerre mondiale (qui réalisait le passage d'une psychiatrie asilaire à une psychiatrie sectorielle) (75), correspondre à une deuxième réforme suivant une évolution naturelle de la psychiatrie, avec le souci toujours plus important de laisser le patient intégré dans la cité.

A condition que les actions soient coordonnées, ces équipes, notamment celles avec une activité “de crise” (76) pourraient venir également rompre le sentiment d'isolement du généraliste en intervenant de manière complémentaire auprès du patient (77), suivant les principes de l'éthique de l'inquiétude et de la clinique du souci.

CONCLUSION

Ce travail nous semble proposer quelques pistes de réflexion.

Les principales difficultés rencontrées par les médecins interrogés, sont en premier lieu celles rencontrées dans le dépistage et l'évaluation du risque suicidaire. Ensuite, les difficultés éthiques rencontrées, qu'elles soient dans l'adhésion du patient à la prise en charge, la gestion de l'entourage, du secret médical, ou encore le recours aux soins sous contrainte. Enfin, le sentiment d'isolement du médecin généraliste, et les difficultés ressenties dans le recours et la communication avec la psychiatrie.

Voici quelques ébauches de solutions à ces problèmes: sur le plan de la formation. De par la prévalence de la plainte psychique en médecine générale, la psychiatrie devrait occuper une place non négligeable dans la formation initiale des futurs généralistes. L'apprentissage de l'évaluation du risque est essentiel, permettant ainsi au généraliste de remplir ses rôles de dépistage et d'orientation. Le développement d'un outil web d'aide à la décision dans ces prises en charge trouverait certainement une place parmi les outils à disposition du généraliste.

Sur les difficultés de communications entre médecine générale et psychiatrie, il existe depuis une dizaine d'années une prise de conscience et une volonté politique d'améliorer la situation. Les efforts continus et prolongés dans ce sens sont nécessaires; des groupes d'échanges de pratique inter-spécialités pourraient faciliter ces relations, et rompre "l'isolement du généraliste", tout en étant pertinents en terme de formation. Le développement de hotlines destinées aux professionnels de santé pourrait également faciliter les échanges.

L'accroissement des connaissances et l'hyperspécialisation rendent nécessaire le développement et l'apprentissage du travail en réseau. L'émergence de structures intermédiaires d'articulation et de mise en relation (comme les équipes mobiles et le dispositif Vigilans) s'intègrent dans cette dynamique et celle du "virage ambulatoire".

A la suite de ce travail, une étude similaire pourrait être réalisée chez les généralistes ayant eu une formation davantage ciblée "psychiatrie", notamment ceux passés internes dans des structures d'urgences (sur la métropole lilloise: Centre d'Accueil de Crise, Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission, ...)

Sur les difficultés de communication entre médecine générale et psychiatrie, puisqu'il faut être deux pour communiquer, il pourrait être pertinent de recueillir également l'avis des psychiatres sur le sujet.

Des problématiques variables émergeaient selon les secteurs. Il existe 60 secteurs de psychiatrie adulte dans le Nord et le Pas-de-Calais, qui mériteraient sûrement chacun une évaluation individuelle.

Une étude de marché ou apparentée sur un potentiel outil web d'aide à la décision médicale pourrait permettre de s'assurer que celui-ci soit pertinent et adapté aux besoins des généralistes.

Le nombre de services d'urgences en grève s'est progressivement accru depuis le printemps 2019, pour atteindre plus de 200 début septembre. Bien sûr, il n'est pas possible de s'affranchir des contingences matérielles, et il est nécessaire de penser des systèmes efficaces, afin de ne pas gaspiller les ressources et énergies, ni épuiser les volontés.

La volonté de maîtrise des dépenses de santé ne doit pas se faire au dépend de la qualité des soins. Et qu'il importe d'assurer au praticien des conditions d'exercices permettant de garantir sa disponibilité (temporelle comme psychique) au patient, ainsi qu'une communication satisfaisante avec ses confrères. Ceci, afin qu'il puisse accomplir au mieux la mission pour laquelle il a prêté serment: "Je ferai tout pour soulager les souffrances".

BIBLIOGRAPHIE - Introduction

- 1 - Collectif, sous la direction de G.Darcourt, P.Mazet - Conférence de consensus ANAES: La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge - John libbey eurotext - 2001 dec 31
- 2 - Vandervoode J. Psychopathologie du suicide, Dunod, 2013
- 3 - Observatoire national du suicide - Suicide: État des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1er rapport/novembre 2014
- 4 - OMS. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial. 2014
- 5 - Suicide mortality rate: data tables, World Health Statistics
- 6 - Observatoire national du suicide - Suicide: Connaitre pour prevenir. Dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport/fevrier 2016
- 7 - Rapport d'évaluation Vigilans
- 8 - Dusmenil et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généralistes français. L'Information psychiatrique mai 2014 ; 90 : 341-52
- 9 - Serge Fanello et al., « Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires », Santé Publique 2002/3 (Vol. 14), p. 263-273
- 10 - Penin G. Thèse d'exercice: Dépistage et prise en charge des patients en crise suicidaire en soins primaires : une étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes. Université de Poitiers. 2004
- 11 - Cauet C. Thèse d'exercice: Evaluation et prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale. Etude descriptive dans le secteur Ternois. Université de Lille. 2014
- 12 - Charazac A. Thèse d'exercice: Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'évaluation et la prise en charge des patients suicidaires en ambulatoire dans le Sud de l'île de la Reunion. Université de Bordeaux. 2015

BIBLIOGRAPHIE - Discussion

- 1 Serge Fanello et al. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. Santé Publique 2002/3 (Vol. 14). p. 263-273
- 2 Penin G. Thèse d'exercice: Dépistage et prise en charge des patients en crise suicidaire en soins primaires: une étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes. Université de Poitiers. 2004
- 3 Cauet C. Thèse d'exercice: Évaluation et prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale. Étude descriptive dans le secteur Ternois. Université de Lille. 2014
- 4 Charazac A. Thèse d'exercice: Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'évaluation et la prise en charge des patients suicidaires en ambulatoire dans le Sud de l'île de la Reunion. Université de Bordeaux. 2015
- 5 Collectif, sous la direction de G.Darcourt, P.Mazet. Conférence de consensus ANAES: La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge. John libbey eurotext. 2001 dec 31
- 6 Stolper E. et al - Consensus on gut feelings in general practice - BMC Family Practice 2009 10:66
- 7 Stolper E. et al - The diagnostic role of gut feelings in general practice. A focus group study of the concept and its determinants - BMC Family Practice 2009 10:17
- 8 Stolper E. et al - The 'sense of alarm' ('gut feeling') in clinical practice. A survey among European general practitioners on recognition and expression - European Journal of General Practice Pages 72-74 jan 2010
- 9 Stolper E. et al - Gut Feelings as a Third Track in General Practitioners' Diagnostic Reasoning - Journal of General Internal Medicine February 2011. Volume 26. Issue 2. pp 197-203
- 10 Busner J. Targum S. - The clinical Global Impressions Scale: Applying a Research Tool in Clinical Practice - Psychiatry 2007
- 11 Vandervoode J. Psychopathologie du suicide. Dunod. 2013

- 12 Weitz E. et al. Do depression treatments reduce suicidal ideation? The effects of CBT, IPT, pharmacotherapy, and placebo on suicidality. *J Affect Disord.* 2014;167:98-103
- 13 Jae Lee et al. Use of Ketamine in Acute Cases of Suicidality. *Innov Clin Neurosci.* 2015 Jan-Feb; 12(1-2): 29–31
- 14 Yovell Y. et al. Ultra-Low-Dose Buprenorphine as a Time-Limited Treatment for Severe Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry.* 2016 May 1;173(5):491-8
- 15 Smit Y. et al. The effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review* Volume 32, Issue 2, March 2012, Pages 81-92
- 16 Handley TE et al. Incidental treatment effects of CBT on suicidal ideation and hopelessness. *J Affect Disord.* 2013 Oct;151(1):275-83
- 17 EB Sipe W. The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral - Analysis System of Psychotherapy added to Treatment as Usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial. *The Canadian Journal of Psychiatry, Vol 57, No 2, February. CanJPsychiatry* 2012;57(2):63–69
- 18 Brown GK et al. Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts - A Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 2005 Aug 3;294(5):563-70
- 19 Béguin F. Le remboursement des consultations chez le psychologue est expérimenté. Le dispositif va être testé dans quatre départements pendant trois ans. *Le monde.* 23 avril 2018
- 20 Acosta J. et al. Interventions to Prevent Suicide. A Literature Review to Guide Evaluation of California's Mental Health Prevention and Early Intervention Initiative. *Rand Health Q.* 2013 Winter; 2(4): 2
- 21 Gould MS et al. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. *Suicide Life Threat Behav.* 2007 Jun;37(3):338-52
- 22 Loi "Kouchner" n° 2002-303 du 4 mars 2002. Art. L. 1111-4 du CSP

- 23 Thèse d'exercice: Médecins généralistes et soins psychiatriques sous contrainte : difficultés rencontrées par les praticiens pour initier ces mesures : étude descriptive réalisée auprès de 165 médecins du Sud Réunion
- 24 Fremont et al - L'alliance thérapeutique au début d'une prise en charge pour dépression par le généraliste - L'Encéphale Volume 34, n° 2 pages 205-210. avril 2008
- 25 Thomas P. Prévention du suicide: l'évaluation est indispensable. Santé publique France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. n° 3-4 5 février 2019
- 26 Verhofstadt M. et al. Psychiatric patients requesting euthanasia: Guidelines for sound clinical and ethical decision making. International Journal of Law and Psychiatry. Volume 64, May–June 2019, Pages 150-161
- 27 Bolt EE et al. Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living? Journal of Medical Ethics 2015;41:592-598
- 28 Lopez-Castroman J. About the practice of psychiatric euthanasia: a commentary. BMC Medicine vol. 15, Art 125. 2017
- 29 Carrière M. Recueil numérique sur les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide. Observatoire national du suicide. Février 2018
- 30 Loi n° 90-527 du 27 juin 1990
- 31 Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011
- 32 Art 226-13 du Code Pénal
- 33 Art 223-6 du Code Pénal
- 34 Art 226-14 du Code Pénal
- 35 Article L1110-4 du Code de Santé Publique
- 36 Notredame et al. Le traitement médiatique du suicide : du constat épidémiologique aux pistes de prévention. La Presse Médicale. Volume 44, n° 12P1. pages 1243-1250. Décembre 2015

37 Fovet T. et al. Médecine générale et Psychiatrie: 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

38 Milleret G. et al. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». L'information psychiatrique 2014/5 (Volume 90), pages 311 à 317

39 Peyron P.-A. & David M. Les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en médecine générale. La Presse Médicale, 44(6), 590–600

40 Article L4130-1 du CSP, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 68

41 Scott C. et al. Acute and one-year outcome of a randomised controlled trial of brief cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. The British journal of psychiatry. Vol 171 is 2. August 1997. p131-134

42 King M. et al. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomised controlled trial. BMJ 2002 Apr 20;324(7343):947-50

43 Du Roscoät, E., & Beck, F. (2013). Efficient interventions on suicide prevention: A literature review. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 61(4), 363–374.

44 Martos S. Une quatrième année pour le DES de médecine générale? Le quotidien du médecin. 31.05.2018

45 Martos S. Banco pour un DES de médecine générale en 4 ans? Le quotidien du médecin. 15.07.2019

46 Fablet D. Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles : une visée avant tout formative. Connexions 2004/2 (n°82), pages 105 à 117

47 François P. Groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale. La Presse Médicale. Volume 42, n° 1. pages e21-e27 (janvier 2013)

48 Lamarche K. Thèse d'exercice: Suicide et tentatives de suicide chez les médecins. Oct 2009

- 49 Vaquin Villeminey C, Wong O. Prévalence du burn-out en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelle, Université René Descartes, 2007
- 50 Truchot D. Le Burn-out des médecins libéraux de Bourgogne, 2001
- 51 Truchot D. Le burnout des médecins généralistes en Poitou-Charentes, Université de Poitiers, 2004
- 52 Galam E. Mouries R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives. Paris, 2007
- 53 Panagioti, M. et al Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis JAMA Intern Med. 2018;178(10):1317-133
- 54 Poissonnet C. Thèse d'exercice: Freins à la cotation des actes en médecine générale, étude quantitative auprès de 1201 médecins généralistes des pays de la Loire. Avril 2017
- 55 Fontaine J. Thèse d'exercice: Dispositif Vigilans: Evaluation qualitative auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Juillet 2017
- 56 Schmitt Y. Thèse d'exercice: Accès à la filière gériatrique du CHRU de Lille: Evaluation des connaissances et pratiques des médecins généralistes. 2017
- 57 Gilbert R, Jeanmougin P, Ben Hamouda A, Bercherie J, Valencia JSS, Baruch D. Outils d'aide à la décision clinique. Rev Prat-Médecine Générale. janv 2009;(927):63741.
- 58 Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA, Lobach DF. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. BMJ. 2 avr 2005;330(7494):765
- 59 Bates DW, Kuperman GJ, Wang S, Gandhi T, Kittler A, Volk L, et al. Ten Commandments for Effective Clinical Decision Support: Making the Practice of Evidence-based Medicine a Reality. J Am Med Inform Assoc JAMIA. 2003;10(6):52330
- 60 Jan Bergström, « Les nouvelles thérapies par Internet », RESET [En ligne], 2013

61 Hadjistavropoulos HD et al. Therapist-assisted Internet-delivered cognitive behavior therapy for depression and anxiety: translating evidence into clinical practice. J Anxiety Disord. 2014 Dec;28(8):884-93

62 Cohidon et al. La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale. Santé publique 1999, volume 11, no 3, pp. 357-362

63 Aubin-Auger I et al. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale Généralistes et psychiatres : une relation compliquée. Médecine: de la médecine factuelle à nos pratiques. Vol 4, N° 6, 2008/06, pages 279-286

64 Plan santé mentale 2005-2008

65 Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur. 2014

66 Guide HAS 2018: Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux État des lieux, repères et outils pour une amélioration

67 Vaiva G et Debien C. Rapport evaluation vigilans. Dispositif pilote de veille post-hospitalière des suicidants (bilan d'étape). Fev 2017

68 Durkheim E. Le suicide. 1897

69 Halbwachs M. Les causes du suicide. 1930

70 Genest et al. Souffrance psychosociale et risque suicidaire, quelle articulation entre médecine de ville et psychiatrie hospitalière ? Résultats d'une étude qualitative. Annales médico-psychologiques Volume 165, n° 8 pages 583-588 (octobre 2007)

71 Marques A. Thèse (sociologie) Construire sa légitimité au quotidien : le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité. 2010

72 Thibon E. Thèse d'exercice. L'hospitalisation à domicile en psychiatrie : modèles, évaluations et intégration dans le réseau de soins : étude descriptive de l'unité d'hospitalisation à domicile du Centre hospitalier de Montauban. 2016

73 Kannas S. et Pastour N. Un demi-siècle de développement des équipes mobiles en psychiatrie : constats et perspectives. L'information psychiatrique 2019/4 (Volume 95), pages 237 à 243

74 Ramoneta M. et Roeland J-L. Soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Volume 171, Issue 8, September 2013, Pages 524-530

75 Bazanger I. Thèse (sociologie) Le nouveau monde de la psychiatrie française : les psychiatres, l'état et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970. 2007

76 Zeltner L. et Bouloudnine S. Équipes mobiles en psychiatrie : actualités et perspectives. L'information psychiatrique 2019/6 (Volume 95), pages 371 à 373

77 Lanoe J. Thèse d'exercice. Coordination entre médecine générale et secteur psychiatrique : enquête auprès des généralistes du 15^e arrondissement de Paris. La création d'une équipe mobile en soins psychiatriques par les CMP répond-elle à un besoin dans la pratique des médecins généralistes? 2013

Annexe 1 – Guide d’entretien

Intro Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la pec de la crise suicidaire chez l’adulte?

AI - En consultation

***Diagnostic:** Dans quel contexte évoquez vous le diagnostic de crise suicidaire?

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le diagnostic de la crise suicidaire?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l’évaluation du risque suicidaire de vos patients ?
- Comment évoquez vous la possibilité de suicide chez un patient dépressif ?

Une fois le risque suicidaire évalué,

***Thérapeutique:**

- Quel traitement mettez vous en place ? (demander une réponse brève)
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la mise en place d’un traitement médicamenteux ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la mise en place d’une psychothérapie?

All- A l’issu de la consultation

***Les autres:** Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la gestion de l’entourage de ces patients ?

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec la gestion du secret medical dans ces conditions ?
- Quels sont les difficultés que vous rencontrez dans la mise en place s’il y a lieu de soins sous contrainte pour ces patients ?

***Orientation/réseau:** Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l’orientation de votre patient à l’issue de la consultation ?

- Quels sont pour vous les obstacles à la prise en charge ambulatoire de ces patients ?
- Quels sont pour vous les obstacles à la prise en charge hospitalière de ces patients ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la mise en action de structures/professionnels/réseaux pour la prise en charge de ces patients ?

BII- Facteurs intrinsèque

***Souhaits:** Quels sont vos besoins pour améliorer votre prise en charge des ces patients

- Quels sont vos besoins en terme de formation pour améliorer la prise en charge de ces patients

BII-Facteurs extrinsèque

Qu'est-ce qui vous semblerait important pour améliorer la prise en charge des patients présentant une crise suicidaire en cabinet de médecine générale?

-Qu'est-ce qui vous semble manquer dans les moyens à disposition en ambulatoire?

-Quels sont les améliorations que vous souhaiteriez voir dans les moyens à disposition en ambulatoire pour la prise en charge de ces patients ?

Conclusion: Quelle est la principale difficulté que vous rencontrez pour la prise en charge en cabinet de médecine générale de ces patients présentant une crise suicidaire?

-Qu'est-ce qui vous pose problème dans la prise en charge de ces patients et qui vous semble ne pas avoir été évoqué?

Questionnaire épidémiologique

Caractéristiques sociodémographique

- Âge? <45 ans >45 ans

-Sexe? F M

-Région d'exercice? Urbain Semi-rural Rural

Mode d'exercice

-Exercice Seul En cabinet de groupe En maison pluriprofessionnelle

-Durée moyenne de consult <10min 10-20 min >20 min

-Nombre de patient par jour: <10/j 10-20/j 20-30/j 30-40/j >40/j

-Etes-vous MSU? Oui Non

Formation (dans le domaine de la psychiatrie)

-Région de formation?

-Stage en psychiatrie?

-Formation complémentaire en psychiatrie?

-Connaissez vous le dispositif Vigilans ?

Annexe 2 – Données sur les interrogés

Carte de répartition géographique des médecins interrogés



Tableau: Caracteristiques des médecins interrogés

	Sexe	Age	Region	Mode	Temps de consult.	Patients/ jour	MSU	Région de formation	Stage en psy	Formation en psy	VigilanS	Mode de contact
M1	M	>45ans	Urbain	Groupe	10-20min	30	Oui	Lille	Non	DU stress anxiété	Connu	Telephone e-mail
M2	F	<45 ans	Rural	Groupe	10-20min	25	Non	Lille	Non	0	Connu	Mail
M3	M	<45 ans	Semi rural	MSP	10-20min	20-30	Non	Lille	1 semestre	0	Non connu	Mail
M4	M	>45ans	Urbain	Seul	10-20min	30-40	Oui	Lille	(Addicto)	0	Connu	Telephone
M5	M	<45 ans	Semi rural	Groupe	>20min	20-30	Oui	Lille	Non	0	Connu	Mail
M6	M	>45ans	Urbain	Groupe	10-20min	30	Oui	Lille	Non	Oui	Connu	Telephone
M7	F	<45 ans	Semi rural	Groupe	10-20min	30-40	Non	Lille	1 semestre	0	Non connu	Mail
M8	M	>45ans	Rural	Seul	10-20min	30-40	Oui	Lille (catho)	Non	0	Connu	Telephone-Mail
M9	F	<45 ans	Semi rural	Seul	10-20 min	20-30	Non	Lille	2 semestres	DU TCC	Connu	Telephone. Courrier de sortie
M10	M	>45ans	Rural	Seul	10-20 min	30-40	Non	Lille	0	0	Non connu	Telephone

Annexe 3 – Verbatims

VERBATIM 1

La première question c'est quelles sont les difficultés que tu rencontres dans la prise en charge de la crise suicidaire chez l'adulte?

Alors, euh... La difficulté?

Les difficultés de manière générale

Ben, euh, ce qui peut poser problème c'est l'évaluation. C'est-à-dire, euh, y'a des fois, euh, comment expliquer, y'a des gens qui sont très frustrés et qui parlent peu d'une cri... euh, d'idées suicidaires ou de choses qui se sont passées autour du suicide avant. Donc on a pas toujours le réflexe automatique de le faire, et d'autres qui sont très... Donc il y a parfois une dichotomie entre l'impression et la réalité. Deuxième chose, c'est l'isolement, c'est fréquent, et donc, euh, l'une des difficultés c'est quand les gens, on les connaît pas quoi. C'est que des fois on a peu de ressources pour: un, évaluer et deux, euh, faire appel à des tiers pour rompre l'isolement. Voilà. Pour ce qui est... Ce que je trouverais très utile, nous on essaie, moi j'essaie de savoir toujours une personne de confiance, une personne, mais c'est pas toujours tout le temps validé, donc, c'est pas évident. Qui de pouvoir faire, euh, par exemple sur des cartes vitales, est-ce que les gens ils pourraient pas sur un espace à eux dédié, donner, comme ils pourraient un jour donner leurs directives anticipées, ils pourraient dire ben voilà 2 types de personnes de confiance, sachant qu'une personne qu'on connaît un jour, peut-être 10 ans après elle est divorcée, la personne de confiance d'un jour est pas la personne de confiance de 5 ans, 10 ans après. Et ça c'est parfois problématique. Sur des étudiants, parfois on s'est retrouvés le bec dans l'eau, à appeler des parents qui répondaient pas, c'est pas souvent hein? Mais parfois des parents qui répondaient pas ou un téléphone qui a été donné, un portable qui a changé tout simplement et donc évidemment on se retrouve avec quelqu'un de seul, isolé. Et sans ressources.

Et tu parlais de l'évaluation, du coup, après, euh voilà, je ré-enchaîne là dessus: dans quel contexte tu évoques le diagnostic de crise suicidaire?

Ben y en a plein.

Qu'est-ce qui te met, toi, la puce à l'oreille

Ben ce qui me met la puce à l'oreille c'est l'isolement et les changements de vie, donc, ici, le cas le plus fréquent c'est les étudiants, qui se retrouvent isolés, isolés de leur famille, dans un nouveau contexte, euh, avec euh, des ruptures parfois assez fortes de... Voilà, et euh, l'isolement de ces étudiants-là, ou la tendance à l'isolement, et l'isolation progressive, soit parce que ils s'adaptent pas à leur nouvelle vie, soit parce que voilà, alors c'est bien difficile de faire la part des choses parfois entre une pathologie sous-jacente qui se révèle, ou, voilà. Après, euh, assez souvent, euh, moi je parle d'étudiants, ils vont pas nous parler d'idées suicidaires avant parce que c'est pas un premier abord facile pour eux ce qu'on peut très bien comprendre, on n'est pas toujours obligé de sentir qu'il y a une problématique. Bien que, la chance qu'on peut avoir, c'est s'il y a une répétition des consultations des fois pour des motifs qui nous paraissent assez divers, ben des fois ça met la puce à l'oreille quoi. Voilà. Pour des personnes plus âgées, ou des personnes... Ben, c'est les ruptures de vie quoi. C'est les ruptures de vie. Quand tu les connais en tout cas. Voilà. Et après, des gens qui ont visiblement un nomadisme médical quoi. Nomadisme médical pour des demandes variées, on peut se demander si ça cache pas quelque chose qu'on aurait pas perçu, voilà.

Qu'est-ce qui est difficile dans l'évaluation du risque suicidaire?

Ben c'est ce que je te disais, c'est un peu la même chose, c'est-à-dire, la difficulté, c'est que chacun, parfois, alors, c'est simple. C'est-à-dire que, quand même, y'a parfois quand même des demandes très claires, c'est-à-dire des idées noires, des, des, une critique qui est de moins en moins voilée de ces idées-là, et là aussi c'est complexe, donc ce qui est difficile c'est ça. Moi, les critères que j'ai en tête, c'est l'isolement, les ruptures de vie, les épisodes dépressifs avant, les épisodes... Évidemment, évidemment les antécédents familiaux. Évidemment. Là je

pense, je pense à une jeune fille dont le père s'est pendu et quinze ans après, très clairement, elle a eu une histoire en lien avec cette histoire, et une histoire qui va, re-va vers des passages à l'acte, des passages familiaux, des passages à l'acte, voilà... Dans l'examen initial, dans l'interrogatoire initial, dès fois, on arrive parfois pas à aborder la notion euh d'épisode. Moi je demande les antécédents, les antécédents allergiques, chirurgicaux, mais aussi j'ai, parfois j'ose pas, parfois je demande si il y a eu des IVG, parfois on est très surpris de la réponse, et puis je demande aussi s'il y a eu des épisodes violents. Donc en fait ça, parfois ça ré-aborde et donc quand il y a eu des histoires d'inceste, ou quand il y a eu des histoires de rapports sexuels non p... non souhaités, ou quand il y a eu des histoires finalement de violence uniques ou répétées, il y a quand même cette notion de possibilité de passage à l'acte quoi. Après... Ouais voilà. Et puis des fois c'est un peu au *feeling* quoi. On se dit "tiens", on le sent pas cette affaire quoi. Y'a un truc qui cloche quoi. Qui cloche dans... Dans l'expression, dans... dans la répétition, dans... Dans la présentation, y'a... Y'a une dichotomie quoi.

Une fois le risque suicidaire évalué, quel traitement tu mets en place?

Ben ça dépend. Si on l'estime fort, on propose enfin... La problématique, c'est que je pense que les gens qui ont un risque suicidaire important des fois on les voit peu, et on les voit plus. Et donc évidemment, la difficulté, c'est de dégainer vite quoi. Donc, assez régulièrement on va proposer, soit au CAC soit au CPAA qu'ils puissent être vus. Alors euh la difficulté c'est que parfois on a un refus, donc dans ces cas-là on les appelle. On les appelle en disant ben voilà, j'ai cette personne en... Qui refuse, ou on essaie de contacter le CMP. Franchement, parfois, des équipes mobiles d'évaluation c'est pas très évident. Y en a pour les adolescents, mais même là c'est pas très évident. Moi j'ai eu le cas euh très concrètement d'un adolescent qui n'a pas de crise suicidaire mais qui est violent, et qui est très très dangereux pour sa famille et qui peut être très très dangereux, franchement, les prises en charge parfois elles sont... c'est très court quoi, dans le temps, avec euh, une évaluation très courte sur ce qui est... le *deal* est pas... Donc c'est pas simple quand il y a évitement, quand il y a non acceptation du processus c'est ça, et on est très vite en position d'échec quand il y a refus du processus. Voilà. Après quand il y a acceptation, c'est beaucoup plus simple. C'est-à-dire que quand ils peuvent se déplacer, et aller au CP... Dans une structure d'urgence, tout de suite ça va beaucoup mieux. Quand il y a un relai familial, tout de suite ça va quand même beaucoup mieux quoi. C'est, c'est vraiment les positions d'isolement.

Alors du coup je parlais des traitements, c'était plus...

Les traitements médicamenteux?

Les traitements médicamenteux et tout ce qui est psychothérapie, qu'est-ce qui est difficile, enfin... Qu'est-ce qui pose problème dans la mise en place de l'un et/ou de l'autre?

Ben moi ce qui me pose problème dans l'introduction d'un trai... D'un médicament, surtout chez des patients dont on pense qu'ils sont suicidaires, c'est qu'on sait pas s'ils vont pas l'utiliser à titre suicidaire, le médicament, donc moi j'ai tendance à pas prescrire grand chose et à... À pouvoir adresser la personne, et euh j'crois pas trop dans le médicament isolement. On va pas laisser quelqu'un... Il faut qu'il y ait un bon entourage, un bon étayage, une bonne euh, cohérence, parce que sinon, euh, c'est bien difficile de savoir si le médicament ne va pas se retourner contre la personne. Donc j'ai pas une forte prévalence de traitement médicamenteux initial. Ensuite c'est quoi le reste de la question?

Ben, pour tout ce qui est mise en place de psychothérapie?

Ben pour moi c'est, c'est, y'a, y'a... en fait un accompagnement d'urgence, et puis après y'a une réflexion plus profonde. Mais ça c'est... Là du coup on n'est plus dans la crise. On est euh dans la prévention des choses, donc on... Pour moi c'est plus vraiment la crise quoi. Après c'est l'accompagnement de quelqu'un qui a eu un passage, une évocation de passage ou plusieurs passages, et donc dans ces cas-là et ben y'a, y'a une problématique qui va se structurer, mais on peut, nous généralistes, on peut s'intégrer la dedans. C'est-à-dire que y'a les psys, euh, de tout poil, moi j'ai pas de jugement particulier en fait, y'a du, souvent, y'a le

côté qu'on... Là où du coup on va inscrire la personne dans le temps pour la revoir une fois de temps en temps quoi. Alors la difficulté c'est que souvent c'est des gens qui vont plus revenir en consultation. Quand y'a eu un truc de crise souvent c'est... y'a pas mal de gens qui sont très demandeurs au moment de la crise et puis du coup, les rendez-vous, ils n'honorent pas leurs rendez-vous. Ça c'est compliqué. C'est compliqué mais c'est compliqué pour tout le monde quoi. J'vois au CHR c'est pareil, euh,... Enfin on n'a pas de trucs miracles quoi. Moi j'trouve qu'on n'est pas très forts pour euh... En fait le fait du paiement à l'acte fait que y'a pas de de hmm dans des quartiers par exemple y'a pas de mise en place de, de connaissance des gens. C'est-à-dire que dans d'autres cultures, dans d'autres pays, les gens les voisins se connaissent quoi. Et dans certaines villes ou, dès qu'on arrive dans des quartiers, un peu citadins, finalement y'a très peu de connaissance inter euh... Y'a très peu de protection interpersonnelle entre les gens. Et nous en tant que médecin de ville, on a peu de capacité de réfléchir la complexité des gens. C'est-à-dire, euh, du matin au soir quoi. On les voit, mais si ils viennent pas c'est tout, mais si ils viennent pas des fois, on a pas d'action dessus, sauf pour dire "Vous êtes pas venu au rendez-vous, on n'a pas été payé, vous serez pas remboursé", enfin et en fait malheureusement des fois le "Je ne viens pas" dit quelque chose quoi, et faudrait qu'on puisse avoir des modes d'actions, je pense aux personnes âgées qui ne se déplacent pas, ok, sinon parkinson on peut mettre du Modopar[®], mais quand ils sont en échappement, pourquoi pas un préparateur, un éducateur physique qui va à la maison... Y'a, y'a des relais qui vont au domicile, mais pas toujours pour ces gens là. Quelqu'un de suicidaire c'est quelqu'un qui peut échapper, puisqu'il veut échapper à la vie, donc il veut échapper aux autres quoi. Et les relais intimes, les relais proches, on n'est pas fort pour cré... Enfin, on a peu de, de choses comme ça. Parce que c'est pas côté, et ça... C'est pas... Tu comprends ce que je veux dire? C'est qu'y a pas de... Y'a pas un relais avec des gens qui sont payés pour essayer de voir, pour créer des liens..

Passer dire bonjour...

Voilà. Voilà. Après ça dépend des quartiers. Peut-être à la campagne c'est, c'est différent quoi.

Ça c'était vraiment pour tout ce qui est thérapeutique propre, euh... Donc plutôt, à l'issue de la consultation, qu'est-ce qui est difficile dans la gestion de l'entourage de ces patients?

Ben, ouais ouais, ouais. Ben, déjà faut qu'il y ait un, entourage. Donc quand il y a un entourage déjà on est content. Donc, c'est pas facile toujours à gérer parce que, bien sûr, ils gèrent, euh, ils gèrent leur peur, enfin, tous les sentiments qui passent, leur peur, leur fatigue, leur, euh, leur exaspération, leur incompréhension, leur, leur, voilà, donc euh, le problème c'est souvent euh, arriver à calmer le jeu sans dénier la réalité, qui peut être dangereuse, mais, euh, je dirais que le fait qu'ils soient très stressés ça change rien à l'affaire, et donc, euh, arriver à leur faire prendre de la distance sans que ce soit perçu comme de l'indifférence quoi. Voilà. Puis euh, après des fois on peut apporter des solutions euh d'aides et tout ça. Donc et ça dépend euh alors par rapport aux cliniques et tout ça, et euh y'a des choses y'a des structures un peu qui, qui sont aidantes d'autres pas du tout. Donc après moi je veux pas dire des noms mais y'a des structures qui sont très fermées d'autres pas du tout. Et des gens qui sont très fermés d'autres pas du tout. Le le... Quand on a affaire aux cliniques ou à l'hôpital, des fois c'est très complexe le vécu qu'en ont les gens, extérieurement. Nous malheureusement, on accompagne, et des fois on accompagne pas mal euh, de dégâts quoi. Liées aux incompréhensions, aux non-écoutes, aux... à la technique, au fait que les gens gèrent que ponctuellement quelque chose. Là encore quoi. Là encore c'est un peu l'absence de réalité de suivi quoi. Y'a pas vraiment euh ce qu'on a fait qu'est-ce que ça a donné comme action après, sur le long terme. Mais c'est normal hein. Ça va? J'ai répondu?

Ouais ouais, non, très bien. Euh, toujours sur l'entourage, euh, quelles sont les difficultés que tu peux rencontrer dans la gestion du secret médical, dans ces conditions?

Huhum. C'est très compliqué. Euh, mais pas toujours très compliqué mais la gestion du secret médical, déjà, elle se pose dans les, quand il y a des intervenants qui sont pas directement

familiaux, c'est-à-dire que, j'pense au beau-père quoi. Ou... ou aux belles-mères. Qui sont, qui connaissent l'enfant ou le jeune depuis longtemps, j'pense à l'ami qui intervient, bon là j'ai, j'vois une famille, et puis y'a une dame qui connaît une autre dame, qui a des crises suicidaires, qui a 60 ans, et elles se connaissent depuis 40 ans, elle intervient et puis la famille l'envoie, et c'est très délicat parce que, euh, alors c'est, là encore, j'ai du mal à être toujours absolument rigoureux, parce que y'a un tel investissement des gens qu'on se dit "c'est un peu délicat", donc on va donner quelques éléments; mais j'essaye de préciser toujours qu'il y a des choses que je peux pas dire quoi. Voilà. C'est pas toujours facile d'être formel hein. De faire signer des papiers. Déjà c'est des gens qui viennent aider, c'est des gens qui aident des gens dans des grandes difficultés, et c'est des gens qui sont souvent assez investis du coup, à la fois affectivement, ce qui est pas toujours très utile, et à la fois ben tu peux pas dénier que, voilà. Et ils se rendent pas toujours compte qu'on est dans le cadre du secret. Mais alors que... y'a des choses qu'on peut pas dire quoi. Voilà.

Tu parlais de signer les papiers, et du coup ça m'amène un peu euh, aux soins sous contrainte. Est-ce que c'est quelque chose qui pose problème ou... T'as déjà été amené à le faire?

Ben, du moment qu'il y a une contrainte, du moment que tu as décidé de la contrainte, c'est simple parce qu'il y a une procédure. Donc c'est, ça, moi je dirais que c'est super simple. Euh, t'as une procédure, t'as un papier à signer, t'as, t'as quelque chose, t'as quelqu'un à prévenir. T'as quelque chose qui se lance quoi. Ce qui est complexe, c'est de la lancer, et des fois on se rend compte que... Moi j'ai eu le cas d'un jeune qui, qui est vraiment violent, vis-à-vis de lui et vis-à-vis de sa famille, en fait on a appelé SOS Médecins qu'a pas voulu passer, le 15 qui a dit que c'était pas lui... Moi j'y suis allé, euh, l'institution psychiatrique euh l'a laissé sortir au bout de 2 jours parce qu'il semblait aller très bien alors qu'il allait très mal. Et là encore y avait une absolue... Et du coup la famille se retrouve avec une absolue et, et quelqu'un qui a été et violent, et hétéroagressif et autoagressif, avec des crises complètement imprévisibles, et n'a semblé pas du tout être cru de l'institution. Ce qui était complètement faux, et l'institution a géré sur des, sur des critères très courts d'évaluation de propos qui semblaient cohérents, et a pas cherché à comprendre la complexité. Donc ça c'est vachement compliqué. Par contre, lancer la procédure d'urgence, ben, y'a des choses assez simples quoi. Quand on l'a perçu. Le problème c'est quand on la lance pas. Et qu'on l'a pas perçu. Après sinon le *process*, il est, une hospitalisation d'office ou euh... Ben c'est tout, t'as le papier, tu le fais, tu le lances, tu lances l'affaire, euh, voilà. T'appelles les pompiers puis voilà c'est parti. A la limite, les pom... Les non-médicaux ils sont pas chiants. T'appelles les flics si y'a un danger, t'appelles les pompiers si... Tu lances, ça pose pas de problème quoi.

"Le médecin a dit"

"Le médecin a dit", boum on fait, puis voilà. Eux, ils vont pas dans la complexité, mais, on leur demande pas et ils ont une action simple du moment que toi t'es clair dans la démarche. Et du moment que c'est bien sérié, ça va quoi.

C'est plus l'évaluation de la nécessité d'une contrainte qui...

Voilà. C'est, parce que en fait, une contrainte, de la lancer, c'est pas dur, mais après, par exemple, si une contrainte, elle aboutit pas à ce que tu souhaites, c'est-à-dire une prise en charge plus profonde, ben elle peut être perçue comme une erreur d'action. Et une décrédibilisation, mais ça, bon, c'est comme ça. Voilà.

Ok. Euh, à l'issue de la consultation toujours, euh, quelles sont les difficultés que tu peux rencontrer dans l'orientation de ton patient.

Bah c'est celle là, c'est-à-dire, évaluer quoi, euh, en fait, ton évaluation elle est sur, sur certains critères qu'on a dit tout à l'heure, c'est-à-dire l'isolement, le, c'est-à-dire, toute l'histoire de la personne et l'historicité, mais t'as beau dire, quand t'as dit tout ça, t'as un petit coup de *feeling* quand même qui vient quoi. Et ça, ça des fois tu te sens un peu seul dans l'affaire quoi. Tu... Tu vois? La difficulté elle est là. Mais pareil tu vas pas te prendre la tête pendant 15 ans, c'est-à-dire que tu te dis "moi j'ai ces critères", est-ce que moi, alors j'essaye de réfléchir dans mon

histoire, c'est, tu vois, une de mes, une dame, euh, qui... Qui s'est suicidée, elle est passée sous un train, cette dame elle était clairement suicidaire, mais y'a, me semble-t-il, euh, c'est une histoire très complexe, où, où euh, à un moment, elle envisageait le suicide comme une possibilité de vie. Euh, parce qu'elle était seule, parce qu'elle avait perdu un enfant, parce que, euh, son petit-fils qui lui restait elle pouvait pas le voir, et donc elle avait un suivi psy, mais mais, elle était cohérente, donc jusqu'où aller, si tu veux, tu peux pas contraindre quelqu'un à certains moments. Et euh elle disait très clairement qu'un jour, sans doute, elle mettrait fin à ses jours. Mais elle était d'une cohérence parfaite, elle était, euh... C'est une possibilité qu'elle avait envisagé sur bien des points quoi. J'voyais pas trop quoi faire quoi. Et un jour, quand je suis rentré de vacances, j'ai vu le monsieur, le monsieur qui vivait un temps avec elle, et il m'a dit "ben voilà, elle s'est suicidée". Elle a mis fin à ses jours, c'était prémédité quoi. Et elle avait tout mis en place pour, euh... J'ai un peu de mal à croire ce que j'aurais pu faire de plus quoi. Tu vois? Voilà. Est-ce que je me suis culpabilisé? Pas du tout. Non. Non non. Non. Après c'est le, c'est dans la démarche c'est euh... Ce qui est, ce qui est difficile à gérer, c'est l'imprévisibilité. Mais du moment où les choses sont prévues, où c'est l'incohérence, tu vois. Est-ce que j'ai répondu? J'sais pas. J'sais pas.

Si, non non, c'était bien... Du coup, euh, alors c'est... J'pensais plus sur mes questions aux choses organisationnelles, qu'est-ce qui pourrait poser problème dans la prise en charge ambulatoire pour ce genre de patient?

Ah oui. Ben la prise en charge ambulatoire, c'est que les structures, j'pense euh au ... Par exemple je pense à des adolescents qui sont en crise, on a une structure qui s'appelle l'UFA à Wasquehal, une unité fonctionnelle adolescents, où y'a la structure de ped... de psy au CHR, mais c'est d'une lourdeur hallucinante ce truc. C'est, euh... Y'a 42 façons de bloquer donc, on dirait que le, le.. L'expertise n'écoute pas le réel quoi. Tu vois? L'expertise n'entend pas du tout, et met tellement de barrières que en fait les gens qui sont vraiment en crise, ils sont jamais vraiment en crise là-bas. Donc on, on, on a l'impression de quelque chose qui ne euh, qui ne peut pas euh, voir les enfin y'a tellement de barrières admin... De... Pour avoir contact il faut les appeler, il faut que ça soit cohérent, il faut qu'il y ait un cou... Ben justement, dans ces cas-là, ça l'est jamais. Y'a toujours quelque chose qui merde quoi. La mise en échec... Tu vois, j'pense aux adolescents, aux jeunes... C'est des gens qui vont mettre en échec. Alors si la structure elle est trop complexe, elle se fait mettre en échec pour toucher les gens. Donc du coup, on a l'impression d'une flèche qui touchera, qui touchera... qui peut jamais accueillir, enfin d'un réceptacle qui peut jamais accueillir les vrais flèches quoi. C'est ça ce que je veux dire. Donc y'a un biais énorme. Parfois, parfois le ... Ben quand tu... En fait le... Quand c'est complexe, des fois t'appelles le 15, ils comprennent pas pourquoi tu les appelles, et des fois le régulateur il comprend pas, t'appelles SOS qui dit "ben non là ça va", mais toi tu sais bien que ça va pas. Donc t'y vas. Mais en fait t'échappes, t'appelles, euh... Le, le service, le CMP qui dit "y'a 3 mois d'attente", t'appelles le, euh, les gens ils passent aux urgences mais le psy de garde, il a pas perçu le truc parce que il a pas bien lu ton courrier, il arrive en fin et tout, donc ils ressortent. Et, euh, pourtant t'as mis euh, si t'as mis risque suicidaire évident, oui, mais des fois c'est pas toujours pris en compte complètement, parce que si c'est pas cohérent, tu vois. Par exemple un schizophrène qui pète un cable c'est facile. Mais euh, quelqu'un qui est dépressif avec euh une bonne cohérence c'est pas si simple quoi. Tu vois? Ça va? Ou pas?

Ouais, non non, tres bien

Donc comment on peut améliorer les choses? Euh... Certainement des structures plus... Plus légères quoi. Tu vois? Des choses plus, plus... Où les gens ils sont capable de plus, plus... d'interactivité, mais bon. Peut-être que nous on n'est pas tellement capables non plus, hein? Enfin, souvent, quand il y a des familles qui entourent, soit des adultes, ben ils disent "Ben, on a fait les démarches, et puis, là là ça échappe". Là ça échappe. Là ça échappe. Donc souvent, quand on voit, les gens ils se sont retrouvés plusieurs fois dans une situation où c'est comme on leur disait ben non, non, c'est pas comme ça, non, c'est pas comme ça. Donc ça revient. Et puis à un moment, ben boum, ça marche plus quoi.

Donc du coup après ça revenait, mais t'as déjà un petit peu répondu: quels sont vos besoins pour améliorer la prise en charge de ces patients?

Ouais c'est ça, c'est ça. Ouais ouais. C'est ça.

Moins d'inertie administrative...

Moins d'inertie, et puis peut-être des structures qui seraient, où des gens puissent être déplaçables facilement pour évaluer, tu vois? Quand il y a une crise suicidaire violente, moi je pensais: ben on appelle les pompiers. Mais parfois ça serait... Des structures plus légères moins aussi pris dans euh des 42 questions. C'est-à-dire que des fois ils veulent euh plein de choses avant qu'on puisse lancer. C'est ça que je veux dire. C'est ça... Euh... Ouais. Voilà. C'est surtout pour les gens qui vont pas pouvoir se déplacer, ou qui vont euh qui vont pas vouloir. Qui vont pas vouloir. La non volonté, ça c'est un vrai problème quoi. Et ça c'est une situation qui est vraiment complexe, tu vois. Donc sans faire... Et malheureusement faire intervenir la police, c'est ce qu'il y a de possible, les pompiers, c'est ce qu'il y a de possible, mais finalement c'est pas toujours une solution. C'est la seule qu'on ait parfois.

Euh... Est-ce que tu penses que tu as des besoins en terme de formation? Pour améliorer ta prise en charge?

Ouais. Ben euh une formation qui mettrait en relation les structures différentes. Et qui serait pas d'expert à écoutant. Qui soit euh lisse quoi et qui... Une formation qui cherche pas à dire nos réussites, mais qui cherche à rechercher nos... Les manques. Donc, tu vois? Là où on n'a pas été bons quoi. Là où on n'a pas été bons.

Du coup une formation sur euh pas des groupes Balint, mais une réévaluation de ce qui a été fait sur...

Sur le réel.

Sur des cas cliniques et...

Voilà c'est ça.

Pour dire là où on...

Voilà, c'est ça. Alors y'a une structure à Loos qui fait qui... Qui intervient parfois. Mais c'est très difficile aussi là, y'a une structure à Loos là, sur les ados. Privée maintenant, qui a été... Oh comment elle s'appelle? Enfin tu vois quoi. Euh, mais, là aussi c'est pas si facile d'avoir accès. Quand les jeunes ils sont rentrés dedans ça pose pas de problème tu vois.

Oui, une fois que le diagnostic est posé ça va, mais...

Quand la machine s'est lancée c'est facile. C'est des machines en fait, on a affaire à des machines et des structures qui ont de plus en plus de délais d'attente, de contraintes de personnels, et qui ne savent pas entendre parfois le... Les choses qui ne sont pas tout à fait dans le... Ou, ou le refus quoi. Moi j'ai eu le cas, j pense à un jeune monsieur, qui venait de Strasbourg, qui était d'origine maghrébine, homosexuel revendiqué, qui faisait, euh, qui était HIV +, et qui, qui euh, qui vivait de prostitution et qui avait trouvé un petit boulot dans la manutention. Donc il était en rupture, et il se mettait parfois - tout le temps, en rupture. Mais en fait, lui donner des rendez-vous, lui donner des explications, mais il y allait jamais. Donc euh, alors, y'a les travailleurs de rue qui sont possibles, mais en fait il se trouve que euh, j pense que en fait les travailleurs de rue ils interviennent sur les, sur les prostituées euh femmes. Pas les hommes quoi. Voilà, donc euh tu vois donc euh et lui je sais pas ce qu'il est devenu. Je sais pas. Mais, euh, pour le VIH, euh, a priori il était pas au courant, il est dans la rue, voilà, rejeté de sa fam... Mais c'est un cas parmi d'autres quoi. J'ai, je pense qu'il est venu consulter pour autre choses, il venait... Il voulait une plastie mammaire si tu veux. Et puis il voulait envisager un changement de sexe. Donc euh c'est des cas particuliers. Mais en fait il est déjà venu donc c'est un point d'appel quoi. Mais en fait voilà ça a pas pu... J pense à lui c'est un peu extrême, mais euh y'a des gens beaucoup moins, beaucoup plus... Dans la norme quoi, qui vont échapper, qui vont échapper, qui vont échapper. J pense à une jeune femme mais euh, interne en médecine, qui visiblement va pas bien du tout. Et euh... non, externe en médecine. Et euh, qui est très isolée. Et en fait elle connaît tout des structures, donc elle veut pas y avoir affaire. Et... et moi j'ai vraiment du mal quoi. Elle est externe. Et de plus elle est rejetée, parce que comme elle a un... Plein de difficultés familiales, parce qu'elle a une sœur qui est suicidaire, eh

ben en fait euh en stage elle est fatiguée donc elle se fait balancer donc elle se refait mettre en échec. Donc en fait c'est la mise en contact. J pense que ce qui pourrait apporter c'est des formations de mise en contact euh simple, tu sais, de... de dire: "Ben voilà, nos expériences et comment on pourrait faire pour améliorer", "Voilà, les emmerdements qu'on a" Après, les structures ont aussi leurs emmerdements, ont aussi leur point de vue, donc euh j'peux les entendre et les comprendre, voilà. Ben, c'est l'hospitalocentrisme, ou le centrisme, le clinicocentrisme en fait c'est cette espèce de machine euh quoi qui voilà. On, on a des structures qui savent bien analyser ce qu'on sait faire, mais qui savent pas analyser ce qu'on sait pas faire. Et mettre en avant ce qu'on sait pas faire. Voilà. Nous aussi hein, sans doute.

Bon on a déjà un peu dit, mais qu'est-ce qui te semblerait important pour améliorer la prise en charge de ces patients en cabinet de médecine générale? Au niveau plus, euh... C'est ça, extérieur.

Ben c'est ça, euh, je pense que le euh, je connais pas les chiffres du suicide en France, je pense au suicide des personnes âgées, je suis toujours très surpris qu'il y ait pas eu de campagne là-dessus, parce que je pense que c'est très très fréquent, les idées suicidaires de la personne âgée, c'est ultra fréquent, les suicides, je pense que les suicides cachés par euh, par euh, pseudo chute, pseudo machin, pseudo euh.. C'est ultra fréquent.

Ben en fait, chez les personnes âgées et les adolescent t'as un pic euh...

Voilà, c'est ça. Et euh la difficulté c'est que ça met en cause nos modes de vie, nos modes culturels, euh, très profondément euh,... Ben, les structures familiales sont vachement détruites quoi. Et donc euh, ça mettrait, moi j'pensais mettre en place des structures de maisons inter-générationnelles, dans les quartiers, où des gens un peu isolés puissent vivre ensemble et s'entraider ça serait quelque chose de thérapeutique non médicamenteux et... Et voilà parce que le nombre de personnes âgées qui bénéficient... Voilà quoi. Voilà. Mais on sait pas trop penser ça quoi. On sait pas trop penser l'autrement. Voilà.

Du coup la solution elle est plus sociétale?

Ben en tout cas, on pourrait... Ce que je sais pas c'est on on... On pourrait essayer de mesurer dans les quartiers, dire... Ben si on crée ça, est-ce que statistiquement dans tel quartier il pourrait pas y avoir 3-4 suicides par an, est-ce que ça, au bout de 5 ou 10 ans, on peut pas analyser? Donc ça demanderait des études longues, des études observationnelles longues, qui soient modestes dans les résultats, mais ça... parce qu'en fait si tu veux, le suicide des personnes âgées on a beau dire c'est quand même vachement l'isolement quoi. Enfin... vachement l'isolement l'isolement l'isolement quoi. Et vachement le rejet de de ce qu'ils sont par rapport à nos modes de vie, qui prônent l'efficacité euh, la réussite et tout ça quoi. Quand t'es vieux et handicapé, ou quand t'es handicapé, ou quand t'es jeune en échec, euh, ben voilà quoi. Le rapport à la norme il est problématique quand même dans notre société. Voilà. Et ça c'est, j'pense qu'on sait pas faire ces études-là, parce qu'elles sont pas brillantes, parce qu'elles mettraient du temps, parce que pour les penser, pour les évaluer, c'est très complexe, mais chuis sûr que le travail... Y'aurait des trucs à mettre en place. Simples quoi hein? Y'a des choses qui se mettent en place des fois là. J'vois y'a des maisons de retraite ils travaillent avec des crèches et tout. Ça, ça aide hein. Chais pas si t'as déjà entendu.. J'passe du coq à l'âne mais euh dans la maladie d'Alzheimer j'avais vu un truc de... Tu vois qui c'est Boris Cyrulnik? Il disait qu'en Chine, la maladie d'Alzheimer elle n'existe pas.

Ouais, parce que tu es inscrit dans une dynamique, euh...

Ouais, puis ils ont une vision circulaire des choses. Donc la personne âgée démente, juste elle a une façon de fonctionner qui est différente des autres. Et elle est dans le groupe. Et ils comprennent pas trop en quoi c'est une maladie, c'est juste une autre façon de fonctionner. Ça pose problème, mais comme ils disent après ça va... Enfin, ils ont une vision circulaire, hein? Que... Qui est beaucoup moins... Nous c'est vrai que... Moi j'ai quelqu'un dans ma famille qui a une maladie d'Alz... Une maladie démentielle, ben ses... Ses filles aujourd'hui, vraiment elles la trouvent pas normale quoi. Mais c'est un autre fonct... Parce qu'elles sont, elles sont vachement dans la norme quoi. Parce qu'elles sont toujours pressées, parce qu'elles ont du boulot, parce qu'elles ont des enfants, des petits-enfants à gérer, et donc du coup c'est très

agressant pour cette personne âgée là quand elles vont la voir. Elles s'en rendent pas compte. Elles veulent lui faire plaisir. Mais euh, elles sont toujours en train de lui rappeler que c'est pas normal qu'elle euh... Euh... Elle est dans un cantou, qu'elle court après un monsieur, que c'est pas normal qu'elle fasse des choses un peu grivoises, parce qu'elle est un peu frontale, et donc ça l'énerve encore plus cette dame. Tu vois? Donc nous on est toujours, on s'en rend même pas compte, on est toujours dans la norme, la norme quoi. Et ça c'est un vrai truc. Mais bon, je sais pas si c'est possible de mettre en place des choses sur le long terme, est-ce que c'est pas.... Mais c'est, j'crois que c'est nous en tant que généralistes on n'est pas forts pour ça, parce que notre paiement à l'acte il freine ça. Tu vois? Voilà.

Je regarde un peu parce qu'il y a des questions de relance qui sont un peu redondantes... Oui ben toujours pareil: quelles sont les améliorations que tu souhaiterais voir dans les moyens à disposition en ambulatoire?

Ben c'est ça quoi. Après ça doit pas être simple hein, à mettre en place. Faire une espèce de temps de parole, pour les soignants, et pas que les soignants tu sais? Après, faire rencontrer les gens qui ont vécu ça. Je sais pas si les gens qui ont vécu un suicide dans leur famille d'une personne âgée ou de... Ils sont très fiers, parce que c'est pas la norme, et que en plus ça les fait souffrir énormément. Mais peut-être que y aurait, pourrait y avoir des choses qui se passent sur des gens qui ont vécu ça y'a 10 ans, 15 ans, 20 ans... Et qui puissent éclairer, tu vois? Bon y'a sûrement, y'a des choses faites par les... Certainement des observations, tout ça... Nous, est-ce qu'on peut... Est-ce qu'on peut tirer quelque chose dans les quartiers. Tu vois ce que je veux dire? C'est, je pense qu'on a pas le travail de quartier sur le temps quoi.

Euh, donc, ça on en a parlé... Oui, euh quelle est la principale, pour conclure en fait, c'est quoi toi ce qui te pose le plus problème en fait avec ces patients là? Pour les prendre en charge?

Ben c'est ceux qu'on voit pas. Ce qui pose problème, c'est ceux que l'on ne voit pas. En général. Ceux que l'on voit mais qu'on ne voit pas chez eux, tu vois ce que je veux dire? Les *process* ils sont faciles. C'est à dire que quand tu as des critères de dépression, t'as les scores, quand t'as des ... Et puis quand t'as des trucs typiques quoi... On est bons sur les trucs moyens quoi. Et après on... C'est ce que je te disais, tu vois, on sait pas analyser ce qu'on ne fait pas, ce qu'on ne voit pas, et ben on est mauvais pour ça quoi. Et puis, on on a jamais de *feedback*, tu vois? Voilà. C'est, en fait c'est euh les les, les espaces morts quoi. Le problème c'est que voir des espaces morts ça veut dire changer de façon d'agir. Pour changer de façon d'agir il faut avoir du temps, faut... et ça demande du temps, ça demande de l'argent, ça demande un temps économique. Ça demande une analyse qui... Qui demande quelque chose qu'on sait pas toujours interpréter tout de suite. À la fois sur le temps et à la fois sur les données. Et euh voilà quoi. Mais bon. Euh, voilà ce qui me pose le plus... Après euh, quelqu'un qui a, qui semble délirant par moment, ou qui semble euh, ben c'est c'est... C'est peut-être pas si difficile que ça quoi. Tu vois? Tu vois? Ou un adole... Un jeune étudiant qui... Ou tu te dis "tiens lui il pourrait... Il semble un peu se dissocier..." tout ça. Est-ce que c'est si difficile? Après c'est... Tu vois? Voilà.

Ok. Euh... Est-ce qu'il y a des choses qui te semblent ne pas avoir été évoquées là? Sur euh...

Sur la crise suicidaire?

Sur les difficultés de la prise en charge en fait

Ben euh... Non. Ben on sait pas. Si justement on n'a pas fait le tour de trucs, c'est que je les ai pas vus.

VERBATIM 2

Donc, du coup on bosse sur les difficultés de la prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale. Euh, la première question c'est quelles sont, toi, les difficultés que tu rencontres dans la prise en charge de la crise suicidaire chez l'adulte? Mais du coup...

Euh... Alors je pense que la difficulté, ça serait que je saurais pas qui appeler. Parce que le CMP c'est quand même des horaires de bureau, euh... Je sais qu'il y a le réseau Vigilans, mais... Je sais pas pourquoi, j'ai pas leur numéro, et j'ai déjà reçu des courriers concernant des patients, mais y'avait pas de numéro dessus. J'me suis dis mais... enfin... Il est fait pour ça ce réseau, et le numéro est pas accessible alors. J'pense que.. Ils le donnent pas à tout le monde parce que sinon tout le monde appellerait n'importe quand, mais... Et du coup je pense que j'appellerai les urgences de Fontan, les urgences psy. Mais je pense que ce serait ça la difficulté. Parce qu'après, une fois que t'as quelqu'un au téléphone il te dit quoi faire et... "amenez-le nous", "faites le venir en ambulance", "appelez le Samu"... Voilà. Spontanément, je saurais pas quoi faire.

Du coup, dans quel contexte est-ce que tu évoques le diagnostic de crise suicidaire? Qu'est-ce qui te met la puce à l'oreille... qu'est-ce qui t'alerte...

Euh... Alors j'ai jamais eu personne qui est venu me voir en me disant "Docteur, ça va pas, j'ai envie de me suicider". Après souvent, moi ce que j'ai eu, c'est des gens qui viennent "ça va pas", machin... En creusant, tu te rends compte qu'ils sont un peu déprimés. Ils en ont pas forcément parlé en plus. Et du coup, je pose toujours la question "vous avez des idées noires?", "est-ce que vous avez envie de...". Je demande assez cash, je tourne pas autour du pot, et, euh... Et y'en a qui me disent "oui", "de temps en temps" alors dans ce cas je dis "et, ça dure longtemps?" "vous avez déjà?..." enfin, j'essaye de savoir s'il y a une urgence ou pas, et à chaque fois les gens m'ont dit "non, mais en fait je pense à ma famille, en fait jme dis que non, machin..." donc je crois que j'en suis toujours restée à ce stade là. Ta question c'était "qu'est-ce qui me ferait évoquer le diagnostic?"

Ouais, ouais, dans quel contexte tu l'évoques... Mais bon du coup, c'est, c'est...

Ben, en tout cas, ce à quoi j'ai été confrontée, c'est des gens qui à la base sont un peu déprimés, et je pose systématiquement la question. Tu sais je dis "Est-ce que vous êtes triste?", "Est-ce que vous vous sentez nul?", machin... "Est-ce que vous avez des idées noires?". Voilà. En général, ils sont pas choqués les gens.

Et du coup, ben si ça tu peux, enfin, c'est des choses que tu fais du coup: quelles sont... Quelles sont les difficultés que tu rencontres dans l'évaluation du risque suicidaire chez tes patients?

Ben je... Franchement, je pense que je sais pas évaluer le risque suicidaire. J'demande... J'demande "Est-ce que vous avez envie", "Est-ce que vous y avez déjà pensé?"... Mais l'évaluation du risque, de dire "ouais, il peut passer à l'acte", ou non, c'est complètement empirique et... Et un peu au pif, hein.

D'accord...

J'ai jamais eu le tour pour l'instant quelqu'un qui est rentré chez lui, et j'ai appris le lendemain qu'il s'était pendu. Heureusement! J'espère que ça m'arrivera pas mais...

Après y a quand même des trucs tu vois, quand ils te disent "je pense à ma famille"

Oui voilà, c'est ça, à chaque fois je me dis bon, c'est des idées qui viennent et qui repartent, et puis, sur le moment, et puis du coup comme ils viennent au cabinet a priori ils sont dans une démarche de soin, ils veulent être pris en charge aussi. Donc... C'est aussi un côté rassurant, euh... Une sorte d'appel à l'aide quoi. Donc voilà.

Une fois le risque suicidaire évalué, quel traitement tu mets en place?

Alors ça dépend vraiment des cas... Ça dépend si c'est des gens qui sont déjà traités ou pas... C'est.. Au coup par coup... En gros les actes... Moi, toute façon, la première chose, c'est que je dis: "si ça va pas, vous revenez", on prend bien le temps d'en parler, ça c'est un truc, euh...

J'pense que c'est ça finalement le plus important, et après au niveau , euh... Médicament, euh... Y'a, euh... Enfin je trouve que... On nous a fait un peu peur, enfin moi je trouve ça un peu stressant quand, euh on fait les cours de psychiatrie parce qu'on dit euh oui antidépresseurs, il faut toujours mettre une benzo parce qu'il peut y avoir enfin euh ça peut euh... faire une levée d'inhibition euh machin. Non, en pratique souvent je mets d'abord des benzos, si ça va pas et qu'ils sont vraiment tristes et tout, j'finis par donner un antidépresseur, mais je les revois en fait, je les convoque, je leur dit "je vous mets en arrêt", euh, "j'vous donne ça, des ptits trucs léger, euh, vous revenez me voir dans une semaine, si ça va pas avant vous revenez machin". C'est un peu ça que je fais, pareil, c'est complètement... Au jugé, quoi. Puis ça dépend la cause aussi. Les gens, quand c'est le boulot, ben je les mets en arrêt. Si c'est des problèmes familiaux, c'est plus compliqué, c'est plus dur de s'en extraire, enfin... ça dépend un peu de... bon. J'ai jamais eu de personne qui faisait une dépression euh sans facteur...

Sans objet?

Ouais, sans objet

Euh, ben du coup on a parlé des traitements médicamenteux... Quelles sont, quelles sont dans ces cas-là les difficultés que tu rencontres pour mettre en place une psychothérapie?

Ben faut que les gens ils soient d'accord... Je... J'en parle. J'en parle souvent. Parce que moi j'y crois à fond. Bah je pense que c'est un axe indispensable parce que moi les traitements médicamenteux se sont des traitements symptomatiques, mais... Euh... Pour moi il faut une psychothérapie parce que... Ouais des p'tites choses, des p'tites blessures, des machins, pas forcément des trucs graves mais qu'il faut prendre en charge. Après les gens, euh... Ceux qui ont pas eu le déclic de se dire "oui, j'en ai besoin", ou "j'avais faire la démarche"... Donc j'en parle, je leur dit euh "que ça repose dans votre tête", machin, je, j'ai de la chance parce que près du cabinet y'a une nana qui est très bien... Y'a aussi un CMP qui est juste à côté, donc je sais qu'ils vont être reçus par les infirmières qui font des entretiens et tout. Mais euh, dans l'idéal moi je les enverrai tous faire une psychothérapie.

C'est pas quelque chose que toi tu fais par contre?

Hmm... Moi j'ai un peu une fibre psy. Donc, je prends vraiment le temps, on en parle, et tout, mais c'est pas mon métier, donc euh... Je suis sûre que parfois en voulant bien faire j'ai du avoir des mots maladroits, ou... Je pense que... Ils sont formés tu vois, pour dire les bonnes choses.

Tu connais un peu tout ce qui est thérapies brèves, ou euh...

Pas trop. Non, j'connais, tu sais, ce qu'on a appris, les catégories, euh... Non.

Euh... A l'issue de la consultation, qu'est-ce que tu rencontres comme difficulté pour gérer l'entourage de ces patients?

Euh... Alors... J'réfléchis parce que j'ai eu une seule fois le cas où il y avait l'entourage, sinon à chaque fois ils sont seuls... Et la fois où il y avait l'entourage, c'était des gens qui venaient... Vraiment en secours quoi.

D'accord... Tu veux dire l'entourage qui était en consultation, ou quand tu dis "les gens seuls", c'est des gens qui étaient vraiment isolés et qui avaient pas de...

Ah non non non. Euh, j'ai que... Là... Euh... J'ai que des gens qui sont euh... Qui ont une famille, des amis qui sont... Oui, parce que je demande hein? Je dis euh... Vous êtes seul, machin... c'est vrai que je pose toujours la question. Moi je suis dans un coin, les gens, enfin, c'est des... Y'a forcément des gens seuls, hein, mais j'ai pas eu trop le tour... Ils ont au moins un compagnon, ou un proche. Euh... Et j'ai eu une fois le cas où la fille est venue en consultation avec sa mère, avec son copain, qui étaient inquiets, et du coup voilà, ils avaient envie de bien faire, et ils venaient pour "Qu'est-ce qu'on peut faire?", machin... Là c'est un peu idéal quoi. "Vous restez avec elle", "Vous la laissez pas toute seule", fin... voilà. Sinon, euh... Sinon je demande aux gens "Vous en avez parlé à votre femme", euh... "Est-ce qu'elle comprend, est-ce qu'elle vous soutient?" La plupart du temps ils disent "Oui, oui oui", machin... Donc ça va.

Euh... C'est difficile pour toi la gestion du secret médical dans ces conditions, quand ils arrivent à 3 en consult, ou euh...

Non. Non, parce que en fait je demande aux gens "Ben, vous en avez parlé à votre conjoint?" machin, en général ils me disent "Oui", et du coup, quand je vais, quand je vois les membres de la famille, mais souvent même, quand j'ai vu, je sais pas, le frère pour une angine, ben je demande "Comment il va votre mari" ou "Comment il va votre fils"... Et voilà, soit les gens me disent "Ah, ben j'pense que ça va", et j'insiste pas parce que je me dis qu'ils ont pas parlé de leurs problèmes, soit les gens me disent "ah ben oui, j'voulais vous en parler" et tout...dans ce cas euh... Je sonde pour savoir ce qu'ils savent, et je vais pas plus loin, et du coup ça... Non ça va

Euh... Alors je sais pas si ça t'est déjà arrivé d'avoir à mettre en place des soins sous contrainte euh chez eu ce genre de patient?

Alors, oui, mais c'était pour une dame qui était psychotique et qui était complètement euh... délirante. Et ça devenait intenable, et c'est horrible, enfin, c'est triste comme histoire... Elle a 45 ans, elle vit chez ses parents, elle a un traitement ultra lourd par piqûre tous les 15 jours et elle dit que son père la pé... Alors elle a plusieurs délires, donc elle a un cancer du poumon, elle est enceinte, son père la pédophilise et pédophilise ses enfants euh... Puis ses parents sont des gros cons mais... Mais elle vit chez eux, enfin bref... Enfin là, j'pense que en mai, c'était en mai, j'ai fini par l'hospitaliser parce que les parents me disaient "Mais on n'en peut plus, c'est... On n'arrive plus à gérer". Évidemment, c'était un soir, à 20h c'était bien sympa, j'ai appelé l'ambulance, ils sont venus la chercher bon ça va, elle s'est à peu près laissée faire, mais elle m'en a voulu pendant plusieurs mois, c'est normal hein, non ben j'lai fait hein. C'est tout, fallait le faire hein.

Et euh, ça a donné... Oui là du coup c'était une décompensation psychotique, donc il y a eu une suite sans problème au niveau de l'hôpital, euh...

Ouais après elle a été hospitalisée mais elle est archi-connue de partout, enfin tu vois, c'est des patients, euh...

C'est facile presque, enfin...

Non, c'est pas facile, mais bon... Tu sais que tu les envoies, euh, puis moi j'essaye de faire le moins possible, du coup quand... Enfin là, c'était vraiment... Y avait pas d'autres choix quoi. Ça faisait 10 jours que je disais "Vous voudriez pas être hospitalisée? Mais si c'est pas sous contrainte ça se passera mieux" "Nooon, ils m'attachent" machin... Bon ben, on a fini par faire ça tu vois, mais... Donc voilà.

Euh... Ben à l'issue de la consultation, quelles sont les difficultés que tu rencontres dans l'orientation de ton patient, mais c'est un peu ce que tu me disais au début, hein?

Ben, en tout cas, si jamais j'avais quelqu'un qui me disait "Docteur, je sens que j'ai besoin d'aide, je vais me suicider, j'ai déjà réfléchi à comment je vais faire et tout" ma difficulté ça serait... Mais je pense que j'appellerai les urgences psy. Je pense que c'est ça que je ferai. Mais... Je sais même pas si c'est ouvert la nuit, tu vois, pour te dire... Je sais que la journée il y a pas de problème, mais je sais même pas si la nuit y'a un... Y'a quelqu'un qui répond à ce numéro. Ben j'essaierai tu vois, sinon, j'appellerai le 15, hein, je... Urgences... Urgences euh, mais voilà. Voilà voilà.

Euh, qu'est-ce qui toi, t'empêcherait de prendre ces patients en ambulatoire?

Ben la peur d'avoir mal évalué le risque. Et de me dire "non, c'est bon", et que je te dis, on m'appelle le lendemain en me disant "ah, ben..."

OK. Et euh, les obstacles à l'hospitalisation?

Je vois pas vraiment. Oh, moi si j'estime que c'est nécessaire, euh... L'obstacle, ça serait de "l'envoyer pour rien". Et là j'me dirais c'est un peu con, euh... juste de paraître un peu... De m'être excitée pour rien... Mais j'prefere m'exciter pour rien dans ce cas là que euh... enfin j'préfère que ce soit dans ce sens là donc euh, j'dirais ben tant pis, tant mieux, il est sorti euh, p't'être que les psychiatres m'ont prise pour une cinglée, mais j'm'en fous quoi... voilà.

Au moins il a été réévalué...

Ouais, c'est ça.

Et, oui ben du coup, les difficultés que tu rencontres dans la mise en action de... des structures, professionnels et réseau pour euh... la prise en charge de ces patients, ben...

Alors, euh... Le CMP, c'est quand même un peu long. C'est ça le problème. Après je me dis si ça se trouve y'a une cellule dédiée si j'appelle même le CMP d'à coté là où je suis, je suis sûre.

Tu es où déjà?

Ben moi je suis à Merigny, du coup c'est le CMP de Pont-à-Marcq

D'accord

Qui tourne bien. Je suis sûre que si je les appelais, ils me... Voilà, mais le problème c'est toujours les horaires quoi, c'est... après 17h y'a plus personne et... Ces gens là tu les retrouve en fin de consult...

Du coup, méconnaissance des autres structures de recours, euh...?

Ouais c'est ça, c'est plutôt ça...

Euh... Alors toi, quels seraient tes besoins pour améliorer la prise en charge de ces patients? Qu'est-ce que tu sens qu'il te manque comme outil, euh...

Alors, j'pense une échelle d'évaluation du risque.

Ouais?...

Pas un truc compliqué, mais euh... Peut-être, je sais pas quelques points clés euh... des petites réponses à des questions oui, non, est-ce que ci, ça... Et euh, une info sur les structures autour et voilà, en journée je peux appeler untel, euh, le soir de garde c'est tel numéro, euh, machin...

Ça existe pas trop ça, j'ai l'impression, enfin, moi j'ai pas rencontré, c'est plus euh, de l'usage, mais savoir, euh, quelle structure est dédiée à quoi en psychiatrie, ..

Non. Mais la psychiatrie c'est un monde nébuleux, euh...

En tant que généraliste et euh...

Ouais, et en fait même tu vois par exemple pour cette dame dont je te parlais qui est psychotique, elle a été hospitalisée, et j'ai jamais eu de courrier d'hospitalisation. Elle est vue très régulièrement au CMP, donc au moins une fois tous les 15 jours pour son injection, plus elle est suivie par un psychiatre... J'ai jamais, enfin, je pense... Les psychiatres ne font pas de courrier pour les médecins généralistes. Donc c'est quand même euh... Dommage... Alors j'comprends que toutes les semaines euh, c'est chiant quoi. Ou tous les mois... Mais, je sais pas, au moins, une fois tous les 6 mois, que tu saches un peu ce qui se passe donc tu demandes au patient "Ça va tout se passe bien? Vous le voyez tous les combien? Oui", le renouvellement de traitement machin, mais... Quand ça devient compliqué pour cette dame là qui a une pathologie très lourde, c'est enfin... Et quand tu essayes de les appeler, euh... Tu tombes jamais sur le médecin, ils te disent "on va vous rappeler" ils appellent jamais... Enfin... En tout cas moi c'est l'expérience que j'ai, et... Je trouve ça un peu nul. Et en plus pour cette dame enfin il y a eu un 'bins'... Enfin, je sais pas si j'ai eu une mauvaise expérience, ou si c'est le reflet d'un fonctionnement, mais... En plus comme y'a... Le psy de l'hôpital qui la connaît, ensuite t'as le psy du CMP, t'as les infirmiers CMP, et chacun... T'as l'impression que chacun fait son truc dans son coin et que les gens, même entre eux ils se parlent pas donc nous, on est, enfin je veux dire... Y'a eu, un énorme bug et c'était un simple truc de communication, j'me suis dis "Mais, est-ce qu'ils se parlent entre eux, est-ce qu'ils discutent des cas entre eux, est-ce qu'ils se mettent d'accord entre eux quoi..." Bon, après, est-ce que c'était un bug unique ou est-ce que c'était... Un fonctionnement général j'en sais rien.

Faudra renvoyer d'autres patients là-bas pour...

Ouais bon, le moins possible quand même!... Effectivement.

Euh... Et euh, du coup, ouais je précise un peu: quels seraient tes besoins en formation pour améliorer la prise en charge, mais c'est ça, tu me disais, une connaissance des structures, et euh...

La formation ce serait plus l'évaluation du risque. Voilà. Et peut-être: est-ce qu'il y a un traitement d'urgence, mais moi je pense que le traitement d'urgence, c'est la prise en charge adaptée par un psychiatre. Voir hospitalisation. Donc je pense que... Je vais pas arriver avec

mon petit médicament, ma perfusion de je sais pas quoi, "Euh, rentrez chez vous, je vais vous faire une ordonnance pour qu'une infirmière vienne à domicile..."

"Vous aurez plus envie de vous suicider..."

Ouais, voilà. C'est ça. Donc euh, j'pense qu'au niveau thérapeutique, pour moi, c'est: prise en charge adaptée psy. Ce serait ça ouais.

Qu'est-ce qui te semblerait important pour améliorer la prise en charge des patients suicidaires en cabinet de médecine générale?

Bah, le réseau.

Et du coup qu'est-ce qui te semble manquer comme moyen à disposition?

Un numéro de téléphone facilement accessible. Non mais c'est con, hein? Et je sais qu'il existe un truc, c'est ça le pire, je sais comment ça s'appelle, je vois le logo dans ma tête, j'ai pas le numéro, j'l'ai pas trouvé tu vois...

C'est dommage quoi...

J'sais pas, un mail! "Nous vous informons, cher Docteur" machin... "qu'en cas de patient présentant une crise, vous pouvez appeler tel numéro, de telle heure à telle heure" juste ça quoi... Bon bref. Enfin moi ma thèse c'était pareil, c'était un peu le même genre de sujet et, les médecins me disaient "mais, on sait pas à qui envoyer les gens..." Enfin... Voilà.

J't'envverrai le numéro de téléphone

Ouais, merci. Et j'le mettrai dans mon ordi en bonne place, à côté du numéro de la Hop'line.

Euh, ben du coup, qu'est-ce qui te semble manquer dans les moyens à disposition en ambulatoire, c'est un peu la même chose non?

(Acquiescement)

Et... Les améliorations que tu souhaiterais voir dans les moyens à disposition?

Pour moi c'est juste un truc de communication quoi.

Euh, du coup, pour conclure, quelle est la principale difficulté que tu rencontres dans la prise en charge en cabinet de médecine générale de ces patients présentant une crise suicidaire?

Bah, euh, de manière générale l'impression de faire un petit peu, euh... naviguer à vue. C'est ça. Euh, j'trouve que c'est pas très agréable comme sentiment, alors, de manière générale, c'est jamais très agréable, mais des trucs, une petite virose où tu sais pas trop, c'est pas très grave de naviguer à vue; quand il s'agit de quelqu'un qui potentiellement pourrait avoir envie de se suicider, j'trouve que c'est un peu plus stressant. Voilà. Pas forcément une conduite à tenir avec des flèches, mais quelque chose un peu cadré, voilà c'est ça... Pour se sentir un peu plus... C'est pas parce que y a ça que je me planterai jamais, mais au moins une petite guideline, je sais pas quoi

Pour avoir l'impression de faire les choses un peu plus carrées...

Exactement.

Ok. Pas faire un peu de cuisine...

Ouais c'est ça. Et puis, c'est bien de se reposer sur son ressenti mais, on peut toujours se planter, les gens ils peuvent ne pas tout dire et... D'avoir des p'tits points plus concrets de repérage et... C'est ça quoi.

Et du coup, qu'est-ce qui te pose problème dans la prise en charge de ces patients qui te semble ne pas avoir été évoqué là?

Bah j'pense que j't'ai dit à peu près tout ce que j'avais pu ressentir...

S'il y a d'autres choses n'hésite pas

C'est vrai que c'est la question que je déteste poser. Je la pose parce que je sais que c'est important, mais.... Parce que j'ai peur de la réponse en fait.

"Si ils me disent oui, j'fais quoi" quoi...

Ouais, c'est exactement ça. Autant les troubles de l'humeur ben ça pose aucun problème "Est-ce que vous êtes triste", "Est-ce que vous pleurez", "Est-ce que vous vous sentez nul", "Est-ce que vous avez du mal à vous lever le matin", "C'est dur, même pour prendre une douche,

machin...” Pourtant, j’la pose, hein, parce que voilà, mais j’la pose toujours en me disant “pourvu qu’il dise non” quoi. “Sinon je sais pas ce que je vais faire”. Voilà.

Ok. Bon ben super, merci beaucoup.

VERBATIM 3

Euh, donc, l'idée c'était de voir avec toi les difficultés que tu rencontres dans la prise en charge de la crise suicidaire chez l'adulte.

Tout venant, comme ça? Alors moi je dirais euh ben déjà, rien que les certificats. La rédaction des certificats.

Pour l'hospitalisation du coup?

Voilà. Prise en charge de la crise suicidaire donc on entend hospitalisation. Et c'est vrai que ça, ben, c'est quelque chose qu'on oublie avec le temps parce que finalement faire des certificats de ce type, on n'en fait pas beaucoup, donc on oublie avec le temps, et quand tu tapes sur internet la recherche des certificats, tu tombes pas sur quelque chose de très formel, et, et c'est jamais très précis et...

En plus ça a changé récemment

Voilà. Ça a changé, du coup, j'en avais reparlé ben aussi avec ma compagne qui est en psychiatrie, interne de psychiatrie, et elle me dit que la plupart des certificats de médecine générale qu'ils reçoivent, effectivement ils sont erronés, ça se comprend, mais ce qui serait bien peut être, c'est justement d'avoir... Enfin, les solutions viendront peut être après du coup. Mais... Voilà. Les certificats, c'est un problème. La rédaction des certificats.

Après, euh, ben les problèmes c'est le temps. La disponibilité.

La consultation...

Voilà, c'est ça. On essaye de faire 20 min, une demi-heure, mais on est poussé aussi par le secrétariat, par les demandes, parce qu'on est en pénurie, même si ici on est un secteur où il y a encore pas mal de médecins sur les territoires, contrairement à un secteur qui jouxte comme Saint-Amand, euh, on n'a pas énormément le temps, hein, j'ai vraiment une demi-heure maxi par patient pour tout gérer, d'accord. Après, c'est les interlocuteurs. Savoir vraiment qui appeler, on a pas de numéro référent pour un psychiatre, référent du jour, euh... quand on a ce genre de problème, euh, voilà, euh... Et puis après un autre problème, mais là j'entends toujours par rapport à l'hospitalisation... Je sais pas si c'est ça... C'est le contact. C'est, tu vois... Je me dis toujours, si quelqu'un doit être hospitalisé, et qu'il y a un, un danger suicidaire, c'est m'interposer et pouvoir le calmer. Finalement. Ça c'est quelque chose qui est stressant. Hein, auquel on pense facilement, avec le médico-légal toujours derrière.

Au niveau... Au niveau du contact physique, ou...

Ouais. Le contact physique. Et puis, quand bien même ici, et ben on n'a pas... Euh, de matériel pour contentionner, pour euh, sédaté, mais même si on avait, je suis pas sûr que ce soit très très légal de faire ça ici. Et euh... Et voilà.

Ok. Euh, bon alors du coup je pose un peu en 2 parties, euh, d'abord une partie sur la consultation, et après sur les décisions, bah, à l'issue de la consultation. Euh, sur toujours, l'idée c'est de voir ce qui toi te pose problème. Donc en consultation, sur le plan du diagnostic, qu'est-ce qui te fais toi évoquer le diagnostic de crise suicidaire.

Alors, ben quand c'est... Je dirais quand il y a... Je pose la question directement. En fait à chaque patient où, en majorité, ça se présente comme, devant un syndrome dépressif, voilà, je vais poser la question. Je vais la poser, voilà, idées noires, projet bien déterminé... J'essaye de grader comme ça le... L'imminence de l'acte, s'il y a des antécédents de passage à l'acte, devant un syndrome dépressif. Après j'avoue que, les... Si t'as pas le syndrome dépressif ou un gros fond anxieux avec quelqu'un qui, voilà, qui a du mal à gérer son anxiété, j'ai toujours peur du un peu du... Du raptus là aussi anxieux avec un passage à l'acte comme ça d'un seul coup, autrement, le poser en consultation tout venant, bon c'est clair que on le fait pas facilement, même devant une personnalité anxieuse, mais par expérience, ça m'est déjà arrivé quelqu'un qui franchement j'aurai pas du tout su, avec un profil un peu anxieux, et qui était passé finalement à l'acte et ben j'ai rien vu venir quoi. Il m'en a jamais parlé... J'ai su qu'il était passé à l'acte et puis voilà, que c'était définitif. Enfin...

Tu sais l'évoquer chez quelqu'un qui a un syndrome dépressif, mais chez les autres patients...

Ben, c'est pas... Non. j'avoue que je pense pas à poser la... en fait on n'a pas beaucoup le temps finalement en médecine générale de faire la consultation en dehors du motif et de prendre toujours, de faire le tour un peu de la vie des gens comme on devrait le faire normalement en santé globale, en santé générale... On n'a pas toujours le temps.

Puis euh, tu sais que si tu poses la question et que tu as une réponse positive, ça va... Ça va déborder, donc c'est vrai que... C'est pas évident. Euh... OK. Quelles sont les difficultés que tu rencontres dans l'évaluation du risque suicidaire? T'as... Une fois que tu as le doute, qu'est-ce qui va te permettre de grader, justement, comme tu disais, et de dire "lui je peux le laisser repartir" ou "lui il faut que je l'hospitalise"

Ben, la prise de contact avec euh l'entourage. Enfin, on a la chance en médecine générale, souvent, quand on est installé depuis un moment, de connaître un petit peu l'entourage. Et de voir si... Justement, chez un patient dépressif chronique, à ce moment, si, on voit qu'il commence à avoir des idées noires, est-ce que aussi à la maison on remarque des choses, on peut voir de ce côté là, et puis après clairement le projet bien défini euh, et la tentative. Donc là je te dirais que là je commence vraiment à me dire "là faut l'hospitaliser".

Ok.

Après, bon, je me sers pas d'échelle ou de choses comme ça. Ça par exemple c'est peut-être une...

Euh, une fois que tu as évalué du coup le risque suicidaire, sur le plan thérapeutique, quel traitement tu mets en place?

Bon, du coup ben si c'est imminent, bien sûr, c'est l'hospitalisation. Là ça on en a un petit peu parlé. Sinon, ben j'essaye un petit peu... C'est surtout par la vigilance de l'entourage. Euh, j'essaye de faire en sorte que les gens ils soient pas tout seuls. Et puis euh... Après en seconde intention si il y a besoin les benzodiazépines pour les calmer et puis je les réévalue très rapidement, à une semaine euh, voilà.

C'est pas un problème du coup, de donner des benzodiazépines à un patient, en se disant "peut être je lui fournis un moyen de..."

Alors ça c'est la question oui qu'on se pose, mais moi j'me dis euh, que... finalement par benzodiazépine euh... Par l'expérience, tu sais, quand on était interne aux urgences, on en voyait pas mal des tentatives d'autolyse, par benzodiazépine, on a... Si l'entourage est bien présent, y'a pas vraiment de risque que ça aboutisse, finalement... Euh.. Voilà. J'touche... J'évalue que c'est un risque mineur vis-à-vis du risque de suicide, de passage à l'acte. C'est pour ça .

Euh... Ok. Bon du coup ça c'était pour le traitement médicamenteux... Quelles difficultés tu rencontres dans la mise en place d'une psychothérapie. Est-ce que c'est quelque chose que tu utilises, est-ce que c'est quelque chose que tu proposes au patient... Est-ce que c'est quelque chose que tu utilises dans ces cas-là?

Ouais, alors psychothérapie, donc euh, moi j'avoue que, quand on en est à quelque chose de vraiment suicidaire, je passe pas par le psychologue mais plutôt par un psychiatre, et voir CMP ici à Orchies, mais honnêtement, ça aussi c'est une difficulté, on parlait des interlocuteurs tu sais, qu'on n'a pas vraiment d'interlocuteurs, et puis c'est impossible de téléphoner, d'avoir un contact direct tu tombes bien souvent sur un infirmier qui va transmettre au médecin psychiatre, mais t'as aucun retour, la plupart du temps t'as pas de courrier, et du coup ta question c'était?

Euh, ben voilà, si tu penses qu'une psychothérapie ça serait bénéfique pour le patient, qu'est-ce qui....

Voilà, ben du coup, j'avoue que la psychothérapie je l'assume en partie, avec le psychiatre, en relai, et sans qu'il y ait vraiment d'échange. Ça c'est toujours le problème.

Toi tu considères que c'est quelque chose que tu mets en place au cab... Je sais pas du coup est-ce que c'est des patients que tu proposes de revoir, enfin, c'est vrai qu'en tant que médecin généraliste on n'est pas forcément formé, je sais pas si toi tu l'as été, est-

ce que tu considères faire de la psychothérapie de soutien un peu, ou tu te sens pas du tout à l'aise et du coup tu renvoies directement

Moi je suis plutôt à l'aise avec la psychothérapie effectivement de soutien, après j'ai pas de formation particulière, c'est sur le tas, parce que j'aime bien, voilà. Après... Ouais en psychothérapie, euh non... Je peux leur proposer, pourquoi pas quelques outils, comme quand y'a beaucoup de stress, anxiété, y'a des applications qui existent sur la respiration, comme *My calm*[®], ils peuvent télécharger directement sur Iphone, voilà.

Et du coup, à l'issue de la consultation, euh, est-ce que tu as déjà eu des problèmes dans la gestion de l'entourage de ces patients. Que ce soit sur la prise de contact, sur euh... Voilà

Alors une fois, j'me souviens, c'était problématique parce que euh, le patient, l'origine, on va dire, la crise suicidaire, en cours c'était la conjugopathie. Et euh voilà, il me relatait des choses avec son épouse, avec qui il vivait, c'était la personne avec qui il vivait, c'était la personne avec qui il vivait qui pouvait m'aider, il y a... Ça mettait en porte-à-faux euh... Et en même temps il voulait pas être hospitalisé. Ça c'était par exemple une prise en charge difficile que j'ai rencontrée.

OK. Et... Vas-y.

Après, euh, quel genre de difficultés on pourrait avoir avec l'entourage, ben quand l'entourage est demandeur d'une hospitalisation par exemple, ou qu'il y a pas un réel risque, ou l'inverse, qui s'oppose plutôt à l'hospitalisation alors qu'il y a un risque. Euh, c'est aussi des problèmes.

Du coup, euh t'es à l'aise avec la gestion du secret médical, dans ces cas-là, ou est-ce que c'est quelque chose qui te pose problème, tu te dis "Ah ouais mais ça... Ça je peux pas le dire.... Ou ça..."

Ouais je comprends. Alors j'essaye toujours d'avoir quand je fais un dossier médical quel qu'il soit la personne de confiance. Après, j'essaye toujours, en croisant les doigts pour que la personne de confiance ce soit bien la bonne personne dans ce contexte, après, oui effectivement, j'essaye de faire en sorte que ce soit à la personne de confiance que je m'adresse.

D'accord. Et du coup, on parlait d'hospitalisation et de certificat tout à l'heure... Quelles sont les difficultés que tu rencontres dans la rédaction de certificats et de soins sous contrainte si tu penses que c'est pertinent

Ben du coup c'est un petit peu... Ça reprend un peu la problématique de la première question pour moi, et, donc je te l'ai dit, accès internet pour des certificats, il faudrait vraiment un relai, et , avec des correspondants par secteur, et euh, après, je t'avais parlé du contact physique, et euh... Et voilà. Ok

T'as déjà été amené à faire appel aux pompiers, aux forces de l'ordre dans ces cas-là?

Alors non, moi personnellement non. J'aurai quelqu'un qui se sauve, par exemple je sais qu'il doit être hospitalisé, j'appellerai la gendarmerie ici, avant d'appeler l'hôpital ou le 15, pour avoir un conseil sur une prise en charge. Mais bon, j'ai pas été amené à le faire.

D'accord. Euh... Quelles sont les difficultés que tu rencontres dans l'orientation de ton patient à l'issue de la consultation?

Alors, je te dirais que, encore une fois, on n'a pas vraiment un schéma bien détaillé de la conduite à tenir par secteur. Après, oui, par internet on peut trouver euh, une carte avec, euh, le découpage de la psychiatrie, mais c'est pas pour autant qu'on a un téléphone bien précis à appeler, et savoir à qui adresser dans ce contexte, c'est toujours compliqué. Voilà. Après si la personne est compliant, et qu'elle doit être hospitalisée, ben c'est tout, avec son certificat elle part en ambulance pour dire d'être accompagnée, mais surtout l'accompagner pendant le trajet, moi c'est arrivé à un de mes confrères qui est déjà âgé, de me raconter que cette histoire, un jeune homme qui était vraiment euh, au passage à l'acte, avec qui il a discuté pendant une heure pour négocier, qu'il accepte de se faire hospitaliser, il était ok le gars, il a dit "bon ben c'est tout, j'appelle l'ambulance pour venir te chercher" "non non non non, faites-moi confiance" et comme il le connaissait depuis tout petit, il l'a laissé vraiment aller à l'hôpital, et puis il s'est tiré une balle avant d'y aller, voilà. Donc, tu vois, c'est là que, par expérience, je me suis dit

voilà, moi euh, on m'a raconté ça, je mettrai toujours dans une ambulance ça c'est clair, après si le patient est opposant, aux soins, que je peux pas appeler l'ambulance, ben je serai bien embêté, je sais pas trop comment je ferai. Voilà, euh, c'est toute la problématique. Après même là, on va avoir dans le cadre du cabinet une salle d'urgence, tu dis quand bien même on aurait de quoi contentionner et sédaté, je suis pas sûr que ce soit légal, je me poserais la question. Et toujours pareil, pouvoir s'isoler de la consultation, ça c'est une autre problématique, j'y ai pas pensé, téléphoner sans qu'il s'en aperçoive, c'est pas facile de faire passer le truc, là on est dans un cabinet où il y a des seringues, du matériel de suture, même je te parlais de salle d'urgence, bah, la salle d'urgence, ce sera pas une salle d'isolement, de contention, y'a de quoi suturer et tout ça, donc euh... Chui pas sûr... C'est vrai que c'est pas toujours adapté ici en cabinet de ville. Voilà.

OK. Du coup, euh, si tu vois pas de... Enfin hésite pas à me dire si tu vois pas d'autres réponses, hein, mais la question après c'est "quels sont les obstacles à la prise en charge en ambulatoire de ces patients". Si tu te dis ben voilà, y'a, enfin, y'a un risque mais je pense que c'est gérable euh, au domicile, euh, qu'est-ce qui, qu'est-ce qui pose problème, enfin...

Ben après c'est l'observance. Après on n'est pas toujours dans la tête des gens, enfin même jamais, et du coup on n'est pas sûrs qu'ils accrocheront forcément à la prise en charge. Et, oui, ça m'est déjà arrivé que le patient reconsulte pas hein. Après, chacun est libre de mener sa barque comme il l'entend, mais c'est problématique. On peut pas s'empêcher d'y penser quand on rentre le soir, que le type est pas venu ou... ben voilà.

Est-ce que... Ouais. Est-ce que j'ai bien évalué, est-ce que...

Voilà.

OK. Et à l'inverse, qu'est-ce qui euh serait un obstacle à une prise en charge hospitalière chez... chez un patient?

Euh... (souffle)... Euh... Son consentement. C'est ça. C'est le consentement du patient. Et par moment, j'trouve que... On nous demande... Après c'est vrai que... Voilà, dans la crise suicidaire, la maladie prend en charge euh, ils sont plus tout à fait capable d'évaluer eux mêmes, euh, d'être raisonnés.

D'évaluer leurs besoins...

Mais malgré tout, par moment on nous en demande peut être un peu beaucoup, et on peut pas... On peut pas tout gérer. C'est compliqué.

Et ensuite, qu'est-ce qui te pose problème dans la mise en action, alors, je mets "des structures, des professionnels, des réseaux, ..." autres pour la prise en charge de ces patients. Qu'est-ce qui... Pourquoi, toi, tu as l'impression que ça bloque, si ça bloque. Ou est-ce que c'est toujours...

Voilà, parce que, encore une fois, c'est pas bien défini, puis après on a des délais en ville, c'est super long d'avoir un recours à un psychiatre avec la pénurie, sur le territoire, de la démographie médicale, euh, voilà, c'est avant tout ces deux choses là quoi.

OK

Et puis, après, c'est toujours les retours, communiquer euh, ça aussi c'est un frein entre professionnels de santé, c'est difficile de communiquer, euh, on a pas toujours un bon, euh... comment, un bon retour, en réalité.

D'accord. Euh... Tu me dis, hein, si c'est pas du tout ça? Mais, euh, est-ce que t'as l'impression qu'il y a un problème de communication entre enfin...

Oui, ne serait-ce que par courrier, ne serait-ce que par un courrier de la consultation, d'avoir un retour, par moment, on voit les gens revenir et puis ils nous racontent eux-mêmes, après c'est toujours pareil, ils nous racontent ce qu'ils veulent bien, c'est rien... C'est pas clinique, c'est pas précis toujours, et ... voilà. C'est une difficulté pour le suivi.

OK. Euh... Donc ensuite, plus généralement, euh, pour toi, euh, quels seraient tes besoins, pour améliorer la prise en charge de... De quoi tu as l'impression de manquer, de quoi tu aurais besoin, pour améliorer la prise en charge de ces patients?

Alors euh ben, si on avait le droit, une salle d'isolement, de contention, de sédation, efficace, le, euh, les correspondant voilà quelque chose de précis avec un répertoire téléphonique: qui appeler, en fonction de tel secteur, sur un site peut-être dédié même, avec euh, justement des certificats, avec des onglets sur lesquels cliquer, ça, ça serait rapide, euh... Voilà.

OK. Et, euh... Qu'est-ce que tu aimerais en terme de formation? Enfin je sais pas si t'as, si tu fais de la formation continue, euh, ou du DPC, qu'est-ce que toi tu aimerais sur ce sujet, en fait.

Alors, pourquoi pas euh, par exemple la gestion du stress, la crise suicidaire, la façon de mener l'entretien, dans la crise suicidaire, finalement on n'a pas de formation sur comment mener l'entretien. Et euh, pourquoi pas, oui, quelque chose de plus précis voir si ça existe pour évaluer la crise suicidaire.

Sur, là tu parlais de la gestion du stress, tu pensais à des choses de thérapie brève, comme les outils inf... Dont tu parlais tout-à-l'heure, les applications que tu conseillais au patient, ou est-ce que c'était encore autre chose

Oui, par exemple, par rapport au patient, ou même soi-même hein? Son propre stress. Parce que ça nous renvoie aussi du stress. Euh, beaucoup de stress sur la... le bien faire, tout ce qui est médico-légal derrière, si on fait pas bien. On a une pression constante aussi par rapport à ça. Enfin, moi je le ressens comme ça.

Ok. Euh donc ça c'était pour toi. Ensuite sur euh le... Sur les facteurs extrinsèques, qu'est-ce qui te semblerait important pour améliorer la prise en charge des patients présentant un crise suicidaire en cabinet de médecine générale? Euh, donc, les moyens à disposition en ambulatoire, euh... Tu trouves peut-être que c'est redondant avec ce qu'on a déjà dit?

Ouais, donc là je risque de me répéter.

Mais écoute, pas de soucis. Donc ensuite euh, on arrive à la conclusion: quelle est la principale difficulté que toi tu rencontres dans la prise en charge en cabinet de médecine générale de ces patients?

Je dirais: trouver le bon interlocuteur. C'est avant tout ça.

OK. Pas de soucis. Si ça peut te rassurer, ça recoupe un peu ce qui a déjà été dit sur les autres entretiens. Euh, et qu'est-ce qui te pose problème dans la prise en charge de ces patients et qui te semble ne pas avoir été évoqué?

Hmmm.

S'il y a d'autres choses. S'il y a rien, bah...

Non. Moi je vois pas autre chose.

Ok. Bon ben super, merci beaucoup

VERBATIM 4

La première question, d'une manière générale, quelles sont les difficultés que toi tu rencontres dans la prise en charge de la crise suicidaire chez l'adulte?

Euh... La prise en charge de la crise suicidaire chez l'adulte, euh... c'est, je dirais, c'est l'immédiateté du passage à l'acte. Et du coup, euh, quand les gens... Alors, je dirais que je différencierais les gens qui viennent seuls et les gens qui sont accompagnés. Les gens qui viennent, qui sont accompagnés, généralement c'est un peu plus facile dans le sens où tu peux quand même faire part du risque suicidaire à la personne accompagnante. Et si on juge, moi en général j'envoie au centre d'accueil de crise souvent, et euh... Donc euh, pour avoir un avis spécialisé, et si ils sont avec quelqu'un, ben je me dis, je demande à cette personne évidemment si le patient est d'accord, parce qu'il y a cette problématique là, on va peut-être en parler, si le patient est d'accord ben il y a toujours l'autre personne pour les accompagner, et quand il y a personne d'autre, quand ils sont seuls, j'ai toujours peur qu'en sortant, ben il y aille pas et qu'il y ait un risque de passage à l'acte. Puis après la problématique de dire "c'est tellement un risque important", est-ce qu'il vaut mieux le garder ici, appeler quelqu'un, et faire un, une HDT quoi. Donc c'est vraiment le risque de passage à l'acte qui est... évidemment...

L'urgence quoi

Ouais l'urgence de, ben il faut, t'as 15 minutes, 20 minutes, tu passes un peu plus de temps mais, pour décider de... Et laisser repartir un patient comme ça avec ce risque là sans avoir de garde fou ça me paraît un peu ben, c'est toujours un stress pour moi. Voilà.

Euh, donc je distingue un peu une première partie sur ce qui se passe en consultation, et après les décisions prises à l'issue de la consultation. En consultation, sur le diagnostic, quand est-ce que tu évoques toi, quand est-ce que tu évoques le diagnostic de crise suicidaire?

Alors je dirais, euh, moi, c'est déjà sur une symptomatologie dépressive euh, très marquée, euh donc avec les signes classiques de dépression, quand euh, ils sont suivis euh, ou suivis ou d'ailleurs pas suivi pour déjà un syndrome dépressif euh, évidemment les antécédents de passages à l'acte, parce qu'il y a, j'ai aussi des dépressifs qui ont déjà fait plusieurs passage à l'acte, mais bon, c'est pas toujours ceux là qui font, qui sont le plus à risque de passage à l'acte, euh, après si ils sont très ralentis avec évidemment, euh, perte de poids importante, troubles du sommeil très importants, et puis euh, anhédonie, euh, évidemment... Après, évidemment sur le fait d'avoir non seulement des idées suicidaires, mais aussi évidemment des projets suicidaires. Donc ça j'interroge, c'est très compliqué ça, quand t'interroges les gens qui en ont pas on te dit "non, ça va pas jusque là", et ceux qui en ont, ils te disent "je veux pas en parler". Voilà. Mais quand ils te disent "je veux pas en parler" on peut considérer quasiment qu'il y a des projets suicidaires. Et après, t'as ceux qui parfois te disent "J'ai pensé au train", "J'ai pensé à ..." bon ben là, la vigilance n'en est que redoublée.

T'es à l'aise pour poser la question "Est-ce que vous avez des idées suicidaires"?

Ah oui oui, très à l'aise pour poser la question "Est-ce que vous avez des idées suicidaires?" parfois je dis "Des idées noires", et quand les gens me disent "Oui..." je fais préciser. Ce qu'ils appellent idées noires, parce que souvent ils me disent "Ben j'ai pas de goût", "Si demain je m'en vais, c'est pas grave" voilà, "Si je meurs demain, c'est pas grave", "Je sers à personne", "D'accord, mais est-ce que vous avez des idées suicidaires" "Ah non, je suis trop croyant", "Non, non, y'a les enfants", voilà, donc non moi je pose la question directement. Jusqu'à "Est-ce que vous avez des idées suicidaires," s'ils me disent "oui", je pose la question "Est-ce que vous avez des projets et mis en place un scénario", ça je le demande très facilement aux gens. Aucun, aucun problème par rapport à ça. Oui parce que pour moi c'est pour sauvegarder le patient, enfin c'est normal. On est dans... Dans l'ultime aide... Voilà.

Euh, du coup t'as déjà donné quelques éléments de réponse, mais, euh, est-ce que tu te sens à l'aise pour évaluer le risque suicidaire, enfin savoir le risque de passage à l'acte...

Euh, à l'aise non, euh, c'est pour ça, comme je te disais tout à l'heure que finalement je demande très très facilement, en général, dès que j'ai un doute important, j'envoie au centre d'accueil de crise ici à Lille, euh, quand les patients sont d'accord moi ça me soulage complètement si tu veux, de l'idée, parce que euh, je veux pas rester avec un doute important, et évaluer moi, alors parfois, effectivement les patients, là-bas, ils les gardent et puis je me dis j'ai bien fait, et puis parfois ils les lâchent en entendant qu'ils critiquent pas mal le geste, et puis je me dis j'ai envoyé pour rien, mais c'est pas grave, quoi. Moi j'ai toujours la tendance pour toute pathologie, si ils vont à l'hôpital pour rien, c'est pas très grave, je préfère en faire trop que pas assez en tout cas.

Et, est-ce que tu as eu l'impression des fois, d'envoyer des patients pour lesquels tu étais vraiment inquiet, et que ça a pas été entendu par les spécialistes qui l'ont évalué?

Pas au centre d'accueil de crise, non. Euh, non, franchement, il y a un avis psy à chaque fois, euh, non, je trouve qu'à chaque fois la prise en... Parce que souvent, je demande au patient de me rappeler derrière de me dire comment ça s'est passé, de ... Et en général, autant j'ai des retours comme ça parfois pour les... La médecine, ou la chirurgie, les gens me disent "Oh, j'ai poireauté 4h dans le couloir, ils m'ont même pas fait d'exams, ils s'en foutaient, machin..." ça ça arrive. Effectivement quand il y a rien, parfois... Enfin faut voir aussi, hein? Le patient qui vient te voir pour la 17^e fois "Mais quand même, faut pas que j'aille à l'hôpital?" euh tu dis "Si, si", et puis là il revient derrière "Ouais, ils m'ont rien fait", tu savais très bien que y'avait rien, donc dans ce cas-là... En psy, non, je trouve pas. En tout cas moi par rapport aux avis que je demande. De toute façon avis psy en ville c'est impossible dans la journée... Si à la CMP. J'ai déjà réussi à avoir des avis en CMP en semi urgence. C'est à dire quand t'as un doute que tu veux pas les envoyer au CAC ou qu'ils refusent, à ce moment-là tu proposes au CMP qui disent oui ben là j'arrive à avoir des rendez-vous... Mais là c'est pareil la prise en charge... C'est des infirmiers plutôt hein, psy, mais...

T'es sur quel secteur toi?

Marcq-La Madeleine.

Et t'arrives, euh... T'as quoi comme délai à peu près?

2 jours, 3 jours

Ah oui donc c'est vachement bien.

Quand je dis que c'est urgent quoi. Voilà

Euh, une fois le risque suicidaire évalué, quel traitement tu mets en place?

Alors, je dirais... On parle de risque suicidaire, hein? Pas de dépression, hein? Dans le syndrome dépressif tu mets un antidépresseur, dans le risque suicidaire, j'ai envie de dire presque, je mets pas de traitement en place, parce que je mets, euh... Je demande un avis. Donc, je resterais plus dans un avis que dans le traitement. Si c'est des gens qui sont déjà traités, bon ben c'est tout, mais si c'est des gens qui sont pas traités... Alors, éventuellement, toute façon, compte tenu du risque de passage à l'acte qui est augmenté par les antidépresseurs, je dirais, plutôt des anxiolytiques, que des antidépresseurs en tout cas. Mais... Voilà, je peux pas dire que je mets un traitement en place parce que je demande un avis plutôt.

De toute façon pas seul. Si tu mets un traitement en place c'est pas euh...

Oui, euh, je fais pas que ça. Après c'est juste si le risque est relativement modéré, parce qu'on a des gradations du risque suicidaire, ben je peux mettre en place éventuellement un... Un anxiolytique, revoir les patients si à un moment donné ils sont anxiolysés et qu'il y a plus du tout de risque de passage à l'acte, enfin, on s'éloigne du risque suicidaire, euh, à ce moment là on peut mettre en place effectivement un antidépresseur. Sous couvert d'anxiolytique.

Euh, là du coup toujours dans le traitement, quelles sont les difficultés que tu rencontres dans la mise en place d'une psychothérapie? Alors euh, que ce soit par toi, par un spécialiste...

Mise en place d'une psychothérapie je le fais assez facilement, là la difficulté c'est la réticence des patients, euh, à la psychothérapie, parce que la psychothérapie t'as l'impression que t'es cinglé, euh, les $\frac{3}{4}$ des gens ils ont pas envie de raconter leur vie, ils ont pas envie, 2^e grave problématique le côté financier, les psychiatres c'est un Cs plus un dépassement qui fait 70€ et

ou 50€ on va dire, et chez le psychothérapeute non médecin, c'est 50€, donc euh, en tout cas y'a 50€, et comme t'y vas toutes les semaines, ça fait 200€ par mois, j'ai la moitié de mes patients qui peuvent pas se le permettre, voir si c'est pas les 2/3. Donc financier, des réticences au côté "psy", euh souvent, et puis après des gens qui y vont facilement. Après, les délais de rendez-vous évidemment. Gros problème. Hein? Que ce soit chez le psychiatre ou chez le psychothérapeute, et puis après c'est la compétence pour les psychothérapeutes. Bon, maintenant je sais qu'il y a une évaluation, bon, tu peux en parler avec Yves, hein? Mais une évaluation un peu plus globale, mais, j'ai du mal à savoir... Après j'ai des cartes, j'ai des dizaines de cartes, mais... Après je fais un peu confiance, les gens viennent me voir, ils me donnent leur carte, je garde la carte, "Moi c'est plutôt Gestalt", "moi c'est plutôt euh, post traumatique", "moi c'est plutôt ci... Donc je garde, et puis après j'envoie un patient, deux patients, je demande les retours. Et si ils sont bons, après j'adresse.

Euh, du coup, là tu disais la réticence des patients, est-ce que du coup c'est quelque chose que tu peux être amené à faire, toi? Euh, de type, est-ce que, je sais pas, psychothérapie de soutien, est-ce que t'es comp... Formé aux thérapies brèves, ou...

Non, je suis pas formé, mais je dirais que j'en fais. Parce que, non j'ai vu un monsieur, là, euh, conflits au travail majeurs, dépression sévère, avec une angoisse extrêmement forte de reprise du travail, et en même temps l'envie d'y aller parce qu'il se dit "plus j'attends, plus ça va être anxiogène", je l'ai vu une première fois, je l'ai revu 10 jours après il allait pas mieux, je lui ai dit faut patienter, et je l'ai revu hier, il m'a dit "je vais reprendre le travail demain", il m'a dit "je vais mieux, c'est encore difficile mais je vais mieux" il m'a dit "en tout cas j'vous remercie beaucoup", tu vois, j'ai pas l'impression d'avoir fait un truc de dingue, et là je lui parlais beaucoup, euh, j'ai... Voilà, on n'est pas dans, voilà, on est dans l'aigu très bref hein mais, et, bon après tu sais je vois des gens tous les mois pour des syndrome dépressifs, sévères, euh, et puis je me dis que si, je fais une psychothérapie, parce que je leur donne des conseils, j'avance, mais sans formation spécifique..

Euh, je repense à ça, ça m'est arrivé, un patient justement qui allait pas bien du tout, et je lui... Du coup tu veux l'adresser un psy, il te dit "Ah non mais moi j'ai pas de problème, je suis pas fou", et au final il prend rendez-vous toutes les semaines pour parler et pour déverser...

Oui, voilà, en tout cas il vient te voir, et il veut pas aller voir un psy, mais on revient à ce que j'ai dit tout à l'heure, la difficulté, le côté "Psychiatre" qui dit "Le psy, c'est les cinglés qui vont chez le psy" alors, t'as beau leur dire, "Tu vois, moi, je suis déjà allé chez le psy", des fois ça les aide un peu, leur dire "À des périodes, j'ai quand même moins dormi, j'étais moins bien", euh... "J'étais un peu plus anxieux, je suis allé voir quelqu'un, euh, ça m'a fait du bien", ça ils l'entendent, comme c'est la réalité, moi ça me... Voilà, euh, parfois ils entendent, voilà, c'est ta propre expérience, "Le docteur il a l'air bien, il a pas l'air cinglé, si il a été voir un psy je vais peut-être aller...", mais euh, ouais, ouais, c'est sûr que, on en fait. On en fait.

Euh, à l'issue de la consultation euh, quelles sont les difficultés que tu peux rencontrer dans la gestion de l'entourage? Est-ce que c'est quelque chose qui te pose problème?

Alors si l'entourage est là, euh, la difficulté c'est euh, la difficulté par rapport à l'entourage, c'est que... Faut qu'il y ait un contact avec l'entourage, parce que... Alors l'entourage, c'est... Parfois, si, en tant que généraliste, les familles que je suis, entières, donc c'est-à-dire que je suis parfois, bon, l'épouse, si c'est un gars, l'épouse, les enfants, les parents, les oncles, les tantes, pour pas dire les copains, parce que des fois j'ai vraiment tout ça tout ça, ce qui fait qu'à un moment donné, tout le monde m'en parle "Oh, il a pas l'air bien", euh, c'est très très difficile d'en parler, euh, à cause du secret médical, donc ça; après par rapport au risque de passage à l'acte ben c'est la crainte d'avoir des reproches, c'est-à-dire "Vous avez pas fait ce qu'il faut" donc euh, je veux dire, j'aurais tendance à proposer systématiquement un psychiatre, parfois me dire que je peux gérer moi-même, mais c'est toujours l'idée de reproche, pas de la personne, parce que... Mais si par exemple il veut pas, je vais le noter dans le dossier, si la famille appelle je vais dire "Ben écoutez, je lui ai proposé mais il voulait pas" euh, donc il y a le côté, on va dire un petit peu de protection pour moi, de responsabilité pénale si il y a passage à

l'acte, euh ben vis à vis de la famille, et puis après y'a le secret médical, avec la difficulté relationnelle, et des gens qui t'en parlent, parce qu'il y a le conjoint, parce que machin, c'est très compliqué, là j'ai souvenir d'un monsieur qui a le risque suicidaire important, policier à la BAC euh, qui a complètement pété un plomb, j'ai sa femme, ses enfants, ses parents qui m'ont appelé, euh, le commissaire de police qui m'a appelé, euh, la, machin, la police des polices là, tu sais, les bœufs-carottes qui m'ont appelé aussi parce qu'il était euh sous surveillance, tu vois, c'était compliqué à gérer, je pouvais pas... Je pouvais rien leur dire, ils me demandaient juste "Oui, mais est-ce que vous avez des nouvelles, parce qu'il a disparu depuis 3 semaines" machin, enfin tu vois, ça c'était un peu compliqué à gérer. En plus quand c'est la police qui t'appelle, t'es toujours un peu à te demander, donc là je disais rien, bon après, la seule chose... Voilà, c'est vachement délicat quoi. Et en même temps c'était pour le sauvegarder, pour savoir si il y avait des nouvelles, pour essayer de voir si il était pas arrivé quelque chose... Ça c'est un peu compliqué. C'est de savoir ce que tu peux dire, et pas dire. Et puis après le coté responsabilité pénale. Si on te fait des reproches par rapport à un passage à l'acte.

Euh, donc je parlais ensuite du secret médical, mais ça tu l'as abordé spontanément. Et qu'est-ce qui est diffi... Enfin, est-ce que tu rencontres des difficultés dans la mise en place s'il y a lieu de soins sous contrainte, pour ces patients?

Ah c'est jamais facile hein? C'est jamais facile les soins sous contrainte. Alors y a deux types, euh, j'dirais, je différencierais, les soins sous contrainte de patients que tu ne connais pas, que tu as jamais vus, où là c'est quand même beaucoup moins compliqué. T'arrives en garde, t'as un épisode schizophrénique, on t'appelle, t'arrives, faut faire une HDT, euh, la famille est là, le père, en disant "Oui vous savez, il en a souvent fait", voilà, boum, tu signes le truc, c'est pas toujours évident, parce que le mec il est là avec son couteau posé sur la table et il te regarde avec son couteau comme ça, et il te dit "Vous allez me mettre à l'hôpital" "Je euh non... Ouais?". Bon enfin, en tout cas, la difficulté voilà, elle est moindre dans ce cas-là, par contre, pour un patient, c'est très compliqué, ils t'en veulent énormément, pas tous mais la plupart, j'ai souvenir du fils de... du patron de tous les pompiers de la région, que je soignais depuis des années, son fils il fait un épisode schizophrénique il s'en sortait pas, et ils m'ont demandé de le chopper chez lui avec les policiers, et euh, enfin la totale quoi. Pis ben, j'l'ai recroisé chez Nino, et puis il m'a dit "Ah c'est vous qui m'avez emmené mardi" emmené... à Armentières... de force quoi. Après c'est tout hein? Mais c'est difficile. C'est compliqué... Bon après, en général, y'a une telle conjonction d'éléments que t'as pas de doute sur le fait que ce soit nécessaire, mais c'est toujours difficile, euh... Vis-à-vis de la famille, pas trop, on est plutôt en demande de ça, vis à vis du patient, énormément. Après y'en a qui te pardonnent pas, et qui viennent plus.

Dans... Ouais, dans le risque de perte de lien

Ben perte du patient, tout simplement. Parfois ils viennent plus jamais. Voilà. Après, quand t'as un patient qui te dis "Merci, vous m'avez sauvé la vie", euh, ça rattrape un peu... Parce que ça arrive aussi.

Euh, tu parlais de police... Ça t'est déjà arrivé, du coup, de euh.... Voilà, quand t'étais en difficulté pour ces patients pour un soin sous contrainte, tu parlais du risque de passage à l'acte, d'appeler police, pompier, euh...

Ça devient quasiment systématique. J'ai eu trop euh... trop de... Le coup du couteau, c'est réel. Sans parler du gars où il avait le fusil sur la table, ça arrive. Donc euh moi, coup de fil de la regula... Parce que ça c'est en garde, mes patients c'est quand même rare, non c'est en garde. Euh, coup de fil de la régulation "Oui, agité, machin, patient agressif", souvent c'est ça hein, "Patient agressif, euh, euh, demande d'HDT, "Ok, euh, vous m'appellez quand la police est sur place et j'arrive". Moi j'y vais pas s'il y a pas la police. Donc euh là les flics en général y vont, et quand ils sont sur place, la régulation m'appelle et j'arrive. Donc moi je m'emmerde pas de ce côté-là. Après il peut arriver que tu sois surpris parce qu'on te dise pas qu'il est agressif et qu'il le soit, euh, si je gère le truc, j'arrive à gérer le truc, que je vois qu'il y a un bon boken à proximité, un bon manche à balai, j'y vais, sinon euh, je repars et je demande la police. Je ressors, et, bon c'est assez rare, mais en général, c'est vraiment les appels, c'est HDT, agressif, moi je m'emmerde pas, "Ok, mais police sur place"

Euh, du coup, après au niveau de l'orientation du patient, toujours en crise suicidaire est-ce qu'il y a des choses qui te posent problème, une fois que tu as évalué le risque, sur euh, comment l'aiguiller

Euh, le début j'ai pas compris.

Euh, la question c'est "Quelles sont les difficultés que tu rencontres dans l'orientation de ton patient à l'issue de la consultation"

Ah, euh, l'orientation du patient à l'issue de la consultation, c'est la décision pure de dire est-ce que c'est une HDT, est-ce que c'est pour le CAC? Le centre d'accueil de crise, est-ce que c'est pour la CMP, ou est-ce que c'est pour rien du tout?

Ouais

Ben, si c'est pour rien du tout, je considère pas qu'il y ait un risque suicidaire évidemment, euh, ça peut arriver là dessus... Non, la difficulté, c'est la prise de décision diagnostic, enfin, de l'orientation... Pour moi, c'est de dire... T'façon, moi j'ai un principe: quand j'ai un doute, je vais au plus haut. Donc si j'ai un doute entre le CAC et l'HDT parce que je me dis "Il va se barrer de l'ambulance", je fais HDT. Si j'ai un doute entre le CAC et la CMP, parce que je me dis "Quand même la CMP c'est dans 3 jours, il peut passer à l'acte", ce sera le CAC, si j'hésite entre rien du tout et la CMP, ce sera la CMP, et puis voilà. Donc voilà, moi c'est le doute de savoir quelle décision prendre. Après, pour avoir le rendez vous, ben au CAC, de toutes façon, c'est ouvert, y'a tout le temps quelqu'un, l'HDT, euh, c'est pas un souci non plus, je passe un coup de fil, je préviens quand même, je fais ce qu'il faut pour que ça se passe bien, je passe un coup de fil à Armentières, en disant "Je vous envoie quelqu'un en HDT", je le lâche pas comme ça dans la nature, la CMP j'appelle... Tu sais, quand tu prends ton téléphone et que t'expliques, que tu dis, les gens se démerdent pour m'avoir un rendez-vous, voilà, donc non. J'ai pas de difficulté après pour trouver quelqu'un. J'appelle pas les psys en disant "Faut le voir aujourd'hui", parce que ça marche pas quoi.

Donc euh, c'est surtout sur l'évaluation du risque, et après...

J'évalue le risque, et après, ça, ça roule. Y'a plus de soucis. J'organise pour que ça roule quoi. Si il faut, HDT, par exemple, dans l'HDT, euh, je vais appeler le 15, et je vais demander une équipe spécifique euh pour une HDT. Tu vois, 2 ambulanciers, bien costauds, qui ont l'habitude. Je passe par le 15. En fait, je demande un transport, avec 2 ambulanciers habilité HDT. Et en général ils ont des équipes pour ça. Voilà. Donc ça c'est à force... De l'habitude, euh... Mais c'est vrai que c'est des trucs tout cons, mais un jeune médecin, à mon avis il le sait pas quoi. Que le 15 t'envoie une équipe avec 2 costauds. On te l'avait jamais dit ça?

Ben non.

J'aurai au moins servi à ça alors

Euh, du coup pour toi, est-ce que tu penses que... De quoi t'aurais besoin pour améliorer la prise en charge de ces patients? Est-ce que tu trouves que ça roule, ou est-ce que tu trouves qu'il y a des choses sur lesquelles tu aimerais être un peu plus, enfin...

Pfff... C'est difficile ça comme question... De quoi j'aurais besoin pour que ça aille mieux euh... Ben, sans doute quand même l'histoire de la police. Des fois c'est, j'disais, ils viennent, mais des fois c'est un peu long, c'est un peu... Que les services de police soient quand même au courant que c'est pas facile l'HDT, que c'est dangereux parfois, et que ils prennent pas ça à la légère quoi. Alors ils viennent quand même mais ¾ d'heure après, et en ¾ d'heure tu peux avoir des passages à l'acte hein? Ou 1h après et puis toi si t'es sur place c'est hyper long, ça m'est déjà arrivé d'attendre longtemps. Ça. Et puis peut-être après une connaissance par les familles du problème quand même finalement, du risque de passage à l'acte. Parfois, t'as l'impression que personne... C'est très fréquent que personne n'en parle quoi. Euh, alors je sais que là ça commence à changer, j'ai vu qui y avait là, euh, une équipe dédiée de, de risque suicidaire élevé au CHR là, tu sais, qui rappelle les gens. J'ai vu ça, ça c'est.. Voilà, des choses comme ça. Mais, par exemple, on a pas eu de communication la dessus; je l'ai vu parce que j'ai vu passer un papier. Mais c'est pas normal que les médecins généralistes aient pas une communication là dessus. On devrait avoir une communication en disant: "Y a un service dédié au CHR", donc si ça peut servir à ça c'est bien, voilà, mais qu'on soit au courant de ce qui se

fait. Bon le CAC? Je pense que tout le monde connaît le CAC, euh, les médecins connaissent le CAC, mais par exemple cette équipe-là, moi je l'ai appris j'ai vu passé un courrier. Alors c'est pas tout à fait normal quoi. On aurait dû avoir, un... Quelque chose qui prévient tous les généralistes que ça existe et effectivement, c'est tellement... Voilà, c'est une pathologie... Mortelle, on peut le dire. Donc voilà, donc ça. Euh, meilleure prise en charge, ben oui, les délais chez le psychiatre, mais ça, qu'est-ce que tu veux... C'est comme ça. Très compliqué. Le non remboursement, enfin le... Les dépassements d'honoraires, euh, le non remboursement du psychothérapeute, euh, mais ça faut pas rêver hein, ça va pas changer, mais ça effectivement si y avait un peu plus de... De prise en charge, euh, ça serait peut-être plus facile d'envoyer les gens chez le psy aussi parce que ça coûte de l'argent, euh... Pfff... Au niveau... Après, non pour le risque suicidaire, euh... Mouais, peut-être si il existait un accompagnement du patient par des infirmiers, dédiés à ça, pourquoi pas des équipes dédiées qui pourraient passer chez les gens, euh, en plus de notre consultation, parce que nous on a pas le temps de les voir toutes les semaines, justement et on a trop de boulot, donc en fait on donne des rendez-vous assez serrés, mais on a pas trop le temps. Si on savait qu'il y a un infirmier qui passait par exemple la semaine suivante, et dédié, euh, nous, on, tu vois, ça serait facile. Un infirmier dédié qui passe pour évaluation un petit peu, et puis nous on le voit tous les 15 jours au lieu de le voir toutes les semaines. Ça éviterait éventuellement une hospitalisation, ça éviterait un passage au CAC, ça éviterait sans doute des passages à l'acte. Voilà.

Euh, bon du coup en conclusion, euh, quelle est toi, la principale difficulté... Juste pour synthétiser un peu quelle est, toi, la principale difficulté que tu rencontres dans la gestion en cabinet de médecine générale de ces patients? Si tu devais retenir un truc...

Euh... La, le, le temps imparti à la prise de décision.

Ouais, parce que t'as 15 minutes, et...

Ouais. Le temps imparti à la prise de décision. C'est-à-dire t'as... Tu prends beaucoup plus, hein? Mais, t'as 15 personnes dans la salle d'attente... Aujourd'hui, t'as 12 personnes dans la salle d'attente, et, et t'as le gars qui arrive en disant "J pense qu'à un truc, c'est me flinguer", euh, pfouu, tout à coup dans le cerveau ça fait "Brrlllbrllbrll", un espèce de court circuit qui fait "BAM" "Meeerde...". Bon voilà. Après, tu prends le temps quand même, mais... C'est stressant pour toi. T'as pas envie d'être stressé parce que la décision pour le coup avec le stress elle est pas terrible, de prendre une décision dans le cadre du stress, donc c'est cette difficulté-là. C'est cette difficulté-là. C'est le temps imparti à ça, je dirais, pour mes patients à moi. Et en garde, euh, c'est vraiment la difficulté pareil de diagnostic, par rapport à un monsieur que tu connais pas, et la dangerosité parfois de patient qu'est a risque de passage à l'acte, et t'as du mal à évaluer complètement parce que tu le connais pas. Bon, alors là je sors du risque suicidaire, parce que les gens qui sont agressifs, en general, sont pas ceux qui sont le plus à risque suicidaire. Mais bon. Difficile à évaluer sans connaissance du dossier, parfois très difficile à évaluer. Moi je dirais la grosse difficulté c'est le risque de passage à l'acte. Cette peur que t'as qu'on t'appelle le lendemain pour te dire "il s'est jeté du 5^e étage" quoi. Ça c'est... J'l'ai eu, hein, malheureusement je l'ai eu, euh... J'avoue, j'ai... Chui passé à côté... De, d'un patient qui vendait des salles de bains à Lille, qu'était, qui m'avait fait ma salle de bains ici, une période où j'étais, moi-même pas bien, j'étais fatigué, et moins à l'écoute sans doute, et il est venu... En fait il avait des gros problèmes conjugaux, sa femme m'a dit qu'il battait sa femme, et puis il est venu il m'a dit "J'ai mal au dos, j'ai mal aux côtes j'ai machin" jamais il a émis l'idée d'un geste suicidaire, et puis c'est un gars que j'ai vu dans le travail qui était compétent, très à l'aise, donc j'ai pas creusé, et puis pffff. En plus je l'ai vu dans le journal, avec le petit faire-part, c'est sympa... Donc, j'ai un peu l'impression que je suis passé à côté. Si ce jour-là j'avais creusé, j'avais passé plus de temps, peut être ça m'a... En même temps, je dis il faut de tout... de toute expérience négative faut tirer une expérience positive, et depuis je fais sans doute beaucoup plus attention. Tu vois c'est plus jamais arrivé. Une fois en 5 ans quoi.

Euh du coup je reviens, là on avait parlé du diagnostic, euh... Tu disais, voilà, évoquer le risque de suicide, enfin, d'idées suicidaires chez les patients dépressifs, est-ce que tu l'évoques chez d'autres patients, qui viennent pour d'autres motifs que des patients qui

viennent pour le suivi de leur dépression,? Chez un patient qui t'évoque pas spontanément ses troubles de l'humeur, est-ce que c'est quelque chose que tu cherches?

Euh... Non. Non. S'ils viennent pas du tout pour des troubles de l'humeur, je donne un exemple: ils viennent euh, alors sauf si, si, si j'en ai jamais eu et que j'ai une... Une algie vasculaire de la face, euh, une névralgie du trijumeau qui vient qui me dit c'est horrible, parce que là je le sais, qui me dit "c'est horrible, j'en peux plus, j'en peux plus, j'en peux plus", si, ça m'est arrivé, mais très, dans ce cadre-là, de dire euh "Mais, la douleur est tellement insupportable, vous avez pas quand même des idées noires, de choses comme ça?", si c'est possible, peut être pour la douleur, euh, oui non je dis une bêtise, oui non, en cancéro, éventuellement quand même, effectivement, des gens... Et en général ils sont déprimés, quand même, par leur... Donc on peut pas dire que c'est hors trouble de l'humeur, mais ils viennent pas pour ça, et des gens qui me disent "Ouais, j'en ai marre, je souffre trop", là ça devient évoqué, et puis euh... Euh, oui donc je dis non, c'est faux: chez les personnes âgées. Parfois qui viennent pas du tout pour ça, euh, chez qui tu sens quand même et qui te disent "Non, non, le moral ça va, mais je me sens très seul, je suis très isolé", et à ce moment-là ça peut m'arriver d'évaluer aussi. Euh, les couples de personnes âgées où la... L'épouse va pas bien du tout par exemple, et puis dont le mari me paraît un peu... Bizarre, qui me dit "Mais à quoi ça sert de vivre comme ça", et je me suis dit "Là il va tuer sa femme et il va se tuer", là je peux évoquer. Si, non, dans ce cadre-là. Cancéro, les gens âgés, douleurs...

Tu parlais, tout à l'heure de ce patient qui est venu te voir en te disant, enfin, pour lequel t'as pas évoquer le diagnostic "J'ai mal au dos...". Sur des troubles somatoforme, c'est quelque chose...

Alors, si c'est une fois, non. Là je l'ai vu qu'une fois. C'est le problème. Là je l'ai vu une fois et puis après y'a eu passage à l'acte, c'est le problème. Pas tout de suite, mais 2-3 mois après. Si ils viennent 2-3 fois, j'fais une radio y'a rien, et on me dit "J'ai mal au dos, j'ai mal au ventre", on fait des examens, on fait une écho, y'a rien, et y'a pas de raison, là oui, j'évoque, mais faut déjà qu'il y ait une petite récurrence. Si c'est une fois et qu'il te dit "J'ai un lumbago", j'vais pas dire "Et comment c'est le moral en ce moment?"

OK. Euh, est-ce qu'il y a des choses qui te posent problème dans la prise en charge de ces patients qui te semblent ne pas avoir été évoquées?

Bah écoute non, par rapport au risque suicidaire, non... J'dirais, si peut-être une chose parce que j'ai un passage intéressant là d'une patiente, d'une jeune patiente qui est anorexique-boulimique et qui a fait un passage à l'acte, bon, ça va elle va bien, mais c'est la maman qui va pas bien parce qu'elle en a marre, c'est la 3^e ou 4^e fois qu'elle fait un passage à l'acte médicamenteux, c'est la possibilité d'avoir des éléments probants d'évaluation chez les gens qui disent "Non, tout va bien". C'est à dire que elle, elle arrive "Ça va?" "Oui, très bien. Non, ça va mieux, là je suis à 1 jour d'hôpital de jour, les activités..." "Bon ok". 2 jours après t'apprends qu'elle a fait un passage à l'acte. Est-ce qu'il y a des éléments d'évaluation que moi je ne connais pas qui pourraient m'aider à évaluer ces patients là pour éviter un passage à l'acte. Est-ce qu'il y a une échelle, euh, j'en sais rien, euh, j'vais dire une connerie mais brancher une caméra, tu sais on aura peut-être des appareils après qui liront sur le visage, qu'arrivent à voir qu'il a cligné de l'œil "Holà, ça c'est pas bon signe" tu vois, voilà, après, dans le futur où... Et des fois, je suis surpris du passage à l'acte. "Putain merde. Il m'a dit que tout allait bien et..." y'a eu passage à l'acte quand même. Là, t'as du mal à... à saisir. C'est rare, hein? C'est rare quand même hein. Et... Le mec qui s'est flingué, c'est un peu ça aussi... Il est venu une fois, il avait mal au dos, il est pas revenu... Bon après, euh...

Ca rejoint un peu... J'avais un de mes maîtres de stage quand j'avais parlé de ce sujet, il disait "mais, le problème, c'est les gens qui viennent pas nous voir en fait".

Oui, alors là, celui là, ce patient là, c'est exactement ça. Bah d'ailleurs, la nana dont je te parle, elle vient de sortir là, elle est, elle est à Berck là du coup... Elle vient de sortir de, elle était en réa pendant quelques jours là et, elle avait rendez-vous mardi, elle m'a appelé mardi matin en me disant "Oh je peux pas venir ce soir, j'ai un autre rendez-vous, je vous rappelle", et mercredi

soir pouf elle a pris des cachetons. Donc elle est pas venu en fait. Donc effectivement, le fait de pas venir, ça peut être un signe d'appel. Alors les gens qui sont dépressifs, à qui je redonne un rendez-vous, euh, ça m'est arrivé, je redonne un rendez vous, et qu'ils viennent pas, euh, là je laisse pas tomber: j'appelle, si ça répond pas j'appelle quelqu'un de la famille, euh, j'laisse pas tomber le bazar, euh, euh, j'vais jusqu'au bout du truc, et... J'ai un patient notamment là qui était... Sa femme m'a appelé en me disant "Oui il est dépressif", il est en instance de divorce il s'est planté à 200 à l'heure avec sa Porsche, sur l'autoroute, finalement il a rien, il est allé voir un ami; je dis "Non, il va pas voir un ami, il s'est planté à 200 sur l'autoroute, vous allez le chercher et vous me le ramenez, dans mon cabinet, tout de suite". Et en fait elle est allée le chercher, elle me l'a ramené, il était d'accord, je l'ai hospitalisé y avait un passage à l'acte qui était imminent, et, il m'a bien remercié après, en me disant, et sa femme aussi, qu'on lui avait sauvé la vie quoi. Donc, je laisse pas tomber là à ce moment là. Pour la petite histoire, j'ai un patient comme ça, je le suis depuis toujours, c'était un trouble bipolaire en plus, et puis il vient pas au rendez-vous, et du coup j'appelle, et il répond pas, et j'y vais, et je vois les volets fermés. Et je me dis "putain, 10h du matin, les volets fermés..." Et je vois le voisin, "Oh d'habitude il ouvre ses volets quand il s'en va, je l'ai pas vu ce matin". Putain, j'appelle les pompiers, les pompiers ils arrivent, poum, à la hache, à ce moment-là je le vois arriver, "Qu'est-ce qui se passe Docteur, qu'est-ce qui se passe?!" "Ben j'ai eu peur pour vous". Oh putain, j'étais emmerdé. Il m'en a jamais voulu, il est toujours patient, il m'a dit "Oh c'est gentil", enfin, il était plutôt content que je sois inquiet pour lui tu vois. Il m'en a jamais voulu, alors que j'ai quand même enfoncé sa porte quoi. Bon voilà pour la petite histoire. C'est bon?

Ben écoute, je pense qu'on a fait le tour.

VERBATIM 5

Euh, du coup, quelles sont toi les difficultés que tu rencontres dans la prise en charge de la crise suicidaire chez l'adulte? En général. Qu'est-ce qui te vient à l'esprit comme ça?

Ben, la première chose, c'est réussir à mettre le patient en sécurité correctement. Donc l'évaluer sur le plan individuel avec les critères qu'on connaît et voir la qualité de l'environnement... Ici on est dans le Pas-de-Calais, donc... Wimereux, c'est un îlot un petit peu privilégié, mais... Euh, toutes les généralités sont fausses, mais on peut quand même dire que globalement, le niveau socioéconomique, le recours intellectuel et la mise à distance et la prise de hauteur de la population est souvent très compliqué. Donc euh, souvent, quand il y a une crise suicidaire, c'est une orientation vers un milieu hospitalier fermé, pour que le patient puisse être mis en sécurité. Et la difficulté, c'est d'avoir accès à ces structures là, et avoir une bonne communication d'emblée avec les psychiatres. Quasi systématiquement, c'est, euh "Envoyez le aux urgences", aux urgences, bah ils ont trop rien à y faire parce que euh... Si c'est un patient qu'on suit en tant que médecin généraliste, on le connaît bien mieux que l'intervention ponctuelle d'un médecin qui de toute façon aura des compétences qui sont mobilisées pour quelque chose qui ne relève pas de son domaine de compétence, il va voir une infirmière psy et après il sera pris en charge en psy. Souvent moi quand ça arrive je fais des courriers, mais euh, que c'est des patients qui sont connus pour avoir une souffrance psychologique ancienne, et euh un déroulé de l'histoire personnelle, de la famille, ce qui a déjà été entrepris et cetera, euh, ça passe à la trappe. Et, il m'est même déjà arrivé d'appeler un psychiatre, de garde en lui expliquant pourquoi il fallait garder le patient en crise suicidaire, il est ressorti le lendemain parce que la transmission n'avait pas été faite à son collègue. C'était à moi de ré-rappeler en psychiatrie pour refaire la transmission au mec qui prenait son service le lendemain parce que celui qui était là le soir, il était là que de garde. Et donc re une 2^e case urgence, re une 2^e case hospitalisation en psy. C'est... C'est laborieux. Voilà, mes plus grosses difficultés.

Alors on va essayer de développer un peu, euh, je distingue d'abord euh, je vais poser les questions au fur et à mesure... En consultation, au moment du diagnostic, dans quel contexte, qu'est-ce qui te met la puce à l'oreille toi, dans quel contexte tu évoques la crise suicidaire?

Euh, ben y'a des patients chez qui c'est franc, qui sont suivis dans le cadre de souffrances psychologiques, euh de toutes sortes, un syndrome anxieux, un trouble de la personnalité, trouble de l'humeur, euh qui viennent se greffer dessus, voire authentique pathologie psychiatrique sous jacente, y'a beaucoup de *gut feeling*, y'a un ressenti important sur l'accueil du patient, et euh, la façon dont il va se tenir, communiquer ce jour-là, on sent que il, bon, la fermeture, la désinvolture, la joie excessive, et... Tous les symptômes cliniques qu'on peut apprendre... Et puis après chez d'autres patients chez qui c'est beaucoup plus insidieux. Euh, qui gardent une certaine façade, pour qui tout va toujours très bien et puis, faut toujours leur laisser la porte ouverte en leur demandant "Moralement, comment ça va?", ça fait partie de mes questions usuelles d'entretien, la porte est ouverte, donc après, c'est "Ça va" "Ben oui" "Ben non" euh, ça va pas, ben on développe un peu, et euh, je pense que la question "Avez-vous des idées suicidaires?", j'ai pas trop de frein à la poser, c'est pas quelque chose en general auquel j'ai des réticences, ils disent "Oui", ils disent "Non", mais ils savent au moins que la porte est ouverte.

Là tu dis "Je pose la question "Comment ça va", c'est une question que tu poses uniquement chez les patients qui viennent pour un motif euh psychiatrique, ou c'est quelque chose que tu demandes à tous tes patients?

Moi j'ai une patientèle qui est très âgée. J'ai plus de 40% de ma patientèle qui a plus de 70 ans. Et le reste entre 60 et 70 ans, donc... Voilà, j'ai peu de population à orientation gynéco, j'ai peu d'orientation pédiatrie, j'ai des adultes jeunes, des actifs, mais vraiment le gros du truc c'est des

patients qui sont en pathologie chronique, et systématiquement dans la check-list c'est euh, le sommeil, l'appétit, la prise de médicaments, les effets indésirables, le moral. Après je pense que c'est une question probablement pas que je poserais chez un adulte qui vient pour une pathologie aiguë chez qui y'a pas de facteur de risque autour, et encore c'est peut être pas tout à fait vrai, parce que euh, étant médecin de famille au sens un peu ancien du terme, euh, je, on arrive à se faire quand même une idée du contexte familial, dans lequel les gens évoluent, parce que ben, on a la mère, la grand mère, le père, donc machin... Chacun vient raconter son petit bout d'histoire et puis on arrive au travers de ça à se dire parfois qu'il y a des troubles de la dynamique familiale, que euh, chez les adultes jeunes ados ou pré-ados on... Enfin, ceux qui sortent de l'adolescence, ben y'a une fragilité qui fait que si on sent que le contexte est pas bon, on va aller le chercher, euh, sauf que si ils viennent pour quelque chose qui paraît anecdotique, euh, banal. Mais en gros je pense que chez le patient qui a une quarantaine d'années que je connais bien pour qui tout semble bien aller et que j'ai pas de signes d'alerte, non.

Ok. Euh, une fois que tu as eu... Que tu évoques le diagnostic, comment est-ce que tu évalues le risque? Quels éléments tu utilises, euh...

Bah ceux qu'on m'a appris. Ben forcément, les antécédents familiaux, euh, avec l'agrégation importante du risque euh pas des tentatives, hein? Des suicides réels. Euh, le, le profil, les antécédents du patient, ses antécédents organiques et psychiatriques et psychologiques, voilà, les troubles de personnalité, les troubles de l'humeur, la consommation de toxiques, euh, la durée d'évolution du truc, le, euh, le développement de ces idées suicidaires qui peuvent apparaître parfois en filigrane au fil des consultations, euh, la consommation des médicaments, l'impulsivité, euh, la qualité de l'entourage et du soutien familial, la prise de distance par rapport aux choses, la prise de hauteur, les freins, les inhibitions, qu'est-ce qui fait que y'a pas de passage à l'acte, est-ce qu'il y a un scénario qui est envisagé, est-ce qu'il y a des moyens à disposition, euh, est-ce que le fait de verbaliser les choses ça peut changer quelque chose ou pas, et puis euh, voilà, on a fait à peu près le tour.

Et... Quand t'évalues le risque suicidaire, euh... Au niveau thérapeutique... Qu'est-ce que tu dis au patient déjà? Est-ce qu'il y a des choses un peu...

Ben qu'il y a jamais d'urgence à se suicider. Qu'on peut toujours le faire le lendemain. Par contre quand on le fait le jour-même on peut pas revenir en arrière. Euh... Et que j'ai pas de, de plan, j'ai pas d'outils vraiment définis là dessus, après c'est vraiment quelque chose qui est... C'est vraiment une prise en charge à chaque fois individuelle. Euh... Mouais, c'est compliqué. C'est vraiment travailler sur le, le frein, quels sont les freins principaux. Qu'est-ce qui peut freiner ce risque suicidaire, leur expliquer qu'ils peuvent être victime de raptus anxieux, ou euphorisant qui va leur perm... Qui va faire sauter un verrou et qui font qu'ils vont passer à l'acte qu'ils doivent savoir l'identifier et que si ça arrive, ils doivent appeler les structures de soins qui peuvent être à même de leur répondre. En journée toujours ici, la nuit c'est le 15, hein forcément. On a pas de structure d'accueil enfin moi je ne connais pas de structure d'accueil psychologique d'urgence. Dans le secteur. Et pour peu que j'ai essayé de travailler avec l'hôpital psy ou les CMP directement, ça a toujours été infructueux. Et après ben pour les patients chez qui il y a un risque qui est qualifié de réellement élevé, ben ça... Ça peut aller jusqu'à l'hospitalisation sous contrainte. Ça reste anecdotique dans ma pratique.

Euh, toujours sur le plan thérapeutique, quelle difficulté tu peux rencontrer à mettre en place un traitement médicamenteux? Est-ce qu'il y a des choses qui...

Ben, l'observance du patient. Et puis la... La qualité de la négociation qui fait que ben y'a une responsabilité qui est forcément partagée. Euh... Dans la communication, il faut nécessairement être dans la communication d'adulte à adulte, avec le patient. Dès qu'on sent qu'on est dans un mode de communication d'adulte à enfant, euh, si on reprend les principes de l'analyse transactionnelle, on sait que, enfin moi je pense, qu'on fait fausse route. Euh, et que d'adulte à adulte il faut être capable de comprendre que le, enfin, faut que le patient comprenne qu'on lui fait confiance.

Dans le fait... Au niveau de l'observance et de l'abus, euh... De l'utilisation des médicaments à visée létale?

C'est ça. En lui expliquant que si on lui prescrit un anxiolytique, eh ben on va lui demander de le prendre correctement pour pas qu'il soit victime de ces raptus qui peuvent provoquer un passage à l'acte, et d'un autre côté lui expliquer que si il avale toute la boîte, eh ben forcément qu'il va passer l'arme à gauche et que c'est extrêmement facile de se suicider avec une boîte de benzos et une bouteille d'alcool. Et que c'est pas douloureux, et que si il en a envie il va le faire, et que nous on devient complices de son suicide, et qu'on est forcément partagés entre ces deux choses-là, et que au travers de ça, on a quand même envie de lui faire confiance, parce que au travers de toute l'évaluation qu'on a fait avec toutes les incertitudes que ça comporte, euh, on n'a pas envie de l'envoyer en psy sous contrainte. Parce que ben forcément derrière cette hospitalisation, euh c'est toujours délétère.

Euh, dernier point au niveau thérapeutique, quelles difficultés tu rencontres dans la mise en place d'une psychothérapie? Est-ce que c'est quelque chose que tu proposes?

Quasi systématiquement. Alors je pense que sur un risque aigu non. D'ailleurs bien souvent y'a une prescription qui est faite de psychotropes, en général c'est des anxiolytiques, des benzos ou des neuroleptiques en 2^e intention. Y'a rarement autre chose qui est prescrit je pense. Ou qui même devrait être prescrit en cabinet de médecine générale. Y'a une réévaluation des patients systématique. Je leur demande de rappeler. Soit moi je les rappelle, le lendemain ou le surlendemain. Pour qu'il y ait le fil. Qu'ils soient pas perdus et qu'ils aient pas le sentiment d'être laissés dans la nature avec leur truc. Au plus tard la consultation physique c'est la semaine qui suit. Et euh là on peut éventuellement parler de psychothérapie. Je le fais jamais sur un 1^{er} temps, parce que de toutes façons ils sont tellement au bout de leur truc que... c'est pas pertinent. Je pense. Et le principal frein, c'est que... On a ici des structures de prise en charge de pathologies psychiatriques, qui comme un peu partout euh... Donnent des résultats qui sont un peu de l'ordre du contemplatif. Et, je pense pas que ce soit de la faute des psychiatres, je pense que réellement en pathologie psychiatrique, on n'a, enfin... Finalement fait peu d'avancée depuis l'ouverture des centres fermés. Ça... C'est compliqué, on maintient beaucoup les choses par camisole chimique, donc c'est compliqué de leur proposer une psychothérapie en sachant que derrière, euh, les résultats sont peu probants. En psychiatrie. On n'a pas de structure d'accueil de psychologie où on pourrait s'adresser pour pouvoir avancer, donc c'est le frein c'est le... Le coût en orientant vers des psychologues qui sont libéraux.

Et toi c'est quelque chose que tu fais de la psychothérapie éventuellement au cabinet ou est-ce que... est-ce que tu es formé, est-ce que...

Ben formé par euh... Peut-être appétence personnelle. J'ai jamais passé de formation qui soit qualifiante en psychothérapie euh... Forcément je pense qu'on en fait, on devrait tous être capables d'en faire. J'ai pas la prétention d'aller au-delà de la psychothérapie de soutien, euh y'a bien quelques outils que je me sens... Avec lesquels je me sens à l'aise, mais je peux pas dire que je sois psychothérapeute à proprement parler.

Ok. Ça c'est les choses qui se passaient au moment de la consultation, et ensuite, à l'issue de la consultation, euh, est-ce que tu as déjà rencontré des problèmes avec la gestion de l'entourage des patients?

Euh...

Ça peut être un cas particulier hein si c'est...

Ben ouais, j'en ai deux en tête, là euh, un donc euh la patiente était euh en réel risque suicidaire pour laquelle il fallait faire une HDT et le seul tiers possible c'était le mari et il voulait pas signer la demande de tiers parce que son épouse allait lui en vouloir. Donc c'est plutôt pas facile parce que j'avais pas d'autre recours, pas d'indication à faire une HO non plus. Alors ça aurait encore pu être plus compliqué, mais euh, fallait un tiers et il fallait qu'il cautionne de toute façon sur le plan thérapeutique pour la suite et pour qu'on puisse avancer ensemble, euh, ça a été jusqu'à la menace de non assistance à personne en danger. En lui disant si lui il faisait pas la demande de tiers, moi euh j'étais dans l'obligation de faire un signalement de non-assistance

à personne en danger. Je pense pas que ça ait une valeur juridique quelconque d'ailleurs; je suis très mauvais là-dessus. Mais, euh, il a fallu quasiment le menacer pour qu'il se porte tiers pour hospitaliser la patiente. Et elle est restée 4 mois et demi en psy, en psychiatrie. Donc c'était pas pour rien. Et la 2^e, c'est un patient qui vient déséparé euh, pour sa fille qui menace de se suicider dans le cadre de troubles de la personnalité, de l'humeur, consommation de toxiques et de médicaments, y'a un réel risque suicidaire, une réelle dangerosité, une impuls... Fin, voilà je la connais aussi. Il me demande lui l'HDT pour la patiente, ce que je fais, sauf que en appelant en psychiatrie, ils me disent "Non mais c'est bon on la voit tous les 4 matins, euh, elle rentre elle sort, pour elle l'HP c'est un hôtel, quand ça va pas elle vient passer 2 nuits et puis après elle repart". Alors, c'est leur point de vue. Toujours est-il que ce jour là elle en avait besoin, euh, ils l'acceptent, parce qu'elle a été prise en charge après au long cours en CMP, et euh elle a fini par être mise dehors par rupture des contrats thérapeutiques, parce qu'elle ne respectait pas les règles, ils la ré-acceptent ce jour-là, le lendemain, le père fait une levée de demande de tiers. Parce qu'elle lui fait du chantage affectif. Elle ressort. Le surlendemain, il se repointe dans mon bureau déséparé, parce que de nouveau il y a un risque suicidaire. Voilà, je sais pas si ça répond à la question.

Donc, euh, pour l'entourage. Et est-ce que tu t'es déjà retrouvé à euh, comment dire, en difficulté face à la gestion du secret médical du coup? Est-ce que ça t'a bloqué sur certaines choses?

Oui, euh la patiente dont je te parlais qui a été hospitalisée, en psychiatrie, dans le cadre ou le mari ne voulait pas faire la demande de tiers, je suis le médecin des deux, je suis pas psychiatre et on porte souvent ce diagnostic là un peu par excès, mais pour autant, je pense que c'est un authentique et réel pervers narcissique, et qu'il a réellement une relation objectale à sa femme, et qu'il en a fait sa chose, et euh ça il faut l'expliquer au psychiatre mais je peux pas le mettre par écrit, parce qu'on est quasiment dans l'ordre du jugement, parce que je suis pas qualifié pour pouvoir faire ce genre de diagnostic, parce qu'il est jamais venu me consulter lui pour sa souffrance psychologique, parce que je suis pas son psychothérapeute, et parce qu'il avait accès au courrier de transmission médicale. Donc euh... L'un dans l'autre euh... Donc il a fallu appeler le psychiatre, et toutes ces informations là sont passées à la trappe. Donc voilà.

Et du coup, les difficultés que tu as pu rencontrer dans la mise en place s'il y avait lieu de soins sous contrainte? Mais ça tu l'as déjà un peu évoqué...

Ben après c'est simplement... Ouais, dans l'entourage, trouver le tiers et voilà. Après il faut que les collègues à l'hôpital cautionnent le truc, euh, une fois pareil... Enfin, j'en fais pas souvent des HDT, mais un jour, je ne sais plus, j'ai oublié de signer le certificat. J'ai oublié de mettre ma signature. Le courrier il était long, il fait 3 pages, il est circonstancié, il est détaillé, au possible, j'ai oublié de signer dans le tumulte. Je leur ai dit "Ben, vous faites une gribouille à ma place, vous faites votre courrier à vous, mais vous m'avez au téléphone, euh, je sais que c'est pas carré carré sur le plan légal, mais vu ce qu'il y a dans mon courrier, y'a personne d'autre que moi qui a pu l'écrire, c'est pas pour un coup de stylo que on va bloquer toute la machine", et ben si, on a bloqué toute la machine. Et l'autre difficulté... Donc il a fallu que le patient re... Le patient qui... Le tiers qui accompagnait le patient a dû rechercher le courrier à l'hôpital, revenir ici au cabinet sauf qu'on était pas aux horaires d'ouverture, que c'était compliqué, enfin voilà, ça s'est fait le lendemain, dans l'intervalle ils voulaient pas garder la patiente et ils ont fait une fleur la laissant quand même, aux urgences, jusqu'à ce que le certificat revienne signé pour qu'elle puisse être admise en HDT, bon, y'a des règles, j'entends bien, c'est très légal, c'est très carré, mais euh, de là à dire que c'est du n'importe quoi parce qu'on voulait faire comme ça je suis pas... Entièrement d'accord. Euh, et puis euh l'autre difficulté c'est euh, le, physiquement. Parce que c'est bien l'HDT, tout ça, on a le tiers... Comment on va... Comment on va amener le patient à l'hôpital? Et euh, là c'est, oui, c'est parfois compliqué. L'attente des... Des pompiers, parce que en général c'est eux qui assurent le transport, ils sont pas non plus eux quand ils arrivent ultra chauds pour contentionner quelqu'un et l'emmener sous la contrainte à l'hôpital, donc ils vont demander au docteur de faire une injection pour que le patient il soit calme

pendant le transport, ce qu'on n'a pas forcément envie de faire parce que justement on est dans le cadre de quelque chose qui pourrait poser problème pour la suite de la prise en charge, euh, c'est toujours un peu compliqué.

OK. Euh, donc... Ça c'est pour euh, plutôt l'entourage. Et ensuite au niveau de l'orientation, euh, ben à la fin de ta consultation, une fois que tu as posé le diagnostic, que t'as évalué, euh, qu'est-ce qui te pose problème dans l'orientation, euh... Dans le choix par exemple de l'ambulatoire ou de l'hospitalier?

Euh... L'incertitude qu'on a dans l'évaluation du propre risque. Le doute, en se disant que si on veut euh... Et la responsabilité médic... Enfin, le meilleur intérêt du patient forcément, mais le, la responsabilité médicolégal qu'il y a derrière, parce qu'un patient qui va se suicider, une famille qui porte plainte, si dans le dossier c'est pas béton et que euh, ils viennent dire qu'ils ont exprimé des idées suicidaires au docteur et qu'il a rien fait, et que la responsabilité est mise en cause pour défaut de soin, ou parce qu'on a pas mis euh, tout ce qu'il fallait mettre en place, euh, et derrière une condamnation, c'est un peu lourd à porter. Euh, donc c'est ce doute, et se dire en même temps, que si on veut se mettre à l'abri de ce point de vue là, ben c'est très simple: on hospitalise. Si on veut aller dans le meilleur intérêt du patient, et c'est toujours je pense la réponse quand il y a un questionnement, euh, ben il faut être capable de porter ce doute-là et de le renvoyer chez lui, avec euh ses responsabilités en ayant pris les nôtres. Et je pense que c'est ce qu'on disait tout à l'heure sur les anxiolytiques, c'est bien leur expliquer que, si on leur prescrit un truc, c'est pas pour les retrouver dans la rubrique nécrologique du lendemain. Donc euh, la difficulté elle est là on va dire. Est-ce qu'on se trompe pas dans l'évaluation du rapport de confiance?

Ok. Et, sur l'accès aux structures, aux professionnels et aux réseaux de soins, c'est quelque chose qui... Qui fonctionne bien ou qui...

Ici c'est les urgences. Ils voient une infirmière psy qui 9 fois sur 10 est extrêmement condescendante et désagréable à l'égard des médecins généralistes, euh... Je sais pas, c'est bizarre hein, parce que c'est quelque chose auquel je suis sensible, que j'aime bien, et j'ai l'impression que c'est pas un manque d'affinité entre les secteurs psychiatriques à l'hôpital et la médecine de ville à l'extérieur, c'est carrément une relation qui est quasi hostile. Je comprends pas que des gens qui travaillent dans la psychiatrie comme ça n'aient même pas la capacité de pouvoir avoir une communication consciente avec un autre professionnel de santé. On a tous des façons de faire différentes. On a tous des compétences hétérogènes, on est tous ulcérés par la façon de faire de certains parce que on se dit que... On n'aurait pas fait comme ça, mais après, de là à savoir si c'est parce que c'est de la cuisine, si c'est parce qu'il a fait n'importe quoi, et quand bien même il aurait fait n'importe quoi, dans le meilleur intérêt du patient, et ben on le reçoit, on l'écoute, on voit ce qu'il y a lieu de faire, puis on met les formes pour rééchanger avec le professionnel de santé qui reprendra le patient à la sortie, pour qu'il y ait un continuum et que ça se passe le mieux possible. Ben c'est... Une certaine forme d'idéalisation des choses qui me paraît pas très compliquée, je veux dire... Ça demande pas d'argent, ça demande pas de temps supplémentaire, euh... Je suis souvent étonné de la place de l'égo. Enfin, déjà dans le milieu médical, en général est plutôt géant, et un peu surdéveloppé, mais euh dans ces structures de prise en charge... Enfin, de prise en charge en psychiatrie, euh, je suis très étonné qu'il y ait pas de euh, qu'il y ait si peu de retours, euh, d'autocritique dans la façon de faire des gens, euh qui sont censés être les spécialistes ès communication et euh, relations interpersonnelles, que ce soit avec le patient, avec les autres professionnels de santé...

Ok.

Et on a aussi un gros problème c'est que nos structures de soins ici, elles sont embolisées par de la médecine sociale. Nos structures de soins en psychiatrie. Donc les CMP, les centres hospitaliers ils se... En psychiatrie soignent très peu de pathologies psychiatriques. Ils soignent des souffrances qui sont le fruit de misère sociale. Et ça aussi ça m'ulcère, de voir que euh... Y'a un dévoiement du système de santé, que l'efficacité est très mauvaise. On utilise des structures de soins qui sont censées être compétentes qui finissent peut-être par lassitude par

ne plus l'être parce qu'on leur adresse pas les personnes à bon escient. Mais, euh, que cette misère sociale vienne emboliser des structures de soin qui pour les gens quand ils en ont besoin de façon pertinente se retrouvent de ce fait là fermées et hermétiques, euh, ça m'ulcère.

Au niveau de toi... De quoi est-ce que t'aurais besoin pour améliorer ta prise en charge de ces patients. Qu'est-ce que...

En terme de formation personnelle euh, je suis toujours avide de gens qui seraient experts en la question, qui feraient une formation qui soit indépendante de conflits d'intérêts quelconques, et ça ça me va très bien. Sur cette question là, c'était une intervention de Virginie Boss qui m'avait le plus marqué donc euh, je sais même pas ce qu'elle est devenue, qui était une psychiatre du CHR qui était venue faire une intervention à la fac sur 1h, ça m'a paru... ça s'est inscrit dans mon cerveau comme sur un rouleau de cire quoi. Et rien ne m'a quitté, c'est toujours le plan que j'utilise et les choses que j'utilise et je, chaque fois que j'ai grapillé quelque chose, ça vient s'agréger sur ce truc-là, ce qui veut dire qu'elle m'a donné, sur la question, une structure d'analyse extrêmement claire, pertinente, et qui se vérifie au fil du temps, avec une réelle compétence pédagogique, ben c'est canon. Les, les gens qui font des trucs comme ça, c'est canon. Donc ça je suis pour... Mais donc après y'a l'éloignement géographique mais euh parce qu'en général ça se passe sur la métropole, mais ici c'est des thèmes de formation qui sont pas ou peu abordés, quand ça l'est, c'est souvent fait avec les structures psychiatriques hospitalières privées, et euh les gens qui font la formation euh, ben pour certains ils sont autant psychiatres que toi et moi donc euh, ça me pose parfois problème. Ça c'est une... C'est une autre chose aussi, c'est que euh, c'est compliqué, je parlais d'égo hein? Mais c'est compliqué de s'adresser à des praticiens qui ont un niveau de compétence dans leur spécialité inférieur à un médecin généraliste qui leur adresse le patient; moi ça me pose problème. Un exemple très concret, en psychiatrie ici, on fait appel à des médecins étrangers, beaucoup ont un statut de FFI, euh, en terme de salaire, mais une case médicale dans l'emploi du temps de la gestion de l'hôpital, euh, avec une maîtrise de la langue française qui est très mauvaise. Comment on fait de la psychiatrie si on maîtrise pas le langage? C'est quelque chose que je comprends pas. Je... Je dis pas que ce sont de mauvais médecins, mais euh ils sont pas au bon endroit, ou ils sont pas accompagnés correctement, ou on leur donne des responsabilités qui ne sont pas de leur domaine de compétence, certains ont des consommations de toxiques notoires, qui sont sues de tout le monde, prennent des gardes en étant notamment alcoolisés. Comment on discute avec quelqu'un qui est alcoolisé au bout du fil? Moi ça me pose problème. Alors c'est pas une difficulté personnelle personnelle, mais si je ... j'ai du mal. Ça... ça me pose problème. Et la question c'était, j'ai perdu le fil...

C'était euh les besoins pour améliorer...

Ben avoir des professionnels de santé qui soient compétents. Ça fait très... Péremptoire hein? Mais... Ça fait très présomptueux mais euh, vraiment vraiment vraiment j'ai le sentiment de laisser les gens euh, derrière sans... Sans recours sans ressource et avec des gens qui ont peu d'investissement pour ce qu'ils font, une conscience professionnelle sur laquelle ils sont souvent assis, et quand on rencontre par hasard des gens qui ont ça, ces aspirations, euh, ben bien souvent ils sont de passage et ils s'en vont faire autre chose ailleurs. Ce qui prouve bien que les structures sont pas capables de retenir les gens qui ont envie et qui savent faire et euh c'est catastrophique.

T'as travaillé ailleurs que euh.... Parce que là c'est un problème qui pour toi est propre à cette région ou...?

Ben après j'ai aucun recul sur la façon dont ça se fait ailleurs. J'ai des contacts lillois avec lesquels je vais échanger et avec qui j'ai le sentiment que c'est assez facile, de décrocher son téléphone, d'avoir une structure d'accueil de crise, de déléguer le truc et d'avoir des gens qui sont formés, qui sont compétents, et qui, pour qui c'est carré et tac tac tac tac et ça va bien, euh, j'ai des patients qui de temps en temps font des séjours sur Lille, dont une qu'a fait une crise suicidaire là-bas et qui pour qui je reçois des courriers en me disant qu'ils rappellent de façon téléphonique régulièrement la patiente, ils prennent des contacts, et cetera... Vu de l'extérieur, comme ça, ça me paraît très bien, ça me paraît... J'vais pas dire facile parce que

c'est jamais facile, mais une aide euh précieuse. Après je... Voilà, la vitrine. Le contenu, ce qu'il y a derrière, je ne connais pas je peux pas le juger. Après je connais... Un peu le secteur ici, et je vois aussi avec d'autres gens qui travaillent en campagne profonde, où là c'est encore une autre dimension, parce que là y'a vraiment rien. Y'a meme pas un service d'urgence pour accueillir les gens. Moi j'ai encore la possibilité d'envoyer des gens vers des urgences et d'avoir un transfert de responsabilité et à peu près certitude qu'il y ait un environnement humain pour le patient. Euh, indépendant de toute compétence médicale. Mais en campagne profonde, y'a rien, y'a trois fois rien, donc euh, si on dort pas avec le patient, euh... On s'en va avec tous ses doutes ouais...

Euh... Tu me dis si tu trouves que ça recoupe... Là je te demande quelles améliorations tu souhaiterais voir dans les moyens à disposition enfin... en ambulatoire, pour améliorer ces prises en charge?

Une ligne directe. Un psychiatre. Et pas une infirmière psychiatrique. C'est très... Encore une fois, ça fait très présomptueux mais euh, c'est fatigant. Euh... Une possibilité d'accès directe à une structure de soins en psychiatrie avec un psychiatre. Qui maîtrise la langue, qui est compétent dans son domaine de... Qui est performant dans son domaine de compétence. Avec un accueil bienveillant. Des gens qui soient pas déjà sursaturés et fatigués de euh... faire ce qu'ils ont à faire.

Ça, après 24h de garde...

Ça je pense que c'est compliqué effectivement, et puis euh... Une communication derrière. Parce qu'on prend pas en charge un patient qui fait une crise suicidaire avec des courriers qui arrivent 15 jours après leur hospitalisation alors qu'il est déjà sorti et voilà. Et une négociation dans la thérapeutique avec le psychiatre, et euh, des moyens de psychothérapie mis à disposition des patients.

Ça t'arrives, euh, parce que là tu l'as évoqué au moins une fois, mais ça t'arrive souvent d'avoir l'impression de pas être entendu par l'hôpital quand tu adresses un patient en disant "Ben pour moi y'a un risque", et t'as l'impression que ça prend pas...

Quasi systématiquement.

C'est dommage.

Ici c'est compliqué hein? Je sais pas comment c'est ailleurs, mais vraiment c'est compliqué.

On arrive à la fin... Là pour résumer ça serait quoi pour toi la principale difficulté dans cette prise en charge. Si tu devais en retenir qu'une seule.

Ben, un certain isolement.

Tu veux dire au niveau du réseau, au niveau professionnel?

Au niveau professionnel

Dans la prise de décision.

Oui voilà c'est ça

Ok.

Après effectivement, il est peut-être toujours possible de contacter quelqu'un, quelque part qui va répondre, mais euh je peux pas y passer une demi-journée. Quand on est à l'extérieur de l'hôpital ils comprennent pas que c'est un ping-pong téléphonique sans nom pour avoir quelqu'un, on sait jamais qui, on sait jamais comment, enfin... Non, je pense qu'effectivement une hotline sur ce genre de problème, c'est pas du luxe, c'est pas une surcouche et c'est pas un gadget.

Et du coup... dernière question: qu'est-ce qui te pose problème dans la prise en charge de ces patients, et qui te semble ne pas avoir été évoqué?

Ben je pense que l'entretien était...

Ouais, c'était assez dense.

J'ai eu l'impression d'être encore bien bavard... Mais non, le... Moi c'est ça c'est surtout, on y revient, le problème de communication inter-professionnelle, intra-professionnelle, de trouver des gens compétents, accessibles, d'avoir des structures d'accueil efficaces et puis surtout un suivi derrière en psychothérapie au niveau des patients, qui puisse être proposé. Parce qu'au final, on en parlait tout à l'heure, le frein financier fait que les patients qui ont un risque

suicidaire ici, hospitalisation ou non, une fois la crise passée... Y'a rien qui est fait. Quand on les envoie en psychothérapie, ben c'est 50€ la séance, euh, c'est compliqué. Parce qu'en plus c'est pas dans la culture de la population locale. Je pense qu'une population un peu boboïsée en milieu urbain, parler à un psy ça lui va bien et elle va même en consulter 3 parce qu'elle les trouvait pas compétents, à tort ou à raison. Ici, voir quelqu'un une fois, euh, c'est chaud patate hein?! Pour convaincre un patient d'arriver à un travail de psychothérapie, je pense que la plupart du temps, ça me prend entre 6 mois et 1 an. En remettant le truc à chaque fois sur le tapis, hein? Ouais, c'est compliqué. Du coup quand ils y ont accès, y'a forcément un gros dossier qui précède le truc pour que y ait une amorce et une accroche qui soit faite tout de suite, et que l'adéquation elle se fasse correctement, en essayant de connaître les psys du coin et leur orientation, leurs affinités en fonction de tel ou tel problème et en fonction du profil du patient, dire allez plutôt voir untel ou untel, pour que euh, on touche quasiment au but tout de suite. Parce que, si la première séance c'est un échec, et ben... Bon, enfin voilà.

Est-ce que tu vois d'autres choses à ajouter, ou?

Non

Bon ben merci beaucoup.

VERBATIM 6

Donc, euh, l'idée c'est d'évoquer les difficultés de prise en charge de la crise suicidaire en cabinet de médecine générale. Donc pour commencer, quelles sont, toi, en première intention, les difficultés que tu rencontres dans la prise en charge de la crise suicidaire chez l'adulte? Tu peux t'aider d'un dernier cas éventuellement.

Ben pour moi y a 2 types de suicides. Y'a ceux que tu vois pas arriver, et qui se ratent pas, et y'a ceux que tu vois arriver, et que tu rates en fonction de ta disponibilité, disponibilité qui est rendue de plus en plus compliquée par les conditions actuelles de la médecine. Donc le problème il est juste là. C'est-à-dire que le euh, quand on prévient, pas de soucis. Tu peux, euh, soit désamorcer une situation, soit transférer une situation, soit travailler en partenariat, c'est ce que j'aime le pl... C'est ce que je préfère moi. J'travaillez avec... Je suis très souvent décrit comme quelqu'un qui fait de l'écoute active. Je passe beaucoup de temps à parler avec les gens, notamment les consultations du soir, les gens ils viennent me raconter leur vie, et cetera... Mais je leur dis "Attendez..." "Non, mais je vous préfère vous que le psychiatre", "Non, je suis pas psychiatre. Moi je suis médecin généraliste, je suis là pour vous donner des solutions, j'ai probablement quelques connaissances, quelques capacités, mais je suis pas psychiatre" Donc je, je leur dis, "Quand je sens que vous basculez vraiment, y'a un truc qu'il faut que j'de... Que je comprends pas bien, je travaille en partenariat." Ça c'est dans l'idéal. La plupart du temps... Après j'ai trouvé un très bon moyen quand je suis débordé pour, quand j'arrive à les repérer. C'est un truc que je fais systématiquement. Tu viens me voir, je dis "Voyez ma salle d'attente elle est pleine, j'ai pris des gens en plus, je vais pas y arriver... C'est la grippe, machin... Vous, je vois que ça va pas. Revenez dans 2 jours, on se voit une demi heure, trois quart d'heure, un soir, et cetera." Et là les gens, ça va. En fait ils ont été vus, ils ont été individualisés, peut être pas compris mais ils ont été perçus, et donc ça ça permet... Et donc je leur dis "Ben écoutez, y'a deux solutions: soit je vous massacre en 5 min, vous sortez avec un antidépresseur, soit on va un peu plus en profondeur, mais vous comprenez que ma situation à moi, actuellement, elle est compliquée... Donnez-moi un petit peu de temps, et je vous en donnerai." Ça revient à ça. Et là les gens sont contents. Mais ça, c'est quand j'arrive à le voir. J'ai pas la prétention de dire... J'ai pas la prétention de dire que je l'ai toujours vu... Que je l'ai toujours vu...

Du coup, pour réenchaîner là-dessus, dans quel contexte tu évoques le diagnostic? Qu'est-ce qui te fait te dire "Ah, là...." Qu'est-ce qui te fait le percevoir?

Tu veux dire que dans la dépression, ou dans les présentations psychopathologiques, où je sens unh... Un suicide, comment je fais?

Non, avant ça, est-ce que toi tu as identifié, est-ce que tu sais quand est-ce que tu commences à poser la question, qu'est-ce que, euh, alors là tu parlais de la dépression, est-ce que tu vas être plus vigilant dans la dépression, est-ce qu'il y a d'autres choses, euh... Chez quelqu'un qui va pas bien, où tu vas te dire: "Lui, il pourrait passer à l'acte".

Ben les gens qui passent à l'acte, pour moi c'est essentiellement les dépressions mélancoliques. Et certaines psychoses. Les psychoses sont prises en charge, parce qu'on les suit pas, c'est pas de la médecine générale la psychose. Moi je les suis en entretien, en renouvellement. Y'a un schizophrène que je vois tous les mardis après-midi. Parce qu'il a un diabète de type 1, il est en rémission d'une leucémie aiguë myéloblastique, ça commence à être des trucs très très lourds. Et qu'il a besoin d'un coaching. Mais, c'est pas moi qui le soigne. Il a, il va au CMP aussi. Psychotique franchement c'est une délégation hein? Mais sinon, le généraliste, la problématique du médecin généraliste, c'est vraiment les dépressions mélancoliques. Euh... Là je pense que très clairement les malades ont intérêt d'avoir un médecin et un seul. Que le nomadisme médical ça les dessert. Que chercher un médecin disponible plutôt qu'un autre, c'est pas la meilleure solution. Maintenant je dis pas qu'un médecin qui connaît bien son malade c'est aussi la meilleure des choses, parce que... Ça dépend du moment. Il peut vouloir aller vite. Il peut penser, ou trop bien connaître le malade,

qui lui va pas forcément avoir envie de parler ou de craquer ce jour-là. Et donc il va profiter de l'urgence du médecin pour masquer sa dépression, être tranquille, et puis une fois qu'il va se retrouver chez lui, il va se retrouver face à son raptus anxieux. Voilà. Donc dans l'idéal, je le sens. C'est instinctif. C'est mon malade, parce que je le connais bien, "la", d'ailleurs le plus souvent, euh, "ça va pas...". Là je les regarde, je dis "ça va pas, vous". C'est la question qu'il faut pas poser, souvent, parce que... Là, j'ai, j'ai mon petit scénario de réserve, si je suis pressé. Si je suis pas pressé, si... Mais aucun problème. Aucun problème. Je suis d'autant plus habitué, c'est que là-bas il y a un foyer pour les sevrages alcooliques et qu'il y en a plein des gens qui vont pas bien. Faut pas oublier que la dépression... Moi c'est des gens qui me touchent. Faut pas oublier que la dépression, ça sera la maladie la plus répandue dans le monde en 2025. C'est hallucinant, mais c'est comme ça. C'est pas moi qui l'ai dit, c'est un psychiatre de l'EPSM. Quand il m'a dit ça, j'ai dit: "Mais c'est pas possible, c'est pas... C'est pas la société dans laquelle je veux vivre". Donc j'ai envie de dire qu'ici, ben voilà, au moins, y'a... Y'a au moins quelqu'un qui un petit peu écoute, et cetera... Voilà. Donc on les écoute. Je touche du bois, les suicides que j'ai eu, c'est souvent des suicides par maladie. C'est-à-dire que, je... par... "Je tue la maladie avant que la maladie ne me tue". Euh, ce sont...

Des problématiques somatiques du coup?

Oui. Ce sont des... D'ailleurs, c'est... une erreur que j'ai faite... C'est-à-dire c'est une dame qui avait un cancer du poumon. 3 ou 4 ans après elle fait une récurrence de cancer du poumon, ben partout, donc elle est foutue. Ils mettent en route un traitement, ils lui font un peu de chimio, pour voir un peu, tu sais, pour retarder... Pour augmenter la médiane de survie... En général ces patients, 2-3 ans après passent en soins palliatifs, et cetera. Et moi je vais la voir, parce qu'on s'aimait beaucoup, et puis je lui dis "Bon ben voilà, maintenant, quand t'auras besoin, tu m'appelles, t'hésites pas, je viendrai boire un petit café, et cetera..." Euh... 2 jours après elle s'est pendue. Et elle a marqué qu'elle avait bien compris, dans le discours du docteur, à travers l'empathie du docteur, elle a compris qu'elle était foutue. Et elle avait toujours dit "Quand je m'apercevrai que je suis foutue, je tuerai le cancer avant que la cancer ne me tue". Elle est passée à l'acte. C'est compliqué. J'ai pas de problème pour vivre avec ça. J'ai, je... Bien sûr que dans l'absolu, c'est une erreur d'appréciation. C'est une erreur d'appréciation. Si on accepte pas de vivre avec nos erreurs d'appréciations, c'est nous qui finissons au bout d'une corde, hein? C'est... C'est donc 60 décès par suicide, chez les médecins français, et par an... La majorité c'est des anesthésistes. Bon. Ce sont des gens qui, à mon avis, n'ont pas appris à vivre avec ce sur-risque, qui est lié à leur profession d'endormir et de réveiller des gens. Euh, sinon, euh je... Quand je les attrape, quand je les choppe, là je passe par le psychiatre évidemment. Mais... Je leur dis toujours aussi: "Attention, je ne me débarrasse pas de la patate chaude" Je dis "Là, vraiment, je vous sens très, très fragile, euh, vous avez des propos, d'ailleurs vous l'énoncez vous même", tu reprends leur mots, tu reprends leurs phrases, "Vous avez des envies de mort, vous avez des idées suicidaires, vous avez honte quand vous le dites, vous vous mettez à pleurer quand vous le dites... C'est que, vous y avez vraiment pensé. Et que vous avez encore trouvé un petit peu de force pour venir me le dire." Donc à ce moment-là, je leur dis "Vous continuez de venir me voir, et vous allez voir le psychiatre." voire même une hospitalisation. C'est assez rare, les hospitalisations. D'ailleurs, les hospitalisations, quand on hospitalise des gens, très souvent, le lendemain ou le surlendemain ils sont déjà dehors. Par contre, il font des suivis à domicile. Ils envoient des équipes, et ils les suivent à domicile. Et ça marche vachement bien.

C'est quel CMP ici?

Ici c'est La Madeleine. Et moi je passe par Fontan, quand j'ai des... Et Fontan ils envoient des gens à domicile... Ça, ça marche vachement bien. Et donc des hospitalisations très très courtes, juste pour passer le risque et revoir le traitement. Et après, à J3, J5, J7, J14... Ils font des... C'est vachement bien. C'est vachement bien. Parce qu'en fait, c'est ça qui est terrible, c'est qu'avant les gens ils restaient à l'hôpital, et une fois qu'ils étaient sortis de l'hôpital ils rentraient chez eux et... Donc là c'est bien, y'a une prise en charge, c'est toujours pareil hein, c'est... La valeur... La reconnaissance de l'appartenance au groupe. En fait c'est une façon de

leur dire "Non mais vous appartenez au groupe, regardez, le groupe s'occupe de vous". C'est ça l'idée. C'est ça qu'est vachement bien.

Les inscrire dans le temps aussi peut être?

C'est pas tellement dans le temps... C'est vraiment, de pas dire aux gens "Voilà, on s'est occupé de vous, intensément, débrouillez-vous tout seul dans le temps". Voilà. "On s'est occupé de vous, on continue de s'occuper de vous." C'est pas la quantité. C'est de leur faire comprendre que c'est pas la quantité de la prise en charge qui compte. C'est la qualité de la prise en charge. Donc la qualité elle doit pas être concentrée sur quelques jours. Elle peut être diluée dans le temps. Les gens l'acceptent très bien ça. C'est comme tout à l'heure quand je disais euh, quelqu'un qui, j'ai pas le temps de m'occuper de lui ou d'elle, et je lui dis "Écoute, reviens dans quelques jours, on va reprendre le temps". Du coup ils patientent, hein? Je suis pratiquement sûr à 100%, à 99.9... Qu'il se passera rien pendant les 2-3 jours. Parce que, j'ai laissé un message, j'ai dit "J'ai vu", "J'ai vu". Alors que si tu dis "Non, mais oh là là, ouuuh, tu fais une déprime toi, tu pleures, c'est... Tiens, prend ça, ça va aller mieux." J'ai rien vu en fait. Les gens en fait ce qu'ils veulent, c'est partager. Donc si tu passes pas à côté de ça... Tu passes parfois, hein, évidemment. Heureusement que quand tu passes, 9999 fois sur 10000 il se passe rien. C'est la fois d'après où le patient te dit "Vous avez été un petit peu fatigué la fois dernière Docteur" "Ah oui, je..." "Vous êtes allé un petit peu vite, j'aurais voulu vous parler de ça, et cetera" ce qu'il disent en plus. Après y en a tu le dis "Au fait, la fois dernière, vous étiez venu, c'était pour quoi? Ah oh, ça doit être... J'ai pris que 10 minutes?! Ça m'étonne..." C'est ça, c'est, voilà. C'est difficile, parce qu'on a un thérapeute qui a plus le temps, face à un malade qui n'ose pas. Et donc je pense que le fossé se creuse. Et il va se creuser encore. Je pense que le taux de suicide va augmenter. A mon avis. D'une part parce que conjoncturellement, la société... société de merde! Et que, euh, les solutions proposées habituellement bah elles vont... elles vont... se parsemer de plus en plus. Donc ça va être euh... Voilà.

Toi t'as un peu intérêt à pas voir ces problématiques là, parce que si tu les vois, tu peux pas les ignorer et tu te retrouves...

Non, ça ça me dérange pas. Ça me dérange pas. Après, les les les cognés, c'est un travail d'équipe hein euh... Pas tout seul hein

Après la question c'était, euh, sur, une fois que tu as identifié qu'il y avait un risque, sur euh, comment tu fais pour évaluer? Sur quels critères? Est-ce que c'est difficile pour toi de garder, euh... Qu'est-ce qui va faire te dire "Lui, ben, voilà, je le revois à 2 jours, lui, là, c'est tout de suite le CAC"

Euh ben, si je dois le revoir à 2 jours, moi c'est déjà le CAC, hein?

D'accord.

Oui, non, euh si, euh, ... Faut qu'il me rassure... Faut qu'il me rassure... Si y'a... Après y'a des, y'a des... Si c'est clairement une idée de mort, si c'est clairement une idée de mettre fin à sa vie, si c'est clairement une épreuve, si clairement y'a une lassitude, y'a un effondrement physique, et psychologique, et et cetera, il faut hospitaliser. Après, t'as des gens euh, s'ils sont pas tout seuls, tu peux... Tu peux te permettre de les garder un peu... Y'a un contexte... S'ils ont un travail. Si tu sais qu'il y a des gens qui vont les voir régulièrement. Si... Par contre si c'est quelqu'un d'isolé, qui est tout seul, qui a pas de famille... Bon, euh, là c'est toujours pareil. Tu as pris du temps avec lui, et là tu lui montres immédiatement que tu vas reprendre du temps avec lui. "On se revoit... On se revoit la semaine prochaine". Ou quand tu leur dis "Bon on se revoit dans 15 jours, mais, ça veut pas dire que vous devez attendre 15 jours". Le discours, c'est de dire "Demain, si ça va pas. On essaye un traitement, suite à notre entretien, si le traitement vous le supportez pas, c'est un motif pour consulter le lendemain. Si le traitement ça va pas mieux, c'est un motif... Même si je vous ai dit que le traitement antidépresseur, il fallait un certain nombre de jours, voire de semaines, pour qu'il soit efficace, même si en attendant vous avez un traitement anxiolytique pour prévenir ce laps de temps ça veut pas dire que si dans une semaine ça va pas du tout, vous devez vous dire "Zut, encore 8 jours à attendre", parce que là tu les mets en danger. Donc il faut leur dire... C'est ça qui est compliqué, c'est qu'il faut leur offrir une disponibilité permanente, alors que tu l'as pas. Tu leur... Mais là aussi, tu

recadres... Moi c'est... 7h-19h. Avant, après, s'il y a un problème, faut leur donner une solution. Le CAC, euh, les urgences tout court, et cetera, et cetera... Tu leur dis que, d'abord il faut dédramatiser la maladie, c'est-à-dire que le problème de cette maladie, c'est que les gens en ont honte. C'est une maladie qui fait honte. C'est con. Moi je leur dis "C'est con. C'est pas de votre faute. Vous avez pas demandé à être malade. En plus c'est une maladie. C'est une vraie maladie." Tu peux leur donner... Moi je leur donne des exemples, je leur dis "Vous saviez... Vous saviez qu'il y avait des dépressions post infectieuses?" Ils te regardent ils te disent "Comment ça?" "Ben oui, on a démontré, on a démontré qu'après certaines angines à streptocoque, comme le streptocoque adore le tryptophane et la sérotonine, ça donne des, des p'tites phases de, des p'tits coups de pompe, des petites déprimés... Post angine" Ils me disent "C'est pas vrai" "Ben vous avez pas..." Et y'a beaucoup de gens qui disent "Aaah, mais c'est pour ça, après une maladie j'ai fait une grosse bronchite j'étais tout tristounet". Ben oui, probablement. C'est vrai hein? C'est Kochman qui nous avait expliqué ça, euh... Et donc, et donc c'était, tu peux leur donner des choses comme ça un peu... Le fait d'associer des épisodes de dépression à des choses somatiques, à leur faire comprendre que c'est une vraie maladie. Parce que moi je sais que c'est une vraie maladie, parce que je l'ai appris. Ça répond à des signes cliniques, et cetera, et cetera. Après je leur dis "Vous savez c'est quoi la dépression?" C'est quoi la dépression? Le premier signe de la dépression? Parce qu'ils me disent ils pleurent, ils ont envie de rien... "C'est pas de la dépression ça. Vous avez ça dans la tristesse, vous avez ça dans le deuil, vous avez ça dans le *burn out*. La dépression, le premier signe de la dépression, c'est l'anhédonie." "C'est quoi l'anhédonie?" "L'anhédonie, c'est la perte du plaisir. Est-ce que vous avez du plaisir encore? Au travail. Quand vous êtes avec vos enfants." C'est ça qui fait qu'après, tout se casse la gueule. Quand tu fais la différence pour leur expliquer ce que c'est qu'un deuil, je leur dis "Vous êtes pas dépressif. Vous faites un deuil. Quand vous êtes allez enterrer votre maman. Après quand vous êtes allez jouer avec vos enfants. Vous avez eu du plaisir à jouer avec eux?" "Ben oui". "Et puis quand votre femme elle a fait un petit repas, et puis que vous étiez tous à table?" "Aah, ça m'a fait du bien." "Et ben voilà. Donc vous avez en vous cette notion du plaisir. Maintenant vous devez accepter l'absence dorénavant définitive de votre maman. Ça s'appelle le deuil." Un *burn out*... En fait un *burn out*, c'est pas un deuil, c'est pas une dépression, c'est encore autre chose. Quand vous faites une angoisse pathologique, c'est pas une dépression. C'est marrant d'ailleurs, parce que toutes ces nuances-là, je les ai apprises après mes études. Tu l'apprend pas... Ça c'est compliqué aussi pour un toubib parce que euh, ils ont de moins en moins le temps de se former, pour ceux qui se forment. Donc tu t'aperçois qu'il y a plein de choses, quand t'as fini tes études, que t'as pas... C'est pas que t'as pas appris. Tu les as apprises. Mais tu les as pas comprises. Y'a une différence entre apprendre et comprendre. Et y'a beaucoup de choses, tu arrives, tu le comprends au contact des gens, et en te mettant à jour. Et une angoisse pathologique, par exemple moi je pensais que c'était une dame, elle avait été opérée à cœur ouvert, on avait remplacé sa valve, et je l'avais mise sous antidépresseur, parce que ben elle pleure, envie de rien, repli sur soi, elle sortait pas, et cetera... Et en fait, c'est pas qu'elle avait peur, c'est qu'elle avait peur de tout. Enfin, c'est pas qu'elle avait une dépression, c'est qu'elle avait peur de tout. Donc elle était angoissée sur tout. Et en fait on a fini par l'hospitaliser, elle est restée 6 semaines, elle est sor... Elle est sans antidépresseur. Elle a une angoisse pathologique. Il faut... Tout ce qu'elle ressent, se transforme en angoisse. Mais dans l'absolu, quand elle est avec ses petits-enfants, elle est contente. D'ailleurs quand elle est avec ses petits-enfants et ses enfants, tout se passait bien. Nous on avait tendance à lui dire: "Vous voyez, que c'est dans votre tête, vos douleurs. Puisque quand vous êtes dans le groupe, autrement dit important pour vous, le groupe familial, tout va bien. Mais en fait c'est que, quand elle est avec ses petits enfants, comme elle n'était pas dépressive, elle avait du plaisir, du coup elle oubliait ses angoisses. Quand elle est toute seule, l'angoisse pathologique, c'est encore une autre forme de, de... Les psychoses, c'est encore une chose. Ben maintenant, toutes ces situations peuvent amener au suicide. Un homme qui perd la femme de sa vie peut décider que

la vie sans elle ça n'a pas de sens. Roééo et Juliette. Il est pas dépressif, il fait un deuil. Ça peut amener à un suicide. Ça, à la limite, tu le vois assez facilement. Mais paradoxalement, c'est très difficile à gérer. Parce que tu peux pas être tout le temps avec ce quelqu'un, jusqu'à ce qu'il ait fini son deuil. Surtout qu'il a pas envie d'être avec quelqu'un. Il a envie d'aller à tous les endroits où il était avec elle, il a envie de revivre... Il a envie de passer des jours et des jours sur sa tombe jusqu'au jour où il trouve que c'est insupportable. Y'en a, hein? Y'a des deuils vraiment vraiment pathologiques, hein?

C'est compliqué... Alors on parlait de pathologique, mais d'une manière générale, alors euh, si on revient sur le suicide, euh, de gérer le libre arbitre de la personne et le consentement du patient en fait. Dans quelle mesure...

Quand un patient est vraiment dans une dépression mélancolique sévère, avec un risque de suicide évident, il reste l'hospitalisation sous contrainte. Je pense qu'il faut le faire. Sinon euh ben... Ce qui est intéressant aussi, à mon âge, c'est d'avoir soigné des gens qui se sont ratés. Alors qu'ils voulaient mourir. Moi j'ai un copain, il a dit à sa femme et ses enfants qui étaient dans le voiture "J'ai oublié quelque chose dans le garage", ils parlaient, hein? Ils parlaient en réunion familiale. "J'ai oublié quelque chose dans le garage". 10 minutes. Elle a dit "Ben il est bien long". Elle a été le voir, la porte du garage était fermée à clé, et à travers le carreau, il était au bout de son tuyau d'arrosage. Elle a donné un coup de coude dans le carreau de la porte du garage, elle s'est ouvert le coude, elle l'a dépendu, elle a appelé le SAMU, il a fait 10 jours de réa, du caisson, du caisson, du caisson, sans séquelles. Et donc, c'est intéressant parce que tu te dis "Mais... Pourquoi?" À ce moment là en plus. D'habitude tu fais ça seul, dans ton coin. Raptus anxieux. La seule chose... "Tu voulais mourir?" "Non" "Tu voulais mourir?" "Non" "Pourquoi t'as fais ça?" "Je voulais juste. Plus. Penser". Il avait un tas de soucis: "Je voulais juste plus penser". Ben comment veux-tu prévenir ça? C'est pas possible. C'est impossible. Ça lui a pris... À un moment où c'est complètement improbable, un moment où, je te dis, euh... Là j'en ai un autre qui s'est suicidé, évidemment personne l'a vu, le jour de ses 50 ans. Tout le lotissement, il les a vu tous partir, il a dit "Je tonds ma pelouse, c'est barbecue ce soir, tout le monde dans le jardin, c'est la java" Sa femme devait rentrer à 10h, elle a eu un empêchement et le gamin, qui devait avoir cours jusqu'à midi, le dernier prof est pas venu, donc on a dit aux enfants "Vous rentrez 1h avant". Donc c'est le gamin qui l'a trouvé dans le garage. Il s'attendait à retrouver son père, pour ses 50 ans ans, en train de préparer le barbecue, pour tout le village j'ai envie de dire, en fait il a retrouvé son père dans le garage. Impossible à voir ça. Y'a une mise en scène, les gens, enfin j't'ai dis tout à l'heure, les gens qui veulent vraiment le faire... Très très difficile à voir. Ils baisent tout le monde, même leur femme, même leurs enfants. Tout le monde. Tout le monde. C'est, c'est... C'est des épisodes lourds hein, parce qu'après, faut gérer, hein? Ceux que tu... Les suicides d'appel, à la limite c'est pas grave ça. Le suicide d'appel, euh...

T'es toujours dans la relation?

C'est une façon de dire, euh, "Voilà, je sais pas comment vous le..." C'est même pas des gens qui ont dit "J'veus ai tellement fait de signes que vous avez pas vu, je vous fait un signe fort." Non. C'est vraiment des gens... Y'a plein de gens ils savent pas parler, ils vont avaler 3 cachets de Spasfon®, t'es mort de rire. Tu vois, faut presque le prendre très au sérieux, sans avoir envie de rire. Moi je l'ai fait ça, euh, sortie SAMU, la jeune fille elle avait pris 2 boîtes de Spasfon®. Elle était en prépa à Valenciennes, dans sa chambre d'étudiante, toute seule, on nous appelle avec le SAMU, on arrive avec le SAMU: 2 boîtes de Spasfon®. Faut dédramatiser tout de suite, mais faut pas trop dédramatiser, pour pas que la fille elle se dise "Ok, d'accord, la prochaine fois, j'ai compris, je vais prendre du lourd", tu vois? Donc euh, si c'est... Les suicides d'appel tu le vois. Mais faut pas les négliger, c'est une façon de... Après y'a ceux qui prennent des moyens beaucoup plus lourds, mais ça reste aussi euh... Là, ceux-là paradoxalement, quand t'avales, quand t'avales la boîte de somnifères, c'est déjà quelqu'un qui a lancé, qui a lancé des petits... Les petits trucs, c'est les premiers appels. Les trucs un peu plus importants, ils ont essayé de parler, c'est pas qu'ils n'ont pas été entendus, ils savent pas non plus parler, ils savent pas non plus s'exprimer... Hier j'ai vu un garçon qui est un peu chef

de famille, c'est une famille un peu musulmane, donc euh, son père a répudié sa mère quand ils étaient hauts comme ça, donc la mère elle s'est retrouvée avec 6 enfants de, j'ai envie de dire de 1 an à 8 ans toute seule et, donc c'est lui maintenant il a 30 ans, moi je les connais donc depuis 30 ans, il a, il a pris en charge tout ça, tu t'attends vraiment pas à ce que ce garçon là craque. Et pourtant il craque. Et il avait bien préparé son coup, il voulait pas craquer, et cetera... Mais comme il me connaît depuis tellement longtemps, et que voilà... Et heureusement il a craqué. Sinon il aurait simplement dit "J'suis fatigué, ça va pas, euh..." On aurait fait un petit bilan, des vitamines, tout ça... Donc c'est... C'est compliqué, parce que tout ce que tu apprends dans tes cours, c'est absolument pas retrouvé dans la réalité. Parce que les gens ne sont pas francs, parce que ça reste une maladie taboue. Et puis surtout les gens ont, mais vraiment honte. Moi, je me, je me plais à leur rappeler que euh, je les admire, parce que euh, cette faiblesse qu'ils osent montrer, moi je le vois comme une grande force, et je leur dis je le vois d'autant plus comme une grande force que si j'étais à leur place, je sais pas, si j'aurais cette force-là. J'suis un caractère un peu orgueilleux, un peu fort, et je sais pas, si j'avais des vrais problèmes dans la vie, si j'avais vraiment besoin de les partager, je sais pas si je ferais partie de ces gens capables d'aller voir quelqu'un pour dire "Aidez-moi". Parce que moi je trouve que c'est une très grande force. Et je pense que de leur dire, ça les aide beaucoup. Parce que j'ai l'image de euh... Ben du toubib quoi. Et donc quand un toubib dit à quelqu'un qui se déprécie fort, qui lui dit "Vous savez moi je vous admire beaucoup", "Mais c'est moi qui braie, et c'est vous le docteur qui m'admirez?" Et ben c'est un bon, c'est un bon moyen de les, de les encourager à poursuivre dans ce qu'ils expriment, et de leur redonner un peu de valeur, parce qu'en fait c'est des gens qui sont tellement dévalorisés qu'il faut leur donner de la valeur. Et en plus je le crois profondément, c'est pas non plus une phrase toute faite... Je crois profondément que le jour où je serai vraiment en danger, je serai peut-être le dernier à aller chercher de l'aide, et j'aurai tort. Et je crois profondément que les gens qui viennent dire "Je suis en danger", je crois profondément qu'ils ont une force que j'ai pas en moi, et je leur envie cette force. Vraiment. Là je vais dans tous les sens hein, je suis désolé...

Ouais non mais c'est très bien...

Tu feras le tri après

Ouais ouais

(rires)

Euh, une fois que tu as du coup évalué le risque suicidaire, au niveau thérapeutique, qu'est-ce que tu mets en place?

Alors, ça dépend de la pathologie, encore une fois. Si on a une angoisse pathologique, ça va être probablement un psychiatre, parce que ça prend beaucoup de temps. Quand ces gens-là sont hospitalisés, ils sont hospitalisés pour des périodes très longues. Euh, et c'est pas évident de les faire amener au psy... En fait c'est jamais évident d'envoyer quelqu'un au psychiatre. Parce que la première chose que les gens te disent... Je vais commencer par la fin. J'vais commencer par le psychiatre, avant de dire ce que je fais moi, au niveau du médecin généraliste. Pourquoi le psychiatre c'est compliqué? Parce que les gens me disent "Je suis pas fou". Et alors tu leur dis "Mais attendez, si le psychiatre soignait que les gens fous, euh, il vivrait pas de beaucoup, il aurait pas beaucoup de choses à faire, hein, vous savez? L'essentiel de la psychiatrie, c'est les névroses et la dépression, hein? Donc euh..." Donc il faut déjà dédramatiser le statut du psychiatre, il faut rappeler au gens que c'est une maladie, faut lutter contre tout le judéo-chrétien, le caractère honteux et compagnie, gnagnagna... Après on revient à moi, en fonction des pathologies, moi j'essaie de garder les gens, parce que, ma clientèle est une clientèle de gens simples. Ce sont des retraités du monde ouvrier, ce sont des fonctionnaires, ce sont des femmes de ménage, moi je suis dans un quartier un peu, euh, populaire, comme on dit. Euh, ce sont des gens qui sont très attachés à la notion du médecin de famille, et donc euh, "C'est pas vous qui allez me soigner Docteur?" "Si si si si, bien sûr que c'est moi", c'est à, euh, on... Il faut leur... Il faut justifier de les envoyer chez quelqu'un. Donc il faut leur dire "Ouais mais moi, attendez, là, à un moment donné, euh, même si je suis le meilleur du monde, euh, je peux pas tout faire". Donc euh... Et au départ, j'essaie de les

garder. Hormis les cas où je perçois une urgence, j'initie un traitement. Dans l'angoisse pathologique, si ça peut être, ça peut aller au début, ben ça va être beaucoup d'entretiens, anxiolytiques, la dépression, anxiolytiques et antidépresseurs, puis antidépresseurs seuls, les psychoses, ça, de toute façon, c'est un passage par le spécialiste, même au départ, quand j'ai un doute sur des personnalités limites, c'est aussi le psychiatre. J'ai besoin d'une expertise psychiatrique. Toujours en disant, dans le discours, attention, il est pas question de me débarrasser de la patate chaude, c'est pas parce que c'est la psychiatrie que le médecin généraliste ça le gonfle. Simplement, j'ai besoin... Y'a des choses que je comprends pas, euh, voilà. Et puis je pense qu'aussi faut faire attention au fait que moi, y'a des gens que je connais maintenant depuis plus d'un quart de siècle, donc, je fais un peu partie de la famille, notion de médecin traitant, médecin de famille. Et donc on dit pas tout à des gens qu'on considère de sa famille et qu'on considère comme des amis. Là aussi les gens ils font ce qu'ils veulent. Moi je soigne des amis qui m'ont choisis parce qu'ils me disent "Je préfère te parler à toi qu'à quelqu'un que je connais pas". Mais y'a aussi beaucoup de gens que ça bloque, de parler à quelqu'un qu'ils connaissent depuis très longtemps, qu'ils considèrent un peu comme un ami, un peu comme quelqu'un de la famille, et à ce moment-là, ça leur fait vraiment du bien d'aller parler... Voilà. Et après aussi, pendant que je parle de ça, le problème du psychiatre, c'est que parler de ton intimité, c'est quelque chose de particulier. Si je te demande de te mettre toute nue, c'est pas un problème. Évidemment que c'est un problème. Parce que c'est ton intimité. Mais c'est pas la vraie intimité. Par contre, si je demande à quelqu'un de se mettre à nu, qui va me parler de ses problèmes d'enfance, qu'il a été violé par son voisin, de... son homosexualité, du fait qu'il trompe sa femme... Alors qu'il est perçu comme étant quelqu'un de génial, euh, qui... Un enfant qui est battu par son père, qu'a surtout pas envie que ça se sache, parce que c'est son père quand même, c'est ça l'intimité. Et quand t'envoie quelqu'un parler de son intimité, il faut que le couple fonctionne. Donc c'est la seule spécialité, la seule, où je ne choisis pas le spécialiste pour le malade. Je donne des noms, et je dis toujours "Je donne des noms parce que c'est des gens avec qui je travaille, mais ils ont tous des façons différentes de travailler, y'a des hommes, des femmes, y'a des mecs qui vont vous faire du rentre dedans, qui vont être très provocateurs, et y'a des gens qui vont être plus à l'écoute, qui vous diront rien, et vous allez choisir dans ces gens, celui avec qui vous avez envie de vous mettre à nu." C'est différent de se mettre toute nue, ça n'a rien à voir. Autrement dit je les mets à l'aise. "Si vous sortez avec un carton, parce que y'a des gens ça... Si vous sortez avec un carton où il y a marqué les dates et les heures de vos 20 prochaines consultations, c'est pas grave, hein? Vous dites oui, au revoir docteur, vous sortez de là vous annulez, on en choisit un autre si la première consultation a été une catastrophe. Parce que je veux vraiment que vous ayez confiance en votre thérapeute. Vraiment". Donc ça c'est le... Le plus important chez le psychiatre c'est ça. De dire aux gens que vous ne choisissez pas pour eux. Que c'est à eux de déterminer à qui ils ont envie de parler, et de leur rappeler qu'il vont avoir besoin de parler de quelque chose de très précieux, c'est de leur intimité. Et je leur dis même "Attention, vous avez le droit d'avoir un jardin secret, même avec un psychiatre. Il y a des choses, si personne en a... Maintenant, attention, aussi, y'a peut-être des choses dans votre jardin secret que vous avez besoin d'exprimer pour guérir aussi"

Mais ça faut déjà avoir un carnet d'adresses pour pouvoir...

Bien sûr. Faut avoir un carnet d'adresses, bien sûr. J'ai euh, ouais, j'ai euh... J'travaille beaucoup avec euh, Boulevard de la Liberté, avec Lesur, c'est un ami, et avec tous ses collègues. Je travaille beaucoup avec le CMP, parce que c'est un milieu populaire, et que le problème des pys c'est que, euh, 4 mois d'attente et que la consultation est à 60-70€, donc là c'est un vrai problème. Parce que tout le monde peut pas mettre à chaque fois 30 ou 35€ de sa poche. Toutes les semaines, bon voilà, c'est pas possible. Euh, mouais. Mais j'ai envie de dire le suicide donc euh, ceux que tu vois venir, t'essayes de les prendre en charge. Ceux que t'as pas vu venir, heureusement y'en a beaucoup qui se ratent, la problématique elle est là. C'est plus une problématique d'après qu'avant, dans ceux que je vois pas venir, par contre dans ceux que je vois venir, j'ai la problématique d'avant, d'évaluer si je travaille en équipe, ou pas. En fait

c'est ça. Mais quand je peux, quand je vois que j'ai une personnalité suicidaire mais que j'ai un petit... À mon sens un peu de temps, je gère hein? Surtout qu'encore une fois, sur ma patientèle populaire, ils vont me préférer moi plutôt que de les voir aller, leur dire "Vous allez prendre le métro pour aller à Fontan ou pour aller au CMP". CMP non, parce que c'est pas loin. Heureusement j'ai de la chance, c'est que le CMP est à La Madeleine. Mon CMP. Parce que y'a beaucoup de gens ici, à La Madeleine, quand tu les envoies chez le spécialiste à Lille, c'est comme toi quand tu prends l'avion pour aller en Thaïlande, hein? Mais on a encore ça. Y'a encore ça, hein? Euh... Ça c'est des vraies problématiques de médecine générale, les spécialistes ont pas conscience de ça.

Là on est dans l'agglomération lilloise, mais quand on a un CMP à une demi heure...

Ici t'es à 20 minutes à pied du centre ville de Lille. Et malgré le fait que tu sois à 20 minutes à pied du centre ville de Lille, il y a encore des gens, de moins en moins, parce que vieillissement, y'a encore des gens pour qui aller au centre ville de Lille, c'est partir en voyage. Si t'as pas compris ça, t'as pas compris un des problèmes fondamentaux de la médecine générale. On dit souvent au médecin généraliste "Mais pourquoi vous l'avez gardé si longtemps? Le médecin il vous a pas envoyé avant, et cetera..." Mais c'est une des causes du retard euh, pas au diagnostic mais du retard au... L'avis spécialisé. Parce que les personnes sont paniquées à l'idée de quitter leur endroit. Tu sais en plus ici on a tout, hein, on a un marché, 2 fois par semaine, on a toutes les petites... C'est 26 000 habitants, on a une belle concentration, et un quartier comme ici, c'est un village. Tout le monde se connaît. Ben oui mais ça, faut en tenir compte. Donc la prise en charge, c'est ça. C'est, dans les trucs très spécialisés, les schizophrènes c'est direct, euh, le spé, après euh, la problématique du spé je te l'ai expliquée, faut dédramatiser l'image du spé, euh expliquer que le spé, c'est pas une façon de se débarrasser du patient, c'est une façon de... de pas passer à côté de quelque chose, d'expertiser un peu plus la pathologie et donc la prise en charge, parce que je peux me tromper, et après euh, dans ceux que je garde, je regarde ou j'essaye d'évaluer la latence. C'est-à-dire que si j'ai vraiment le temps, je mets en place des choses, beaucoup d'entretiens, par contre si j'ai un peu moins le temps, j'essaye un truc, mais très vite, quand t'es dans l'urgence, comme tu disais tout à l'heure, 2 jours, 2 jours c'est le CAC.

Euh, à l'issue de la consultation, après avoir évalué, quelles sont les difficultés que tu peux rencontrer dans la gestion de l'entourage du patient?

Bah... C'est aussi l'entourage qui fait mal. Comme c'est l'entourage qui peut faire du bien. C'est la loterie l'entourage. D'abord l'entourage faut qu'il y en ait un. Ça c'est la première loterie. Quand il y en a pas, bah tu sais que t'es plus dans l'urgence que quand il y en a un. Et quand il y en a un, t'es parfois plus dans l'urgence que quand il y en a pas. Parce que quand tout autour... Ici c'est le milieu populaire. Ils ont pas de problèmes les gens, hein? Nous on se fait des problèmes tout le temps, on réfléchit tout le temps, mais on a entre guillemets "Des méga problèmes de riches". Mais eux... Qu'est-ce que le malade dans le milieu populaire va entendre de son entourage? "Faut prendre sur toi hein, eh? Y'a pire que toi. Ah ch'est bon t'as là eh, ch'est bon, tu t'remets, remonte sur tin chval et vas-y, c'est bon, c'est bon". C'est ça le problème avec l'entourage. Donc le malade en fait, il est seul avec sa maladie. Et ça, et ça entretient, et ça amplifie sa maladie. Puisque ça amplifie sa solitude. Donc l'entourage, s'il est bien, c'est génial. Moi je préfère que quelqu'un soit pas tout seul. Évidemment, parce qu'on fait partie du groupe. Et puis le groupe, à ce moment là, faut... Après, après faut avoir accès à l'entourage. Faut avoir accès à l'entourage. Faut pouvoir leur dire à l'entourage "Faites attention, passez un petit peu de temps avec lui" mais faut pas non plus être trop sur lui, faut... Non seulement faut avoir accès à l'entourage, mais faut pouvoir un peu l'éduquer. Faut aussi dédramatiser. Pour éviter les phrases qui font mal, "Attendez, euh, c'est une vraie maladie". Reprendre avec l'entourage ce que t'as repris avec le malade. L'entourage c'est... c'est mieux, mais y'a un côté loterie.

C'est bien s'il est pas pathogène quoi...

C'est... c'est... c'est... C'est bien s'il est pas pathogène, oui. Parce qu'il y a des entourages qui sont très pathologiques. Et d'ailleurs les gens sont pas conscients du mal qu'ils font. Sont pas

conscients du mal qu'ils font. Je pense qu'ils font ça pour deux raisons, d'abord parce qu'ils sont pas conscient de l'intensité de la pathologie, et surtout parce qu'ils veulent pas la voir. Parce que c'est ce que je dis toujours quand je soigne des amis, le problème du médecin qui soigne des amis, c'est que ce sont ses amis donc, la dernière chose que t'as envie de voir chez tes amis, c'est qu'ils soient malades. J'ai pas envie que tu sois malade. Donc si j'ai pas envie qu'ils soient malades, j'fais pas attention à toi, en tout cas j'fais pas attention... J'te dis "Non, ça va aller, c'est bon, tu vas bien! Tu vas bien? Tu vas bien! Allez, j'te laisse." Bon. Parce que j'ai pas envie de voir que tu sois malade. Si tu dis au gars "Qu'est-ce qui se passe? Ça va pas?" Tu t'exposes au "Ben non ça va pas". Et après tu te dis "Merde, je peux plus partir..." Grand classique. Je peux plus partir, donc je suis obligé de l'écouter. Je suis obligé de partager, j'suis obligé d'aider. Donc les gens, la maladie ça leur fait peur, ils ont pas le temps, ils ont pas forcément, ils savent pas forcément prendre en charge, ça aussi ça leur fait peur, "Va voir le docteur", et puis, ils aiment les gens, donc ils ont pas envie que les gens soient malades. Ça c'est terrible quand tu soignes les gens que t'aimes bien, c'est euh... Moi au contraire, je suis deux fois plus attentif. J'fais deux fois plus d'exams. Parce que j'ai toujours peur de passer à côté d'un truc. Ma plus belle histoire c'est mon beau-père, hein? Il s'est fait soigner par un copain, il est mort à cause de ça. Il lui a dit pendant des années "J'suis fatigué, j'suis fatigué, j'suis fatigué", "T'as qu'à dormir, t'as qu'à dormir, t'as qu'à dormir", puis il continuait de travailler, de travailler, de travailler,... Et puis un jour ils lui ont fait une prise de sang, et... Il avait une créat' à 66. Il est passé direct en dialyse rénale. C'est des grand classiques. C'est pour ça que moi je prétends qu'il faut pas se faire soigner par ses amis. Pourquoi je soigne beaucoup de mes amis? Bah j'en sais rien, faut leur demander. Donc la prise en charge, euh, l'entourage familial c'est ça. On a un côté loterie, euh, un côté loterie euh... Moi j'aime bien de temps en temps avoir quelqu'un avec le patient de temps en temps. Justement, qui fasse le relai, avec l'entourage, euh. Que... Que je puisse faire comprendre à la personne que, que... La façon dont est vu le malade, c'est peut-être beaucoup plus important que ce qu'on ne croit, que c'est pas une simple déprime, et cetera.

T'as déjà eu des problèmes avec la gestion du secret médical sur ces cas?

Oui. T'auras toujours des problèmes. Toujours. "Mais Docteur c'est mon fils". "Ouais mais votre fils il a 18 ans maintenant. Et il veut pas que je vous en parle. Venez avec lui" "Il veut pas venir" "Vous comprenez mon problème..." Imagine derrière si le fils il passe à l'acte. Ben t'es dans la merde. Parce que ce qui fait que les gens portent plainte, contrairement à ce qu'on pense, et à mon sens, c'est pas l'erreur médicale. Les gens ne portent pas plainte parce qu'ils sont sûrs que le médecin a fait une erreur médicale. Les gens portent plainte pour une raison essentiellement. Pour comprendre. Pour comprendre. Et moi si j'ai pas eu de problème à ce jour, je touche du bois, alors que j'ai eu des cas, euh, comme tous les médecins, un peu chauds, c'est parce que j'ai jamais refusé, jamais refusé de recevoir les familles, pour leur expliquer ce qui s'était passé. Si tu expliques aux gens, tu dis "ouais, ça a pas marché", "votre enfant, ou votre mère, avait ça, ça, ça et ça, alors telle année on a fait ça, vous avez bien vu qu'on a..." et tu expliques. Et ben à la fin c'est "Ben merci Docteur." Les gens ils ont compris. Les gens qui portent plainte, pour moi, à 99%, ce sont des gens qui n'ont pas compris. Et qui veulent savoir. Et dans le problème qui nous oppose au secret médical, c'est que les problématiques viennent quand le malade interdit la levée du secret médical. Il a pas à te l'interdire. S'il ne t'y autorise pas, tu peux pas le faire. C'est pour ça que très souvent, tu leur dis "Ben, venez avec votre épouse, venez avec votre maman, on discutera ensemble" et cetera, et cetera. Donc le secret médical, quand il peut être levé, il l'est, et seulement par le patient, et je préfère. Parce que je vais chercher l'entourage. Mais y'a beaucoup de gens, euh, judéo chrétiens, "J'veux pas emmerder les gens avec mes problèmes, euh" gnagnagnagnagna... "Vous vous rendez compte, chaque fois que je les vois c'est pour braire"...

Mais, euh, pourtant il me semble hein, dans l'énoncé du secret médical, c'est ... Qu'il s'oppose pas en cas de maladie grave ou incurable à donner à l'entourage les informations nécessaires à ce que ceux ci apportent le soutien...

Ton malade il va bien. Ton malade il va bien.

Jusqu'à ce que... Il passe à l'acte

Jusqu'à ce qu'il passe à l'acte. Ça fait partie des impasses euh... Des impasses euh, que tu rencontres quand tu fais ce métier. C'est euh... Tant qu'il a pas exprimé... D'idées suicidaires... "Ah, euh, cette nuit je me suis levé"... J'ai une patiente qui un jour elle vient me voir, elle s'assoit en face de moi elle me dit: "Euh, bah je viens parce que tout à l'heure, j'étais dans ma voiture... Euh... Ben... Je roulais vite... J'ai vu que la route allait tourner et qu'il y avait un arbre devant moi... Puis au dernier moment j'ai tourné et je suis venue vous voir". On peut pas plus clairement exprimer les choses... C'est-à-dire que, "Soit vous me recevez, soit je reprends ma voiture". Et elle t'explique qu'en fait elle est violée par son conjoint. Et que son conjoint est adoré par la terre entière. Sa mère. Ses sœurs. Ses amis. Toutes les femmes de sa vie lui disent "Aaaah, y en a pas un deuxième comme... Il a pas un frangin?". Et que donc elle dit "C'est pas la peine que j'essaye d'en parler à mon entourage, mon entourage ne me croira jamais. Et moi, je subis ça, plusieurs fois par semaine. Comment je fais?... Comment je fais". Elle va bien, y'a jamais personne qui en a entendu parler... Ça se déclenche comme ça. Une bête route. Elle accélère... Elle accélère... Ce serait si simple... Et au dernier moment, vooouuum, elle décélère, elle tourne la route, elle dit "Je vais voir le docteur". Donc là, en l'occurrence, ça s'est bien passé, puisque je connaissais très bien sa maman, et que j'ai eu l'autorisation de lever le secret médical. Mais si elle m'avait refusé? Je fais comment? J'ai pas la réponse à ta question. Je pense que j'aurais trahi le secret médical. Je pense. Je serai allé voir sa maman et je lui aurais dit "Voilà, j'ai un problème". Quitte à la perdre, hein? Mais euh... Mais c'est condamnable. Non, c'est condamnable, elle se retrouve devant le juge: "Non mais attendez, j'ai jamais dit ça au docteur. Il m'a estimée suicidaire, il est allé voir ma maman, mais euh... Non. J'ai un problème de dépression, mais je voulais pas qu'il en parle." C'est pas palpable. Quand t'as une tumeur du sein, et qu'on t'a enlevé le sein, y a une cicatrice. Et heureusement que dans l'absolu j'ai... Tiens j'ai un autre cas, qu'est pas suicidaire, c'est une dame, elle a 78 balais, elle a une maman qui a 102 ans, et un jour je l'examine pour son petit problème dadada, et puis et puis je regarde, je vois sous, sous son soutien-gorge "Ben c'est quoi ça?". Et je vois une énorme croûte. Qui dépasse un petit peu. Elle dit "Ah non, je voulais pas que vous le voyiez". Et ben je dis "Ben oui, mais maintenant je l'ai vu". Elle a un fils chirurgien. Elle a un fils chirurgien. Elle a dit "J'vous prévient Docteur, regardez-moi bien dans les yeux: je ne me soignerai pas, j'ai eu une belle vie, j'ai pas mal, je vous interdis d'en parler à qui que ce soit." Ça fait 5 ans que ça dure. Elle a un fils chirurgien. Elle a fait un papier, qu'elle a signé, qu'elle a mis au coffre, en disant: "J'ai prévenu le docteur, euh... Le docteur a découvert quelque chose j'ai voulu cacher, euh, je lui ai interdit d'en parler même à mon beau-fils" Non, elle a un beau-fils chirurgien, "même à mon beau-fils chirurgien," gnagnagnagna, "je lui ai interdit de trahir le secret médical", et cetera, "je suis parfaitement consciente, il m'a mis parfaitement, il m'a parfaitement expliqué ce que j'avais, " et cetera, elle a un comprimé de Fumara® depuis 5 ans. Et grâce à ça toutes les croûtes sont tombées, elle a un machin euh un espèce de truc, sauf que là je suis vachement embêté parce que la semaine dernière elle vient elle me dit "je boîte". Brutalement elle boîte au niveau de sa hanche. Si elle fait une métastase osseuse? Y'a des gens qui sortent tous les jours des urgences contre avis médical, et puis on leur dit "Attention, vous allez mourir si vous sortez". Ils sortent quand même. On les retient pas, hein?

Et pourtant on sait que le papier de sortie contre avis médical, il a aucune valeur au niveau juridique.

Il a aucune valeur au niveau juridique, on est bien d'accord. Mais parce que euh, tu peux pas empêcher les gens de sortir. S'il est pas bourré, s'il est pas sous l'emprise de cannabis ou d'autres machins, ou de euh, ou de psychotropes quelconques, et cetera, et qu'il dit "Oui, j'sais; vous allez mourir aussi", et ben, tu peux pas... Tu vas te battre? Ou l'attacher? S'il a, s'il est pas, s'il est pas dangereux, s'il est pas dangereux pour lui, s'il a pas de gestes d'auto, d'automutilation, et s'il est pas agressif vis-à-vis des autres? Y'a pas une urgence au monde, pas une urgence au monde où on va le retenir de force, hein?

Alors j'en reviens à ma question suivante, ça s'enchaîne bien: du coup sur les soins sous contrainte?

Les soins sous contrainte c'est euh, ben si, si y'a passage à l'acte y'a, y'a, y'a, y'a, l'autolyse, c'est... Tu peux intervenir.

Mais après?

Après?

Après le passage à l'acte?

Eh ben si y'a déjà, si y'a déjà eu une autolyse, tu peux t'en servir, en cas de récurrence, ah oui "Attendez, j'ai une patiente, elle a fait une autolyse, c'était y'a 3 semaines", même si c'était il y a 6 mois, "Elle est toujours dépressive, là elle est vraiment malade, elle veut pas..." T'appelles le SAMU hein? Le SAMU, ils interviennent... C'est eux qui interviennent sur les psychotiques agités, les dépressifs passage à l'a... C'est pour ça... Mon copain, dont je t'ai parlé qui est euh... Sa femme, elle est PH à l'EPSM d'Armentières. Donc c'est elle aussi qui m'a dit... Les sauegardes de justice. Un médecin généraliste peut faire une sauegarde de justice, hein? 5 exemplaires, t'envoies au procureur de la République, et ça permet de récupérer toutes les conneries par exemple euh, qu'ont fait euh, un... Un bipolaire en phase maniaque, si le mec il a dépensé 100 000€ pendant le mois qui précède, tu fais une sauegarde de justice, ça te permet de remonter les 7 jours avant. Tu peux, tu peux désamorcer des situations critiques. Mais là c'est pareil... Tu peux avoir recours à... Tu t'emmerdes pas, t'appelles le 15. Tu dis "Voilà, je suis en face de quelqu'un qui veut sauter par la fenêtre", ils envoient une équipe. Et après, hop, ils le passent... Ils l'envoient direct à Fontan. Là j'en ai une, ça faisait plusieurs années qu'on sentait bien que hein, elle fait... Elle fait un état paranoïaque mais monstrueux, euh... Elle en était à courir dehors derrière son ex, alors qu'il était pas là, hein? Avec un couteau. Quand on m'a raconté ça, j'ai dit "Bon, euh, là, euh, elle se fait du mal?" "Non." "Elle a fait du mal à quelqu'un?" "Non". Je dis "Bon ben dès que vous la voyez avec un couteau dans la main, dès que vous la voyez, vous appelez le 15 tout de suite" Et c'est ce qu'ils ont fini par faire, et quand le 15, et quand Fontan m'a appelé, j'ai fait "Enfin!" elle me dit "Ah bon, à ce point là?" "Ecoutez, ça fait euh, ça fait euh..." Là elle est pas sortie hein? Là elle veut porter plainte contre l'hôpital. Donc euh c'est... C'est compliqué. C'est compliqué. C'est-à-dire que quand il y a déjà eu quelque chose, c'est plus simple. Quand y'a jamais eu quelque chose, faut vraiment être sûr de toi Mais bon moi je le ferai, hein, si quelqu'un euh, me disait, si quelqu'un habite au 7^e étage euh, avec toutes les fenêtres ouvertes en disant "Je, je veux faire le saut de l'ange", tu dis non, non, non, non, tu fais le 15 tout de suite. Mais ça c'est pas courant hein? Le plus courant en médecine générale, le plus courant, c'est que t'as pas le temps, euh, que le malade euh, tu sais pas si c'est vraiment urgent, si c'est pas vraiment urgent, c'est très difficile d'évaluer, et la dernière chose "Qu'est-ce que je fais".

Du coup sur l'orientation, euh, du patient. À l'issue de la consultation, qu'est-ce que tu...

Ben, soit je gère. Soit je partage, donc je gère, et j'envoie chez le psy. Soit j'hospitalise. Mais j'ai envie de dire, ça fait 80-85%, 10 à 15% et 1%. Heureusement, que les hospitalisations, euh... Les dépressifs aujourd'hui, euh... C'est du délire. Surtout que nous on traite, euh, les traitements antidépresseurs, y'a marqué "Dépression modérée à sévère". Mais y'a toutes celles d'avant. C'est... Quand, en fait, plus je réfléchis, plus quand j'entends qu'on me dit "En fait c'est la pathologie la plus fréquente dans le monde en 2020-2025", je me dis "C'est possible, c'est vrai".

Qu'est-ce qui t'empêcherait de prendre en charge un patient en ambulatoire? Enfin, quels obstacles, euh... Au niveau organisationnel, ou autre?

Ce que les médecins généralistes vont te dire... Ce que les médecins généralistes vont te dire, c'est toujours la même chose. "Moi je fais pas de psy, ça prend trop de temps". "Moi je fais pas de psy, ça me gonfle". Ben moi, j'adore la psy, et... Ça m'a... J'ai jamais trouvé que ça me prenait du temps. Ça me prend du temps, mais franchement, quand je peux, ça me dérange pas. Parler pendant... Parler pendant 1h avec quelqu'un, ça m'a jamais dérangé. Vraiment. J'aurais pas aimé être psy, parce que j'aurais pas aimé faire que ça. Moi j'ai aussi besoin de faire une suture, ou de... de peser un enfant, tu vois... Même si un bébé, un bébé c'est de la

médecine vétérinaire, hein? Sans déconner, un bébé d'1 an, non mais... Faut arrêter! Faut arrêter! Un bébé d'1 an, "Oh il fait des sourires 'poupouilles poupouilles'". Moi, moi j'suis un homme, 'Poupouilles poupouilles' ça nous gonfle, faut arrêter. Mais j'aime bien. De temps en temps. J'aurais pas pu faire ça toute ma vie. J'aurais pas pu... Examiner des yeux toute ma vie. Non. Mais faire un petit peu de tout. Et donc passer une heure avec quelqu'un... Tu sais moi une fois j'étais aux urgences, j'étais le chef de garde, j'ai pris un... Un téléphone, et j'ai discuté 40 minutes avec une personne au téléphone. Les mecs autour de moi ils se disaient "Mais qu'est-ce qu'il fait?". Et à la fin il me dit, la dame elle me dit "Mais vous vous rendez compte que... j'appelle un médecin des urgences, et que ça fait 40 minutes que vous me parlez?" Ben je dis "Madame, si vous avez besoin de parler? Vous avez plus besoin de venir à l'hôpital?" Elle dit "Non". Bah... J'suis sûr que si elle était venue à l'hôpital, ça m'aurait pris plus de temps. Évidemment qu'un médecin des urgences, il a pas le temps de faire ça. Mais là il se trouve qu'il était 23h, euh, c'était un peu calme, voilà. Si... Si j'avais été en plein rush, j'aurais dit "Écoutez madame, venez, j peux malheureusement pas vous..." Et elle aurait compris, puisqu'elle avait un médecin des urgences au téléphone. Mais paradoxalement, quand t'as le temps de le faire, elle est pas venue, elle allait mieux, elle a eu des conseils, le lendemain elle a... J'espère qu'elle a consulté. Puis voilà. Donc c'est pas... Y'a pas une situation donnée... Y'a pas une réponse donnée à une situation donnée. C'est pas possible, enfin c'est pas... C'est pas de la médecine. C'est pas de la médecine

Y'a un contexte...

C'est toujours un contexte, et c'est vraiment ce que comprendront jamais les spécialistes, et ce qu'appréhendent très très bien les médecins généralistes, c'est qu'eux ils soignent une maladie. Moi je soigne un malade. Eux ils soignent un diabétique. Moi je soigne un malade. Eux ils soignent un infarctus du myocarde, moi je soigne un malade. Et que nous, on peut comprendre que quelqu'un dise "J'vais pas à l'hôpital", alors qu'on sait qu'il va mourir. Le spécialiste il comprend pas. Il dit "Il est con. Il est con. On va lui soigner sa pyélonéphrite. Il f'ra pas sa septicémie, il f'ra pas son choc septique, et il va pas mourir". Moi je peux le comprendre, parce que je l'ai vécu. J'ai vu un type... Faire un malaise avec perte de connaissance un dimanche, être hospitalisé. En fait il a fait un trouble du rythme sur une pyélonéphrite avec passage en septicémie. Il s'est réveillé avec des tubes partout, il a tout arraché. "Je sors". Ils lui ont dit "Vous allez mourir", "Et alors?" il est rentré chez lui, avec la lettre de sortie, j'ai mis sous double antibiothérapie, plus diurèse, et je l'ai vu se dégrader. Jusqu'au jour - j'venais tous les 2 jours, hein? - Jusqu'au jour où j'ai appelé le SAMU en disant "Là, c'est des conneries", "Je vous interdit! Je vous interdit d'appeler le SAMU". J'ai appelé, le SAMU. Tu vois, danger. J'ai dit "voilà", j'ai expliqué le truc. Le mec au SAMU, je l'entends encore me dire "Non mais t'inquiète pas, quand ils voient arriver le SAMU, ils montent tous dans l'ambulance". Ok. Ils sont arrivés, je suis resté là, il était en train de faire un choc septique, ils l'ont techniqué, il a dit "Je n'veux... Je refuse de partir" "Moi au bout de 40 min j'ai dit au patient "Ben écoutez, je repasse tout à l'heure pour voir comment vous allez", j'suis repassé le soir, noir. "Diding". "Alors?" "Il est là" "Il a refusé de partir? Ils l'ont pas pris?" "Non, il est mort. Il est mort." Eh ouais. C'est des situations, tu racontes ça, les mecs ils comprennent pas. Mais moi je l'ai vécu. Il avait pas envie d'aller à l'hôpital. Il préférerait mourir que d'aller à l'hôpital. Et il est mort plutôt que d'aller à l'hôpital. Donc il faut passer du temps avec les malades pour leur expliquer, ça. Faut vraiment passer du temps pour leur expliquer. Que 99% des gens qui vont à l'hôpital, ils sortent guéris de l'hôpital. Euh, c'est pour ça que quand t'examines un gamin, tu lui sautes pas dessus, tu le mets pas sur le ventre pour lui passer un vaccin à travers la couche, que tu perds 5 min à faire des papouilles, moi j'ai un stéthoscope avec une peluche, euh, parce que je sais que ce temps que je passe là, un jour c'est ce qu'il fait qu'il va refuser d'aller à l'hôpital, ou qu'il va aller à l'hôpital trop tard. On fait, pour... En fait, quand on nous a proposé il y a quelques années de devenir médecin spécialiste, il suffisait d'envoyer un fax, tu sais? "Ah, envoyez votre fax", et moi j'ai refusé de le faire, j'ai dit "Non, moi j'ai pas fait d'études spécialisées, j'vois pas pourquoi, parce qu'aujourd'hui y'a un type qui a dit "La médecine générale, c'est une spécialité", pourquoi je deviendrai médecin spécialiste", j'ai pas fait. Tous les copains l'ont fait pour une seule raison:

pour avoir accès au "Cs", la consultation spécialisée. Et ça a fini de m'énerver et je l'ai pas fait pour ça. Mais aujourd'hui... C'est pas que je regrette de pas l'avoir fait. C'est que plus j'avance dans la médecine générale, plus je vois comment travaillent les spécialistes, plus je me dis qu'on est une putain de, de... Une putain de spécialité. Ben ouais. Quand je vois les internes que j'ai là, pendant 2 mois, en stage avec moi, quand je vois comment ils travaillent, quand j'vois comment ils devraient travailler, quand je vois ce qu'ils sont censés être capable de faire et quand je vois ce qu'ils sont capables de faire... J'me dis "c'est impossible"... Et vraiment quand ils viennent ici, moi je leur dis "Écoute, euh, attend..." Au mois d'août, y'en a une j'lui ai fait... J'lui ai fait faire 900 examens cliniques. Elle était contente, hein? À 5h, elle tenait plus sur son tabouret. J'lui ai dit "Allez vas y, vas y...". Mais...Elle était en 6^e année de médecine, elle était reçue à l'internat, elle était 26^e au P1 du 1^{er} coup... Elle est arrivée ici en 6^e année de médecine, elle savait pas prendre une tension. On dit bon, à un moment donné, les livres, ça va, quoi. Moi je pense que... Euh... Je passe énormément de temps avec eux sur les interrogatoires. Enfin, la façon dont on mène un interrogatoire. Que faire parler les gens c'est compliqué, c'est de, d'aller, de... Le nombre de gens qui viennent avec un faux prétexte. Qui est dépressif hein? C'est pas tous les jours... Moi j'me souviens, une jeune fille... Elle était belle comme c'est pas possible d'être belle. Et là tu te dis "Ah, oh, hein, mignonne", hein? Et en fait elle te fait "Ben j'viens parce que j'ai un problème de boisson". C'est pas tous les jours que les gens ils viennent avec, tout de suite, tu vois? "J'viens parce que, en fait, ben j'n'arrive pas à m'endormir tant que j'ai pas bu ma bouteille de rosé le soir. Et après j'dors, et j'arrive pas à me réveiller la nuit quand ma petite fille a besoin de moi" C'est pas tous les jours qu'ils viennent comme ça. En général, quelqu'un comme ça va venir en me disant "J'suis fatigué, j'fais p't'être une petite déprime, euh..." et toi tu vas t'apercevoir que c'est une femme seule, qu'elle élève sa fille toute seule, qu'au boulot c'est compliqué, et tu vas dire "Ben oui, vous avez une charge un p'tit peu, un p'tit peu... Lourde" machin, et cetera "Ben j'vais vous donner un p'tit traitement antidépresseur." Mais elle est trop contente d'entendre ça. "Voilà, donc j'suis dépressive. Donc l'alcool, ben c'est parce que j'suis déprimée que je prends de l'alcool", en fait elle... C'est pas le problème. Parce que tu t'aperçois après, avec l'interrogatoire, tu t'apercevrais qu'elle est seule depuis très longtemps. Et qu'elle s'est jamais... Elle est surentraînée, à élever sa fille toute seule. Mais que là, elle est allée, elle est allée, parce qu'elle avait des petites angoisses, elle est allée vers un anxiolytique qu'était facile d'accès, qu'était sans ordonnance, et elle a, elle est entrée dans une dépendance. Elle vient avec le diagnostic. Mais la réalité de la médecine générale, c'est que c'est pas ça. Et les spécialistes, ils devraient se rendre... Ils devraient se rappeler beaucoup beaucoup plus souvent qu'on leur donne le diagnostic. C'est même tellement vrai que quand t'envoies chez un cardiologue une épilepsie, jamais, jamais il remettra en cause l'épilepsie. Il en est incapable. Ou quand t'envoies chez un neurologue un type qui a fait un infarctus du myocarde, il va jamais se demander si c'est vrai ou si c'est pas vrai. Ils ne remettent jamais en... Puisqu'ils traitent des maladies. Donc ils estiment que si ça a été déterminé, c'est vrai. Mais nous on remet en question tout le temps. Tout le temps, tout le temps, tout le temps. Parce que le discours d'un jour sera pas le discours de demain. Du lendemain. C'est en ça que c'est très difficile la médecine générale.

Parce que t'arrives au début des choses, c'est vachement moins palpable...

Et que comme dit mon psychiatre préféré: "Tout change tout le temps". Autrement dit, un malade déprimé, non suicidaire, il peut être suicidaire 5 ans après, mais pas parce qu'il est déprimé; parce qu'il fait un burn. Et qu'il a, et que cette femme là, en a marre d'être harcelée sur son travail par un espèce de petit con de despote qui a souvent 10 ans de moins qu'elle, mais qui a une fonction supérieure. Là j'ai un copain, en plus c'est un copain, il travaillait chez Bouygues, depuis 12 ans il travaille chez Bouygues, et y'a un nouveau, y'a un jeune qui est arrivé dans l'agence, il lui donne zéro boulot. Placard. Ben euh, là on a été dans l'urgence, parce que euh, chui à l'anniversaire de son beau-frère, j'suis là sur place, et il commence à me dire "T'façon j'en ai marre, moi au point ou j'en suis..." En plus il avait un divorce qui s'est mal passé, il a été condamné à verser 15 000€ à son ex femme, alors qu'il a pas un rond, et cetera, euh, il voit pas ses enfants, ou il les voit pas beaucoup, parce qu'elle a déménagé loin, et là il

dit "Moi j'en ai marre, t'façon, euh, j'pense que ça va s'arrêter très vite" "Qu'est-ce que tu racontes là?" et puis on commence à parler, y'a la copine qui arrive, et puis clairement il nous dit "Non mais c'est bon, j'en ai marre, ça vaut pas le coup, j'arrête" puis il commence à boire whisky sur whisky. Donc j'avais vu sa soeur, j'dis "Lundi, dans mon cabinet. Et tu le quittes pas pendant le week-end". Là on est allé très très vite. Et là ça a l'air de pas trop mal se passer, ça fait 2 fois, il vient, il prend son traitement antidépresseur, on lui a dit "Écoute, te bat pas, négocie un départ à l'amiable", et cetera, "Il vaut mieux quitter cette atmosphère pourrie, t'façon, visiblement ils veulent rajeunir toute l'équipe", voilà, "On va trouver des solutions ". Mais, il a la chance d'avoir un entourage comme ça [*lève le pouce en l'air*], des amis comme ça [*refait le signe du pouce*], et puis voilà, donc là, euh, tout se passe bien, malgré que ce soit une urgence. Mais il aurait... J'l'aurais rencontré dans mon cabinet, euh, sans connaître l'entourage, euh, il m'aurait dit "Chui tout seul", euh, "J'ai pas d'gosses, j'ai pas d'famille", et cetera, machin, euh, j'pense que je l'aurais hospitalisé. D'ailleurs j'étais... J'avais dit à sa soeur, j'dis "Si il vient pas lundi, euh, moi j'envoie une ambulance, hein?". C'est comme ça tout le temps, la médecine générale. Tu passes ton temps... À te demander si tu fais bien. Le spécialiste il se demande pas lui, il, parce qu'en fait, il traite une maladie. Donc il traite une maladie en fonction des recommandations, donc tout ce qu'on lui demande, c'est de déterminer la situation de la maladie, non pas du malade, et en fonction de la situation de la maladie, et en fonction des recommandations, il applique un traitement. C'est pas compliqué. Et en plus il est jamais tout seul. Au dessus de lui, en dessous de lui, dans le service, y'a toujours quelqu'un. Nous on est tout seuls, et on passe notre temps à se demander "En fait, est-ce que j'ai bien fait?". C'est nous qui allons finir déprimés (rires)

De facto, hein?!

Non, jamais! Franchement, hein, je dis toujours ça aux gens, et les gens ils me disent "Ouais, mais toi, gnagnagna", mais c'est... Je suis pas un cas à part, ou j'm'en fous d'être un cas à part, j'en ai rien à foutre... J'suis vraiment animé... C'est pour ça que j'suis très heureux de te recevoir, parce que ça fait aussi partie de mon travail. Moi, recevoir un étudiant, et lui délivrer mon message, et passer du temps avec lui... Ça fait partie de mon métier. Je veux dire... Recevoir un délégué médical, qui veut me présenter un nouveau produit, ça, présenter des nouvelles études... Pour moi je le vois pas comme le grand satan, de toutes façons, les études, si c'est pas les laboratoires qui les paient, c'est personne qui les paient, donc euh, on avancera plus, donc voilà... Il faut... Y'a pas de... Y'a pas de perte de temps quand t'as... Et puis... Tout me passionne. Tout ce qu'il y a, de proche ou de loin avec mon métier me passionne. Et ça fait... 30 ans que ça dure! J'ai commencé en 82 la médecine. Ça fait 30 ans... Plus de 30 ans que ça dure! Et c'est... Oui, oui ça fait peur, ça pique! Et c'est... Donc c'est même pas... Oui, oui, y'a des jours où je suis fatigué, oui y'a des jours où ils me font chier, oui, mais c'est jamais ... C'est jamais longtemps. Alors est-ce que, la... la... la... Est-ce que le poids de la maladie des gens, leur dépression, finira par contaminer... Aujourd'hui j'ai envie de dire "non", maintenant, euh, comme je t'ai dit tout à l'heure euh, le, le, l'avantage de partager la vie des gens, c'est de s'apercevoir que même au bout de 30 ans, y'a des gens qui craquent. Même au bout de 40 ans, y'a des gens qui craquent. Bon. Donc euh, j'ai envie de dire, euh...

Tu sais jamais trop ce qui tient les gens...

Voilà. Probablement que ce qui me tient, c'est que je suis un homme heureux. Ca, y'a aucun doute là dessus, je suis un homme heureux. J'ai pas tout ce que je voudrais dans la vie, mais j'ai compris que... C'était pas nécessaire au statut d'un homme heureux. J'ai... Probablement que sur ma situation personnelle, est peut-être pas idéale, mais je suis en bonne santé, mes enfants vont bien, ils sont en bonne santé, ils vont... Beaucoup mieux en tout cas, ça a l'air de bien s'arranger, euh... Là j'avais... Retrouver complètement ma liberté... Qu'est-ce que je voudrais de plus? Moi je dis toujours que la vie c'est un cadeau, et que quand tu reçois un cadeau, faut pas décider de ce qu'il y a dans le cadeau. Tu sais tout ces gens qui ouvrent le cadeau et qui font "AAaoooooh...."

"C'est pas ce que je voulais"

“C’est pas ce que je voulais”. Bah c’est pas ça la vie. La magie dans la vie c’est de dire “Putain, quelqu’un a pensé à moi, et quelqu’un m’a fait un cadeau”. À partir de là, tu t’en fous de ce qu’il y a dans le cadeau. Dans l’absolu, c’est jamais ce que tu veux. Et quand c’est ce que tu veux, une fois que tu l’as, “pvieeeeeuw”. Ouais ben tu l’as. Tu le ranges, tu t’aperçois qu’en fait t’en avais pas vraiment besoin, tu t’en sers pas (*rires*). Moi je pense que la, la, le vrai cadeau, c’est qu’on t’ait fait un cadeau. Et... Mais tous les jours c’est ça la vie. Donc, j’ai pas tout ce que je veux. Mais tous les jours, la vie elle me fait un cadeau. De temps en temps, ce qu’il y a dedans c’est génial, et puis de temps en temps, ce qu’il y a dedans c’est moins bien, de temps en temps... C’est pas grave.

Je reviens un peu là-dessus du coup (montre la grille d’entretien)... Sur l’orientation du patient, toujours, euh, est-ce que tu as des difficultés dans la mise en action de... euh.. Ben de ton réseau, des structures... Quand tu veux par exemple hospitaliser un patient...

Non parce que... À la limite, paradoxalement, là où j’ai le plus de problèmes, c’est le CMP, parce que le CMP le problème c’est qu’il y a tellement de monde, qu’il y a un premier barrage qui est fait par les infirmières de psy, et il faut passer le 1^{er} barrage pour accéder au psy. Et que le 2^e barrage des psychiatres, c’est pas un barrage constant. C’est-à-dire que tes interlocuteurs, à part Monsieur Lavoisier chef de service, tes interlocuteurs changent. Parce qu’ils sont mutés, parce qu’ils... Voilà, c’est-à-dire qu’ils sont pas fixes, et cetera, et cetera. Donc pour les gens c’est compliqués. Parce qu’ils ont, ils aiment,... J’ai dit tout à l’heure, et j’y crois vraiment, il faut... La formation d’un couple particulier, médecin-malade, euh, où l’intimité a sa place. Et que, ce, ce...

Re-raconter tous les 6 mois, au changement d’internes...

Voilà, au changement d’interne... L’infirmière, tu t’entendais bien avec l’infirmière, tu t’entends moins avec le psychiatre, tu préfères voir l’infirmière, oui mais c’est pas elle, parce qu’elle a fait le premier barrage, et si on considère que, à la réunion de concertation, “Non, là, il faut un psychiatre, moi je peux pas gérer en première ligne”, et une fois qu’il aura passé le... Il pourra pas revenir en arrière, forcément, et cetera... C’est compliqué. Euh... C’est... dans le privé, c’est beaucoup plus facile, parce que t’as un interlocuteur privilégié, faut le trouver, mais ça coûte très cher. Bah, euh, donc c’était quoi le, le, le...

Sur, euh, les difficultés dans les interactions, euh justement avec...

Donc, la première difficulté, c’est ça. C’est... Privé/public. La différence, elle se fait là. Euh... Après, euh, y’a pas vraiment de difficultés. Euh, euh, si. La difficulté, c’est que ça reste une maladie... De merde, euh, mal perçue... Comme la fibromyalgie. Aujourd’hui les gens, ils osent pas dire qu’ils ont une fibromyalgie, comme les gens n’osent pas dire qu’ils ont une dépression. Voilà. Donc ils... Ils sont malades, mais ils le croient pas eux-mêmes, l’entourage le croit pas, personne le croit, enfin bref, c’est... Y’a encore du boulot. C’est surtout ça la difficulté. Et après... Pour les malades, parce que moi, je me mets à leur place, trouver un médecin qui accepte de les prendre en charge, pour cette pathologie là, pfooooo... En fait c’est des malades, ils ont pas de bol, ils ont l’impression de faire chier tout le monde. Tout le temps ils ont l’impression... Donc ils sont malheureux, ils demandent, ils demandent juste à être pris en charge, et en face d’eux, que ce soit eux, que ce soit leur conjoint, leur famille, leurs amis, les structures médicales, et cetera, ils passent leur temps à être en face de gens qui disent “Boaarf ça va, tu fais chier quoi, c’est bon, prend sur toi, la vie est belle, gnagnagnagna” Alors que c’est pas vrai, la vie elle est pas belle. La vie elle vaut la peine d’être vécue, c’est un tout petit peu différent. Dire à un enfant que la vie est belle, c’est le précipiter dans la dépression pour plus tard. Parce qu’il va dire “Papa, maman, vous m’avez menti”.

“J’avais le droit au bonheur, et il est où?”

“J’avais le droit au bonheur, et il est où? Il est où? Il est où? J’suis désolé, j’ai fait tout ce qu’on m’a dit, j’ai fait des belles études, j’ai épousé une petite blonde, j’ai fait deux enfants, euh... Et je, j’ai, y’a un moment où j’ai tout fait et j’dis “Aaaah”... Il se passe rien. Il se passe rien...” Et oui, mais... Oui, mais... “Moi j’aurais voulu être un artiste. On m’a demandé d’être ingénieur.” Tu vois ce que je veux dire? J’ai soigné une jeune fille, qui faisait une dépression, et en fait, elle

euh, elle euh... Elle m'expliquait qu'elle avait fait exactement ça. Tout ce qu'on lui avait demandé. Donc elle avait un cursus euh, machin, un cursus universitaire, et que là en fait elle avait fait une grosse dépression, un gros burn, en fait elle fait un gros burn, puis une dépression, parce qu'une fois qu'elle avait fait tout ce qu'on lui avait demandé, ça marchait pas. Et donc là elle a eu le courage d'affronter ses parents pour leur dire "Écoutez, j'arrête, j'veais faire autre chose". Et là elle revenait vers moi en disant: "Ça va pas du tout, parce qu'en fait j'ai choisi de faire complètement autre chose, mais ça marche pas non plus. Donc là j'commence à être vraiment inquiète". Donc j'lui dis euh... J'lui dis "Mais vous faites quoi?" Et je lui ai expliqué, d'après ce que je comprenais... Elle fait, elle refait un cursus qu'est pas si loin que ça du premier. Donc je lui dis "J'ai envie de vous dire un truc, c'est que dans la première partie de votre histoire, vous avez trouvé le courage de dire à vos parents que là où on vous avait dit de vous asseoir, ça vous plaisait pas du tout, mais que vous avez pas changé de chaise. C'est-à-dire que vous avez choisi un autre cursus, mais qui revient à vous asseoir au même endroit. Vous voudriez faire quoi, vous?" Et pareil, euh, je sais plus ce qu'elle m'a dit, mais c'était genre, euh, "Je veux être un artiste" quoi, tu vois? J'dis "Eeeh.... Vous vous sentiriez bien sur ce tabouret là... Tant que vous resterez sur la même chaise, vous vous retrouverez pas vous". Et elle m'a dit "C'est exactement ça en fait... Je me rends compte que ce que vous me dites, c'est que, euh... Le cursus qui permet de remplacer le premier m'a juste donné la force de dire "Non" à mes parents, mais dans le fond, mes parents m'ont peut-être dit oui, parce qu'ils se sont rendus compte que j'allais m'asseoir sur une chaise identique à la première. C'est exactement ça". "Vous savez, il faut expliquer à vos parents qu'en fait vous avez compris leur inquiétude, ils ont envie que jamais vous n'ayez faim, jamais vous n'ayez froid, mais que vous vous devez leur dire "J'ai pas peur d'avoir faim, j'ai pas peur d'avoir froid, j'ai peur d'être malheureuse". Donc vous devez leur dire "J'veais choisir une 3^e chaise", là vous allez flipper... "Et là j's'rais peut être heureuse". C'est ça qu'est compliqué. Ça c'est un très bon exemple dans lequel l'entourage est délétère. Faut respecter les gens. Je pense que vraiment là, le... Les gens aujourd'hui, voilà, les jeunes générations c'est-ce qu'ils sont en train de marquer, et c'est pour ça que les populations de parents se... Ont jamais été aussi angoissés pour leurs enfants aujourd'hui. Parce que les enfants... Même au niveau des études de médecine. Médecine, euh, ... "Moi j'veux faire 9h-12h, 14h-18h, et gagner 4 000€ par mois". Donc là les parents ils comprennent plus. Nous on comprend plus. "Attend, nous on a 3 appartements, on bosse 60h par semaine, euh, on est à l'abri de tout et ils veulent pas..." En fait c'est eux qui ont raison. En fait ils veulent pas, ils veulent pas gagner 4 000€ par mois. Ils veulent avoir le temps d'être heureux. Mais nous on s'arrête à la 1^{ère} partie de leur phrase. Et en fait ce qu'il y a derrière, c'est que "Le temps que vous avez perdu à être heureux, nous on veut pas le perdre". Bah ouais. Va voir tes parents, en leur disant "Voilà, chui medecin, mais en fait euh, j'voudrais etre medecin scolaire, ou j'voudrais être medecin dans une entité pupu, et j'veais gagner euh 3 500€ par mois", euh, alors que tout autour d'eux, euh, les mecs ils font 10 000. Ils vont dire euh... "Laura ça va pas là, elle est pas bien". N'oublie jamais ça. Ne laisse personne choisir où tu veux t'asseoir. Personne. Et ne t'assoie surtout pas où on voudrait que tu te trouves, où on voudrait te voir assise, surtout. Et ça, ça doit être valable pour tout. La condition pour être heureux c'est ça. Ça doit etre valable pour... Tes choix doivent être tes choix. Et quand tu fais l'analyse de tes choix dans la vie, tu t'aperçois que la moitié des choix que t'as fait, c'est soit des choix de contrainte, soit des choix qu'on a fait pour toi, et cetera...

Ou parce que t'avais peur...

Ou parce que t'avais peur, mais t'avais peur de quoi? Quand je dis qu'on fait un choix de contrainte, en fait on a... On a peur d'imposer son choix au départ. J'veux dire, euh, moi j'ai un très bon copain, il a fini par épouser euh, une femme de son milieu, à qui il a fait 3 enfants, avec qui il a été moyennement heureux, jusqu'au jour où il a tout envoyé, et, pour prendre une autre femme et ... Il est parfaitement épanoui, et du coup ses parents lui font la gueule, euh, ils recommencent à lui parler, et cetera, et cetera. Ce que moi je remarque, et ce que moi je voyais depuis très longtemps, c'est que les femmes qu'il avait avant dans sa vie, euh... Les femmes qui correspondaient au choix de ses parents, il a fini par les quitter, et les femmes qui

correspondaient pas du tout au choix de ses parents, mais qui lui allaient très très bien, il a fini... Elles ont fini par partir, parce que... Elles ont bien vu qu'il prendra jamais la décision d'aller contre ses parents. Et cette force là il ne l'a eu... Qu'à 45-50 ans, après avoir épousé une femme qui correspondait au choix de ses parents, et après avoir fait des enfants. C'est ça qui est terrible. C'est que, plus on attend... Plus on attend de, d'être soi... Plus c'est difficile de changer après. Parce que, une fois que tu es pas tout seul, c'est compliqué. C'est compliqué.

Je recentre un petit peu encore, hein, excuse-moi...

Oh tu sais moi faut pas me laisser partir, hein...

Sur euh... Bah sur tes souhaits du coup... De quoi est-ce que tu aurais besoin, toi, pour améliorer la prise en charge de ces patients?

De temps. Seulement, seulement de temps. La pharmacopée je l'ai. Elle, euh... Elle s'étoffe toujours un petit peu, hein? On a eu le Valdoxan®, là on a le Brilique® qui arrive, enfin pas le brilique, le... Brintelique®, non, euh...

Brintellix®, non c'est pas ça?

Brintellix, ouais, donc les dernières euh, les derniers antidépresseurs qui arrivent, euh, donc euh voilà, euh, les structures euh, on les a, euh, les interlocuteurs on les a. Le temps. On a de plus en plus de malades, on est de moins en moins nombreux, et, le nombre de pathologies augmente par malade. Donc aujourd'hui, on en est plus à garantir l'accès aux soins qu'à prendre le temps qu'il faut par malade. Donc, une seule chose, du temps. Du temps. Surtout dans cette pathologie-là, quoi. T'as jamais entendu, ça, quelqu'un qui te dit: "J'ai entendu ça à la radio, ben voilà, j'allais vraiment pas bien, et j'ai croisé quelqu'un qui m'a fait un sourire, mais un sourire!... Ben c'est reparti." Ça tient à rien, hein, mais, voilà...

C'est... Enfin moi je vois ça comme ça... Quelqu'un... Qui veut que tout s'arrête...

Enfin...

Ben risette

Risette, et puis tu le réinscris... Justement, tu prends le temps de le réinscrire dans le temps et dans la relation. Et c'est ça qu'est thérapeutique.

En fait il faut jamais oublier une chose. On est des animaux grégaires. Autrement dit, on est fait pour vivre en troupeau. Et donc il faut toujours garantir que la personne reste dans le troupeau. Le premier des troupeaux c'est... C'est le couple. Un couple d'amis, un couple tout court, un couple d'enfants... Enfant-parent, euh, la famille, pis après t'entends, les groupes. Jusque... Et... Tu t'aperçois que plus les gens sont exclus, plus ils vont mal. Ils perdent leur boulot... Là y'en a plein, hein, des su... Au foyer revivre, là, au bout de la rue, y'en a plein ils sont en post-cure alcoolo, tabagisme et autres choses. Ils perdent leur boulot. Ils perdent leur famille. Ils se retrouvent tout seul. C'est ceux là qui vont passer à l'acte. Donc il faut toujours garantir... Et c'est pour ça que la méthode de garder les gens très peu de temps, au début tu te dis "Voilà, parce qu'ils ont pas de place"... On s'en fous! Ce qui compte, c'est pas qu'ils les gardent très peu de temps, c'est qu'ils les suivent. Ils les gardent intégrés au groupe. Euh, soigné-soignant. On leur dit "Non, regardez, vous êtes pas de la merde. On vient jusque chez vous, on vous suivra autant qu'il faudra, pour... Jusqu'à ce que vous retrouviez un petit boulot,..." Moi je leur dis toujours, j'dis: ceux qui marchent bien, c'est quoi? C'est ceux qui, au foyer, finissent par retrouver un petit boulot, et puis souvent... Une petite femme, un appart, et c'est reparti. Donc c'est vraiment, il faut, il faut garantir aux gens de rester intégrés à la société. On n'est pas faits pour être des ermites, hein? A part certains, certains euh... Sages, ou j'en sais rien, mais sinon, je vois, dès qu'il y a exclusion, y'a mise en danger.

Ensuite la question c'était.. Tes besoins en terme de formation, mais ça finalement, euh...

Ben moi je sors beaucoup. Je sors beaucoup, donc euh... C'est vrai qu'en psy on n'en a pas beaucoup, de formations. On n'en a pas beaucoup. J'ai la chance d'avoir des psy dans mes amis, donc je peux leur poser pleins de questions, tout ça. Euh, après, au niveau de la médecine générale, on est vraiment, euh... On les connaît les pathologies, mais on marche quand même vachement à l'instinct, donc euh... Et puis à l'expérience, tu sais quand tu dois garder, ou pas garder, voilà. Mais sinon la formation est toujours la bienvenue, là ce week-end,

je m'en vais faire un séminaire d'addictologie, ça peut s'intégrer vachement à ça hein, parce que, euh... Les addictions, c'est toujours l'expression de quelque chose, hein? On va pas... Je sais qu'on va pas parler que des problèmes de sevrage, euh, et cetera. Y'en a pas beaucoup, en psy, c'est vrai qu'il y en a pas beaucoup. Et c'est pareil, comme on a pas le temps, on fait pas l'effort d'aller vers internet, vers les journaux... Si on nous organise pas des trucs, où on va reprendre les questions principales, machin... Moi je préfère sortir le soir, me faire un... Un EPU, machin, ou un week end, je préfère ça

Même, euh, prendre le temps d'un week end, pour sa formation, c'est...

Ouais. Mais bon ça j'le fais, hein? Ce week end j'ai été avec [nom d'un autre docteur]... On a travaillé tout le samedi. Et le dimanche matin. Mais, oui, on joint l'utile à l'agréable, et heureusement. Et là, tu vois, tu te sens... On appartient au groupe, on partage beaucoup de choses, on se voit jamais nous, on travaille chacun dans notre coin. Et... Ce qui renforce aussi mes certitudes, c'est que quand t'es à table avec des médecins de Nantes, des médecins de Chartres, des médecins de Lyon, et cetera... Et on parle chacun de nos problèmes, et on partage. Et donc tu te dis "Ah bah tiens, je suis pas différent, euh ben oui" "Ah ils font comme ça, ah merde j'avais pas vu ça comme ça". Et donc plus t'es isolé... Plus tu finis par te demander "Mais, est-ce que je fais bien?" Tu... Tu te rassures aussi

Ben tu romps l'isolement aussi

Et si tu te rassures... Eh ben, ta pratique est rassurante. Parce que tu dis au patient des choses, et ils sentent bien que t'as une certitude. Quand tu proposes quelque chose, y'a une certitude derrière. Mais la certitude, tu l'as pas par déplacement du Saint-Esprit. Tu vas la chercher. Tu vas la chercher dans la formation. Moi je suis toujours sidéré. Y'a à peine 20% des médecins qui se mettent à jour. Donc encore une fois, sachant que les médecins français ont 57,5 ans de moyenne d'âge, tu te dis que comme y en a 80% qui sortent pas, t'imagines, après 35 ans de médecine sans se former, mais, ça m'étonne pas qu'aujourd'hui on continue de faire énormément de sulfamides derrière la Metformine dans le diabète de type 2, hein? Alors que plus personne ne devrait le faire. Plus personne devrait le faire. Ben c'est la classe thérapeutique qui sort encore le plus derrière la Metformine. Parce que les mecs, y... Quand moi j'ai fait mes études de médecine, on avait 3 médicaments dans le diabète: les biguanides, les sulfamides, et l'insuline. Toi, aujourd'hui, t'en as eu pleins d'autres. Pleins d'autres. Qu'ont disparus, qui sont encore là, euh, qui se développent, t'en as plein d'autre. Ben ces mecs-là, ils continuent de soigner avec ça. Mais c'est... C'est pas obligatoire de se former. Ça a été obligatoire pendant le court temps des RMO. On devait aller chercher les milliequivalents formation, donc on sortait, et puis on nous faisait un papier, il nous fallait 50 milliequivalents euh par euh, par an; alors, rien que le fait de t'inscrire à Prescrire, euh, t'en avais déjà la moitié, c'était, c'était un scandale, parce que, t'avais, tu le lisais pas, t'avais déjà tes... Et en fait, moi je les ai jamais envoyé, on m'a dit "T'inquiète, tu devrais le faire, gnagnagnagna" et puis au bout de 5 ans, le Conseil d'Etat a dit "RMO, terminés". Donc, j'affirme, parce que c'est la vérité, qu'en plus de 30 ans, j'ai eu... J'ai eu aucune obligation de formation. Aucune. Alors, c'est hallucinant. C'est hallucinant. Moi quand j'ai découvert le TAVI, en formation, que les mecs s'amusaient à monter par une artère euh, un espèce d'énorme stent qu'on allait gonfler à la place d'une valve aortique, euh... "Qu'est-ce que c'est que ce truc"... Si tu vas pas en formation, tu sais pas ce que c'est qu'un TAVI. Tu sais pas ce que c'est qu'un défibril... Moi je suis d'une génération, j'savais pas ce que c'était qu'un défibrillateur implantable. Je suis d'une génération où la troponine n'existait pas. Allo? Donc moi la 1^{ère} fois, j'étais encore senior de garde, la 1^{ère} fois, c'était en 98 ou 99, c'était je vois... Il m'dit "Ah la troponine, elle est négative". Je te jure, j'étais médecin généraliste, ça venait de sortir. "La quoi?" Donc moi j'ai su tout de suite, parce que j'étais sur place "Bah c'est quoi troponine?" "Bah c'est les nouveaux marqueurs, machin, etcetera" "Ah, d'accord! Ah bah c'est vachement sympa ça!". Et maintenant on l'a en ville "Ah bah c'est super sympa, ça" pour les cas limites, hein? Eh ben ça n'existait pas de mon temps. Tu te rends compte? Y avait 3 médicaments dans le diabète. Trois. Moi j'ai connu un temps où annoncer aux malades qu'ils avaient un cancer du poumon, c'était un diagnostic de mort. J'ai connu un temps où on disait à une femme, on disait "Une femme qui a

un cancer du sein mourra de son cancer du sein". C'était y'a un quart de siècle. Y'en a qui se forment pas. Parce qu'ils ont pas le temps. Alors qu'avant ils avaient le temps ils le faisaient pas. Le problème majeur de la médecine aujourd'hui, c'est le temps. Le temps qui se réduit parce qu'on a des journées qui s'étendent pas, et qu'on a un flux de malades qui grossit, avec une population de médecin qui diminue. Dans 10 ans on est 50... On est 68 000, dans 10 ans on est 50 000. Ça fait peur, hein? Moi j'ai un copain qui habite en Vendée, mon copain vigneron, mais, son médecin part en retraite, les autres médecins, ils prennent pas de nouveaux malades, c'est moi qui le soigne. Il me dit "Ouais, j'ai mon arthrite du genou". Fax. Boîte de voltarène. Le jour où il a un truc particulier, j'lui dis "Ben tu vas aux urgences des Sables". Moi j'fais pas de trucs... T'as un genou qui gonfle... En plus j'le connais bien, je sais c'qu'il a à son genou. Donc si c'est pour des chaussettes de contention, ça va, mais le jour où il me dit "J'crache du pus", ben j'lui dis: "Tu vas aux urgences". On en est là, hein?

Du coup en fait, euh, voilà, les questions après c'est euh, quelle est la principale difficulté que tu rencontres dans la prise en charge en médecine générale?

Le temps. Mais y'en a vraiment pas d'autres, hein? Mais vraiment vraiment pas d'autres.

Que ce soit du temps de formation, ou...

Maintenant, quelqu'un, quelqu'un qui va, qui va... À mon avis, tu vas entendre "Ça m'intéresse pas", donc euh, c'est un problème, parce que tu vas avoir des médecins généralistes qui vont avoir des orientations.

Ben, déjà les médecins qui me répondent, c'est qu'a priori ça les intéresse. Donc je suis déjà biaisée...

Oui, mais donc moi je peux te dire que la très grande majorité, tu n'as pas accès à ces médecins là. Déjà, prendre ¾ d'heure pour répondre à un étudiant, pas le temps, hein? Ensuite, euh, c'est la même réflexion qu'ils vont avoir par rapport à la pathologie. C'est-à-dire que, la pathologie suicidaire, à travers toutes les pathologies psychiatriques, ça gonfle 80% de mes confrères, hein? Soyons clairs.

Ben, tu vois, je te disais, le mec que j'ai remplacé, qui faisait 100 actes par jour, moi je me suis retrouvée à faire des renouvellements, euh, ordonnance d'antidépresseurs, euh, 3 benzos différentes, donc en général tu creuses... Enfin, moi ça me viendrait pas... Enfin, tu te dis, tu creuses "Ben voilà, ça fait combien de temps que vous avez votre traitement?" "Oh ben ça fait 10 ans" "Vous avez vu un... Enfin... Psychothérapie?" "Non". Et tous les mois, renouvelé.

Ça sert à rien

"Et ça va mieux?" "Non"

Ça sert à rien. Et en plus, ils sont peut-être même pas dépressifs. C'est peut être juste des syndromes anxieux. Et après tu te retrouves dans des situations ubuesques, où t'as quelqu'un qui dit "Bon, moi, euh, je viens juste chercher mon Temesta[®]", "Ben pourquoi vous prenez du Temesta[®]?" "Ben parce que ça fait 20 ans que j'en prends, si j'en prends pas, je fais une crise. Ou j'dors pas. Ou j'suis en manque". Toi tu, tu, tu, t'es bien emmerdé, tu lui mets du Temesta[®]. "Vous voulez pas essayer?" "Non" "Même si j'vous fait un truc, on enlève un quart de quart de comprimé tous les ..." "Non!" Bon ben... Temesta[®]. C'est c'est c'est... C'est des trucs... Ça n'a pas de sens... Donc le... Le temps, le temps, le temps. L'intérêt pour la pathologie. Ça... En psychiatrie tu l'entendras pas, parce que ce sont pas des gens qui... Mais 80% des médecins généralistes vont te dire "ça m'intéresse pas". Ça c'est le frein...

Alors que... La psychiatrie, c'est 30% de la plainte en médecine générale.

Après, la formation. Parce que y'a pas beaucoup de formations, c'est ça, y'a pas beaucoup de formations. Y'a pas beaucoup de formations, pourquoi? Parce que les médecins ça les intéresse pas. Un laboratoire va pas faire des formations, si... Il va inviter 50 médecins, y'en a 10 qui vont répondre "Oui je viens", et y'en a que 5 qui vont venir. C'est comme ça que ça se passe. Donc ils vont... Forcément, comme c'est des laboratoires qui font en fonction de l'offre qu'ils proposent, et du retour qu'ils ont, bah y'en a pas beaucoup.

Y'a pas de médicament à vendre sur l'écoute, donc...

En plus, y'a de moins en moins de médicaments à proposer, et les médicaments à proposer nouveaux, ça va plutôt être des psychotropes, et les psychotropes, ils vont s'adresser au psychiatre. Donc ils vont faire leurs formations au niveau des psychiatres. Mais de moins en moins au niveau des médecins généralistes. J'te dis, là, euh, Brintellix® on a eu quelques formations sur la dépression, mais sinon ça faisait longtemps qu'on avait rien eu sur la dépression. Ici on a un interlocuteur qui est génial, qui s'appelle Kochman. Qui est le psychiatre à la clinique de Lautreamont, mais de plus en plus, il fait pas d'intervention en psychiatrie. Il est souvent rattaché, là j'en ai fait un avec lui, sur... L'addicto, les problèmes d'addiction. Donc il a été rattaché au truc, de plus en plus, en ça va être couplé "pneumologie-arrêt du tabac", tu vois des trucs comme ça. Mais euh, même Frederic, de plus en plus, alors que c'est un super interlocuteur hein? C'est lui qui nous avait raconté l'histoire des... Des dépressions post-infectieuses. Donc c'est, c'est des... Y'a pas de demande de médecins. Donc les laboratoires finissent par pas donner d'offres, en tout cas aux médecins généralistes. Ils vont réserver leur offre aux médecins psychiatres. Y'a pas de pathologie non intéressante, c'est pas vrai. Y'a pas de pathologie non intéressante, puisque de toute façon, quelque soit la pathologie, elle te rattache à l'état d'esprit de quelqu'un. Quand tu vois, à la sortie du centre Oscar Lambret, un type dans son fauteuil, avec les 2 jambes coupées, une trachéo, et qui fume par la trachéo... Si tu t'arrêtes à sa pathologie, c'est la plus grosse connerie du monde. Comment est-ce qu'un type... Ça lui a déjà coûté les 2 jambes, et son larynx, et il continue de fumer. Mais... Moi ça me passionne à tous les plans. Déjà au plan de la personne. Qu'est-ce qui se passe dans son cerveau... Quelle est la hauteur de ses souffrances, quel est son vécu pour qu'il en soit toujours à fumer par sa trachéo. Tu vois ce que je veux dire? Et après, tu peux extrapoler. J'ai envie de dire, le problème de la dépendance, euh, du sevrage... C'est presque annexe, tu vois. Tu peux pas faire sans te centrer sur la personnalité du patient. Donc y'a pas, y'a pas de, y'a pas de... De pathologie inintéressante. Maintenant, y'a des pathologies que tu préfères à d'autres, ça c'est sûr. Moi j'adore la psychiatrie, j'adore la diabéto, j'adore... En fait j'adore toutes les pathologies qui ... Qui se rapprochent de la médecine générale. La diabétologie touche tous les organes. La néphrologie, comme dit Maxime Hoffman, le dernier organe à lâcher, c'est le rein, donc ils sont très proches de nous, parce qu'ils sont habitués à soigner le rein, mais aussi tous ceux qui ont lâchés avant, euh, les vaisseaux, le cœur, et cetera, et cetera... Euh, j'aime bien les maladies infectieuses. Voilà. Par contre, c'est vrai que je suis moins passionné par l'ophtalmo, par les spécialités euh... Après la peau, forcément, puisqu'en tant que médecin généraliste, c'est un organe qui est accessible. Donc forcément, on fait beaucoup de dermato. Donc voilà.

Bon. On a dit pas mal de choses...

C'est toi qui arrête. C'est toi qui arrête...

J'sais pas si tu as des choses à rajouter là dessus, j'pense que, sur la médecine, beaucoup, mais...

Non, mais euh, voilà... Le risque suicidaire, ça fait peur. Ça fait peur, parce que nous on est... Y'a toujours une part d'improvisation, on se demande toujours si une fois qu'on a pris une décision, c'était la bonne, parce qu'on est tout seul, parce qu'on a pas le temps, c'est, c'est essentiellement ça le problème. Essentiellement ça le problème.

Ben ça reprend... Voilà, là c'était mon 6^e entretien... Ca recoupe, hein? Alors après, avec des difficultés organisationnelles des fois qu'on a pas ici parce qu'on est en agglomération lilloise, mais c'est vrai que quand t'es à ¾ d'heure du CMP, et du centre hospitalier, c'est vachement plus compliqué, et...

Ça, c'est une chance que j'ai, le CMP il est là, euh, Avenue Général de Gaulle, Fontan c'est à 10 minutes, les copains, ils sont boulevard de la liberté, euh, j'peux appeler l'EPSM, j'ai une amie qui travaille à l'EPSM,... Ça, c'est luxueux. Mais après, voilà, faut que le patient soit... Soit adhérent... Pour qu'il se soit mis en danger, dans l'absolu, c'est compliqué, hein?

Bon ben écoute, merci beaucoup, hein?

Ben de rien.

VERBATIM 7

Donc, la première question, c'est quelles sont, toi, là, en première idée, les difficultés que tu peux rencontrer dans la prise en charge de la crise suicidaire, en général, chez l'adulte?

Ben la difficulté de la prise en charge, c'est forcément de savoir où on va adresser le patient. Parce que nous, c'est un secteur où on est... Enfin, voilà, l'offre de soin est... C'est très très compliqué. Pour moi, j pense c'est le principal problème. C'est de savoir où on va adresser le patient. Et puis euh, j pense que dans notre région, la seule structure où on peut adresser le patient c'est l'EPSM de Saint-Venant, qui a par ici une très très mauvaise image. Et euh, dès que l'on évoque ça avec le patient, de dire "Ben écoutez, j'vais vous faire un courrier, vous allez aller à St Venant", C'est... très compliqué.

Parce que c'est de la psy, ou à cause de Saint... Enfin, de la réputation de l'établissement?

Euh, c'est la réputation de l'établissement, c'est euh, ben, le fait que là bas la structure soit un petit peu euh, vieillissante, y'a de moins en moins de psychiatres, euh, les patients sont là hospitalisés, mais on sait qu'ils n'ont pas forcément des entretiens avec les psychiatres tous les jours, euh, y'a le mélange de toutes les pathologies.

T'as pas, euh, les dépressifs d'un côté, les psychotiques de l'autre?

Non, du tout. C'est euh, en fait ça fonctionne ben comme tous les EPSM ça fonctionne avec la sectorisation, et du coup euh, voilà, c'est très compliqué, puisque un patient dépressif, si euh ben voilà, il se retrouve avec des alcooliques, avec des psychotiques, enfin voilà. J pense que c'est pour ça aussi que ça a une mauvaise image.

Y'a un problème de démographie du coup sur le plan psychiatrique ici aussi?

Ah ouais hein? Ah ouais. Beaucoup.

Dans quel contexte tu évoques le diagnostic de crise suicidaire chez un patient? Qu'est-ce qui te met la puce à l'oreille, quand est-ce que tu vas commencer à t'inquiéter?

Bah ça c'est... Pfiouuu... J'allais dire c'est... Nous en médecine générale, on a l'avantage de connaître beaucoup les patients. On les voit dans des bons moments, on les voit dans des mauvais moments, donc avec, euh, l'expérience et la connaissance de, forcément, on sait, je pense, dire à un moment quand ça ne va vraiment pas, euh... Bah après y'a tous les, euh, j'veux dire, les symptômes classiques qu'on apprend à la fac, hein? Donc, euh, ça ça reste avec notre interrogatoire et les questions qu'on pose, forcément, on arrive à détecter ça aussi, et puis euh, les patients quand même parlent bien, euh j'veux dire, si on leur pose la question directement de savoir s'ils ont des idées suicidaires ou pas, la plupart le disent hein?

Mais t'as une histoire de ressenti à la base du coup?

J pense. Ouais j pense. Hmm. Puis après y'a aussi les patients, qui ne euh enfin, s'ils viennent nous voir déjà, c'est qu'ils ont envie de parler. Parce qu'après, une vraie crise suicidaire je pense, le patient vient pas.

J'ai... Un des médecins que j'ai interrogé qui disait "Ceux qui posent problème, c'est ceux qui viennent pas nous voir"

Bah bien sur. Parce que moi j'ai eu le cas, j'ai une patiente moi qui s'est suicidée. Et en fait elle est venue me voir la semaine d'avant, en me disant que... ça allait.

Donc à partir de là...

Hmmm

Euh, est-ce que tu es à l'aise pour grader le risque enfin, pour, dans l'évaluation du risque, euh... Ou est-ce qu'il y a des choses, euh...

Hmm. À l'aise, euh, j'dirais pas ça, c'est pas toujours évident euh... Ouais, non, j'vais pas dire que je suis euh, très à l'aise. Je n'ai pas non plus une formation de psychiatrie très très poussée, hein? Donc euh, j'ai fait un stage en psychiatrie, où j'ai vu certaines choses, voilà, mais... Chuis médecin généraliste, chuis pas psychiatre non plus, hein? Donc euh, dire que je suis à l'aise, non, j'n'irais pas jusque là. Euh...

Quel traitement tu mets en place toi, chez ces patients? Si, euh, t'as justement ce sentiment de risque, sur le plan médicamenteux, au niveau psychothérapie, qu'est-ce que...

Oooh, ben... Après, euh, j'allais dire, un vrai patient qui est en crise suicidaire, euh, j'vais pas lui mettre de traitement, je vais l'adresser. Après voilà, quand c'est moins... J'estime que le risque est moindre, oui, j'vais avoir tendance à mettre euh, un antidépresseur, à mettre euh, un anxiolytique, au moins au départ. Oui, ouais. J'ai tendance à parfois initier la prescription, ouais.

Du coup, sur la psychothérapie, j'imagine que... Le problème du recours est le même?

Ohh, bah oui, bah oui (rires) Parce que, euh, ici nous sommes dans un bassin de population où, voilà, c'est pas très, c'est pas très riche, donc euh, aller dans le privé c'est compliqué, et même j'allais dire, aller dans le privé c'est compliqué, même si les patients doivent payer, parce que y'en a pas beaucoup hein? Des psychiatres euh, qui travaillent dans le privé. Les délais d'attente sont parfois importants. Des fois on appelle pour un patient qui va pas bien, euh, on fait un courrier, on donne rendez-vous dans 3 mois. Enfin c'est... C'est compliqué. Le CMP c'est encore pire. Comme justement le bassin de population ici est ... N'est pas riche, en fait y'a énormément énormément d'attente pour le CMP. Et euh, les psychiatres n'ont pas le temps là-bas, ils voient les patients un quart d'heure, enfin c'est pas... C'est compliqué. La prise en charge n'est pas optimale.

Euh... Au niveau des représentations, par rapport à la psychothérapie, ici, euh? Et justement le recours à la psychiatrie?

Alors, je vais dire que ça va, dans le sens ou encore une fois, c'est une population qui est très touchée par les accidents de la vie. Et en fait, euh, y'a plein de personnes qui sont déjà allées voir un psy en étant petits, qui ont déjà eu des problèmes dans l'enfance. Enfin, j'veux dire, euh, non ça ne choque pas, euh, le recours au psychiatre. J'pense qu'ils ont eu l'habitude... D'entendre ce mot. Alors j'dis pas, hein, y'a certaines personnes qui sont très très réfractaires. Mais euh... Non, ils ne sont pas rebutés par euh, quand on leur dit "Il faut aller voir un psychiatre", ils sont pas rebutés, hein?

Et du coup, sur le consentement du patient aux soins, est-ce que euh... T'arrives à avoir une alliance thérapeutique facilement, ou est-ce que... C'est quelque chose qui te met en difficulté des fois?

Ils ont tendance à arrêter leurs antidépresseurs assez vite quand même. C'est vrai que moi je leur dis toujours "Je le prescris pour une petite période", je leur dis toujours qu'il faut revenir me voir, euh... Ils ont tendance à arrêter leur traitement vite. Dès qu'il y a un petit sursaut, dès que ça va un tout petit peu mieux... Ça, le... Le traitement sur la durée, c'est un petit peu compliqué quand même. Même si, je suis d'accord que c'est pas le but de les prescrire 2 ans, 3 ans, 4 ans ou... Mais ouais.

Mais oui les patients... C'est-ce que tu disais tout à l'heure, si je comprends bien, les patients qui viennent te voir, ils sont déjà dans une démarche de soins, ils ont plutôt tendance à accepter ce que tu proposes dans ces cas là?

Oui, oui, oui. Oui.

Euh, toujours au niveau de la prise en charge, euh, est-ce que t'as des difficultés, t'as déjà été amenée à rencontrer des difficultés dans la gestion de l'entourage de ces patients?

Alors, je te cherche des exemples... Oui, ça m'est arrivé, hein. Alors, ça m'est arrivé, euh, j'allais dire quand euh, on veut, faire une hospitalisation à la demande d'un tiers par exemple. Là j'avoue que la famille bien souvent, a du mal à accepter de signer le certificat. A du mal à accompagner le patient. Euh... Après, euh, la dépression c'est toujours compliqué parce que euh, ça peut être vu par l'entourage comme un manque de, de... De caractère, un manque de... Ça peut passer pour du laisser-aller.

"Secoue-toi un peu"

Ouais, voilà. Ce que nous on a tendance aussi à faire des fois en tant que médecin, hein? Quand on voit arriver des patients, bon, y'a des fois, c'est vrai qu'on a envie de les secouer un petit peu et de leur dire "C'est bon, y'a pire dans la vie". Bon. Mais je pense que par l'entourage, parfois ça peut être vu comme ça. J'sais pas si je réponds bien à ta question

Si, si, si, non mais c'est des questions... Ça va un peu à la pêche aussi hein, c'est toi ce que... Toi, ce que tu ressens dans ces prises en charge là aussi, hein? Y'a pas de soucis. Au niveau du secret médical, est-ce que t'as déjà été embêtée? Justement sur la gestion de l'entourage, qu'est-ce que tu...

Bah oui, on est toujours embêté par le secret médical. Parce que ici on ne suit pas une personne, on suit une famille. Donc euh, les personnes qui demandent, l'entourage qui demande des nouvelles, et euh, parfois aussi euh, des patients dépressifs qui sont dépressifs à cause euh... J'allais dire de bonnes raisons, mais... Parce que y'a des histoires d'inceste, de viol, de choses comme ça, sachant qu'on suit la famille, on suit parfois les personnes qui ont été responsables de ces violences, c'est compliqué, alors même si ce sont des choses qui se sont passées il y a des années et des années, et que les patients ont dit qu'ils ne souhaitent pas porter plainte, enfin voilà, c'est... Oui c'est compliqué le secret médical. Mais en même temps, heureusement qu'il y a ça, sinon le patient ne se confierait pas. Parce que quantité de patients s'installent et disent ben voilà, j'dois vous parler de quelque chose, mais faut que je sois sûr que ça sortira pas des murs. Donc forcément si y a pas le secret médical, ils nous disent rien non plus.

Ouais, c'est sur

C'est à double tranchant, hein?

Euh, du coup je parlais ensuite des soins sous contrainte, mais on en a déjà parlé un peu, enfin...

Ouais...

C'est... Toi, enfin, si j'ai bien compris ce qui te pose soucis surtout, c'est d'avoir l'adhésion de l'entourage, pour ces soins sous contrainte, c'est ça?

Ouais. L'adhésion de l'entourage et... Et voilà, des fois, ça m'est arrivé hein, d'avoir des familles qui, euh... qui déposent le patient là au cabinet, et qui disent "Il faut faire quelque chose, il faut l'hospitaliser", mais qui par contre veulent pas signer, veulent pas conduire... J'avoue que bon...

Donc là c'est l'entourage qui amène le patient... Est-ce que, quand c'est le patient qui vient tout seul, enfin... Toi t'as été embêtée pour justement euh, faire en sorte que le patient alerte l'entourage?

Ah ben si mais des fois ça pose problème.

"J'vais pas bien mais je veux pas que vous le disiez"

Ouais... C'est sûr que si le patient, on se rend compte qu'il ne va vraiment pas bien, qu'il y a vraiment une menace pour sa vie, euh, mais qu'il ne veut pas se faire hospitaliser, alors oui, qu'est-ce que je fais? Je suis bien obligée de prévenir la famille qui, euh, qu'il faut le surveiller, ou qu'il faut l'hospitaliser euh, sous contrainte, ou, bah ouais, qu'est-ce qu'on fait dans ces cas là, on est un petit peu piégé, hein?

C'est une situation que tu as déjà rencontré, ça?

Ça c'est une situation que j'ai déjà rencontré, ouais. Donc bien sûr, je demande au patient devant lui s'il est ok pour que je téléphone à sa famille, parce que... Voilà. Donc je téléphone à la famille, et euh... Et oui, après, on sait pas trop ce qui se passe euh, ouais c'est... Ouais, c'est difficile à gérer, entre ce qui est légal, le secret médical, l'adhésion du patient, euh...

Euh... Du coup, plutôt dans les suites de la consultation, quelles sont les difficultés que tu rencontres toi dans l'orientation du patient? Euh... En ambulatoire, en hospitalier, euh... Qu'est-ce qui fait que tu vas choisir l'un ou l'autre, qu'est-ce qui va te poser problème pour l'un ou pour l'autre...

Bah ce qui va faire que je vais choisir l'un ou l'autre, c'est euh.. Ben comme tu disais, c'est l'adhésion du patient. Hmm... Si c'est pas une situation critique, il a droit de choisir s'il veut se

faire hospitaliser ou pas. Donc ça euh... Après les difficultés que je rencontre... Par rapport au patient, tu veux dire? Ou par rapport aux structures...

Ouais, plus par rapport aux structures... Plus dans le... L'organisationnel, et les structures à disposition.

Ben, j'avoue que quand le patient passe le frein de, euh... L'EPSM, euh, nous on peut adresser quand même assez facilement à l'EPSM. Y'a pas trop de difficultés parce que...

Y'a des urgences, euh?...

Parce qu'ils ont toujours euh, y'a toujours quelqu'un qui est là pour accueillir une entrée. On leur passe un coup de téléphone, on leur dit "Ben écoutez, je dois vous adresser untel" -"Ok, ça marche, euh, envoyez-le nous avec un courrier", et ils acceptent.

Ils font des entrées directes comme ça.

Ils font des entrées directes.

T'es pas obligée de passer par les urgences somatiques, euh...

Non non non non non. Y'a toujours, euh, y'a toujours de la place, même quand euh, un patient doit passer une journée ou deux dans un service qui correspond à un autre secteur, et le rapatrie après, enfin voilà. Ils s'arrangent quand même. Heureusement qu'on a ça. Mais, voilà, il faut... Saint-Venant c'est un c'est un mélange de tout. Après, euh, c'est, oui c'est la seule structure où on peut adresser. Parce que j'ai déjà essayé d'adresser des patients en téléphonant dans des cliniques privées ou des hôpitaux psychiatriques, euh... Bien souvent ils ne font pas d'entrées directes et il n'y a pas d'urgences. Donc il faut... Faire un courrier, que le patient prenne rendez vous avec un psychiatre, décide si l'hospitalisation est possible, donc forcément ça se fait dans les heures ouvrables, dans les jours ouvrables... Enfin voilà. Y'a vraiment que l'EPSM de Saint-Venant. Nous on a vraiment que ça. Mais heureusement que c'est là, hein, parce que... (rires)

Et... En ambulatoire, c'est un peu ce que tu me disais... Pas forcément...

Et en ambulatoire, c'est très compliqué, hein. Franchement... Y'a une seule fois ou j'ai réussi pour un patient à avoir un... Un rendez-vous avec un psychologue, pas un psychiatre, un psychologue au CMP, un rendez-vous assez vite dans la semaine, parce que j'ai faxé, et, parce que c'était un patient qui était menacé d'HO, par euh, par euh son, sa patronne. Qui voulait appeler les gendarmes parce qu'elle le prenait pour un fou, et, et en fait c'est la seule fois ou j'ai réussi, en faxant un courrier bien détaillé et en suppliant quelqu'un de vouloir prendre le patient que ça a fonctionné, mais sinon, c'est très compliqué. En ambulatoire...

Ça t'a pris combien de temps, pour réussir à avoir...

Euh une semaine! (rires)

Avec combien de coups de téléphone, du coup?

Bah pas trop, parce que moi j'ai trouvé la solution de faxer. Dès fois, au lieu de passer 1h au téléphone, et ben écoute euh, je... J'prends 10 minutes pour écrire un courrier, et je le faxe. Et j'arrive encore des fois à... à passer avec ça. Parce que, non, le téléphone, c'est pas possible.

Du coup, est-ce que toi tu te retrouves à suivre ces patients en ambulatoire parce que...

T'as pas réussi à avoir de consultations spé?

Bah oui beaucoup, hein? On en suit beaucoup, des patients. Même si on n'est pas trop trop formé à la psychiatrie. Mais oui. Alors, pas des patients psychotiques, hein? Mais euh, mais on en suit beaucoup des dépressifs, parce que euh, y'a beaucoup de personnes qui ont pas les moyens de payer ou d'avancer l'argent, pour une consultation chez le psychiatre, ou alors qui n'ont pas les moyens de se déplacer jusque Béthune, parce que voilà, on a beaucoup de personnes sans permis aussi. Et euh, et avec des rendez vous de consultation au CMP très très long. Donc euh oui. On en suit. Tant bien que mal. On sait pas trop quoi leur dire des fois, mais... On fait au mieux.

Toi t'as pas eu de formation sur euh, tout ce qui est thérapies brèves, ce genre de choses...

Non. Pas du tout. Aucune formation.

Euh... Bah du coup, on arrive à la fin... Euh... Quels seraient, toi, tes besoins, pour améliorer la prise en charge de ces patients? Dans un monde idéal, euh, comment...

Dans un monde idéal?... Euh... Des CMP pas surchargés. Avec des psychiatres présents qui peuvent recevoir des patients pendant des consultations longues. Hein? Qui ne se limitent pas à 10 minutes. Euh... Ouais. Un accès... Un accès plus facile euh... Aux structures. Et puis euh, des bonnes structures aussi. Où, euh... Où vraiment, euh...

Toi, t'as l'impression que c'est bénéfique quand t'adresses tes patients en terme de prise en charge... Est-ce que, voilà, quand t'adresses quelqu'un à l'EPSM t'as l'impression que ça avance bien...

Non, j'ai pas l'impression que ça avance bien. J'ai l'impression que, sur le moment, ça les met à l'abri, où s'ils ont envie de se retirer un petit peu d'un milieu...

Ça protège un peu...

Voilà. Donc ils sont protégés pour un temps. Mais, quand ils ressortent, de toute façon on leur donne un rendez-vous de consultation au CMP pour le suivi, ce premier rendez-vous qui n'intervient pas avant 2 mois, euh, et encore après le suivi euh... Pour être reconvoqué, et cetera... C'est compliqué, donc euh, oui, une... Ouais, c'est le problème de la structure. Ouais, l'EPSM ça les protège un temps, mais je suis pas persuadée que ça les... ça les aide beaucoup dans la durée.

Euh, et du coup, qu'est-ce que tu souhaiterais euh, enfin... Toi, quels seraient tes besoins en terme de formation, sur quoi t'aimerais être plus à l'aise. Euh... Si t'avais le temps aussi de...

Ben justement, d'être formée un petit peu sur les thérapies, sur euh... Parce que nous, au niveau médicamenteux, ça va quoi. On sait quoi prescrire. Et puis... Bon, des médicaments de la psychiatrie y'en a pas non plus euh... 10 000. Mais, euh... Mais sur, oui, comment aider le patient par la parole.

Euh, comment le faire avancer...

Comment le faire avancer, c'est vrai que des fois on n'a pas forcément les bonnes techniques. Euh, on ne perçoit pas forcément le trouble de la personnalité qu'il y a derrière, euh, on sait pas comment axer notre dialogue, euh... Ouais. Ce serait bien.

C'est... Parce que toi du coup t'en fait, des consultations comme ça? Enfin, tu me disais, comme on arrive pas à les adresser à un psychiatre, on les revoit...

Mais on les écoute. On les écoute, euh, on essaye de leur donner des petits conseils pour le quotidien, pour les démarches administratives, oui, on... On essaye de les faire avancer un petit peu, mais euh... Mais ouais, c'est beaucoup de l'écoute.

Hmm...

Après, heu, de... Savoir venir à l'origine du problème, euh... Enfin voilà, on n'est pas... On n'est pas du tout formés à ça, hein? Nous c'est ça, on fait de l'écoute.

Déjà c'est pas mal, d'avoir un endroit, euh...

Hmm

Euh... Si on devait résumer, là, de... De tout ça, ou même, si ça a pas été évoqué, quelle serait, toi, la principale difficulté que tu rencontres? Chez ces patients-là, en crise suicidaire. Qu'est-ce qui est le plus difficile?

Ben, j'pense de savoir... Appréhender réellement le risque. Savoir si oui, le patient est prêt à passer à l'acte, ou, euh...

Si t'as encore un petit peu de temps

Voilà, si j'ai encore un peu de temps, est-ce que je dois l'hospitaliser ou pas, est-ce que je dois alerter tout le monde, est-ce que ... C'est de savoir...

Se dire "Le secret médical on s'en fout"

C'est de savoir, oui, vraiment... Alors après, ça c'est peut être un boulot de psychiatre, hein? Mais euh...

Vu qu'on y a pas accès, euh...

Ouais. Mais euh, non, c'est ça, c'est vraiment de savoir euh, bah oui, savoir si on peut laisser partir euh, le patient de notre cabinet, euh... Sans trop de risques. Hmm. Même si, encore une fois, les patients qui euh, qui viennent nous voir sont déjà dans une bonne démarche. C'est à dire que, si les patients sont vraiment en crise, je pense qu'ils ne viennent pas.

Ok. Euh... Est-ce qu'il y a des choses qui te semblent ne pas avoir été abordées, là? Ou est-ce que...

Bah écoute... Non je pense pas. C'est difficile de dire comme ça, hmmm... Non, j'pense que... C'est pas mal, déjà.

VERBATIM 8

Je bosse sur les difficultés de prise en charge de la crise suicidaire en cabinet de médecine générale.

Oui

Donc euh, la première question: quelles sont les difficultés que vous vous rencontrez dans la prise en charge de la crise suicidaire chez l'adulte? Dans votre exercice.

Alors, j'ai un exercice de campagne, ce qui fait que la crise suicidaire, on la voit pas toujours arriver, mais... Mais quand elle est là, elle fait mal. Elle fait mal parce que, notamment dans le monde paysan, on ne se rate pas. On ne se rate pas. Donc ça c'est la première chose, c'est déjà... La première difficulté c'est de ne pas toujours les voir venir. La deuxième chose, c'est au contraire de les voir venir, de les pressentir, et de se rendre compte que, euh, on ne pourra rien faire. Avoir l'impression un peu de se dire... "Lui, la question n'est pas de se dire 'Est-ce qu'il va se suicider ou pas', mais 'Quand est-ce qu'il va se suicider?'. Donc ça c'est un deuxième problème. Et un troisième problème qui heureusement est le plus fréquent, c'est tous les mal-être qu'on peut avoir chez l'adulte, qu'on sent venir, qu'ils soient liés au travail, qu'ils soient liés à la famille, qu'ils soient liés à leur santé d'ailleurs, hein? Euh, qu'on voit venir et que... Qu'il faut prendre en charge pour justement éviter d'arriver à ces extrêmes là.

Sur la première partie, je parle de ce qui se passe en consultation.

Oui

Euh, dans quel contexte est-ce que vous évoquez ce diagnostic de crise suicidaire? Qu'est-ce qui va vous alerter, euh...

Quand les gens le disent.

Ouais...

Déjà. "Si c'est comme ça j'vais en finir", euh, "J'vois pas d'issue à ma vie", euh, euh, "Y'a rien qui peut me sortir de là", bon, y'a quand même des... Des... Des messages d'alerte qui vont nous... Nous alerter. Euh, dans le cadre de la consultation également, euh, je dirais l'apparence physique qui a changé. Monsieur ou Madame toujours tiré à quatre épingles, Madame toujours bien maquillée, Monsieur toujours bien habillé, on les voit arriver en savates et mal rasés, euh, c'est pas le patient de d'habitude, y'a un truc qui est pas comme d'habitude, euh, ce sont des messages d'alerte. Dans le cadre de la consultation je parle. Euh, ça peut être également, toujours dans le cadre de la consultation, les... Les non-dits. Les non-dits mais les ressentis. Toujours dans le cadre de la consultation, ça peut être les messages d'alerte qu'on reçoit, euh, par les voisins, par la famille. Ça peut être les voisins qui... Qui appellent en disant "Il est pas bien". J'sais que c'est vous le Docteur, je sais que j'ai rien à dire, c'est pas mon... Mais il est pas bien. Donc euh, ça permet d'être un petit peu vigilant dans le cadre de la consultation. Et de quelquefois mettre les pieds dans le plat, euh, alors que les patients à ce moment-là n'en ont pas forcément envie, je disais tout à l'heure tu... Y'a des gens on les sent pas venir, tu... Ben le fait d'avoir été alerté parce que d'autres l'ont sign... L'ont senti venir, ça permet d'anticiper.

Ok. Heeeum, et comment vous faites pour évaluer après, une fois que vous avez ce doute, pour réévaluer le risque qu'est-ce que... Quels éléments vous recherchez?

Donc je n'utilise pas d'échelle, je ne sais même pas s'il y a une échelle qui existe. (rires) Une échelle de risque suicidaire. Euh, non... Enfin, si, j'utiliserais globalement l'échelle d'Hamilton, mais c'est plus dans le cadre de la dépression. C'est pas dans le cadre des... Du risque, du risque suicidaire. Euh... Je ne me vois pas, quelqu'un qui est pas très bien "Attendez, bougez pas, j'ai un truc, j'ai des questions à vous poser". Bon, donc déjà, les, les échelles, euh, ... Ce que je vais rechercher, les éléments, j'ai presque envie de dire liés autour... Autour de la dépression, de l'idée cardinale de la dépression, entre... Le mal-être, les troubles du sommeil, les troubles de l'appétit, et cetera... Euh... Tu connais ça aussi bien que moi je dirais, ça j'vais pas... T'apprendre tout ça, euh, ça c'est... Ça c'est un fait. Euh, savoir également, lorsque les, lorsque les gens me disent "J'vois pas d'issue, t'façon euh, pour moi y'a plus qu'à en finir",

poser la question "Ah bon? Et qu'est-ce que vous feriez?". Donc essayer de trouver... Est-ce qu'ils ont déjà imaginé un scénario, euh, est-ce qu'ils sont déjà... Est-ce qu'ils ont déjà imaginé un... Un moyen pour se... Pour se soustraire à... à cette vie. Ça c'est, ça c'est des moyens. J'essaye, paradoxalement, de rechercher des moyens qui feraient qu'ils pourraient ne pas passer à l'acte. Pour essayer de valoriser ces moyens, et pour essayer de les raccrocher. Donc, voilà, sachant qu'on est quand même relativement euh, on est relativement pauvre je dirais à ce moment-là, c'est-à-dire que même si, dans une consultation euh, tout va bien, ben on sait que, euh, tout va pas bien. Hein, j'ai souvenir d'un... Un de mes stagiaires qui avait dit à une patiente "Allez, faut vous éclater, faut aller bien". Bon. Sortie de la consultation, elle est allée s'éclater sur un platane. C'est... J'sais pas si elle l'a pris au mot ou pas, enfin c'est... C'est un peu d'humour mais... C'était un moyen pour... Pour alerter en tout cas.

Une fois que vous avez gradé ce risque un petit peu, euh... Quel traite... Au niveau thérapeutique, qu'est-ce que vous mettez en place?

Le soutien, avant tout. C'est-à-dire qu'ils ont, euh, une porte d'écoute, au cabinet. Au cabinet, ou par téléphone, par mail, par ce qu'ils veulent. Je les laisse pas non plus dans la nature, donc ils reviennent, au moins dans la semaine. Donc la semaine, ça peut être le lendemain, ça peut être dans les 7 jours, et faut qu'on... Je leur propose vraiment de... de se revoir. Euh... J'essaye de poser des jalons constructifs pour demain, pour après-demain, pour essayer de... De cheminer. Donc ça c'est... La 1^{ère} chose, c'est le soutien. Euh, la 2^e chose, c'est... Qu'est-ce qu'ils ont besoin? ***[Interruption par le telephone]*** Donc euh, on a été coupés. Donc la 1^{ère} chose je disais, c'est est-ce qu'ils ont besoin de, enfin, c'est de l'accompagnement presque personnalisé je dirais, le cas de l'un n'est pas le cas de l'autre, selon que c'est un retraité, un grand... Un aîné je dirais, un adulte, en couple ou seul d'ailleurs, selon que c'est un enfant, un ado, c'est pas, c'est pas tout à fait les mêmes prises en charge, on aura pas non plus, non plus, la même approche. Euh, la, la 3^e chose, c'est s'assurer que quelque part y'ait pas un... Un souci organique derrière tout ça aussi. Parce que le mal-être peut être lié parfois à une hypothyroïdie, c'est ballot ce que je dit mais, ce... "J'suis essoufflé, je peux plus rien faire de ma vie" "Ben oui mais t'as une anémie à 9 et t'es pas bien. On va corriger ton anémie, t'iras mieux". C'est... Ça fait partie de ces choses un tout petit peu... Donc, l'examen clinique, c'est... C'est l'un des cas ou probablement dans le domaine "Psychiatrique", j'vais faire un examen clinique. Quand les gens viennent nous voir parce qu'ils ont pas le moral, ils ont pas envie de savoir que leur cœur bat à 84 et qu'il est régulier. Ils ont pas le moral, donc euh... Mais là c'est un des cas où je vais le faire, donc si nécessité, je dis bien si nécessité, y aura peut-être quelques explorations. Et enfin, encore une fois, euh, le cas de l'un n'est pas le cas de l'autre. Euh... Les thérapeutiques... Alors, les thérapeutiques ça peut être très variable, hein? Euh... Ca peut aller de la simple phytothérapie quelquefois, j'vais pas dire l'effet placebo mais presque, jusqu'à l'hospitalisation d'office. Voilà. Donc le... Le taquet est assez large euh... J'ai pas non plus de, de choses codifiées. Alors c'est vrai que quelquefois l'anxiolyse est assez facile, peut-être assez facile, avec les benzos de courte durée d'action, mais toujours avec une réévaluation très très courte. En général, y'a pas de place en urgence en tout cas pour les antidépresseurs, voilà. Et ce, je me méfie toujours des benzos avec leur effet paradoxal.

Du coup, est-ce que, ben, on peut dire que finalement vous vous retrouvez à faire, quand vous dites "Je reconvoque les patients", est-ce qu'on peut dire que vous vous retrouvez à faire de la psychothérapie?

Ah je suis pas psychothérapeute. Je n'ai pas cette prétention et je n'ai surtout pas cette compétence. C'est une vraie compétence. Euh, le 2^e regard, je suis à la campagne, c'est-à-dire que j'ai des volumes horaires assez conséquents. Avec une clientèle assez majeure. Donc euh, vouloir entreprendre une psychothérapie, une vraie psychothérapie, c'est vraiment chronophage, et si on la fait, faut bien la faire. Donc euh, à mon niveau c'est peut être quelque chose que je délèguerai. Même si j'ai un contact très facile et que je peux, euh, en début de semaine ça m'est arrivé, un patient qui était pas bien, la consultation a duré une heure un quart. Bon. La salle d'attente débordait par la fenêtre, mais ce patient avait besoin de moi précisément à ce moment-là, et c'est moi qu'il voulait avoir, donc euh... Donc voilà. Donc je dirais pas que

j'ai cette compétence. Alors, est-ce que j'aurais envie de me former à ça... Je ne sais pas non plus si j'ai le charisme à ça.

Si vous avez cette appétence-là, ou si vous avez, euh... Quand vous dites "j'ai le charisme à ça"?

Non j'ai un charisme à discuter, c'est pas un problème, mais est-ce que j'aurai la... Enfin, si je décide de me former à ça c'est justement pour suivre davantage de patients, est-ce que psychologiquement je serai assez fort pour le faire. Euh, je sais pas. Peut-être. Peut-être pas. Si j'ai choisi de faire médecine générale, c'est pour faire de la médecine générale, c'est-à-dire, faire de tout. Et pas... Et pas m'enfermer uniquement dans une psychothérapie spécialisée pour les risques suicidaires.

Ouais.

J'insiste bien sur la totalité, hein? Même si ça fait partie du... Du boulot, mais ça fait... J pense que si on veut bien le faire faut que ça fasse partie du boulot de manière... Sans excès en tout cas.

Euh... Est-ce que ça vous est déjà arrivé de vous trouver en difficulté pour gérer le consentement du patient dans ces situations là?

Alors, j'avais t'embêter dans ton questionnaire: oui.

Est-ce que vous pouvez développer du coup?

J' préfère. Question ouverte et question fermée.

Ouais.

Euh. Oui mais ça m'est arrivé samedi soir par exemple. Samedi soir, appelé euh, par les pompiers, la gendarmerie, le maire du village, à 21h. Et on m'a appelé pour une HO. Donc euh bon l'HO n'existe plus maintenant. Mais pour un équivalent HO je dirais. Hospitalisation d'office. Euh... Un patient qui avait pris 23 comprimés de Seresta® 50, accompagnés de sa demi-bouteille de porto. Donc euh bon, contexte, une cinquantaine d'années, sa femme s'est barrée après qu'il ait fait quelques conneries, ses gosses veulent plus le voir, euh... Son horizon est un peu bouché je dirais. Et... Donc j'ai été appelé à Evron pour ça, et j pense que lorsque je suis arrivé sur place, l'ensemble des acteurs, euh... Etaient persuadés que ça durerait quelques instants simplement. Donc ils étaient tous autour de lui, le type était un peu agité. Chui arrivé, on a fait sortir tout le monde. Euh, j'ai discuté... Chais pas, une heure, une heure et demi avec lui. Régulièrement, on venait frapper à la porte "Ça va Docteur?" euh, persuadés qu'il était en train de me jeter un sort. Et, finalement, après, c'qu'il avait besoin cet... Cet homme là, c'était de discuter. Donc ça s'est simplement soldé par une hospitalisation ici à l'hôpital de proximité, parce que bon, les doses de benzos qu'il avait ingéré faisaient que, mais euh... Alors qu'au départ devant toute la tribu il était pas d'accord pour aller à l'hôpital, au final, pour sevrer un peu ses benzos pour éliminer toutes ses benzos, il a... Ça c'est très bien passé quoi. Donc ça c'était la dernière fois où quand je suis arrivé, le patient me disait d'emblée "Il est hors de question qu'on m'emmène nulle part", pour finalement à l'arrivée, le faire entrer tranquillement dans un chemin de soin, et d'accompagnement. Et d'accompagnement. Mais c'est pas mon patient.

Ça donc euh, la première partie c'était sur ce qui se passe en consultation... Et ensuite, euh, à l'issue de la consultation. Euh... Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer dans la gestion de l'entourage de ces patients?

Le... L'entourage est souvent... Bon déjà quand ... Quand il est présent. Quand il est présent. Quelquefois il est pas présent. Euh. Pour l'entourage les maladies mentales ce ne sont pas des maladies. Quand on a la grippe, on est couché, on a 40 de fièvre, on sait ce que c'est on est couché on prend du paracétamol et ça va mieux. Euh... L'entourage là ne comprend pas la maladie mentale. C'est une maladie des... Déroutés de la tête, c'est qu'il est fou. Et... Et puis les fous, on les met dans le placard, on veut pas en entendre parler. Faut surtout pas en parler. Donc euh, il peut déjà y avoir cette première chose. Faut cacher un petit peu cette maladie. La deuxième chose c'est que l'entourage il est, ben il est... Complètement désarmé devant les... Les désordres mentaux, quels qu'ils soient d'ailleurs. Complètement désarmé, et personne, je dis bien personne, hein? N'est préparé à ça. Et euh, très très souvent, c'est une forme

d'incompréhension, voire même de révolte, hein? "Et pourtant elle a tout ce qu'elle veut", et pourtant, et pourtant... Enfin voilà... Euh... "J'vois pas c'que je peux faire de plus", donc euh... Ce désarmement se manifeste, cette impuissance se manifeste par euh, une forme de dédouanement: "J'vois pas c'que j'peux faire de plus". Donc en disant ça, c'est clair que c'est pas forcément être aidant. Pas forcément être aidant. Euh, ça c'est la 1^{ère} chose. Ça c'est j'dirais c'est quand l'entourage est plutôt, est plutôt absent. Sinon lorsque l'entourage est présent, il faut s'assurer qu'il soit pas étouffant non plus. Qu'il soit pas étouffant. Faut trouver un juste milieu. Faut trouver... Faut leur faire prendre conscience d'une juste présence. Faut pas non plus qu'ils se... Qu'ils regrettent toute leur vie en se disant "Si j'avais su, si j'avais su". Donc euh... Et, faire comprendre à l'entourage qu'effectivement, les maladies mentales relèvent... Relèvent vraiment du moi profond, et euh... Et que la part exogène qu'ils peuvent apporter, elle est fondamentale et nécessaire, mais... Mais... Enfin, heureusement qu'elle est là, mais elle pourra pas tout résoudre. J'préviens également des effets secondaires des médicaments qu'on peut être amené à donner quelques fois. Qu'ils aient pas l'impression, après un comprimé de Seresta® ou autre benzo, que le patient ait picolé quoi.

Euh, toujours sur l'entourage: quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer dans la gestion du secret médical dans ces conditions?

Hmm, c'est compliqué. C'est plus facile quand l'entourage est avec nous à la consultation. C'est... C'est beaucoup plus facile. Euh, non, sinon le secret professionnel il est là quoi, il s'impose et s'oppose. Donc euh, c'est à nous à trouver les arguments pour... "Ah dis donc il est pas en forme, hein?" "Quand est-ce que t'as été au cinéma avec lui?" Euh... "C'est quand votre prochain barbecue?" C'est... Trouver des arguments indirects pour euh... Pour éveiller un petit peu la curiosité mais sans trahir. Donc euh... Mais sinon, si le patient n'est pas bien, euh, à moins euh qu'il n'ait décidé d'avoir une personne de confiance et que cette personne soit connue, sinon, c'est compliqué quoi. Sinon c'est compliqué. Et la notion de personne de confiance reste encore assez aléatoire pour l'instant. En tout cas... J'ai pas beaucoup de personnes de confiance en clientèle. Donc c'est peut être un argument à développer justement pour euh, pour pouvoir ouvrir un petit peu la porte au secret, pour mettre des gens dans la... Pour mettre des gens dans la confiance.

Euh... Ensuite on en a déjà un peu parlé mais euh, qu'est-ce qui peut bloquer dans la mise en place s'il y a lieu de soins sous contrainte? Pour ces patients?

Boaah j'ai un sale caractère, donc s'il faut mettre sous contrainte, je mets sous contrainte. Voilà, c'est...

Ok

Enfin j'pense, c'est notre mission de toute façon. C'est notre mission donc à partir du moment où on estime que c'est dangereux, ben, c'est dangereux. Alors euh, heureusement, on n'est pas si souvent que ça sollicités, mais bon... Alors quelquefois c'est rigolo, les gens nous demandent d'hospitaliser sous tiers la... Leur proche mais veulent pas rédiger le certificat du tiers. C'est rigolo. "J'veux bien que vous le fassiez", c'est la patate chaude en fait. "Mais moi j'veux pas". Euh... Non j'ai pas... Pour ça les contraintes c'est pas un problème, non. J'dirais, le seul problème, c'est surtout... Estimer la juste contrainte. Est-ce qu'il y en a besoin ou pas, et laquelle mettre. Laquelle mettre, et puis, être au courant également des lois, puisque... Les textes ont changé en... 2016? Juillet 2016, je crois, et faut mettre les bonnes appellations sinon le certificat n'est pas valide. Voilà. Euh, également, on est souvent sollicités, ça c'est un, c'est un problème, notamment par les, par les agents de l'ordre. Les pompiers, les gendarmes. Il est agité, faites lui une piqûre, ça va le calmer, ça sera plus facile pour le transport. Oui, très bien. Et puis quand le patient arrive en hôpital, en EPSM, il est complètement gavé et shooté, du coup il est calme, on le fait sortir le lendemain et on a pas résolu le problème. Voilà. Donc c'est aussi quelquefois faire comprendre à nos... A nos agents que faire euh... Faire une injection c'est pas rendre service au patient, ni à la col... Ni à la collectivité publique.

Ok. Sur euh... L'orientation du patient. Euh... Qu'est-ce qui donc là, sur euh, du coup dans la région, qu'est-ce qui peut poser soucis?

On a... Même si on est à la campagne, on a un bon maillage.

D'accord.

Donc si le patient il a fait une connerie, c'est-à-dire que... S'il a fait une atteinte physique propre: j'ai avalé des cachets, ou j'me suis tailladé les veines ou quoi ou qu'est-ce, il faudra qu'il passe par l'hôpital général, donc pour nous ici c'est l'hôpital de Helfaut, euh... Ou la partie physique sera prise en compte, et... Y'a un infirmier psy qui est là, et tous les matins y'a le psy qui passe, donc euh, une réévaluation est faite et si faut faire un transfert à l'EPSM et que tout va bien, euh sinon, s'il faut faire un suivi en CMP, y'a pas de problème, puis t'as les autres formes de suicide que sont... L'alcool, l'alcool ou les drogues dites douces. Voire plus dures hein? Ou les mecs commencent vraiment à picoler on a les centres d'addicto qui sont très bien, avec lesquels on a des bons rapports, les CMP on est bien suivi, et l'EPSM j'ai pas de soucis non plus. Donc euh, même étant à la campagne, on a un bon maillage. Donc euh.. Maillage qui reste bien évidemment dans la sphère publique, hein? Donc euh j'suis pas sûr qu'ils auront du caviar à tous leurs repas. Mais on a... On a un bon maillage. Voilà.

Qu'est-ce que vous avez comme délai d'attente à peu près? Par exemple, vous parlez des CMP, euh, sur les délais de recours, euh...

Alors, c'est téléphone dépendant.

D'accord.

Si j'appelle moi même, c'est rapide. Si je laisse le patient appeler, dans la quinzaine. Voilà. Mais en appelant soi-même au CMP, ils arrivent toujours... Ils ont toujours des petites places... Des petites plages, je pense que ce sont des plages d'urgence, on arrive à voir les patients assez facilement. Le tout est de trouver le bon CMP. Ici au village où je suis, on dépend de 4 sect... 3 secteurs différents pour la psychiatrie.

D'accord.

Comme la psychiatrie... J'dirais que, oui ça c'est un problème. La sectorisation psychiatrique. C'est... Selon tel ou tel village c'est pas le même CMP, c'est pas le même EPSM, c'est pas les mêmes structures de soins qu'il faut appeler... C'est là ou c'est compliqué aussi. Le maillage.

De savoir à qui s'adresser, euh...

Oui. Oui. Autant on peut aller à l'hôpital de son choix, autant en psychiatrie, euh... Non. T'habites dans tel village, tu vas à tel endroit. Y'a pas le choix. Ça ça peut être un... On parlait des difficultés juste avant, ça peut en être une.

Alors, c'est peut-être un peu redondant, mais... Qu'est-ce qui serait un obstacle à la prise en charge en ambulatoire euh, d'un de ces patients?

Sa mauvaise compliance, le fait qu'il en ait pas envie, les antécédents du patient. Selon qu'il ait déjà fait des tentatives de suicides... Alors pas la tentative de suicide "Ouh, je tombe dans les pommes" mais euh, des trucs un peu plus sérieux. Le mec qu'on a décroché 2 fois d'une branche, et qui s'est envoyé une balle dans le pied déjà. Donc ceux là on va... Bon... C'est...

On est un peu plus...

Un peu plus... On va être un peu plus durs. Donc ça, ça peut être des obstacles, hein? Y'a des gens qu'on sent pas très... Qu'on sent pas bien du tout, et... Et qui de toute façon... Qui sont, qui sont limites, quoi. Et... Mouais. Et quoi qu'on fasse, t'façon ils réussiront à... Ils réussiront. J'me souviens d'un patient que j'avais hospitalisé à l'EPSM sur hospitalisation libre un vendredi, j'ai bien discuté avec lui, il est arrivé à l'EPSM, il était... J pense que passer un week-end là-bas, ça lui aurait fait du bien. Et l'interne de psy qui l'a vu l'a trouvé bien, au contraire, en lui disant "Ben écoute, tu reviens lundi". Le lundi il s'est pendu dans le bois. Le dimanche il s'est pendu dans le bois, pardon. Donc euh... Euh... Bon. J'étais un peu vénère.

J' imagine.

J'étais un peu... Voilà. C'est que la dangerosité avait été bien... Bien ciblée à mon niveau, mais différemment évaluée au niveau de l'EPSM, et, bon, le patient y est resté. Euh... De même, ça revient à ce que je disais tout à l'heure, hein? Les patients qui vont se suicider, on les voit pas venir, hein? J'ai souvenir étudiant, j'avais un pote de ma promo en D2, on regardait tous les matchs de foot ensemble, j'avais la télé donc il venait chez moi, ou alors on jouait aux échecs toute la nuit. Donc euh, on commençait à 8h du soir, on terminait à 8h du matin, on allait en stage ensuite. Et... Un mardi, y'avait un match de foot "Tu viens ce soir?" "Je viens ce soir" "Ok,

à tout à l'heure", à midi, je le dépose devant chez lui, il est monté dans sa chambre, il s'est mis une balle dans la tête. Et... Rien. Enjoué, comme d'habitude. Rien vu. Rien vu venir. Donc, euh... Voilà? Donc euh, son scénario était écrit puisqu'il avait acheté son... Une arme euh, à l'époque y'avait pas besoin de permis de chasse ou que ou qu'est-ce, il l'avait acheté une petite semaine auparavant. On a retrouvé les factures dans l'appartement. Bon voilà quoi. Enfin.

Euh... Là vous parliez de la... La différence d'évaluation qu'il peut y avoir entre... Voilà, le patient, que vous voyez, vous estimez qu'il y a un risque et qu'il faut l'hospitaliser, il arrive à l'EPSM et finalement à l'EPSM on dit "Tout va bien", vous pouvez sortir, euh... Cette dichotomie, c'est quelque chose que vous ressentez souvent?

Non, pas souvent, non. Pas souvent mais tout à l'heure on disait "Est-ce que j'ai envie de me former" ou "Est-ce que j'ai la compétence pour", non. Cette compétence, elle est à l'EPSM. Euh, ce qui fait que... Comme j'ai, comme j'ai pas la compétence, et que lui l'a, je lui fais confiance. Par défaut. Si je commence à envoyer à des confrères en qui j'ai pas confiance, euh... Faut que je change de métier. Faut que je change de métier. Faut savoir déléguer. Si... Si j'envoie voir un spé, c'est que j'ai besoin d'un avis spé. Y a 2 types... 3 types de médecins. Y'a ceux qui savent et qui savent vraiment, ceux qui savent pas et qui savent qu'ils savent pas, et y'a ceux qui savent pas mais qui croient savoir. Ceux-là sont dangereux, les derniers. Les autres, euh, ça ira quoi. Donc cette euh, donc cette dichotomie, non. Non. De même que, euh... Un patient qui a une barre thoracique, on est à la maison, on a pas l'électro, il a sa barre qui irradie vers les mâchoires, il a le tableau, il est fumeur et il a un cholestérol au plafond et... Enfin il a tous les facteurs de risque, il fait sa barre, t'appelles le SAMU. Et puis c'est une embolie pulmonaire. Bon bah, c'était pas un infarct, mais... C'est tout. C'est-à-dire que j'avais les critères d'urgence pour euh... Pour faire appel à l'équipe compétente, et l'équipe compétente a rectifié le diagnostic. Y'a pire que de ne pas se tromper, c'est de se tromper, hein?

Alors ensuite c'est plus euh d'une manière générale, quels seraient vos besoins pour améliorer votre prise en charge pour ces patients? Qu'est-ce qui y'a...

C'est comme souvent en médecine, on aurait envie de faire beaucoup de choses, mais on peut pas être à la place des gens. On peut pas être dans leur vie. On peut pas... Je pense que si un soir tu vas pas bien et que tu te prends une cuite, t'iras mieux le soir. Mais le lendemain le problème sera toujours là. Donc c'est ce que j'essaie de dire aux patients. C'est pas parce que tu prends un médicament qui te fait du bien que t'iras mieux après. Donc euh... On peut pas changer leur vie, ça c'est autre chose. La, la première. La deuxième chose, j pense que c'est un peu comme avec les enfants ou les adolescents, il faut toujours garder le contact. Même si c'est compliqué quelquefois, faut pas rompre le contact. Toujours garder le contact pour essayer de montrer qu'il y a au moins une personne dans leur horizon sur laquelle ils peuvent compter. Au moins la journée. Parce que la nuit... Maintenant on a le droit de dormir la nuit. Dans la journée. Sinon au niveau des prises en charge, beaucoup de choses sont faites. Beaucoup de choses sont faites, hein? Euh... Aussi bien pour les adultes que pour les enfants. Donc là... Ils ont mis au CHU là le réseau Vigilans en place, c'est plutôt pas mal, c'est plutôt bien fait. Ça permet aussi d'avoir un... Nous on regarde nos - ça c'est pour nos enfants, pour nos jeunes - on les... On les regarde on les soutient, on soutient les parents aussi, à ce moment-là qui... J'crois qu'on doit un petit peu les piloter. Et... Et le réseau continue aussi à faire son œuvre. Même si j'trouve l'idée... Ton patient est perdu de vue, on va lui envoyer une carte postale... J'sais pas si la carte postale fait plaisir à l'adolescent quoi. C'est sympa quoi, mais... Ils sont plus SMS je dirais. Snapchat ou réseau social lambda quoi. Carte postale, c'est un peu désuet. Mais sinon, c'est une bonne initiative. Euh... Donc au niveau, développer ce genre d'idées pour les adultes, j pense que ça peut être une bonne chose aussi. Même si ils vont bien, savoir que malgré tout, le centre qui les a pris en charge quand ils allaient pas bien, si besoin est toujours là pour les accueillir, ça leur fera une 2^e porte d'entrée dans la vie plutôt que de sortie de la vie, euh, si besoin. Ils ont pas toujours envie de nous dire les choses à nous médecins, et le fait d'avoir plusieurs canaux pour pouvoir épancher leur souffrance et leur mal-être, en tout cas c'est... c'est aussi une bonne chose en fait.

Toujours pour rester dans le maillage?

Toujours pour rester, oui dans le maillage euh... On reste, enfin, on reste dans un maillage de toute façon. J'sais pas comment ça peut se passer en ville. Je ne sais pas trop, mais ici en tout cas, à la campagne, on reste dans le maillage. Et les voisins sont vachement importants par ici. Y'a une solidarité vraie qui existe. Encore aujourd'hui.

En terme de formation, est-ce que vous estimeriez avoir des besoins particuliers sur ce sujet-là?

On a toujours besoin de formation. Toujours. Donc je pense l'écrire en conclusion, qu'il faudrait faire des formations... On a toujours besoin de formation, donc c'est pas la peine de l'écrire. C'est pas la peine. Tout le monde l'écrit dans les thèses, mais...

Sur quoi et quand?

Oui, et puis toute façon, un médecin qui te dit qu'il a pas besoin de formation, c'est pas vraiment un médecin, et un médecin qui te dit qu'il a besoin de formation, tout le monde en a besoin, donc euh... Non, j'pense pas que c'est de la formation. Je dirais plutôt des rencontres formelles ou informelles avec les confrères psys. On parlait tout à l'heure de maillage, oui, c'est ça, c'est renforcer le réseau. C'est plus ça qu'on a besoin. Et parce que justement on va rencontrer le réseau, former le réseau, euh, rencontrer les gens, discuter avec eux, on va se rendre compte des compétences et des affinités de chacun, les uns les autres hein? Il suffit d'assister à des FMC pour dire "C'est pas mal ce qu'il a dit, j'avais pas cette vision-là", et si j'ai un souci avec ce patient, aussi, et que j'arrive pas, je sais que j'ai mon référent qui est là-bas. Qui pourra aider mon patient à ce moment-là. Donc euh... C'est pas vraiment, c'est pas vraiment une formation je dirais. J'suis dur, hein? Avec les formations

Non non, mais, effectivement...

Oui et puis les formations, bon, j'suis maître de stage à la fac comme beaucoup, on en fait quoi. On en fait tout le temps donc... Enfin tout le temps, on en fait très souvent en tout cas. Très souvent, trop souvent j'sais pas... Mais j'suis pas sûr que ça apporterait un plus en fait.

Sur euh, les outils à disposition, est-ce qu'il y a des choses qui vous semblent manquer, en ambulatoire? Est-ce que... Des fois vous vous dites "Tiens, ça, ça serait bien que ça existe"?...

Dans ce domaine particulier? Non. Non parce que l'échelle d'évaluation du risque suicidaire, je ne l'utilise pas. J'en parlais tout à l'heure. Parce que encore une fois, j'ai pas envie de l'utiliser. C'est très personnel. Et euh, dans ce regard-là, c'est vraiment.. C'est vraiment du relationnel avant tout. Pour estimer... Pour estimer le risque, bon j'ai l'expérience qui joue un petit peu aussi. J'pense que quand on est jeune et médecin, on... Il nous manque beaucoup de clés. Quand on est vieux médecin, il nous reste juste quelques serrures à trouver. Voilà

Et j'commence à vieillir

Euh, du coup, sur les moyens... Les moyens que vous avez à disposition, est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez améliorer, ou...

Non, ça rejoint la question précédente en fait. Ça rejoint la question précédente. Non. Simplement avoir la force de toujours avoir... écouter mes patients avec la même envie.

Hmm... En fonction de sa disponibilité propre, euh...

Oui et puis... Je reste passionné de la médecine, mais je comprends qu'on peut avoir des confrères qui sont fatigués de la médecine. Qui n'ont plus envie. Qui ont plus envie d'écouter. Plus envie d'en parler. À mon sens, je comprends que, euh... Quand on a pas envie de parler, on va perdre cette relation. Et en fait, c'est juste avoir la force de continuer. Alors j'sais pas, les moyens à avoir c'est peut-être d'avoir plus de vacances? Pouvoir se vider la tête.

On arrive à la conclusion. En résumé, qu'est-ce qui serait pour vous la principale difficulté que vous rencontrez, sur ces cas?

Le fait de passer à côté. De pas le voir arriver. Euh... D'avoir un coup de fil et de raccrocher en disant "Ah merde".

Donc finalement c'est un peu la difficulté du lien avec le patient... Enfin ça rejoint...

Oui c'est le fait... Non, c'est pas la difficulté du lien parce que le lien il est là... C'est plus une difficulté qui est propre au patient. Qui n'avait pas envie de venir. C'est pour ça.

Ben comment est-ce qu'on peut aider quelqu'un qui a pas envie d'être aidé?

C'est étonnant. Là j'ai souvenir... J'ai pas beaucoup de suicides qui ont réussi mais y'en a quand même... Souvenir d'un... D'un jeune, 35-36 ans, marié, 2 enfants, il picole, il fume comme un sapeur, pfff... Sa femme en a assez, et se barre avec les filles. Il se retrouve tout seul... Là il s'est racheté une conduite, il a commencé par arrêter de picoler, avec un suivi pour arrêter de picoler, il a bien arrêté, puis il... Dans la foulée, "J'veux arrêter de fumer" puis il a arrêté de fumer, ça a été dur, mais il a arrêté de fumer. Donc là il a arrêté de picoler, arrêté de fumer, voilà, propre sur lui, il s'est pendu. Voilà. Il avait fait le ménage avec lui-même. Et... Alors que, dans son suivi, que j'trouvais super, euh, il avait pas vu ses filles, et qu'il s'était dit "Ben tiens, pour suivre mes filles, faut quand même qu'elles aient une belle image de leur père, et donc j'vais arrêter de boire, j'vais arrêter de fumer, j'vais montrer que j'voux mieux que ça". Et... Super projet, hein? Super projet. Et en fait non, son but à lui était pas là. Son but était pas là. Et j'suis passé à côté. Et jamais il a... Jamais il avait évoqué le... Le risque suicidaire. Jamais. Jamais. Quand on lui posait la question sur le moral, c'était "Bah, mes filles me manquent, mais j'les vois et on.. On passe de bons moments avec". Voilà.

Et la dernière question: est-ce qu'il y a des choses qui vous posent problème la dessus, et qui ont pas été évoquées? Est-ce qu'il y a d'autres choses?

Ben y'a forcément des choses qui vont revenir, mais sur des questions comme ça à brûle pourpoint... C'est évident. C'est évident et... Euh... Mais pfff, non, j'dirais non. Non, c'est le... A part la... L'incertitude diagnostic à chaque fois. Ou pronostic. Donc après... Parce que, c'est quand même un cas où lorsque ... Euh, c'est surtout vrai pour les hommes. Un peu moins pour les femmes. Enfin j'crois que les hommes se réussissent plus souvent que les femmes. En tout cas j'ai l'impression. Euh... Même si les femmes appellent plus facilement "Au secours". C'est peut-être pour ça d'ailleurs que... Qu'elles arrivent moins à l'acte. Mais donc je, la difficulté c'est de passer à côté. Et de rester avec cette amertume... "Ah merde. J'lai pas vu venir". Ouais.

Bon. On va s'arrêter là-dessus du coup.

Très bien.

Merci beaucoup.

VERBATIM 9

Donc moi je bosse sur les difficultés de prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale.

Ok.

Donc quelles sont toi, là, les premières... Les difficultés que tu rencontres, euh, dans la prise en charge de la crise suicidaire chez l'adulte, en... Voilà, première idée, le truc principal.

Ben c'est... La difficulté, je pense que c'est une difficulté communicationnelle, et savoir comment gérer ton patient. Hein, pour moi ça serait ça la difficulté. C'est à dire que, soit... Il vient en disant qu'il est pas bien et qu'il va se.. Qu'il va mettre fin à ses jours ou qu'il a l'intention de mettre fin à ses jours. Soit... Tu proposes une hospitalisation et soit il est ok, et c'est facile, entre guillemets, ou soit il est pas ok, et c'est là que les choses se compliquent. Moi je dirais que c'est la compliance du patient à la prise en charge, qui est la difficulté principale.

Sur euh, sa capacité à... Enfin, à te livrer les choses, et du coup à adhérer au projet de soins que tu proposes après, euh...

Bah euh, ça en général, je trouve que les patients ils s'expriment assez facilement sur ça. Sur leur mal-être. Et si... Il est détecté sans qu'ils ne l'expriment, avec notre façon de voir les choses, c'est facile de... Enfin, de leur en faire prendre conscience. Après le... Pour moi la difficulté c'est plutôt, si ils ont besoin d'être hospitalisés tout de suite, si ils sont pas d'accord, et là ça met en place une procédure qui est techniquement plus compliquée. Dans l'acceptation et... Par les contraintes techniques et puis par les contraintes pour les patients. C'est ça pour moi la difficulté principale. Après quand ils sont pas bien et que, euh... Et qu'ils adhèrent, euh, c'est... Une question de temps, entre guillemets, pour qu'ils aillent mieux.

Donc, je distingue... Enfin... Je parle d'abord de ce qui se passe en consultation et ensuite à l'issue de la consultation... En consultation, sur le plan diagnostic, dans quel contexte tu évoques, toi, le diagnostic de crise suicidaire?

Alors, dans quel contexte diagnostic?

Non, dans quel contexte.... Chez quel type de patient... Quelle présentation va te faire évoquer le diagnostic de crise suicidaire?

D'accord. Bah en général c'est chez un patient dépressif

Ouais.

Étiqueté comme tel depuis un moment ou pas encore, euh, et qui à l'occasion de la consult exprime euh, un ras-le-bol, un mal-être, euh, avec l'idée d'en finir et de ne plus souffrir et pour ne plus souffrir, ils nous le disent pas clairement mais, que si tout s'arrêtait, et cetera, ça...

Toi tu poses la question, dans ces cas-là?

Ah oui oui oui. Ah oui, carrément. Euh, si ils me disent... Genre je leur demande euh, euh.... Attends je m'imagine un patient qui me le dit, euh... "Avez-vous pensé à mettre fin à vos jours?", si oui "De quelle façon?" euh, et en général ils expriment... J'ai déjà euh, euh, soit ils avaient évoqué une pendaison, soit ils avaient évoqué suicide par arme à feu, chez un policier notamment, mais euh... Ils le disent assez facilement. Les médicaments, plus fréquent. Que j'ai déjà entendu.

Euh, du coup ça peut être un petit peu redondant, mais qu'est-ce qui peut te poser problème dans ce diagnostic? Enfin, qu'est-ce qui a... Enfin, c'est un peu con, mais qu'est-ce qui va faire que tu vas passer à côté, qu'est-ce que... Où tu vas pas être sûre?

Que le patient il est mal à ce point-là et qu'il pourrait commettre ça?

Ouais.

Parce que y en a des fois ils sont vraiment mal et puis ils le disent pas, et puis ils peuvent, euh, je pense, et j'ai déjà, euh, un exemple, pas moi personnellement mais avec une consœur, que quand ils sont vraiment mal, ils te disent que... Ils viennent, et ils te disent que ben non, ils y ont pas pensé alors qu'ils y ont pensé et puis c'est ça la difficulté. Après tu peux pas... La difficulté c'est que tu peux pas soigner des gens qui ont pas envie d'être soignés.

Hmm...

C'est ça le truc, c'est que, pfiou... Ils peuvent, entre guillemets, pour parler... Ils peuvent te la mettre à l'envers entre guillemets. Ils sont pas obligés de te dire vraiment profondément ce qu'ils pensent. Et là, à ce moment là, toi tu peux pas faire grand chose. C'est plus ça tu vois.

Après, euh... Qu'est-ce qui peut te poser problème dans l'évaluation du risque? Dans la gradation, euh, de... Ben du, du risque de passage à l'acte en fait.

Dans l'évaluation du risque, qu'est-ce qui peut être compliqué, ok.

C'est clair?

Oui oui, attends, ouais ouais, carrément. Euh...

C'est-à-dire, qu'est-ce qui va pouvoir te faire dire "Là j'ai le temps", "Là c'est tout de suite"...

Ouais... Mais alors ça, c'est impossible à répondre, ça dépend de la personne. Ah, tu vas avoir une ado qui te dit qu'elle est pas bien et que, euh, elle pourrait prendre, enfin, elle envisage de mettre fin à ses jours avec des médicaments, mais à partir du moment où si elle est vraiment mal et déterminée, elle peut complètement y arriver... Et puis ça peut être le gars, euh, le policier qui a justement une arme à feu, qui en a vraiment ras-le-bol et qui a déjà pensé à l'utiliser, mais qui est père de famille, qui est fan de ses enfants et qui dit "Je leur ferai jamais subir ça", au final, ce qui serait, on penserait le plus dangereux, ça serait l'arme à feu, alors qu'en fait ça sera peut-être la gamine de 16 ans. C'est imprévisible, c'est imprédictible, c'est... Chaque cas est unique et chaque mal-être à l'instant "t" est complètement différent. Et une patiente pas bien, on va la revoir le lendemain, ça peut être pire, ou beaucoup mieux, parce qu'il y a beaucoup de choses... Il y a des choses profondes, mais après il y a beaucoup de choses contextuelles, et le contexte évolue tout le temps. Donc euh c'est vraiment du cas par cas. Y a pas une chose qui ferait dire que... Même l'arme à feu, s'il y a la famille, s'il y a un bon étayage, on parle bien, si le patient il est prêt à revenir rapidement, il... Ça peut être des choses rassurantes. Que d'autres choses... Je sais pas si ça va, je te réponds bien à ta...

Si, si, si, non mais effectivement, c'est que c'est pas... C'est pas tracé quoi. C'est à chaque fois...

(Acquiesce)

Euh, du coup, en gros, ça va être la recherche, enfin... Tu me dis si c'est pas ça, mais la recherche de freins du coup, sur euh, enfin... Ouais, chercher s'il y a des freins chez le patient, sur l'entourage, enfin, aussi sur l'étayage...

Ah oui. C'est sûr que là, j'en parlais, la famille, si le patient il a des enfants, s'il a une femme ou un ami, ou... Ça c'est des facteurs facilitants, bien sûr. Si la personne est entourée, c'est des points d'appui, c'est des points d'accroche, c'est des gens qu'il faut, euh... Faire adhérer au projet de soins, et qui quand d'ailleurs les patients sont vraiment pas bien, ça peut arriver que les familles nous aient déjà contacté avant, en disant "Écoutez, j'vous envoie mon fils, ma fille, mon mari, ma sœur, parce que ça va pas", et déjà ça c'est super important, et puis après euh, tout en respectant le secret médical, mais des fois c'est des patients qu'on suit, et puis quand ils demandent, on répond "Ben oui, il faudrait euh"... Enfin, on leur donne les infos qu'on peut leur donner, mais sur euh, pour leur montrer que leur rôle il est vraiment fondamental dans tout ça quoi.

Une fois le risque suicidaire évalué, sur le plan thérapeutique, euh... Quel traitement tu mets en place en fait?

Alors, pour moi, la prise en charge principale, c'est la prise en charge thérapeutique euh, par... Une prise en charge par un psychologue ou un psychiatre. Donc pas la prise en charge médicamenteuse en première intention. Euh... Et c'est vraiment à la demande du patient, et comment lui il le sent. Moi personnellement, euh, je n'instaure pas... J'ai pas encore, parce que je suis pas encore installée, mais instauré solo de traitement antidépresseur sans avoir l'avis d'un psychiatre, ou, parce que... Euh, chaque... Personnalité euh, est différente, chaque molécule peut amener des effets différents, et j'ai pas assez de recul dans ma pratique pour être sûre que tel IRS va être le plus adapté pour telle personne. Donc je prends conseil auprès de quelqu'un, quand je pense qu'il est nécessaire d'en mettre, mais en général, quand je pense

qu'il est nécessaire d'en mettre, c'est que les gens sont vraiment pas bien, et souvent je préconise une prise en charge aiguë, euh, soit l'ilot psy ou... Pour qu'ils voient le psychiatre de manière.... Et c'est, je leur remets plutôt le choix de la primo prescription. Pour l'antidépresseur. Après quand c'est en mode anxiolytique, c'est différent. Ça y'a pas de soucis. Mais, euh... Mais là c'est autre chose. L'anxiété c'est pas euh... Après, des fois euh, mais non, si ils sont vraiment déprimés, de manière profonde, je vais pas mettre d'anxiolytiques sans mettre d'antidépresseur. Donc euh, je prend toujours un avis.

D'accord. Tu vas, ouais, pas de... Tu vas pas utiliser des anxiolytiques à visée sédatrice, ou...

Ça dépend. Mais s'il y a une crise suicidaire, euh, quand ils sont vraiment pas bien, euh, bon, tu vois, la levée d'inhibition sous anxiolytiques, spontanément, là je pense pas que je le ferai. Après, peut-être dans la pratique, en fonction de ce que les gens vont dire, si tu sens que... Tout dépend de ce qui est vraiment dit. Ça dépend ce que t'entends comme crise suicidaire. Tout dépend du degré de la crise suicidaire, en fonction de comment tu l'appelles. Si c'est des idées suicidaires, des idées noires, ben là c'est autre chose, et effectivement, si ton patient il dort pas, s'il a des crises d'angoisses, une agoraphobie ou des choses comme ça, oui, là tu peux anxiolyser, carrément. Mais si, euh, c'est vraiment une crise suicidaire aiguë, avec vraiment un scénario établi, des choses très claires dans la tête du patient, là c'est vraiment autre chose, pour moi, c'est euh.... Une hospitalisation dans ces cas-là. Quand c'est très clair dans la tête du patient, et exprimé, c'est que c'est un besoin d'aide, et qu'il faut l'extraire de son milieu.

Du coup, là tu disais plutôt que pour toi, en première intention, c'était plutôt la prise en charge euh, psychothérapeutique.

Ouais.

Qu'est-ce qui peut bloquer, dans la mise en place de... D'une psychothérapie.

Toujours pareil, hein, euh, le frein financier, donc euh, on n'est pas tous égaux pour ça, et donc euh, c'est le.. Le frein de payer la consultation, de 50 à 60€, ou plus ou 70€, et tout le monde peut malheureusement pas se permettre de la financer, surtout que parfois euh, il faudrait plus qu'une fois par mois, donc euh, c'est un peu compliqué, donc ça c'est le principal frein. Je pense que si c'était remboursé, les gens iraient beaucoup plus facilement, et ça leur ferait beaucoup de bien. Et puis l'autre frein c'est qu'il faut les convaincre aussi parfois, parce qu'ils ont un peu honte, ils se disent "Mon Dieu, je vais aller voir un psy", et du coup moi je leur dis "C'est comme aller voir le kiné", euh voilà, "Il va remettre les choses en place dans votre tête", "On devrait tous d'ailleurs aller voir un jour un kiné, on devrait tous aller voir un jour un psychologue, ça nous ferait tous du bien", et j'arrive à leur amener, euh, comme ça. À les déculpabiliser, ou à enlever cette pseudo-honte qu'est pas justifiée quoi.

OK. Et du coup tu disais, des fois la gestion euh, enfin du consentement du patient, l'adhésion sur la prise en charge, c'est pas...

Ben quand ils sont vraiment pas bien, parfois, c'est compliqué euh, de... De... Si ils veulent pas être hospitalisés, et que toi tu... estimes qu'ils devraient l'être, bah là du coup c'est des hospitalisations sous contrainte, et là c'est vraiment autre chose. Bon, j'ai eu la chance d'avoir toujours réussi à bifurquer comme il fallait et de pas avoir eu à faire ça euh, j'ai toujours pu contourner un peu les choses, mais... Ça serait ça, la difficulté. Administrative aussi un peu. Et puis après psychologique pour le patient mais bon, après, quand il faut, il faut.

Du coup ça c'est en consultation.

Oui.

À l'issue de la consultation, quelles sont les difficultés que tu peux être amenée à rencontrer dans la gestion de l'entourage de ces patients. Est-ce que tu as déjà été en difficulté à ce niveau-là, ou...

En difficulté pour la gestion de l'entourage des patients qui expriment des idées suicidaires ou...

Ouais.

Pfiou.. Oui et non, alors euh, non parce que... Enfin je vais dire oui. Oui, parfois, par le respect du secret médical. Et que du coup, les gens comprennent pas forcément pourquoi la, leur conjoint, compagnon, n'est pas bien, et on peut pas toujours dire, enfin on peut pas dire les raisons du pourquoi, donc ce serait plutôt ça. La frontière entre ce qui peut être dit, ce qui doit être dit, ce qu'ils ont besoin d'entendre, ce qu'on a le droit de dire ou pas, voilà. C'est plus ça, je trouve.

Enfin, comment dire... Pour toi ça reste opposable dans ces cas-là? Enfin, comment dire... Comment tu gères si euh, tu penses que, enfin... Faudrait s'affranchir du secret médical pour parler à l'entourage ou pour demander un étayage auprès de l'entourage pour le patient...

Alors, s'affranchir du secret médical, ça c'est pas possible. Après, il y a communiquer de manière très subtile, ou, voilà... Et, soit si j'ai besoin de dire des choses, je demande à ce qu'ils viennent à plusieurs en consultation, comme ça je pose les questions qui vont faire émerger ce qui doit être dit, et puis au final comme ça, on est dans un triangle et puis ça permet d'instaurer le dialogue en posant les bonnes questions. En soulevant euh, les problématiques. Je ferais comme ça, et... Ou alors je dirais, "Écoutez, là, il faut vraiment", à l'autre personne, qui devrait étayer, enfin, être l'aidant, je lui dirais "Écoutez, là il faut vraiment que vous vous en occupiez", je lui dirais vraiment, "Je peux pas vraiment vous dire, et d'ailleurs c'est pas le sujet, pourquoi ça va vraiment pas, mais par contre je peux vous dire qu'il a vraiment, vraiment, vraiment besoin de vous". Je le jouerais comme ça. Et en disant "Je peux pas vous dire, il faut que vous discutiez avec lui". Mais euh, je le dirais pas si la personne... Si l'aidant n'est pas au courant que la personne qui doit être aidée n'est pas bien, je vais pas aller le... le... Je vais faire toujours en sorte que ça vienne de l'aidant. Qu'il vienne me poser la question. Qu'il vienne vers moi, et moi à ce moment-là... Je sais pas si je suis claire?

Euh, du coup tu veux dire que tu vas solliciter le patient pour qu'il interpelle l'aidant?

Euh, que je vais solliciter l'aidant indirectement pour qu'il s'occupe bien du patient qui a besoin d'être aidé. Et après, je réfléchis... Parce que des fois dans le cas des anorexiques et tout ça qui sont pas bien... Mais j'ai jamais appelé directement la famille ou euh... Ils ont toujours contacté, parce qu'en général, ils se rendent bien compte qu'il y a un truc qui va pas, donc euh... Voilà, tu vois un peu?

Ok. Du coup, on a déjà parlé un petit peu des soins sous contrainte, euh... Qu'est-ce que... Je sais pas si tu as déjà été amenée à le faire, et quelles difficultés... Non?

Non, je l'ai... J'ai toujours réussi à contourner le truc. Euh, pourtant il y en avait qui avait vraiment besoin, mais en appelant l'hôpital et tout ça, en les prévenant, c'est une ambulance qui va venir les chercher... Du coup, c'est pas moi qui ai dû faire le papier administratif, qui a été fait après, par la suite. Mais ça a pas été fait directement par mes soins. Ou alors après d'autres... Dans le cadre de... D'une anorexie, tout ça, je sais que l'hospitalisation sous contrainte a été faite par les parents, mais après. Mais c'est pas moi qui ai fait le... J'ai un peu amené, tout doucement tout le monde là-bas à l'hôpital, mais euh, c'est pas moi qui ai signé les papiers.

D'accord. Et ça tu saurais... Tu sais où trouver les certificats, euh...

Ah ben, j'irais sur le Conseil de l'Ordre, j'ai des trucs pré-établis dans ma petite mallette, dont je me suis jamais servi, mais... J'en ai sur moi, au cas où. Voilà, j'ferais Conseil de l'Ordre, euh, et puis si je sais pas, j'appellerais le Conseil de l'Ordre. Tu vois? Ou j'appellerais les psys du CHU? Et puis je leur dis, et puis je trouverais... Maintenant avec internet... Je suis pas trop inquiète sur ça.

Tant qu'il y a du réseau...

C'est ça, exactement. Après c'est vrai que s'il y a pas de réseau, on est... on est mal. **Alors sur l'orientation à l'issue de la consultation, quelles difficultés tu peux rencontrer? Un autre réseau, mais voilà, sur la mise en jeu de ton réseau, euh... Qu'est-ce que... Qu'est-ce qui peut bloquer? Ou une fois que tu as décidé de ce que tu devais faire, ça pose pas de problème, tu sais où t'adresser?**

Ah oui, au niveau du relais, du maillage, en dehors de la consultation? Oui. Bah ça dépend dans quel secteur on est, mais dans le secteur lillois, euh, en cas de crise euh, de problème aigu vraiment urgent, euh, c'est le centre d'accueil et de crise, y'a toujours l'interne ou le chef de clinique, quand j'ai besoin j'appelle, et puis même si c'était pas eux, ils me disent ben vous appelez le G machin, G27, et je les contacte. Y'a l'îlot psy aussi, en cas de crise aiguë, au CPAA, et puis après, au niveau des confrères et consoeurs psychologues, oui, j'en connais, euh, via retour de patients et puis moi personnellement dans les formations, et puis les psychiatres aussi j'en connais, euh... J'suis plus psychiatre en mode hospitalier, et psychologue en mode ambulatoire. C'est un peu ça. J'envoie pas trop au psychiatre en ville, j'en connais un peu moins. Voilà.

Et t'arrives à avoir des délais raisonnables dans ces cas-là?

Ben non, non, faut... Si on prend pas son téléphone, délais raisonnables non. Parce que c'est toujours trop long quand ils sont pas bien hein? Non. Mais des fois quand on a le temps ça va. Après on prend son téléphone, on fait un courrier... On arrive toujours à ses fins quand on insiste un petit peu hein, mais... Parfois c'est bien aussi qu'il y ait du temps, parce que quand on a bien déblayé le terrain en consult avec certaines personnes, en leur disant, ben voilà, tel objectif, vous revoyez dans une semaine ou dans quinze jours, parfois le temps aussi... Mais quand c'est urgent, téléphone. Ça c'est clair. Et ça marche tout le temps. Mais il faut être patient.

Faut arriver à avoir quelqu'un...

C'est ça.

Euh, du coup... J'aurais pu t'en parler avant... Je parlais de psychothérapie... Est-ce que c'est quelque chose que tu peux faire, toi, en consultation, quand tu arrives pas à avoir euh, à adresser...

Alors, oui, techniquement je peux le faire. Euh, mais... Comme je ne fais pas que ça, je serai forcément moins efficace que quelqu'un qui fait ça tout le temps. Donc quand c'est pas possible de faire autrement, je vais travailler un peu avec les gens et, faire faire... Du travail entre guillemets, hein? Je vais surtout les faire verbaliser. Et puis euh, être un peu du côté des thérapies... Cognitivo-comportementales en mode positif. En leur faisant voir, entre guillemets, de manière très réductrice, le bon côté des choses quoi. En mettant qu'est-ce qui est bien, qu'est-ce qui marche, qu'est-ce qui fonctionne, qu'est-ce qui fait que vous iriez mieux... En leur faisant verbaliser... Du mieux.

T'as fait des formations toi là-dessus?

Ouais. J'ai fait euh,... Alors ça remonte, mais.. Les thérapies brèves. J'ai fait un an de formation en thérapies brèves. Et du coup c'est pour ça que j'ai des outils, un peu, pour savoir...

Plutôt orientés solutionnisme, euh...

Tout à fait. Tout à fait. Je cherchais le terme. Du coup ça aide bien. Parce que du coup, tu sais un peu... Je me sens un peu moins désarçonnée, désarmée, quand on me dit euh, quand on exprime son mal-être quoi.

Euh... Bon, c'est peut-être un petit peu redondant, si c'est le cas on passera, mais, sur euh... Qu'est-ce qui, enfin... Quels sont les obstacles que tu peux rencontrer dans la prise en charge en ambulatoire de ces patients?

Bah... Des patients toujours en crise suicidaire hein? Ben on peut synthétiser, hein, après, c'est si ils ont besoin d'une prise en charge psychothérapeutique, ben, c'est la barrière financière. Si ils ont besoin d'être aidés, mais qu'ils sont pas prêts, c'est leur propre barrière psychologique, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, qu'on peut pas aider des gens qui veulent pas être aidé, c'est compliqué en tout cas, faut du temps, pour leur faire changer de vision des choses. Euh, et puis après, c'est si, si... Ils adhèrent pas au projet de soins. C'est ça qui est difficile. Principalement. Et puis le temps aussi. La façon des consultations, si on parle des difficultés... Parce qu'en médecine générale, si tu comptes en moyenne une consultation de 15-20 minutes, et ben c'est absolument pas quelque chose qui est gérable en 15-20 minutes, d'où le fait que je ne fasse pas de prise en charge psychothérapeutique, parceque je pense qu'il faut au moins

une demi heure, une heure, euh, et que... Notre façon de travailler n'est pas propice à ce que tout soit au mieux pour les patients quoi.

Du coup là pour l'ambulatoire, et quels obstacles tu peux rencontrer dans la prise en charge hospitalière de ces patients? Ou dans la mise en place d'une prise en charge hospitalière?

Oh c'est juste leur compliance au traitement. Pas de prob... Au niveau hospitalier, bon des fois faut les joindre, faut les appeler, mais bon ça c'est la vie, comme eux, quand ils veulent nous appeler, des fois, on n'est pas joignables, donc euh, ça c'est, c'est... Non, ce serait ça. C'est vraiment le côté euh, non-adhésion du patient. Enfin, ouais, ce serait ça.

Euh, et du coup, quelles difficultés tu peux rencontrer dans la mise en action de structures et professionnels dans la prise en charge de ces patients. Un fois que tu sais où adresser, t'as jamais de soucis...

Ah ben si parce que des fois, je me souviens, c'était une patiente qui avait besoin d'être hospitalisée longtemps, genre à "la Maison Fleurie" ou... Voilà, et après c'est le problème de manque, comme toujours, de manque de places, de disponibilité... Alors là y'a pas de crise aiguë suicidaire, c'était plutôt une crise chronique suicidaire, si on peut dire ça comme ça, mais voilà, c'était plutôt le fait qu'il y ait pas de, de... De place... Entre guillemets. C'est... Ça, c'est une difficulté parce que du coup y'a... Ben on aurait besoin de faire quelque chose, mais on peut pas le faire parce que... C'est pas possible techniquement

Et après une fois que le patient est hospitalisé, enfin est pris en charge par euh... A une prise en charge spécialisé, t'as pas de soucis dans la communication, ou dans les relations avec...

Non, après faut prendre son temps, faut télé... Si y'a besoin, on prend pas le cou... Si on a un courrier ou un retour, et qu'on comprend pas, le traitement, ou qu'on a une interrogation, ben faut prendre son téléphone et... Puis, parfois être un peu patient, mais... C'est la vie en général hein? Donc euh non, pas de difficultés par rapport à ça.

Ok.

Et puis parfois, ben si on a pas le courrier et que c'est long, ben... On sait aussi comment ça se passe de l'autre côté, et ils font aussi de leur mieux et ben c'est pareil, on se téléphone et puis voilà. C'est à nous... J pense que c'est à l'humain de pallier parfois... aux failles, un peu, du système. Et aujourd'hui on a plus trop d'excuses pour savoir... Enfin, c'est facile j'trouve quand même de se téléphoner, de se contacter, de... Si chacun met de la bonne volonté des 2 côtés, c'est pas un frein. De communication entre les structures, je trouve.

OK. Euh, ça c'est une première chose... Ensuite, c'est plus par rapport à toi... Quels seraient tes besoins, à toi, pour améliorer la prise en charge de ces patients?

Bah...

Est-ce qu'il y a des choses... Des outils qui te manqueraient, des choses sur lesquelles tu aimerais être plus à l'aise?

Ah bah il faudrait que je continue à me former sur tout ça, que je continue à lire... Justement sur les thérapies brèves, et... Continuer à toujours se former. Ça c'est une des solutions, pour être encore plus à l'aise. Et puis... C'est le temps aussi. Mais le problème, c'est que tu vois, quand on dit "une consultation gynéco", "pédiatrie", on va mettre 30 minutes, on te dit pas "une consultation parce que je vais pas bien et que j'ai envie de mettre fin à mes jours" quoi. Donc ça c'est...

Tu peux pas prévoir une heure...

C'est ça, c'est ça, c'est plutôt le *timing*, après c'est tout, il faut être en retard, accepter d'être en retard, sauf qu'après c'est compliqué, quand c'est le dernier patient, ça va on peut, mais...

Quand c'est la première consultation...

Ouais c'est plus ça, tu vois, c'est plus des choses organisationnelles, mais après on fait comme on peut et... Continuer à se former, et... Ouais, ce serait surtout ça. La formation.

Du coup avoir du temps pour la formation aussi

Ah oui, bah après, avoir du temps... On a toujours du temps. Après, prendre du temps pour ça... Après, c'est sur quoi est-ce qu'on choisit de... On a toujours du temps. Faut le prendre.

Euh, ça c'est plutôt par rapport à toi... Sur les facteurs extrinsèques, qu'est-ce qui te semblerait important pour améliorer la prise en charge des patients présentant une crise suicidaire en cabinet de médecine générale? Est-ce qu'il y'a des choses qui, tu penses, qui pourraient être mieux, est-ce que...

Ah ouais non, moi, ma façon de faire les choses? Ah non, plus le système. Ah ouais ben le système, euh, ah ben oui c'est sûr, c'est toujours perfectible, c'est le... Les centres aigus, ça, ça va, je pense que c'est suffisant. Je pense que c'est parfois quand ils ont besoin d'être hospitalisés, ou... Que les structures sont pas toujours adaptées. Je pense que... il y a de plus en plus de gens qui sont... Au-delà des pathologies psychiatriques délirantes, tu vois... Plutôt la crise suicidaire dans le côté *burn out*, euh...

Des choses qui sont plus contextuelles que vraiment la pathologie en elle-même?

Voilà, qu'à une pathologie psychiatrique, voilà, et ça je trouve qu'il y en a de plus en plus, de gens qui ont ça. Et euh, je pense que ça viendra, mais d'ici 20 ou 30 ans, j'en sais rien, les gens ils... On est dans une frénésie de notre société, qui fait que... Je pense que les gens en mal-être, il va y en avoir de plus en plus. Des gens en crise suicidaire, il va y en avoir de plus en plus, parce que notre société, on va toujours plus vite, on va toujours plus loin, on se perd et on reste isolé chez soi, et les gens ne se disent plus les choses et je pense qu'il y en aura vraiment de plus en plus et... Ce qui pourrait aider dans le système, et qui existe pas encore, ou pas assez, il faudrait que les gens ils aient des endroits pour souffler, sans que ce soit des... Des structures psychiatriques liées aux pathologies, parce que je pense qu'on mélange un peu tout. Et... Je pense c'est pas forcément aidant... Les pathologies sont différentes, je pense que s'il y avait, tu vois?...

Le patient en burn out il a pas forcément sa place en secteur avec un psychotique...

C'est ça. C'est ça. Carrément. Euh, et que du coup, un peu des havres de paix... Je sais pas comment te l'exprimer, mais je pense que ça pourrait être bien. Des... Des sas de décompression, pour les gens. Et que justement ils se retrouvent... Les gens "burn outé" et puis comme tout, les ateliers thérapeutiques ils se retrouvent entre eux et puis ils se disent "Ben oui, ben voilà, forcément, quand on bosse 80h par semaine, et qu'on voit plus sa famille..." forcément, on a envie de se foutre en l'air, c'est un peu logique. Ça ce serait une solution. Ça serait un truc à faire.

Plus une problématique sociétale du coup

Ah ben complètement. Complètement. Et donc là après, ben c'est la politique...

On peut parler de la démographie médicale hein du coup aussi?

Oui, oui... Oui, oui, oui, oui. C'est sûr que... Y'a pas... En tout cas, au-delà de la démographie, les psychologues, j'trouve que, ils devraient vraiment être remboursés. Enfin la prise en charge... Leur travail devrait... Et ça serait... Je pense que ça apporterait beaucoup, aux gens. Et ça éviterait les crises suicidaires, ça éviterait de devoir créer ces... îlots thérapeutiques.

Bon, du coup c'est peut-être un petit peu redondant... Qu'est-ce qui te semble manquer dans les moyens à disposition en ambulatoire?

Ouais on peut dire ça quoi. Créer une structure pour les gens en *burn out*, ou en épuisement moral, euh, mais pas... N'ayant pas de pathologies psychiatriques avérées, avoir des... des centres, comme ça, euh... La, le remboursement des psychologues, et puis peut-être communiquer un peu plus sur tout ça, pour que les gens euh... On dit "les antibiotiques, c'est pas automatique", mais aussi euh, bah "si vous vous sentez..." Bah si... Un peu les stigmates de la dépression... J'sais pas faudrait faire un... Communiquer sur ça, au grand public en fait. Pour pas qu'ils... Pour se dire...

Qu'on se retrouve pas avec juste des "Ben secoue-toi un peu" et "J'veis pas aller chez le psy, j'suis pas fou".

Ouais, pour que les gens ils... Ils se rendent compte que... Comment dire... Que c'est pas... Que y'a pas de honte, qu'ils ont le droit de ressentir ce qu'ils ressentent, qu'on peut faire quelque chose pour eux, et qu'ils sachent les prémices pour pas basculer du côté obscur entre guillemets. Parce que si on sait que... On a plus envie de manger, qu'on dort pas bien, et que c'est pas normal de pas avoir envie de manger, et que c'est pas normal de pas dormir, et que...

Retourner un peu vers les basiques, les primaires, et je pense que ça... Et du coup les gens viendraient en disant "Ben oui, ben j'ai vu, la campagne de pub, c'est vrai, ça fait 6 mois que je dors pas" euh voilà.

"J'ai perdu 5 kilos"

Ben ouais, et du coup, au moins, ça évite qu'ils viennent en disant "Ben voilà, j'ai... J viens parce que écoutez, c'est bizarre j'ai un petit peu envie de me pendre", voilà, j pense que ça pourrait aider.

Ok. Pour conclure, quelle serait, toi, la principale difficulté que tu rencontres sur la prise en charge de ces patients?

Bah... Ça c'est... C'est qu'ils ne soient pas prêts... Et qu'ils n'acceptent pas de vouloir aller mieux. Et d'accepter que parfois on perd des patients. C'est ça la principale difficulté. Parce qu'après, ben on se débrouille tout le temps hein? Oui c'est difficile, oui c'est toujours des situations compliquées, mais euh, c'est plus ça. C'est plutôt le patient qui veut pas... Qui dit, mais qui au fond, il a... Il est déjà décidé, et ça arrive, le patient qu'on pourra pas sauver, entre guillemets. C'est ça la difficulté pour moi.

C'est ce que tu me disais tout à l'heure, "On peut pas sauver quelqu'un qui veut pas être sauvé"

Ben c'est ça. Et ça c'est difficile. Mais après ça c'est moi, c'est difficile pour moi, hein? Après, c'est plutôt moi, personnellement, mais ça c'est ma difficulté principale, mais après c'est à moi de travailler là dessus, faut que j'accepte que, voilà, on peut pas sauver tout le monde quand on est médecin, et compagnie, mais euh... C'est ça la difficulté. Après... C'est des situations compliquées, mais qui sont gérables, en prenant le temps.

Et... Est-ce qu'il y a des choses qui te posent problème, et qui te semblent ne pas avoir été évoquées là?

Dans la prise en charge? Non, je pense qu'on a bien fait le tour, hein? Non je te dirais que c'est bien. Qu'on a bien dit des trucs... Intéressants.

VERBATIM 10

Donc moi je travaille sur les difficultés de prise en charge de la crise suicidaire en cabinet médecine générale.

Hu-hum

Donc là en première idée, quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge de la crise suicidaire chez l'adulte?

Hum... Bon déjà c'est poser un diagnostic, on va dire sensiblement le plus précis possible, c'est-à-dire est-ce que on est réellement confronté à un patient capable d'un passage à l'acte, ou est-ce que on est confronté à quelqu'un qui est je veux dire dans un appel au secours, donc, là y'a... Je pense qu'on n'a pas le choix, quand on a la conviction qu'il y a un... un risque de passage à l'acte, c'est une hospitalisation

Ok. Donc là je distingue un peu ce qui se passe en consultation et à l'issue de la consultation. En consultation, dans quel contexte vous évoquez le diagnostic de crise suicidaire, ou le risque d'un passage à l'acte?

Bon, nous... Ou du moins nous médecins de ville, on a une clientèle relativement euh, je dirais relativement fidèle, ce qui fait qu'on connaît à peu près bien nos patients. Je dis bien "à peu près", parce qu'on peut passer à côté, donc, l'interrogatoire, la demande du patient, pourquoi il vient nous voir, donc euh, il y a des petites alertes qui se font, des discours qui nous amènent à plus... Plus volontiers penser qu'on est face à quelque chose... On va dire, d'une urgence à peu près immédiate, ou si c'est simplement des idées noires.

D'accord. Euh... Du coup, quand vous commencez à évoquer ce, enfin voilà, risque de passage à l'acte... Comment est-ce que vous évaluez le risque? Est-ce qu'il y a des éléments que vous utilisez, qu'est-ce que vous recherchez, qui va vous faire dire justement "Là j'ai le temps", ou "Là y'a urgence"?

Le ressenti de l'anxiété et de la détresse. L'intensité de cette détresse. J'vous le dis, c'est un peu de *feeling*. Et donc là, on... Moi en général mon attitude si j'ai vraiment ce sentiment - c'est relativement rare, hein? - euh, c'est l'hospit. Donc j'arrive, ou à le convaincre - dans la grande majorité des cas je peux passer à côté de l'hospitalisation à la demande d'un tiers - j'arrive à gérer avec le patient. Dans la grande majorité des cas. Alors je vous cache pas, c'est relativement rare, hein?

Une fois que vous avez gradé un peu ce risque, au niveau thérapeutique, qu'est-ce que vous mettez en place?

D'abord, un, bien évaluer comme je vous dis, le risque, parce que si vous mettez un régulateur de l'humeur d'emblée, là dessus, avec un type capable de passer à l'acte, euh, faut avoir quand même euh, faut avoir, faire attention de ne pas avoir de risque de passage à l'acte dans les 10 jours. Donc association d'anxiolytiques, avec un régulateur de l'humeur. Si vraiment, euh, j'estime pouvoir le faire. Il en aura quelque soit la situation. Mais on peut faire évaluer aussi par un confrère spécialiste avant d'engager un... Une thérapie, je parle de régulation de l'humeur hein, antidépresseur.

Et... Là vous parlez de thérapie... Quelle difficulté vous pourriez rencontrer dans la mise en place justement d'une psychothérapie?

Bah la psychothérapie, moi, pour moi hein? C'est quelque chose d'excellent. De... de vraiment très bien. À la limite, toute la cohorte de choses, hein? Du sophrologue à la psychothérapeute ou le psychothérapeute, au psychiatre... Cependant, c'est l'accès. On a deux sortes de psychothérapeutes, celui qui travaille en privé, et qui coûte 50 balles la séance en moyenne, et c'est pas bien cher payé pour euh, pour lui, mais c'est cher pour le patient dans le sens où c'est pas pris en charge, et ensuite les psychologues des CMP. Qui sont pas toujours engagés... C'est compliqué parce qu'il faut que ça "fit", déjà entre le patient et le praticien, et ensuite si vous avez des praticiens pas franchement engagés, ce qui est quand même souvent le cas hein? Un genre d'essoufflement dans le job, euh, c'est pas simple la psychothérapie. Sinon c'est tellement génial. L'idée est tellement géniale.

Mais c'est sur la mise en place en fait que, en pratique...

Ouais... Ouais... Accès... Alors vous avez un type qui est dans la demande, il va aller euh, il me dit qu'il a pas les moyens éventuellement de se faire suivre par un psychologue, donc euh, je lui dis prenez rendez-vous avec le CMP, qui dépend de l'endroit où vous habitez, puisque vous le savez aussi bien que moi, c'est réglementé, et ensuite vous avez un... Un rendez-vous à 3 semaines, 1 mois avec quelqu'un qui semble pas toujours ... Parce que, le patient est demandeur. Donc euh, quand il veut échanger, il a besoin vraiment d'un échange, pas de quelqu'un qui regarde sa montre, pas de quelqu'un qui lui dit "Bon ben là dans un quart d'heure", "Bon ben on se reverra d'ici... 2 sem... 2 mois". Et donc, c'est pas simple. Pourtant c'est bien. Mais je ne sais pas, vous êtes sur Lille? Je ne sais pas si vous avez un accès plus aisé?

Ouais, pfff... Non, ça reste compliqué en psychiatrie publique, ou sinon c'est le problème du coût en fait hein.

Ah, oui, et puis c'est pas simple, c'est qu'une psychothérapie, comme vous le savez, c'est pas 2 séances. C'est quelque chose... C'est une forme d'engagement. Avec euh, un programme. Donc euh...

Et puis, le soucis d'accroche avec le thérapeute en fait...

Faut que ça fit.

Et des fois, avec 2-3 consultations, avec des thérapeutes différents, le patient s'essouffle un peu

C'est... Voilà c'est ça.

À l'issue de la consultation, quelle difficulté vous pouvez être amenés à rencontrer dans la gestion de l'entourage du patient? Est-ce que... Enfin, vous pouvez vous aider d'un cas éventuellement euh...

Vous voulez dire par rapport à la famille, c'est ça? L'entourage?

Ouais.

Bon, si j'ai la conviction qu'il faut l'hospitaliser, je les motive. Et donc, en général ils m'aident.

D'accord.

Euh, sinon après, s'il y a pas d'hospitalisation avec des risques... Du moins, des idées noires avec idées de suicide, bon ben là je discute avec la famille si le patient est d'accord pour tenter d'améliorer, je veux dire, sa prise en charge en psychothérapie.

Hmm. Le secret médical c'est quelque chose qui vous a déjà posé problème dans ces conditions?

Oui, oui. Bien sur. Vous me parlez de la famille?

Ben, ouais.

On est comme les avocats. Vous savez que les avocats n'ont pas le droit de discuter avec, euh... Ça vous paraît un peu, je ne sais pas si vous savez ça, mais, c'est complètement dément, un avocat ne peut pas discuter avec la femme d'un criminel, du condamné, je veux dire, du dossier. C'est... C'est... C'est... Lié au secret de l'instruction. C'est quand même incroyable. Et bien nous, c'est la même chose, vous êtes l'épouse d'un type qui a des grosses idées noires. Si j'ai des conseils à lui donner et des conseils à donner à la famille, on... Sort du secret médical. Je suis convaincu qu'on le fait tous. De façon quotidienne. Jusqu'au jour où on sera enquiquiné quoi. Tant qu'on n'est pas sur écoute.

Euh, du coup, alors c'est plus.. Toujours un peu pour l'entourage, si vous jugez qu'il y a nécessité de soins sous contrainte, qu'est-ce qui...

Ah, je les motive. On y parvient quasiment toujours.

Ouais.

On y parvient quasiment toujours. Donc là on s'engage tous les 2 et puis le patient est hospitalisé à la demande d'un tiers

Ensuite sur l'orientation du patient à l'issue de la consultation, est-ce qu'il y a des choses qui bloquent, sur la mise en marche... La mise en action de votre réseau, ou...

Bah, la motivation déjà du patient, hein? Comme je vous l'expliquais un peu, c'est un, est-ce que vous avez... Est-ce que le patient est motivé? Est-ce qu'il se complait dans sa, son... Sa

détresse. Ou s'il est motivé, est-ce qu'il a en face de lui des réponses? Donc euh, c'est vrai que... Qu'il faut s'armer de patience

C'est quel secteur ici?

Hautmont. CMP d'Hautmont. Donc euh, rue Gambetta. Donc euh et puis le canton quoi.

D'accord. Qu'est-ce qui pour vous serait un frein à la prise en charge ambulatoire de ces patients?

Les sous.

Ouais...

Le coût. Y'a pas que le coût, hein? J'aime pas dire ça, parce que mes confrères, si ils m'entendaient, ils diraient "quel enfoiré"... C'est, encore une fois, je le répète: l'engagement. C'est un métier tellement difficile que d'être psychiatre... Et euh, pareil pour les équipes de psychologues. C'est certainement tellement difficile que euh... L'engagement n'est pas euh... N'est pas vraiment entier. Et donc euh, on a affaire à des gens... Un peu pénibles. Des patients qui sont... Qui gavent. Je veux dire, pendant les consuls', on les voit, on les voit encore, on a l'impression qu'on répète, on recommence, donc il faut, je le disais, s'armer de patience, donc c'est difficile, donc euh, c'est vrai qu'il y a tout un ensemble... L'engagement du praticien. Éventuellement, les sous, ce qui fait que, c'est vrai qu'un psychothérapeute s'engagera vraisemblablement plus, comme un peu les psychiatres dans le temps, dans l'analyse et cetera, dans le sens où y'a... Y'a les brouzouffes au bout, donc ça motive. C'est un peu dommage mais c'est comme ça.

À l'inverse, qu'est-ce qui pêcherait... Qu'est-ce qui bloquerait une prise en charge hospitalière de ces patients? Qu'est-ce qui poserait problème?

Bah, je n'en vois pas... Je ne vois pas... Des.... Un blocage d'une prise en charge hospitalière? Je n'en vois pas moi.

C'est quelque chose, une fois que vous avez décidé qu'un patient nécessitait une hospitalisation, il y a pas de soucis?

Non. Non non. Je pense... Nous, à Maubeuge, il m'arrive même d'aller faire un tour à l'hôpital. C'est à dire que c'est un psy qui m'appelle en me disant... C'est pas mal ça. Bon, je vous cache pas que c'est rare, hein? Parce que... On n'a pas que ça à faire. Mais euh, j'ai notamment en tête une nana... Qui a fait au moins, je sais pas... 10 TA. Et euh... Les pys m'appellent pour qu'on échange autour de son dossier. C'est-à-dire à un moment, encore une fois, d'engagement dans une prise en charge prolongée. Le patient veut sortir ou ne... Ne veut pas rester. Donc, j'y vais, on est à trois, discussion à trois, pour forcer le patient, tenter de forcer le patient, à une hospitalisation, euh, libre. Et la stimuler à rester là puisqu'elle veut se casser, et si pas, euh, j'ai déjà prévenu une famille, un membre de la famille, ou y'a même des mesures un petit peu plus particulières où, et le psy et moi on peut avoir une intervention sur une hospitalisation. Pas d'office mais obligatoire.

Donc euh, l'échange avec l'hôpital, il y a pas de soucis?

Pas du tout.

OK. Du coup après, l'autre question reprend un peu.. Euh, par rapport à vous, de quoi vous auriez besoin, pour améliorer la prise en charge de ces patients? Est-ce qu'il y a des choses?

Pour améliorer la prise en charge? Ben, d'un réseau... Qui répond. De façon plus rapide. Parce que c'est quelque chose qui quand même nécessite une prise en charge assez rapide. Et euh... C'est comme tous les téléphones des toubibs. Ce sont des répondeurs qui vous répondent.

Et puis quand on est rappelé, nous même on répond pas, donc euh... Est-ce que vous auriez des besoins en terme de formation, pour améliorer la prise en charge de ces patients?

Oui. Oui. Ça peut toujours être, dans les FMC, ça peut être intéressant de... Bien sûr.

Alors, sur des sujets particuliers, ou...

Oh, je pense qu'il faut être curieux, hein? Je crois que on... On apprend tout le temps, c'est quand même le côté génial de notre job. Bon j'ai pas d'idées là, instantanées, mais je veux dire, euh, je pense qu'il faut être ouvert, et puis écouter, ouais.

Euh... Est-ce que, vous avez... Qu'est-ce qui vous semble manquer, vous, dans les moyens à disposition en ambulatoire? Est-ce qu'il y a des outils que vous aimeriez avoir, euh... Des choses qui font... Qui devraient mieux fonctionner?

Je vous dis, moi, que ce soit dans le privé ou dans le public, c'est l'avenir hein, c'est cette notion de réseau, de travail... C'est-à-dire, un praticien, deux médecins... Une entité comme euh, une belle maison médicale, avec euh, que ce soit, je veux dire, dans la psy, dans l'allopathie ou dans la médecine traditionnelle, je veux dire c'est... C'est l'avenir, c'est tellement génial de... On perd pas de temps, on va vite quoi. Le réseau.

Donc euh... ça... enfin... C'est pas s'affranchir... Si, s'affranchir un peu de l'isolement du médecin généraliste, du médecin de campagne.

Oui. Tout à fait. D'ailleurs, je pense faire partie des dernières générations qui... Qui va travailler comme ça.

C'est... C'est votre maison là? [montre les étages et le mur derrière le médecin]

Oui.

Ok. On arrive à la fin là. Euh.. Quelle est la principale difficulté que vous rencontrez, vous, dans la prise en charge de ces patients? Si vous deviez retenir une seule chose?

La... Parvenir à convaincre le patient de la prise en charge. En fait, tout tourne autour de ça. Parce que rapidement, on sait. On sait, une fois qu'on a eu un interrogatoire relativement précis, qu'on connaît le patient, euh, rapidement on sait quelle va être notre décision. Après c'est parvenir à... À lui faire accepter notre décision. Ça c'est... C'est pas simple. Pareil pour la prise en charge médicamenteuse. Ça par exemple quand on hospitalise pas... Vous me parliez tout à l'heure de 'Est-ce que je mets en route un traitement'... On a tellement de pipeauteurs. De gens qui sont euh... dans la plainte. Qui font que euh, la mise en place d'un régulateur de l'humeur, auquel j'adhère totalement hein? Y'a une polémique sur la prescription de régulateurs de l'humeur, comme quoi on en prescrit trop... Moi j'ai le sentiment qu'on en prescrit peut être trop mal, mais pas assez bien. Parce que euh, aujourd'hui on a quand même les moyens d'améliorer de façon très sensible l'humeur des gens. On le voit nous en ville... C'est un peu comme les veinotoniques qui ont été considérés par les hautes autorités de santé comme inefficaces... Et quand vous dites à une nana "Vous allez arrêter vos veinotoniques", elle vous dit qu'elle est un peu moins bien que quand elle les prenait. Bah c'est pareil dans les régulateurs de l'humeur. On a tendance à toujours vouloir les arrêter... Et euh, quand on les arrête, "Ah bah j'étais mieux quand même quand je les avais", donc euh, il faut accepter le deal... C'est un peu comme un type qui fait de la tension ou du diabète, il va accepter sa prise en charge. Donc euh...

Donc là, sur les thérapeutiques, c'est finalement l'observance du patient, c'est ça?

L'observance, et puis faire vachement gaffe, là je parle dans votre situation particulière, du jour où on le met en place. C'est-à-dire, est-ce que c'est une réalité de danger imminent, donc pas de mise en place, ou s'il y a pas de danger imminent, la mise en place, en sachant qu'il faudra 10-15 jours au régulateur de l'humeur pour avoir un effet.

Finalement le problème principal c'est l'adhésion du patient?

Toujours. Toujours. Mais vous le verrez dans votre exercice, après. C'est: quelle est sa demande. Est-elle légitime, ou pas. C'est à dire, est-ce qu'il a réellement envie, encore une fois j'utilise ce mot, de s'engager avec le praticien pour une prise en charge, ou est-ce des plaintes permanentes, de gens...

Qui est un mode relationnel en fait

Casse-couille, et puis... qui ont pas réellement envie de s'en sortir.

L'entretien que j'ai fais juste avant vous, le médecin me disait "on peut pas sauver les gens qui veulent pas être sauvés".

Bien sûr. Bien sûr. S'il y a pas de... S'il y a pas d'envie, on ne peut pas. Et... Combien vous avez de gens... C'est pour ça on parlait tout à l'heure d'essoufflement, chez les spé. Quand on

parlait... Un spé, l'engagement du spé, je veux dire, faut que ça "fit", faut vraiment qu'il y ait une envie à deux. Entre le praticien et... Mais eux ils ont tellement l'habitude aussi de se faire euh... Bananer, par des gens qui reviennent 20 fois, 30 fois... Et puis qui réellement... "Docteur, j'avais me flinguer, j'avais me flinguer", euh... Qui ne se flinguent pas. Ou qui ne se flinguent jamais. Mais par contre qui viennent pourrir la vie de eux, de leur entourage, du... Du système quoi.

Et... Pour terminer, est-ce qu'il y a des choses qui vous semblent ne pas avoir été évoquées, qui vous vous posent problème dans votre exercice?

Par rapport à ça? Hmm... Y'a, y'a, je vois chez les nanas, parce que moi dans ma clientèle j'ai plus de filles, de dames qui euh, font des tentatives de suicide, et je euh, on est confronté à une problématique sociale. C'est euh, lorsqu'elles ont un gosse, ou qu'elles sont isolées, je veux dire avec un enfant, là je suis un peu démuni. Parce que euh, des services sociaux peuvent intervenir, et, c'est pas toujours légitime, pas le bon moment, vous voyez... On n'est pas... Parfois on est *borderline*, on n'est pas vraiment dans un engagement, mais les services sociaux, eux ne se posent pas de question. Donc ça c'est quelque chose, c'est vrai que... Ou moi je ne... Je suis impuissant, et ça peut nous poser des problèmes parfois même dans la prise en charge. C'est-à-dire en disant "Bon t'y vas, ou t'y vas pas? Parce que si je t'hospitalise, ben, je prends le risque de vous mettre en danger, euh... toi et ton enfant".

D'accord.

Ça c'est, c'est vraiment un petit détail, mais j'ai déjà été confronté à ce type de situation, qui... Même nous nous mettent mal à l'aise, et qui pourraient nous mettre en danger aussi, parce que, manque de décision peut-être opportunes.

Du coup, j'essaye de reformuler, mais des fois, la prise en charge qui serait adaptée, euh... Selon les livres, pour un patient, peut entraîner à terme quelque chose de délétère au niveau situationnel...

Totalement.

Et encore plus plonger...

Voilà. Totalement. Totalement. Y'a une dangerosité finale à ça, ouais.

Et du coup peut-être la difficulté aussi, d'intervenir sur euh, comment dire... Un trouble de l'humeur qui serait réactionnel à un environnement...

C'est ça qu'il faut cerner. C'est surtout ça qu'il faut cerner. C'est savoir... Est-ce que on est confronté à quelque chose de... De profond, euh, d'endogène, je veux dire quelque chose de profond, ou est-ce que ce sont en effet, quelque chose d'exogène, des phénomènes extérieurs qui influencent, et qui font que ben, euh, le patient vient avec des plaintes énormes, et euh, et qui une heure plus tard a retrouvé le sourire dans... C'est vrai que c'est pas toujours simple. C'est pour ça que la connaissance du malade est importante.

Bon.

Ça vous va?

Très bien. Je sais pas si vous avez d'autres choses à ajouter

Non, c'est bien

Bon ben super.

Annexe 4 – Glossaire

NOTIONS CLINIQUES

Gut feeling: Littéralement “sentiment viscéral”, qui pourrait se traduire par intuition. En pratique clinique, le ressenti par le praticien que “quelque chose ne va pas”, illustrant souvent une dissociation entre la plainte et la clinique, et qui, au fur et à mesure que la recherche avance sur le sujet, semble apparaître comme un critère valide de décision dans certains domaines (notamment en urgence pédiatrique) et une piste d'amélioration de la gestion de l'incertitude dans la pratique médicale

Stolper E. et al. Consensus on gut feelings in general practice. BMC Family Practice 2009 10:66

Syndrome présuicidaire de Ringel: Décrit par le Dr Erwin Ringel (1921-1994) en 1976, désigne un “calme apparent et retraits masquant le repli dans le fantasme suicidaire” (def. HAS). Retrouvé par d'autres auteurs (Ahrens et Linden, 1996). Son niveau de preuve est actuellement considéré comme faible

Ringel E. La prévention du suicide, un problème mondial, Hygiène mentale, 1966, 55, 3, 84-105

Ringel E. The presuicidal syndrome. Suicide Life-Threat. Behav. 1976, 6, 131-149

Ahrens B, et Linden M. Is there a suicidality syndrome independent of specific major psychiatric disorder? Results of a split-half multiple regression analysis. Acta Psychiatr Scand, 94 : 79 - 86. 1996

Traumatisme vicariant: Développé en 1990 par McCann et Pearlman, il est “la transformation durable de l'expérience intérieure personnelle du thérapeute résultant de l'engagement empathique avec des patients ayant vécu un traumatisme”

Auxenfants E. Thèse d'exercice: Traumatisme Vicariant, Stress Traumatique Secondaire et Fatigue de Compassion: une revue systématique de la littérature autour de ces concepts chez les professionnels de santé mentale. 2017

Pearlman LA, Saakvitne KW. Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. Compassion Fatigue Coping Second Trauma Stress Disord Those Who Treat Traumatized. 1995;23:150–177

Usure de compassion: “Désigne le sentiment d'épuisement physique et émotionnel que les professionnels de la relation d'aide sont susceptibles de développer au contact de la souffrance de leurs patients”

Auxenfants E. Thèse d'exercice: Traumatisme Vicariant, Stress Traumatique Secondaire et Fatigue de Compassion: une revue systématique de la littérature autour de ces concepts chez les professionnels de santé mentale. 2017

Figley CR. Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. 1995

Levée d'inhibition: Le développement de cette notion s'est fondée sur le profil cinétique d'action des antidépresseurs: ces derniers, en agissant plus rapidement sur l'inhibition motrice que sur la tristesse de l'humeur, favoriseraient le passage à l'acte suicidaire chez les patients déprimés. Ceci justifierait la co-prescription initiale de

sédatifs (benzodiazépines voir neuroleptiques) en parallèle de l'antidépresseur, afin de prévenir un acte auto-agressif. Cette notion est actuellement critiquée. On considère que cette levée d'inhibition existe également avec des benzodiazépines trop faiblement dosées

Thank you theory de Stone: Décrite par Dr Alan A. Stone (1929-), et qui propose de faire peser la probabilité que le patient soit reconnaissant ("thank you"), après les soins reçus dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement, dans la décision de la contrainte.

Stone AA: Mental Health and Law: A system in transition. Crime and Delinquency Issues. DHEW Publication No (ADM) 76-176: Washington. 1975. pp. 66-79

James C. et al. A study of enforced treatment in relation to Stone's "thank you" theory. Autumn 1988 Behavioral science & the law

NOTIONS LEGALES

Cotation ALQP003: Test d'évaluation d'une dépression (Actuellement évaluation par échelle psychiatrique MADRS, Hamilton, Beck, MMPI, STAI). 69.12€

Le secret médical - Extraits du Code de Santé Publique

* Article R4127-4: Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

* Art L1110-4 du CSP

I. Toute personne prise en charge par un professionnel de santé [...] a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant

IV. La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

V. Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

La personne de confiance - Extraits du Code de Santé Publique

Article L1111-6 - Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Consentement du patient - Extraits du Code de Santé Publique

Loi "Kouchner" n° 2002-303 du 4 mars 2002

Art. L. 1111-4. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Les soins sous contrainte

La loi no 2011-803 du 5 juillet 2011 remplace le terme «d'hospitalisation sans consentement» (qui était en vigueur depuis la Loi no 90-527 du 27 juin 1990) par celui de "soins sans consentement", repris dans les articles L.3211-1 à L.3215-4 du Code de la santé publique, et distingue les soins à la demande d'un tiers, soins à la demande d'un représentant de l'état, soins en péril imminent

Art 132-75 du Code Pénal : "Est une arme tout objet conçu pour tuer ou blesser. Tout autre objet susceptible de présenter un danger pour les personnes est assimilé à une arme dès lors qu'il est utilisé pour tuer, blesser ou menacer ou qu'il est destiné, par celui qui en est porteur, à tuer, blesser ou menacer."

Art 223-6 du Code Pénal : "Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende."

Art 226-13 du Code Pénal : "La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende."

Art 226-14 du Code Pénal : "L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi."

NOTIONS CONTEXTUELLES

Reforme de la psychiatrie: En France, la réforme de la psychiatrie d'une politique asilaire à sectorielle intervient avec la circulaire ministérielle du 15 mars 1960, en post Seconde Guerre Mondiale, en parallèle d'une prise de conscience bioéthique et du droit humain (Procès de Nuremberg, Déclaration Universelle des Droits de l'Homme), ainsi que du développement des premiers traitements psychotropes et de la psychothérapie.

Virage ambulatoire: Expression utilisée sous le ministère de la santé de Marisol Touraine (2012-2017), reprise par le président Macron lors de son mandat. La chirurgie était le premier secteur visé, puis les soins de suite et de réadaptation, et la psychiatrie.

Volonté politique de développer la communication entre médecine générale et psychiatrie: Parmi les objectifs du plan santé mentale 2005-2008, on retrouvait "Rompre l'isolement du médecin généraliste" et "Développer les réseaux de santé mentale"; le rapport d'évaluation indiquait "l'isolement des médecins généralistes a fait l'objet d'un nombre limité d'interventions dont les résultats sont, de plus, difficiles à mesurer. Or, il est d'autant plus important d'impliquer les médecins généralistes dans les prises en charge, qu'il est reconnu qu'ils sont le premier recours pour l'accueil et l'orientation des personnes présentant des troubles psychiques." En revanche, il voyait l'élaboration d'un cahier des charges sur les réseaux en santé mentale.

En 2014 était signée la « charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur » signée par la Conférence nationale des présidents de Commission médicale d'établissement (CME) des centres hospitaliers spécialisés (CHS) et le Collège de la médecine générale (CMG). Et en 2018, l'HAS proposait un guide "Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux État des lieux, repères et outils pour une amélioration"

AUTEUR : Nom : LANDRE

Prénom : Laura

Date de Soutenance : jeudi 3 octobre 2019

Titre de la Thèse : Avant l'acte. Difficultés de prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale. Une enquête qualitative auprès de médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : *Thèse d'exercice du diplôme d'État de Docteur en médecine*

DES : *Médecine générale*

Mots-clés : **Suicide. Crise suicidaire. Idéation suicidaire. Médecin généraliste. Médecine générale. Nord. Pas-de-Calais**

Résumé : **Introduction** En France, le suicide est la 1^{ère} cause de mortalité chez les 25-34 ans, la 2^e chez 15-24 ans et les 35-44 ans. 60% à 70% des suicidants consulteraient leur médecin généraliste dans le mois précédant la tentative de suicide. Des travaux récents montraient des médecins généralistes en difficultés dans la prise en charge de la crise suicidaire.

Objectif principal Explorer les obstacles à une prise en charge optimale des patients en crise suicidaire en cabinet de médecine générale

Méthode Enquête qualitative. Entretiens semi-directifs auprès de 10 médecins généralistes du Nord et Pas-de-Calais recrutés par échantillonnage raisonné et effet boule de neige. Analyse thématique (logiciel NVivo QSR 12®) et triangulation de l'analyse des données

Résultats Les médecins interrogés déclaraient avoir des difficultés à repérer l'idéation suicidaire, ainsi que dans l'évaluation du risque de passage à l'acte, et en méconnaissaient les outils d'évaluation. Une fois évalué le risque, ils se sentaient isolés dans ces prises en charge. Ils se sentaient plutôt à l'aise dans la gestion de la pharmacopée, mais connaissaient mal le réseau psychiatrique et avaient des difficultés à adresser les patients et à communiquer avec les psychiatres.

Discussion Au vu de ces entretiens, renforcer la formation des médecins généralistes à la prise en charge de la crise suicidaire, notamment sur l'évaluation du risque et les outils dédiés à cette évaluation, semblerait pertinent. Des outils web pourraient être une aide. La communication entre médecins généralistes et psychiatres impacte la prise en charge des patients en crise suicidaire, et des dispositifs facilitant la coordination patient-généraliste-psychiatre, pourrait trouver une place dans l'offre de soins.

Conclusion: En première ligne dans sa prise en charge, le médecin généraliste ressent un isolement, un manque de compétences et de moyens de recours pour gérer la crise suicidaire. La formation à l'évaluation du risque serait une priorité, ainsi que faciliter l'accès aux moyens de recours existant.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT, Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE (DT), Madame le Docteur Pauline FOURNIER