



HAL
open science

Quelle communication les patients désirent-ils entre leur psychiatre et leur médecin généraliste ?

Agathe Denis-Gaubert

► To cite this version:

Agathe Denis-Gaubert. Quelle communication les patients désirent-ils entre leur psychiatre et leur médecin généraliste?. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01060475

HAL Id: dumas-01060475

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01060475v1>

Submitted on 3 Sep 2014

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 : 2014

N°

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

DENIS épouse DENIS-GAUBERT Agathe

Née le 15 juin 1984 à Laval (France)

Présentée et soutenue publiquement le 1er avril 2014

**Quelle communication les patients
désirent-ils entre leur psychiatre et leur
médecin généraliste ?**

Président de Jury : Pr Priscille GERARDIN

Directeur de thèse : Pr Alain MERCIER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

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 - . 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 - Mle 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 - .TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF**

I -MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (Surnombre)	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. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (Surnombre)	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie

M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPÈRE chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie 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 (<i>Surnombre</i>)	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET Interne - Gériatrie.	HB	Thérapeutique/Médecine –
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN Traumatologique	HCN	Chirurgie Orthopédique -
M. Fabrice DUPARC Orthopédique et Traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie
M. Bertrand DUREUIL chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
Mme 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. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
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	Dermato - vénéréologie

M. Jean-Marc KUHN métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
Mme Annie LAQUERRIERE pathologiques	HCN	Anatomie cytologie
M. Vincent LAUDENBACH chirurgicale	HCN	Anesthésie et réanimation
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
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 maxillo-faciale	HCN	Stomatologie et chirurgie
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES et de la reprod.	HCN	Biologie et méd. du dévelop.

M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>) Médecine d'urgence	HCN	Réanimation Médicale,
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme 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 chirurgicale	HCN	Anesthésiologie Réanimation
M. Pierre VERA l'image	C.B	Biophysique et traitement de
M. Eric VERIN réadaptation	CRMPR	Médecine physique et de
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. Jeremy 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 CLAEYSSSENS moléculaire	HCN	Biochimie et biologie
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie

M. Manuel ETIENNE tropicales	HCN	Maladies infectieuses et
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER santé	HCN	Epidémiologie, économie de la
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD moléculaire	HCN	Biochimie et Biologie
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	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
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB la santé	Législation pharmaceutique et économie de
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique

Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane EL MEOUCHE	Bactériologie
Mme Juliette GAUTIER	Galénique
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

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

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SERVIN** UFR Médecine Générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS

CHS - Centre Hospitalier

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mme Cécile BARBOT Minérale	Chimie Générale et
M. Thierry BESSON thérapeutique	Chimie
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB Economie de la Santé	Législation,
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA Galénique	Pharmacie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**
moléculaire

Biochimie et biologie

(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**
moléculaire

Biochimie et biologie

(UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN**
(Néovasc)

Neurosciences

Mme Pascaline **GAILDRAT**
moléculaire humaine

Génétique

(UMR 1079)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**
Inserm 1076)

Physiologie (Unité

Mme Isabelle **TOURNIER**
1079)

Biochimie (UMR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**
ADEN)

Physiologie (Groupe

Mme Su **RUAN**

Génie Informatique

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	16
SERMENT D’HIPPOCRATE	19
INTRODUCTION	21
CONTEXTE	23
I. LES TROUBLES PSYCHIQUES : UN PROBLEME MAJEUR	24
A. En santé publique	24
B. En médecine générale	27
C. Recommandations des grandes instances	28
II. ROLES DU MEDECIN GENERALISTE	28
III. NECESSITE D’UNE COMMUNICATION ENTRE LES SPECIALISTES	30
IV. LE POINT DE VUE DU PSYCHIATRE SUR LA COMMUNICATION AVEC LE MEDECIN GENERALISTE	31
V. LE POINT DE VUE DES PATIENTS	32
OBJECTIFS	33
METHODE	35
I. CHOIX DE LA METHODE : ETUDE QUALITATIVE	36
II. CHOIX DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES	37
III. CONSIDERATIONS ETHIQUES	37
IV. CONCEPTION DE L’ETUDE	38
A. Estimation du nombre de personnes à inclure	38
B. Période et lieux d’inclusion	38
C. Population cible	38
D. Modalités de recrutement	39
1) Critères d’inclusion	39
2) Critères d’exclusion	39
V. GUIDES D’ENTRETIEN	40
A. Présentation personnelle	40

B.	Question « brise-glace ».....	41
C.	Thèmes des questions	41
VI.	CONDITION ET RECUEIL DES DONNEES :.....	44
VII.	ANALYSE DES DONNEES	45
A.	Retranscription en verbatim.....	45
B.	Analyse des entretiens.....	45
1)	Le codage ouvert.....	45
2)	Le codage axial	45
VIII.	SYNTHESE	46
RESULTATS	47
I.	CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	48
	Tableau 1 : CARACTERISTIQUE DES PATIENTS	49
	Tableau 2: DIVERSITE DES PATIENTS INTERROGES.....	51
II.	PROCESSUS D'ANALYSE.....	52
III.	LES PRINCIPAUX RESULTATS	53
A.	Les acteurs de la prise en charge.....	53
1)	Le médecin généraliste.....	53
2)	Le psychiatre	54
3)	Parallèle entre médecin généraliste et psychiatre	56
4)	Les autres acteurs de la prise en charge	56
B.	Le circuit de soin.....	57
1)	Le début du suivi.....	57
2)	L'arrêt du suivi.....	58
C.	La communication	58
1)	Les patients constatent une mauvaise communication entre leur médecin généraliste et leur psychiatre	58
2)	Pourtant, ils sont favorables à une communication entre les deux professionnels	59

3) Mais ils souhaitent une communication de meilleure qualité	60
4) Quelques uns, peu nombreux, trouvent cette communication inutile	62
D. La maladie.....	62
1) Les difficultés liées à la maladie	62
2) Le diagnostic	63
E. Les médicaments	64
F. Les propositions des patients pour améliorer leur prise en charge	65
IV. SYNTHÈSE.....	66
Table conceptuelle	67
DISCUSSION	69
I. RESULTATS POUR LA PRATIQUE	70
II. RESULTATS POUR L'ENSEIGNEMENT	73
III. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	73
IV. D'AUTRES PISTES A APPROFONDIR.....	74
CONCLUSION.....	77
BIBLIOGRAPHIE	79
ANNEXES.....	85
Annexe 1 : Fiche de demande au CPP	86
Annexe 2 : Fiche de consentement du patient	91
Annexe 3 : Guide d'entretien N°1	94
Annexe 4 : Guide d'entretien N°2	97
Annexe 5 : Guide d'entretien N°3	100
Annexe 6 : Verbatim des entretiens semi-dirigés.....	103
Annexe 7 : Liste des codes ouverts	104
Annexe 8 : Liste des codes axiaux.....	110
RESUME.....	115

REMERCIEMENTS

A **Madame le Professeur Priscille GERARDIN**, qui me fait l'honneur de présider cette thèse. Je vous présente mes sincères remerciements et mon plus profond respect.

A **Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil**, qui me fait l'honneur d'être membre de mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

A **Monsieur le Professeur Alain Mercier**, qui me fait l'honneur d'être membre de mon jury et qui m'a accompagnée tout au long de ce travail en acceptant d'être mon directeur de thèse. Je vous remercie pour votre aide et votre confiance. Merci de m'avoir transmis les bases de l'étude qualitative et d'avoir contribué à reculer mes limites en informatique. Zotero est désormais téléchargé dans mon ordinateur !

A **tous les patients** qui ont accepté de participer à cette étude et qui m'ont consacré un peu de leur temps.

A **mes deux collègues anonymes** qui m'ont offert leur aide en acceptant de proposer à leurs patients de participer à l'étude. Ils se reconnaîtront.

A **mes maîtres de stage** qui m'ont fait découvrir la médecine sous différents angles tous plus enrichissants les uns que les autres.

A ma famille,

Jean, mon amour, pour ta précieuse aide pour la mise en page et les éventuelles fautes d'orthographe. Merci d'avoir toujours été à mes côtés aussi bien dans les bons et les mauvais moments. Je nous souhaite d'en avoir encore des milliers à partager.

Notre fils, Robin, tu illumines notre vie chaque jour et donne un sens à notre univers.

Mes parents, à qui je dois tout : ma vie, mes études, mon ouverture sur le monde... Merci de m'avoir appris à me battre pour réaliser mes rêves et de m'avoir soutenue chaque jour l'un après l'autre.

A mes grands-parents, vous êtes mes racines, mes repères.

A mes amis, pour les moments mémorables passés ensemble et pour ceux à venir. Excusez-moi d'avoir été moins disponible ces derniers temps. C'était pour la bonne cause !

SERMEN D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

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

INTRODUCTION

En médecine générale, les pathologies sont multiples, les situations souvent complexes et les troubles psychiques très fréquents.

La médecine générale, « soin primaire » est le premier contact du patient avec le système médical. Un de ses rôles est aussi la coordination des soins. La communication est nécessaire vers le patient, mais également entre les professionnels de santé. L'absence de coopération a des conséquences connues : les soins sont fragmentés moins bien planifiés (1) la confiance du patient est altérée (2) et (3) et la prise en charge est moins efficace (4) et (5).

Cette nécessité de communiquer vaut aussi en cas de troubles psychiques. Un référentiel a d'ailleurs été élaboré sous l'égide de la HAS¹ dans le but d'améliorer cette communication (6). Des souhaits sont émis pour améliorer le contenu des courriers.

Cependant les médecins généralistes se plaignent du peu d'informations transmises par les psychiatres. Ces derniers auraient des réticences à partager des éléments intimes, ou vus comme pouvant nuire potentiellement à la relation thérapeutique, et donc à la santé de leur patient. Néanmoins cet état de fait concernerait aussi des éléments moins «sensibles» comme le diagnostic, le traitement ou les objectifs de prise en charge.

Si la connaissance progresse sur les points de vue des généralistes et des psychiatres, celui des patients n'est pas connu. Nous ignorons quelles informations ils souhaitent voir partagées entre les professionnels et sous quelle forme. Nous ignorons aussi les raisons de leur choix.

L'hypothèse à l'origine de ce travail est que la connaissance des avis des patients sur ce sujet améliorera la communication entre ces deux professionnels et optimisera le soin.

¹ Haute Autorité de Santé

CONTEXTE

I. LES TROUBLES PSYCHIQUES : UN PROBLEME MAJEUR

A. En santé publique

Au niveau mondial, l’OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au 21^{ème} siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs (7).

Le gouvernement définit la souffrance psychique comme un état de mal-être qui n’est pas forcément révélateur d’une pathologie ou d’un trouble mental. C’est la mesure de son degré d’intensité, sa permanence et sa durée ainsi que ses conséquences qui peuvent conduire à la nécessité d’une prise en charge sanitaire (8) .

D’après la plupart des études, les troubles mentaux sont en moyenne plus répandus chez les femmes que chez les hommes (9). Ainsi, les troubles de l’humeur (épisodes dépressifs, dysthymie, épisodes maniaques) concernent environ 11 % des hommes et 16 % des femmes. Les troubles anxieux (anxiété généralisée, agoraphobie, phobie sociale, troubles panique et stress post-traumatique) concernent 17 % des hommes et 25 % des femmes (10).

La France a un taux de souffrance psychique élevé (3^{ème} rang sur 11 des pays européens) (11). On estime qu’entre un quart et un tiers de la population française présenterait un trouble de ce type au cours de sa vie dont les plus fréquents sont les troubles dépressifs (21.4%) et les troubles anxieux (30%) (12).

D’ailleurs, l’étude DEPRES (13) s’est intéressée à la prévalence des épisodes dépressifs sur 6 mois en Allemagne, en Belgique, en Espagne, au Pays-Bas, au Royaume-Uni et en France. Le taux de prévalence global dans les 6 pays pour les dépressions majeures est de 6.9 %. Les prévalences d’épisodes dépressifs majeurs les plus élevées sont repérées au Royaume-Uni (9.9%) et en France : 9.1%. Par contre en Allemagne, elles sont de 3.8% et de 5 % en Belgique (14).

Une enquête en santé mentale de la population générale a été réalisée par le CCOMS² et de la DREES³ auprès de 36000 personnes majeures en France métropolitaine entre 1999 et 2003

² Centre collaborateur de l’organisation mondiale de la santé

³ Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques

(15). 11% des personnes enquêtées ont été repérées comme ayant eu un épisode dépressif dans les deux semaines ayant précédées l'enquête. Il s'agit le plus souvent de femmes (tableau 1). L'anxiété généralisée est le plus fréquent des troubles psychiques identifiés et touche surtout les moins de 50 ans (tableau 2). Les personnes séparées, divorcées ou au chômage ont par ailleurs plus fréquemment été identifiées comme ayant souffert de dépression (tableau 3). Environ 2% des adultes présenteraient un risque suicidaire élevé, qui est plus fréquent chez les personnes séparées, et celles au chômage ou inactives.

- **Tableau 1**

Prévalences des différents troubles repérés en %

Troubles repérés par le Mini	parmi les hommes	parmi les femmes	Ensemble
Troubles de l'humeur (1)			
Episode dépressif (2 semaines)	8,9	13,0	11,0
<i>Dont trouble dépressif récurrents (vie entière)</i>	4,5	6,7	5,6
Dysthymie (2 dernières années)	1,7	3,1	2,4
Episode maniaque (vie entière)	2,0	1,2	1,6
Troubles anxieux (2)			
Anxiété généralisée (6 derniers mois)	10,9	14,6	12,8
Phobie sociale (actuelle)	3,2	5,3	4,3
Trouble panique (actuel)	3,1	5,2	4,2
Agoraphobie (actuelle)	1,4	2,7	2,1
<i>Dont agoraphobie avec trouble panique (actuelle)</i>	0,4	0,6	0,5
Etat de stress post traumatique (actuel)	0,7	0,7	0,7
Syndrome d'allure psychotique (vie entière)	3,1	2,5	2,8
<i>Dont</i>			
<i>Syndrome psychotique récurrent actuel</i>	1,3	1,2	1,2
<i>Syndrome psychotique récurrent passé</i>	1,0	0,7	0,8
<i>Syndrome psychotique isolé passé</i>	0,6	0,5	0,6
<i>Syndrome psychotique isolé actuel</i>	0,2	0,1	0,2
Risques suicidaire			
Léger (3)	7,7	11,5	9,7
Moyen	2,2	2,1	2,1
Elevé	1,7	2,0	1,9

(1) Le diagnostic d'épisode dépressif récurrent exclut d'emblée celui de dysthymie.

(2) L'exploration des symptômes d'anxiété n'a lieu qu'en l'absence de tout autre trouble anxieux.

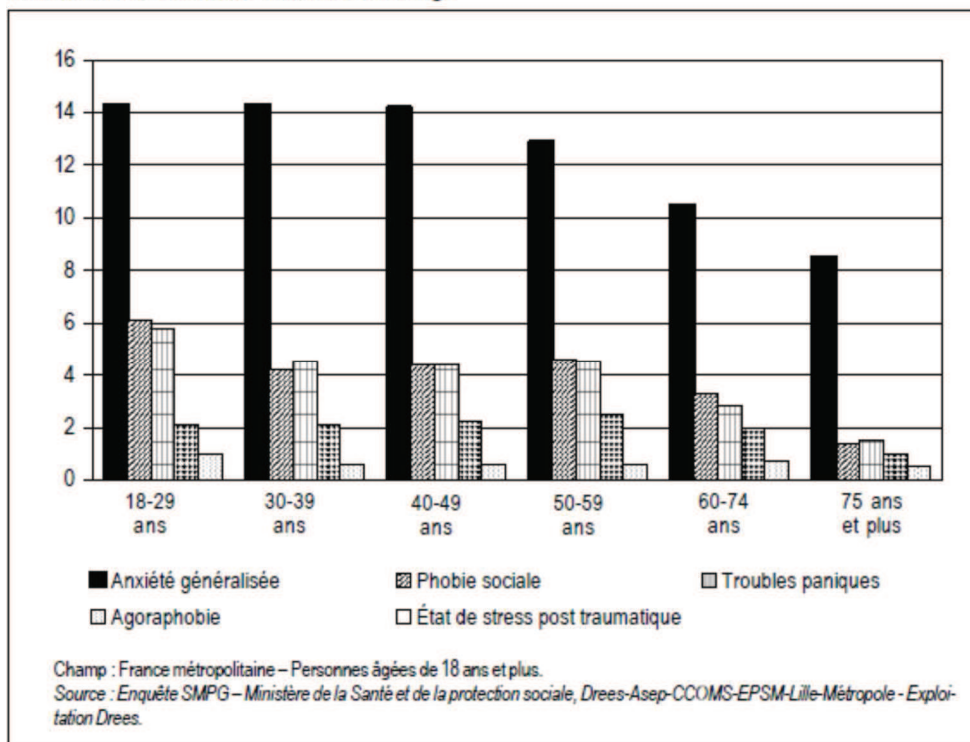
(3) Avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie suffit à la cotation d'un risque suicidaire léger.

Champ : France métropolitaine – Personnes âgées de 18 ans en plus

Source : Enquête SMPG-Ministère de la santé et de la protection sociale, Drees-Asep-CCOMS-EPSM-Lille-Métropole-ExploitationDrees.

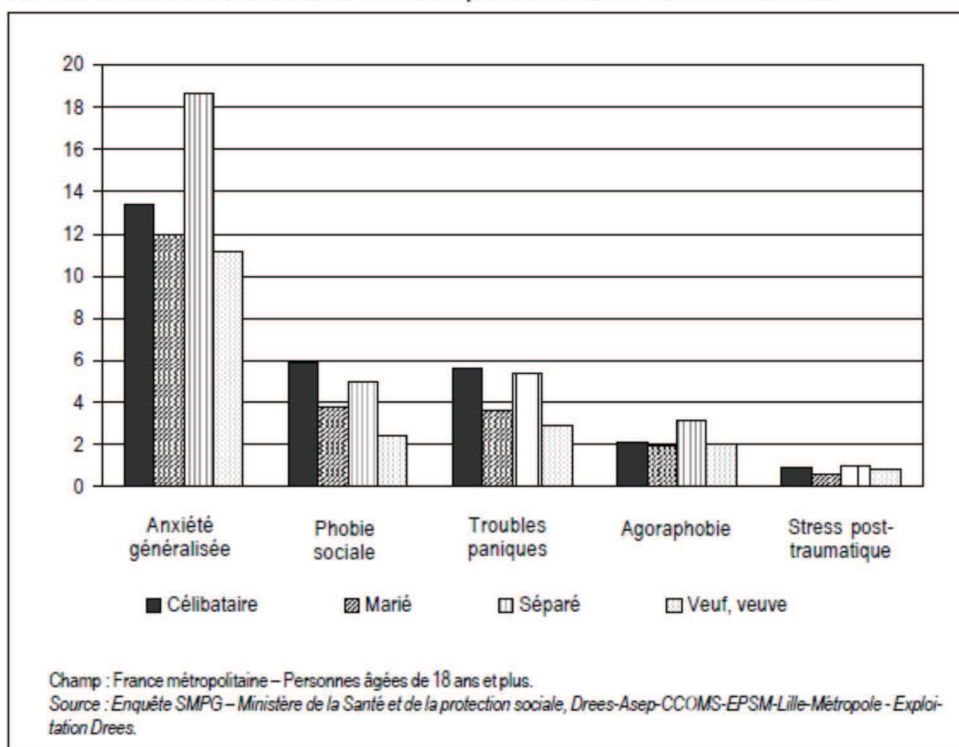
• **Tableau 2**

Prévalence des troubles anxieux selon l'âge



• **Tableau 3**

Prévalence des différents troubles anxieux repérés selon la situation matrimoniale



Les patients atteints d'une maladie mentale présentent de nombreuses comorbidités (9). Les conséquences économiques des troubles mentaux sont profondes, multiples et durables. L'OMS⁴ déclare que ces troubles entraînent des coûts pour l'individu, sa famille et l'ensemble de la communauté. Certains de ces coûts sont évidents et quantifiables, d'autres presque impossibles à mesurer. Y figurent le coût des services sanitaires et sociaux, la perte d'emploi et la baisse de productivité, l'incidence sur la famille et les gardes-malades, la criminalité et l'insécurité ainsi que le décès prématuré (9).

B. En médecine générale

La prise en charge de la santé mentale en soins primaires participe à l'amélioration de l'état de santé global de la population. Elle préserve l'intégrité du patient dans son environnement, minimise la discrimination, et réduit la charge sociale et économique qui pèse sur les patients et leurs aidants. Elle a par ailleurs un intérêt médico-économique non négligeable pour la société (16).

Le médecin généraliste est le premier recours des patients face à une souffrance psychiatrique ou psychologique dans 57.8% des cas (17). Ce chiffre important s'explique notamment par la place singulière qu'occupe le médecin traitant dans le système de soin primaire. Il est amené à prendre en charge aussi bien les pathologies psychiatriques authentifiées (par le DSM IV ou le CIM 10) que les détresses psychiques quotidiennes.

La place du médecin traitant dans la prise en charge des troubles mentaux a été renforcée par l'ouverture du système psychiatrique vers la société avec, entre autres, la sectorisation et le développement des CMP⁵. Entre 1989 et 1995, on retrouve une augmentation de 39 % des patients suivis en ambulatoire (18). La fréquence des troubles mentaux en médecine générale est estimée entre un quart (19) et un tiers (10).

Le choix des patients de consulter un médecin généraliste ou un psychiatre pour leurs troubles psychiques, dépend de leur âge et niveau d'éducation. Le médecin généraliste est le premier choix des personnes âgées et de celles ayant un niveau socioculturel plus faible (20). Ainsi, plus de 60% des personnes souffrant de dépression consulteraient un médecin généraliste et

⁴ Organisation Mondiale de la Santé

⁵ Centre Médico-Psychologique

seulement 10% un psychiatre. 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 (21).

C. Recommandations des grandes instances

Le gouvernement prévoit d'améliorer l'accès et la coordination des soins en s'appuyant sur le médecin généraliste. Il souhaite notamment développer la coordination avec les professionnels spécialisés et le travail en réseau. Son idée est de développer des partenariats médecins généralistes-psychiatres-psychologues et développer des réseaux en santé mentale (22).

II. ROLES DU MEDECIN GENERALISTE

La WONCA⁶ a défini en 2002 le rôle et les fonctions du médecin généraliste (23). Il est décrit comme le premier contact du patient avec le système de soin. Il fait le lien avec les autres spécialités et peut ainsi coordonner les différentes ressources nécessaires à la prise en charge du patient. Il s'inscrit donc dans une démarche de soins primaires.

Ses responsabilités sont clairement établies par le code de déontologie (24).

Le médecin généraliste a une approche globale du patient (situation sociale, familiale, intellectuelle...). Il assure le suivi de ce dernier tout au long de sa vie et développe avec lui des liens privilégiés. Une relation de confiance s'instaure avec les années et il devient parfois le confident d'événements intimes. Cette connaissance est essentielle pour la démarche de soin. Le médecin traitant a un rôle prépondérant dans le dépistage et le diagnostic des maladies mentales. Ensuite, il met en place la prise en charge initiale et évalue l'utilité d'une consultation spécialisée. Il a donc un rôle important dans l'adressage.

⁶ The World Organization Of National Colleges

La position centrale du médecin généraliste a été confortée en France par la mise en place de médecin référent lors de la convention de 2004 (25). Cette convention cherchait à améliorer le parcours des patients au sein du système de soin.

La convention médecins-assurance maladie de 2005 expose les missions du médecin généraliste (26). « Le médecin traitant devient le spécialiste du premier recours, s'appuyant sur un réseau de professionnels de santé, en ville ou à l'hôpital, qu'il sait pouvoir consulter sur les différents aspects de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique de son patient. » « Il doit assurer le premier niveau de recours aux soins. Il oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés et informe tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient. Il assure les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.) et contribue à la promotion de la santé. Il contribue à la protocolisation des soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants. La rédaction du protocole peut être faite par le médecin généraliste. Il favorise la coordination en synthétisant les informations transmises par les différents intervenants et en les intégrant dans le DMP⁷. Il apporte au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet. »

En 2010, la loi HPST⁸, réaffirme que le médecin généraliste a une mission de coordination des soins. Ce texte introduit la notion de médecin généraliste de premier recours, dans le cadre d'une approche territoriale de la santé (27). L'idée est de fixer les modalités de l'accompagnement du patient, dans son parcours de soins. Il est orienté par son médecin traitant afin de lui garantir la meilleure qualité des soins possible. Cette loi souligne l'importance d'une organisation et d'une utilisation plus cohérentes du système de santé. C'est la première fois que les missions du médecin généraliste sont inscrites dans un texte de loi (article 36).

⁷ Dossier Médical Personnel

⁸ Hôpital, Patients Santé et Territoires

III. NECESSITE D'UNE COMMUNICATION ENTRE LES SPECIALISTES

Les médecins communiquent sur la santé de leurs patients pour leur offrir une qualité de soins optimale. Ils s'informent mutuellement, en fonction de leurs spécialités, sur des éléments du dossier de leurs patients, afin de permettre un suivi et une connaissance globale du patient. Communiquer et coordonner font le quotidien du médecin généraliste.

Pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins (28), « le courrier, que les médecins échangent à propos d'un patient, concrétise et consacre le secret médical partagé. »

Le code de déontologie médicale, souligne l'importance d'une bonne communication entre professionnels de santé. La règle posée à l'article 64 du code de déontologie déclare: «Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères. »

Au cours de son parcours de soin, le patient peut fréquenter de multiples centres (CMP, CMPP⁹, cliniques, hôpitaux, cabinets privés...) et souffrir de multiples pathologies. De nombreux spécialistes sont donc susceptibles de le suivre. Mais pour que la prise en charge soit de qualité, le spécialiste doit connaître les antécédents et les problèmes en cours du patient, son parcours de soin, son mode de vie ses traitements.

En ce qui concerne les spécialités somatiques, une communication par le biais de courrier est souvent instaurée bien que perfectible. Pourtant concernant les spécialités psychiques, on constate un manque de communication entre professionnels. Ce constat est établi tant par les médecins généralistes (29) et (30) que par les psychiatres (31). Cette communication peine à s'installer et les médecins généralistes se trouvent en difficulté face au faible retour des psychiatres.

⁹ Centre médico-psycho-pédagogique

IV. LE POINT DE VUE DU PSYCHIATRE SUR LA COMMUNICATION AVEC LE MEDECIN GENERALISTE

La communication lors du soin en cas de troubles psychiques ou de problèmes psychiatriques concerne : le patient, le psychiatre et le médecin généraliste. Pour mieux comprendre et améliorer cette communication, il semble nécessaire de connaître l'avis de chacun d'entre eux.

La thèse de Pierre-Hubert Catherine en 2012 à Rouen, s'est penchée sur le point de vue des psychiatres (32). D'après son étude, ils ne sont pas opposés à communiquer avec le médecin généraliste si celui-ci initie le dialogue. Ils pensent que cette communication améliore les soins. Elle est perçue comme satisfaisante pour les psychiatres ayant l'habitude de communiquer bien qu'étant déséquilibrée. Elle doit être instructive et les psychiatres souhaitent garder le contrôle de la transmission d'information. Ils reconnaissent qu'elle leur permet de disposer d'informations complémentaires sur le patient et d'avoir une vision de ce dernier dans son environnement habituel.

Elle permet aussi d'optimiser la thérapeutique en offrant une prise en charge plus réactive en fonction de l'état psychique du patient. Les traitements peuvent aussi avoir des répercussions somatiques (notamment avec les effets indésirables des psychotropes et neuroleptiques). Une communication efficace permet, si nécessaire, de modifier rapidement les traitements incriminés. De ce fait, plus la communication est efficace, plus on sécurise la prise en charge thérapeutique du patient.

La priorité donnée à la protection du patient et à la confidentialité des échanges semble globalement modélisante. A priori, l'aspect chronophage des courriers ne serait pas une excuse recevable : les psychiatres étant globalement d'accord pour dire que tout est question d'organisation. Ils sont d'accord pour prendre quelques minutes dans la consultation pour la rédaction du courrier.

La méconnaissance des interlocuteurs, leur rôles et attentes, est un obstacle à une communication efficiente. La difficulté diagnostique de pathologie psychiatrique, ainsi que son évolutivité, ont été présentées comme des freins aux échanges. Il en est de même concernant la méconnaissance du patient concernant sa pathologie, ce qu'elle signifie. Néanmoins cette étude met en évidence des obstacles à la communication. Les confidences parfois secrètes, les modes de pensées et de prise en charge, la nécessité d'aider le patient à

évoluer, la méconnaissance des besoins et attentes des généralistes, sont autant d'obstacles réels ou supposés à une communication efficiente et bénéfique pour le patient.

V. LE POINT DE VUE DES PATIENTS

Les mots clé utilisés pour la recherche bibliographiques étaient «communication, psychiatrie et praticiens». Nous avons recueilli des données sur la satisfaction des patients concernant le système de soins psychiatrique en milieu hospitalier. Il est aussi fait mention de l'avis des patients concernant les soins infirmiers. En revanche très peu de littérature expose l'avis des patients concernant la communication entre leur médecin généraliste et leur psychiatre. Il en est de même concernant la manière de communiquer ces informations. Denhov déclare que les patients souhaitent que les professionnels aient une attitude non stigmatisante, empreint de lien social et d'émotion. (33)

La médecine générale ne se conçoit plus de façon paternaliste, mais comme centrée sur le patient. Luc Côté et Evelyne Hudon résument ce concept ainsi: «Les objectifs de cette approche sont de permettre de bien se représenter les problèmes de santé, de comprendre le vécu du patient qui y est lié et d'intégrer cette compréhension à l'ensemble de la démarche de soins.» (34). L'évolution du soin promeut désormais la décision partagée. Celle-ci se trouve au centre de nouvelles démarches de soins comme l'entretien motivationnel ou l'éducation thérapeutique. Elle s'implémente progressivement en particulier pour les addictions, la prise en charge des maladies chroniques (diabète, obésité).

Une communication efficiente est un des éléments de la qualité des soins. Nous connaissons déjà l'avis des psychiatres à ce sujet. En revanche nous ignorons celui des patients.

Afin d'émettre des hypothèses sur la façon dont les patients conçoivent cette communication, nous avons voulu explorer leurs souhaits, attentes et craintes.

OBJECTIFS

L'objectif de ce travail était de comprendre comment les patients conçoivent la communication entre leur médecin généraliste et leur psychiatre. Plus précisément, nous voulions collecter les différents thèmes que les patients souhaitaient voir partagés, comprendre leurs besoins, envies et réticences et leurs idées afin d'améliorer leur prise en charge. Les souhaits des patients concernant les modalités de la communication entre leur médecin généraliste et leur psychiatre étaient également colligés.

Nous souhaitons améliorer la communication entre les deux professionnels afin d'optimiser les soins.

METHODE

I. CHOIX DE LA METHODE : ETUDE QUALITATIVE

Compte tenu du caractère exploratoire et compréhensif de la question de recherche, la réalisation d'une enquête qualitative était justifiée.

En effet, l'approche qualitative recueille des données dans leur milieu naturel (23). Elle est particulièrement adaptée lorsque les facteurs observés sont subjectifs donc difficiles à mesurer en mettant l'accent sur les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles (17). L'approche Wébérienne (16) 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. » (16).

L'étude qualitative utilise des méthodes d'observation et d'entrevue. Elle est « interprétative, allant de l'observation à l'hypothèse. La formulation de l'hypothèse de travail ne se précise qu'au fur et à mesure de la prise de données. » (27). Cette démarche repose sur la théorie ancrée ou « Grounded Theory » c'est-à-dire la théorie fondée sur les faits. Elle permet de construire une théorie basée sur des données recueillies auprès d'un échantillon raisonné et la réalisation d'une analyse au fur et à mesure de l'enquête (16). Elle se prête bien aux domaines peu explorés.

Nous voulions savoir ce que désiraient les patients en ce qui concerne la communication entre leur médecin généraliste et leur psychiatre. Nous avons cherché à comprendre quelle était leur expérience à ce sujet et comment ils souhaiteraient que les choses évoluent. Nous ne cherchions pas à quantifier mais à expliquer et comprendre, d'où le choix de la méthode qualitative.

II. CHOIX DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

La recherche qualitative utilise trois grandes techniques de recueil d'information : les méthodes de consensus, la recherche action et les entretiens collectifs ou individuels (17).

Les entretiens se déclinent eux même en trois catégories: structurées, semi-structurées et non structurées, décrits respectivement dans des livres comme structurée, éclairée et guidée (27).

L'entrevue semi-structurée semblait la plus adaptée car elle permet de recueillir des opinions et expériences personnelles tout en encadrant les entretiens dans une trame commune. Elle a la vertu de laisser les gens s'exprimer au maximum tout en évitant les hors sujets (27). De plus, ce type de recueil convient mieux aux confidences intimes que les groupes de discussion.

L'interview était dynamique et évitait au maximum d'influencer le patient par des gestes, la tonalité de la voix, ou questions qui auraient pu orienter ses réponses. Nous nous sommes assurés de la bonne compréhension des patients (16).

III. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Une demande a été adressée au Comité de Protection des Personnes (CPP). Pour des raisons éthiques, ce dernier a demandé que tous les entretiens aient lieu au moment des consultations afin que cette étude ne soit pas interventionnelle et ne perturbe pas la prise en charge habituelle du patient. Les problèmes psychiatriques des patients devaient être jugés, par leur médecin généraliste ou leur psychiatre, comme stabilisés.

IV. CONCEPTION DE L'ETUDE

A. Estimation du nombre de personnes à inclure

La méthode de l'entretien part du principe que « le tout social serait inclus en chaque individu» (19).

L'étude étant qualitative, il fallait que l'échantillon soit représentatif de la diversité (18). Il devait être représentatif au maximum des situations personnelles, sociales et opinions des participants.

La taille de l'échantillon dépend des caractéristiques de variation des données recueillies. Au début de l'étude, elle a donc été seulement estimée. Elle n'a été définitive qu'au moment de la saturation des données. Celle-ci est atteinte lorsque les nouveaux entretiens n'apportent plus d'information supplémentaire. Dans cette étude, 14 entretiens ont été nécessaires.

B. Période et lieux d'inclusion

Les patients ont été recrutés par l'intermédiaire d'un médecin généraliste et d'un psychiatre de la région Haute Normandie entre octobre 2012 et novembre 2013. Ceux-ci ont été recrutés de façon opportuniste.

Pour des raisons de faisabilité, les patients étaient issus d'un seul cabinet de médecine générale de la périphérie de Rouen et d'un psychiatre travaillant au CMP d'Evreux. Préalablement, nous avons prévu d'inclure également des patients issus d'autres patientèles mais cela n'a pas été possible pour des raisons pratiques (planification des consultations et des entretiens).

C. Population cible

Les patients devaient avoir un médecin généraliste traitant. Ils devaient être en cours de prise en charge ou avoir été pris en charge pour une pathologie psychiatrique. Ils devaient avoir consulté au moins une fois un psychiatre au cours de leur parcours de soins.

D. Modalités de recrutement

Les patients étaient suivis par un médecin généraliste de Rouen ou un psychiatre ayant des vacations au CMP d'Evreux. L'anonymat a été assuré en identifiant leur dossier par les 3 premières lettres de leur prénom. De plus, seule la première lettre du nom des praticiens apparaissait dans les retranscriptions.

L'inclusion se faisait de façon aléatoire aux grés des personnes consultant le jour où l'interviewer était présent dans le cabinet. La veille de ce dit jour, le praticien transmettait les coordonnées des patients potentiellement éligibles, à l'interviewer.

1) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient : tout patient majeur ayant souffert ou souffrant d'une pathologie psychiatrique estimée comme étant stabilisée par son psychiatre ou son médecin traitant ; et qui acceptait l'entretien.

2) Critères d'exclusion

Les patients qui ont refusé de participer ou présentant un trouble psychiatrique non traité, non stabilisé, ou n'ayant pas reçu l'accord du médecin traitant ou du psychiatre ont été exclus. Les patients mineurs ou présentant un obstacle linguistique, n'ont pas été inclus. Et enfin, les patients ont été exclus de l'étude si le contexte de la consultation ne s'y prêtait pas (urgence, contexte psychologique).

V. GUIDES D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien permettait d'explorer une liste des thèmes que le chercheur souhaitait voir abordés sans ordre prédéfini.

Au cours de l'entretien, l'interviewé était mis à l'aise par une question brise-glace, afin de le laisser parler au maximum, et de faire en sorte de ne pas l'influencer. La technique était celle des questions ouvertes. Ensuite, la réponse donnée était reformulée pour s'assurer de la bonne compréhension des choses et donner un élan supplémentaire à l'interview.

Le guide d'entretien était modulable en fonction du déroulement de la rencontre: l'ordre et les questions posées étaient modifiés au gré de la dynamique de l'entretien.

Ce guide a aussi évolué au cours de l'étude car l'analyse inductive est dynamique. Ainsi, des questions ont été ajoutées au fur et à mesure des entretiens pour explorer toutes les composantes retrouvées, affiner les opinions, et obtenir des réponses étoffées et plus précises. Ces questions rédigées étaient elles-mêmes accompagnées de relances quand cela semblait nécessaire. Il s'agit là de la règle en recherche qualitative. Ces relances ont permis d'aborder les points importants si l'interviewé ne les développait pas spontanément.

Le premier guide d'entretien (cf. annexe guide d'entretien N°1) a été complété et précisé pour certaines composantes après le 3ème entretien.

Le but était d'ajouter des questions sur le diagnostic pour connaître son intitulé et la façon dont il était énoncé et annoncé. Certaines questions ont aussi été reformulées afin qu'elles soient plus ouvertes, plus précises dans leur énoncé dans le but d'influencer au minimum l'interviewé (cf. annexe guide d'entretien N°2).

Le dernier guide a été réalisé après le 10^{ème} entretien. Il s'agissait essentiellement d'ajouter une question portant sur les rôles que les patients attribuent à leur médecin généraliste et à leur psychiatre. (cf. annexe guide d'entretien N°3).

A. Présentation personnelle

Tous les entretiens débutaient par une présentation personnelle avec le nom, prénom et statut de l'interviewer ainsi que le but et déroulement de l'étude.

B. Question « brise-glace »

« Vous avez eu recours à un psychiatre pour prendre soin de vos troubles de santé. Avez-vous trouvé difficile d'aller voir le psychiatre? Pouvez-vous m'expliquer pourquoi? ». Cette question, posée au début de chaque entretien avait pour but d'instaurer le dialogue en mettant le patient à l'aise.

Si besoin, des relances étaient utilisées pour redynamiser le dialogue en donnant des pistes de réflexion à l'interviewé. Par exemple : « Avez-vous pris contact vous-même ? Avez-vous été envoyé par le médecin ? ».

C. Thèmes des questions

Les questions abordaient les thèmes suivants:

THEMES ABORDES

EXEMPLES DE QUESTIONS DE RELANCE

La démarche d'aller consulter un psychiatre

-Vous avez eu recours à un psychiatre pour prendre soin de vos troubles de santé. Comment avez-vous trouvé cette démarche ? Facile? Difficile ? Pourquoi ?
-Etait-ce de votre propre initiative, ou celle de votre médecin généraliste ?
Relance: par exemple, avez-vous pris contact vous-même ? Avez-vous été envoyé par le médecin ?

Le suivi psychiatrique

-Combien de temps le suivi a-t-il duré? Est-il fini ?
-Si oui, depuis quand ?
-Si non, depuis quand êtes-vous suivi ?

Le début du suivi

-Si adressé par le médecin généraliste au départ :
Que vous a-t-on dit quand on vous a envoyé ? Y avait-il un courrier ?
-Si pas adressé par le médecin généraliste au départ :
Pourquoi aller voir un psychiatre directement?

La correspondance entre le psychiatre et le médecin généraliste

-Pensez-vous que votre médecin traitant et votre psychiatre communiquent entre eux au cours de votre suivi ?
-Sous quelle forme ?
-A quelle période du suivi?

Avis du patient sur la communication entre son médecin traitant et les spécialistes

-Pensez-vous qu'il est normal que votre médecin généraliste et vos spécialistes (cardiologue, pneumologue...) communiquent concernant vos problèmes de santé ? Pourquoi ?
-Si oui : comment doivent-ils communiquer (lettre, mail téléphone...) ?
Que doivent-ils se dire ?

Avis du patient sur la communication entre son médecin traitant et son psychiatre

-Quelles sont les informations que vous souhaiteriez que votre médecin traitant et votre psychiatre échangent ? (votre enfance, le facteur déclenchant, vos idées noires, vos rechutes, ...)

Quelles sont les informations que vous ne souhaiteriez pas qu'ils échangent ?

-Le psychiatre s'occupe du vécu des gens et reçoit beaucoup de confidences intimes. Pensez-vous que cela puisse poser problème si ces informations sont partagées entre médecin généraliste et spécialiste?

-Si correspondance :

Que pensez-vous de ces échanges ? Etes-vous d'accord? Pensez-vous que cela puisse aider votre prise en charge ?

-Si pas de correspondance :

Aimeriez-vous qu'ils communiquent entre eux ? Pourquoi?

Les rôles de chaque intervenant

-Quels sont, selon vous, les rôles d'un médecin généraliste ?

-Quel sont, selon vous, les rôles d'un psychiatre ?

Le diagnostic

-Le nom de votre maladie vous a-t-il été annoncé?

-Comment vous a-t-on annoncé le diagnostic?

-Pensez-vous qu'il est utile de connaître le diagnostic ? Pourquoi ?

-Certains médecins sont réticents à donner le nom de la maladie au patient. Qu'en pensez-vous ?

Avis des patients pour améliorer leur prise en charge

-Que proposez-vous pour améliorer votre prise en charge?

-Faut-il un courrier ? Si oui : en faut-il un à chaque fois ou de temps en temps ?

Catégorie socioprofessionnelle de l'interviewé

-Son sexe?

-Son âge?

-Sa situation familiale: marié, célibataire, veuf, nombre d'enfants ?

-Sa situation professionnelle : actif, retraité, au chômage... ?

VI. CONDITION ET RECUEIL DES DONNEES :

Le médecin généraliste ou le psychiatre prenaient l'initiative de proposer au chercheur certains de leurs patients potentiellement éligibles. La décision finale d'inclusion revenait au chercheur (cf. critères d'inclusion). Dans ce cas, la prise de rendez-vous était téléphonique. Le chercheur contactait l'intéressé en lui expliquant le but et les modalités de l'étude. S'il acceptait de participer à l'étude, il était convenu qu'au moment de sa consultation avec le professionnel de santé, il était convié à rejoindre l'interviewer dans ce cadre, afin de s'entretenir avec lui.

L'entretien avait lieu au sein du cabinet médical ou du Centre Médico-Psychologique, dans une pièce au calme, en face à face avec le patient. Le but et les enjeux de l'étude lui étaient expliqués oralement et sur support papier (cf. annexe fiche de consentement). Son accord était recueilli avec signature de la fiche de consentement.

L'anonymisation des entretiens fut garantie afin de permettre une liberté d'expression, sans la crainte de jugements ultérieurs.

Les entretiens ont été enregistrés avec un magnétophone OLYMPUS WS-811 ou avec un IPHONE.

L'entretien se déroulait ensuite en suivant le guide d'entretien. Le patient pouvait à tout moment l'arrêter. L'interviewer pouvait également mettre fin à l'entretien si le patient présentait des signes de détresse personnelle. Dans ce cas, l'interviewer devait s'assurer que le patient reçoive les soins nécessaires.

L'inclusion des patients s'est interrompue à la saturation des données.

Mode de circulation des données :

Les fichiers étaient sécurisés par mot de passe. Les fichiers audionumériques ont été retranscrits de manière anonyme. Aucune identité n'était visible sur les documents au format texte. Afin d'optimiser cet anonymat, le nom des praticiens a été caché (seul la première lettre de leur nom apparaissait). Les personnes qui avaient accès aux données étaient l'investigateur et le coordonnateur de l'étude.

VII. ANALYSE DES DONNEES

A. Retranscription en verbatim

Tous les entretiens ont été intégralement retranscrits sous forme de verbatim en format Word®. Les silences, les hésitations, les rires, les réflexions (appelées didascalies, et pouvant être importantes pour l'analyse) ont été mentionnés. Le but était d'éclairer au maximum le discours en précisant le contexte de l'entretien, l'état émotionnel des patients.

B. Analyse des entretiens

Une fois la retranscription réalisée, l'intégralité des entretiens a été importée dans le logiciel d'analyse qualitative NVivo 10.0, afin d'analyser les données.

1) Le codage ouvert

L'analyse débuta par un codage ouvert qui consiste à associer des mots clés afin de résumer les thèmes abordés dans une phrase ou un paragraphe de l'entretien. Ces unités d'information sont appelées « code » ou « nœud » en recherche qualitative. Ce codage a été réalisé par l'auteur et contrôlé par le directeur de thèse. Ils ont essayé d'être les plus objectifs possible en évitant toute interprétation, toute idée préconçue du discours. Les codes ont évolué au cours de l'analyse: certains ont disparu, ont été renommés, fusionnés ou scindés si leur définition était trop large.

2) Le codage axial

Une fois le codage ouvert réalisé, un codage axial a été entrepris. Ce codage consistait à fusionner les codes sous des idées communes afin de les rassembler en une arborescence de thèmes et de sous-thèmes.

VIII. SYNTHESE

L'interprétation des résultats a permis de comprendre les souhaits des patients concernant les modalités de transmission de l'information. Ainsi, nous avons pu élaborer une table conceptuelle pour représenter les différentes sources d'information et les influences à prendre en compte. Cette table conceptuelle est présentée de façon plus approfondie dans la partie « RESULTATS ».

RESULTATS

I. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

Les entretiens ont permis de collecter les données de 14 patients. Leurs caractéristiques sont répertoriées dans le tableau 1.

Nous avons colligé leur âge, leur sexe, leur situation familiale, leur profession et leur suivi psychiatrique. Ces données sont importantes car elles permettent d'affirmer la diversité de l'échantillon en terme de catégorie socioprofessionnelle. La durée variable du suivi psychiatrique chez les patients autorise la mise à distance avec les problèmes et facilite l'analyse de ce que la communication a pu, ou aurait pu apporter.

L'échantillon a été construit au fur et à mesure entre octobre 2012 et novembre 2013, afin d'obtenir assez de patients interviewés pour atteindre la saturation des données. Un tableau de diversité a été créé reprenant les caractéristiques des patients et en les classant par sexe, âge et origine d'inclusion.

Une hypothèse probable était que des patients avec des caractéristiques démographiques proches et, des parcours similaires allaient exprimer des opinions proches. Cette diversité était donc importante afin de recueillir des opinions variées. Pour faciliter cette diversité, les patients sont issus de la patientèle d'un médecin généraliste et d'un psychiatre. Cela a permis de récolter des avis et des expériences de vie différentes. Ainsi, parmi les 14 patients, 10 étaient issus de la patientèle du médecin généraliste et 4 du psychiatre (cf. Tableau 2).

Chaque entretien a duré en moyenne 22 minutes. Le groupe de patients est constitué de 11 femmes et 3 hommes. Leur âge moyen est de 45 ans (de 19 à 68 ans). Certains bénéficient d'un suivi psychiatrique depuis de nombreuses années. D'autres ont vu qu'une ou deux fois le psychiatre et n'ont plus de suivi psychiatrique.

Tableau 1 : CARACTERISTIQUE DES PATIENTS

PATIENT	SEXE	AGE	SITUATION FAMILLIALE	PROFESSION	DUREE DE L'ENTRETIEN	DUREE DU SUIVI
1	Femme	22	Célibataire, pas d'enfant	Etudiante infirmière	17 min	1 seule séance
2	Femme	47	Mariée, 3 enfants	Aide-ménagère	8 min	Suivi tous les mois
3	Homme	52	Pacsé, pas d'enfant	Documentaliste	21 min	Depuis 4 mois, tous les mois, toujours suivi
4	Femme	49	En concubinage, 4 enfants	Responsable de caisse	21 min	Depuis 20ans, tous les 2 mois, voir plus souvent si besoin
5	Femme	57	Divorcée, en concubinage, un enfant	Sans emploi (licenciement économique travaillait à l'usine)	31 min	Débuté il y a 20 ans. Arrêté depuis plusieurs années, de sa propre initiative
6	Femme	19	Célibataire, pas d'enfant	Etudiante	11 min	Depuis 3 ans, Suivi irrégulier selon les besoins
7	Femme	33	Mariée, sans enfant	Secrétaire médicale	24 min	Il y a 9 ans (suivie pendant 2-3ans) Puis de 2008 à 2011

8	Femme	47	Veuve, en concubinage, 2 enfants	Recherche d'emploi	36 min	Il y a 20 ans pendant 1 an. Arrêté par la patiente
9	Femme	68	Mariée, 2 enfants	Professeur retraitée	29 min	Depuis 40 ans, toujours suivie
10	Femme	43	Mariée, 2 enfants	Psychologue du travail	30 min	Il y a quelques années, 3 séances arrêtées par la patiente
11	Femme	65	Mariée, 2 enfants	Retraitée (ancienne couturière)	16 min	Suivie depuis 15 ans, consulte toujours tous les 2-3 mois
12	Femme	43	Célibataire, pas d'enfant	Recherche d'emploi	22 min	Suivie depuis 14 ans, consulte toujours tous les mois
13	homme	52	Divorcé, un enfant	Longue maladie	25 min	Suivi depuis 16 ans, consulte tous les mois
14	Homme	42	Célibataire, 3 enfants	Recherche d'emploi	18 min	Suivi depuis 3 ans, avec de multiples arrêts de suivi

Tableau 2: DIVERSITE DES PATIENTS INTERROGES

Entretien		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL
SEXE	Homme			x										x	x	3
	Femme	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x			11
AGE	< 30 ans	x					x									2
	30 – 50 ans		x		x			x	x		x		x		x	7
	> 50 ans			x		x				x		x		x		5
ORIGINE DES PATIENTS	Médecin généraliste	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					10
	Psychiatre											x	x	x	x	4

II. PROCESSUS D'ANALYSE

Une première lecture a permis d'extraire les idées principales émanant des entretiens. C'est l'étape du codage ouvert où on associe des mots clé résumant les idées abordées dans une phrase ou paragraphe de l'entretien. Ce codage a été le plus objectif possible et non interprétatif. Ce codage a évolué au cours de l'analyse. Au besoin, certains codes ont été annulés, renommés, fusionnés ou scindés. Au final environ 80 codes ouverts ont été retenus. (cf. Annexe 7).

Puis, un codage axial a été réalisé. Il consiste à fusionner les codes ouverts sous des idées communes afin d'en dégager une arborescence. Ils permettent de comprendre les désirs des patients concernant la communication entre le médecin généraliste et le psychiatre. En tout, 30 sous-thèmes ont été retenus avec 6 axes principaux (cf. Annexe 8) :

- Les acteurs de la prise en charge: le psychiatre, le médecin généraliste, les autres acteurs.
- Le circuit de soin: le début et l'arrêt du suivi.
- La communication : elle est mauvaise bien que désirée par beaucoup de patients. Elle doit être améliorée.
- La maladie: ses conséquences, le diagnostic, l'annonce.
- Les médicaments : avantages et inconvénients, désaccord des professionnels, gestion.
- Idées pour améliorer la prise en charge : le réseau de soin, communiquer avec le patient.

Les citations des patients interrogés sont incluses dans le texte en italique et entre guillemets. L'entretien du patient correspondant est noté après la citation sous forme Px (x= N° de l'entretien) âge, profession. Ainsi, les citations peuvent être rattachées aux caractéristiques socioprofessionnelles des patients et à leur prise en charge psychiatrique.

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

III. LES PRINCIPAUX RESULTATS

A. Les acteurs de la prise en charge

1) Le médecin généraliste

Les patients perçoivent leur médecin généraliste comme un professionnel de santé avec qui ils ont une relation privilégiée, de confiance tissée avec le temps :

- « *Normalement le généraliste devrait être au courant de tout.* » (P4, responsable de caisse, 49 ans)- « *Il est bien, il me soigne bien. Je parle avec lui de mes problèmes, il me soigne...* » (P11, couturière retraitée, 65 ans).

- « *Il a connaissance de choses que tout le monde ne sait pas forcément* » (P12, en recherche d'emploi, 43 ans).

- « *Cette relation médecin patient est vraiment très personnelle* » (P9, professeur retraitée, 68 ans).

Il est l'intermédiaire entre eux et les spécialistes et a un rôle de prescripteur :

- « *Il prescrit des médicaments : des antidouleurs, des calmants, soigne la grippe...* » (P13, en longue maladie, 52 ans).

-« *De diriger vers les spécialistes s'il y a besoin. De faire le suivi du traitement régulièrement, de renouveler...* » ((P12, en recherche d'emploi, 43 ans).

-« *A l'époque j'en ai parlé à mon médecin traitant. Et c'est lui qui m'a dirigé vers un psychiatre.* » (P8, en recherche d'emploi, 47 ans).

- « *C'est mon docteur qui a ...poussé un peu pour que je prenne rendez-vous rapidement avec un psychiatre* » (P3, documentaliste, 52 ans)- « *Pour moi le docteur G elle est au milieu et après les autres sont autour. Elle communique avec les spécialistes adéquats* » (P7, secrétaire médicale, 33 ans)-« *Le médecin traitant peut nous aider à comprendre parfois car c'est pas toujours facile de comprendre les spécialistes. Le médecin traitant est là pour expliquer* » ((P12, en recherche d'emploi, 43 ans).

Les patients lui prêtent une orientation plus somatique que psychologique « *Le médecin traitant va donner des médicaments plus facilement liés au physique* » (P14, en recherche d'emploi, 42 ans). Malgré cela, ils se confient aisément à lui concernant leurs problèmes psychologiques. « *Je lui en parle aussi.* » (P14, en recherche d'emploi, 42 ans).

Ils reconnaissent que le médecin généraliste est confronté à certaines limites dans sa pratique :

-« *Ca va au-delà des compétences du généraliste donc euh...pour moi c'est normal qu'elle passe le relai pour une meilleure prise en charge.* » (P1, étudiante, 22 ans).

-« *Le médecin généraliste il ne sait pas tout. C'est le généraliste qui fait le lien avec les spécialistes comme les rhumatologues...[...] Il s'occupe de tout mais il est quand même obligé d'envoyer les gens vers des spécialistes [...] Parce qu'il ne peut pas le faire comme les radios, le scanner...* » (P13, en longue maladie, 52 ans).

2) Le psychiatre

Les patients perçoivent le psychiatre comme un professionnel de santé spécialisé dans les troubles psychiques :

-« *Je parle souvent des problèmes psychiques avec lui [...] Le psychiatre donnera des traitements plus spécifiques à vos problèmes psychiques.* » (P14, en recherche d'emploi, 42 ans).

-« *Le psychiatre c'est un spécialiste du psychique* » (P10, psychologue du travail, 43 ans).

- « *Soigne les blessures de la vie en fait. Pour mieux comprendre ce qu'on est nous et l'environnement qui nous entoure. Mieux comprendre comment ça fonctionne quoi.* » (P8, en recherche d'emploi, 47 ans).

Il est le confident privilégié des problèmes psychiques :

-« *Ça me fait du bien de parler avec lui. Quand je sors d'ici on dirait que je suis soulagée, je suis bien* » (P11, couturière retraitée, 65 ans).

- « *C'est vrai que le psychiatre c'est plutôt...une personne à laquelle on va vraiment se mettre à nue* » (P8, en recherche d'emploi, 47 ans).

D'ailleurs, certains patients, peu nombreux, ressentent le besoin de séparer le psychique (représenté par le psychiatre) du physique (représenté par le médecin généraliste) « *Et votre médecin traitant vous la voyez aussi par rapport à vos problèmes psychologiques ?-Non c'est que le psy.* » (P4, responsable de caisse, 49 ans.). Cette dichotomie peut être thérapeutique pour certains : « *Si le patient arrive à dire des choses au psychiatre qu'il ne dit pas au médecin généraliste c'est qu'il différencie peut-être ces deux professionnels et dans ce cas il a peut-être besoin de les différencier.* » (P10, psychologue du travail, 43 ans).

La plupart des patients pensent que ce sont les spécialistes qui, comme le psychiatre, annoncent le plus souvent le diagnostic *« Je pense que c'est le psy, dans le cadre psy ou le spécialiste, par exemple en oncologie. »* (P7, secrétaire médicale, 33 ans).

Les patients reprochent que la démographie médicale fait que les psychiatres ne sont pas assez nombreux et les rendez-vous difficiles à avoir dans un délai raisonnable. Il leur est d'autant plus difficile de trouver un psychiatre qui leur corresponde *« Pour trouver le bon praticien, c'est pas toujours simple. Les délais sont assez longs pour avoir des rendez-vous donc...c'est pas toujours simple de trouver quelqu'un qui me correspond »* (P7, secrétaire médicale, 33 ans). Cela complique la prise en charge car la communication a parfois du mal à s'installer entre le psychiatre et le patient *« quand j'arrive chez le psychiatre en fait je ne sais pas vraiment de quoi je vais lui parler »* (P1, étudiante, 22 ans). *« Le psychiatre n'était pas très bavard alors si il n'est pas bavard non plus avec le docteur ils ne vont pas se dire grand-chose ! »* (P5, en recherche d'emploi, 57 ans).

La plage horaire dédiée à la consultation psychiatrique est, de ce fait, jugée un peu courte pour se livrer :

-« bah disons que le...le seul problème c'est que dans une séance avec le psychiatre on n'a pas trop le temps de poser de question. » (P3, documentaliste, 52 ans).

-« Le rendez-vous il dure quoi : 20-25 minutes et...Au début...le temps de vous relancer dans une conversation et machin euh ...quand vous commencez à avoir des choses à dire c'est fini quoi. » (P4, responsable de caisse, 49 ans).

La démarche de consulter un psychiatre est d'autant plus difficile que dans l'imaginaire collectif, il est péjoratif de consulter un psychiatre. On associe la psychiatrie à de la folie :

« Les patients qui vont voir les psychiatres ont des maladies qui peuvent s'aggraver et leur faire devenir fou. » (P5, en recherche d'emploi, 57 ans).

- « On avait des à priori. Enfin j'avais des à priori : pour moi, aller voir un psychiatre c'était qu'il y avait quelque chose dans le cerveau qui ne fonctionnait pas bien. » (P8, en recherche d'emploi, 47 ans).

Le psychiatre a un rôle important dans la prescription médicamenteuse. Certains patients leur reprochent de prescrire trop de médicaments *« je pense que les psy, malheureusement,*

donnent beaucoup trop de médicaments [...] plusieurs fois j'ai demandé à diminuer un peu les doses » (P7, secrétaire médicale, 33 ans).

3) Parallèle entre médecin généraliste et psychiatre

Parfois les patients viennent voir plus facilement leur médecin généraliste car le délai de prise en charge est plus rapide *« Je voyais des choses et du coup j'avais du mal et c'est vrai que les rendez-vous psy ont beaucoup d'attente... Mais bon bah des fois du coup je vais voir le généraliste ce qui fait que j'ai plus l'opportunité d'aller le voir. Je vais le voir plus souvent du coup que le psychiatre quasiment. »* (P14, en recherche d'emploi, 42 ans).

A contrario ils trouvent que le psychiatre a plus de temps à leur consacrer lors de ses rendez-vous. En effet, le médecin généraliste *« C'est un peu plus difficile car il a des heures enfin du genre des laps de temps à respecter donc c'est un peu plus difficile [...] le psychiatre semble avoir plus de temps »* (P14, en recherche d'emploi, 42 ans). *« C'est une prise en charge différente...le médecin généraliste n'a pas forcément le temps de...enfin il a pas forcément le temps d'écouter tout ce que j'ai à dire... quoi que ce soit...je peux me livrer et puis euh...c'est un regard différent aussi... »* (P1, étudiante, 22 ans).

Mais finalement, ils ont de façon générale, besoin des deux professionnels pour prendre soin de leur trouble de santé :

-« -Parfois il y a des choses différentes mais parfois cela arrive de parler des mêmes choses. [...]Je pense qu'ils se complètent. [...]J'ai besoin de parler aux deux » (P11, couturière retraitée, 65 ans).

-« J'ai besoin des deux moments d'écoute.» (P12, en recherche d'emploi, 43 ans).

- « J'ai besoin des deux. Parce que les informations qu'on donne peuvent être un peu différentes. Et puis ça soulage aussi » (P13, en longue maladie, 52 ans).

4) Les autres acteurs de la prise en charge

De multiples professions médicales et paramédicales gravitent autour du patient et contribuent à une bonne qualité de soin.

Ainsi, les spécialistes d'organe (dermatologue, cardiologue, gastro-entérologue...) s'associent au médecin généraliste et au psychiatre notamment pour les effets secondaires liés au

traitement psychiatrique ou les répercussions somatiques d'un mal être psychique « *le spécialiste c'est bien pour lui d'avoir des renseignements de temps en temps sur la personne* » (P12, en recherche d'emploi, 43 ans). Il en est de même pour les problèmes somatiques responsables de troubles psychiques (exemple cancer).

A ces praticiens médicaux s'associent d'autres corps de métiers comme les psychologues, psychothérapeutes :

-« *Et puis là je suis aussi suivi par un psychologue du travail. Car mon entreprise, vu les risques psycho-sociaux, a mis en place un psychologue* » (P3, documentaliste, 52 ans).

-« *psychothérapie classique.* » (P9, professeur retraitée, 68 ans).

B. Le circuit de soin

1) Le début du suivi

La prise en charge psychiatrique est souvent initiée par le médecin généraliste ou les centres hospitaliers et ce, fréquemment par le biais de courriers. « *C'est mon docteur qui a ...poussé un peu pour que je prenne rendez-vous rapidement avec un psychiatre* » (P3, documentaliste, 52 ans). Le médecin propose souvent le nom d'un psychiatre au patient. « *Je suis allée au docteur, elle m'a donné ce numéro-là. J'ai appelé et j'ai eu rendez-vous un mois après, peut-être 3 semaines.* » (P6, étudiante, 19 ans).

Plus rarement, la décision de consulter un psychiatre émane du patient : « *Je me disais que ce n'était pas normal. Et qu'il fallait que je consulte* » (P14, en recherche d'emploi, 42 ans). Pour eux, devoir consulter un psychiatre n'est pas une démarche facile. Il leur faut du temps pour accepter l'idée de consulter un psychiatre. « *Mais c'est ça qui a été dur pour moi. Déjà franchir le pas d'aller voir un psychiatre.* » (P12, en recherche d'emploi, 43 ans) mais en règle générale, une fois qu'ils ont franchi le cap, ils acceptent que les deux professionnels communiquent « *Je trouve ça tout à fait normal. Parce qu'on a besoin d'une prise en charge... Le généraliste regroupe [...] Je pense que c'est lui qui fait le lien entre le malade et les autres spécialistes je pense.* » (P12, en recherche d'emploi, 43 ans).

2) L'arrêt du suivi

L'arrêt du suivi émane à chaque fois du patient qui ne refixe pas de rendez-vous ultérieur. « *C'est moi qui ai arrêté. À l'époque le psychiatre voulais reprendre un autre rendez-vous et c'est moi qui lui dis que je n'en reprendrai pas* » (P5, en recherche d'emploi, 57 ans).

Ils prennent généralement cette décision d'arrêter car la relation de confiance, le dialogue ne s'instaurent pas entre eux : « *Je ne me suis pas sentie écoutée du tout* » (P1, étudiante, 22 ans). Ils arrêtent aussi le suivi quand ils estiment ne plus en avoir besoin : « *j'avais l'impression que...je n'en avais plus besoin* » (P8, en recherche d'emploi, 47 ans).

C. La communication

1) Les patients constatent une mauvaise communication entre leur médecin généraliste et leur psychiatre

Les patients font le constat d'une mauvaise communication entre leur médecin généraliste et leur psychiatre « *Je crois qu'ils n'y a pas beaucoup d'échanges entre elles* » (P3, documentaliste, 52 ans). Beaucoup d'ailleurs ignorent si cette communication existe : « *Je ne sais pas en effet s'il y a des courriers entre mon médecin et mon psychiatre* » (P13, en longue maladie, 52 ans).

Par contre, ils constatent que le médecin généraliste communique aisément avec les autres spécialistes « *Je sais que le cardiologue, tout ça ils envoient une lettre au généraliste. Le psy je ne pense pas.* » (P4, responsable de caisse, 49 ans,).

Les patients ignorent aussi le contenu de l'information échangée : « *Euh non bah on m'a donné le courrier. On m'a dit « remettez le lui » .Donc je ne sais pas....J'ai pas ouvert l'enveloppe pour regarder.* » (P6, étudiante, 19 ans).

D'ailleurs, ils ont du mal à imaginer quel peut être le contenu de la communication entre les deux professionnels :

-« *je suppose que mon médecin ne doit pas dire des choses très graves.* » (P12, en recherche d'emploi, 43 ans).

-« *Qu'il y avait des petits soucis dans ma famille qui pouvaient m'apporter un stress supplémentaire. Des petites choses comme ça. En gros je pense que c'est ça* » (P2, aide-ménagère, 47 ans).

-« *Euh...oui enfin il me semble. Je ne sais plus. Enfin pas exactement mais je savais à peu près ce ...En gros elle disait ce que je lui avais dit. Et puis euh....par exemple quand je pleurais tout le temps je suppose qu'elle mettait que je pleurais tout le temps et puis voilà...* » (P6, étudiante, 19 ans).

Parfois, ils ont connaissance de ce qui est divulgué mais n'en comprennent pas le sens : « *c'est vrai que parfois les termes.... C'est des termes que je n'arrive pas spécialement à comprendre.* » (P14, en recherche d'emploi, 42 ans). Cela représente une source d'anxiété pour certains qui préfèrent ne pas avoir connaissance de ce qui se dit plutôt que de détenir des informations qu'ils ne comprennent pas et augmentent leur anxiété « *-Vous pensez que cela peut poser problème si vous ne comprenez pas tout ce qui est écrit ?-Je ne sais pas trop (réflexion). Peut-être que j'angoisserais* » (P12, en recherche d'emploi, 43 ans).

2) Pourtant, ils sont favorables à une communication entre les deux professionnels

Les patients sont unanimes : ils souhaitent une communication entre le médecin généraliste et le psychiatre. Ils trouvent qu'elle peut être bénéfique pour les deux professionnels :

-« *Pour aider le médecin traitant et puis vice versa... [...] dans les soins du patient : ne pas donner n'importe quel produit. Pour le traitement [...] le déclenchement de la maladie. Comment elle évolue.* » (P14, en recherche d'emploi, 42 ans).

-« *Diriger un peu le psychiatre même sans rentrer dans les grandes lignes. Déjà savoir d'où vient la patiente, savoir pourquoi elle est adressée. Ça permet déjà de restreindre...enfin de diriger un peu l'entretien je pense pour le psychiatre* » (P1, étudiante, 22 ans).

Cette communication contribue à une bonne prise en charge :

- « *Car effectivement il faut un suivi à mon avis, une logique et une pertinence [...] pour une bonne continuité d'un traitement médicalisé* » (P10, psychologue du travail, 43 ans).

-« Je suis suivi par Mme G qui est mon médecin généraliste et qu'elle a besoin d'avoir tous les éléments pour suivre mon affaire » (P3, documentaliste, 52 ans).

3) Mais ils souhaitent une communication de meilleure qualité

a) Cette information doit être nuancée, traitée avec l'accord du patient

Ce qui ressort de la quasi-totalité des entretiens est que cette communication ne peut avoir lieu sans respecter le choix du patient « *Faite avec le consentement du patient* » (P8, en recherche d'emploi, 47 ans). Il faut s'adapter à lui « *Demander son avis au patient : savoir ce qu'il accepterait ou non que l'on communique.* » (P14, en recherche d'emploi, 42 ans). L'individu est en perpétuelle évolution, plein de subjectivité. Ses opinions varient au cours de sa vie, de son vécu. Ainsi, selon le stade de sa maladie, le patient consentira ou non à échanger ou recevoir telle ou telle information. La communication entre les trois protagonistes se doit donc d'être dynamique, évolutive :

-« *Moi, il y a plusieurs années, on m'aurait donné le nom de la maladie je l'aurais peut-être moins bien compris qu'avec le temps. Maintenant je comprends mieux les choses.* » (P14, en recherche d'emploi, 42 ans).

-« *Aujourd'hui j'ai 43 ans, à l'époque j'avais 23 ans donc...On a évolué on a...Voilà aujourd'hui je parle beaucoup plus qu'à 23 ans* » (P8, en recherche d'emploi, 47 ans).

Ils émettent des réserves à propos des contenus intimes :

- « *Ca poserait pas non plus des problèmes dramatiques mais c'est juste que...enfin...bah...on peut se sentir un peu gêné quoi.* » (P6, étudiante, 19 ans).

-« *-Y'a-t-il autre chose que vous ne souhaitez pas qu'ils communiquent ?-Tout ce qui est, moi j'ai pas subi ça et heureusement, tout ce qui est inceste (réflexion) [...] je pense que ça doit être dur dede se présenter ensuite devant le médecin traitant et puis...se dire « il sait que j'ai subi ça ».Enfin je ne sais pas, ça me gênerait.* » (P8, en recherche d'emploi, 47 ans)

Mais globalement en ce qui les concerne, ils veulent bien que les contenus intimes soient partagés à condition qu'on les mette au courant. Par conséquent, ils veulent pouvoir donner leur accord sur les informations qu'ils acceptent de voir partagées : « *vous estimez important que le médecin traitant et le psychiatre demandent directement au patient « est ce que vous êtes d'accord pour que je divulgue telle et telle information* »-Oui tout à fait si ça semble

pertinent.[...] que le professionnel explique au patient pourquoi il a besoin d'échanger cette information .Et plus on explique au patient plus il est en capacité de faire un choix pertinent» (P10, psychologue du travail, 43 ans).

Un grand nombre de patients évoquent l'éventualité que, contrairement à eux, d'autres patients soient opposés à cette communication:

-« *Moi ça ne me gêne pas. Mais je pense que ça peut gêner certains.* » (P9, professeur retraitée, 68 ans).

-« *Mais moi ça ne m'aurait pas déranger qu'il lui dise mais bon ça dépend des cas* » (P4, responsable de caisse, 49 ans).

- « *Ah, ça dépend des gens.* » (P13, en longue maladie, 52 ans).

b) Les supports de la communication

Concernant le support de la communication, les patients ont une nette préférence pour les courriers. Ils les trouvent plus confidentiels que les mails ou appels téléphoniques: « *Plutôt par lettre car c'est plus secret. Plus par discrétion. Car par mail ou par téléphone c'est quand même moins.... Par exemple au téléphone, des gens qui sont au cabinet avec lui pourraient entendre [...] l'interception des mails me fait peur. Je trouve que le courrier est plus confidentiel*» (P12, en recherche d'emploi, 43 ans). De plus, l'information émise par le biais de courriers est physiquement palpable. Quand ce sont eux qui font le lien entre les deux professionnels en leur transmettant les courriers, ils se sentent plus acteurs de leur prise en charge : « *Par courrier ce qui fait que moi personnellement je lis ce qui est écrit. Du coup je préférerais car c'est plus palpable.* » (P14, en recherche d'emploi, 42 ans).

En effet, cette communication doit à tout prix tenir compte de l'avis du patient « *Je pense qu'il serait bien qu'on demande aux gens s'ils sont d'accord ou pas que l'on parle de leurs problèmes* » (P12, en recherche d'emploi, 43 ans). « *Il faut respecter le choix du patient à partir du moment où ça ne va pas à l'encontre de sa vie et que ça ne met pas sa vie en danger* » (P10, psychologue du travail, 43 ans).

Le patient souhaite être acteur de sa prise en charge. Il veut notamment comprendre sa pathologie, son évolution « *vous aimeriez bien qu'on vous dise clairement ce que vous avez, sans que vous ayez besoin de le déduire par vous-même ?-Oui bien sûr. Pour avoir quelque chose de concret* » (P13, en longue maladie, 52 ans).

Une phrase synthétise bien ce concept : « *Il faut se dire que chaque patient est une richesse humaine et qu'il est en capacité d'entendre un certain nombre de choses mais encore faut-il lui demander* » (P10, psychologue du travail, 43 ans).

4) Quelques uns, peu nombreux, trouvent cette communication inutile

Une minorité de patients trouve inutile que le médecin généraliste et le psychiatre communiquent mais n'y sont pas opposés : « *Mais en même temps moi c'est vrai qui si ya un souci j'en parle à mon généraliste donc...qu'il prévienne ou qu'il ne prévienne pas pour moi ça ne change pas...pas grand-chose* » (P2, aide ménagère, 47 ans). A noté que dans le cas de ce patient, la communication a tout de même lieu mais de façon indirecte : elle passe par le patient.

D. La maladie

1) Les difficultés liées à la maladie

Les patients éprouvent des difficultés à reconnaître leur problème psychologique : « *Je n'allais pas bien mais non je ne m'en rendais pas compte.* » ((P12, en recherche d'emploi, 43 ans), « *j'ai toujours un peu mis de côté la chose* » (P3, documentaliste, 52 ans).

Vivre avec la maladie est difficile notamment à cause de l'image sociale qu'elle renvoie. « *Parce que ça fait penser à fou (rire).C'est bête mais c'est malheureusement ce qu'on nous a appris la société. Enfin ce que l'entourage peut faire croire. Donc du coup...ya eu une hésitation effectivement* » (P3, documentaliste, 52 ans).

-« *Et quand j'ai posé après la question à ma mère : « pourquoi t'as rien fait ? » .Parce qu'elle voyait bien que je faisais des trucs bizarre. Et...elle m'a dit « mais...on t'aurait mise chez les fous* » (P4, responsable de caisse, 49 ans).

-« *C'était plutôt l'image que je pouvais donner aux gens qui était difficile pour moi. Je me disais : je ne suis quand même pas folle j'ai des problèmes, peut-être, mais je ne suis pas folle.* » (P5, en recherche d'emploi, 57 ans).

Il est donc d'autant plus difficile pour eux d'en parler : « *j'avais quand même un peu honte, je n'allais pas le crier sur tous les toits mais que...je gardais ça pour moi [...] j'avais pas envie que toute la terre soit au courant* » (P6, étudiante, 19 ans) « *autour de moi je ne pouvais en parler à personne* » (P13, en longue maladie, 52 ans).

Ils pensent néanmoins que cet imaginaire social est moins présent à notre époque et qu'il est désormais plus facile d'en parler. « *Je pense que les gens ont moins de difficulté à en parler maintenant qu'avant. À l'époque c'était une démarche difficile pour moi et je ne voulais en parler à personne.* » (P5, en recherche d'emploi, 57 ans).

2) Le diagnostic

Les patients désirent connaître le diagnostic de leur maladie. Selon eux, cela aidera à les soigner : « *Donner le diagnostic ça peut aider les gens à guérir.* » (P14, en recherche d'emploi, 42 ans). Il peut arriver que cela les rassure « *Quelqu'un qui entendrait des voix et tout...Si on ne lui dit pas exactement ce [...] Il peut croire qu'il est pire qu'il n'est en fait [...] Parce que si on ne donne pas de nom on peut imaginer tout et n'importe quoi* » (P6, étudiante, 19 ans).

Connaître leur diagnostic leur donne aussi une place dans la société, évite qu'ils se sentent isolés : « *Déjà pour savoir que c'est un truc connu et que vous n'êtes pas un cas....(rire) complètement bizarre quoi Qu'il y a plein de gens...Et puis aussi du coup pouvoir chercher des traitements et chercher dans des livres d'autres gens qui ont eu ça et tout...* » (P4, responsable de caisse, 49 ans). Pourtant, dans cette étude, beaucoup disent que leur diagnostic ne leur a pas été livré :

-« *Est-ce que le nom de votre maladie vous a été annoncé ?-Non je ne sais pas le nom de ma maladie* » (P5, sans emploi, 57 ans).

-« *Le nom de votre maladie vous a-t-il été annoncé ?-Non pas vraiment.* » (P9, retraitée, 68 ans).

D'autres patients connaissent le diagnostic mais ne le comprennent pas : « *je ne vois pas ce que ça veut dire* » (P12, sans emploi, 43 ans).

Leur avis n'est pas tranché concernant les médecins qui sont réticents à annoncer le diagnostic. Certains patients ne comprennent pas du tout cette position : « *Ah bah non... !!*

Moi je ne suis pas d'accord ! Parce qu'il faut... Même si on attrape un cancer ou quoi que ce soit... C'est tout à fait normal qu'on nous dise ce qu'on a. » (P13, en longue maladie, 52 ans). D'autres sont plus mitigés *« Les médecins qui ont des réticences...c'est difficile de répondre. Je crois que c'est au médecin de savoir ce qu'il peut dire ou pas. »* (P9, professeur retraitée, 68 ans) mais ont tendance à dire que le médecin doit faire des efforts pour communiquer ce diagnostic : *« Il peut aussi avoir des problèmes personnels qui font qu'il n'arrive pas...Mais c'est au médecin de travailler dessus »* (P9, professeur retraitée, 68 ans).

E. Les médicaments

Les patients sont assez favorables à prendre les traitements .Ils pensent que ces derniers peuvent les aider, les soigner *« je suis pour le traitement, il n'y a pas de problème. Au début ça sauve et ça permet de...de se poser, d'équilibrer, de se sentir mieux. »* (P7, secrétaire médicale, 33 ans). Mais ils ont souvent tendance à les ralentir, amenant parfois le patient à perdre son libre arbitre :

-« Quand on est médicalisé comme ça on...franchement on ne réfléchit plus...quand on a autant de médicaments...Moi je ne me posais pas ce genre de question...On ne réfléchit plus. On n'a plus notre libre arbitre. On est complètement... » (P7, secrétaire médicale, 33 ans).

-« J'ai eu un traitement très très lourd par rapport à mon poids et ma taille. C'était assez impressionnant...Après on s'en rend compte c'était quand même...costaud. Je devais avoir quand même 35 gouttes de rivotril sans compter tout le reste des médicaments. Donc...euh ...enfin... c'est quand même des traitements lourds » (P7, secrétaire médicale, 33 ans).

Certains patients trouvent que les traitements sont inefficaces : *« j'ai essayé pas mal de traitement et je ne vois ce qui pourrait améliorer les choses. »* (P2, aide ménagère, 47 ans).

Parfois le médecin généraliste et le psychiatre ne sont pas d'accord sur la thérapeutique. *« Je ne suis pas sûre qu'elles s'accordaient l'une avec l'autre. C'est à dire que le docteur G ne m'aurait pas fait de prescription par exemple. C'est forcément que la psy qui faisait le suivi. Je ne suis pas sûre que le docteur G m'aurait donné...aurait donné la même chose. Car ils ne sont pas toujours d'accord entre eux sur les choses à donner »* (P7, secrétaire médicale, 33 ans). Il en est de même avec le milieu hospitalier : *« Après ils m'ont enlevé dès le premier*

jour tout mon traitement. Ils m'ont dit que c'était pas bien ce qu'elle m'avait mis...Et je suis sortie et elle m'a remis la même chose donc... » (P7, secrétaire médicale, 33 ans).

Souvent les patients continuent à prendre le traitement initié par le psychiatre après la fin de sa prise en charge « *Je ne vais plus voir le psychiatre par compte j'ai toujours besoin de médicaments. Pour cela je vais voir mon médecin traitant* ». (P5, en recherche d'emploi, 57 ans). Cela est possible à condition que le psychiatre en informe le médecin traitant : « *le psychiatre lui a transmis un courrier comme quoi il faut qu'elle continue de donner mon traitement* » (P5, en recherche d'emploi, 57 ans).

F. Les propositions des patients pour améliorer leur prise en charge

Les patients souhaiteraient que le psychiatre et le médecin généraliste « *continuent à communiquer* » (P14, en recherche d'emploi, 42 ans) en augmentant la fréquence de la correspondance : « *Et j'aimerais aussi qu'il parle plus avec mon psychiatre parce que c'est important pour avancer ensemble* » (P13, en longue maladie, 52 ans). Ils insistent souvent sur la nécessité d'échanger plus autour des traitements avec un consensus : « *Peut être plus de concertation sur le traitement.* » (P7, secrétaire médicale, 33 ans).

De façon générale, ils aimeraient que la communication ait lieu à chaque fois que nécessaire : « *Bah au besoin. C'est le médecin qui décide selon les besoins. Ca dépend de l'évolution* » (P14, en recherche d'emploi, 42 ans). « *Pas forcément à chaque rendez-vous mais quand le patient en ressent le besoin. Quand le docteur décide* » (P13, en longue maladie, 52 ans). Le rythme idéal semble être mensuel : « *De temps en temps. Tous les mois ça serait bien* » (P13, en longue maladie, 52 ans).

Selon eux, le courrier serait le meilleur moyen de communiquer « *Ça serait bien sous forme de courrier* ». ((P12, en recherche d'emploi, 43 ans). Beaucoup aimeraient qu'il soit dicté devant eux : « *Vous aimeriez être présent quand ils parlent ?-Oui j'aimerais bien. Pour savoir, pour être au courant* » (P13, en longue maladie, 52 ans). Cela leur permet d'être au courant de ce qui se dit et de donner leur avis à ce sujet.

IV. SYNTHÈSE : LE POINT DE VUE DES PATIENTS SUR LA COMMUNICATION

La table conceptuelle synthétise la façon dont les patients perçoivent la communication entre leur médecin généraliste et leur psychiatre. Les différentes interactions sont également mises en évidence.

Elle est constituée de deux parties, chacune avec une lecture verticale.

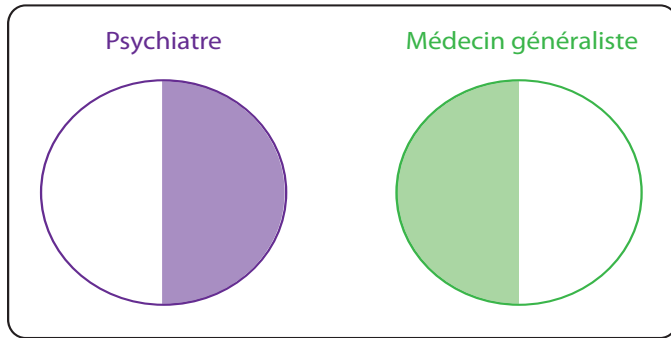
La première partie décrit les trois protagonistes de cette communication : le médecin généraliste, le psychiatre et le patient. Elle montre la façon dont le patient imagine la communication entre les deux professionnels et quelle évolution il souhaite. Sa vision est celle de deux professionnels qui échangent peu d'informations. Cet échange s'effectue sans réelle préoccupation des professionnels concernant ses attentes ou sa volonté.




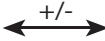

Le patient souhaiterait que les deux praticiens échangent plus d'informations. Il souhaite être un élément régulateur de cet échange et que celui-ci tienne compte de son avis. Le patient désire devenir acteur de cette communication dans le cadre du respect de sa volonté et de sa santé.

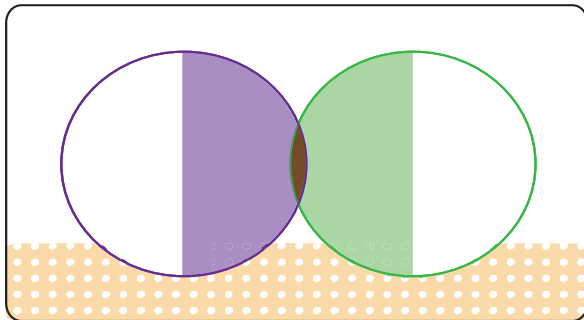
Dans la seconde partie, les thèmes qui peuvent être partagés ainsi que les différents éléments influençant la communication sont représentés. Certains éléments facilitant (la relation de confiance qui s'installe avec le temps et la durée du suivi, la maladie stabilisée, le dialogue, le patient acteur de sa prise en charge) contribuent à augmenter la quantité d'informations transmises. D'autres éléments freinateurs (maladie lourde et non stabilisée, contenus intimes, durée du suivi limitée) la diminuent.

Ce désir de communication se veut donc dynamique, modulable au cours du suivi psychiatrique et façonnée par la discussion entre l'ensemble des protagonistes. La communication est donc liée aux individus en fonction des différentes étapes du suivi.

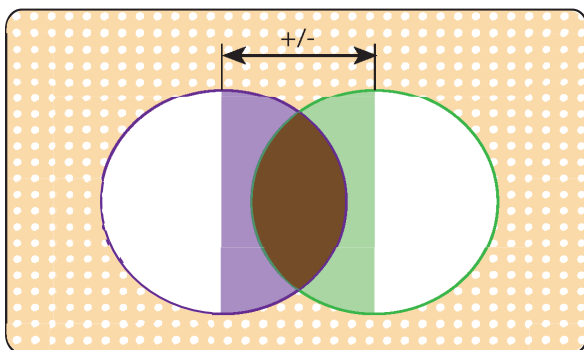
Table conceptuelle



-  Connaissances médicales du psychiatre
-  Connaissances médicales du médecin généraliste
-  Connaissances médicales partagées sans problème
-  Situation dynamique
-  Désirs, souhaits et avis du patient

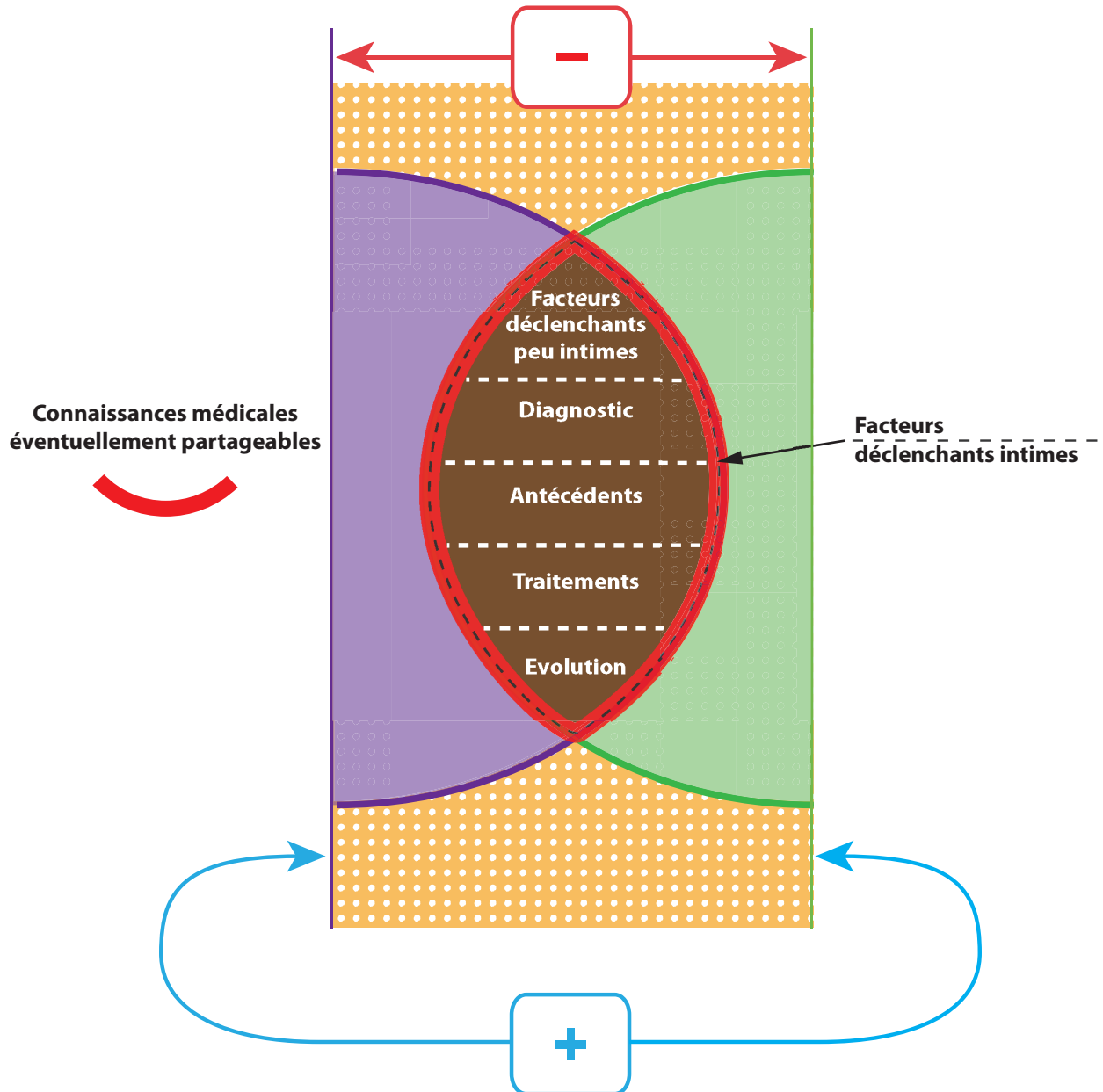


Ce qu'imagine le patient



Ce que désire le patient

- Durée limitée du suivi psychologique et médical
- Maladie lourde, non stabilisée
- Versant intime



- Confiance
- Maladie stabilisée
- Communication, dialogue
- Patient acteur de sa prise en charge
- Durée importante du suivi psychologique et médical

DISCUSSION

I. RESULTATS POUR LA PRATIQUE

La recommandation érigée par le CNQS¹⁰ est un des éléments de la qualité de soins. Elle stipule que pour une prise en charge de qualité, le médecin généraliste doit faire un courrier lorsqu'il adresse à un psychiatre. Ce courrier doit comporter, avec l'accord du patient, des éléments sur son état somatique, l'histoire de la maladie, les facteurs marquant et le contexte de vie. En retour, le psychiatre communique ses hypothèses diagnostiques, la thérapeutique proposée et les modalités de suivi.

Cette nécessité de communiquer entre professionnels et d'informer le patient apparaît aussi dans le code de déontologie médicale (24).

Un précédent travail (32) dans ce cadre, montre que leur modèle de communication n'intègre pas cette recommandation.

Les médecins généralistes veulent communiquer. Ils réclament de l'information et se plaignent de ne pas en avoir (29).

Les patients trouvent que cette communication est très perfectible. En effet, parfois elle est inexistante, ou du moins ils ne savent pas qu'elle existe. A d'autres moments, elle n'est pas assez fréquente. Les patients ne savent pas réellement ce que les deux professionnels se disent et cela ne leur convient pas.

Ils expriment leur volonté de jouer un rôle moteur dans cette communication et souhaitent avoir un droit de regard sur celle-ci. Cela les rassure. En effet, ils souhaitent pouvoir exercer un contrôle de l'information en établissant une sorte de check-list sur les données que les professionnels peuvent s'échanger. Par exemple, ils émettent des réserves sur la communication des contenus intimes. Ils imaginent qu'une telle information pourrait gêner certains patients si elle était transmise. Mais en ce qui les concerne, ils acceptent que les professionnels communiquent à ce sujet à condition de les tenir au courant. Ils n'ont finalement pas de sujet tabou. Néanmoins, ils soulignent qu'au début de leur suivi, ils auraient été plus sélectifs sur le contenu de l'information à partager.

Ils souhaitent donc qu'on leur demande régulièrement leur avis à ce sujet. Cette donnée évolue avec le stade de la maladie, le recul qu'ils ont pris concernant leur pathologie et la relation de confiance qui s'instaure.

¹⁰ (Collège National pour Qualité des Soins en psychiatrie)

Il semble ici que les patients avalisent la recommandation du CNQS. Ils souhaitent clairement une communication entre leur médecin généraliste et leur psychiatre. Ils sont conscients que celle-ci est importante pour une prise en charge de qualité. De leur point de vue, cette communication pourrait être faite essentiellement par courrier ou par oralité en veillant à respecter le secret médical.

Les patients souhaiteraient également connaître leur diagnostic, et que celui-ci leur soit énoncé clairement. La condition sine qua none est que les professionnels de santé les estiment prêts à entendre le diagnostic. Pour le moment, ils ont l'impression de devoir le déduire par les diverses informations qu'ils interceptent au cours de leur suivi.

Ils reconnaissent que l'annonce de pathologie lourde et chronique demande du temps pour que les gens soient prêts à l'entendre. Une maladie responsable d'un dysfonctionnement majeur du système psychique ne s'appréhende pas de la même manière que les maladies plus légères. La notion d'urgence est aussi à prendre en compte.

Globalement ils cernent assez bien le rôle de chaque professionnel de santé gravitant autour d'eux. Comment perçoivent-ils le rôle de chacun ?

Ils placent la médecine générale au centre du réseau de soin. Leur médecin généraliste a un lien particulier avec eux car il les connaît bien, les prend en charge dans leur globalité sociale, environnementale, médicale et psychologique. C'est parfois le médecin de toute la famille. Il a un rôle dans l'adressage aux spécialistes lorsqu'il estime que cela est nécessaire.

Le psychiatre est bien perçu comme un spécialiste du « psychique », avec lequel ils sont censés aller plus loin dans leur réflexion. Il a un rôle de conseil auprès du médecin généraliste.

Comment les patients perçoivent-ils la communication avec ces deux professionnels ?

Ils trouvent que la communication avec leur médecin traitant est assez aisée car il les connaît bien. De plus, ils ont rapidement un rendez vous mais la plage horaire assez courte. Ils reconnaissent que parfois, le fait de bien le connaître peut être un frein à certaines confidences intimes. Cela pourrait les gêner s'ils n'y sont pas préparés.

Concernant le psychiatre, ils constatent qu'il leur est parfois difficile d'instaurer une relation de confiance car ils le connaissent peu. Bien que la durée de consultation soit plus longue que celle du médecin généraliste, ils estiment que cela reste insuffisant pour aller loin dans la

réflexion, et se livrer pleinement. Pourtant, ces confessions, parfois intimes, sont souvent nécessaires à leur prise en charge.

Quoiqu'il en soit, ces deux professionnels leur permettent d'avoir des moments d'écoute qui semblent se compléter. Ils ont généralement besoin des deux. Avoir une consultation plus longue afin d'aider le patient à se confier, peut être intéressante pour eux.

A leurs yeux, les patients sont trop souvent suiveurs qu'acteurs. Ce constat ne semble pas compatible avec l'évolution actuelle du système de soins, beaucoup plus centré sur le patient.

Les patients semblent dire aux praticiens qu'ils ont un comportement trop paternaliste.

Cette revendication d'autonomie est sans doute à prendre avec précautions. Le patient a-t-il conscience que la communication en psychiatrie est un élément de la thérapeutique, et donc doit être maniée avec la plus grande circonspection ?

La continuité, le suivi et coordination des soins font partie des compétences du médecin généraliste dans une approche centrée sur le patient où s'associe relation et communication. Compte tenu des données exposées le suivi du patient s'inscrit dans la durée au gré de dialogues multiples, interrogations, confrontations, échanges avec les patients et les autres professionnels de santé.

Les patients déplorent le manque de communication entre les différents acteurs du soin. Un point intéressant serait de développer nos réseaux de soin : comprendre l'action de chacun et pouvoir le joindre facilement avec l'élaboration d'un annuaire des professionnels concernés, la modélisation des courriers d'admission et de sortie (35).

D'ailleurs, de nouveaux modes d'exercices émergent, basés sur la communication, l'échange intra disciplinaire et inter disciplinaire. Tel est le cas des maisons de santé pluridisciplinaires ou des groupes de pairs. Dans certaines régions, des professionnels tentent aussi de s'organiser en réseau de soin avec des interlocuteurs privilégiés (36).

II. RESULTATS POUR L'ENSEIGNEMENT

Il est également possible de faire des propositions pour le modèle actuel d'enseignement. Pour le moment, il n'est pas adapté aux échanges entre futurs professionnels. Le cursus universitaire n'apprend pas (ou très peu) aux futurs praticiens les techniques de communication ni à exposer les informations qu'ils souhaiteraient avoir auprès de leur confrères. Inclure ces notions aux étudiants serait bénéfique.

Les futurs médecins généralistes ne suivent pas non plus de formation en immersion dans le milieu de la psychiatrie et vis versa. Ces deux mondes, quoique intimement liés, ne se connaissent que très peu. Il n'est donc pas aisé de communiquer car ils manquent de culture commune (32).

Si ces deux disciplines se connaissaient mieux, chaque professionnel comprendrait mieux les attentes, contraintes et limites de l'autre. Cela faciliterait la communication entre eux, et améliorerait probablement le soin.

III. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

Quelques limites concernant cette étude peuvent être soulignées. L'effectif des patients interrogés est suffisant pour une recherche qualitative car nous sommes parvenus à une saturation des données. En revanche, nous avons des doutes sur sa diversité du fait du mode de recrutement particulier. Les patients sont issus seulement de deux bassins de population différents (Rouen et Evreux) et de deux praticiens (un psychiatre et un médecin généraliste).

Cependant cela nous a permis de respecter les règles du CPP avec les obligations de planning et d'organisation. Pour ces raisons d'organisation particulière, nous n'avons pu réduire ce biais de sélection. Il repose à la fois sur la zone géographique restreinte concernée et sur des sources peu diversifiées. Cette étude devrait donc être poursuivie à plus grande échelle.

Le questionnaire comporte de nombreuses questions ouvertes, donc difficiles à analyser et dépendant de la personnalité de l'enquêteur. Les chercheurs étaient deux à analyser donc les biais d'interprétation sont possibles.

Par contre, ce type de questions entraîne une plus grande richesse dans les réponses et permet l'instauration d'un dialogue entre l'enquêteur et l'enquêté. Ce dialogue nous a semblé

intéressant, permettant aux patients de se livrer, réfléchir avec nous à des sujets auxquels ils n'avaient pas réellement pensé auparavant.

IV. D'AUTRES PISTES A APPROFONDIR

Les personnes interrogées ont conscience des qualités thérapeutiques de la communication. Ils reconnaissent que dans une démarche de soin, il faut les guider dans leur réflexion. Et ce n'est que progressivement qu'il faut leur annoncer les choses: quand ils sont prêts à l'entendre.

Tel est le cas pour l'annonce d'une pathologie lourde ou de l'élément déclencheur d'une dépression. Une partie du travail de psychothérapeute est d'amener le patient à trouver lui-même la vérité, la solution qui lui correspond (37). Livrer directement le fruit du travail médical au patient peut être néfaste.

La difficulté est de réunir le désir de transparence des patients sur leur problème de santé, et l'approche communicationnelle qui ne doit pas gêner ou entraver la relation thérapeutique. Soit on informe notre confrère de suite en mentionnant que le patient n'est pas encore prêt à disposer de l'information. Soit, on attend que le patient soit prêt pour pouvoir l'annoncer au confrère en même temps: vaut-il mieux ne pas tenir informer de suite un confrère ou tenir le patient éloigné de cette information partagée le temps nécessaire? Finalement que souhaiteraient les patients ?

Les patients sentent-ils que la révélation de leur problème par un professionnel de santé, peut entraver ou gêner le processus de réalisation de ce problème par eux-mêmes, et donc gêner la guérison ?

Quoiqu'il en soit, le rôle du praticien est de respecter son patient tout en le soignant. Une communication efficace entre les deux professionnels de santé est celle qui profite au soin, dans le respect de l'individu.

L'idée d'une communication à mi-chemin entre ce qui est fait actuellement et ce que souhaiteraient les patients semble être un bon compromis : communiquer de façon plus importante en informant les patients.

Et pourquoi pas les informer que parfois, en s'inscrivant dans une démarche de soin, il n'est pas possible d'énoncer le diagnostic dans sa totalité ? Leur expliquer que nous les accompagnons au fur et à mesure du suivi et que dès qu'ils seront prêts à recevoir une information, nous la partagerons avec eux.

Cette étude montre que les patients veulent comprendre les tenants et aboutissants de notre démarche. Cela les aiderait à accepter une communication qui, de prime abord, les aurait gênés.

Les patients reprochent aux médicaments psychotropes en général, leur tendance à les ralentir un peu trop tant au niveau physique que psychique. Cela accentue leur perte d'autonomie et de libre arbitre, il leur est plus compliqué de se concentrer. De ce fait, ils ont du mal à réfléchir sur la communication qu'ils souhaiteraient ou non entre les deux professionnels. La prescription éventuelle, ou la découverte de traitements provoquant moins de ralentissement psychomoteur serait bénéfique à une communication entre les trois protagonistes.

Le dispositif d'annonce repose sur quatre éléments : un temps médical, un temps paramédical, un accès aux soins de support et la communication avec la médecine de ville (38).

Le temps médical comprenant l'annonce du diagnostic et la proposition de traitement. Le temps d'accompagnement soignant permettant au malade ainsi qu'à ses proches de compléter les informations médicales reçues, de l'informer sur ses droits et sur les associations pouvant lui venir en aide. Le temps de soutien proposant un accompagnement social et l'accès à différents soins dits de support (psychologue, kinésithérapeute, prise en charge de la douleur, etc.). Le temps d'articulation avec la médecine de ville pour optimiser la bonne coordination entre l'établissement de soins et le médecin traitant (39).

L'annonce du diagnostic nécessite d'employer des mots simples, adaptés au patient. Dans un second temps, il convient de s'assurer de la bonne compréhension du diagnostic et de ses conséquences éventuelles. Ces notions semblent acquises par la plupart des professionnels.

Pourtant, dans cette étude, la plupart des patients se sont plaints de devoir déduire leur diagnostic sans que celui-ci leur ait été annoncé.

Alors pourquoi un tel constat ? Nous devrions nous attarder sur ce problème.

Faisons-nous l'annonce correctement ? L'annonce est-elle faite au moment opportun ? Employons-nous des mots qui peuvent être compris de tous ? Veillons-nous à ce que le patient ait bien compris son diagnostic ? Est-ce que finalement cela nous arrange parfois qu'il ne le comprenne pas ?

A moins que ce ne soit les patients qui ne veulent pas l'entendre ? Car sommes-nous réellement malades tant que le diagnostic n'est pas livré ? Certes, cet élément leur donne un sens, leur permet de comprendre certaines choses. Mais il leur offre aussi un statut pas

toujours facile à porter dans la société : celui de maladie mentale avec tous les non dits et imaginaires péjoratifs associés.

Une réflexion conjointe médecins généralistes et psychiatres semble nécessaire sur ces sujets.

Les patients estiment que la communication s'amoinde au fur et à mesure du suivi. Ce fait est d'ailleurs corroboré par les déclarations des psychiatres dans la thèse de Pierre Hubert Catherine (32). Ils évoquent notamment la contrainte du courrier avec un épuisement au fur et à mesure des années. Pourtant la recommandation du CNQS stipule que la communication doit perdurer au cours du suivi. Nous pourrions pallier à ce problème en réalisant des entretiens téléphoniques de temps en temps. L'idée a d'ailleurs été soumise par certains patients de l'étude.

Nous pourrions aussi explorer le point de vue des médecins généralistes sur la communication entre eux et les psychiatres. Cela nous permettrait, dans un second temps, de faire une synthèse des différents points de vue des protagonistes. Le but étant d'essayer de trouver des réponses à une meilleure communication qui pourrait convenir au plus grand nombre ; une sorte de consensus.

Enfin, il pourrait être intéressant de réunir les trois protagonistes de la communication pour collecter leur point de vue.

CONCLUSION

A l'issue de cette étude nous pouvons conclure sur quatre points.

Les patients font le constat d'une mauvaise communication entre leur médecin généraliste et leur psychiatre. Ils ont aussi du mal à imaginer quels renseignements sont échangés entre les deux professionnels.

Les patients souhaitent une amélioration de cette communication. Ce constat s'exerce pour eux-mêmes et pour les autres patients. La connaissance qu'ils ont de cette communication est plus importante que son contenu. Ils émettent des réserves à propos des contenus intimes, mais c'est surtout la connaissance de cette communication que demandent les patients. Ils sont en demande d'un meilleur soin, et ils ont acquis l'idée que la qualité de celui-ci passe par une bonne communication entre les professionnels. Cette communication est souhaitée comme dynamique, et adaptée aux stades de leur maladie. Ils demandent à être tenus au courant de cette communication, et que ce choix soit respecté. Ce libre arbitre du patient est réaffirmé par les participants, qui évoquent l'éventualité que cet avis puisse être différent pour les autres patients.

Finalement, les patients souhaiteraient une augmentation du flux de communication et que celle-ci s'apparente au modèle de celui des troubles physiques. Ils proposent plus de régularité dans ces échanges, plus de clarté. Certains ont évoqué que ces courriers soient dictés devant eux. L'amélioration du circuit de soins est souhaitée.

Les patients montrent peut être l'avenir aux acteurs de soin : une conception plus globale de l'individu et du soin, moins séparée artificiellement entre le physique et le psychique ?

*« Il ne peut y avoir de totalité de la communication.
Or la communication serait la vérité si elle était totale. »*

Paul Ricoeur (1913-2005)

BIBLIOGRAPHIE

1. Raine R, Carter S, Sensky T, Black N. « Referral into a void »: opinions of general practitioners and others on single point of access to mental health care. *J R Soc Med* [Internet]. avr 2005 [cité 9 juill 2012];98(4):153-157. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15805555>
2. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract.* nov 1990;40(340):445-449.
3. Westerman RF, Hull FM. [The exchange of correspondence between family practitioners and specialists]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 6 avr 1991;135(14):603-605.
4. Hampson JP, Roberts RI, Morgan DA. Shared care: a review of the literature. *Fam Pract.* juin 1996;13(3):264-279.
5. Essex B, Doig R, Renshaw J. Pilot study of records of shared care for people with mental illnesses. *BMJ.* 2 juin 1990;300(6737):1442-1446.
6. Haute autorité de santé. Recommandations pour les échanges de courriers MG-psychiatres [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.medscape.fr/humeur/articles/1346297/#bib_1
7. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Plan psychiatrie et santé 2011-2015 [Internet]. 2012 févr. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf
8. Ministère des affaires sociales et de la santé. Santé mentale-introduction [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/introduction>
9. Angaswamy Srinivasa Murthy and al. Rapport sur la santé dans le monde-La santé mentale:nouvelle conception, nouveaux espoirs. 2001.
10. 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]. *L'Encéphale.* déc 2009;35(6):560-569.
11. Documents de la recommandation MG / PSY à télécharger - CNQSP [Internet]. [cité 4 mars 2014]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/cnqsp/the-team/documents-a-telecharger>
12. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. [Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population]. *L'Encéphale.* avr 2005;31(2):182-194.
13. Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol.* janv 1997;12(1):19-29.
14. Kerhuel N, Mercier, Alain, Université de Rouen. Dépression le tableau français: essai d'une approche généraliste. [[S. l]]: [s.n.]; 2006.

15. Drees, CCOMS. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale [Internet]. 2004 oct. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er347.pdf>
16. exercer, La Revue Française de Médecine Générale [Internet]. exercer, La Revue Française de Médecine Générale. [cité 27 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.exercer.fr>
17. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C, et al. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv Wash DC*. févr 2007;58(2):213-220.
18. C.Carel. Implication de la médecine libérale dans la prise en charge des soins psychiatriques en Ile de France. 2000.
19. Goldberg D, Huxley P. At least 25% with a mental health problem is a conservative estimate. *BMJ*. 14 mars 2012; 344(mar14 2):e1776-e1776.
20. 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.
21. Kovess V. Place du généraliste dans la prise en charge des problèmes de santé mentale. 2007.
22. Ministère des affaires sociales et de la santé. Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 [Internet]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf
23. J.Allen and al. LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE [Internet]. 2002. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
24. ordre des médecins. Rapports des médecins entre eux et les autres professions de santé [Internet]. p. novembre 2012. Report No.: Articles 60, 63, 64. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
25. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004.
26. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
27. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
28. F.X. MERCAT. Les courriers entre médecins Rapport adopté par le Conseil National de l'Ordre des médecins. 1998.

29. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale : Généralistes et psychiatres : une relation compliquée. *Médecine*. 4(6):279-283.
30. 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*. janv 2008;13(1):6-12.
31. 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*. juin 2000;41(3):245-252.
32. Catherine P-H. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : une enquête qualitative. 18 nov 2012 [cité 27 févr 2014]; Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00768253>
33. Denhov A, Topor A. The components of helping relationships with professionals in psychiatry: users' perspective. *Int J Soc Psychiatry*. juill 2012;58(4):417-424.
34. Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. ERPI, Editions du renouveau pédagogique; 2005. 840 p.
35. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Bécrot F, et al. [Obstacles to effective treatment of depression. A general practitioners' postal survey in the north-west region of France]. *L'Encéphale*. Juin 2010; 36 Suppl 2:D73-82.
36. Hsu C, Coleman K, Ross TR, Johnson E, Fishman PA, Larson EB, et al. Spreading a patient-centered medical home redesign: a case study. *J Ambulatory Care Manage*. juin 2012;35(2):99-108.
37. Bioy A, Maquet A. Se former à la relation d'aide - Concepts, méthodes, applications: Concepts, méthodes, applications. Dunod; 2007. 212 p.
38. N. Motteta, N. Berne-Gardettea, L. Leloupb. La consultation d'annonce : règles et application. 2011;
39. Réseau des malades et des proches de la Ligue nationale contre le cancer. Le dispositif d'annonce. Information destinée aux patients atteints de cancer. 2009 oct.
40. EUROPEAN COMMISSION. The State of Mental Health in the European Union. European Communities; 2004.
41. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* [Internet]. 8 sept 2007 [cité 12 mars 2011];370(9590):841-850. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17826169>
42. Rotgé J-Y, Tignol J, Aouizerate B. [Improving the management of depression in primary care: review and prospects]. *L'Encéphale* [Internet]. sept 2007 [cité 25 mars 2011];33(4 Pt 1):552-560. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18033142>

43. 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]. *L'Encéphale* [Internet]. juin 2010 [cité 8 mai 2011];36 Suppl 2:D73-82. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20513464>
44. Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, Dardennes R, Lamboy B. [Use of services and treatment adequacy of major depressive episodes in France]. *L'Encéphale* [Internet]. juin 2010 [cité 20 avr 2012];36 Suppl 2:D48-58. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20513461>
45. Chew-Graham C, Slade M, Montaña 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* [Internet]. janv 2008 [cité 9 juill 2012] ; 13(1) :6-12. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18325150>
46. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* [Internet]. nov 1990 [cité 9 juill 2012] ; 40(340) :445-449. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2271276>
47. Hull FM, Westerman RF. Referral to medical outpatients department at teaching hospitals in Birmingham and Amsterdam. *Br Med J Clin Res Ed* [Internet]. 2 août 1986 [cité 9 juill 2012];293(6542):311-314. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3089501>
48. Westerman RF, Hull FM. Referral to medical outpatients department at teaching hospitals in Birmingham and Amsterdam. *Br Med J Clin Res Ed* [Internet]. 18 oct 1986 [cité 9 juill 2012];293(6553):1026. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3094747>
49. Westerman RF, Hull FM. [The exchange of correspondence between family practitioners and specialists]. *Ned Tijdschr Geneesk* [Internet]. 6 avr 1991 [cité 9 juill 2012];135(14):603-605. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2030786>
50. Hampson JP, Roberts RI, Morgan DA. Shared care: a review of the literature. *Fam Pract* [Internet]. juin 1996 [cité 9 juill 2012];13(3):264-279. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8671136>
51. Essex B, Doig R, Renshaw J. Pilot study of records of shared care for people with mental illnesses. *BMJ* [Internet]. 2 juin 1990 [cité 9 juill 2012];300(6737):1442-1446. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2116199>
52. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id>
53. Ordre National des Médecins. CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE figurant dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112.

54. Des recommandations HAS pour les échanges de courriers MG-psychiatres | Medscape France [Internet]. [cité 23 mars 2012]. Disponible sur: http://www.medscape.fr/humeur/articles/1346297/#bib_1
55. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. Armand Colin; 2011. 128 p.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de demande au CPP

Quelle communication désirent les patients entre leur psychiatre et leur médecin traitant ?

Département de Médecine Générale

Faculté de Médecine et de Pharmacie. ROUEN – Mars 2012

Coordonnées des personnes participant au projet :

Pr Alain Mercier, Agathe Denis. DUMG Faculté de Médecine et de Pharmacie, 22 Bd Gambetta 76000 Rouen

Tel 0612801947 courriel : alain.mercier@univ-rouen.fr

Investigateur coordonateur

Agathe Denis. Courriel

Résumé

Contexte : La prévalence des troubles psychiques est de 25 à 30% en médecine générale. La coordination des soins est essentielle dans ces troubles. Les généralistes se plaignent du manque d'information, les psychiatres semblent souvent réticents. Un référentiel a été élaboré sous l'égide de la HAS dans le but d'améliorer cette communication. L'avis des patients sur celle-ci n'est pas connu. L'avis des patients sur la communication entre professionnels est un préalable à l'amélioration de celle-ci.

Hypothèse : La connaissance des avis des patients permettra d'améliorer la communication entre professionnels, et d'améliorer le soin.

Objectif : Explorer de quelle façon et sur quels contenus les patients souffrant de troubles psychiques désirent une communication entre leur psychiatre et leur généraliste.

Méthode : Etude qualitative exploratoire. Constitution d'un échantillon raisonné diversifié de patients ayant souffert ou traités pour des problèmes psychiques et recrutés au sein de cabinets de médecins généralistes, de psychiatres. Entretiens individuels anonymes, enregistrement audio avec l'accord du patient, retranscription intégrale, jusqu'à saturation des données.

Analyse thématique. Cette recherche est non interventionnelle, elle ne modifie pas la thérapeutique destinée au patient.

Résultats attendus : Compréhension des besoins des patients et de leurs désirs d'amélioration de la collaboration entre professionnels.

Introduction :

En médecine générale la prévalence de la prise en charge des patients présentant les troubles psychiques les plus fréquents, (anxiété et dépression) est évaluée entre 25 à 30% (40)-(41). Le constat d'une nécessaire amélioration des soins psychiques est unanime (42-44). Cette amélioration est liée en partie à la coordination des soins du patient. L'absence de coopération a des conséquences connues : fragmentation des soins (45) ; manque de planification des soins (1) ; diminution de la confiance du patient (46-49) ; mauvaise gestion du traitement (50,51). Le médecin généraliste, médecin traitant désigné par le patient, a des responsabilités de coordination des soins, et de tenue du dossier. Celles-ci sont clairement établies par la loi HPST et le code de déontologie (52,53). Un référentiel a été élaboré sous l'égide de la HAS dans le but d'améliorer cette communication (54). Des souhaits sont émis pour améliorer le contenu des courriers. D'une façon générale les médecins traitants souhaitent recevoir des informations du psychiatre, mais se plaignent du peu d'informations transmises (43). Les psychiatres évoquent des réticences à partager des informations intimes, ou pouvant nuire potentiellement à leur patient (54). Selon eux, certains patients ne souhaiteraient pas cet échange d'informations, d'autres n'y verraient pas d'inconvénient. Le point de vue des patients n'est pas connu.

Objectif principal :

Explorer de quelle façon et sur quels contenus les patients souffrant de troubles psychiques désirent une communication entre leur psychiatre et leur généraliste.

Objectifs secondaires :

Comprendre les besoins, envies et réticences des patients. Recueillir les solutions proposées par les patients.

Méthode :

Cette étude comprehensive nécessite une méthode qualitative. La technique utilisée sera celle de l'entretien de recherche (55). Les patients seront recrutés par l'intermédiaire de psychiatres et de médecins généralistes volontaires dans la région Haute-Normandie. Leur problème psychiatrique devra être jugé par les professionnels comme stabilisé, et compatible avec les questions posées par l'investigateur. Leur accord sera recueilli après explications sur les objectifs de la recherche. Il leur sera expliqué qu'il ne s'agit pas d'un entretien à visée diagnostique ou thérapeutique. Il leur sera transmis que l'objectif de la recherche est celui de l'amélioration du soin en relation avec l'amélioration de la collaboration entre professionnels. Ils pourront interrompre l'entretien à tout moment. L'interviewer (un des deux auteurs) pourra également mettre fin à l'entretien si le patient présente des signes de détresse personnelle. Le patient sera dans ce cas incité à prendre contact avec son médecin traitant. En cas d'impossibilité, l'interviewer sera en possession des coordonnées de services de soins d'urgences et celles-ci seront remises au patient. L'interviewer s'assurera personnellement que le patient se met en rapport avec ce service.

Population étudiée :

Tout patient majeur, souffrant ou ayant souffert d'une pathologie psychiatrique, et ayant eu recours à un psychiatre, qu'il ait été adressé ou non par son médecin généraliste traitant pourra être inclus.

Critères d'inclusion :

Tout patient souffrant d'une pathologie psychiatrique qui aura été estimé stabilisé par son psychiatre et son médecin traitant, et qui acceptera l'entretien.

Critères d'exclusion :

Refus du patient.

Trouble psychiatrique non traité, non stabilisé, avis contraire du médecin traitant ou psychiatre.

Age < 18 ans.

Obstacle linguistique.

Contexte de la consultation ne se prêtant pas à l'étude (urgence, contexte psychologique)

Effectif attendu :

Le nombre exact sera déterminé par l'analyse. Une vingtaine de patients seront sans doute nécessaires.

Déroulement Durée d'inclusion :

Les entretiens se dérouleront sur une période de 6 mois (entre octobre 2012 et mars 2013) dans la région haute Normandie. L'inclusion suivra les règles de la recherche qualitative, celle de la variation maximale entre les caractéristiques des patients afin de recueillir de façon exhaustive les différents points de vue. L'entretien leur sera proposé par leur médecin traitant ou leur psychiatre, qui communiqueront les coordonnées du médecin investigateur au patient et les coordonnées téléphonique du patient à l'investigateur. Le recueil de données se fera par un entretien face à face, ou à défaut par téléphone, mené à l'aide d'un guide d'entretien. Une fiche d'information sera remise au patient. L'accord de participation du patient sera recueilli avant l'entretien, et devra être signé par celui-ci. La compréhension de la fiche d'information sera vérifiée. Le patient pourra interrompre l'entretien à tout moment s'il le souhaite.

Recueil des données :

Le recueil de données se fera par l'investigateur, à l'aide d'un guide d'entretien. Les données du patient seront recueillies de façon anonyme. Les réponses du patient seront enregistrées par dictaphone, retranscrites, et analysées ultérieurement à l'aide du logiciel « Nvivo 9.1 ».

Origine et nature des données nominatives recueillies

Cette recherche est non interventionnelle. Le patient est informé de son droit de refuser l'étude, il est informé que le secret médical le concernant sera partagé – exclusivement avec son accord – dans l'intérêt de la recherche. Les informations intimes le concernant sont pour l'essentiel révélées par lui-même au cours de l'entretien de recherche. L'investigateur informe le patient de l'anonymat total des informations confiées lors de cet entretien de recherche. L'investigateur veille à ne pas enregistrer d'information nominative lors de l'entretien. Le nombre de patients à interroger sera déterminé par l'avancée de l'étude : la saturation des données sera recherchée.

Mode de circulation des données

Les entretiens seront enregistrés sur support numérique. Les fichiers seront sécurisés par mot de passe. Les fichiers audios seront retranscrits de manière anonymisée. Aucune identité ne sera visible sur les documents au format texte. Les personnes qui auront accès aux données sont l'investigateur, le coordonnateur de l'étude.

Calendrier :

Entretiens : octobre 2012 à mars 2013

Analyse : Novembre 2012 à Mai 2013

Ecriture et publication : Mai 2013 à Septembre 2013

Annexe 2 : Fiche de consentement du patient

Département Universitaire

De Médecine Générale

Faculté de médecine et de pharmacie 22, Bd Gambetta 76000 Rouen

NOTE D'INFORMATION

Coordinateur de la recherche

Pr Alain Mercier Département Universitaire de Médecine Générale

Adresse: 22 Boulevard Gambetta 76000 Rouen

Investigateur

Nom: Agathe DENIS

Adresse: 22 Boulevard Gambetta 76000 Rouen

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par le Département Universitaire de Médecine Générale. Si vous participez à cette étude, il vous faudra signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.

1- Procédure de l'étude

Vous serez interrogés au cours d'un entretien en face à face que vous pourrez interrompre à tout moment. Vous serez sollicité sur la façon dont votre médecin généraliste et le psychiatre ont communiqué (ou pas) dans le cadre de votre problème de santé. Vous serez aussi sollicité sur vos souhaits et vos propositions de fonctionnement.

2- Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, ni de test thérapeutique. Le fait de vous interroger sur vos échanges entre vos médecins peut éventuellement vous faire revivre des moments de votre vie qui vous ont été difficiles. Si vous le souhaitez, ou si l'investigateur l'estime l'entretien pourra être stoppé, et un éventuel recours de soins vous sera proposé.

3- Bénéfices potentiels de l'étude

-Vous comprendre pour mieux vous soigner.

-Améliorer la qualité des échanges entre votre médecin traitant et votre psychiatre en tenant compte de vos attentes et vos souhaits

-En aucun cas cette étude n'est un moyen de diagnostic ou de traitement pour votre (éventuel) problème de santé.

4- Participation volontaire

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous êtes libre de refuser de participer à cette étude, ou de mettre fin à votre participation à n'importe quel moment, sans avoir à vous justifier, et sans craindre aucune conséquence. Vous devrez simplement en informer l'investigateur.

5- Obtenir des informations complémentaires

Si vous avez besoin d'aide, ou des questions concernant l'étude, n'hésitez pas à faire appel à Agathe Denis ou Alain Mercier, par mail ou téléphone. A la fin de l'étude, si vous le désirez, nous vous ferons part des résultats obtenus.

6- Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le DUMG de Rouen et l'équipe du Pr Alain Mercier se proposent de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Selon la Loi, vous pouvez avoir accès et modifier vos données à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement. Gardez-en une copie.

Signature:

Annexe 3 : Guide d'entretien N°1

Présentation personnelle : Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. Je m'appelle Agathe Denis, je suis interne en médecine générale et je réalise cette étude dans le cadre d'un travail de thèse d'exercice.

Il vise à mieux comprendre comment les patients voient les échanges entre les médecins. Pour cela je réalise des entretiens individuels.

En ce qui vous concerne vous avez été suivi par un psychiatre.

Vous avez compris que cet entretien est entièrement anonyme, et que si vous vous sentez mal à l'aise pour une raison ou une autre, vous pouvez y mettre fin quand vous le désirez. Vous avez bien signé le formulaire de consentement ? Ce qui est important, c'est que cette recherche aide à comprendre les patients, pour mieux les soigner. Ce qui est important c'est que vous m'expliquiez votre vécu et votre expérience

Modalités de l'entretien : lieu calme, (non médical) plage horaire dédiée, enregistrement, discours libre, respect de l'anonymat++++, entretien avec un patient bénéficiant d'un suivi psychiatrique et que son médecin traitant ou son psychiatre estime stabilisé et apte à suivre l'entretien sans risque pour sa santé.

>Question Brise-glace :

Vous avez eu recours à un psychiatre pour prendre soin de vos troubles de santé. Avez-vous trouvé difficile d'aller voir ou d'être adressé à un psychiatre ? Pouvez vous m'expliquer pourquoi ?

Relances (Par exemple, avez-vous pris contact vous-même ? Avez-vous été envoyé par le médecin ?)

>Concernant l'adressage par le MG :

Qu'est-ce qu'on vous a dit quand on vous a envoyé ? Est ce qu'il y avait un courrier ?

-Si pas d'adressage par le MG au départ :

Pourquoi aller voir un psychiatre directement, sans demander conseil à son praticien généraliste ?

>Concernant la communication entre praticiens en général

Pensez-vous que c'est normal que les médecins communiquent concernant vos problèmes de santé ? Pourquoi ?

Et dans le cas particulier des troubles psychiques, quelle est votre opinion ?

Utiliser si pas d'idée chez le patient « Quelles sont les informations que vous souhaiteriez que votre médecin traitant et votre psychiatre échangent ? (votre enfance, le facteur déclenchant, vos idées noires, vos rechutes, ..) »

- Si correspondance + :

Etiez-vous au courant de ces échanges ? Cela vous a-t-il semblé normal ? Aidant ? Quel genre d'information ? Pensez-vous possible de transmettre ? Y a-t-il des choses que vous penseriez éviter ? Pensez-vous qu'une correspondance entre votre médecin généraliste et votre psychiatre puisse aider à vous soigner ? Pourquoi ?

>Recherche de difficultés générées par la communication entre praticiens

Au contraire, existe-t-il des éléments sur lesquels vous ne souhaitez pas que le psychiatre communique au MT ? L'inverse ?

« Quelles sont les informations que vous ne souhaiteriez pas que votre médecin traitant et votre psychiatre échangent ? (votre enfance, le facteur déclenchant, vos idées noires, vos rechutes, ..) »

>Recherche de solutions

« Que proposez-vous pour améliorer votre prise en charge? Qu'est ce que votre médecin traitant et votre psychiatre devraient se communiquer ? »

>Caractéristiques du patient

Sexe

Age

Travail ou non

Classe travail INSEE

Situation matrimoniale

Connaissez-vous le diagnostic de votre trouble psychique ? Si oui, donner le nom

Annexe 4 : Guide d'entretien N°2

Présentation personnelle : Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. Je m'appelle Agathe Denis, je suis interne en médecine générale et je réalise cette étude dans le cadre d'un travail de thèse d'exercice.

Il vise à mieux comprendre comment les patients voient les échanges entre les médecins. Pour cela je réalise des entretiens individuels.

En ce qui vous concerne vous avez été suivi par un psychiatre.

Vous avez compris que cet entretien est entièrement anonyme, et que si vous vous sentez mal à l'aise pour une raison ou une autre, vous pouvez y mettre fin quand vous le désirez. Vous avez bien signé le formulaire de consentement ? Ce qui est important, c'est que cette recherche aide à comprendre les patients, pour mieux les soigner. Ce qui est important c'est que vous m'expliquiez votre vécu et votre expérience.

Modalités de l'entretien : lieu calme, (non médical) plage horaire dédiée, enregistrement, discours libre, respect de l'anonymat++++, entretien avec un patient bénéficiant d'un suivi psychiatrique et que son médecin traitant ou son psychiatre estime stabiliser et apte à suivre l'entretien sans risque pour sa santé

>Question Brise-glace :

Vous avez eu recours à un psychiatre pour prendre soin de vos troubles de santé. Comment avez-vous trouvé cette démarche, facile ? Difficile ? Pourquoi ?

Etait-ce de votre propre initiative, ou de celle de votre médecin généraliste ?

Relances (Par exemple, Avez-vous pris contact vous-même ? avez-vous été envoyé par le médecin ?)

Le suivi a duré combien de temps ? Il est fini depuis quand ?

Ou : Cela fait combien de temps que vous êtes suivi ?

>Concernant l'adressage par le MG :

Qu'est-ce qu'on vous a dit quand on vous a envoyé ? Est ce qu'il y avait un courrier ?

-Si pas d'adressage par le MG au départ :

Pourquoi aller voir un psychiatre directement ?

>Concernant la communication entre praticiens en général

Pensez-vous que c'est normal que votre médecin généraliste et vos spécialistes (cardiologue, pneumologue...) communiquent concernant vos problèmes de santé ? Pourquoi ?

Est-ce que vous pensez que votre médecin traitant et votre psychiatre se parlent au cours de votre suivi ?

Si oui : comment doivent-ils communiquer (lettre, mail téléphone...) ?

Que doivent-ils se dire ?

(Y aviez vous pensé avant cet entretien ? Parce que ça vous semblait naturel ? Oui, parce qu'il y avait des craintes ? Lesquelles ?)

Utiliser si pas d'idée chez le patient « Quelles sont les informations que vous souhaiteriez que votre médecin traitant et votre psychiatre échangent ? (votre enfance, le facteur déclenchant, vos idées noires, vos rechutes, ..) »

- Si correspondance + :

Etiez-vous au courant de ces échanges ?

Que pensez-vous de ces échanges ? Etes-vous d'accord ? Pensez-vous que cela puisse aider à votre prise en charge ?

>Recherche de difficultés générées par la communication entre praticiens

Quelles sont les informations que vous ne souhaiteriez pas que votre médecin traitant et votre psychiatre échangent ?

Si pas d'idée :(votre enfance, le facteur déclenchant, vos idées noires, vos rechutes, ..)

Le psychiatre s'occupe du vécu des gens, et reçoit beaucoup de confidences intimes. Pensez-vous que cela puisse poser problème si cette information est partagée entre médecins G et spé ?

>Recherche de solutions

Que proposez-vous pour améliorer votre prise en charge?

Le nom de votre maladie vous a t'il été annoncé ? Comment vous a-t-on expliqué ce que vous aviez ?

Pensez-vous que ce soit utile de connaître le diagnostic ? Pourquoi ?

Certains médecins sont réticents à donner le nom de la maladie au patient. Qu'en pensez-vous ?

>Caractéristiques du patient

Sexe

Age

Travail ou non

Classe travail INSEE

Annexe 5 : Guide d'entretien N°3

Présentation personnelle : Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. Je m'appelle Agathe Denis, je suis interne en médecine générale et je réalise cette étude dans le cadre d'un travail de thèse d'exercice.

Il vise à mieux comprendre comment les patients voient les échanges entre les médecins. Pour cela je réalise des entretiens individuels.

En ce qui vous concerne vous avez été suivi par un psychiatre.

Vous avez compris que cet entretien est entièrement anonyme, et que si vous vous sentez mal à l'aise pour une raison ou une autre, vous pouvez y mettre fin quand vous le désirez. Vous avez bien signé le formulaire de consentement ? Ce qui est important, c'est que cette recherche aide à comprendre les patients, pour mieux les soigner. Ce qui est important c'est que vous m'expliquiez votre vécu et votre expérience.

Modalités de l'entretien : lieu calme, (non médical) plage horaire dédiée, enregistrement, discours libre, respect de l'anonymat++++, entretien avec un patient bénéficiant d'un suivi psychiatrique et que son médecin traitant ou son psychiatre estime stabiliser et apte à suivre l'entretien sans risque pour sa santé

>Question Brise-glace :

Vous avez eu recours à un psychiatre pour prendre soin de vos troubles de santé. Comment avez-vous trouvé cette démarche, facile ?difficile ?pourquoi ?

Etait-ce de votre propre initiative, ou celle de votre MG ?

Relances (Par exemple, Avez-vous pris contact vous-même ? avez-vous été envoyé par le médecin ?)

Le suivi a duré combien de temps ?il est fini depuis quand ?

Cela fait combien de temps que vous êtes suivi ?

>Concernant l'adressage par le MG :

Qu'est-ce qu'on vous a dit quand on vous a envoyé ? Est ce qu'il y avait un courrier ?

-Si pas d'adressage par le MG au départ :

Pourquoi aller voir un psychiatre directement?

>Concernant la communication entre praticiens en général :

Pensez-vous que c'est normal que votre MT et vos spécialistes (cardiologue, pneumologue...) communiquent concernant vos problèmes de santé ? Pourquoi ?

Est-ce que vous pensez que votre médecin traitant et votre psychiatre se parlent au cours de votre suivi ?

Si oui : comment doivent-ils communiquer (lettre, mail téléphone...) ?

Que doivent-ils se dire ? Y aviez vous pensé avant cet entretien ? Parce que ça vous semblait naturel ? Il y avait des craintes ? Lesquelles ?

Utiliser si pas d'idée chez le patient « Quelles sont les informations que vous souhaiteriez que votre médecin traitant et votre psychiatre échangent ? (votre enfance, le facteur déclenchant, vos idées noires, vos rechutes, ..) »

- Si correspondance + :

Etiez-vous au courant de ces échanges

Que pensez-vous de ces échanges ? Etes-vous d'accord ? Pensez-vous que cela puisse aider à votre prise en charge ?

>Rôle de chaque intervenant :

Quels sont selon vous les rôles d'un médecin généraliste ?

Quel sont selon vous les rôles d'un psychiatre ?

>Recherche de difficultés générées par la communication entre praticiens :

Quelles sont les informations que vous ne souhaiteriez pas que votre médecin traitant et votre psychiatre échangent ?

Si pas d'idée :(votre enfance, le facteur déclenchant, vos idées noires, vos rechutes, ..)

Le psychiatre s'occupe de vécu des gens et reçoivent beaucoup de confidences intimes.

Pensez-vous que cela puisse poser problème si cette information est partagée entre médecin généraliste et spécialiste ?

>Recherche de solutions

- Que proposez-vous pour améliorer votre prise en charge?

-Faut-il un courrier ?

Si oui : en faut-il à chaque fois ou de temps en temps ?

-Le nom de votre maladie vous a t'il été annoncé? Comment vous a-t-on expliqué ce que vous aviez ?

-Pensez-vous que ce soit utile de connaître le diagnostique? Pourquoi ?

-Certains médecins sont réticents à donner le nom de la maladie au patient. Qu'en pensez-vous ?

>Caractéristiques du patient

Sexe

Age

Travail ou non

Classe travail INSEE

Annexe 6 : Verbatim des entretiens semi-dirigés

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

Seul figure la première lettre du nom des praticiens cités par les personnes interrogées. Cela fut réalisé dans le but d'optimiser l'anonymat des interviewés.

Annexe 7 : Liste des codes ouverts

	Sources	Références
➤ CARACTERISTIQUES PATIENTS, ENTRETIEN ET SUIVI MEDICAL	14	90
1. durée entretien	12	12
2. type de patients entendus	12	13
3. profession patient	12	12
4. situation familiale patient	12	12
5. fréquence, durée du suivi psy	13	32
➤ ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE	13	107
1. médecin généraliste	13	71
a) Ses avantages	8	12
b) ses limites	4	6
c) rôles du MG	12	48
2. Psychiatre	3	6
a) Les avantages, points positifs	7	12
b) rôles du psy	13	38
c) les inconvénients	10	45
▪ difficulté trouver psychiatre	2	6
▪ Dialogue difficile	6	10

▪ imaginaire négatif	5	10
▪ autres	4	8
▪ ses limites	5	11
3. parallèles entre MG et psy	10	24
4. autres acteurs de la prise en charge	5	6
➤ LE CIRCUIT DE SOIN	14	118
1. début suivi	14	99
a) initié par MG ou hôpital	13	29
b) psy proposé par MG	5	8
c) démarche difficile	8	20
d) initié par le patient	12	34
e) démarche facile	4	8
2. arrêt suivi	4	19
a) raison arrêt suivi	4	11
b) arrêté par patient	4	8

➤ LA COMMUNICATION	14	371
1. Mauvaise	14	69
a) contenu non connu	8	12
b) avis patient non demandé	1	2
c) peu communicatifs entre professionnels	2	2
d) sens non compris	2	2
e) idée vague de ce qui se dit	5	5
f) modalités communicatives	12	29
g) ignorent si existe	8	17
2. Désirée	14	87
a) bénéfiques pour pro	2	2
b) ok communication	14	85
3. Doit être améliorée	14	208
a) doit être évolutive	7	16
b) respecter choix patient	4	5
c) augmenter la fréquence entre les professionnels, voir l'instaurer	7	17
d) avis patient important	7	15
e) expliquer au patient, l'informer	4	7

f) relation de confiance	4	5
g) pourquoi ne pas savoir ce que se disent les spé	2	10
h) envie connaitre contenu	2	5
i) les autres	5	16
j) pas d'info interdite	11	20
k) demander accord patient	0	0
l) mode de communication	8	16
m) info à aborder	9	20
n) contenus intimes	12	56
4. Peu ou pas d'intérêt	2	7

➤ **LA MALADIE** **14** **198**

1. Difficultés liées à la maladie	11	53
a) difficulté reconnaître problème psy	8	21
b) difficulté de parler de la maladie	4	11
c) difficulté à vivre avec la maladie	10	21
2. Le diagnostic	14	145
a) souhaitent le connaître	11	40
▪ donner place dans la société	2	3

▪ pour se soigner, comprendre	8	20
▪ autres	8	17
b) pourquoi médecins réticents	9	12
c) l'annonce	10	53
▪ déroulement de l'annonce	8	25
▪ comment doit-elle être réalisée	8	28
d) son nom	13	36
▪ imaginaire-sous entendu	1	2
▪ connu	12	19
▪ non compris	1	3
▪ non connu	7	12
e) Inutile à connaître	2	4

➤ **LES MEDICAMENTS** **5** **20**

1. Avantages, intérêt du traitement	3	3
2. Inconvénients, critiques traitement	2	4
3. Désaccord des professionnels	1	4
4. Poursuivi par la MG	1	3
5. Gérés par le patient	2	6

➤ **IDEES POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE** 9 17

- | | | |
|---|---|---|
| 1. le réseau de soin | 2 | 7 |
| 2. pas d'idée pour améliorer la prise en charge | 5 | 6 |
| 3. professionnels plus communicatifs avec patient | 4 | 4 |

Annexe 8 : Liste des codes axiaux

	Intitulé	Définition
CARACTERISTIQUES PATIENTS, ENTRETIEN ET SUIVI MEDICAL	durée entretien	quelle est la durée de l'entretien
	type de patients entendus	sexe, âge des patients entendus
	profession patient	statut professionnel des patients entendus (retraité, invalidité, chômage, profession...)
	situation familiale patient	statut familial des patients entendus (marié, nombre d'enfants, veuf, célibataire, divorcé...)
	fréquence, durée du suivi psy	la fréquence et durée du suivi. A-t-il toujours lieu? Sinon depuis quand est-il arrêté ? Y a-t-il eu des coupures?

	Intitulé	Définition
ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE	médecin généraliste	rôles du MG, ses avantages et limites
	Psychiatre	rôles du psychiatre, ses avantages et limites
	parallèles entre MG et psy	les rôles des MG et psy sont-ils similaires, différents, complémentaires?
	autres acteurs de la prise en charge	autres professions gravitant autour du patient et participant à sa prise en charge
LE CIRCUIT DE SOIN	début suivi	Raisons du début du suivi, par qui et comment
	arrêt suivi	raisons de l'arrêt du suivi, par qui et comment

LA COMMUNICATION

Intitulé

Définition

Mauvaise

la communication est mauvaise

Désirée

cette communication est désirée par les patients

Doit être améliorée

Les patients souhaitent que cette communication soit améliorée et proposent des idées

Peu ou pas d'intérêt

certains patients pensent qu'une communication est peu utile

	Intitulé	Définition
LA MALADIE	difficultés liées à la maladie	difficultés psycho-sociales inhérentes à la maladie
	Le diagnostic	propos concernant le diagnostic
	souhaitent le connaitre	les patients souhaitent connaitre le diagnostic
	pourquoi médecins réticents	pourquoi les médecins sont-ils réticents à donner le diagnostic? Qu'en pensent les patients?
	l'annonce	propos concernant l'annonce du diagnostic: comment s'est-elle déroulée et comment devrait-elle être réalisée
	son nom	propos concernant le nom de la maladie
	inutile à connaitre	pas utile de connaitre le diagnostic

	Intitulé	Définition
LES MEDICAMENTS	avantages, intérêt du traitement	les avantages du traitement
	inconvénients, critiques traitement	les inconvénients du traitement, critiques déclarés par le patient
	désaccord des professionnels	le médecin généraliste et le psychiatre ou hôpitaux sont parfois en désaccord concernant la thérapeutique
	poursuivi par la MG	après la prise en charge psychiatrique, le traitement est poursuivi par le MG
	gérés par le patient	le patient gère son traitement: décide de l'arrêter ou de le poursuivre, à quelle posologie...
IDEES POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE	le réseau de soin	comment doit fonctionner le réseau de soin
	pas d'idée pour améliorer la prise en charge	les patients n'ont pas d'idée pour améliorer leur prise en charge.
	professionnels plus communicatifs avec patient	les professionnels doivent être plus communicatifs avec le patient

RESUME

Introduction :

Une communication de qualité entre professionnels est essentielle à l'efficacité du système de soin. Celle-ci semble perfectible entre psychiatres et médecins généralistes: ces derniers demandent une amélioration. Les psychiatres n'y sont pas opposés sous condition de bien définir les attentes et objectifs de chacun. L'objectif de cette étude est de recueillir le point de vue des patients.

Méthode :

Réalisation d'entretiens individuels, semi-dirigés, réalisés auprès des 14 patients issus d'un médecin généraliste de Rouen et d'un psychiatre d'Evreux. Analyse qualitative des verbatim.

Résultats :

Les patients trouvent que les deux professionnels communiquent peu entre eux. Leur point de vue n'est pas suffisamment considéré. Ils aimeraient que les deux praticiens augmentent le contenu de l'information et sa fréquence. Ils souhaiteraient être un élément régulateur de cet échange et que celui-ci tienne compte de leur avis. Ils désirent devenir acteurs de cette communication dans le cadre du respect de leur volonté et de leur santé.

Conclusion :

Les patients souhaitent une amélioration de cette communication. Ils désirent une communication dynamique, et adaptée aux stades de leur maladie. Ce constat devra être confirmé. Il implique une réflexion de ces deux corps professionnels concernant les implications sur le soin et son enseignement.

Mots-clés :

Psychiatre- médecin généraliste-communication-patient-relation-étude qualitative