



HAL
open science

Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : une enquête qualitative

Pierre-Hubert Catherine

► To cite this version:

Pierre-Hubert Catherine. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : une enquête qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00768253

HAL Id: dumas-00768253

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00768253>

Submitted on 21 Dec 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE ROUEN**

ANNEE 2012

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

SPECIALITE: MEDECINE GENERALE

PAR

Pierre-Hubert CATHERINE

Né le 7 octobre 1980 à Rouen (France)

Présentée et soutenue publiquement le 28 novembre 2012

Point de vue des psychiatres sur leur
communication avec les médecins généralistes :

Une enquête qualitative.

PRESIDENT DE JURY : Madame le Professeur Priscille GERARDIN

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Professeur Alain MERCIER

Année Universitaire 2011 – 2012

U.F.R DE MEDECINE – PHARMACIE DE ROUEN

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE ROUEN**

ANNEE 2012

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

SPECIALITE: MEDECINE GENERALE

PAR

Pierre-Hubert CATHERINE

Né le 7 octobre 1980 à Rouen (France)

Présentée et soutenue publiquement le 28 novembre 2012

Point de vue des psychiatres sur leur
communication avec les médecins généralistes :
Une enquête qualitative.

PRESIDENT DE JURY : Madame le Professeur Priscille GERARDIN

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Professeur Alain MERCIER

Année Universitaire 2011 – 2012
U.F.R DE MEDECINE – PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoît VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J. ANDRIEU-GUITRANCOURT – M. BENOZIO – J. BORDE –Ph. BRASSEUR – R. COLIN - E. COMOY – J. DALION – P. DESHAYES – C. FESSARD – J.P FILLASTRE – P. FRIGOT – J. GARNIER – J. HEMET –B. HILLEMAND – G. HUMBERT –J.M JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P. LEMERCIER – J.P. LEMOINE – Melle MAGARD – MM. B. MAITROT – M. MAISONNET – F. MATRAY – P. MITROFANOFF – Mme A.M. ORECCHIONI – P. PASQUIS – H. PIGUET – M. SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB – R. SOYER – B. TARDIF – J. TESTART – J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P. TRON - C. WINCKLER – L.M. WOLF**

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie Pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine Interne (Gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CPMR	Médecine Physique et de Réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation Médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine Interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (surnombre)	HCN	Cardiologie

M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCN	Epidémiologie, Economie de la Santé
M. Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale / Techniques de Communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique / Médecine – Interne - Gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie – Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Melle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie / Neurochirurgie
M. Jean-François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'Urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie Cytologie Pathologique
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie Infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. Xavier LE LOËT	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Melle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine Interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
M. Eric MALLET (surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Melle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne

M. Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie Digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie Générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONIER	HCN	Chirurgie Vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine Légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et Méd. du Dévelop. et de la Reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'Urgence
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Melle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'Adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et Transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie Digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie Génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. Pierre VERA	CB	Biophysique et Traitement de l'Image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jérémy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme. Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, Economie de la Santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire

PROFESSEURS AGREGES OU CERTIFIES

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Michèle GUIGOT	UFR	Sciences Humaines – Techniques d'Expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean-Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie Organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M. Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie Analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON (MCU-PH)	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation Pharmaceutique et Economie de la Santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Melle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Melle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie Analytique
Melle Marie-Laure GROULT	Botanique

M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie Organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Science du Médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie Thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
----------------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine Générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine Générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS

M. Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

M. Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine Générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine Générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN – Hôpital Charles Nicolle

CB – Centre Henri Becquerel

CRMPR – Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB – Hôpital de Bois Guillaume

CHSR – Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINES

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M. Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Melle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie Organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie Analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADROUCH	Biochimie et Biologie Moléculaire (unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et Biologie Moléculaire (unité Inserm 614)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario TOSI	Biochimie et Biologie Moléculaire (Unité Inserm 614)
M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Priscille GERARDIN, qui me fait l'honneur de présider cette thèse, qu'elle soit assurée ici de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Jacques BENICHOU, qui me fait l'honneur d'être membre de mon jury, qu'il trouve ici le témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Alain MERCIER, qui me fait l'honneur d'être membre de mon jury et qui m'a accompagné tout au long de ce travail. Je te remercie de m'avoir transmis les fondements de la recherche qualitative avec pédagogie. Je sais maintenant que ranger un magasin de vêtements peut s'avérer complexe.

A tous mes maîtres de stages ambulatoires et hospitaliers. Je les remercie de m'avoir communiqué avec passion leur amour et leur connaissance de la médecine.

Aux patients, sans lesquels notre profession n'aurait aucun sens, et qui m'apportent tant sur le plan des relations humaines.

A mes parents, Nadyne et Denis, qui m'ont accompagné tout le long du chemin : de mes premiers pas à ce jour. Merci de m'avoir apporté tout votre amour et de m'avoir permis de devenir ce que je suis.

A ma sœur, Florence, tu as toujours été à mes côtés pour les moments importants de ma vie, et je serais toujours là pour Toi quel que soit le lieu où te mèneront tes pas. A mes neveux, Louis et bébé Armand, la nouvelle génération à qui je souhaite de s'épanouir dans la vie autant que Tonton.

A la femme de ma vie, Solenn, je te remercie pour ton soutien (entre autre orthographique...) et pour ta présence à mes côtés. Maintenant ce sont d'autres projets que nous allons construire ensemble : J-296... Mais avant : en route vers des vacances bien méritées sous le soleil tanzanien. Et ne t'inquiète pas, le 28 novembre sera toujours ton jour !

A Labis, merci de m'avoir appris cette philosophie de vie : prendre la vie en chantonnant quoi qu'il arrive. Tu souris à jamais dans mon cœur.

A Tibo, Soline, Baptiste et Sandra, nos lointains témoins. Je vous remercie pour tous les bons moments passés avec vous et de votre présence pour les autres moments.

A mes compagnons d'internat et de bowling : Aubane, Charlotte, Jsuck, Laetitia, Medhi, Peter,... et de billard : Piero.

A Paul Dupuis, Carles GR et tant d'autres, qui m'ont enseigné, avec passion, l'adage de Nietzsche : « sans la musique, la vie serait une erreur ».

A Corto, Léo,... pour leurs voyages oniriques, leurs poésies. Merci de me faire rêver et de m'entraîner vers d'autres horizons.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	- 10 -
SERMENT D'HIPPOCRATE	- 13 -
INTRODUCTION	- 18 -
CONTEXTE	- 19 -
1. LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE : UN PROBLEME MAJEUR DANS LA POPULATION :	- 19 -
2. LE MEDECIN GENERALISTE : PIVOT DU SYSTEME DE SOINS:	- 20 -
3. PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES :	- 21 -
4. INTERFACE MEDECIN GENERALISTE-PSYCHIATRE : UNE RELATION COMPLEXE :	- 23 -
OBJECTIFS DE L'ETUDE	- 26 -
METHODE	- 27 -
1. CHOIX DE LA METHODE :	- 27 -
1.1. <i>Principe des enquêtes qualitatives : approche Wébérienne et «grounded theory»</i> :	- 27 -
1.2. <i>Choix du mode de recueil des données : l'entretien compréhensif semi-dirigé</i> :	- 28 -
2. ECHANTILLONNAGE : LE CHOIX DES SUJETS INTERVIEWES	- 28 -
3. PREPARATION ET REALISATION DES ENTRETIENS :	- 29 -
3.1. <i>Création du guide d'entretien initial et évolution du guide</i> :	- 29 -
3.2. <i>Réalisation des entretiens semi-dirigés : condition et recueil des données</i> :	- 29 -
4. ANALYSE DES DONNEES :	- 30 -
4.1. <i>Retranscription: le verbatim</i> :	- 30 -
4.2. <i>Analyse des entretiens</i> :	- 30 -
4.3. <i>Codage axial et mise en évidence des thèmes</i> :	- 31 -
4.4. <i>Synthèse</i> :	- 31 -
RESULTATS	- 32 -
1. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS :	- 32 -
<i>Tableau N°1</i> :	- 33 -
CARACTERISTIQUES DES PSYCHIATRES	- 33 -
<i>Tableau N°2 : Diversité des psychiatres interrogés (1)</i>	- 35 -
<i>Tableau N°3 : Diversité des psychiatres interrogés (2)</i>	- 36 -
2. PSYCHIATRIE ET PSYCHIATRE :	- 38 -
2.1. <i>La psychiatrie et les pathologies psychiatriques</i> :	- 38 -
2.1.1. <i>Une spécialité en évolution</i> :	- 38 -
2.1.2. <i>La spécialité de l'esprit</i> :	- 38 -
2.1.3. <i>Une spécialité stigmatisée</i> :	- 39 -
2.1.4. <i>Une prise en charge globale dans les faits</i> :	- 39 -

2.1.5. Comparaison aux autres spécialités :	- 40 -
2.1.6. Difficultés propres à la spécialité :	- 40 -
2.2. <i>Les psychiatres</i> :	- 41 -
3. COMMUNICATION :	- 43 -
3.1. <i>Perception de la communication par les psychiatres</i> :	- 43 -
3.2. <i>Organisation de la communication</i> :	- 44 -
3.2.1. Fréquence de la communication :	- 44 -
3.2.2. Initiation de la communication :	- 45 -
<input type="checkbox"/> Recrutement des patients :	- 45 -
o Accès direct :	- 45 -
o L'adressage :	- 46 -
<input type="checkbox"/> Volonté de communiquer :	- 47 -
3.3. <i>Contenu de la communication</i> :	- 48 -
3.3.1. Des éléments cliniques :	- 48 -
3.3.2. La question du diagnostic :	- 49 -
3.3.3. Prise en charge et traitement :	- 50 -
3.4. <i>Moyens de la communication</i> :	- 52 -
3.4.1. Communications directes :	- 52 -
<input type="checkbox"/> Le téléphone :	- 52 -
<input type="checkbox"/> Rencontres physiques :	- 53 -
o Réunions de synthèse :	- 53 -
o Soirées de formation :	- 53 -
o Au sein même du cabinet :	- 54 -
3.4.2. Communications indirectes :	- 54 -
<input type="checkbox"/> Les courriers :	- 54 -
<input type="checkbox"/> Le patient vecteur :	- 55 -
3.4.3. Autres modes de communication :	- 56 -
3.4.4. Choix du mode de communication :	- 56 -
3.5. <i>Difficultés liées à la communication</i> :	- 57 -
3.5.1. Chronophage :	- 57 -
3.5.2. Méfiance quant au partage d'informations :	- 57 -
3.5.3. Nature de l'information :	- 58 -
3.5.4. Nomadisme médical :	- 58 -
3.6. <i>Influence sur la communication</i> :	- 58 -
3.6.1. Contraintes légales et éthiques :	- 58 -
<input type="checkbox"/> Aspect éthique : la protection du patient et le secret médical :	- 58 -
<input type="checkbox"/> Obligations légales :	- 59 -
<input type="checkbox"/> Essais d'harmonisation : les recommandations du CNQSP :	- 59 -
3.6.2. Place du patient :	- 60 -
3.6.3. Influence de la pathologie et de sa prise en charge :	- 61 -

3.6.4. Vision du médecin généraliste :	- 62 -
4. LES INTERLOCUTEURS :	- 63 -
4.1. <i>Le médecin généraliste</i> :	- 63 -
4.1.1. Le médecin généraliste et sa place dans le système de soins:	- 63 -
4.1.2. La prise en charge des pathologies psychiatriques par le médecin généraliste :	- 65 -
4.1.3. La formation en psychiatrie des médecins généralistes :	- 66 -
4.2. <i>Les autres interlocuteurs</i> :	- 68 -
5. PISTES D'AMELIORATION :	- 70 -
6. TABLE CONCEPTUELLE :	- 71 -
DISCUSSION	- 73 -
1. ELEMENTS CLES :	- 73 -
1.1. <i>Une vision singulière d'un échange nécessaire</i> :	- 73 -
1.2. <i>Le temps: les échanges sont influencés par le moment et la durée de la prise en charge:-</i>	- 74 -
1.3. <i>Un instrument malléable</i> :	- 75 -
1.4. <i>Le patient : acteur ou figurant ? Une position paradoxale</i> :	- 75 -
1.5. <i>Des points de vue distincts pour un objectif commun</i> :	- 77 -
2. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE :	- 79 -
3. DES CHANGEMENTS ENVISAGEABLES :	- 80 -
4. D'AUTRES PISTES DE RECHERCHE A APPROFONDIR :	- 82 -
CONCLUSION	- 83 -
BIBLIOGRAPHIE	- 84 -
ANNEXES	- 89 -
ANNEXE N°1 : GUIDE D'ENTRETIEN	- 90 -
ANNEXE N°2 : VERBATIM DES ENTRETIENS.....	- 94 -
ANNEXE N°3 : LISTE DES CODES UTILISES.....	- 95 -
RESUME	- 100 -

INTRODUCTION

Le fossé communicationnel ressenti par les médecins généralistes entre eux et leurs confrères psychiatres est un sujet récurrent dans les discussions entre généralistes. Les consultations pour des patients qui relèvent du domaine de la psychiatrie sont nombreuses. Il ne se passe pas une journée dans l'exercice des soins primaires sans que les médecins généralistes y soient confrontés. J'ai bénéficié durant mes études médicales, d'un enseignement en service de psychiatrie en tant qu'externe puis interne de médecine générale. Mes maîtres de stage ne semblaient pas réticents à communiquer leurs expériences au sein de leur service. La communication paraissait plus fluide, allant même jusqu'à l'inexistence, dès sortie du cadre hospitalier. C'est cette carence d'échange qui était ressentie par les médecins généralistes.

Nous avons donc effectué une recherche bibliographique afin de réaliser un état des lieux de la situation constatée et d'initier le travail de recherche qui allait s'en suivre.

Nous verrons tout d'abord l'importance des pathologies mentales dans la population générale. Ensuite nous nous intéresserons à la place particulière que détient le médecin généraliste dans le système de soins actuel, et mettrons ainsi en évidence son rôle primordial pour la prise en charge des pathologies psychiatriques. Malgré cette position stratégique, le manque d'échange entre les professionnels de santé prenant en main les patients en souffrance mentale est flagrant dans la littérature. Constatant le décalage entre l'importance du rôle du médecin généraliste et son isolement communicationnel, nous avons donc étudié comment les psychiatres appréhendaient la communication avec les médecins généralistes.

CONTEXTE

1. La souffrance psychique : un problème majeur dans la population :

Dans la population générale, la prévalence des troubles psychiatriques est très élevée. Il est estimé qu'entre un quart et un tiers de la population présenterait un trouble de ce type au cours de sa vie (1). La proportion était de 14,5% en ce qui concerne les pathologies mentales exprimées durant l'année écoulée (1).

Les pathologies psychiatriques les plus souvent exprimées durant la vie sont les troubles dépressifs (24,1%) et les troubles anxieux (22,4%)(1). Ils sont ainsi nommés « troubles mentaux fréquents ».

Comparés à d'autres pays européens dans l'étude ESEMeD 2000, ces chiffres sont plus élevés en France. Elle se situe au 3^{ème} rang sur 11 pays européens concernant le taux de détresse psychique, alors qu'elle est au 9^{ème} rang en matière de santé mentale positive (préambule du « plan de Santé mental 2005-2008 »).

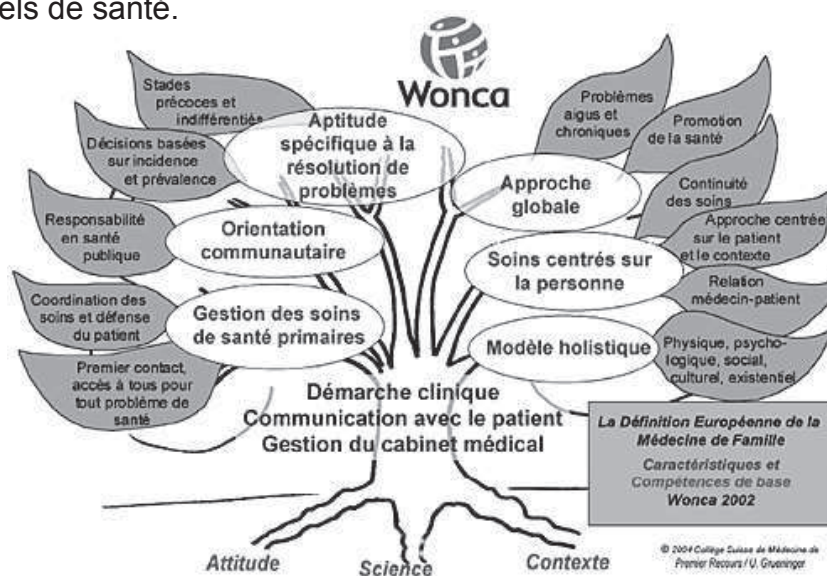
Les patients exprimant une maladie mentale présentent de nombreuses comorbidités. Les pathologies associées relevaient tant du domaine psychiatrique que somatique : augmentation des conduites à risque, effet iatrogène des traitements (prise de poids, syndrome métabolique, interactions médicamenteuses,...), dépendance,...(2).

Cette prévalence en fait un enjeu majeur de la prise en charge en raison des complications engendrées par ces pathologies (comorbidité, décès par suicide,...) et du coût de leur prise en charge. Ce coût est à la fois lié au traitement, aux consultations plus fréquentes et aux retentissements (tel que les indemnités liées aux arrêts de travail). En France, ce coût est au 2^{ème} poste de dépense de soins derrière les maladies cardio-vasculaires (3). L'OMS classe la dépression comme étant la première cause d'incapacité.

2. Le médecin généraliste : pivot du système de soins:

En 2002, la WONCA (*World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*) a défini le rôle des médecins généralistes (4). Il est ainsi décrit comme le premier contact du patient avec le système de soin. Il est la porte d'entrée qui permet l'accès aux autres spécialités et peut ainsi coordonner les différentes ressources nécessaires autour du patient. Cela renvoie à la compétence du médecin généraliste à assurer la gestion des soins en santé primaire.

D'autres compétences du médecin généralistes ont été mises en évidence. Son exercice médical doit se centrer sur le patient dans le cadre d'une approche globale et holistique. La proximité permet de développer des liens privilégiés entre le médecin généraliste et son patient. Le médecin de famille est également le médecin qui assure le suivi sur la durée, tout au long de la vie de son patient, connaissant ainsi son histoire. La position centrale du médecin généraliste a été confortée en France par la mise en place du médecin référent lors de la convention 2004 (5). Cette convention cherchait à améliorer le parcours des patients au sein du système. Plus récemment, en 2010, la notion de médecin généraliste de premier recours est apparue dans la loi HPST, dans le cadre d'une approche territoriale de la santé (6). Les missions du médecin généralistes, similaires à celles définies par la WONCA, sont pour la première fois inscrites dans ce texte de loi (article 36). La situation unique du médecin généraliste, fruit de l'évolution du système de soins (7), permet de mettre en évidence l'importance d'une communication avec les autres professionnels de santé.



3. Prise en charge des pathologies psychiatriques :

La prévalence des pathologies psychiatriques dans la population générale ainsi que la place centrale du médecin généraliste dans le système, font que les troubles mentaux sont un motif fréquent de consultation en soins primaires. La fréquence des consultations pour des problèmes psychiatriques en médecine générale est estimée entre un quart (8) et un tiers (9). Le médecin généraliste est amené à prendre en charge aussi bien les pathologies psychiatriques authentifiées (par le DSM IV ou la CIM 10) que les détresses psychiques quotidiennes.

La place du médecin traitant dans la prise en charge des troubles mentaux a été renforcée historiquement par l'ouverture du système psychiatrique vers la société avec entre autres la sectorisation et le développement des CMP. Entre 1989 et 1995, on retrouve une augmentation de 39% des patients suivis en ambulatoire (10).

Le premier recours des patients face à une souffrance psychiatrique ou psychologique reste le médecin généraliste dans 57,8% des cas (11). Sa place est légitime du fait de sa proximité et de sa disponibilité. La connaissance du terrain familial et socio-professionnel qu'il détient lui permet une prise en charge holistique des pathologies psychiatriques.

L'âge et le niveau d'éducation des patients influencent le choix entre les médecins généralistes et les psychiatres, lorsqu'un recours à un professionnel est jugé nécessaire. Le médecin généraliste reste ainsi le premier choix pour les personnes âgées et pour celles ayant un niveau socio-culturel plus faible (12).

On estime à 23% les patients présentant une pathologie psychiatrique et qui seraient suivis exclusivement par le médecin généraliste. La prise en charge spécialisée est également corrélée à la densité de psychiatres exerçant à proximité du médecin généraliste. La proportion de suivi exclusif par le médecin traitant varie de 22% en Ile de France à 35% en région disposant d'une offre de soins psychiatriques moindre (13).

Le médecin traitant a un rôle prépondérant dans le dépistage et le diagnostic des maladies mentales, or des études montrent l'existence d'un retard diagnostique pour les

troubles psychiatriques. La rapidité à poser un diagnostic est corrélée à l'importance des symptômes (9).

Dès le diagnostic évoqué ou dès lors que la symptomatologie devient invalidante, le médecin généraliste met en place une prise en charge initiale.

Il évalue l'utilité d'une consultation spécialisée. Il détient donc une place stratégique dans le système de soins en ce qui concerne l'adressage.

Une fois adressés aux spécialistes, 88,9% des patients étaient pris en charge de manière exclusive par les psychiatres (14), renforçant ainsi la réticence des médecins généralistes à adresser leurs patients (15).

Les difficultés de recours à des soins adaptés au sein de ce système ont été modélisées par Goldberg et Huxley en 1980(16) et réévaluées depuis(17). Ceux-ci individualisent plusieurs filtres consécutifs :

- La première difficulté vient du patient lui-même en raison de la non-reconnaissance de ses troubles ou des structures pouvant l'accueillir.
- Le second filtre correspond à la reconnaissance des troubles par le médecin généraliste, avec des retards au diagnostic ou des non diagnostics. Il a été mis en évidence une possible inadéquation entre le diagnostic et la prise en charge proposée par le médecin traitant (9).
- Le dernier filtre est représenté par les problèmes d'interface entre les soins primaires et les spécialistes.

Notre étude s'intéressera plus particulièrement à ce dernier point du fait du rôle primordial de la communication. Des échanges plus importants permettraient d'améliorer la formation et donc le deuxième filtre évoqué.

4. Interface médecin généraliste-psychiatre : une relation complexe :

Une des principales difficultés de communication entre les médecins généralistes et les psychiatres vient de l'absence de définition du rôle de chacun dans la prise en charge spécifique des patients psychiatriques (18). L'absence d'attribution à chacun de fonctions précises, nuit à un partenariat efficient (19). Effectivement, sans connaître le travail de l'interlocuteur, il est difficile de savoir quoi transmettre. Cela influe sur la vision de l'autre : 60% des médecins généralistes estiment que les soins psychiatriques proposés sont inadaptés (20).

Bien que faible en France (11), l'adressage a une fonction primordiale dans la communication. Il a été mis en évidence une corrélation entre l'adressage et l'adhésion au suivi et aux soins par le patient. D'autre part, la fréquence des retours est proportionnellement liée à l'adressage. Donc peu d'adressage implique peu de retours (21).

Les médecins généralistes recherchaient une collaboration pour 43,3% de leurs patients psychiatriques(22). Cette demande était une fois sur deux pour une prise en charge par le psychiatre. Comparées aux autres spécialités, les demandes de prise en charge étaient plus importantes (1/2 vs 9,3%) alors que les demandes de diagnostic étaient plus faibles (7,1% vs 28%) (23). Ceci vient en partie des caractéristiques des patients psychiatriques, qui sont perçus comme demandant une charge de travail supérieure au patient dit « somatique ». Seulement 35,7% des souhaits de collaboration émis par les médecins généralistes étaient satisfaits (22), montrant bien une saturation du système.

Ce constat d'une faible communication entre médecins généralistes et psychiatres était établi tant par les médecins généralistes(24,25) que par les psychiatres (26). Les médecins généralistes ressentaient une difficulté majeure face au faible retour des psychiatres (27). Une étude montre que 53,9% des médecins généralistes auraient des relations plus difficiles avec les psychiatres qu'avec les confrères d'autres spécialités(22).

Cette difficulté peut s'expliquer par une non connaissance des contacts, le nom du médecin référent n'étant noté que dans moins d'un tiers des dossiers (28).

Nous savons que les échanges interprofessionnels ne peuvent être que bénéfiques dans la prise en charge des patients. Ils permettent une meilleure gestion des traitements et des examens complémentaires évitant ainsi des doublons. La communication permet d'organiser une meilleure répartition des tâches et du suivi permettant ainsi de limiter les interruptions de soins (15).

Le cloisonnement a des répercussions directes sur la prise en charge globale du patient. Il a été estimé que dans 56% des cas, la pathologie psychiatrique était méconnue du médecin traitant (28,29). La méconnaissance des pathologies somatiques s'élevait à 61% pour les psychiatres alors que 28% de leurs patients en présentait une (28,29). Il en est de même concernant les traitements qui ne sont signalés dans les dossiers de CMP que pour un patient sur deux (28). D'autre part le médecin généraliste ignorait régulièrement les traitements mis en place par le psychiatre et quand il les connaissait, il ne les réévaluait pas régulièrement (2). Le clivage de prise en charge d'un même patient est dangereux sur le plan iatrogénique. De plus, l'absence de coopération engendre une diminution de la confiance que le patient met dans ses interlocuteurs (30).

Paradoxalement, la non communication n'est pas systématiquement perçue comme négative par les professionnels, car elle renforcerait le secret médical et limiterait la circulation d'informations stigmatisant le patient (31).

La communication interprofessionnelle joue également un rôle majeur dans la formation des médecins. Cet aspect est sous-utilisé actuellement alors que les médecins généralistes étaient intéressés par cette méthode de formation (32), notamment sous la forme de courrier. Alors que nous savons que la formation à la spécialité est corrélée à une meilleure prise en charge (33).

Malgré une prise de conscience de la nécessité de communiquer et un encadrement légal des échanges, les difficultés de transmission d'information restent importantes.

Ces différentes constatations ont conduit à la création de recommandation de bonnes pratiques visant à améliorer les échanges d'informations dans la coopération psychiatres-médecins généralistes. Bien qu'ayant été reconnue par la HAS avec la

délivrance du label HAS, cette recommandation n'en reste pas moins peu diffusée et peu suivie d'effets, comme le montre la persistance du manque de communication.

Le nombre de publications mettant en avant les difficultés de communication montre l'importance des difficultés de communication entre les médecins pour les pathologies mentales. La majorité de ces études, qualitatives ou quantitatives, étaient réalisées auprès des médecins généralistes. Rares étaient celles qui s'intéressaient au point de vue du psychiatre (15).

OBJECTIFS DE L'ETUDE

Devant ces constatations, nous avons donc décidé de mener une enquête auprès des psychiatres afin de comprendre leur point de vue sur la communication avec leurs confrères généralistes. Nous avons émis l'hypothèse que des facteurs contextuels liés à leurs cultures et leurs pratiques pouvaient modifier leur regard. Cette approche nous permettra d'aborder différents thèmes pouvant influencer cette vision. Outre la communication, nous allons étudier la manière dont les psychiatres se représentent leur spécialité et le rôle qu'y occupent les médecins généralistes. L'objectif de cette étude est de mieux connaître les facteurs se répercutant sur la communication interprofessionnelle afin de pouvoir les améliorer.

METHODE

1. Choix de la méthode :

1.1. Principe des enquêtes qualitatives : approche Wébérienne et «grounded theory» :

La réalisation d'une enquête qualitative est justifiée par le caractère exploratoire et compréhensif de la question de recherche. Les enquêtes qualitatives sont particulièrement adaptées pour analyser les comportements, les représentations et les expériences personnelles des sujets interrogés (34). L'approche Wébérienne (35) permet de structurer ce type de travail. Elle est fondée sur une approche de l'expérience de chaque individu, grâce à laquelle il est possible de comprendre le fonctionnement de la société, car « les hommes sont des producteurs actifs du social.» (35). Cette approche compréhensive est également mise en évidence par Côte et al. (36) qui utilisent le terme de phénoménologie. Cette méthode aide à « comprendre le sens ou la signification d'un phénomène à partir de l'expérience de ceux qui la vivent », dans le cadre d'une approche scientifique validée (37).

Pour proposer une explication aux éléments observés, notre travail a utilisé la théorie ancrée ou « *Grounded Theory* » c'est-à-dire la théorie fondée sur les faits. Cette méthode, décrite par Glaser et Strauss à partir de 1967, permet de construire une théorie fondée sur des données recueillies auprès d'un échantillon raisonné et la réalisation d'une analyse au fur et à mesure de l'enquête (35). Le domaine de la santé utilise fréquemment cette approche théorique. Elle est particulièrement bien adaptée aux domaines peu explorés.

Nous nous sommes proposé d'aller à la source de l'information pour comprendre de quelle façon les psychiatres envisageaient la notion de transmission d'information. Nous avons recherché quelle était leur expérience individuelle de la communication avec leurs pairs généralistes. Nous ne cherchons pas à quantifier cette communication interprofessionnelle mais à l'expliquer et à la comprendre, d'où le choix de cette méthode.

1.2. Choix du mode de recueil des données : l'entretien compréhensif semi-dirigé :

Il existe trois grandes catégories de techniques de recueil d'informations en recherche qualitative : les méthodes de consensus (groupe nominal et méthode Delphi), la recherche-action et le recueil de verbatims à l'aide d'entretiens individuels ou collectifs (34).

L'analyse de verbatims est adaptée à notre question, car permet une approche scientifique de synthèse d'opinions personnelles. Les entretiens, permettant d'obtenir des verbatims, peuvent être de différents types selon le sujet d'étude : structurés (ou dirigés), semi-structurés (ou semi-directifs), approfondis et de groupe (« *focus group* ») (38).

Pour des raisons de faisabilité et afin d'explorer ce sujet sensible concernant les pratiques individuelles, nous avons opté pour la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés. Les entretiens individuels étaient préférables à la réalisation de *focus groups* pour permettre de libérer la parole. L'ouverture des questions d'un guide d'entretien semi-dirigé rendait possible l'émergence de nouvelles pistes de recherche, ce que le questionnaire fermé des entretiens directifs ne permettait pas. Les entretiens approfondis ou libres, nécessitant une très bonne maîtrise technique afin de traiter les informations, présentaient un risque de dispersion par rapport au domaine de recherche de cette thèse.

L'entretien, au contraire de l'interrogatoire, permet d'établir une relation d'égalité entre le chercheur et la personne interrogée afin que celle-ci se sente en confiance et libre de livrer des informations personnelles sur sa manière de communiquer.

2. Echantillonnage : le choix des sujets interviewés

Nous avons réalisé un échantillonnage dit raisonné (39). C'est un échantillon dont l'intérêt est la diversité et non la représentativité statistique. Pour obtenir l'échantillon, une liste initiale de psychiatres avec lesquels une relation professionnelle avait été initiée, a été élaborée. Elle a été complétée par la liste des psychiatres inscrits au conseil régional de l'ordre des médecins. Une diversité de mode d'exercice a été recherchée. L'échantillon définitif a été constitué par effet « boule de neige » (39) : Lors des entretiens, il était demandé à chaque psychiatre interrogé le nom d'un confrère qui pourrait accepter un entretien, et qui correspondait aux caractéristiques recherchées. Un tableau de diversité a été constitué au fur et à mesure des entretiens afin de ne laisser aucune caractéristique ignorée. La saturation liée à la

diversité des interviewés a été atteinte au bout de 13 entretiens. Elle correspond à l'absence d'informations supplémentaires recueillies lors de l'analyse, dans cet échantillon à priori diversifié.

Le principal critère d'inclusion était la présence d'une activité de consultation ambulatoire en psychiatrie. Ainsi les psychiatres qui n'avaient pas ce type d'activité, ont été exclus. C'est le cas des psychiatres de l'UNACOR qui ne donnaient qu'un avis ponctuel dans le cadre de l'urgence mais qui n'assuraient pas de consultations de suivi ultérieur.

3. Préparation et réalisation des entretiens :

3.1. Création du guide d'entretien initial et évolution du guide :

« Mieux vaut écouter qu'interroger » écrit Frédéric Le Play dans son « Instruction sur la méthode d'observation dite des monographies de famille » (40). Cette idée reste une base actuelle (41) pour la réalisation du guide d'entretien. Des questions ouvertes ont été élaborées à partir des hypothèses de recherche issues de la bibliographie. Des questions de relance ont été prévues pour chaque thème, afin d'approfondir l'exploration de l'opinion des interviewés. Ces questions permettent de reprendre des thèmes dont la réponse était succincte.

Ce guide a évolué au cours des entretiens du fait de l'évolution des hypothèses de recherche. L'analyse inductive prend en effet en compte les éléments collectés afin de ne laisser aucun domaine inexploré. Les questions du guide d'entretien se sont donc adaptées au fur et à mesure des entretiens. La version finale de ce guide est jointe en annexe N°1.

3.2. Réalisation des entretiens semi-dirigés : condition et recueil des données :

La prise de rendez-vous a été téléphonique avec explication des modalités de l'entretien. Les entretiens se sont tous déroulés sur le lieu d'exercice des psychiatres, dans une pièce calme. Les psychiatres avaient tous réservé une plage horaire dédiée à la réalisation de l'enquête. Au début de chaque entrevue était rappelée la nécessité de ne pas être dérangé (téléphone mis sur répondeur,...) afin de ne pas rompre le processus de discussion issu de ce mode d'interrogatoire. L'anonymisation

des entretiens fut garantie aux personnes interrogées afin de permettre une liberté d'expression, sans la crainte de jugements ultérieurs.

Les entretiens ont été enregistrés avec un magnétophone OLYMPUS VN-9700PC au format mp3.

4. Analyse des données :

4.1. Retranscription: le verbatim :

Chaque entretien fut retranscrit intégralement sous forme de verbatim. C'est sous cette forme de recopiage mot à mot que peut s'effectuer l'analyse des données sans trahir le contenu du discours. Au sein du texte, pouvaient être ajoutés des éléments marquants tels que des expressions non verbales (rires, soupirs,...), ou la présentation de documents survenant durant les entretiens. Ces différents éléments permettent de préciser le contexte dans lequel se déroule l'entretien, ainsi que les expressions spontanées qui peuvent éclairer un discours. Cela permet d'être fidèle au sens donné par l'interlocuteur. Les entretiens étaient anonymisés.

4.2. Analyse des entretiens :

Après cette phase de retranscription, l'intégralité des entretiens a été importée dans le logiciel NVivo 10.0, logiciel d'analyse qualitative, afin de réaliser l'analyse des données. L'analyse commença par une lecture flottante accompagnée d'une prise de note initiale. Ce procédé permet de faire apparaître, sur le vif, les grandes lignes directrices et de soulever certaines interrogations devant être explorés dans les entretiens suivants. Nous avons ensuite procédé au codage ouvert. Il consiste à associer à certaines portions de texte, allant de quelques mots à un paragraphe, des mots clés résumant les sujets abordés. Ce sont ces unités d'information que l'on nomme « nœuds » ou « code » en recherche qualitative (42). Ce codage est un processus ouvert, libre de tout cadre préconçu. Il s'est opéré au plus près du texte afin d'éviter tout risque d'interprétation Ce codage a été réalisé par deux chercheurs, l'auteur et le directeur de thèse, afin de trianguler l'analyse par comparaison des codes. La liste des codes a été amenée à évoluer durant l'analyse. Certains codes trop restrictifs se rapprochaient et fusionnaient, d'autres codes ayant une définition trop large au début du processus ont dû être scindés.

4.3. Codage axial et mise en évidence des thèmes :

Une fois la liste de codes ouverts établie, l'étape suivante a consisté à rassembler ces codes en thèmes puis en sous-thèmes. Ces catégories ont émergé à la lecture des verbatims et à la création des codes. Ils correspondaient aux domaines d'émergence des hypothèses de travail. C'est la phase de codage axial.

4.4. Synthèse :

Les résultats ont permis de décrire et comprendre les processus présents lors de la transmission d'information. Nous avons pu ainsi créer une table conceptuelle pour représenter le flux d'informations et les différentes influences entrant en jeu. Cette visualisation des informations sera présentée dans la partie « Résultats ».

RESULTATS

1. Caractéristiques des participants :

Les caractéristiques des 13 psychiatres interrogés sont regroupées dans le tableau N° 1 (pages suivantes).

Les caractéristiques des psychiatres étaient d'abord d'ordre démographique, à savoir l'âge et le sexe. Ces données ont été choisies afin obtenir des réponses variées, car il est reconnu que l'exercice des femmes et des hommes diffère, tout comme cet exercice évolue avec l'âge et l'expérience. Nous nous sommes intéressés par la suite à leur cursus (formation initiale ou secondaire de psychiatrie). Le parcours de formation et la pratique d'une autre spécialité telle que la médecine générale modifie le point de vue sur ces différentes spécialités. Puis nous avons cherché à connaître leur activité. Pour explorer cette activité, nous avons pris comme critère les lieux et les structures d'exercice (libérale, CMP, ...) et le nombre de consultations quotidiennes. Ces différents éléments sont un reflet de la charge de travail à laquelle le psychiatre est confronté. Enfin nous nous sommes attachés à rechercher leur type de pratique. Les types de pratique pouvaient aller d'une approche psychanalytique exclusive, où la psychothérapie verbale primait, à une approche neuroscientifique où les psychiatres se définissaient plus « chimiatres », avec un rôle plus important des prescriptions médicamenteuses. La majorité des psychiatres se définissait tout de même comme des psychiatres « généralistes » ne pouvant dissocier l'abord psychothérapeutique des traitements chimiques. Pour compléter ce panel de psychiatres, des entretiens ont été réalisés auprès de pédopsychiatres et d'une thérapeute cognitivo-comportementaliste. Le type de pratique permettait de mettre en évidence des cultures psychiatriques diverses permettant une variété de réponses. Les différentes caractéristiques étudiées avaient pour finalité d'objectiver la diversité de l'échantillon interrogé.

Tableau N°1 :

CARACTERISTIQUES DES PSYCHIATRES.

PSYCHIATRE	SEXE	AGE	LIEU D'EXERCICE	MODE D'EXERCICE	CONVENTION SECTEUR	ORIENTATION THERAPEUTIQUE	NOMRE D'ACTE /J	FORMATION
1	Homme	43	Grande ville (100 000 Hab.)	Ambulatoire Libérale (activité hospitalière initiale)	Secteur 2	Psychiatrie Générale	Variable : 15 à 24	Interne de cardio puis de psychiatrie
2	Homme	67	Grande agglomération	Ambulatoire Libérale + Clinique Retraité hospitalier	Secteur 1 Ne fait pas de feuille pour le travail d'analyse	Psychanalyste freudien	12 à 15	Formation de médecin généraliste puis psychanalyse et internat de psychiatrie
3	Homme	60	Grande agglomération	CASP, UNACOR	salarié	mixte	15 à 20	médecin généraliste puis DIU de psychiatrie
4	Femme	59	Ville 33 000Hab	Hospitalière et CMP	salariée	Neuroscience	5 (activités de service non comptées)	Formation initiale de psychiatrie
5	Homme	47	Grande agglomération	Ambulatoire Libérale	Secteur 1	Psychiatrie Générale, Pas de psychothérapie	18	Médecin généraliste puis formation de psychiatrie

6	Femme	51	Ville< 5 000	Ambulatoire (activité hospitalière initiale)	Secteur1	Psychiatrie Générale	15	Formation initiale de psychiatrie
7	Homme	65	Ville 10 000	Mixte : CMP + Cs privé	Salariat + secteur1	Psychiatrie Générale	10 à 15	Psychologue puis Formation initiale de psychiatrie
8	Femme	59	Grande Agglomération	Ambulatoire	Secteur 1	TCC	20 à 24	Formation initiale de psychiatrie
9	Femme	52	Grande Agglomération	Clinique	Salariat	Psychiatrie Générale	7 à 8	Médecin Généraliste puis formation de psychiatrie
10	Femme	32	Grande Agglomération	CMPP	Salariat	Pédopsychiatre et thérapeute familiale	10 à 12	Formation initiale de psychiatrie
11	Femme	61	Grande Agglomération	Ambulatoire	Secteur 2	Pédopsychiatre	15	Formation initiale de psychiatrie
12	Homme	64	Grande Agglomération	Ambulatoire	Secteur 2	Psychiatrie générale	18-20	Formation initiale de psychiatrie
13	Homme	35	Ville 33 000	Hospitalier	Salariat	Psychiatrie générale, Neurosciences	10	Formation initiale de psychiatrie

L'échantillon a été construit au fur et à mesure, entre mai et août 2012, afin que les diversités démographiques et des pratiques en psychiatrie soient représentées. Un tableau de diversité a donc été créé reprenant les caractéristiques des psychiatres tout en les présentant par classes (classe d'âge, genre,...). Il a été scindé en deux : le premier pour montrer les caractéristiques démographiques (tableau N°2) et la formation des psychiatres, le deuxième pour exposer le mode de travail des psychiatres (tableau N°3). Nous sommes partis du principe que des psychiatres ayant des caractéristiques démographiques proches, des parcours similaires et une même culture psychiatrique (mode d'exercice, spécificité d'exercice,...) allaient exprimer des opinions proches. Cette diversité était donc importante afin de recueillir un maximum de tendances différentes.

Psychiatres	Genre		Age				Lieu d'exercice			Formation en psychiatrie	
	Homme	Femme	<40 ans	40-50 ans	50-60 ans	60ans<	Grande agglomération	ville moyenne	petite ville	Initiale	Secondaire
1	X			X			X			X	
2	X					X	X				X
3	X					X	X				X
4		X			X			X		X	
5	X			X			X				X
6		X			X				X	X	
7	X					X		X			X
8		X			X		X			X	
9		X			X		X				X
10		X	X				X	X	X	X	
11		X				X	X			X	
12	X					X	X			X	
13	X		X					X		X	
total	7	6	2	2	4	5	9	4	2	8	5

Tableau N°2 : Diversité des psychiatres interrogés (1)

Psychiatres	Mode d'exercice						Mode de rémunération			Activité (nb de consultations journalières)			Orientation en psychiatrie				
	Ambulatoire	hospitalier	CMP	CASP	CMPP	Clinique	secteur 1	secteur 2	salarial	<10	10-20.	20<	Générale	Psychanalyse	Neuroscience	TCC	Pédo-psychiatrie
1	X					X		X				X	X				
2	X					X	X				X			X			
3		X		X					X		X		X				
4		X	X						X	X					X		
5	X						X				X		X				
6	X						X				X		X				
7	X	X	X				X		X		X		X				
8	X						X					X				X	
9						X			X	X			X				
10					X				X		X						X
11	X							X			X						X
12	X							X			X		X				
13		X	X						X		X				X		
Total	8	4	3	1	1	3	5	3	6	2	9	2	7	1	2	1	2

Tableau N°3 : Diversité des psychiatres interrogés (2)

L'analyse des données a mis en évidence trois axes principaux permettant de comprendre le fonctionnement de la communication entre médecin généraliste et le médecin psychiatre :

- La source d'information : Psychiatrie et psychiatres.
- L'information : les différents constituants de la communication.
- Le récepteur de l'information : les médecins généralistes et les autres interlocuteurs.

Le dernier point des résultats concerne les pistes d'amélioration proposées par les psychiatres.

Les citations des psychiatres interrogés sont incluses dans le texte en italique et entre guillemets. L'entretien du psychiatre correspondant est noté après la citation sous forme Px (x=N° du psychiatre). Ainsi les citations peuvent ainsi être rattachées aux caractéristiques démographiques et professionnelles des psychiatres.

La retranscription des entretiens est jointe en annexe sous forme numérique (documents PDF sur CD-Rom).

2. Psychiatrie et psychiatre :

2.1. La psychiatrie et les pathologies psychiatriques :

2.1.1. Une spécialité en évolution :

La psychiatrie était vue comme une spécialité en cours de changement. Historiquement d'approche essentiellement psychanalytique, le soin était centré sur la relation patient-psychiatre, *«d'une relation duelle»*(P12), sans communication avec des tiers (*«on a été trop imprégné par la psychanalyse où les choses étaient peu écrites et où il y avait peu de transmissions.»*P9). Lors de ces dernières décennies est apparu un nouveau visage de la psychiatrie : *«une psychiatrie plus biologique, plus neurobiologique»*(P3), avec de nouvelles possibilités thérapeutiques (*«On a de meilleurs médicaments»*P3). Cette transition se retrouve dans la diversité des prises en charge retrouvées chez les psychiatres interrogés, certains ayant conservé une approche psychanalytique d'autres préférant utiliser plus la chimie.

2.1.2. La spécialité de l'esprit :

Un clivage a été mis en évidence, lors des entretiens entre le psychique et le somatique. Cette séparation justifiait, pour certains psychiatres, le fait que la prise en charge soit séparée (*«ça me paraît tout à fait compréhensible de la part d'un patient de soigner son arthrose, sa ménopause, je ne sais pas quoi,... tout ce que l'on veut avec son médecin de famille que l'on a depuis toujours et d'aller parler de..., son anxiété, de ses troubles délirants avec un autre médecin»*P6). Alors que d'autres, considéraient la prise en charge somatique, du moins pour le dépistage, de leur ressort (*«une insuffisance rénale que j'ai découvert de façon systématique par une prise de sang»*P13). Mais cette prise en charge physique par ces psychiatres était difficile à mettre en place car liée à l'image qu'ils renvoyaient aux autres spécialités (*«L'autre image que l'on pense avoir, c'est celle d'incapables, je pense. D'incompétents en médecine»*P13).

2.1.3. Une spécialité stigmatisée :

Les psychiatres avaient conscience d'une certaine stigmatisation de leur spécialité, mais l'assumaient pleinement (*«je suis le médecin des fous donc... non, ça ne me gêne pas»*P12). Cette vision de la psychiatrie avait tendance à s'amender (*«Beaucoup moins maintenant mais ça l'a été»*P8). Son origine était rattachée en partie à une méconnaissance de leur travail, un psychiatre allant même parler *«d'art mineur»* selon le point de vue qu'ils accordaient aux généralistes. Cette représentation de la psychiatrie était décrite comme délétère pour les patients par l'aspect négatif de certains diagnostics (*«le diagnostic de schizophrénie est très péjoratif»*P6). Cela a conduit à une modification de la sémantique concernant la psychiatrie (*«On parle de la santé mentale... des services de santé mentale. On va éviter de dire psychiatrie. On va envoyer chez le neurologue, c'est mieux... on a évacué le mot Psy...chiatre.»*P2). Néanmoins, l'utilisation de tournures générales caractérisées par des « on » montrait que ces propos étaient très généraux, rendant difficile l'analyse de leur propre représentation.

2.1.4. Une prise en charge globale dans les faits:

Les psychiatres présentaient la psychiatrie comme une spécialité globale malgré la séparation entre la psyché et le somatique. Même si certains décrivaient l'essentiel de leur travail comme psycho-thérapeutique, ils étaient néanmoins amenés à avoir une prise en charge chimio-thérapeutique (*«Si je vois quelqu'un, je prends tout en main, à quelques éléments près»*P12). La prise en charge du patient était présentée comme complète avec son histoire, ses antécédents,... (*«Ça n'existe pas un patient psy, il y a un sujet de droit qui a un trouble ophtalmologique, cardio-pulmonaire, psychiatrique, etc.»* ; *«La psychiatrie s'intègre dans la globalité du patient»*P7).

2.1.5. Comparaison aux autres spécialités :

La psychiatrie tend à se rapprocher des autres spécialités (*«la psychiatrie des années 2000 a beaucoup évolué vers ce qui est une spécialité classique»*P3) surtout en raison de la prise en charge médicamenteuse, comparant les traitements psychotropes à d'autres traitements chroniques (*«Puis les AVK, c'est pour la vie des fois. Et l'insuline parfois aussi»*P3). Il n'en demeurait pas moins des différences notables. Les psychiatres prenaient souvent la cardiologie comme exemple de spécialité somatique. Ils avaient bien conscience de la différence de communication par rapport autres spécialités (*«On a curieusement beaucoup plus de facilité à obtenir des nouvelles d'un patient qui a fait une embolie pulmonaire que d'un patient qui a été hospitalisé pour une tentative de suicide.»*P1). Les autres spécialités étaient vu comme plus communicantes. Ils expliquaient cette différence du fait qu'il ne fallait pas desservir leur patient (*«Il est plus facile d'écrire un courrier pour un cardiologue que pour un psychiatre : il y a moins de peur de nuire au patient.»*P1). L'hypothèse inverse n'était pas retenue. Ils étaient conscients que cette problématique se retrouvait également chez leurs confrères (*«en infectiologie aussi, il y a des diagnostics viraux où l'on est bien embêtés de savoir comment il faut faire»*P3). Un autre point de différence souligné était la nécessaire temporalité de la prise en charge (*«ce n'est pas immédiat comme un électrocardiogramme»*P3).

2.1.6. Difficultés propres à la spécialité :

Les psychiatres avaient évoqué les difficultés propres à leurs spécialités et pouvaient ainsi expliquer certaines carences communicationnelles. Les pathologies psychiatriques étaient présentées par les psychiatres comme n'étant pas figées dans le temps et pouvant, de ce fait, évoluer rapidement (*«J'ai le sentiment qu'en psychiatrie les choses changent beaucoup plus vite»*P1) et donc présentant des caractéristiques difficiles à fixer par écrit car *«il y a des situations qui ne sont pas forcément des signes cliniques en tant que tels mais de l'ordre du ressenti»*(P10), et donc ayant *«peu de traçabilité»*(P9). Une autre difficulté mise en avant dans la difficulté de communiquer est l'histoire naturelle des troubles mentaux (*«du mal à évaluer l'évolution»*P6) et donc *«difficile à synthétiser»*P5. Par ailleurs, les

psychiatres ont évoqué la difficulté de poser un diagnostic précis tant sur le plan sémiologique («*je ne suis pas sûre du diagnostic, j'ai plusieurs hypothèses diagnostiques*»P4) qu'éthique («*je ne sais pas si c'est une très bonne chose non plus que d'enfermer comme ça le patient dans une pathologie au travers d'un diagnostic.*» P5). Une autre complexité était d'établir une prise en charge pour certaines pathologies «*je ne savais pas quelle prise en charge prendre, j'étais autant démunie que le médecin généraliste dans la prise en charge de cette patiente*»(P4).

2.2. Les psychiatres :

Les médecins psychiatres définissaient leur travail comme centré sur le patient : «*la conception de mon boulot c'est de répondre très professionnellement, avec beaucoup de présence et d'attention à la problématique du patient*»(P12). Pour ce faire, ils mettaient en avant leur compétence en psychothérapie («*Je travaille sur ce que l'on appelle modifier les contenants de pensée*»P11) et en pharmacologie («*on va affiner le traitement, c'est notre boulot de spécialiste*»P3). L'importance de ces deux types de prise en charge fluctuant selon l'appétence et l'histoire de chaque professionnel («*je préfère minimiser l'importance du traitement chimiothérapique, psychotrope.*»P2 - «*Je ne fais pas de psychothérapie s'il n'y a pas besoin de traitement.*»P12). Cette prise en charge nécessitait du temps, il en ressort que certains psychiatres devaient limiter leur file active («*il y a des moments où je bloque, où je préfère dire, je ne peux plus recevoir en ce moment*»P12). Bien que saturés, les psychiatres se voyaient comme des professionnels disponibles mais pas toujours accessibles renvoyant aux médecins généralistes une image de personne *distante* («*de toute façon le docteur P8 on ne peut jamais l'avoir... » Donc voilà, c'est ça mon étiquette*»P8). Le manque de temps a été également un élément mis en avant pour tenter d'expliquer la faible correspondance psychiatrique («*Ça c'est la difficulté, pour nous médecins psychiatres de ne pas faire de compte rendu systématique parce que l'on voit environ 10 000 consultations par an.*»P4). L'aspect chronophage de la correspondance a été temporisé par un psychiatre qui notifiait qu'il s'agissait d'une organisation de travail («*le temps, oui et non, c'est toujours un prétexte ou un*

faux prétexte... le temps on peut toujours le trouver parce que moi, effectivement, quand je suis amené à faire des courriers, je le fais toujours sur le temps de l'entretien, donc il peut y avoir un temps de l'entretien, à certains moments, consacrés pour faire le courrier»P5). Cette surcharge de travail était rattaché au nombre décroissant de psychiatres (*«il y a très très peu de psychiatres et de moins en moins»P6).* Ces conditions de travail les ont amenés à modifier leur pratique (*«les psychiatres vont se retrouver à soigner soit des patients lourds, soit des patients particuliers.»P6)* et à passer le relais aux médecins généralistes (*« après la reconduction, si un médecin traitant le fait tant mieux. »P10).* Le retour du patient vers le médecin généraliste n'était pas toujours présenté de manière évidente. Les psychiatres expliquaient ceci par les caractéristiques des patients psychiatriques présentant une adhésivité vis-à-vis de leur thérapeute (*««je vous le renvoie pour le suivi.... » Et le malade revient quand même... »P4).* Les psychiatres justifiaient également cette constatation par l'accompagnement du patient qu'ils pouvaient proposer (*«Ils ont tendance à s'écarter un petit peu de leur médecin traitant au profit de la prise en charge qu'on leur propose. En plus la mienne est très enveloppante»P12).*

Après avoir exposé la source de l'information, nous allons maintenant présenter la communication en tant que telle.

3. Communication :

3.1. Perception de la communication par les psychiatres :

Les psychiatres de l'étude avaient une vision favorable de la communication avec le médecin traitant (*«Je pense que ça ne peut qu'avoir un aspect positif»*P5). La principale fonction de ces échanges mis en avant durant les entretiens était le bénéfice au patient (*«ça doit servir le patient et ça doit servir au médecin à soigner son patient»*P3). Son absence étant vue comme néfaste pour le patient (*«Je pense que c'est plus l'absence de liens entre le médecin généraliste et le psychiatre qui va porter préjudice un peu en ricochet, justement par la méconnaissance peut être par le médecin généraliste de ce que peut faire le psy.»*P11).

Elle était perçue comme satisfaisante pour les psychiatres ayant l'habitude de communiquer (*«Ce n'est pas un univers idéal mais presque, je trouve que la correspondance psy-médecins généralistes est assez bonne»*P7), bien qu'étant déséquilibrée (*«la situation est, et je le sais, ce n'est pas très juste, est assez asymétrique»*P1).

Elle devait être avant tout instructive. (*«il faut qu'elle soit informative. Si c'est pour dire...non,... oui...»*P8). L'aspect éducatif de ce retour sera revu lors de l'analyse du contenu de la communication.

L'avantage de ces rapports entre professionnels pour le patient était multiple :

Tout d'abord, ils permettaient d'avoir une meilleure connaissance, pour les psychiatres, du patient et de son terrain (*«Je bénéficie d'éléments que peut me fournir le médecin traitant»*P1) et d'avoir une vision du patient dans son environnement habituel (*«intéressant pour moi aussi, de voir comment lui perçoit les choses»*P1).

Ensuite, la communication des médecins généralistes vers les psychiatres concernant les traitements essayés permettait une prise en charge plus réactive en affinant la prise en charge chimiothérapique et donc en améliorant l'état du patient

(«on a l'expérience de ces deux échecs thérapeutiques, ou semi échecs, ce qui d'ailleurs nous fait gagner un temps fou»P3).

Les contacts entre les psychiatres et les médecins généralistes permettaient aussi d'harmoniser la prise en charge des problèmes somatiques lié au prise en charge somatique : *(«on est très lié pour les problèmes des syndromes métaboliques, (...) tous les produits psy font grossir, à une seule exception et encore... donc là on travaille la main dans la main»P7).*

Enfin, ces rapports permettaient d'assurer une sécurité pour le patient du moins sur le plan thérapeutique *(«il vaut mieux que le médecin sache ce que j'ai fait»P7)* ou en cas de surveillance accrue *(«pour qu'il sache que j'ai eu peur, et qu'il y a une précaution ou alors s'il est amené à prendre la suite»P7).*

En contrepartie pour les patients, cet échange était vu comme permettant de mieux encadrer certaines pratiques *(«pour éviter le nomadisme à cause des benzodiazépines, des abus, etc.»P7).*

Dans tous les cas, celui-ci devait se faire de manière transparente vis-à-vis du patient *(«le patient est informé qu'on va écrire un courrier à tel moment de la prise en charge, et pour quelle raison, en lui expliquant les raisons pour lesquelles on est amené à faire cette démarche»P5).*

3.2. Organisation de la communication :

3.2.1. Fréquence de la communication :

Les psychiatres avaient globalement conscience du peu de correspondance avec leurs confrères généralistes *(«Pour tout ce qui est de la consultation il n'y a pas de rapport fréquent.»P13).* Elle était tout de même présentée comme plus systématique aux détours des premières consultations. C'était la chronicisation de la prise en charge qui était avancée pour justifier la diminution voire la disparition de tout retour d'information *(«le patient chronique pour lequel on ne fait pas de compte rendu»P4).*

Certains psychiatres ont souligné également une absence volontaire de communication suite à des différends avec le médecin traitant (*«Mais plus jamais, dans ces cas-là, je ne confie quoique ce soit au médecin généraliste.»*P4). Ces rares différends étaient de deux types : transmission d'information sensible au patient par le médecin traitant et le sentiment d'une image faussée du psychiatre communiquée au patient par le médecin généraliste.

3.2.2. Initiation de la communication :

Concernant l'origine de la communication, la manière dont le patient parvenait jusqu'au psychiatre jouait un rôle important sur celle-ci.

- **Recrutement des patients :**

Le recrutement des patients était variable selon l'organisation de chaque psychiatre. Certains accueillaient de nouveaux patients essentiellement en recevant une lettre d'un confrère (généraliste ou psychiatre) (*«je travaille quasiment uniquement que sur adressage de médecin traitant»*P1), d'autres fonctionnaient en accès direct (*«la plupart de gens viennent d'eux-mêmes sans lettre du généraliste»*P2).

- **Accès direct :**

Cet accès direct au psychiatre était mis en avant pour permettre au patient d'avoir une prise en charge autonome de son médecin traitant concernant ses troubles psychiatriques et psychologiques (*« la démarche peut être indépendante»*P9). Certains médecins généralistes étant vu comme réfractaires à une prise en charge conjointe avec les psychiatres (*«les généralistes qui exerçaient à l'étage, au rez-de-chaussée, m'ont dit : «nous on t'enverra personne parce que nous la psychiatrie, on en fait tous les jours»»*P2).

Dans les accès directs, nous pouvions retrouver un mode d'adressage particulier : l'adressage informel. Certains médecins généralistes conseillant un suivi à leurs patients sans formaliser cette demande dans une lettre (*«Quelque fois indiquées par le généraliste qui dit : «essayez d'avoir rendez-vous avec le Dr P8.»»*P8).

Face à ce libre accès, les psychiatres réagissaient différemment : certains ne contactant pas le médecin traitant (*«quand je n'ai pas de courrier, (...), je ne communique pas.»*P11), d'autres au contraire cherchaient le contact avec le médecin référent (*«s'il ne m'a pas écrit de lettre et que je ne sais pas ce qu'il en pense...»*P7).

Malgré tout, l'adressage, quel que soit sa forme, était une des pierres angulaires de la communication entre professionnels.

- L'adressage :

Il était vu comme étant le premier contact que le psychiatre avait du patient (*«ce sont des courriers qui sont importants, parce que ça permet d'introduire pour le patient, la prise en charge»*P5) et de son médecin traitant (*«le premier contact que j'ai avec le médecin traitant, c'est le contact qui tient à l'adressage»*P1).

Il pouvait se présenter sous différentes formes : courrier ou téléphonique principalement.

Les courriers reçus par les psychiatres les incitaient à produire une réponse par écrit, en premier lieu par politesse (*«Quand quelqu'un vous écrit, sauf à être un butor patenté, vous lui répondez»*P2), mais surtout afin de répondre à la demande du médecin généraliste (*«si j'ai une lettre où l'on me pose une question, où l'on me demande quelque chose, là je vais écrire»*P8). Cette réponse à l'adressage devait néanmoins être discutée avec le patient (*«ce n'est pas parce qu'il y a un courrier d'adressage que les patients sont d'accord pour qu'on recontacte après leur médecin traitant.»*P6).

Certains psychiatres fonctionnaient plus par adressage téléphonique. Ce contact direct était perçu comme adapté car il permettait un échange qui n'aboutissait pas forcément sur une consultation (*« c'est au téléphone, «viva voce», discuter du cas, savoir si vraiment il s'impose qu'il y ait une consultation psy, si ça paraît jouable, comme nous sommes de médecin à médecin de donner simplement un conseil, sinon une consultation éventuellement en urgence »*P7).

Les autres modes d'adressage étaient soit peu répandus (concernant les mails : *«C'est très rare encore, très rare, exceptionnel... j'ai dû recevoir deux ou trois*

lettres... »P7), soit trop envahissants («j'ai dix demandes de rendez-vous par jour qui arrivent au fax, j'en fais quoi ?»P11).

L'intérêt de l'adressage, pour les psychiatres l'utilisant, était de pouvoir filtrer leurs consultations, d'une part pour en limiter le nombre et d'autre part pour évaluer la nécessité et l'urgence de la consultation (*«je tiens compte de son urgence et de la façon dont il voit les choses»P12).*

Les adressages de patients par les médecins traitants étaient considérés comme justifiés (*«J'ai systématiquement pris leurs consultants parce que c'était une indication particulièrement futée»P2).* Les motifs d'adressage étaient en général des demandes d'avis, parfois après une prise en charge initiale donnant peu de résultats (*«ils nous les envoient parce qu'ils ont essayé deux-trois traitements et qu'il y a des petits mieux et plouf, ça replonge»P3),* ou pour conforter une prise en charge (*«médecin qui me demande s'il est bien sur la bonne ligne»P11).*

Bien que présent dans l'image que les psychiatres ont du médecin généraliste, seul un psychiatre a évoqué comme motif d'adressage particulier, la proximité entre le médecin généraliste et son patient (*«Ils adressent aussi quelquefois des patients qu'ils connaissent trop bien, ou qu'ils connaissent un peu personnellement»P6),* afin de mettre en place une prise en charge distincte.

- *Volonté de communiquer :*

Les psychiatres dans l'ensemble n'étaient pas opposés à un échange avec les médecins généralistes (*«j'essaie toujours d'avoir un lien avec le médecin généraliste»P3).* Mais il en était rarement les promoteurs (*«je suis quelqu'un qui ne cherche pas particulièrement à communiquer»P2,* *«Comment moi d'emblée, je vais vers le médecin généraliste ? Alors voilà : euh... bah ! J'y vais pas»* *«Je ne vais pas aller, moi, vers le médecin traitant spontanément»P9)* d'une part pour laisser la décision au patient (*«je lui propose de contacter son médecin traitant»P6),* et d'autre part pour ne pas déranger le médecin traitant qui était vu comme surchargé également (*«Je ne vais pas l'embêter»P9).* Ils se disaient disponibles (*«s'il a besoin il m'appelle»P9)* mais l'initiation de la communication devait venir du médecin

généraliste (*«ça dépend du généraliste aussi, parce qu'on n'est pas au départ de la démarche»*P13) tout comme son organisation ultérieure (*«je crois que ce n'est pas forcément de moi que cela vient, mais plutôt du médecin traitant dans la façon qu'il va organiser ses prises en charge»*P5).

Pour que cette communication ait du sens, il faut que le contenu soit informatif (*«si c'est écrire pour ne rien dire, ça ne sert à rien.»*P8). Nous allons maintenant voir de quoi se compose le contenu de la communication.

3.3. Contenu de la communication :

3.3.1. Des éléments cliniques :

Les psychiatres disaient ne transmettre que des données essentiellement techniques (*«je ne restitue que des éléments cliniques»*P1), avec en général les antécédents, la symptomatologie et son retentissement. Pour le diagnostic, nous verrons ci-dessous que les points de vue des psychiatres divergeaient.

Ils transmettaient les éléments biographiques avec parcimonie (*«il faut éviter de mettre, à mon sens, trop d'éléments biographiques»*P3). Cette limitation pouvait s'expliquer par la crainte d'une divulgation d'éléments ignorés du médecin traitant (*«ne pas mettre des éléments biographiques trop précis qui pourraient être inconnus du médecin»*P3), en raison de sa position centrale dans l'entourage du patient (*«il ne faut pas raconter des histoires de famille»*P3). Il y avait donc un travail des données afin de ne pas les retransmettre de manière brute (*«si un patient est en rupture de couple, je mets stress conjugal, je ne vais pas m'amuser à détailler les éléments »*P7), car l'entretien psychiatrique était appréhendé comme confidentiel (*«l'entretien psychiatrique dans son contenu doit rester des éléments d'échange entre le psychiatre et son patient»*P1).

Il n'y avait donc pas de partage de l'intime du patient (*«si la personne m'a confié des choses très personnelles et intimes, je ne les préciserai jamais»*P13) sauf dans de rares cas où celui-ci pouvait avoir une influence dans la présentation de la pathologie

(«ça peut être dans l'anamnèse, dans l'histoire de la maladie, qu'est ce qui s'est passé pour arriver à un passage à l'acte, par exemple, auto-agressif»P13).

3.3.2. La question du diagnostic :

Concernant le partage du diagnostic, les avis des psychiatres interrogés discordaient. Cette pluralité de points de vue s'expliquait de différentes manières :

Tout d'abord, par la notion de diagnostic en psychiatrie.

Il n'était pas toujours évident de poser un diagnostic, car celui-ci nécessite du temps (*«On met parfois plusieurs années à faire ce type de diagnostic »P3*) afin de prendre en compte l'évolutivité des symptômes (*«ce que l'on dit aujourd'hui peut être que ça peut évoluer et j'écris si je pense qu'il faut se laisser le temps de voir justement l'évolution par rapport à tel ou tel domaine»P11*). Cette difficulté pouvait même aboutir à une absence de diagnostic (*«Ça m'est même arrivée de dire : je ne sais pas»P4*).

Donc face aux hésitations diagnostiques, l'attitude des psychiatres était différente, certains ne voulant pas marquer leur incertitude (*«on met un diagnostic quand on en a un»P3*), d'autres communiquant leur hypothèse (*«je marque dans le courrier : je ne suis pas sûre du diagnostic, j'ai plusieurs hypothèses diagnostiques et dans ces cas-là j'énumère les différentes hypothèses diagnostiques»P4*).

Ensuite, la réticence à confier les hésitations se justifiait par la volonté de ne pas enfermer le patient dans un diagnostic stigmatisant sans en avoir la certitude (*«il y a des diagnostics qui sont lourds. Marquer quelqu'un de schizophrène, ... il faut être absolument sûr de son diagnostic»P6*).

Il en était de même lorsque le diagnostic était établi (*«il y a des pathologies que l'on arrive à identifier clairement, mais je ne sais pas si c'est une très bonne chose non plus que d'enfermer comme ça le patient dans une pathologie au travers d'un diagnostic.»P5*).

Le non partage du diagnostic avec le médecin traitant était présenté comme une sécurité puisque l'annonce du diagnostic au patient ne pouvait être faite que par le psychiatre.

Parfois le diagnostic était présenté de manière sous-entendu par la symptomatologie ou par un traitement mais non écrit délibérément (*«on prend un schizophrène sous neuroleptique(...) j'écris un courrier un médecin traitant en mettant que je pense qu'un traitement neuroleptique est nécessaire(...) sans donner de diagnostic, sans mettre le mot.»*P6).

Enfin, cette présentation du diagnostic pouvait aussi être différente d'un psychiatre à l'autre : certains le présentant d'une manière codifiée (*«je mets le code CIM 10, je mets le diagnostic autant que possible, proprement dit, en bon français et puis je mets une traduction à usage commune»*P7), d'autre d'une façon plus floue (*«je ne mens pas énorme, j'utilise des diagnostics valises : troubles anxieux généralisés»*P1).

3.3.3 Prise en charge et traitement :

Une fois les éléments anamnestiques, cliniques voir diagnostics mis dans la communication, les psychiatres exposaient la prise en charge proposée ainsi que le suivi.

Si la prise en charge était psychothérapeutique, les psychiatres ne la détaillaient pas (*«si c'est un suivi psychothérapeutique, je vais écrire très peu de choses.»*P6).

Concernant les traitements médicamenteux, les psychiatres les détaillaient volontiers en justifiant leur choix. La majorité des psychiatres prenaient en charge cette fonction de prescripteur (*«à partir du moment où je prends en charge un patient sur le plan psychiatrique, je suis le seul prescripteur des psychotropes, d'aucun autre produit, mais des psychotropes.»*P1), certains mettaient ce rôle au second plan de leur prise en charge (*«je préfère minimiser l'importance du traitement chimiothérapique, psychotrope»*P2), mettant ainsi le médecin généraliste comme prescripteur principal (*«il y a parfois des traitements psychotropes qui sont donnés par le médecin traitant, je n'y touche pas»*P9, *«j'essaie que ce soit le médecin traitant qui assure le*

renouvellement du traitement»P11). Pouvant être intégrés dans la prescription, les généralistes n'étaient pas informés de manière formelle de la désignation du prescripteur («C'est tacite. Je ne pourrais pas dire que je le signale.»P1, «par rapport au changement de traitement, je demande au patient de montrer la lettre à leur médecin traitant»P12).

Certains cas particuliers bénéficiaient néanmoins d'une surveillance plus étroite concernant la prescription des traitements (*«Pour les patients un peu plus compliqués, qui ont une addiction, par exemple (...) c'est le médecin généraliste qui prescrit le traitement, comme ça, il n'y a qu'un seul prescripteur. On est tombé d'accord tous les deux»P4).*

Certains psychiatres exposaient également leurs limites de prise en charge (*«je dis : « Voilà, je ne peux rien faire pour elle. Rien. C'est un trouble grave de la personnalité qui s'ennuie, qui est passive dépendante, qui vient vous voir trois fois par semaine. Moi, même si je la vois tous les jours ça ne changera strictement rien, je suis impuissante par rapport à elle. »»P4).*

Lorsqu'il y avait des incertitudes diagnostiques, les psychiatres pouvaient détailler des prises en charge symptomatique (*«il y a parfois aussi des prises en charge qui ne reposent pas sur un diagnostic établi en tant que tel »P5).*

L'organisation du suivi n'était pas systématiquement abordée.

Dans l'ensemble, les psychiatres évoquaient d'une manière formelle leur disponibilité en fin de courrier (*«toujours un rappel au généraliste qu'il peut faire appel à nous s'il a besoin»P13).*

Le contenu de l'information pouvait influencer les procédés d'échange. La communication interprofessionnelle pouvait revêtir différentes formes.

3.4. Moyens de la communication :

Les informations pouvaient être diffusées de différentes manières entre le psychiatre et le médecin généraliste. Elles pouvaient être directes avec le téléphone, ou la rencontre ; ou indirectes avec le courrier ou via le patient. Nous allons détailler la vision que les psychiatres ont de chaque mode de communication avec leurs avantages et leurs inconvénients.

3.4.1. Communications directes :

- **Le téléphone :**

Le téléphone était le premier mode d'échange direct mis en avant par les psychiatres. Il était présenté comme un outil indispensable dans la prise en charge (*«le téléphone, il est essentiel.»*P13).

Il offrait l'avantage des échanges directs avec leur spontanéité (*«on peut avoir des échanges francs »*P4) et la possibilité de feed-back de la part des médecins généralistes (*«souvent le praticien peut nous donner un peu son avis sur le coup»*P13).

Ces contacts rapides à mettre en place permettaient un dynamisme des échanges (*«le téléphone c'est la réactivité»*P13) et des prises en charge en urgence (*«discuter du cas, savoir si vraiment il s'impose (...) une consultation éventuellement en urgence»*P7).

Autres bénéfices de l'appel, il permettait d'harmoniser les termes employés (*«là tout de suite on est d'accord en deux phrases. On est sur la même longueur d'onde »*P9- *«Ce que l'on dit parfois a besoin d'être précisé au sein d'un échange.»*P1) et de coordonner des prises en charge commune (*«Ce lien direct me paraît bien quand on a des objectifs à développer ensemble » «un langage commun. Je pense pour des attitudes communes, c'est mieux»*P12).

Il s'agissait ainsi d'un réel contact réciproque (*«ce que j'aime dans la conversation téléphonique c'est encore une fois la possibilité d'un échange en temps réel »*P1) où le ressenti tant des psychiatres (*«au téléphone on va pouvoir exprimer, parler de*

transfert, contre-transfert, de notre impuissance.»P4) que des médecins généralistes pouvait être perceptible (*«on ressent tellement de choses par un coup de fil»P9*).

L'origine de l'appel était souvent attribuée au médecin traitant. Les réactions des psychiatres différaient face à cette sollicitation : les uns prenant les appels directement, les autres, afin de ne pas être dérangés durant leur entretiens, préféreraient rappeler le médecin traitant et pouvaient ainsi vérifier l'identité de l'interlocuteur (*«Si quelqu'un me téléphone en me disant qu'il est le médecin traitant d'untel, je ne peux pas être complètement sûre de l'identité du correspondant donc je ne vais pas trop répondre. Si c'est moi qui appelle un cabinet, qui est dans les pages jaunes, je suis plus sûre de ma réponse.»P6*).

En contrepartie, le téléphone ne permettait pas de garder une trace physique de l'échange et dépendait de la disponibilité des intervenants (*«c'est très rare que j'ai eu des problèmes pour les joindre. A contrario, je suis certain qu'eux ont eu des problèmes pour me joindre»P1*).

Les psychiatres devaient veiller à la transparence de ce contact par rapport à leur patient (*«j'évite systématiquement de parler trop du patient au téléphone sans que le patient n'écoute»P7*).

- Rencontres physiques :

- Réunions de synthèse :

Les réunions de synthèse étaient peu développées au sein de la médecine ambulatoire. Quelques rares psychiatres avaient évoqué ce mode de communication comme faisant partie occasionnellement de leur échange avec le médecin généraliste (*«Je pense à Dr X, que j'ai vu au foyer Y deux fois. Il était venu à la demande des équipes là-bas»P13*).

- Soirées de formation :

Les soirées de formation étaient évoquées comme moyen de communication entre pairs. Elle permettait d'échanger de manière globale sur le sujet de la psychiatrie sans pour autant communiquer autour d'un patient en particulier.

- Au sein même du cabinet :

Enfin, un autre mode de communication évoqué était le contact direct au sein de cabinet de groupe permettant d'échanger d'une manière spontanée autour d'un patient commun (*«la communication elle se fait d'une manière informelle pour tous ces patients.»*P5).

3.4.2. Communications indirectes :

- Les courriers :

La place des courriers, forme historique de communication, demeurait primordiale (*«la communication écrite est très importante»*P3). Certains psychiatres ne voyaient pas dans les lettres la notion d'échange du fait du manque de retour du correspondant (*«Le courrier ce n'est pas une vraie communication»*P8), alors que d'autres mettaient en avant la notion d'échange épistolaire lors des lettres retours (*«là il y a un échange, il y a un échange épistolaire, mais il y a un échange à ce moment-là»*P2).

Ce mode de transmission d'information était perçu comme peu réactif (*«Il peut arriver que le contenu d'une lettre soit déjà caduc quand le médecin traitant va la recevoir»*P1), la rédaction nécessitant un travail de réflexion et de mise en forme de l'information (*«J'ai besoin de réfléchir, j'ai besoin de prendre un peu de recul, j'ai besoin de prendre un peu de distance, ça me prend beaucoup plus de temps (...) Je laisse reposer mon matériel anamnestique, si je puis dire, je laisse reposer et je le reprends plus tard.»*P12). Ceci était dû à la trace laissée par ce support (*«les écrits restent»*P4), ainsi que son accessibilité par le patient (*«quand je rédige un compte-rendu, j'ai en tête qu'il peut être un jour lu par le patient, puisque c'est son droit»*P13) tout comme le dossier médical dont il fait partie (*«l'importance du courrier, c'est que ça permet de fixer les choses et de le mettre dans le dossier»*P4). Donc les courriers devaient être rédigés dans un langage consensuel (*«On essaie quand même de faire dans un courrier un langage commun, mais on est obligé d'envelopper les choses»* *«on est obligé de faire de façon lisse, professionnelle, pour qu'ils puissent être lus par tout le monde»*P4). Il y avait une perte de sensibilité liée à ce langage (*«il y a*

beaucoup de choses de l'ordre du ressenti et que l'on n'exprime pas à l'écrit»P10). Ces éléments poussaient certains psychiatres à discréditer ce mode de communication (*«quelquefois c'est complètement nul les courriers...»P8).*

Une fois rédigées, les lettres pouvaient servir de document de référence dans le dossier d'un patient (*«c'est un courrier détaillé, qui est la pièce fondamentale sur laquelle et lui et moi pouvons-nous référer»P12).*

La présentation des courriers variait selon le psychiatre allant d'une forme libre manuscrite voulant s'adapter à chaque cas (*«je tiens à ce que ça reste un courrier et pas une lettre type.»P3 - «Je fais manuscrit. Je ne tape pas parce que ça personnalise beaucoup plus»P11*), à des trames de lettres à compléter permettant un gain de temps (*«La réponse, bon, bah, moi je le fais sur des formulaires pré établis (...) style un peu abrégé. C'est vrai que je ne fais pas dans la littérature»P7*). Tout comme le moment de la rédaction qui pouvait être un instant partagé avec le patient (*«il peut y avoir un temps de l'entretien, à certains moments, consacré pour faire le courrier»P5*) ou décalé de la consultation (*«je ne fais pas une lettre devant les gens, je suis incapable de ça»P12*).

Enfin, pour faire parvenir ce courrier, le psychiatre pouvait l'envoyer classiquement ou le confier à son patient servant ainsi de vecteur d'information.

- *Le patient vecteur :*

Le patient a été présenté comme vecteur fréquent de l'information entre les professionnels le prenant en charge (*«souvent c'est le patient qui va faire le retour»P8*). Il assurerait autant la communication du psychiatre vers le médecin traitant (*«j'engage le patient à montrer mon ordonnance, j'engage le patient à dire à son médecin traitant qu'il peut me contacter téléphoniquement s'il veut des renseignements complémentaires»P3*) que dans le sens inverse dans le cadre de l'adressage (*««allez voir Dr P8 pour tel type de thérapie»»P8*) et de l'évaluation clinique (*«je demande toujours au patient comment son médecin le trouve»P7*). Les psychiatres avaient bien conscience du biais induit par ce type de transmission : la compliance du patient (*«de toute façon, le reste est illusoire, on ne maîtrise pas du tout l'observance, le suivi qu'il va faire»P6*).

Hormis sa fonction de « coursier », le patient était également le contenu et le contenant de l'information.

3.4.3. Autres modes de communication :

Se situant entre le courrier pour la forme écrite (*«un mail, c'est un courrier finalement»*P9) et le téléphone pour la réactivité (*« Gtalk»¹ ça permet tout de suite de voir apparaître un signe, il y a une question il faut donner une réponse »*P7), la communication par mails était rarement citée spontanément par les psychiatres. Bien que disponible pour quelques psychiatres (*«je sais que nos mails sont publics»*P13), cette pratique de communication restait isolée (*«C'est très rare encore, très rare, exceptionnel...»*P7). Certains psychiatres y étaient opposés soit par intérêt (*«je déteste internet, et tous ces machins-là, ça me fait chier»*P12), soit par manque de temps (*«Et alors le mail, on en parle même pas parce qu'il nous reste que la nuit pour dormir, donc non !»*P11)

L'avis des psychiatres étaient également divergeant concernant l'utilisation du fax. Sa fonction variait selon le mode d'exercice : considéré comme utile par les psychiatres hospitaliers (*«le fax c'est essentiel»*P13), il était perçu comme aliénant en psychiatries ambulatoires (*«parce que quand j'ai ouvert le fax, j'ai un fax, c'est marqué sur mes ordonnances, j'ai dix demandes de rendez-vous par jour qui arrivent au fax, j'en fais quoi ?»*P11).

Un psychiatre a évoqué la webcam, ne lui attribuant, tout comme pour la télépsychiatrie, aucune utilité (*«La webcam ne sert à rien»*P7).

Enfin, le dossier médical personnel (DMP) fut évoqué dans quelques entretiens sans susciter de l'intérêt pour les psychiatres ou alors un ressenti négatif (*«ne me parlez pas du DMP pour que je pique ma crise...»*P7).

3.4.4. Choix du mode de communication :

L'utilisation d'un mode de communication ou d'un autre se décidait selon les pratiques individuelles (*«ça c'est une question d'habitude»*P5) et de la proximité avec

¹ Gtalk : messagerie instantanée sur internet.

l'interlocuteur (*«ça dépend du lien que j'ai éventuellement avec le médecin traitant»*P5).

Néanmoins les informations échangées variaient selon le support et donc le mode s'adaptait au contenu de l'information et à la nécessité d'une réactivité (*«ça dépend aussi s'il y a un caractère d'urgence ou pas»*P5). Les avantages et inconvénients de chaque mode de transmission ont été précédemment décrits.

Mais quel que soit le moyen utilisé pour diffuser une information, la transmission rencontrait des difficultés bien identifiées par les psychiatres.

3.5. Difficultés liées à la communication :

La communication entre médecins généralistes et psychiatres rencontraient un certain nombre de difficultés autre que celles liées au contenu et à la manière de communiquer.

3.5.1. Chronophage :

Un facteur limitant de la communication, évoqué spontanément par les interviewés, était sa composante chronophage. Les psychiatres expliquaient qu'une relation d'échange de qualité avait besoin de temps (*«Si on veut faire un très bon courrier, il faut du temps. C'est toujours pareil, il faut du temps»*P8).

3.5.2. Méfiance quant au partage d'informations :

Les psychiatres avaient exprimé une certaine méfiance face au partage d'informations. Ils craignaient que leurs propos soit modifiés ou annoncés de façon trop brute au patient avant qu'ils aient pu faire l'annonce eux-mêmes (*« voir mon discours répercuté au patient » «Toujours très très désagréable quand le patient vient vous voir en vous disant : «vous avez dit à mon généraliste ça»*P2).

3.5.3. Nature de l'information :

Les psychiatres avaient des difficultés à produire une communication dénuée de sens à leurs yeux. S'il n'y avait pas de fait particulier ou nouveau ils préféraient ne rien communiquer (*«je n'envoie pas un compte rendu de consultation, parce que sinon, j'enverrai : « cher confrère, je vois aujourd'hui madame Dupont, que je suis depuis vingt ans pour un trouble bipolaire parfaitement équilibré, pas de changement de traitement, confraternellement.»»*P4). Comme nous le reverrons par la suite, il y avait donc un décalage entre les attentes des médecins généralistes et l'image que les psychiatres s'en faisaient (*«On n'a pas les mêmes préoccupations»*P9).

3.5.4. Nomadisme médical :

Les médecins interrogés avaient mis en avant les difficultés pour connaître le médecin référent de leurs patients (*«il y a des patients qui changent en permanence»*P4) et donc de savoir avec quel professionnel ils pouvaient communiquer (*«c'est illusoire, parce que même s'il y a le système du médecin référent, ils vont voir qui ils veulent les gens, quand même(...) il dit qu'il a un médecin traitant, il peut en avoir quatre.»*P6).

Hormis ces éléments qui étaient perçus comme des freins à la communication, d'autres facteurs influençant les relations Médecins Généralistes-Psychiatres ont été mis en évidence.

3.6. Influence sur la communication :

3.6.1. Contraintes légales et éthiques :

- Aspect éthique : la protection du patient et le secret médical :

Les psychiatres étaient très attentifs à la répercussion que leurs échanges pouvaient avoir sur le patient afin de ne pas lui nuire (*«ce n'est pas utile qu'un patient traîne un*

dossier dans lequel il est écrit qu'il était alcoolique à une époque, ou toxicomane... (...) Ça peut les pénaliser»P6). Ils faisaient attention de ne pas transgresser le secret médical («il faut être très prudent pour ne pas dévoiler quelque chose que le patient ne souhaiterait pas voir dévoilé»P3) qui était une obligation déontologique («Je dois le secret à mon patient»P3). L'intérêt du patient était mis en avant («C'est aussi par respect pour le patient que finalement on ne le fait pas plus.»P9).

- Obligations légales :

Dans certain cas la communication était une obligation légale comme dans le cas des comptes rendus d'hospitalisation («les comptes rendus d'hospitalisation oui, parce que c'est la loi, c'est obligatoire»P4) pour lesquels les psychiatres hospitaliers interrogés disaient être respectueux de cette loi («les comptes rendus sont faits systématiquement de mon côté»P13). Durant les entretiens, la convention 2004 mettant en place la notion de médecin référent a été évoquée. Cette convention n'avait pas modifié leurs modes d'échange («Pour ma pratique je n'ai pas l'impression que ça ait changé quelque chose.»P6), rappelant que la psychiatrie était une spécialité en accès libre sans obligation de courrier retour.

- Essais d'harmonisation : les recommandations du CNQSP :

Durant l'entretien, j'avais demandé aux psychiatres s'ils connaissaient les recommandations du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP), et leur ressenti par rapport à ce texte. Ils étaient peu nombreux à connaître leur existence («Je ne connais pas du tout je n'en ai jamais entendu parler»P13) et encore moins nombreux à les avoir lues (« je connais leur existence, mais on ne les a pas travaillées»P1).

La perception de telles recommandations clivaient les psychiatres. Certains voyaient dans la rédaction d'un tel texte un cadre trop rigide ayant des effets néfastes sur les échanges («Ça me fait rire, cette façon de tout mettre..., de tout formaliser, de tout mettre en équation, en dix critères, en cinq critères en trois critères... ça tue la communication.»P2) et ne correspondant pas à la réalité de terrain («On reçoit des tonnes de choses qui ne correspondent jamais.»P11). Les autres pensaient qu'utilisée en tant que base d'échanges, elle pourrait aider à communiquer («ça

permet de savoir justement ce que l'on peut faire, ce que l'on doit faire, ça me paraît...»P9). Ils insistaient néanmoins sur l'importance de garder une souplesse dans l'application de ces mesures (*«il faut garder une certaine marge de manœuvre. On ne prend pas note sous la dictée.»P5*). Ne connaissant pas le CNQSP, un psychiatre préconisait que ces recommandations soient reprises par l'ARS afin qu'il y ait une validité à ces propositions et une meilleure diffusion (*«c'est à l'ARS de la poser comme recommandation et comme norme de qualité. C'est vrai ça s'impose. C'est à l'ARS d'encadrer l'activité médicale vers le haut, en tirant vers le haut les éléments d'information indispensable.»P7*).

3.6.2. Place du patient :

Le patient était présenté comme ayant une influence majeure sur la communication.

Les psychiatres mettaient en avant l'importance de la relation qu'ils entretenaient avec leurs patients. Les patients recherchaient un professionnel loyal en qui ils voyaient un espace de parole libre (*««je vous le dit à vous, mais je ne l'ai jamais dit à personne»»P3*). Cette relation permettait de créer une relation de confiance sans crainte de voir le secret médical trahi (*«respect de l'espace pour le patient de savoir que ce qu'il pourra dire ne sera pas forcément redit au travers d'un courrier»P5*). Les psychiatres expliquaient une retenue de leur communication par crainte de cette perte de confiance (*«il n'y a pas d'élément normalement susceptible de trahir la confiance que le patient a mis en moi»P3*). Il pouvait y avoir la création d'un réel binôme peu ouvert vers les autres intervenants.

Cette entente entre le psy et son patient se construisait dans le temps, pour guider le patient à son diagnostic et obtenir ainsi l'adhésion de sa prise en charge (*«à partir du moment où l'on prend le temps de les accompagner pour que eux posent les bonnes questions pour arriver au diagnostic, on a une alliance qui fait qu'on a vraiment préparé ce qui va se préparer après c'est à dire des années»P11*) et ainsi une meilleure compliance (*«Il n'y a que lui qui le gèrera son suivi de traitement»P6 - «permettre au patient de prendre en main la gestion de son traitement psy aussi bien que possible, aussi finement que possible»P7*). Cela conduisait à une certaine autonomisation des patients. Ce niveau d'éducation thérapeutique du patient variait selon les psychiatres, certains travaillant avec la connaissance du patient sur sa

pathologie (*«c'est extrêmement intéressant de travailler avec des patients schizos qui savent qu'ils sont schizophrènes. C'est extrêmement riche»*P12), d'autres voulant dissocier le patient de sa pathologie (*«quelques fois ce n'est pas utile de donner un diagnostic parce que euh... parce que c'est une pathologie qui n'a pas le retentissement de l'étiquette»*P9). Il était mis en évidence que l'information du patient permettait une diminution des réticences et une acceptation plus évidente de la communication avec leur médecin référent (*«C'est très rare, vraiment rare qu'il y ait un refus si l'on fait la pédagogie d'expliquer l'intérêt du fait que le médecin soit au courant»*P12).

Les patients avaient un rôle important dans l'initiation de la communication (*«et il y a des patients qui me disent : «est ce que vous pouvez écrire un courrier à mon généraliste ?» donc je le fais»*P8), tout comme dans son absence (*«j'ai quelques patients qui me disent : « je ne veux pas que mon généraliste sache que je viens vous voir»»*P8). Les oppositions à un échange avec le médecin traitant demeuraient peu fréquentes (*«je dirais peut être 2%. C'est assez faible.»*P11). Cette volonté était en général recherchée et respectée (*«je laisse le patient décider»*P6). Le patient pouvait également donner son accord pour une communication, en mettant un veto sur certaines données. Il avait un droit de regard sur les informations circulant à son sujet. Dans de très rares cas, des psychiatres ont évoqué une communication à l'insu de leur patient (*«Si c'est un peu délicat, et que c'est vraiment quelque chose qui doit rester confidentiel, je le dicte hors du patient, mais ça c'est exceptionnel»*P4).

En plus de l'ascendant du patient sur la communication, les pathologies exprimées par celui-ci et leurs prises en charge influaient également sur les échanges.

3.6.3. Influence de la pathologie et de sa prise en charge :

Les psychiatres présentaient clairement les maladies comme facteurs influençant leur communication tant sur la forme que sur le fond (*«ça dépend beaucoup du type de pathologie»*P1). La pathologie influençait les échanges du fait de la stigmatisation qu'elle engendrait et également à cause de la modification de la perception du patient comme dans le cas de la paranoïa cité à plusieurs reprises (*«si c'est une paranoïa, je ne mettrais pas paranoïa bien sûr»*P9). Certaines pathologies avaient même conduit à changer le vocabulaire employé (*«c'est une personnalité*

paranoïaque, je mettrais une personnalité sensitive avec la la la...»P9 - «je n'emploie plus les mots « hystérie » ou des choses connotées et très négatives.»P8)

Certaines pathologies rendaient la communication quasiment obligatoire en raison du risque de sur-médication. C'était le cas des addictions où un suivi du traitement devait être rapproché (*«c'était important aussi de pouvoir valider quelque chose au niveau des traitements qui étaient annoncés»P5*).

La prise en charge médicamenteuse était accompagnée d'une communication avec le médecin traitant soit à l'initiation du traitement (*«faire une lettre... oui si on donne un traitement médicamenteux»P8*) soit pour justifier une prise en charge particulière (*«si je trouve qu'il y a une originalité sur le plan de la prise en charge sur le plan du traitement, il m'arrive de l'écrire»P1*).

Mais dès que le suivi s'organisait sur la durée, qu'il soit psychothérapeutique ou médicamenteux, il ne générait plus de correspondance (*«au long court, oui, je n'écris plus au médecin traitant à dire vrai»P6*).

Les psychiatres présentaient les suivis psychothérapeutiques comme ne nécessitant pas d'échanges avec le médecin généraliste (*«si c'est une demande de psychothérapie, à dire vrai, je ne dis rien»P6*) du fait d'un travail fondé sur l'accompagnement du patient (*«je ne vais pas dire «je fais telle chose ...»»P8*).

3.6.4. Vision du médecin généraliste :

La représentation du médecin généraliste, de sa prise en charge et de sa connaissance peut modifier, comme nous allons le voir ci-dessous, la communication avec eux.

4. Les interlocuteurs :

4.1. Le médecin généraliste :

4.1.1. Le médecin généraliste et sa place dans le système de soins:

La majorité des psychiatres percevaient le médecin généraliste comme un élément fondamental au centre du système de soins (*«il n'y a personne de plus global que le médecin généraliste»*P12). Le médecin traitant était appréhendé comme un personnage philanthrope dont l'objectif principal était l'amélioration et le bien de son patient (*« Ils attendent que leur patient aille mieux»*P12), même s'il en découlait une souffrance narcissique quand il perdait de vue son patient au profit du psychiatre. Les psychiatres décrivaient un sentiment de dépossession des médecins généralistes lors de l'adressage du patient (*«Les médecins généralistes se sentent dépossédés de quelque chose, ou un peu trahis par leur patient ou par le psychiatre ou d'une alliance patient-psychiatre contre eux. »*P6)

Les psychiatres interrogés soulignaient une diversité d'implication des médecins généralistes selon l'intérêt qu'ils portaient aux pathologies psychiatriques. Cette diversité se retrouvait dans les caractéristiques de chaque patientèle (*«il y a des médecins qui ont des clients plus psys que d'autre, parce que je pense qu'ils sont plus réceptifs à tout ça.»*P6). Cette vision s'était construite en fonction des adressages que les médecins traitants faisaient vers les psychiatres.

La position centrale du médecin généraliste était vue comme ambiguë avec des avantages et des inconvénients. Le principal avantage était une très bonne connaissance par le médecin traitant de son patient, de son histoire et de son environnement tant familial que social (*«il connaît l'environnement du patient, parfois, jusqu'à son domicile, en tout cas souvent, ses conjoints, enfants, etc.»*P1). Cela permettait l'existence d'une alliance thérapeutique efficiente qui améliorerait le suivi et l'adressage. En contrepartie, cette proximité familiale pouvait être perçue, par les psychiatres, comme un risque de rupture du secret médical avec filtrage d'éléments vers l'entourage proche du patient (*«il peut être amené bien involontairement au cours d'un échange, etc., à divulguer des éléments»*P1) et un risque

d'instrumentalisation du médecin par ce même entourage, ce qui leur permettait de justifier le frein au retour d'information.

D'autre part, le médecin traitant était appréhendé comme un praticien disponible (*«c'est très rare que j'ai eu des problèmes pour les joindre»*P1). Il était le premier recours dès qu'un état pathologique se déclarait et restait accessible sur la durée permettant ainsi le suivi des pathologies chroniques ou récurrentes. C'était un médecin de proximité. Cette facilité d'accès lui donnait en revanche l'image de quelqu'un de débordé, manquant de temps pour lire son courrier et participer à des soirées de formation (*«je sais que les pauvres, ils n'ont pas toujours le temps»*P8).

Cette vision du médecin généraliste était globalement partagée, seul un psychiatre interrogé décrivait une toute autre vision du médecin traitant. Cette représentation singulière décrivait le médecin traitant comme quelqu'un d'omniscient (*«qui considèrent qu'ils en savent autant que moi»*P2), cherchant à gérer son patient sans l'aide du spécialiste (*«le généraliste préfère se passer du psychiatre dont il se méfie.»*P2). Ce psychiatre expliquait cette approche par le fait que les médecins généralistes avaient des représentations propres des pathologies mentales qu'il ne partageait pas en raison de sa spécificité de prise en charge (*«Si notre qualification à nous n'est pas la psychothérapie, et le décodage de l'inconscient, quelle est notre novation ? »*P2).

Un point du guide d'entretien abordait la convention 2004 et la mise en place du dispositif médecin référent. Ce texte ne semblait pas avoir modifié l'approche des psychiatres interrogés envers les médecins généralistes. Seule était ressentie une obligation plus importante d'investissement des médecins traitants dans la prise en charge des pathologies mentales quels que soient leurs intérêts dans ce domaine (*«Il est responsable aussi de l'ensemble. Il ne peut pas dire..., il ne peut plus dire : « moi je m'en fiche ». Pour moi il a une responsabilité.»*P9).

4.1.2. La prise en charge des pathologies psychiatriques par le médecin généraliste :

Les fonctions des médecins généralistes dans le domaine de la santé mentale, mises en évidence au détour des entretiens, étaient multiples.

Tout d'abord, cette prise en charge était influencée par le patient et sa pathologie. Le médecin généraliste semblait efficient pour la prise en charge des troubles de l'humeur et des troubles psychologiques qu'il rencontre en pratique quotidienne. Il était à même de gérer les traitements antidépresseurs et anxiolytiques (*«Il y a beaucoup de généralistes qui gèrent très bien leurs petits traitements»*P7), ainsi que de réaliser un soutien psychologique (*«les médecins sont déjà sensibilisés au côté psychothérapeutique quand il en faut»*P7). A contrario, il était perçu comme démuni, tout comme certains psychiatres le reconnaissaient dans les entretiens, face à certains troubles envahissants de la personnalité. Bien que prescrivant des antipsychotiques (*«un traitement antipsychotique minimal peut tout à fait être suivi par son médecin traitant.»*P3) et réalisant des gestes spécifiques tels que des injections retard, il était décrit comme étant peu à l'aise face aux troubles psychotiques (*«certains sont en difficulté par rapport à la psy avec des pathologies qu'ils ne connaissent pas bien, des traitements qu'ils ne connaissent pas ou des associations de traitements qu'ils ne maîtrisent pas»*P13).

Le médecin généraliste s'intégrait légitimement en tant que médecin somaticien pour connaître et prévenir les effets iatrogènes des traitements psychiatriques. Il en était de même pour la prescription et l'analyse des examens complémentaires à visée diagnostique (bilan thyroïdien par exemple) et de suivi (surveillance des bilans lipidiques).

Une autre fonction du médecin généraliste était mise en avant : il s'agissait de son rôle dans l'orientation et l'adressage du patient. Il devait évaluer l'intérêt d'un suivi psychologique et/ou psychiatrique et guider ainsi le patient vers un psychologue ou vers un psychiatre, selon ce qu'il estimait nécessaire comme thérapie : psychothérapie ou adaptation thérapeutique (*«c'est eux qui filtrent»*P7). Les psychiatres estimaient que le rôle des médecins généralistes était de savoir passer la main, lorsqu'ils se sentaient dépassés (*«un soulagement quand quelque chose lui paraît trop difficile »*P6), bien qu'ils ressentent une appréhension à cette passation du fait du risque de perte de vue de leur patient et une peur d'un émoussement de l'alliance thérapeutique qu'ils avaient créée avec leur patient (*«Il se méfie »*P2).

L'approche diagnostique des médecins généralistes étaient perçue comme bonne au travers des adressages, tout en reconnaissant une prise en charge avec sur-médicamentation (*«nous sommes au monde le pays où l'on consomme le plus de tranquillisants et d'antidépresseur»*P12) due au manque de temps.

La proximité du médecin généraliste en faisait également le médecin de l'urgence (*«le généraliste, à mon avis, peut répondre plus facilement à l'urgence»*P13). Présent lors des absences des psychiatres, il était prédisposé à s'occuper des décompensations aiguës à la demande du patient ou de son entourage, pouvant être amené à réaliser des certificats d'hospitalisation sous contrainte (*«du cabinet du médecin traitant, le patient peut être hospitalisé directement en HDT ou HO. Dans ce cas-là, c'est le circuit direct.»*P7). La rédaction de tels certificats était primordiale pour la poursuite de la prise en charge par les psychiatres hospitaliers, car une erreur dans les certificats pouvait compromettre l'hospitalisation et de surcroît la prise en charge thérapeutique.

Le médecin généraliste était donc vu comme un co-thérapeute somaticien (*«Il va suivre éventuellement le traitement, il faut qu'il connaisse les effets secondaires du traitement, il faut qu'il puisse suivre aussi le problème somatique, donc il fait partie à part entière de la prise en charge du patient.»*P4), initiateur de la prise en charge (*«ça dépend du généraliste aussi, parce qu'on n'est pas au départ de la démarche»*P13).

Toutefois ces modèles de prises en charge étaient temporisés par le fait qu'ils étaient médecin-dépendants, selon l'investissement du praticien et de sa formation en psychiatrie.

4.1.3. La formation en psychiatrie des médecins généralistes :

La formation initiale des médecins généralistes était perçue comme globalement déficitaire par les psychiatres interrogés (*«Leur formation, à mon avis n'était pas du tout aboutie en psychiatrie»*P13). Cette carence n'était pas homogène. Elle était ressentie comme plus importante dans la prise en charge des psychoses chroniques (*«suicidologie et puis psychoses chroniques, schizophrénies où là ils sont largués»*P13). Alors que pour les troubles d'allure évènementielle (deuil,

séparation,..) et pour les prises en charge psychologiques elle ne semblait pas handicapante, les médecins généralistes étant plus souvent confrontés à ce type de problèmes (*«ils le gèrent relativement bien : une pincée de tranquillisants s'il le faut et voilà...»*P7). Il leur paraîtrait important de consolider cette formation avec le développement de stages afin de mieux connaître leur travail, car selon eux, une meilleure connaissance de leurs pratiques serait gage d'un meilleur adressage, car plus ciblé. Un autre avantage du développement de la formation qui avait été mis en avant serait la prise en charge relais plus précoce des patients afin de palier la baisse du nombre de médecins spécialisés en psychiatrie (*«nécessité d'optimiser le système en faisant que les généralistes soient mieux formés aussi en prenant rapidement le relais du psy.»*P7)

La formation médicale continue a également été abordée. Bien qu'existants, les Enseignements Post-Universitaires (EPU) étaient ressentis par les psychiatres comme difficiles à organiser. Le principal problème relevé est le manque de temps des médecins généralistes (*«On ne se voit jamais parce que les uns et les autres, on est très occupés»*P7). Certains psychiatres se sont désinvestis de ces enseignements qui leur prenaient également beaucoup de temps à préparer et parce que, ils se sentaient par moment, pris au dépourvu face aux attentes des médecins généralistes. Ces attentes étaient considérées comme non adaptées à leurs pratiques (délai de prise en charge par exemple : *«j'avais une liste d'attente, je ne pouvais pas prendre les gens sur le champ»*P8) ou présentaient des objectifs de prise en charge non réalisables (difficulté de prise en charge de troubles graves de la personnalité où peu de solutions thérapeutiques existent : *«ils se sentent démunis et nous aussi»*P4).

Enfin, il ne faut pas omettre que la formation, qu'elle soit initiale ou continue, restait médecin dépendant. *« On ne peut pas sensibiliser de manière uniforme les médecins généralistes »*(P5) car l'appétence pour les troubles psychiatriques fluctuait selon les médecins, comme il en était de même pour n'importe quelle spécialité. Ainsi, les psychiatres participant à la formation décrivaient souvent la présence des mêmes interlocuteurs intéressés lors de ces réunions.

4.2. Les autres interlocuteurs :

Les psychiatres avaient évoqué spontanément l'existence d'échanges avec d'autres intervenants : professionnels de santé ou organismes.

Les correspondants pouvaient être des médecins autres que le médecin généraliste, ou du personnel paramédical impliqué dans l'accompagnement du patient.

Il existait une communication entre les psychiatres ambulatoires par le rassemblement en groupe de pairs tel que le GREP par exemple (*«on communique assez bien entre les libéraux, parce que l'on a des réunions, des choses comme ça»*P8). Elle pouvait également se produire du fait des spécificités de prise en charge autour d'un même patient, et rendait alors ces rapports sensibles (*«j'ai fait un courrier pour un psychiatre traitant, pour lequel le traitement ne me paraissait pas adapté, et donc j'ai fait un courrier pour demander de revoir un peu le traitement avec des suggestions. C'est très délicat entre psychiatres.»*P9).

Les psychiatres ambulatoires décrivaient une difficulté à communiquer avec leur alter-ego hospitalier (*«je suis un peu résignée sur le fait qu'il n'y ait pas de communication»*P6), hormis avec l'UNACOR, créée en 2004, qui contactait les psychiatres traitant en cas de consultation (*«l'UNACOR nous envoie un courrier pour nous dire : «nous avons reçu ce patient tel jour» et en général on sait si la décision a été de le garder hospitalisé ou pas»*P5). C'était majoritairement les psychiatres libéraux qui initiaient ce contact (*«C'est des hospitalisations qui peuvent aussi être programmées par nous donc en général, je prends quand même la peine d'écrire un courrier évidemment. Dans ces cas-là je le fais systématiquement, je suis moins négligent qu'avec les médecins de ville.»*P5). Les psychiatres ambulatoires ayant commencé par une activité hospitalière bénéficiaient de leurs connaissances pour améliorer ces échanges.

Certains contacts directs étaient pris avec les médecins d'autres spécialités soit lors de la nécessité de bilan (*«Un questionnement autour d'une dyslexie, de faire un point ORL. Je les adresse directement»*P10 - *«une insuffisance rénale que j'ai découvert de façon systématique par une prise de sang(...) j'ai écrit au néphrologue à qui je l'ai*

adressé»P13), soit pour des suivis particuliers où c'est le médecin spécialiste qui avait adressé le patient au psychiatre.

Les autres professionnels bénéficiant d'une communication avec les psychiatres étaient les psychologues et les infirmiers psychiatriques. L'échange avait principalement lieu pour mettre en place le suivi du patient (*«je m'aperçois que finalement, il doit avoir une problématique qui nécessite d'avantage un soutien psychologique et un suivi de long court et là je m'efface un peu et je confie la personne à un des deux psychologues»P7*). Il en était de même pour les médecins scolaires et psychologues scolaires dans le cadre de l'exercice pédopsychiatrique.

Concernant les organismes quelques psychiatres ont évoqué leurs rapports avec la Sécurité Sociale ou les assurances. En général, le contenu de l'information était délivré avec parcimonie et dans le but de servir les intérêts du patient en respectant le secret médical.

5. Pistes d'amélioration :

Quelques psychiatres ont évoqué des pistes afin d'améliorer leur relation avec leurs confrères généralistes.

Ces évolutions devaient être pensées en collaboration en intégrant dans cette réflexion les médecins généralistes, leur ressenti (*« ils se sentent quelque part délaissés. Donc il faut en tenir compte. »*P4) et leurs attentes (*« savoir ce qu'ils attendraient effectivement comme informations que l'on pourrait être amené à leur renvoyer »*P5).

Les améliorations citées étaient principalement de l'ordre du renforcement des liens directs (*« Je suis sûr que si on passait trois heures par mois à se rencontrer elles ne seraient pas perdues »*P7). Ce type de contact pouvait se faire soit lors de « liaison attachement » (*« le psychiatre passe une journée ou deux par an dans le cabinet d'un médecin traitant en retrait sur un fauteuil pour voir un peu, sur le terrain comment se passe le micmac, et vice versa... »*P7), soit lors de réunions centrées sur un patient (*« réunions de confrontation pluridisciplinaire, les fameuses RCP. Et bien qu'on le fasse avec les médecins généralistes quand ils nous interpellent sur un cas particulièrement compliqué »*P4 - *« je crois qu'il faudrait effectivement imaginer des temps comme ça, de synthèse »*P5).

Une systématisation des échanges étaient également élaborée, avec par exemple des lettres types (*« il proposerait une lettre type à envoyer, ce qui faciliterait les choses au niveau du manque de temps »*P10).

Enfin une dernière piste était un investissement plus important dans la formation des médecins généralistes (*« optimiser le système en faisant que les généralistes soient mieux formés »*P7) entre autres par l'intermédiaire de groupe (*« des sortes de balint, comme ça s'appelait il y a assez longtemps, pour médecins traitants et animés par un psy ou vice versa »*P7).

6. Table conceptuelle :

Les interactions entre les différents éléments entrant en jeu dans la communication entre les psychiatres et les médecins généralistes ont été modélisées dans la table conceptuelle présentée à la page suivante.

Elle est construite sur un axe vertical représentant les trois principaux éléments du flux d'information : le patient à l'origine des données, le psychiatre qui intègre ces données en fonction de sa culture et qui les transmet au médecin généraliste.

Ce flux d'informations psychiatre-médecin généraliste a été scindé afin de faire apparaître deux composants essentiels : quoi transmettre (le contenu) et comment transmettre (le vecteur). Le contenu et les vecteurs s'influencent mutuellement.

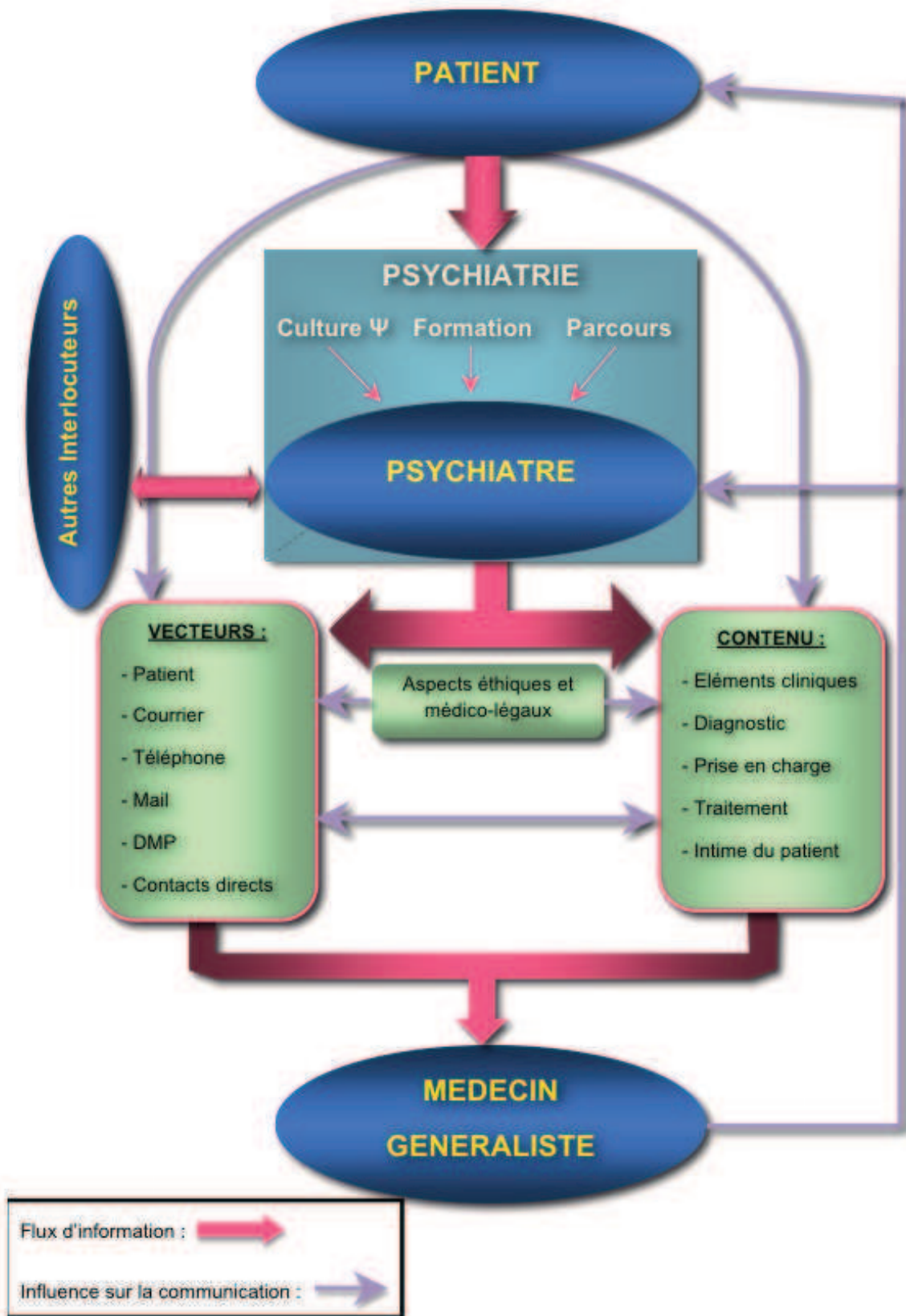
D'autres éléments temporent cette communication :

Tout d'abord le patient qui joue sur le contenu par les éléments confiés au psychiatre, et sur le vecteur en étant lui-même transporteur du message.

Les aspects éthiques (se rapprochant de la culture médicale du psychiatre) et médico-légaux influencent également ce flux d'information par la nécessité de laisser ou non des traces écrites et de partager ou non des éléments appartenant au secret médical partagé.

Enfin le médecin généraliste est un élément modérateur de cette communication par les relations qu'il entretient avec son patient et la connaissance mutuelle avec le psychiatre.

Table Conceptuelle :



DISCUSSION

1. Eléments clés :

1.1. Une vision singulière d'un échange nécessaire :

L'importance de la communication entre les professionnels est indéniable. Elle fait d'ailleurs l'objet de textes de loi. Le code de déontologie médicale insiste sur la nécessité de ces échanges et sur l'information du patient (43).

Les psychiatres de l'étude avaient bien conscience de la valeur ajoutée de la communication dans la prise en charge conjointe de leur patient avec le médecin généraliste. Bien que constatée, cette carence communicationnelle n'était pas systématiquement suivie d'échange. Les effets positifs de la collaboration sont multiples (15) mais n'ont pas été verbalisés par les psychiatres de l'enquête. Ce manque de communication est d'ailleurs retrouvé dans la littérature (25).

Ils définissaient un sens à cette communication : la communication en direction des psychiatres était présentée comme utile puisqu'elle permettait d'obtenir entre autre des éléments antérieurs, mais ils étaient plus réservés quand cette communication était destinée aux médecins généralistes. Cette asymétrie avait déjà été soulignée lors d'une précédente enquête qui montrait que les courriers des médecins généralistes se rapprochaient davantage des besoins des psychiatres que l'inverse (44). Cette asymétrie existait également au sein même des psychiatres de l'étude entre les psychiatres ambulatoires et hospitaliers.

Les psychiatres n'émettaient pas d'opposition à correspondre avec leurs confrères généralistes mais les laissaient initier cette relation mettant ainsi en avant le rôle prépondérant de l'adressage. Cette fonction primordiale de l'adressage est retrouvée dans diverses études. Le manque de clarté des demandes des médecins

généralistes dans leur mode d'adressage (26) (45) n'a pas été retrouvé dans notre étude. Les psychiatres interrogés semblaient au contraire satisfaits de la qualité et de la justesse de l'adressage.

Ils insistaient sur l'importance informative de la communication, or différentes études (30) (20) montraient l'inadéquation du retour des spécialistes par rapport aux attentes des médecins généralistes.

Par crainte de voir le médecin généraliste divulguer des informations directement au patient, la plupart des psychiatres désiraient maîtriser la communication dans sa forme et dans son contenu. Dans sa revue de la littérature, Gagliardi soulignait également que le faible retour d'information pouvait s'expliquer par la volonté du psychiatre de ne pas paraître paternaliste vis-à-vis du médecin généraliste(32).

L'échange avec le médecin traitant était perçu dans l'étude comme bénéfique pour le patient et pour l'organisation de sa prise en charge. En effet, c'est par les échanges que peuvent se définir les rôles encore flous de chacun (46).

1.2. Le temps : les échanges sont influencés par le moment et la durée de la prise en charge:

La communication est une action qui évolue dans le temps.

La notion du temps était présente dans l'histoire du praticien. Nous avons mis en évidence que le moment où le psychiatre avait réalisé ses études et les relations qu'il avait pu tisser avec ses confrères, soit en ayant exercé comme médecin généraliste soit par le biais de formation continue, influençait ses échanges. La construction d'un réseau de soins s'organisait sur la durée.

L'importance du temps était perceptible également autour du patient. La communication variait selon l'instant où il était pris en charge. La communication était plus systématique en début de prise en charge et dans les contextes d'urgence. La durée des soins s'accompagnait d'une diminution de la correspondance. Une étude avait déjà noté ce phénomène d'épuisement des échanges au cours du temps (47).

Enfin le temps au sens propre apparaissait nécessaire pour communiquer, du fait du caractère chronophage de toute relation. Ce manque de temps semblait être un frein à la communication souvent décrit (15).

1.3. Un instrument malléable :

« Quoi » et « comment » restent des éléments fondamentaux de la communication. Il était intéressant de constater que la manière de communiquer dépendait du message à transmettre, et que ce message s'adaptait au mode de transmission. Dans la littérature, les articles retrouvés s'intéressaient plus au contenu de l'information qu'au choix du moyen de transmission. Les recommandations mettaient tout de même en avant le courrier comme moyen d'échange de référence (15). Les psychiatres interrogés expliquaient que tout ne pouvait pas être écrit du fait de la permanence des écrits, mais la communication épistolaire n'en demeurait pas moins la référence en matière d'échange éthiquement (43) et administrativement (5). Les psychiatres de l'enquête utilisaient donc les modes de transmission qu'ils jugeaient opportuns. L'ensemble des psychiatres était d'avis de ne communiquer que des éléments techniques. Ils étaient unanimes sur le fait de ne pas transmettre des éléments biographiques trop intimes que le patient leur aurait confiés. Ce secret médical restreint répondait aux craintes du patient de voir des éléments intimes communiqués (46).

En ce qui concerne les nouvelles technologies, à savoir le mail ou le DMP, elles n'étaient pas encore rentrées dans les mœurs comme le montre l'absence de données retrouvées sur ce sujet.

1.4. Le patient : acteur ou figurant ? Une position paradoxale :

Durant la présentation des résultats, nous n'avons pas individualisé de thème patient car il entrait en interaction à de multiples niveaux : l'information originelle, le transfert des données, les relations entretenues avec les différents professionnels de soins....

Le patient a une place centrale dans le processus de communication. Il est au centre des propos et des soins.

Cette position essentielle n'est pas ressortie clairement des entretiens.

Le discours concernait le patient mais celui-ci n'était pas intégré systématiquement dans son élaboration. Nous retrouvons une approche très paternaliste des relations médecin-patient. Depuis 2002, un cadre légal est défini en ce qui concerne l'information du patient et son investissement dans sa prise en charge (48). Cette loi promulgue une diffusion loyale et éclairée des données afin de permettre une approche thérapeutique discutée de manière consensuelle avec le patient.

La place réelle du patient ressortant de notre étude était autre : il n'était intégré que d'une manière passive dans l'appropriation de sa maladie et de sa prise en charge. La fonction principale qui ressortait des entretiens était celle de véto à la diffusion d'informations. Ce rôle de censure du patient reposait sur une interprétation des volontés des patients car sa recherche n'était pas systématique.

Concernant le partage des données, les psychiatres décrivaient peu de refus des patients. Mais même s'il a été montré que les patients étaient confiants dans la communication (30), la demande de leur accord pour cette transmission n'était pas explicitement demandée.

Le patient était présenté comme vecteur informel de cette communication. Ceci avait l'avantage de ne pas risquer de trahir le secret médical, mais l'information pouvait être modifiée ou dissimulée. De plus, pour que l'utilisation du patient comme messenger soit efficiente, cela suppose qu'il ait intégré les données le concernant, et qu'il ne se contente pas uniquement de montrer une ordonnance. A l'heure où l'éducation thérapeutique, les soins centrés sur le patient et la décision partagée sont mis en valeur (48), il est intéressant de relever que l'information donnée au patient soit si hétérogène. L'approche éducative variaient selon les psychiatres : les uns essayaient d'amener le patient à évoquer lui-même le diagnostic, les autres n'assimilaient pas le patient à cette réflexion.

Dans notre étude les psychiatres étaient rarement confrontés à une opposition du patient concernant la transmission d'information vers leur médecin traitant. Cette

constatation était en adéquation avec la vision positive que les patients avaient de la communication entre professionnels le concernant (49).

Hormis la réticence initiale des patients à consulter un psychiatre (50) (32), liée à une stigmatisation persistante (46), ceux-ci se retrouvaient fréquemment perdus face au système de soins. Ils ne savaient pas qui consulter du fait d'une définition floue des rôles. La place des psychiatres face aux psychologues, psychothérapeutes, psychanalystes et même face aux généralistes n'était pas évidente.

Mais une fois la relation thérapeutique établie, les psychiatres de l'étude décrivaient une affectivité adhésive des patients. Cette perte de vue des patients était crainte par les médecins traitants.

1.5. Des points de vue distincts pour un objectif commun :

Quelque soit le professionnel accompagnant un patient, son objectif est l'amélioration de l'état de santé du patient, tout en faisant attention de ne pas lui nuire. « Primum non nocere ». Cette attention envers le patient était ressortie des entretiens avec les psychiatres renforçant ainsi l'importance de la communication.

Il n'en demeure pas moins que les attentes et les demandes en matière de communication sont différentes selon la spécialité. L'incompréhension mutuelle et la distance entre les psychiatres et les médecins généralistes venait de l'existence de cultures professionnelles différentes (31). En effet, L. Demailly dans son enquête expose que les éthiques sont partagées. A l'origine de cette constatation, elle décrit entre autre le rapport à la demande, à l'utilisateur et la vision du travail collaboratif. Ces différents éléments généraient des divergences de représentations et de pratiques (31).

La vision des psychiatres sur la communication était le reflet des difficultés qu'ils rencontraient dans l'exercice de leur activité.

Une des difficultés exprimée par les psychiatres est la surcharge de travail ressentie et qui se matérialise par le manque de temps. Comparée aux autres pays Européens, la France dispose d'une densité de psychiatres parmi les plus élevées

(11). La surcharge peut donc s'expliquer par un dysfonctionnement de l'organisation du système de soins. Elle peut également s'expliquer par des disparités de demande. Il ressort de plusieurs études que la France est le pays où la prévalence de la dépression est la plus forte (11) (51).

Il n'y avait pas de délégation organisée avec une communication cohérente vers le médecin généraliste alors que celui-ci était clairement identifié comme ayant une position centrale dans le système de soins. Le médecin traitant se voyait attribuer une fonction de co-thérapeute sans que les psychiatres ne lui donnent les moyens d'assumer ce rôle, notamment par des courriers de synthèse. Cette non-répartition des rôles était liée à une méconnaissance de l'autre et de son travail.

La pathologie psychiatrique elle-même est représentée d'une manière différente entre les médecins généralistes et les psychiatres. Les psychiatres montrent une certaine difficulté à annoncer un diagnostic, alors que pour les généralistes, l'approche diagnostique se situe en parallèle de l'approche symptomatique et thérapeutique (52). En soins primaires, les médecins généralistes ont une approche diagnostique où une plainte ou un symptôme peuvent être considérés comme des diagnostics. La CISP (Classification Internationale en Soins Primaires) permet de matérialiser cette démarche diagnostique. Le diagnostic en médecine générale regroupe ainsi le ressenti du patient, l'avis médical du généraliste et le contexte psycho-social (53). Il apparaît ainsi plusieurs niveaux de diagnostic. L'approche diagnostique des psychiatres par le DSM-IV ou le CIM-10 est toute autre. Ils recherchent un diagnostic complet. Ils fonctionnent ainsi comme une sur-spécialité où il faut faire le tour du patient pour se prononcer et décider de la prise en charge.

Enfin, la difficulté de l'annonce était présentée par les psychiatres comme inhérente à leur spécialité : Ils ne pouvaient se permettre d'annoncer des diagnostics sur des structures pathologiques, telle que la paranoïa, de peur de perdre l'alliance thérapeutique avec le patient. Il en était de même lorsque la prise en charge était limitée.

La constatation que la communication était le reflet des difficultés de la pratique avait déjà été faite pour les médecins généralistes (54). En effet, les motifs d'adressage étaient corrélés à la complexité de la prise en charge des patients psychiatriques.

Les médecins généralistes seraient prêts à les prendre en charge si le soutien des psychiatres était plus accessible (22).

2. Forces et faiblesses de l'étude :

Un des principaux avantages qu'offre la pratique des entretiens semi-dirigés est sa plasticité. Cette méthode évolutive permet de s'adapter au plus près à la question de recherche avec un guide évoluant à partir des éléments nouveaux soulevés au cours des entretiens. Cette analyse qualitative a permis une approche sans à priori des réponses données par les psychiatres et de leur justification.

Bien que le recrutement des psychiatres se soit déroulé sans obstacle majeur, nous avons dû faire face à un refus et à un « perdu de vue ». Le perdu de vue correspond à un psychiatre contacté à plusieurs reprises et n'ayant pas abouti à un rendez-vous, occasionnant une lacune dans l'étude. Les entretiens ont été menés auprès de psychiatres intéressés par le sujet, et exerçant dans une seule région. Il faudrait mener une enquête similaire à plus grande échelle afin de voir si la localisation et surtout la densité de professionnels influeraient sur ces résultats. En effet, nous pouvons penser que la psychiatrie pratiquée dans des zones sous-dotées et à distance de centres hospitaliers spécialisés, n'a pas les mêmes objectifs ni la même fonction que dans des régions où l'accès est plus facile.

Néanmoins le nombre d'entretiens réalisés et la diversité des psychiatres interrogés sont des éléments forts de cette étude.

L'analyse des données ayant été réalisée par deux chercheurs distincts constitue un critère de validité scientifique pour cette enquête.

Nous avons rencontré des difficultés d'interprétation du fait de l'emploi du « on ». En effet, l'emploi de ce pronom fait plus référence à des représentations générales qu'à des propos personnels. Cela peut provenir du mode de recueil. Il aurait été pertinent de rechercher des engagements plus personnels au cours des entretiens.

Certaines pistes de recherches auraient été intéressantes à approfondir. La notion d'enfermement du patient dans un diagnostic, l'information délivrée au patient sur le

plan du contenu et de sa répercussion envisagée, sont des points qui auraient pu être creusés car ils se sont révélés, au cours des échanges, être des freins à la communication. De même, les psychiatres auraient pu être encouragés à s'exprimer davantage sur les solutions qu'ils envisageraient afin d'améliorer cette communication.

Une autre limite de l'étude vient du fait que les entretiens n'ont été menés que par un seul investigateur. La multiplicité des personnes menant les entretiens permet d'avoir d'autres approches aux questions notamment par des relances différentes.

3. Des changements envisageables :

Diverses propositions peuvent être avancées pour améliorer la communication entre les professionnels de soins.

Il serait tout d'abord souhaitable que les psychiatres et les médecins généralistes approfondissent chacun la connaissance du travail de l'autre. Cette approche permettrait de mieux se représenter les attentes et les difficultés auxquelles chacun est confronté. Pour cela, il faudrait mettre en place des stages ambulatoires chez des médecins généralistes pour tous les étudiants afin de mieux connaître la spécialité de premier recours quelque soit la spécialité choisie par la suite.

Une meilleure formation des médecins généralistes en psychiatrie serait à développer. Cela leur permettrait une meilleure connaissance spécifique afin d'améliorer la prise en charge initiale avec une amélioration du dépistage, d'identifier les situations à déléguer et de permettre une meilleure définition de leur place dans le travail en commun. Trop peu de stages sont proposés à l'heure actuelle alors que cela représente une part importante de leur activité. De plus il a été montré qu'une formation plus importante permettait une meilleure implication dans la prise en charge des pathologies psychiatriques (55) et une meilleure prévention (56).

Ainsi une meilleure connaissance de la spécialité et de sa pratique pourrait améliorer la qualité des courriers échangés qui représente un levier majeur pour une meilleure collaboration (15).

Un enseignement centré sur la manière de communiquer entre professionnels devrait être mis à l'étude, car la communication ne saurait être uniquement innée. Il serait concevable que cet enseignement soit commun aux internes des différentes spécialités.

Outre une attention accrue portée à formation, la diffusion de recommandations devrait être systématisée. Nous avons bien vu au cours de notre étude la méconnaissance et le faible impact des recommandations. Dans les pistes d'amélioration, un psychiatre évoquait l'intérêt du courrier standardisé. Cela avait déjà été évoqué comme élément facilitateur des échanges (46) et avait conduit à la rédaction de ce référentiel (15). Nous sommes donc amenés à réfléchir à une diffusion plus claire et ciblée des recommandations. Mais la simple diffusion ne suffirait pas à elle seule pour que les psychiatres les mettent en pratique. Ils doivent également s'approprier ce référentiel. L'assimilation des recommandations pourrait se faire en les retravaillant, en concertation avec les psychiatres de terrain, afin de prendre en compte leurs spécificités de fonctionnement et ainsi mieux correspondre à leurs pratiques (chimiatres, psychanalystes,...).

Les autorités sanitaires devraient promouvoir l'organisation de réseaux de soins. Cette action doit également se faire en concertation sur le terrain afin que les utilisateurs puissent s'approprier au mieux ces dispositifs. Pour l'heure, il n'existe que des réseaux mis en place par des individus et ne perdurant que par eux (57) (14). Il ne s'agit que d'expérimentations locales méritant d'être généralisées. En effet, les réseaux favorisant les échanges tels que les consultations d'avis spécialisé et de suivi conjoint (Cassc) du RPSM 78 (14) sont perçues de manière positive par les usagers : 95% des patients et 85% des médecins généralistes exprimaient leur satisfaction. D'autre part, la mise en place de réunions de concertation (58), telles qu'elles existent déjà en oncologie (59), au sein des maisons de santé pluridisciplinaire permet également une amélioration des liens et de la satisfaction des professionnels (60).

4. D'autres pistes de recherche à approfondir :

A partir des données de cette étude, complétées par la réalisation d'autres entretiens, il serait intéressant de réaliser une analyse matricielle afin d'analyser plus finement les réponses des psychiatres. Les propos pourraient ainsi être éclairés par les caractéristiques de chaque psychiatre.

Un autre éclairage sur le sujet pourrait être de confronter directement les points de vue des psychiatres et des médecins généralistes sur la communication et les solutions de fonctionnement qu'ils proposeraient. Cela pourrait être réalisé par la mise en place de focus group rassemblant des médecins de ces deux spécialités. Il est intéressant de voir que la recherche bibliographique sur les moyens de communication entre confrères s'est avérée pauvre. A l'heure où les vecteurs de communication se multiplient, un travail sur ces pratiques d'échanges serait nécessaire. Ainsi il serait constructif d'étudier de quelle manière des messageries sécurisées, le développement de numéros dédiés pour des conseils d'orientation ou le partage de créneaux de consultation pourraient améliorer la prise en charge des patients et les échanges interprofessionnels.

Enfin, explorer le point de vue du patient contribuerait grandement à enrichir et améliorer les pratiques. En effet, nous n'avons pas retrouvé d'étude sur la manière dont le patient voit le partage d'éléments et l'organisation de la prise en charge le concernant alors que sans lui la communication n'aurait pas de sens.

CONCLUSION

L'étude de la communication entre les psychiatres et les médecins généralistes est apparue complexe et sujette à de multiples influences. De nombreuses barrières sont mises en avant par les psychiatres, mais leurs fonctionnements variés n'autorisent pas à envisager une solution simple. Améliorer et clarifier la communication leur semble néanmoins utile pour les patients et les médecins généralistes.

Les psychiatres ne sont pas opposés à communiquer avec le médecin généraliste si celui-ci initie le dialogue. Ils veulent néanmoins garder le contrôle de la transmission d'informations. La priorité donnée à la protection du patient et à la confidentialité des échanges semble globalement modélisantes. La méconnaissance des interlocuteurs, de leur rôle et de leurs attentes, se révèle être un obstacle à une communication efficiente. Les spécificités des pathologies psychiatriques telles que la difficulté diagnostique, l'évolutivité et la stigmatisation persistante, ont été présentées comme des freins aux échanges. Il en est de même en ce qui concerne la connaissance de la pathologie par le patient. Curieusement, la principale fonction de la communication est d'améliorer le soin collaboratif pour le bien du patient, mais celui-ci reste souvent absent au sein des entretiens.

Des améliorations seraient souhaitables. Une meilleure définition et connaissance des fonctions de chacun améliorerait les échanges et valoriserait le travail des psychiatres. Les recommandations existantes pourraient se trouver plus facilement implémentées lors de réunions de collaboration au sein de réseaux structurés ou dans des projets de santé pluri-professionnels.

« La communication est une science difficile. Ce n'est pas une science exacte. Ça s'apprend et ça se cultive. »

Jean-Luc Lagardère

BIBLIOGRAPHIE

1. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, N egre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population. *Encephale*. 2005 avr;31(2):182-94.
2. Lecante M. Psychiatres et généralistes communiqueraient-ils?  tats des lieux dans le département de la Charente à partir de deux enquêtes d'opinion. Poitiers, Uniersit  de Poitier 2011. 150p,
3. Fenina A, Geffroy Y, Minc C. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. *Questions d'économie de la santé*. Irdes. 2006;111.
4. France - La Definition Europeenne de la Medecine Generale – Medecine de Famille. <http://www.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale-%E2%80%93-medecine-de-famille> (testé le 2 octobre 2012)
5. LOI n  2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=&categorieLien=id>
6. LOI n  2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id#JORFARTI000020879483>
7. Massé G, Lesieur P. Médecine générale et psychiatre de secteur: des pistes pour un réel partenariat. *Nervure*. 2002;15(2):39-43.
8. Goldberg D, Huxley P. At least 25% with a mental health problem is a conservative estimate. *BMJ*. 2012;344:e1776.
9. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription. *Encephale*. 2009 d c;35(6):560-9.
10. Carel C. Implication de la médecine lib rale dans la prise en charge des soins psychiatriques en Ile de France: résultats de l'enquête du 13 octobre 1998. URML IDF. 2000 janv.
11. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv*. 2007 févr;58(2):213-20.

12. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*. 2007;7:188.
13. Kovess V. Place du généraliste dans la prise en charge des problèmes de santé mentale. *La Revue du Praticien. Médecine Générale*. 2007;21:519-21.
14. Passerieux C. Accès et continuité des soins pour les troubles mentaux les plus fréquents : les consultations de soins partagés du RPSM 78. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2007 déc;165(10):741-5.
15. Hardy Bayle M-C. recommandation de bonne pratique sur le thème de la coopération psychiatres-médecins généralistes. Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie; 2010 sept p. 53p.
16. Goldberg DP, Huxley P. *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care*. Taylor & Francis; 1980. 172p.
17. Goldberg D. Epidemiology of Mental Disorders in Primary Care Settings. *Epidemiol Rev*. 1995 janv 1;17(1):182-90.
18. Moore O, Guedj P. Relations entre généralistes et psychiatres : réflexions à partir d'une pratique psychiatrique de secteur. *Psychologie médicale*, 1995. p. 109-11.
19. Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *British Journal of Psychiatry*. 1997;170:6-11.
20. Trojak B, Barra J, Milleret G. Les médecins généralistes regardent la psychiatrie. *Nervure*. 2004;17(2/3):9.
21. Harris M, Ferreira A, Morães I, de Andrade F, de Souza D. Reply letter utilization by secondary level specialists in a municipality in Brazil: a qualitative study. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2007 mars;21(2-3):96-110.
22. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet M-P, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice*. 2005 janv;6:18-7.
23. Passerieux C, Janvier D, Younes N. Dépression : quel parcours de soin ? | Base documentaire | BDSP. *SANTE MENTALE*. 2007 mars;116:25-81.
24. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale: Généraliste et Psychiatre: une relation compliquée. *Médecine (Montrouge)*. 2008;4(6):279-83.
25. Chew-Graham C, Slade M, Montâna C, Stewart M, Gask L. Loss of doctor-to-doctor communication: lessons from the reconfiguration of mental health services in England. *J Health Serv Res Policy*. 2008 janv;13(1):6-12.
26. Tanielian TL, Pincus HA, Dietrich AJ, Williams JW Jr, Oxman TE, Nutting P, et al. Referrals to psychiatrists. Assessing the communication interface between psychiatry and primary care. *Psychosomatics*. 2000 juin;41(3):245-52.

27. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. Obstacles to effective treatment of depression. A general practitioners' postal survey in the north-west region of France. *Encephale*. 2010 juin;36 Suppl 2:D73-82.
28. Bohn I, Aubert J-P, Guegan M. Patients psychiatriques ambulatoires: Quelle coordination des soins? *La Revue du Praticien. Médecine Générale*. 2007;(770-771):511-4.
29. Bohn I. PSYSOM : évaluation de la communication entre psychiatres et médecins traitants Thèse de médecine, Paris, Université Paris Diderot - Paris 7, 2008, 83p.
30. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract*. 1990 nov;40(340):445-9.
31. Demailly L, Bresso M. Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques. *La lettre de la Mire*. 2005 juill;(6):6-8.
32. Gagliardi A. Use of referral reply letters for continuing medical education: a review. *J Contin Educ Health Prof*. 2002;22(4):222-9.
33. Mercier A, Aubin-Auber I, Stalnikiewitz B. Satisfacjon des Généralistes concernant la prise en charge des patients déprimés dans le système de soins. Une comparaison France/Gande Bretagne. *Exercer*. 2009;88:100-5.
34. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr Dryewicz A, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84:142-5.
35. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. Armand Colin; 2011.
36. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale*. 2002 mai;3(2):81-90.
37. Pope C, van Royen P, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Qual Saf Health Care*. 2002 juin;11(2):148-52.
38. Huberman AM, Miles MB. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003. 626p
39. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittee J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. première partie: d' « Acteur » à « Interdépendance ». *Exercer*. 2009;87:74-9.
40. Le Play F. Instruction sur la méthode d'observation dite des monographies de familles, propre à l'ouvrage intitulé « Les ouvriers européens » / par F. Le Play,. Société d'économie sociale (Paris); 1862 .
41. Blanchet A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Armand Colin; 2007.
42. Abrial S, Louvel S. Analyser les entretiens. *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. Presse Universitaire de Grenoble. Grenoble; 2011. p. 232.
43. Code de la santé publique-R4127 -Sous-section 3 : Rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé. Articles 56à68. : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000025843568&idSectionTA=LEGISCTA000006196408&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20121025>

44. Williams P, Wallace BB. General practitioners and psychiatrists--do they communicate? *Br Med J*. 1974 mars 16;1(5906):505-7.
45. Chew-Graham C, Slade M, Montana C, Stewart M, Gask L. A qualitative study of referral to community mental health teams in the UK: exploring the rhetoric and the reality. *BMC Health Serv Res*. 2007 juill 25;7:117.
46. Guex P, Barbier Y. [The general practitioner and the psychiatrist: a failure or a success?]. *Rev Med Suisse*. 2005 sept 21;1(33):2136-8, 2141.
47. Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Non-attendance at psychiatric outpatient clinics: communication and implications for primary care. *Br J Gen Pract*. 1999 nov;49(448):880-3.
48. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé . :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=96091F1A0EFD70A445690187332F362.tpdjo10v_3?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id
49. Cavel M-H. Le médecin généraliste en 2011 : place et représentation du point de vue des patients : étude qualitative réalisée auprès de patientèles picardes, par entretiens semi-directifs, thèse de médecine, Amiens, Université de Picardie, 2011, 78p.
50. Felker BL, Chaney E, Rubenstein LV, Bonner LM, Yano EM, Parker LE, et al. Developing Effective Collaboration Between Primary Care and Mental Health Providers. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2006;8(1):12-6.
51. Bromet E, Andrade L, Hwang I, Sampson N, Alonso J, Girolamo G de, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. 2011 juill 26;9(1):90.
52. Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Is GP-patient communication related to their perceptions of illness severity, coping and social support? *Soc Sci Med*. 2002 oct;55(7):1245-53.
53. Jamouille M, Roland M, Humbert J, Brûlet J. Traitement de l'information médicale par la CISP-2. Assorti d'un glossaire de la médecine générale. Care Editions, ASBL. Bruxelles; 2000
54. Doron A, Ma'oz B, Fennig S, Weingarten MA, Mendlovic S. Attitude of general practitioners towards psychiatric consultation in primary care clinic. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2003;40(2):90-5.
55. Amara G, Ayachi M, Ben Nasr S, Ben Hadj Ali B. [The physicians' perception of the general practitioner management of mental disorders: importance, difficulties and perspectives]. *Tunis Med*. 2010 janv;88(1):33-7.
56. Rutz W, Wålinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring AL, von Knorring L, et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand*. 1989 janv;79(1):19-26.
57. Bonsack C, Schaffter M, Singy P, Charbon Y, Eggimann A, Guex P. [Qualitative study of a social and health network's expectations for community treatment of severe mental health problems]. *Encephale*. 2007 oct;33(5):751-61.
58. Rich EC, Lipson D, Libersky J, Peikes DN, Parchman ML. Organizing Care for Complex Patients in the Patient-Centered Medical Home. *Ann Fam Med*. 2012 janv;10(1):60-2.

59. Piller-Jeandey L-E. Impact des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie : étude menée de mai 2006 à janvier 2007 dans le service d'oncologie du CHU Jean Minjoz de Besançon, Thèse de médecine. Besançon , Université de Franche-Comté, 2009, 83p.
60. Younes N. Le rôle et la place du psychiatre dans la complémentarité des pratiques. in Acte du Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines-Sud, Comment penser la complémentarité des pratiques et des métiers en santé mentale, Deauville, 6 et 7 mars 2004, édition Douin, ISBN 2704011710.

ANNEXES

Annexe N°1 : Guide d'entretien.

- Présentation personnelle : je m'appelle Pierre-Hubert CATHERINE, je suis Médecin généraliste remplaçant et je réalise cette étude dans le cadre d'un travail de thèse d'exercice. Il vise à éclaircir les possibilités de collaborations entre soins de spécialités et généralistes, à l'aide d'entretiens individuels.
- Rappel des modalités de l'entretien : lieu calme, plage horaire dédiée, enregistrement, discours libre, respect de l'anonymat++++

Question Brise-Glace, avec relances possibles :

« Pouvez-vous m'expliquer comment vous envisagez la communication pour les patients que vous voyez, vers leurs médecins généralistes ? »

Prendre un exemple :

« Pouvez-vous me dire comment et pourquoi vous avez contacté un médecin traitant la dernière fois ? (que vous vous en souvenez) »

« Quel était le motif de cette communication ? » « Quelles infos avez-vous communiquées ? »

« Pourquoi ce patient là et pas un autre ? »

« Communiquez-vous pour tout le monde ? Si oui comment ? Si non, comment choisissez-vous ? »

Rôle de l'adressage :

« De quelle façon le fait d'avoir un courrier du médecin traitant vous influence dans la rédaction d'un courrier retour ? »

« Comment envisagez-vous la communication s'il n'y a pas demande du médecin traitant ? »

Place et vision du MG :

« Connaissez-vous les médecins traitants de vos patients ? »

« De quelle manière les connaissez-vous ? » « Comment vous y prenez-vous pour les connaître ? »

« La communication est-elle différente selon le médecin correspondant ? »

« Selon vous, quelles sont les attentes des médecins généralistes ? »

« Selon vous, comment voyez-vous la place du médecin traitant dans la prise en charge des maladies mentales ? »

« Comment expliquez-vous l'impression ressentie des médecins généralistes d'avoir peu de retour de la part des psychiatres ? »

Place du patient et de sa pathologie :

« De quelle manière la pathologie du patient intervient dans la rédaction d'une lettre ? » « Comment cela varie selon le type de prise en charge » (psychotique, médicamenteuse, ...) ? »

« Cette correspondance est-elle différente pour une prise en charge chronique ou un avis ? »

« Pour les suivis chroniques, pensez-vous qu'il puisse être intéressant pour le médecin traitant, d'avoir un courrier de synthèse rappelant l'évolution et les objectifs de la prise en charge ? »

« Les patients connaissent ils le contenu du retour vers le MG ? Si opposent-ils ? Notez-vous le refus du patient dans le dossier ? » « Quelle est la proportion des patients qui refuse ce retour ? »

« Pensez-vous qu'une correspondance entre médecins généralistes et psychiatres puisse desservir les intérêts du patient ? » « Ne pensez-vous pas que le silence puisse nuire au intérêt du patient ? »

« Comment communiquez-vous le diagnostic au patient ? »

« Certains éléments, collectés durant mes entretiens, m'ont fait ressortir le fait que certains psychiatres se sentent stigmatisés. Pensez-vous que l'absence de communication retour ressenti par les médecins généralistes, renforce cet isolement ? »

Mode de communication :

« Pensez-vous que la communication épistolaire soit adaptée dans le cas des maladies mentales ? » « Utilisez-vous d'autres modes de communication avec les médecins généralistes ? » Mail ? Téléphone ? DMP ?

Contenu du retour :

« Quelles informations communiquez-vous au médecin traitant et pour quelles raisons les choisissez-vous ? » « Élément d'entretien, diagnostic, prise en charge, ... »

« Êtes-vous gêné de poser un diagnostic par écrit dans une lettre ? » « vous informez le patient de son diagnostic ? »

« De partager l'intime que le patient vous a confié ? »

Place par rapport aux recommandations :

« Connaissez-vous les recommandations du CNQSP et qu'en pensez-vous ? »

« La convention 2004, mettant en place le médecin référent, a-t-elle modifié votre manière de communiquer avec les médecins généralistes ? Et comment ? »

- Caractéristique du psychiatre : Age, Sexe, Mode d'exercice ambulatoire, hospitalier, CMP ou mixte, Rural, semi rural urbain, lieux de formation, activité et nb d'acte par jour. convention

« Comment définiriez-vous votre pratique dans les courants de pensée de psychothérapie ? »

« Puis je vous recontacter par la suite pour d'autres questions ou des précisions ? »

Annexe N°2 : Verbatim des entretiens.

La retranscription des entretiens est présentée sous forme de document PDF sur le CD-Rom joint ci-dessous.

Les paragraphes pouvant trahir l'anonymat des psychiatres interrogés ont été retirés.

Lorsque des éléments ponctuels pouvaient donner des indications sur l'identité des personnes interviewées ou lorsque ceux-ci citaient des noms pour exemple, des mots ou des portions de phrase ont pu être masqué sous forme de barres noires (■).

Annexe N°3 : Liste des codes utilisés.

➤ psychiatres et psychiatrie

1. psychiatrie

Clivage psyché-somatique
Comparaison avec autres spécialités
Stigmatisation des pathologies mentales
vision de la psychiatrie
vision de l'entretien psychiatrique
vision psychiatrie par le MG

2. psychiatre

Choix orientation professionnelle
Disponibilité psychiatre
Manque de temps
Prise en charge limitée
Spécificité de prise en charge
Surcharge travail
Vision du travail du psychiatre par les MG
Vision du travail du psychiatre par psychiatre
Vision sur les autres psychiatres

➤ communication

1. perception

Intérêt de la communication pour le psychiatre
Intérêts
Vision

2. organisation

Absence
Fréquence
Habitue
Initiation de la communication :
Accès direct
Adressage

- Adressage absence
- Adressage courrier
- Adressage fréquence
- Adressage généralités
- Adressage informel
- Adressage moment
- Adressage motif
- Adressage qualité
- Adressage téléphone

- Communication promoteur
- Recherche de la communication
- Volonté de communiquer

- Retour motif

3. contenu

- Contenu du retour

- Diagnostic

- Difficulté diagnostic

- Partage diagnostic avec MG

- Éléments cliniques

- Partage intime avec MG

- Traitement et prise en charge

- Prescripteur du traitement

- Prescripteur du traitement désignation

4. moyens

- Communication directe

- Échanges directs conversations

- Réunion synthèse

- Téléphone

- Appel retour

- Téléphone demande d'avis

- Téléphone inconvenants

- Téléphone retour avantage

- Téléphone utilité

Communication indirecte

Courrier

Courrier contenu

Courrier échange

Courrier forme

Courrier inconvéient

Courrier moment

Courrier réponse

Courrier retour fréquence

Courrier utilité

Patient vecteur

Autres modes de communication

Mode de communication choix

Mode de communication comparaison

5. Difficultés

Chronophage

Difficultés

Freins

Méfiance quant au partage d'information

Néfaste

Nomadisme médical

6. influences

Encadrement éthique et légal de la communication

Aspect médico-légale

Convention 2004

Courrier compte-rendu d'H.

Formalités administratives

Protection du patient

Recommandations CNQSP

Connaissance

Perception

Secret médical

Influence de la pathologie sur communication

Influence du type de prise en charge dans la communication

Patient

Alliance thérapeutique psy-patient

Choix sur com.

accord du patient

opposition du patient

volonté du patient

Information du patient

Patient adhésion PEC

Patient capté par psy

Retour du patient

Vision de la patientèle

➤ Interlocuteurs

1. médecins généralistes

Communication médecin dépendant

Connaissance

Connaissance des MG

Connaissance des MG selon ancienneté

Connaissance des pratiques des MG

Proximité physique avec les MG

Demande des MG

Disponibilité des MG

Distinction connaissance - communication

Formation

Formation continue des MG

Formation initiale des MG

Nombre d'interlocuteurs

Prise en charge

Prise en charge complémentaire

Prise en charge distinct

Prise en charge relais par le MG

Vision de la PEC par MG

Retour du MG

Vision de la place du MG

Vision des attentes des MG

Vision du MG

2. Autres interlocuteurs

Autres interlocuteurs

Communication avec autres spécialités

Communication entre psychiatres

Communication psychiatre ambulatoire-psychiatre hospitalier

Infirmiers

Psychologues

➤ Piste amélioration

RESUME

Contexte :

La communication entre professionnels est essentielle à une prise en charge optimale des patients. Nous constatons néanmoins la carence des échanges entre les psychiatres et les médecins généralistes. Bien qu'un cadre légal et des recommandations existent pour améliorer cette collaboration, les médecins généralistes, pivots du système de soins, ont le ressenti d'être mis à l'écart de certaines prises en charge.

Question :

Nous avons émis l'hypothèse que la communication entre les psychiatres et les médecins généralistes était influencée par des facteurs contextuels. Les différents éléments interagissant dans cet échange devaient apparaître dans le ressenti exprimé par les psychiatres.

Méthode :

Réalisation d'entretiens individuels, semi-dirigés, réalisés auprès de 13 psychiatres ambulatoires et hospitaliers de Haute-Normandie. Analyse qualitative des verbatims.

Résultats :

La communication a pu être analysée en trois points: le psychiatre comme source de l'information, l'information en elle-même par son contenu et son mode de transmission et le médecin généraliste comme récepteur. Le patient intervient à chaque niveau de la communication comme influence ou vecteur. De multiples éléments parasitant la transmission psychiatre vers le médecin généraliste ont été mis en évidence. Ils pouvaient être internes ou externes à la relation. La synthèse de ces éléments a permis la modélisation des échanges sous forme d'une table conceptuelle.

Conclusion :

La communication entre le psychiatre et le médecin généraliste est complexe. Elle fait intervenir de nombreuses influences tant internes qu'externes à cette relation. Une meilleure connaissance du rôle et des attentes de chaque intervenant, et un recentrage des soins avec le patient ne saurait être que bénéfique pour améliorer ces échanges. Dans un premier temps, une diffusion plus large des recommandations existantes serait souhaitable.

Mots-clés :

Psychiatre - médecin généraliste – communication - étude qualitative - entretien semi-dirigé.

RESUME

Contexte :

La communication entre professionnels est essentielle à une prise en charge optimale des patients. Nous constatons néanmoins la carence des échanges entre les psychiatres et les médecins généralistes. Bien qu'un cadre légal et des recommandations existent pour améliorer cette collaboration, les médecins généralistes, pivots du système de soins, ont le ressenti d'être mis à l'écart de certaines prises en charge.

Question :

Nous avons émis l'hypothèse que la communication entre les psychiatres et les médecins généralistes était influencée par des facteurs contextuels. Les différents éléments interagissant dans cet échange devaient apparaître dans le ressenti exprimé par les psychiatres.

Méthode :

Réalisation d'entretiens individuels, semi-dirigés, réalisés auprès de 13 psychiatres ambulatoires et hospitaliers de Haute-Normandie. Analyse qualitative des verbatims.

Résultats :

La communication a pu être analysée en trois points: le psychiatre comme source de l'information, l'information en elle-même par son contenu et son mode de transmission et le médecin généraliste comme récepteur. Le patient intervient à chaque niveau de la communication comme influence ou vecteur. De multiples éléments parasitant la transmission psychiatre vers le médecin généraliste ont été mis en évidence. Ils pouvaient être internes ou externes à la relation. La synthèse de ces éléments a permis la modélisation des échanges sous forme d'une table conceptuelle.

Conclusion :

La communication entre le psychiatre et le médecin généraliste est complexe. Elle fait intervenir de nombreuses influences tant internes qu'externes à cette relation. Une meilleure connaissance du rôle et des attentes de chaque intervenant, et un recentrage des soins avec le patient ne saurait être que bénéfique pour améliorer ces échanges. Dans un premier temps, une diffusion plus large des recommandations existantes serait souhaitable.

Mots-clés :

Psychiatre - médecin généraliste – communication - étude qualitative - entretien semi-dirigé.