



HAL
open science

**Prise en charge psychiatrique en médecine générale et
coopération entre médecins généralistes et psychiatres.
Étude qualitative réalisée auprès de médecins
généralistes du secteur de Saint-Quentin**

Charles-Henri Hernu

► **To cite this version:**

Charles-Henri Hernu. Prise en charge psychiatrique en médecine générale et coopération entre médecins généralistes et psychiatres. Étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes du secteur de Saint-Quentin. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01799436

HAL Id: dumas-01799436

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01799436>

Submitted on 24 May 2018

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.

**Université de Picardie Jules Verne
UFR de médecine d'Amiens**

Année 2017

N°2017 - 72

**Prise en charge psychiatrique en médecine générale et
coopération entre médecins généralistes et psychiatres.
Etude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes
du secteur de Saint-Quentin.**

**Thèse soutenue publiquement à la faculté de Médecine d'Amiens
le mercredi 5 juillet 2017
par Charles-Henri HERNU**

Président de Jury : Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE
Juges : Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU
Monsieur le Professeur Alain DERVAUX
Madame le Professeur Catherine BOULNOIS
Directrice de thèse : Madame le Docteur Bernadette BAKHACHE

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Coordonnateur régional du DES de psychiatrie

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse.

Veillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

A Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Nutrition)

Chef du service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition

Pôle « Médico-chirurgical, digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie »
(D.R.I.M.E)

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de ma plus sincère reconnaissance pour l'intérêt porté à ce travail.

A Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse

Veillez recevoir, Monsieur le Professeur, le témoignage de mon profond respect.

A Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Professeur de Médecine Générale

Coordonnateur du DES de Médecine Générale

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Veillez croire, Madame le Professeur, en l'expression de mes remerciements distingués

A Madame le Docteur Bernadette BAKHACHE

Psychiatre

Chef du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Saint-Quentin

Chef du service C du centre de psychothérapie de Saint-Quentin

Je vous remercie chaleureusement de m'avoir fait l'honneur de diriger ma thèse.

Vous êtes une excellente pédagogue et m'avez transmis votre passion de la psychiatrie au cours de mes semestres effectués à Saint-Quentin. Je vous remercie infiniment pour cela et je ne doute pas que mes sentiments de respect à votre égard perdureront au cours des années à venir.

J'adresse mes remerciements à Coline Taddei, ma compagne, mon amour, pour son aide précieuse, sa patience, son écoute et ses conseils. Je n'y serais jamais arrivé sans toi. Nous nous sommes rencontrés sur les bancs du collège et maintenant, nous en sommes là. Que de chemin parcouru et d'histoires à raconter à nos enfants ! Les quelques moments difficiles que nous avons connus cette dernière année ne parviendront jamais à assombrir la belle histoire que nous vivons. J'espère que cela durera encore très longtemps. Je t'aime.

Je remercie ma mère, Joelle, pour son amour et son sens des valeurs et mon père, Charles-André, pour sa transmission contagieuse de l'amour de la médecine en général. Je remercie également mon frère Pierre-André et ma sœur Sophie.

Je remercie mes beaux-parents Lysiane et Pierre, qui sont les beaux-parents les plus parfaits du monde, même si je leur ai volé leur fille unique.

Je remercie Najate, pour ses nombreux conseils avisés et le temps qu'elle m'a accordé.

Je remercie mon parrain, Pascal, ainsi que toute sa famille

Je remercie également Lennon, Dinah et Booty, nos trois compagnons qui partagent nos vies.

Je remercie mes amis, mes collègues, mes co-internes et externes avec qui j'ai partagé toutes ces années d'études.

Liste des abréviations

- WONCA World Organisation of National Colleges and Academies of family Doctors
- DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- OMS Organisation Mondiale de la Santé
- HAS Haute Autorité de Santé
- IRDES Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
- INPES Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- CHS Centre Hospitalier Spécialisé
- EPSM Etablissement Public de Santé Mentale
- CATTP Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
- CMP Centre Médico-Psychologique
- CSAPA Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- CEGIDD Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
- SSC Soins Sans Consentement
- SDT Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers
- SDTU Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence
- SPI Soins psychiatriques en cas de Péril Imminent
- SDRE Soins psychiatriques sur Décision d'un Représentant de l'Etat
- JLD Juge des Libertés et de la Détention
- CNQSP Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie
- MADRS Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale
- ALD Affection Longue Durée
- EPU Enseignement Post-Universitaire
- FMC Formation Médicale Continue
- DPC Développement Professionnel Continu

Table des matières

Introduction	25
I. Rôles et démographie des médecins généralistes	25
1. Rôles du médecin généraliste dans la prise en charge psychiatrique	25
2. Démographie médicale Française	26
II. Epidémiologie des troubles mentaux	26
1. Prévalence des troubles mentaux dans la population générale	26
2. Prévalence en médecine de ville	27
3. Répercussions et comorbidités	28
III. Organisation des soins psychiatriques.....	29
1. Historique	29
2. Organisation actuelle des secteurs psychiatriques en France	29
3. Organisations des soins dans le secteur de Saint-Quentin	31
4. Modalités d'hospitalisations en soins sans consentement.....	32
IV. Recommandations de bonne pratique	33
V. Objectifs de l'étude	34
Matériels et méthodes	35
I. Choix de la méthode	35
II. Recrutement de la population.....	35
III. Guide d'entretien.....	36
IV. Analyse des données	36
V. Bibliographie	37
Résultats	39
I. Données épidémiologiques de la population interviewée.....	39
II. Modalités d'orientation vers la psychiatrie	40
1. Motifs d'orientation.....	40
A) Liés à la pathologie	40
B) Liés à la prise en charge.....	41
C) Liés aux médecins.....	42
D) Liés aux patients	42
E) Liés à la famille.....	43
2. Lieux d'adressage.....	43
A) Hôpital public.....	43
B) Centre médico-psychologique.....	43
C) Consultation psychiatrique libérale.....	44

D)	Clinique privée.....	44
E)	Autres.....	44
3.	Moyens utilisés.....	44
A)	En cas d'urgence.....	44
B)	Hors cas d'urgence.....	45
III.	Abord de la psychiatrie en médecine générale de ville.....	45
1.	Ressenti personnel sur leurs connaissances.....	45
A)	Ressenti personnel sur leurs connaissances des pathologies.....	45
a)	Evaluation personnelle de leurs connaissances.....	45
b)	Modalités d'acquisition de leurs connaissances.....	46
B)	Ressenti personnel sur leurs connaissances des secteurs psychiatriques.....	46
C)	Ressenti personnel sur leurs connaissances des soins sans consentement.....	47
a)	Evaluation personnelle de leurs connaissances.....	47
b)	Moyens utilisés pour connaître les modalités de soins sans consentement.....	47
2.	Ressenti personnel concernant leur prise en charge des pathologies psychiatriques....	48
A)	Pathologies les plus fréquemment observées.....	48
B)	Ressentis positifs sur leur prise en charge.....	49
C)	Ressentis négatifs sur leur prise en charge.....	50
IV.	Qualité de la relation médecins généralistes-psychiatres.....	52
1.	Éléments de satisfaction.....	52
A)	Bonnes relations en général avec les psychiatres.....	52
B)	Contact téléphonique en cas de besoin.....	52
C)	Amélioration au cours des années.....	52
D)	Les nouveaux psychiatres envoient plus facilement des courriers.....	53
2.	Éléments d'insatisfaction.....	53
A)	Relatifs aux courriers.....	53
B)	Manque de communication global.....	54
C)	Impression d'être exclus de la prise en charge.....	54
D)	Méconnaissance des psychiatres.....	55
E)	Pas toujours de suivis après une consultation aux urgences psychiatriques.....	55
F)	Consultations psychiatriques libérales trop axées sur les traitements.....	55
V.	Difficultés.....	56
1.	Difficultés concernant l'adressage en psychiatrie.....	56
A)	Liées aux délais.....	56
B)	Liées aux patients.....	57

C)	Liées aux psychiatres	58
D)	Liées au manque de place	59
E)	Liées aux choix thérapeutiques	59
2.	Difficultés rencontrées dans leurs prises en charge	59
A)	Liées aux pathologies	59
a)	Difficultés diagnostiques	59
b)	Types de pathologies	60
c)	Durée de la pathologie	61
B)	Liées aux traitements	61
C)	Liées au temps	62
D)	Liées à l'administration	62
3.	Pas de difficultés	62
VI.	Solutions	62
1.	Intérêt d'une formation ?	63
A)	Médecins favorables	63
B)	Médecins non intéressés	63
2.	Types de formations	63
A)	Formations théoriques magistrales	63
B)	A intégrer aux formations déjà existantes	64
C)	Formations locales	64
D)	Echanges de pratiques	64
E)	Financement	64
F)	Organisation	65
3.	Freins potentiels	65
A)	Manque de temps	65
B)	Incompatibilité des horaires	65
C)	Manque d'intérêt	65
D)	Distance géographique	65
E)	Réussir à faire venir les psychiatres	66
4.	Moyens désirés de communication avec les psychiatres	66
A)	Courriers	66
B)	Téléphone	66
C)	Mails	66
D)	Aucun	66
5.	Fréquence désirée de communication	67

A)	A chaque élément nouveau	67
B)	A la première consultation	67
C)	Au décours d'hospitalisation.....	67
D)	Deux-trois fois par an.....	67
E)	Une fois par mois pour les cas compliqués.....	67
F)	Quand le psychiatre le juge nécessaire	68
6.	Pistes d'améliorations proposées par les généralistes	68
A)	Concernant les échanges entre médecins	68
B)	Impliquer le médecin traitant dans la prise en charge.....	69
C)	Impliquer les psychiatres	69
D)	Concernant les secteurs psychiatriques.....	70
E)	Améliorer les délais	70
F)	Communiquer autour de la bipolarité.....	70
G)	Pas besoin d'améliorations	71
	Discussion	73
I.	Forces et faiblesses de l'étude.....	73
1.	Forces de l'étude	73
2.	Faiblesses de l'étude.....	73
II.	Principaux résultats	74
1.	Etat des lieux de la psychiatrie en soins primaires dans le secteur de Saint-Quentin ...	74
A)	Au sujet des pathologies les plus fréquentes en médecine générale	74
B)	Au sujet des lieux d'orientation	75
C)	Au sujet des motifs d'orientation	75
D)	Au sujet des moyens d'orientation.....	76
2.	Ressentis des médecins généralistes	76
A)	Sur leurs connaissances.....	76
B)	Sur leurs prises en charge.....	77
3.	Etude de la qualité des relations entre psychiatres et médecins généralistes	79
A)	Manque de communication.....	79
B)	Au sujet des courriers.....	79
C)	Poursuite de la prise en charge après recours aux psychiatres.....	80
4.	Difficultés exprimées par les médecins généralistes	80
A)	Liées aux délais	80
B)	Liées aux traitements	81
C)	Manque de temps et de valorisation des actes	81

III. Propositions d'améliorations.....	82
1. Avis téléphoniques	82
2. Courriers-types	82
3. Mails sécurisés	83
4. Site internet pour renseigner la sectorisation	83
5. Formations.....	83
6. Consultations.....	84
7. Concertations pluridisciplinaires.....	84
Conclusion.....	85
Références bibliographiques	87
Annexe	91
Résumé	94

Abstract

Psychiatric care in general practice and cooperation between general practitioners and psychiatrists.

Qualitative study about general practitioners in the area of Saint-Quentin.

Context : The relations between general medicine and psychiatry are regularly criticized. Physicians can feel isolated, powerless and can have difficulties to find some time to take care of these complex conditions. To have an appointment or get medical information are issues usually mentioned. The main objective of this study was to explore the relations between general practitioners and psychiatrists in the area of Saint-Quentin. The secondary objective was to look for possible solutions proposed by the general practitioners to improve and facilitate the interdisciplinary relationships.

Method : We led a qualitative study with a thematic analysis composed by semi-directed interviews. Those ones were completely transcribed on Word®. They were also the object of a double coding realized by the help of the software QSR Nvivo Starter 11 ® to ensure the triangulation of the data. The recruitment of the general practitioners was made in a way reasoned in maximal variation. Interviews were conducted until data saturation

Results : Fourteen interviews were realized. We described at first a current situation of the practice of the psychiatry in general medicine to collect the habits of the practitioners. The public sector was preferred by a large majority for emergencies whereas the private psychiatrists had the advantage to see quickly the patients when they needed to be examined without delay. Then we studied their feelings and difficulties about the pathologies, the psychiatric sectors and the hospitalisation without consent. Most part of doctors considered themselves deprived of sufficiently educational background. Major difficulties were the delays of addressing to psychiatric service and the lack of communication with the psychiatrists of their area, in particular the lack of mails. At last, different areas of improvement were proposed as the creation of an emergency phone number for the request of medical advices or to address a patient to psychiatric hospital.

Conclusion : A lot of general practitioners regret the lack of cooperation with the psychiatric area, especially when it is a medical domain complex to deal with. It is important to create and to improve the relationships between general practitioners and psychiatrists. To do so, some areas of improvements will be tested in the psychiatric service of Saint Quentin.

Keywords : General practice, psychiatry, relief work, communication, orientation, solution.

Introduction

I. Rôles et démographie des médecins généralistes

1. Rôles du médecin généraliste dans la prise en charge psychiatrique

En France, les médecins généralistes constituent une première ligne importante dans l'organisation des soins : ils représentent en effet le premier interlocuteur avec les patients et permettent l'accès primaire aux soins. Ils doivent également assurer la gestion et la continuité des soins (1).

La World Organisation of National Colleges and Academies of family Doctors (WONCA) définit le rôle comme une « réponse globale aux problèmes de santé dans leur dimension physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle (2) ».

Les médecins généralistes sont donc également en première ligne pour la prise en charge des troubles psychiatriques.

En dehors de toute pathologie psychiatrique telle que décrite par le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), le médecin généraliste doit également prendre en compte la dimension psychologique accompagnant chaque trouble somatique. Ses compétences d'écoute et de soutien sont alors indispensables. Une plainte d'apparence organique peut masquer une authentique nécessité de prise en charge psychiatrique ou psychologique que seul le médecin généraliste peut percevoir, étant le premier recours du patient. C'est au généraliste qu'incombe cette première tâche difficile de déceler ce besoin de prise en charge après avoir éliminé l'urgence somatique. Il possède un véritable rôle d'alerte dont le psychiatre peut difficilement se passer. La stigmatisation encore présente de la spécialité, l'anosognosie dont souffrent certains patients, la variabilité des tableaux font de la psychiatrie une spécialité encore difficilement sollicitée par les patients.

Cependant comme souligné par Jean-Luc Gallais, la relation médecin/patient possède de nombreuses similitudes en psychiatrie comme en médecine générale car la subjectivité y trouve une place importante (3). Le praticien s'immisce dans l'intimité du patient pour en considérer la globalité. La difficulté de la prise en charge des pathologies psychiatriques peut être pour le médecin généraliste cette subjectivité qui rend celles-ci difficiles à appréhender. Le schéma de

soin tel qu'il est enseigné avec le diagnostic d'une pathologie, la proposition de soin et au final la guérison est alors perturbée. Le psychiatre de par l'expérience de cette prise en charge devient donc un allié important du praticien, au service du patient.

2. Démographie médicale Française

Selon l'atlas de la démographie médicale de 2016 réalisé par le conseil national de l'ordre des médecins (4), le nombre de médecins généralistes libéraux ou mixtes exerçant dans les Hauts de France est de 5045 (8,4 pour 10 000 habitants, données au 1^{er} janvier 2016). Cela représente une baisse de 12,6% par rapport à l'année 2007. L'âge moyen de ces médecins est de 51,4 ans. 25% ont plus de 60 ans et 17% seulement ont moins de 40 ans.

Quand on se penche sur le cas plus précis de l'Aisne (02), on constate qu'il y a 375 médecins (6,8 pour 10 000 habitants, données au 1^{er} janvier 2016) soit une variation de -19,4 % par rapport à 2007 (5). L'autre fait marquant est la disparité de la répartition des médecins sur le territoire Axonais : s'il existe 96 médecins pour le Canton de Saint-Quentin (9 pour 10 000 habitants), ce chiffre chute à 9 pour le Canton de Bohain-en-Vermandois (5,5 pour 10 000 habitants) et 7 pour celui de Guise (4,5 pour 10 000 habitants).

Si l'on peut s'inquiéter de cette baisse de la démographie médicale, des projections à l'horizon 2030 réalisées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) estime qu'il y aurait environ autant de généralistes (105 000) qu'en 2006 (104 000) (6). Cette tendance se confirmerait également en Picardie avec des projections estimées à 4778 médecins en 2030 contre 4814 en 2006.

II. Epidémiologie des troubles mentaux

1. Prévalence des troubles mentaux dans la population générale

La pathologie mentale représente un problème majeur de santé publique. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), cité en 2013 par le Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale de la Haute Autorité de Santé (HAS), considère qu'un quart de la population mondiale est concernée au cours de sa vie par un trouble mental ((7) (8)). Toujours

selon l’OMS, parmi les 10 pathologies les plus préoccupantes du 21ème siècle figurent cinq maladies mentales à savoir la schizophrénie, le trouble bipolaire, les addictions, la dépression et les troubles obsessionnels compulsifs. Les maladies mentales se classent ainsi au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires.

Dans la population générale, la prévalence de la schizophrénie est estimée à 1%, celle du trouble de l’anxiété généralisée à 2%. Enfin, les états dépressifs caractérisés sévères représenteraient 3% de la population mondiale (9).

Concernant la population française, l’enquête Santé protection sociale de l’IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) a révélé que 14% des personnes interviewées déclarent souffrir d’une maladie mentale (10). Le Baromètre Santé de l’INPES (Institut National de Prévention et d’Education pour la Santé) estimait en 2010 une prévalence d’épisode dépressif caractérisé de 7,8% au cours des 12 mois écoulés (11).

2. Prévalence en médecine de ville

Si peu d’études ont analysé la prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale, il convient néanmoins de citer celle de Norton et De Roquefeuil qui en 2003 (12) puis 2013 (13) ont interrogé plus d’un millier de patients consultant une quarantaine de médecins généralistes de la région Montpellieraine à l’aide d’auto-questionnaires dont le patient health questionnaire en salle d’attente.

Il ressortait comme résultats de l’étude de 2013 qu’environ 9,8% des patients correspondaient aux critères DSM-IV de trouble dépressif majeur ou de troubles anxieux contre 15,5% en 2003. Il apparaissait que les médecins détectaient effectivement dans 52,6% des cas les troubles psychiatriques. L’orientation vers un psychiatre avaient également évolué de 9,7% des cas en 2003 à 14,7% en 2013.

Ces résultats mettent en lumière la fréquence importante des troubles psychiatriques en médecine générale. Ils soulignent également que leur diagnostic était correctement établi par les médecins généralistes dans près d’un cas sur deux.

Le médecin généraliste dans le rôle de praticien de premier recours chez les patients atteints de troubles psychiques reste une réalité : plus de 60% souffrant de dépression consulteraient un généraliste contre seulement 10% un psychiatre (14).

L'importance de l'amélioration de la détection et la prise en charge précoce des troubles psychiatriques en médecine générale est d'autant plus importante que le nombre de psychiatres décroît (15) et que les patients ont un risque accru de morbidité et de mortalité.

3. Répercussions et comorbidités

Les pathologies psychiatriques ont un impact négatif et important sur la santé physique et la vie sociale des personnes touchées ainsi que sur leur entourage (16) . Sur le plan somatique, les patients souffrant de schizophrénie ou de troubles bipolaires ont un risque plus important de décès liés principalement à des infarctus du myocarde ou des accidents vasculaires cérébraux réduisant leur espérance de vie de 15 à 30 ans par rapport à la population générale (17).

On retrouve en effet chez ces patients une fréquence accrue de facteurs de risque cardiovasculaire comme le tabagisme, l'obésité, l'hypertension artérielle ou le diabète. Ces complications s'associent régulièrement aux effets secondaires des traitements comme les antipsychotiques.

Le suicide est également une cause très importante de décès dans notre société. A raison de 16,2 suicides pour 100 000 habitants, la France reste l'un des pays européens avec le taux de suicide le plus élevé (moyenne européenne 10,2 pour 100 000 habitants) (18).

Sur le plan social, il est important de citer les phénomènes d'exclusion dont souffrent une grande partie des patients psychiatriques. On estime en effet qu'un tiers des personnes sans abri présentent des troubles psychiatriques graves (19).

Enfin, pour clore ce tour d'horizon des répercussions des maladies mentales, il faut souligner l'aspect économique. En effet, le coût de ces pathologies atteint les 17 milliards d'euros par an en France (20). Elles représentent l'une des premières causes d'absentéisme au travail et la première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle. La totalité des coûts directs et indirects des troubles psychiatriques est estimée à 107 milliards d'euros (21).

III. Organisation des soins psychiatriques

1. Historique

En 1838, la loi dite « des aliénés » prescrit à chaque département de disposer d'un établissement public permettant d'accueillir les patients souffrant de troubles psychiatriques. S'ils permettaient de les prendre en charge, ils isolaient également les patients du reste de la société. Le fonctionnement asilaire de ces lieux fut par la suite progressivement remis en cause (21).

Un siècle plus tard apparaissaient les dispensaires d'hygiène mentale et les services en milieu ouvert grâce à la circulaire du 13 octobre 1937. Les mesures d'ouverture et de réinsertion des patients firent une autre avancée dans les années 50 avec l'apparition de nouvelles molécules même si le système asilaire de 1838 perdurait.

Mais c'est en 1960 qu'une circulaire, datant du 15 mars, révolutionna l'organisation territoriale des secteurs psychiatriques et permis par la même occasion une plus grande insertion des patients. Chaque secteur nouvellement créé par ce découpage bénéficiait de la mise en place d'une équipe médicale et paramédicale qui intervenait à tous les stades de la maladie, du dépistage à la réinsertion. En 1970, avec la loi sur la réforme hospitalière, les hôpitaux psychiatriques sont intégrés dans la catégorie des centres hospitaliers et devinrent des centres hospitaliers spécialisés (CHS).

La loi de 1838 ayant permis la création des premiers asiles fut finalement abrogée par la loi du 27 juin 1990 qui permit également de définir les droits des patients et les modalités d'hospitalisation sans consentement.

Nous verrons ultérieurement les modifications récentes apportées dans ces soins sans consentement par la loi du 5 juillet 2011, modifiée en septembre 2013.

2. Organisation actuelle des secteurs psychiatriques en France

Les soins psychiatriques s'organisent actuellement autour de trois segments (22). D'un côté, il y a les hospitalisations complètes qui représentaient près de 18 millions de journées en 2016 (23). D'un autre côté, on trouve les hospitalisations de jour (4,83 millions de journées) ou les accueils à temps partiel (7,2 millions de journées). En dernier lieu, les soins sont organisés par le biais de prises en charge ambulatoires, qui sont chiffrées à hauteur de 18 millions d'actes,

ainsi que les consultations en médecine de ville. Ces différentes modalités de prise en charge ont pour point commun d'être majoritairement assurées par les services psychiatriques publics ou privés d'intérêt collectif.

Les hospitalisations à temps plein permettent une surveillance continue des patients, que ce soit en milieu ouvert ou fermé. Le territoire Français totalise près de 600 établissements de santé dédiés à la psychiatrie, dont 46 % sont de nature publique. On compte environ 90 CHS ou établissements publics de Santé Mentale (EPSM), soit près d'un par département, 180 hôpitaux généraux disposant d'un service de psychiatrie et 158 établissements privés d'intérêts collectifs. Ces lieux représentent 80% des lits en psychiatrie, les 20% restants étant attribués aux cliniques privées à but lucratif. L'ensemble de ces établissements représente un total de plus de 57 469 lits, soit 13 % des lits toutes disciplines médicales confondues.

A côté des hospitalisations temps plein, on peut distinguer des alternatives qui sont soit à temps complet soit à temps partiel.

Les alternatives à temps complet sont représentées par les appartements thérapeutiques, les accueils en famille thérapeutique et les hospitalisations à domicile. Ces structures souffrent actuellement d'un véritable manque de place en regard des besoins (8000 lits)

De l'autre côté les alternatives à temps partiel, plus développées (39% des capacités d'accueil tous modes confondus), sont les hôpitaux de jour ou de nuit (plus de de 25000 places) et les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) qui comptabilisent près de 1700 structures.

Le troisième segment des soins psychiatriques est représenté par les prises en charge ambulatoires qui reposent sur les 3654 centres médico-psychologiques (CMP) gérés par les hôpitaux publics et les organismes privés à but non lucratif.

Les CMP fonctionnent comme des unités d'accueil et de consultation extrahospitalières et sont composés majoritairement de psychiatres, d'infirmiers, de psychologues et d'assistants sociaux.

L'organisation des soins psychiatriques en France est variée et pluri-modale. Elle permet par ce fait de garantir l'accès aux soins, de faciliter l'insertion sociale et de fluidifier le parcours des patients.

3. Organisations des soins dans le secteur de Saint-Quentin

Le pôle de psychiatrie adulte du centre hospitalier de Saint-Quentin dispose de deux services, réunis dans le centre de psychothérapie, et dont dépendent plusieurs cantons de l'arrondissement de Saint-Quentin.

Le secteur B comprend les cantons de Saint-Quentin sud, Guise, Wassigny et Ribemont soit environ 80 000 habitants (24) (25). Il dispose de 33 lits et de 2 chambres d'isolement, ainsi que de 18 lits d'hospitalisation de jour.

Le secteur C prend en charge quant à lui sur les cantons de Saint-Quentin nord et centre, Bohain-en-Vermandois, Le Catelet, Vermand, Saint-Simon et Moy-de-l'Aisne. Il possède 36 lits, 2 chambres d'isolement et 18 d'hospitalisation de jour.

Le pôle de psychiatrie dispose également de 2 lits en unité d'accueil des urgences psychiatriques, 2 lits en accueils familiaux thérapeutiques ainsi que 17 places de logements associatifs. Des consultations de liaisons psychiatriques sont également assurées au sein du centre hospitalier sur demande téléphonique.

Sur le plan extra-hospitalier, le centre médico-psychologique (CMP), le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD) et les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel se situent dans le centre-ville de Saint-Quentin. Deux antennes du CMP et du CATTP existent également, l'une sur Bohain pour le secteur C et l'autre sur Guise pour le secteur B.

La pédopsychiatrie est, de son côté, gérée par l'EPSM-D de Prémontré où ont lieu les hospitalisations temps-plein. Seuls des accueils en hôpital de jour pédopsychiatrique et des consultations CMP enfants et adolescents sont assurées sur la ville de Saint-Quentin.

Les urgences pédiatriques du centre hospitalier de Saint-Quentin accueillent quant à elle, les enfants et adolescents présentant des troubles psychiatriques aigus.

Enfin, la ville de Saint-Quentin possède également une clinique privée à but lucratif : la clinique Sainte-Monique.

4. Modalités d'hospitalisations en soins sans consentement

Comme nous l'avons abordé précédemment, les soins sans consentement sont actuellement organisés selon la loi du 5 juillet 2011, modifiée en septembre 2013 (26).

Cette loi définit trois modalités de soins sans consentement (SSC) : les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SDTU, art. L 3212.3) ou non (SDT, art. L 3212.1), les soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI art. L 3212-1, II, 2°) et les soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat (SDRE, art L 3213-1 ou art L 3213-2).

Elle instaure également une période d'observation d'une durée maximale de 72 heures avant de décider du type de prise en charge et l'obligation de réalisation d'un examen somatique complet ainsi qu'un second certificat médical dans les 24h suivant l'admission.

Enfin depuis septembre 2014, le juge des libertés et de la détention (JLD) exerce un contrôle systématique avant le 12^e jour et au 6^e mois de chaque hospitalisation sans consentement.

Concernant les soins à la demande d'un tiers, trois conditions doivent être remplies pour hospitaliser un patient : la constatation médicale de troubles mentaux, l'incapacité du patient à consentir aux soins et la nécessité urgente de soins et de surveillance.

Les formalités exigent la rédaction de plusieurs certificats : une demande manuscrite émanant du tiers (qui peut être un membre de la famille du patient ou toute autre personne en relation avec lui et agissant dans son intérêt, à l'exclusion des personnels soignants qui exercent dans l'établissement d'accueil) et deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours (dont l'un des deux doit obligatoirement être rédigé par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil).

Ces deux certificats, en plus de décrire les troubles psychiatriques du patient, doivent attester que ses troubles rendent son consentement impossible et que son état nécessite des soins immédiats et une surveillance médicale continue. Ils doivent être concordants et circonstanciés auquel cas l'admission serait refusée.

En cas d'urgence, s'il existe un danger pour le patient pouvant porter atteinte à son intégrité, des soins à la demande d'un tiers en urgence peuvent être ordonnés. Ceux-ci ne nécessitent alors qu'un seul certificat médical, pouvant être rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil, et bien entendu, la demande de tiers.

Une nouvelle modalité d'hospitalisation apportée par la loi du 5 juillet 2011 est l'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI). Celle-ci ne peut être établie que lorsque l'état de santé d'un patient nécessite des soins et une surveillance continue en milieu psychiatrique et qu'il est impossible d'obtenir une demande de tiers au moment de son admission.

Ces deux types de mesures, SDTU et péril imminent, devraient être exceptionnelles mais sont dans les faits souvent utilisées.

La dernière forme de soins psychiatriques sans consentement est représentée par les soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat (SDRE) par arrêté préfectoral ou le cas échéant, d'une mesure provisoire prise par un maire.

Pour être valide, ce type de soins doit réunir quatre conditions : la présence de troubles mentaux manifestes, l'impossibilité de consentement du patient, la nécessité de soins et de surveillance continue ainsi que l'atteinte à l'ordre public ou à la sûreté des personnes.

IV. Recommandations de bonne pratique

Le collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP) et la Haute Autorité de Santé ont élaboré en 2011 des recommandations de bonne pratique concernant la coopération psychiatres-médecins généralistes (27) (28).

Ces recommandations partaient du constat qu'en France, le taux d'adressage vers la psychiatrie était l'un des plus faibles d'Europe (29) .

La HAS a également édité d'autres recommandations dans le cadre du programme « psychiatrie et santé mentale » 2013-2016 portant sur la prise en charge en premier recours des épisodes dépressifs caractérisés de l'adulte et des troubles bipolaires. Cela montre l'intérêt actuel pour le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles psychiatriques ainsi que leur coordination avec le psychiatre.

V. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les relations entre médecins généralistes et psychiatres dans le secteur du Saint-Quentinois en recueillant les ressentis et difficultés des praticiens généralistes dans leur prise en charge des troubles psychiques.

L'objectif secondaire était de rechercher d'éventuelles solutions proposées par les médecins généralistes afin d'améliorer et faciliter les relations interdisciplinaires.

Matériels et méthodes

I. Choix de la méthode

Afin de répondre au mieux aux objectifs posés, la méthode retenue pour mener cette étude a été la recherche qualitative par analyse thématique. Celle-ci permet en effet de recueillir une diversité de ressentis, d'émotions, de vécus personnels et de représentations et d'étudier leurs influences sur leur pratique médicale (30).

II. Recrutement de la population

Pour cette étude, nous nous sommes intéressés à la population de médecins généralistes du secteur psychiatrique de Saint-Quentin dans l'Aisne. Le recrutement a été réalisé de façon raisonnée à l'aide des pages jaunes ou par le « bouche à oreille » afin de constituer un groupe en variation maximale et d'obtenir une plus grande diversité de propos (31).

Chaque médecin interviewé était au préalable contacté téléphoniquement par l'interviewer afin de présenter le sujet et les modalités de l'étude. Le caractère anonyme et confidentiel leur était ainsi garanti. S'ils consentaient à participer à l'étude, il était alors convenu d'un rendez-vous selon leur disponibilité et au cours duquel l'entretien avait lieu, généralement au cabinet du médecin.

Parmi les quarante-deux médecins contactés, quatorze ont accepté. La quasi-totalité de ceux qui ont refusé de participer à l'étude ont avancé un manque de temps dû à leur travail. Un seul a refusé sans avancer d'explications. Six autres médecins, qui ne pouvaient être joints directement, n'ont pas rappelé malgré le numéro du chercheur qui avait été laissé à leur disposition.

III. Guide d'entretien

Le recueil de données s'est déroulé entre février et mai 2017 lors d'entretiens individuels non directifs. Ces derniers étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique après avoir obtenu l'autorisation de chaque médecin.

Le guide d'entretien a été conçu à partir d'une revue de la littérature sur le sujet de la psychiatrie en médecine de ville (Annexe 2). Il était structuré autour de seize questions ouvertes et découpé en trois grandes parties.

La première partie comportait des questions générales relatives à l'activité des médecins interviewés (sexe, âge, type de pratique, zone d'installation et durée d'activité).

La deuxième partie permettait une description globale des connaissances et du ressenti des médecins généralistes à l'égard de leur pratique de la psychiatrie ainsi que l'évaluation de l'intérêt de participer à des formations.

Enfin, la troisième partie se penchait sur la question des relations entre médecine générale et psychiatrie et des éventuelles pistes d'amélioration.

Une série de trois entretiens préalables avaient été réalisés afin d'évaluer la pertinence des questions et le cas échéant d'en reformuler certaines ou d'y adjoindre des questions de relance.

Chaque enregistrement était intégralement retranscrit sous la forme d'un verbatim à l'aide du logiciel Word®. L'anonymisation des médecins interviewés était obtenue en remplaçant leur nom par la lettre M (médecin) suivie du chiffre correspondant à leur ordre d'inclusion dans l'étude.

IV. Analyse des données

Les verbatims étaient immédiatement analysés une fois retranscrits à l'aide du logiciel QSR Nvivo Starter 11®.

Dans un premier temps, un codage ouvert a été réalisé en double analyse avec l'aide d'un second chercheur afin de trianguler les données.

Puis dans un second temps, un codage axial a été effectué permettant une analyse thématique des données afin de réunir les codes déjà identifiés en catégories et de dégager des grands thèmes. Cela a permis de répondre aux objectifs de l'étude.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données. Elle correspond à l'absence de nouvel élément d'analyse à la fin d'un entretien

V. Bibliographie

Pour cette étude, le portail de recherche de l'université Picardie Jules Verne a été utilisé afin d'accéder aux ressources des moteurs de recherche comme EM-Premium, Cairn, Pub Med, Science Direct. Les sites Pepite et Google Scholar ont également été mis à contribution pour compléter la recherche bibliographique.

Résultats

I. Données épidémiologiques de la population interviewée

Médecins	Age (Ans)	Sexe	Type de pratique	Zone d'installation	Années de pratique (Ans)
M1	61	Homme	Cabinet de groupe	Semi rurale	30
M2	Non communiqué	Homme	Individuel	Semi rurale	30
M3	63	Homme	Individuel	Semi rurale	32
M4	63	Homme	Cabinet de groupe	Rurale	38
M5	63	Femme	Cabinet de groupe	Semi rurale	35
M6	60	Femme	Individuel	Rurale	32
M7	50	Femme	Cabinet de groupe	Urbaine	22
M8	50	Femme	Cabinet de groupe	Urbaine	24
M9	54	Homme	Individuel	Rurale	25
M10	38	Femme	Cabinet de groupe	Urbaine	10
M11	30	Homme	Cabinet de groupe	Urbaine	2
M12	61	Femme	Individuel	Rurale	31
M13	66	Homme	Cabinet de groupe	Urbaine	36
M14	59	Femme	Individuel	Semi-rurale	36

Tous les médecins ont été rencontrés à leur cabinet médical durant leurs horaires de consultation, excepté le médecin M5 qui avait proposé de passer l'entretien à son domicile.

Le médecin M13, exerçant à la fois en cabinet de médecine de ville et en tant que généraliste au service C de l'hôpital de Saint-Quentin, avait préféré répondre aux questions dans un des bureaux du service.

II. Modalités d'orientation vers la psychiatrie

1. Motifs d'orientation

A) Liés à la pathologie

- *Si doute sur le diagnostic :*

Sept médecins interviewés ont déclaré avoir recours à un psychiatre dès qu'ils avaient un doute sur le diagnostic : « *quand je suis sûr de mon diagnostic et de ma prise en charge thérapeutique, je pense que voilà, il n'y a pas franchement d'intérêt dans un premier temps après dès le moment où je doute je n'hésite pas à passer la main pour être sûr de la prise en charge et voilà.* » (M11).

Et plus particulièrement, quand ils avaient un doute sur un trouble bipolaire (« *Si c'est une pathologie très longue, très lourde euh ... (petit temps de réflexion) genre bipolarité, je vais certainement chercher à l'adresser en milieu ultraspécialisé si j'ai un gros doute* » (M5)) ou une psychose (« *moi j'ai un doute sur une psychose chez un jeune, il est bien évident que, ça m'est arrivé plusieurs fois, c'est difficile mais dans ce cas-là j'adresse assez vite au psychiatre* » (M3)).

- *Si présence d'idées suicidaires*

Quatre médecins avaient tendance à adresser un patient en psychiatrie dès que celui-ci présentait des idées suicidaires : « *je garde toujours la notion de suicide, s'il a des idées noires. S'il a des idées noires, il faut l'aider [...] le montrer au psychiatre.* » (M2).

- *En cas de passage à la chronicité des troubles*

Quatre autres médecins adressaient plutôt lorsque les troubles se chronicisaient : « *Quand ça devient vraiment chronique et qu'il n'y a pas d'amélioration malgré mon traitement* » (M1).

- *En cas d'idées délirantes*

Et enfin, quatre médecins n'hésitaient, au moindre élément délirant constaté chez un patient, à l'envoyer vers un psychiatre : « *Si j'ai quelqu'un qui présente un délire en face de moi, je vais l'adresser immédiatement* » (M5).

- *En fonction des antécédents du patient*

Le médecin M6 orientait plus volontiers en psychiatrie quand le patient présentait de lourds antécédents : « *quand je vois que les gens ont un lourd passif je me dis non là il faut que ça soit sérieux* » (M6).

- *Si nécessité d'un avis psychiatrique pour un arrêt de travail*

Un seul médecin a déclaré envoyer des patients afin de pouvoir étayer par l'avis du spécialiste, leur arrêt de travail quand il était dû par exemple à une dépression : « *Quand la personne est en arrêt de travail depuis plusieurs mois, vous avez une convocation sécu. Il est beaucoup plus facile de se sortir de ce problème quand il y a un psychiatre derrière* » (M5).

B) Liés à la prise en charge

- *Médicamenteuse*

Parmi les médecins interviewés, cinq envoyaient leur patient vers la psychiatrie dès lors qu'ils n'avaient pas d'améliorations avec le traitement qu'ils avaient instauré : « *après avoir mis un traitement qui me semble correct à bonnes doses, je vois que je n'ai aucune amélioration* » (M5).

Cinq autres orientaient plus rapidement, dès leur diagnostic posé, pour obtenir un avis sur le traitement à mettre en place : « *il faut une prise en charge qui est quand même très, très spécialisée, ça on le ressent, et bon il faut pas hésiter d'adresser à un psychiatre parce qu'il y a des médicaments qui vont s'imposer aussi* » (M3).

Deux en particulier ont confié un manque de connaissance sur les antipsychotiques et préféreraient ainsi adresser le patient vers un spécialiste afin d'initier ce genre de molécules : « *Bon par exemple, les généralistes nous, enfin moi, je suis quand même moins à l'aise avec les neuroleptiques [...] que les psychiatres, hein. Dans ce cas-là, il faut adresser.* » (M3).

- *Non médicamenteuse*

Un médecin semblait informé sur les bénéfices d'une psychothérapie dans certains cas : « *des fois je leur dis "vous savez ça relève peut-être pas des médicaments, donc si on peut vous faire du bien, si on peut vous améliorer avec un apport psychothérapique par exemple, il faut y aller". Voilà.* » (M6).

Un autre adressait en psychiatrie dès qu'une admission se faisait ressentir : « *dès que ça nécessite une hospitalisation* » (M13).

C) Liés aux médecins

- *Compétences dépassées*

Une grande majorité de médecins avait recours à un psychiatre, lorsque la prise en charge du patient s'inscrivait hors de leur champ de compétence : « *si j'adresse c'est que je suis dépassée.* » (M7).

- *Manque de temps*

L'autre partie des médecins interviewés avaient facilement recours aux psychiatres car ils déplorait un manque de temps pour prendre en charge correctement ces patients : « *Parfois c'est tout simple mais on n'a pas assez de temps à donner au dialogue quoi. Donc du coup on aime bien avoir un spécialiste à qui envoyer le patient.* » (M12).

D) Liés aux patients

- *A la demande du patient*

La demande du patient était prise en compte par les médecins généralistes interviewés : « *Bah le moment précis c'est soit à la demande du patient exprès, c'est vrai que si le patient est demandeur pourquoi s'y opposer ?* » (M11).

- *Selon la dangerosité du patient*

Un médecin a avancé la notion de dangerosité dans sa prise de décision d'adresser un patient en psychiatrie : « *Alors soit quand il est vraiment dangereux. Quand il est vraiment dangereux pour lui-même ou pour les autres. Alors si on sent un danger on essaie de le persuader.* » (M9).

- *Les adolescents*

Deux médecins nous ont confié adresser très rapidement les adolescents souffrant de troubles psychiques : « *En général les ados je les adresse d'emblée, pour avoir un avis d'un confrère et ensuite les reprendre et puis faire ce qu'il me dit.* » (M7). Notamment par peur d'un passage à l'acte : « *je me méfie du passage à l'acte parce qu'il faut toujours faire attention à leur image et ça peut être plus fréquent.* » (M7).

E) Liés à la famille

Un médecin se disait sensible aux demandes familiales : « *Quand il y a une demande familiale [...]. Quand la famille n'en peut plus en général.* » (M9).

2. Lieux d'adressage

A) Hôpital public

La réponse la plus fréquente à la question « *vers quelle structure adressez-vous le plus souvent vos patients* » était l'hôpital public, et plus précisément le service des urgences : « *Quand j'ai une pathologie psychiatrique aiguë que j'envoie à l'hôpital je l'envoie par les urgences de l'hôpital de Saint-Quentin pour qu'ils fassent un peu le tri et qu'ils éliminent une pathologie organique ou autre.* » (M1).

Le M5 insistait : « *la seule solution que nous ayons, en cas d'urgence, c'est de les envoyer à l'hôpital où il y a un médecin de garde psychiatre. C'est la seule solution.* » (M5).

B) Centre médico-psychologique

Le CMP arrivait en deuxième intention des lieux d'adressage, cité par huit médecins :

« *Chercheur : Vers quelles structures adressez-vous le plus souvent vos patients ?*
- *Bah on commence, par ... oui le CMP* » (M12).

Les médecins interviewés avançaient trois raisons à cela : ils considéraient d'une part que le CMP était mieux accepté par les patients (« *Ça fait moins peur* » (M12)), qu'il présentait l'avantage d'être gratuit (« *le CMP ça permet d'avoir un suivi psychologique moyennant aucune sortie d'argent donc ça a un côté un peu attractif aussi.* » (M8)) et enfin que les patients

y étaient mieux pris en charge (« *Honnêtement je trouve qu'ils sont mieux pris en charge au CMP qu'en ville* » (M8)).

C) Consultation psychiatrique libérale

L'adressage vers un psychiatre en ville était également bien représenté, six médecins affirmaient en effet y avoir recours :

« *Chercheur : Alors vers quelles structures de soin adressez-vous le plus fréquemment vos patients ?*

-Très honnêtement en ville, lorsque j'ai besoin d'un avis ponctuel » (M14).

D) Clinique privée

Seuls deux médecins ont évoqué la clinique privée comme lieu d'orientation pour leurs patients : « *Donc j'adresse très peu à l'hôpital on va dire, sauf les urgences, essentiellement la clinique* » (M1).

E) Autres

Parmi les autres réponses évoquées plus rarement, on peut citer le CSAPA (« *si c'est pour de l'addicto, au CSAPA* » (M10)).

Deux autres médecins laissaient le choix de la structure à leur patient dans la mesure du possible : « *C'est complètement variable. Ça c'est un choix qu'on fait aussi avec le patient parce que moi je propose toujours au patient quelque soient les pathologies ou les... Je leur propose toujours. Donc je leur demande s'ils ont des préférences entre les structures hospitalières ou les structures privées.* » (M3).

3. Moyens utilisés

A) En cas d'urgence

Le téléphone représentait, pour les médecins interviewés, le principal moyen d'adresser un patient en psychiatrie en cas d'urgence : « *Pour pas me tromper où c'est urgent, il y a le coup de téléphone pour prévenir* » (M11).

B) Hors cas d'urgence

Dans le contexte d'une orientation non-urgente, le courrier était le moyen le plus utilisé (« *une simple lettre bien évidemment quand il n'y a pas d'urgences particulières.* » (M3)) même si le téléphone était régulièrement utilisé en complément (« *courrier quand c'est possible, contact téléphonique* » (M13)).

Plus rarement, certains nous ont dit qu'ils laissaient le patient appeler lui-même pour prendre rendez-vous (« *Je leur demande de prendre rendez-vous [...]. Je leur donne le numéro de téléphone, l'endroit, l'adresse* »).

III. Abord de la psychiatrie en médecine générale de ville

1. Ressenti personnel sur leurs connaissances

A) Ressenti personnel sur leurs connaissances des pathologies

a) Evaluation personnelle de leurs connaissances

- *Niveau bon*

Sur les quatorze médecins interviewés, cinq revendiquaient un bon niveau de connaissance sur les pathologies psychiatriques et leur prise en charge : « *Mon niveau est ... Oui je pense qu'il est bon.* » (M5).

- *Niveau moyen*

Six autres médecins jugeaient leur niveau plutôt moyen :

« *Chercheur : Comment jugeriez-vous votre niveau de connaissance sur ces pathologies en général ?*

-Heu. C'est moyen quoi. » (M6).

Il est à noter que parmi tous les médecins interviewés, seul le M6 nous a avoué utiliser l'échelle de diagnostic MADRS : « *Je me sers quelque fois de l'échelle MADRS mais c'est plutôt pour le suivi. Quelque fois pour aussi quand c'est un peu limite et que je me dis est-ce que je mets un traitement ou pas, quelque fois je fais revenir les gens et je fais carrément l'échelle en question.* »

- *Niveau insuffisant*

Pour trois derniers médecins, leur niveau était insuffisant : « *Bah justement, moi je trouve qu'il est très faible. On a l'impression de connaître, surtout quand on est interne et cetera, et puis en fait on se retrouve face aux patients qui a des demandes* » (M11).

b) Modalités d'acquisition de leurs connaissances

- *Par le biais de lectures médicales*

Trois médecins interviewés expliquaient avoir acquis leur connaissance grâce à la lecture : « *Je vais dire [mon niveau] a été très bon parce que j'ai beaucoup lu* » (M7).

- *Par l'expérience*

Trois autres médecins revendiquaient quant à eux une acquisition empirique de leur savoir : « *Je me suis formé à ma façon quoi, par l'expérience et puis après par ce que j'ai fait, mais c'est tout.* » (M4).

- *Par la formation initiale de médecine générale*

Un seul médecin déclarait avoir obtenu ses connaissances psychiatriques de ses études : « *Moi généraliste, j'ai une petite notion depuis qu'on a fait nos études, on l'a gardé.* » (M2).

- *Par le biais des courriers de psychiatres*

Un médecin a déclaré tirer ses connaissances en psychiatrie grâce aux courriers des psychiatres : « *Du retour un peu des pysys quand on a quelques retours, quand on a des courriers, on arrive à comprendre ce qu'on percevait et on met un mot sur ce qu'on percevait à ce moment-là.* » (M8).

B) Ressenti personnel sur leurs connaissances des secteurs psychiatriques

- *Connaissances satisfaisantes*

Seuls trois médecins, dont le médecin généraliste du service C du centre de psychothérapie de Saint-Quentin, estimaient avoir une connaissance plutôt satisfaisante des secteurs psychiatriques : « *On connaît quand même son secteur.* » (M3) ; « *J'ai une connaissance suffisante mais bon moi c'est mon exercice qui fait que je connais bien les mécanismes.* » (M13).

- *Connaissances insatisfaisantes*

La majorité des médecins considéraient en effet ne pas avoir assez de connaissances dans ce domaine : « *Mal ! Très mal ! J'y connais rien, je comprends rien* » (M7). Ajoutant même : « *Je ne vois pas pourquoi c'est sectorisé, je trouve ça stupide.* » (M7).

Certains médecins nous ont révélé contourner le problème de la sectorisation de leur patient en appelant directement en psychiatrie afin d'être informé :

« *Chercheur : Comment jugeriez-vous votre niveau de connaissance sur les fonctionnements des secteurs psychiatriques ?*

-*C'est toujours l'énigme par rapport aux adressages au niveau hospitalier donc je téléphone et puis si je me suis plantée de secteur, la secrétaire m'oriente gentiment.* » (M5)

C) Ressenti personnel sur leurs connaissances des soins sans consentement

a) Evaluation personnelle de leurs connaissances

- *Connaissances satisfaisantes*

Comme précédemment, seulement trois généralistes estimaient avoir assez de connaissances concernant les soins sans consentement :

« *Concernant les mesures d'hospitalisation en soins sans consentement, comment jugeriez-vous votre niveau ?*

-*Alors là, on est tous formés en général. Pour une raison très simple, c'est que c'est médico-légal.* » (M6).

- *Connaissances insuffisantes*

Le reste des médecins interviewés, à savoir onze, considérait à l'inverse ne pas posséder suffisamment de connaissances sur les SSC : « *j'avoue que je ne suis pas très très au point.* » (M8).

b) Moyens utilisés pour connaître les modalités de soins sans consentement

- *Possession des formulaires*

Cinq médecins ont révélé avoir constamment sur eux les formulaires de certificat en cas de besoin : « *Finally j'ai mes pense-bêtes dans ma sacoche, j'ai mes formulaires tout prêts, comme ça je, je me dis bon ça y est, si j'ai une mesure d'hospitalisation sans consentement à faire ben voilà je fais... je sais à peu près, je sais quelles sont les formules à adopter.* » (M14).

- *Recherche sur internet*

Deux autres médecins avouaient s'aider d'internet quand ils en avaient besoin : « *Heureusement on a internet maintenant, donc on reprend nos formules* » (M12).

- *Sollicite l'aide des psychiatres*

Trois médecins n'hésitaient pas à contacter les psychiatres si nécessité : « *Quand ça arrive, bon on est toujours aidé par les médecins, aidé par les psychiatres qui ... on les contacte et puis souvent on travaille avec eux quand même dans ces cas-là.* » (M3).

- *Appel aux autorités ou au SAMU*

Enfin, deux médecins avouaient appeler les autorités ou le 15 : « *Quand ça arrive, bon on est toujours aidé par les médecins, aidé par les psychiatres qui euh ... on les contacte et puis souvent on travaille avec eux quand même dans ces cas-là.* » (M3).

2. Ressenti personnel concernant leur prise en charge des pathologies psychiatriques

A) Pathologies les plus fréquemment observées

- *Les troubles anxiodépressifs*

Tous les médecins sans exception ont évoqué en premier lieu les troubles anxieux et/ou dépressifs comme pathologies les plus retrouvées en pratique de médecine générale : « *Le plus souvent, les dépressions quand même. L'anxiété et dépression voilà. Les deux plus fréquentes.* » (M9).

- *Les troubles bipolaires*

Trois médecins ont évoqué également les troubles bipolaires : « *Je pense que la bipolarité, on est fort confronté à ça en médecine générale* » (M8).

- *Les troubles psychotiques*

Trois autres ont également cité les troubles psychotiques au sens large du terme, en précisant néanmoins qu'ils restaient tout de même rares : « *Après on voit de tout on voit des schizophrènes, des psychoses hallucinatoires mais c'est rare.* » (M1).

- *Autres*

De façon plus anecdotique, d'autres pathologies ont été citées, comme par exemple les troubles liés à l'alcool (« *Il y a l'alcoolisme aussi* » (M12)), les troubles du comportement alimentaire (« *les troubles alimentaires aussi, anorexie/boulimie* » (M8)) et les phobies scolaires (« *des phobies scolaires chez les enfants* » (M8)).

B) Ressentis positifs sur leur prise en charge

- *Capacités d'écoute et de dialogue avec les patients*

Les médecins M5 et M7 revendiquaient pour leur part une bonne capacité d'écoute et de dialogue avec leurs patients : « *Et puis c'est ma pratique, j'écoute beaucoup ce que les gens me disent, j'aime bien. Ça me permet de les laisser sortir ce qu'il y a à sortir.* » (M7).

- *Relation médecins-patients*

Le médecin M7 insistait également sur l'importance de la relation médecins-patients dans la prise en charge des pathologies psychiatriques : « *Quand ils connaissent un médecin traitant depuis plus de deux ans, ils vont se livrer. Ils voient un médecin depuis la première fois, ils vont garder certaines choses pour eux.* » (M7).

- *Gestion du temps de travail*

Le M7 évoquait également une capacité à gérer la durée de ses consultations, notamment les consultations pour motifs psychiatriques qui peuvent avoir tendance à déborder un peu sur son planning : « *Ce sont des patients qui vont vous prendre du temps. Moi je l'ai intégré dans ma pratique puisque je prends un quart d'heure par patient, que du coup j'ai le temps de déborder un peu si c'est nécessaire, vingt minutes et puis le vaccin derrière il va m'en prendre dix. Et donc j'ai le temps d'écouter les gens.* » (M7).

- *Du fait de son travail en psychiatrie*

Le médecin M13 évoquait un ressenti globalement positif dans sa prise en charge lié en grande partie selon lui à son travail de généraliste dans un service de psychiatrie : « *Et que bon depuis le nombre d'années que je travaille en psychiatrie comme généraliste c'est vrai que ça... ça change le ressenti et la manière d'aborder les gens quoi.* » (M13).

- *Intérêt pour la psychiatrie*

En dernier lieu, les médecins M5 et M7 exprimaient leur intérêt pour les prises en charge de patients souffrant de troubles psychiatriques : « *Je suis attirée par ça donc comme ça m'intéresse.* » (M5) ; « *Je regrette que mes collègues considèrent la psychiatrie comme une perte de temps plus qu'autre chose, parce que c'est essentiel, on est en première ligne, c'est nous que les gens vont voir d'abord et si les gens sont mal reçus ou qu'on leur explique qu'ils n'ont rien, on considère que leur pathologie n'est pas importante.* » (M7)

C) Ressentis négatifs sur leur prise en charge

- *Formation insuffisante*

Quatre médecins estimaient ne pas avoir été suffisamment formé pour prendre en charge correctement les pathologies psychiatriques, que ce soit initialement ou actuellement :

« *Pendant mes études déjà, je ne suis pas passée à l'hôpital psychiatrique [...] ça je pense que ça a dû jouer.* » (M6).

« *Enfin on fait à notre sauce en fin de compte, on n'a aucune formation il faut quand même le dire. En médecine générale, on n'a pas de mise en situation, on n'a rien du tout sur le comment gérer un entretien.* » (M8).

- *Sentiment d'impuissance*

Trois médecins évoquaient pour leur part un sentiment d'impuissance face à la pathologie psychiatrique : « *On est un peu impuissant en général en tant que généraliste [...] ; On est plus dans le soutien, dans l'empathie* » (M8).

- *Affects négatifs envers les patients*

Le médecin M6 disait éprouver une certaine peur envers les patients psychotiques, suite à des menaces reçues après une demande de soins psychiatriques sans consentement : « *J'avais reçu une lettre de menace [...]. Ce sont des gens dangereux* » (M6).

Le M7 rapportait des propos d'autres confrères ayant un point de vue assez négatif sur les patients dépressifs : « *Dans les discussions entre confrères, ils me disent tous que ça les gonfle d'avoir à peine dix minutes pour soigner le cancéreux et puis après ils vont avoir le dépressif qui va les faire chier pendant une demi-heure pour rien.* » (M7).

Le M10 considérait que certains patients simulaient leurs troubles : « *je trouve qu'on voit trop de patients qui ont été mis sous anti-dépresseurs et qui sont donc mis et prolongés, en arrêt par le psychiatre pour syndrome dépressif grave et puis on les voit bien maquillés. Enfin voilà, y a pas de négligences de l'apparence, y a pas d'aboulie. Des fois on a l'impression, je sais pas, qu'ils vont essayer de manipuler le psychiatre pour avoir l'étiquette et l'ALD dépression* » (M10).

- *Peur de se faire manipuler*

Un médecin craignait en effet de se faire manipuler par les patients : « *Enfin je n'ai pas assez de recul par rapport à un psychiatre ou un psychologue où ils mettent quand même suffisamment de barrières. Je pense que moi je suis trop dans l'empathie et du coup je pense qu'il y a des fois où je me fais embarquer et que ... Bon j'ai un peu de recul maintenant mais j'arrive encore un peu à me faire avoir parfois.* » (M8).

- *Sentiment de solitude*

Ce sentiment était ressenti par le médecin M11 : « *C'est vrai qu'on se sent un peu seul parce que pour avoir quelqu'un au bout du fil juste pour un avis, c'est assez difficile. Voilà.* » (M11).

- *Impression que ce ne sont pas toujours de vraies maladies*

Le médecin M9 ressentait en effet que certaines plaintes relevaient plus de problèmes sociaux selon lui : « *une partie de ces problèmes sont des problèmes ... (pousse un soupir) sociaux en fait.* » (M9).

- *Impression que la psychiatrie est une spécialité trop abstraite*

En dernier lieu, on peut rapporter au médecin M3, l'impression que la psychiatrie est une spécialité moins carrée selon ses mots : « *C'est quelque chose d'un petit peu moins carré pour nous que les pathologies somatiques* » (M3).

IV. Qualité de la relation médecins généralistes-psychiatres

Les médecins se sont exprimés sur ce qu'ils pensaient de leur relation avec les psychiatres. Nous allons voir dans un premier temps les éléments de satisfaction, bien que peu nombreux, avant de nous attarder sur les éléments problématiques.

1. Éléments de satisfaction

A) Bonnes relations en général avec les psychiatres

Un seul médecin n'avait aucune critique à formuler à l'encontre de la relation professionnelle avec les psychiatres de son secteur : « *J'ai pas de soucis parce que, depuis que je suis arrivée, j'ai géré mes relations avec les spécialistes de façon claire, directe et y a pas de problèmes.* » (M5).

B) Contact téléphonique en cas de besoin

Les médecins M4 et M5 s'estimaient satisfaits d'être régulièrement rappelé par le psychiatre quand celui-ci exprimait des éléments d'inquiétude à l'égard d'un de leurs patients : « *Quand il y a quelque chose de sérieux, le psychiatre m'appelle.* » (M5), « *Les psychiatres de ville nous rappellent quand même quand il y a un souci, quand il y a une préoccupation importante.* » (M4).

M5 était satisfait également de pouvoir joindre un psychiatre rapidement, dès qu'il en avait besoin : « *Quand j'ai besoin d'avoir un psy, j'appelle. J'en ai toujours un.* » (M5).

C) Amélioration au cours des années

Le médecin M13 considérait de son côté que les échanges avaient favorablement évolué depuis plusieurs années : « *Il y a une amélioration. Il y a 10-15 ans on n'avait pas de courriers de sortie donc les psychiatres ont fait d'énormes progrès* » (M13).

D) Les nouveaux psychiatres envoient plus facilement des courriers

Le médecin M8 exprimait en effet avoir plus de courriers de la part des nouveaux psychiatres : « *Il y a quelques nouveaux psychiatres qui nous envoient des courriers, ce qui est quand même vachement bien* » (M8).

2. Eléments d'insatisfaction

A) Relatifs aux courriers

De nombreuses remarques des généralistes vis-à-vis de la qualité de la relation avec leurs confrères psychiatres concernaient les courriers.

- *Manque de courriers*

Une part conséquente des médecins interviewés se plaignaient d'un manque général de courriers de la part des psychiatres : « *Je ne comprends pas pourquoi vous êtes la seule spécialité à ne pas nous envoyer de courrier.* » (M1) ; « *J'ai jamais eu de médecin-psychiatres qui m'envoient des courriers sauf si c'est grave et qu'il y a une hospitalisation derrière* » (M12).

Certains médecins ont plus particulièrement précisé dans leurs entretiens, le manque de courrier de sortie après l'hospitalisation d'un patient : « *On n'a pas beaucoup de lettre de sortie quoi.* » (M1).

- *Courriers incomplets*

Certains soulignaient le fait que les courriers n'étaient pas assez détaillés : « *On dirait que les vrais mots ne sont jamais marqués dans les courriers* » (M1).

En particulier, concernant les diagnostics qui ne seraient pas toujours rédigés dans les courriers : « *Moi je connais même des cas où on a du mal à connaître le diagnostic. [...] Moi je suis des patients parfois, je veux renouveler le traitement de patients, je n'ai pas le diagnostic.* » (M3).

Le médecin M3 évoquait une différence notable avec les courriers d'une autre spécialité : « *Je compare toujours avec la cardiologie où on a des ... La cardiologie on a des courriers qui sont extrêmement détaillés* » (M3).

Enfin, deux médecins regrettaient que les courriers ne soient pas plus exhaustifs car cela les empêchait de remplir convenablement les demandes d'affection longue durée (ALD) : « *C'est bien d'avoir des courriers, aussi pour prendre en charge en affection longue durée parce que normalement c'est nous les médecins généralistes qui faisons le dossier ALD, donc on a besoin de ce courrier.* » (M12).

- *Délai de réception des courriers*

En plus du manque de courriers ou de leur contenu parfois insuffisant, l'autre reproche était le délai tardif de réception des courriers : « *Souvent on reçoit les courriers trois semaines après.* » (M11).

- *Manque de réponse aux courriers*

En dernier lieu, il convient de citer le médecin M4 qui déplorait de ne jamais avoir de réponses des psychiatres à ses courriers : « *Moi je suis habitué à faire des courriers où il y a absolument tout, de l'histoire de la maladie aux antécédents familiaux aux allergies à tout, je n'ai jamais eu aucune réponse de personne. Enfin c'est très rare, deux consultations sur cent à peu près, pas de réponse.* » (M4).

B) Manque de communication global

Plusieurs médecins interviewés se plaignaient d'un manque de communication général entre eux et la psychiatrie de secteur : « *Il y a une incommunicabilité et une non-communication totale entre les secteurs et nous.* » (M4) ; « *Le lien ville/hôpital que ce soit en psychiatrie ou ailleurs, oui c'est ça, c'est un manque de communication* » (M11).

C) Impression d'être exclus de la prise en charge

Ce manque de courriers et de communication semblait créer chez un certain nombre de médecins, l'impression d'un manque de relais et d'être ainsi mis à l'écart du suivi psychiatrique de leurs patients : « *Parce que souvent [...] on remarque qu'ils sont « squeezés » du circuit du médecin généraliste. On découvre après qu'ils sont par exemple pris en charge par le centre d'addicto, on n'a jamais su qu'ils prenaient [...] de la métha ou un traitement similaire ou qu'ils ont un traitement psychologique qu'ils nous ont toujours caché et donc c'est un peu gênant et limite qu'il y ait peut-être un relais plus net quoi.* » (M13).

D) Méconnaissance des psychiatres

La complexité et le manque de connaissance des secteurs étaient tels pour certains médecins interviewés qu'ils ignoraient alors quel psychiatre pourrait suivre leurs patients : « *C'est sectorisé mais aucune idée de comment ça fonctionne en fait. Quand on adresse un patient au CMP, on ne sait jamais qui va le suivre en fin de compte puisque c'est en fonction de leur lieu d'habitation.* » (M8).

E) Pas toujours de suivis après une consultation aux urgences psychiatriques

Le médecin M5 regrettait en effet qu'il n'y ait pas toujours de suite donnée à une consultation aux urgences psychiatriques : « *Je les envoie avec un petit mot, une lettre, directement à l'hôpital en leur demandant de demander à voir le psychiatre de garde. Ça, c'est arrivé deux-trois fois mais bon, malheureusement ça ne débouche pas toujours sur quelque chose.* » (M5).

F) Consultations psychiatriques libérales trop axées sur les traitements

Le médecin M8 faisait également le constat que les suivis en psychiatrie de ville étaient trop courts et principalement centré sur les molécules : « *C'est pas toujours l'idéal non plus la façon dont ils sont pris en charge les patients, enfin je trouve quoi, c'est beaucoup de thérapeutique et finalement un entretien qui ne dure pas très longtemps. Enfin le recul que j'ai moi des patients, c'est que ça dure un quart d'heure une consult chez un psy en ville et il renouvelle une ordonnance, bon. Donc bon enfin après, ils finissent aussi par abandonner le suivi parce qu'ils n'y trouvent pas leur compte quoi.* » (M8).

Il l'expliquait ensuite par le probable manque de temps des psychiatres libéraux : « *Ils sont débordés en fait, le peu de psy qui s'installent en ville sont accessibles au départ, je pense qu'ils font leur boulot correctement au départ et après ils sont vite débordés et je pense que ça nuit à la qualité du travail quoi.* » (M8).

V. Difficultés

Plusieurs difficultés ont été répertoriées en étudiant l'interface entre médecine générale et psychiatrie. Nous les avons classifiées en deux catégories : les difficultés liées à l'orientation et celles liées directement à la prise en charge des médecins.

1. Difficultés concernant l'adressage en psychiatrie

A) Liées aux délais

Pour une grande majorité des médecins interviewés, l'une des principales difficultés résidait dans les délais de prise en charge de leurs patients en psychiatrie : « *Les délais c'est une difficulté majeure.* » (M6) ; « *Le plus dur, franchement, le plus dur de tout c'est le délai.* » (M12).

Sept médecins les estimaient à plus d'un mois, que ce soit dans le privé ou dans le public : « *[Au CMP] il y a au moins un mois d'attente. [...] Les psys en ville, il n'y en a pas beaucoup. Enfin c'est le même délai d'attente.* » (M8).

Trois autres médecins les trouvaient cependant plus longs dans le public que dans le privé :

« *Alors les rendez-vous CMP, ils sont bien à 3 mois-là. Mais pas en libéral.*

-*Chercheur : C'est plus court en libéral ?*

-*Oui.* » (M10).

Pour certains médecins, l'avantage de connaître des psychiatres leur permet de raccourcir ces délais : « *Je dirai que j'ai l'avantage de connaître les psychiatres donc quand je téléphone on me prend mes patients assez vite.* » (M13).

Pour d'autres, le fait de joindre directement un psychiatre par téléphone permet également de réduire ce temps d'attente :

« *Ou alors il faut vraiment que je décroche mon téléphone et que je fasse du charme à la secrétaire.*

-*Chercheur : Vous arrivez à avoir des rendez-vous plus vite parfois en téléphonant comme ça ?*

-*Ben oui, et oui avec tous les spécialistes on est obligés de faire ça.* » (M14).

Un seul médecin a évoqué ceux de pédopsychiatrie :

« Les avis psychiatriques à six mois quand j'en ai besoin maintenant c'est un peu difficile quoi.

-Chercheur : Alors, c'est où qu'il y a des délais de 6 mois ?

-Bah à Saint-Quentin en pédopsychiatrie. Oui en pédopsychiatrie à Saint-Quentin si on veut quelque chose c'est les urgences, euh voilà. » (M8).

B) Liées aux patients

Un médecin soulignait la demande croissante de soins psychiatriques. « On a beaucoup de patients demandeurs. » (M10)), d'autres se heurtaient à des obstacles liés au patient lui-même :

- *Refus*

Le refus était une difficulté importante pour de nombreux médecins : « Le refus du patient, bien entendu, c'est le frein majeur. C'est le refus du patient qui... qui renâcle, qui refuse, qui a peur, qui n'accepte pas. » (M14).

Ce refus était en effet principalement lié, pour les médecins, à une peur de la psychiatrie (« La psychiatrie c'est encore quelque chose qui fait peur. » (M7)) ou des traitements (« Il peut y avoir la crainte d'avoir des médicaments qui vont les assommer, ils ont peur de ce qu'on va leur donner » (M7)).

Pour le médecin M7, cette peur de la psychiatrie se rencontrait en particulier dans une certaine catégorie de la population : « notamment dans la population immigrée [...] adresser à un psy ils vont me dire « je suis pas fou ». Ça c'est quelque chose qui revient régulièrement. Il peut y avoir une crainte d'aller voir le psychiatre et d'être considéré comme fou. » (M7).

Enfin, le refus pouvait être directement corrélé à ses troubles psychiatriques : « Ensuite on a, ça vous le savez mieux que moi, on a des patients qui délirent manifestement et qui ne sont pas du tout persuadés de délirer. Donc ça c'est peut-être le plus compliqué. » (M9).

- *Sectorisation difficile à comprendre pour les patients*

Pour M7, la difficulté pour orienter un patient pouvait également venir de la complexité des secteurs : « Ils ont beaucoup de mal à comprendre l'histoire de la sectorisation. » (M7).

- *Incapacités de se déplacer*

Le médecin M12 avançait la difficulté, pour certains patients vivant en milieu rural, de se déplacer : « *Mais en fonction aussi de la personne parce qu'il y a des gens qui ne veulent pas trop bouger en rural comme ça. Ils ont peur de bouger, ils aiment pas beaucoup se déplacer, c'est pas si simple.* » (M12).

- *Difficultés financières*

L'une des difficultés que pouvait rencontrer le médecin M10 au moment de proposer un suivi psychiatrique en libéral à ses patients était leur situation financière : « *En fait ici, c'est ... C'est pauvre. Donc les psychologues et psychiatres en libéral, les gens bah nous disent « on n'a pas de sous. Pas d'argent ».* » (M10).

C) Liées aux psychiatres

- *Difficulté à joindre les psychiatres*

Pour quatre médecins, il est très difficile de joindre directement un psychiatre : « *Je regrette quelquefois de ne jamais pouvoir, enfin pratiquement jamais, même en privé, de ne jamais pouvoir téléphoner directement aux psychiatres. C'est très difficile.* » (M12).

Le médecin M7 limitait cependant cette critique aux seuls psychiatres du public : « *On peut pas les avoir en ligne. J'ai essayé plusieurs fois par téléphone de leur parler pour leur donner mon sentiment sur tel patient c'est impossible de les joindre ! Alors que les collègues de ville, je les ai au téléphone tout de suite.* » (M7).

Le médecin M12 expliquait cette difficulté par l'incompatibilité des horaires entre médecins généralistes et psychiatres : « *Et puis ça retombe pas toujours bien avec les heures aussi. [...] en médecine générale on a des tranches horaires quelquefois le soir mais qui ne conviennent pas aux spécialistes que ce soit psychiatrie ou autre.* » (M12).

- *Manque de psychiatres*

Au moment d'orienter des patients, certains médecins pouvaient se heurter au manque de psychiatres disponibles : « *Nous manquons de psychiatres, bien sûr. Donc les patients qui nous posent problème, quand on les adresse, on a beaucoup de difficultés pour obtenir un rendez-vous.* » (M5).

- *Connaissance limitée des psychiatres*

Pour le médecin M11, savoir vers quel psychiatre orienter un patient imposait de les connaître, ce qui n'était pas le cas pour lui : « *Chaque patient a une attente différente. Là c'est vrai qu'on n'a pas beaucoup le choix parmi les psychiatres mais il y en a qui sont plus à l'aise avec des gens qui parlent beaucoup, des gens plus fermes et cetera. Donc là je connais pas encore tous les intervenants donc ça c'est une difficulté : vers qui orienter ?* » (M11).

D) Liées au manque de place

Le médecin M10 disait rencontrer cette difficulté quand il voulait adresser un patient en psychiatrie, sans plus de précisions :

« *Chercheur : Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer quand vous voulez adresser un patient en psychiatrie ?*

-Le manque de place. » (M10).

Un seul médecin limitait ce grief à la clinique privée : « *Pour ce qui est de la ville, la clinique Sainte Monique c'est le manque de place. » (M1).*

E) Liées aux choix thérapeutiques

Pour un médecin, la difficulté pouvait résider dans le choix de la thérapie : « *la difficulté de passer le relais à des gens à qui on pense ... chez lesquels on pense qu'il y a une thérapie spécifique, une TCC ou des choses comme ça, sont nécessaires quoi. » (M13).*

2. Difficultés rencontrées dans leurs prises en charge

A) Liées aux pathologies

a) Difficultés diagnostiques

Certains revendiquaient des difficultés à poser le diagnostic : « *On fait pas le diagnostic parce que nous on ne les voit pas pendant les bons moments effectivement. » (M8).*

b) Types de pathologies

En effet, plusieurs médecins s'estimaient en difficulté avec certaines maladies, troubles ou prises en charge spécifiques :

- *Phobies* : « *Quand il y a vraiment des phobies par exemple c'est assez difficile quoi.* » (M8)
- *Surmédication* : « *Ceux qui se surmédiquent.* » (M10).
- *Sevrages* : « *On est vachement en difficultés c'est sur les sevrages.* » (M10).
- *Troubles de personnalité* : « *tout ce qui va toucher aux troubles de la personnalité* » (M14).
- *Schizophrénie* : « *Tout ce qui va toucher [...] aux schizophrénies, les choses comme ça. Je me sens beaucoup plus démunie.* » (M14).
- *Troubles somatoformes* : « *J'en ai eu, des gens qui sont dépressifs et qui vont somatiser donc ils vont venir vous voir pour tout à fait autre chose. Si vous creusez un peu c'est une dépression. Mais leur faire admettre qu'ils sont dépressifs, soit pour une histoire familiale parce qu'on n'est pas dépressifs dans la famille soit par vue personnelle, ils n'arriveront pas à l'admettre.* » (M8).
- *Reconnaissance de maladies* : « *L'autre difficulté que j'ai c'est que certains patients ont besoin d'être malade, et ça ce sont des gens que vous arriverez jamais à guérir.* » (M8)
- *Crainte de passer à côté d'une pathologie somatique* : « *Nous déjà, on a un rôle de somaticiens, faut déjà pas passer à côté du somatique.* » (M3)

c) **Durée de la pathologie**

Le médecin M7 éprouvait des difficultés en lien avec la durée des troubles : « *Les difficultés résident dans la durée de la pathologie. C'est une pathologie longue.* » (M7). Et de préciser : « *C'est très difficile de faire comprendre aux gens qu'on en sort, qu'on en guérit et qu'il faut prendre le traitement le temps nécessaire.* » (M7).

B) **Liées aux traitements**

- *Connaissance insuffisante des traitements*

Trois médecins ont évoqué ne pas avoir suffisamment de connaissances sur les traitements pour en instaurer : « *je suis assez limité pour voir quand est-ce qu'on instaure un traitement par exemple.* » (M11).

- *Difficulté à renouveler certains traitements*

Le médecin M1 pointait du doigt certaines prescriptions médicales, notamment les poly-prescriptions de neuroleptiques chez un même patient : « *il y a des choses qui me passent au-dessus de la tête autrement c'est associer trois quatre neuroleptiques* » (M1).

Il ajoutait également que la sécurité sociale l'empêchait de renouveler de telles ordonnances : « *nous on comprend plus très bien, là on a un peu peur, surtout que la sécu vient nous voir derrière en disant faut pas en donner plus d'un à la fois* » (M1).

- *Difficulté pour choisir le bon anti-dépresseur*

Un médecin évoquait des difficultés dans le choix du meilleur anti-dépresseur en fonction des patients : « *Je sais que les médicaments antidépresseurs [...] ont évolué. Donc lequel choisir ? C'est pas toujours évident en fonction de si la personne est trop fatiguée ou bien trop énervée voilà.*

- *Crainte de la réaction du psychiatre*

Le médecin M6 avançait une certaine réticence à prescrire, par anticipation de la réaction du psychiatre : « *Si j'ai commencé un traitement, ça c'est vrai pour n'importe quel*

spécialiste : « *qu'est-ce que le spécialiste va penser de ce que j'ai mis comme traitement ?* ». (M6).

C) Liées au temps

Les problèmes liés au manque de temps revenaient régulièrement dans les entretiens. Le médecin M7 résumait ainsi la situation : « *Les pathologies psychiatriques sont chronophages. [...] Et puis on a une charge administrative de plus en plus importante ce qui fait qu'on a moins de temps pour examiner les gens et les écouter et ça bouffe du temps médical.* » (M7).

Le médecin M4 reprochait également le manque de valorisation de ses actes : « *Et puis après certainement revaloriser un peu les actes. C'est vrai que bon ... Si on passe une heure à voir un patient, sur 23 euros [...] c'est un peu pénalisant à mon avis.* » (M4).

D) Liées à l'administration

Pour revenir sur les charges administratives, certains médecins ont évoqué leurs relations avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Le médecin M1 expliquait ainsi : « *Je pense que les psychiatres ne se rendent pas toujours compte que l'on a une pression de la sécu, qu'en milieu hospitaliser vous n'avez pas.* » (M1).

Comme nous l'avons vu précédemment, un médecin adressait en psychiatrie pour justifier auprès de la sécurité sociale les arrêts de travail pour cause de dépression : « *Après, maintenant, j'ai des soucis avec la sécurité sociale. Donc quelqu'un qui est profondément déprimé ne peut pas travailler. Quand la personne est en arrêt de travail depuis plusieurs mois, vous avez une convocation sécu.* » (M5).

3. Pas de difficultés

Un seul médecin estimait ne pas avoir de difficultés particulières : « *Non, je ne vois pas. Je ne vois pas de difficultés.* » (M2).

VI. Solutions

Afin de réfléchir au mieux à des pistes d'amélioration des pratiques, notre questionnaire sondait les médecins sur leur intérêt envers une formation à propos des pathologies, du

fonctionnement des secteurs ou des soins sans consentements. La question de la forme idéale de ces cours ainsi que les éventuels freins pouvant les limiter leur était ensuite posée.

En vue d'améliorer les échanges entre praticiens, nous nous sommes enquis de savoir quel était le moyen qu'ils préféreraient pour communiquer avec les psychiatres de leurs patients et à quelle fréquence.

Enfin, en dernier lieu, nous posons la question plus large de ce qu'ils aimeraient voir améliorés.

1. Intérêt d'une formation ?

A) Médecins favorables

Sur les quatorze médecins interviewés, dix se disaient en faveur d'une formation à l'attention des médecins généralistes : « *C'est nécessaire. Moi je pense que c'est nécessaire pour nous tous.* » (M7).

Le médecin M13 regrettait qu'il y ait moins de formations et de présentations des nouvelles molécules qu'auparavant : « *Nos formations c'était essentiellement de la relation avec les labos qui invitaient un psychiatre. Actuellement vu les restrictions on n'en a quasiment plus. J'ai pas eu de trucs sur la psychiatrie depuis ... 3 ans en formation continue* » (M13).

B) Médecins non intéressés

Cependant les quatre autres médecins, sans y être opposés pour leurs confrères (« *ça peut être intéressant pour les jeunes médecins qui sont intéressés.* » (M5)), estimaient ne pas en avoir besoin : « *Moi maintenant ça ne me concerne plus. J'ai fait ma carrière* » (M2).

2. Types de formations

A) Formations théoriques magistrales

Les cours classiques théoriques étaient plébiscités à la quasi-unanimité : « *Les EPU classiques, ça peut être intéressant avec des psychiatres, sur les différentes pathologies.* » (M3) ; « *Il faudra que ce soit sous la forme d'une réunion ou d'un buffet dinatoire ou un truc comme ça quoi, réunissant un certain nombre de médecin et en faisant une espèce de cours, un Powerpoint ou un truc comme ça* » (M1).

Un seul médecin a proposé comme idée, la visite des services de psychiatrie de Saint-Quentin : « *Aller un peu dans les services quand même pour voir un petit peu comment ça se passe ... de temps en temps.* » (M4).

Un seul médecin se montrait réticent aux jeux de rôle : « *On va pas s'amuser à faire des jeux de rôle sur une soirée.* » (M1)

B) A intégrer aux formations déjà existantes

Pour certains médecins, il faut intégrer ces cours aux formations déjà existantes : « *Il faut intégrer ça dans les formations qui existent type FMC action, toutes les formations qu'on a nous comme médecins [...] Je pense que c'est la meilleure formule. Parce qu'on a l'habitude de fonctionner comme ça, faut travailler avec ce qui marche et les médecins s'inscrivent dans ces trucs-là.* » (M7).

C) Formations locales

Cinq médecins étaient favorables à des formations locales car elles permettraient d'une part de se focaliser sur les fonctionnements du secteur (« *Il faut vraiment le faire dans notre milieu avec les intervenants du milieu parce que les fonctionnements ne sont pas vraiment les mêmes.* » (M11)) et d'autre part de créer ou renforcer des relations entre généralistes et psychiatres du Saint-Quentinois (« *Je trouve que c'est bien parce que c'est bien de pouvoir rencontrer les gens et mettre un nom en relation avec un visage et puis pouvoir se connaître [...] C'est vrai que quand on connaît les gens on a plus facilement tendance à aller vers eux* » (M6)).

D) Echanges de pratiques

Trois médecins se montraient également intéressés pour des réunions entre professionnels du secteur afin d'échanger sur les pratiques : « *Quelque chose d'assez ouvert quoi, avec eux quoi, pour qu'ils répondent à nos questions sur les prises en charge justement.* » (M3).

E) Financement

Au sujet de ces formations, la question du financement revenait souvent. Si une grande majorité des médecins était intéressée pour mettre à jour leurs connaissances psychiatriques, ils exigeaient néanmoins en contrepartie que ces formations soient gratuites (« *[...] Des formations gratuites qui se font sur une journée, sur deux journées.* » (M7)), payées par un laboratoire

(« [...] Avec un labo qui paie quoi. » (M12)) ou indemnisées (« Qui pourraient être indemnisées d'ailleurs » (M3)).

F) Organisation

Concernant la durée des formations, la grande majorité des médecins privilégiaient les demandes de formations courtes, par exemple en soirée (« Il faut que ce soit ponctuel en soirée. » (M14)).

3. Freins potentiels

A) Manque de temps

Pour cinq médecins généralistes, la principale difficulté résidait dans le manque de temps à consacrer à ces formations : « Ça bouffe du temps et les médecins ont peu de temps » (M7).

B) Incompatibilité des horaires

Dans le même ordre d'idées, trois médecins généralistes indiquaient qu'il fallait tenir compte de leurs horaires de travail avant d'organiser des formations : « Les formations qu'on nous propose à 14h l'après-midi, bon pour nous généralistes c'est de l'utopie. » (M13) ;

C) Manque d'intérêt

Pour trois médecins, les freins pourraient être imputables au fait que certains généralistes n'ont pas d'inclinaisons vis-à-vis de la psychiatrie : « Le mauvais regard qu'a la médecine générale sur la psychiatrie. Ils considèrent que ce n'est pas leur affaire pour certains. » (M7).

D) Distance géographique

Selon les médecins M6 et M12, il fallait prendre en compte la distance pour se rendre à ces formations : « Si on me le propose j'y vais. [...] à condition que ce ne soit pas très loin quoi. » (M6).

E) Réussir à faire venir les psychiatres

Enfin, pour le médecin M8, l'une des difficultés était de faire venir les psychiatres : « *Et puis aussi les participants, enfin les enseignants. C'est pas simple de faire bouger les psys aussi. Enfin moi je fais partie d'un groupe de formation mais on a du mal à faire venir des psychiatres.* » (M8).

4. Moyens désirés de communication avec les psychiatres

A) Courriers

Le moyen préféré pour communiquer avec les psychiatres restait le courrier pour une grande majorité de médecins : « *Le courrier [...] me suffit comme ça se fait actuellement.* » (M2).

B) Téléphone

Les appels téléphoniques étaient également plébiscités par la moitié des médecins interviewés : « *ça peut être aussi de temps en temps, ça peut être aussi téléphonique.* » (M3).

Le médecin M9 proposait également le SMS comme moyen d'échange : « *Ou par SMS* » (M9).

C) Mails

Quatre médecins regrettaient l'absence de boîtes mails sécurisées (type Apicrypt) à l'hôpital, qui étaient pour eux un moyen efficace et avantageux de communiquer : « *Alors ce que je regrette infiniment mais ça vaut pas seulement pour la psychiatrie, c'est que l'hôpital n'est toujours pas passé à la messagerie cryptée [...] alors que tous les autres m'envoient sur Apicrypt, j'ai la lettre dans la journée quasiment et donc je l'ai avant de revoir le patient.* » (M7).

D) Aucun

Le médecin M5 estimait qu'il n'avait pas besoin de communiquer avec les psychiatres : « *J'ai pas forcément besoin de communiquer avec le psychiatre. Je fais mon travail, le psychiatre fait son travail et tout le monde est content.* » (M5).

5. Fréquence désirée de communication

A) A chaque élément nouveau

Cette proposition est celle qui est revenue le plus fréquemment. Six médecins considéraient qu'il était plus judicieux que le psychiatre leur communique des informations quand un élément nouveau et important se manifestait dans le suivi, comme par exemple un changement de traitement : « *Je pense que c'est pas obligatoire à chaque consultation mais de temps en temps et là encore il faut être assez pragmatique, parce que je pense que lorsqu'il y a des faits nouveaux [...] un petit courrier. S'il y a un changement de traitement.* » (M3)

B) A la première consultation

Quatre médecins souhaitaient recevoir un courrier lors de la première consultation psychiatrique : « *Bah déjà à la première consult, enfin [...] son premier avis. Enfin quand j'ai adressé, qu'il réponde.* » (M10).

Le médecin M6 rajoutait également à la fin du suivi : « *Au moins au début de la relation et puis quand c'est, quand ça va mieux que qu'ils cessent le suivi ça sera déjà pas mal.* » (M6).

C) Au décours d'hospitalisation

Trois autres médecins désiraient également recevoir des nouvelles de leur patient lors d'une admission ou d'une sortie d'hospitalisation : « *Moi je pense que les hospitalisations, ça doit être impératif que ce soit en psychiatrie ou ailleurs mais surtout en psychiatrie. Donc « votre patient soit est rentré soit est sorti » parce que parfois on le sait pas du tout et ils ne nous le disent pas du tout.* » (M11).

D) Deux-trois fois par an

Les médecins M7 et M14 donnait une fréquence assez précise : « *Deux-trois fois par an peut-être pas plus que ça.* » (M7).

E) Une fois par mois pour les cas compliqués

Le médecin M4 jugeait en effet nécessaire de communiquer de façon plus rapprochée pour les cas complexes : « *Faut que ça soit au moins une fois par mois. Pour des gens qui sont suivis*

lourdement, qu'on ait un petit mot quand même, une mise à jour, voir où on en est, qu'on dise la même chose quoi, dans le même sens, quand on a quelque chose à dire. » (M4).

F) Quand le psychiatre le juge nécessaire

Le médecin M11 s'en remettait à l'appréciation des psychiatres : *« quand le psychiatre le juge utile » (M11).*

6. Pistes d'améliorations proposées par les généralistes

A) Concernant les échanges entre médecins

Ce que les médecins interviewés souhaitaient en effet le plus était l'amélioration des échanges : *« j'aimerais beaucoup qu'on ait un meilleur contact avec les hospitaliers. [...] La relation ville/hôpital particulièrement en psychiatrie elle est pas bonne. Ça c'est à améliorer. » (M7).*

- *Recevoir plus de courriers*

La demande qui revenait le plus concernant les échanges entre médecins était en effet de recevoir plus de courriers de la part des psychiatres : *« Qu'on ait des comptes-rendus en fait, des psychiatres [...] parce qu'on n'en a pas. » (M10).*

- *Appel téléphonique en attente du courrier*

Le médecin M11 proposait que les psychiatres puissent l'appeler pour le prévenir par exemple des sorties d'hospitalisation de ces patients en attendant la réception du compte-rendu : *« souvent on reçoit les courriers trois semaines après. Donc est-ce que voilà... C'est vrai qu'un coup de fil ce serait super sympa pas forcément ... Dire voilà « votre patient est sorti » « Il est sorti avec ça » » (M11).*

Il ajoutait également vouloir être prévenu lorsque ses patients étaient vus sur l'unité d'accueil des urgences : *« Et aussi pour dire « j'ai accueilli aux urgences ou en hospitalisation tel patient, je vous en informe ». Le téléphone je pense que c'est le mieux. » (M11).*

- *Mise en place d'un numéro de téléphone pour avis*

Le médecin M13 expliquait en effet souhaiter la mise en place d'une ligne téléphonique à destination des médecins libéraux pour recueillir un avis psychiatrique en cas de nécessité : *« un numéro de téléphone d'appel unique un peu comme font les neuros quoi, où on puisse avoir un avis pas obligatoirement du psychiatre en première intention mais tout au moins de quelqu'un qui puisse dire « voilà », qui puisse faire un tri rapide. L'infirmière psy qui fasse le tri, qui éventuellement passe le relais au psychiatre si elle sent que c'est indispensable » (M13).*

B) Impliquer le médecin traitant dans la prise en charge

Certains médecins déploraient en effet d'être un peu mis à l'écart des suivis psychiatriques de leurs patients. Les médecins M11, M12 et M13 avaient de ce fait émis l'idée que le psychiatre réadresse les patients plus fréquemment vers leurs généralistes : *« [...] qu'on pense à nous les réadresser en ville pour qu'on voit l'état dans lequel ils sortent, pour être capable d'apprécier l'évolution. » (M13).*

C) Impliquer les psychiatres

- *Meilleure disponibilité des psychiatres*

Les médecins M5 et M8 réclamaient que les psychiatres soient plus disponibles en cas d'urgences : *« Je demande qu'il soit disponible au moment où j'ai un besoin urgent de lui pour m'aider » (M5).*

- *Meilleure implication dans les demandes d'ALD*

En effet, le médecin M1 regrettait le manque de courrier pour des demandes d'ALD : *« Les psychiatres n'aiment pas écrire apparemment et on ne sait jamais ce qui... je vois rarement passer un courrier notamment pour faire passer les gens à 100%, après en ALD. » (M1).*

- *Meilleure implication dans les formations*

Un médecin, qui organisait des formations sur Saint-Quentin, souhaitait en effet que les psychiatres s'investissent plus dans ce domaine : *« Je m'occupe d'une association de médecins à Saint Quentin, on est une vingtaine, on travaille une fois par mois depuis 32 ans, 11 fois par an, 11 EPU. Donc je pense qu'il faut qu'ils acceptent de venir. » (M4).*

D) Concernant les secteurs psychiatriques

- *Plus de psychiatres*

Les médecins M4 et M8 souhaitaient en effet que le nombre de psychiatres exerçant sur le Saint-Quentinois soit plus important : « *Il faudrait qu'il y en ait plus, tout simplement, ce serait plus simple* » (M8).

- *Améliorer les informations concernant la sectorisation*

Le médecin M7 désirait en effet avoir plus d'informations sur les secteurs et l'adressage en psychiatrie : « *J'aimerais beaucoup [...] qu'on connaisse cette histoire de sectorisation, qu'on sache comment leur adresser du monde.* » (M7).

- *Site internet pour connaître la sectorisation*

Le médecin M13 proposait par exemple la création d'un site internet à destination des médecins généralistes pour connaître rapidement le secteur de leurs patients : « *Que les médecins aient à leur disposition, sur un site dédié ou un truc comme ça, au moins la sectorisation. Ça serait peut-être une idée ça d'avoir la sectorisation, c'est-à-dire qu'on tape le nom et l'adresse et qu'on l'ait automatiquement.* » (M13).

E) Améliorer les délais

Bien que la quasi-unanimité des médecins déplorait les délais parfois longs en psychiatrie, un seul a demandé ouvertement que ceux-ci soient réduits :

« *Chercheur : Qu'aimeriez-vous voir améliorer dans les liens entre médecine de ville et psychiatrie ?*

-Ah bah, les délais » (M9).

F) Communiquer autour de la bipolarité

Le médecin M8 s'inquiétait de l'évolution des troubles bipolaires dans sa pratique et proposait que cette pathologie fasse l'objet d'informations plus conséquentes, notamment auprès des populations jeunes : « *Je trouve qu'on devrait beaucoup plus communiquer sur la*

bipolarité auprès des jeunes, parce que je vois de plus en plus de bipolaires chez les jeunes. Je trouve que c'est une pathologie qui se développe et je ne sais pas pourquoi » (M8).

G) Pas besoin d'améliorations

Pour terminer, trois médecins estimaient pour leur part qu'il n'y avait pas besoin d'améliorations : « *Non je trouve que le système est parfait » (M2).*

Discussion

I. Forces et faiblesses de l'étude

1. Forces de l'étude

La méthode la plus adaptée pour mener cette étude était l'analyse qualitative.

Pour obtenir un échantillon suffisamment hétérogène et représentatif, le recrutement avait été effectuée de manière raisonnée au regard des caractéristiques sociodémographiques des sujets interviewés.

Nous rappelons également que les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, soit quatorze entretiens au total.

Enfin, les phases de codage ont été réalisées par deux chercheurs différents afin de permettre une triangulation des données et d'augmenter une conséquence la validité interne de l'étude.

Une autre force de cette étude concerne le territoire étudié. En effet, les zones d'installation des médecins interviewés et les services de psychiatrie de Saint-Quentin étaient des lieux bien connus du chercheur pour y avoir travaillé à plusieurs reprises au cours de son internat. Le fonctionnement de ces secteurs lui était également familier.

2. Faiblesses de l'étude

On peut s'interroger sur l'existence d'un biais d'échantillonnage concernant le recrutement des médecins. Etant donné qu'ils étaient informés par téléphone du sujet de l'étude avant de donner leur accord, certains ont pu refuser par manque d'intérêt pour la psychiatrie. Leurs avis auraient pu être alors très différents de ceux des médecins qui ont été interviewés. Cependant, pour pallier à ce biais, nous rappelons que le recrutement avait été effectué de manière raisonnée afin d'obtenir un groupe en variation maximale et une hétérogénéité suffisante. Sur le critère de l'âge en revanche, il a été compliqué d'obtenir l'hétérogénéité au vu du faible nombre de médecins âgés de 30 à 50 ans dans les secteurs de Saint-Quentin.

On peut également reprocher le manque d'expérience du chercheur pour mener une étude qualitative. Cette faiblesse a été cependant amoindrie par la lecture d'articles, d'autres thèses qualitatives ou la sollicitation de personnes ressources habituées à ce genre d'étude. Des entretiens tests avaient également été réalisés au préalable afin d'acquérir une expérience suffisante.

Nous avons choisi de privilégier les ressentis et propos des médecins généralistes en occultant volontairement le point de vue des psychiatres car nous partions du postulat que le médecin généraliste est un acteur majeur des soins primaires. Cependant, il serait intéressant de se pencher ultérieurement sur le point de vue des psychiatres afin de compléter cette étude.

II. Principaux résultats

1. Etat des lieux de la psychiatrie en soins primaires dans le secteur de Saint-Quentin

Nous avons décidé dans un premier temps, de faire un état des lieux général des soins primaires psychiatriques dans le secteur de Saint-Quentin. Dessiner ainsi l'ensemble des interactions entre d'une part, le médecin généraliste, et d'autre part, le psychiatre, nous permettra ainsi de mieux cerner les difficultés et de proposer des solutions en conséquence.

A) Au sujet des pathologies les plus fréquentes en médecine générale

Les médecins généralistes interviewés évoquaient les syndromes dépressifs et anxieux comme les deux types de troubles psychiatriques les plus vus en consultation. Cela confirme les données avancées par la littérature, comme nous l'avons vu en introduction, et qui plaçaient également les pathologies anxiodépressives en première ligne des consultations à motif psychiatriques en médecine de ville (12,13,32).

On peut en revanche s'étonner de l'absence d'évocation des troubles psychiques chez le sujet âgé, alors qu'à l'inverse, quelques médecins faisaient référence à la pédopsychiatrie. Cela est d'autant plus surprenant que le vieillissement de la population Axonaise est une réalité :

dans un rapport du conseil départemental de l'Aisne, la population de plus de 65 ans représentait 16,36% en 2007 et des projections l'estiment à 26,28% en 2040 (33).

Dans le même registre, un seul médecin évoquait les troubles liés à l'alcool et un autre faisait référence aux traitements substitutifs. Pour rappel, les consommateurs quotidiens d'alcool représentent 9% et les usagers à risque chronique ou de dépendance (Consommation de plus de 21 verres par semaine pour les hommes, de plus de 14 verres par semaine pour les femmes, ou consommation d'au moins 6 verres en une occasion au moins une fois par semaine) représentent 6,9% de la population Picarde (34).

B) Au sujet des lieux d'orientation

Notre étude a révélé que parmi les médecins interviewés, la plupart orientaient en priorité vers le centre hospitalier de Saint-Quentin que ce soit vers les urgences ou vers le CMP.

Concernant les urgences, il semble que les médecins généralistes soient informés de la présence d'un psychiatre d'astreinte en journée et de garde la nuit.

L'adressage vers les psychiatres de ville était tout de même bien représenté. Six médecins adressaient prioritairement en consultation libérale car cela avait pour eux l'avantage de présenter des délais un peu plus courts que dans le public.

C) Au sujet des motifs d'orientation

Les motifs d'adressage en psychiatrie étaient très divers et variés. On pourrait cependant résumer que les médecins généralistes interviewés n'adressaient que rarement en premier recours quand ils sont face à des demandes de prises en charge psychiatriques et ne le font que lorsqu'ils se retrouvent en difficulté (par exemple face à un patient psychotique ou une dépression résistante).

L'étude ESEMeD allait dans ce sens en estimant que parmi les 6 pays Européens étudiés (Belgique, Allemagne, France, Pays-Bas, Espagne et Italie), la France était celui où les médecins généralistes adressaient le moins en psychiatrie (29). Or, dans notre étude, les praticiens mettaient en avant majoritairement des difficultés dans les soins de ces patients avec le sentiment d'être insuffisamment formés, ce qui contraste avec une orientation tardive dans la prise en charge.

Une étude néerlandaise s'est également intéressée à la question du recours psychiatrique chez les médecins généralistes. Elle retrouvait que les jeunes hommes étaient plus facilement adressés que les autres populations ainsi que les psychoses et pathologies psychiatriques lourdes. Enfin, les médecins travaillant en milieu rural étaient moins enclins à adresser en psychiatrie que leurs confrères citadins (35).

Goldberg et Huxley ont modélisé quatre filtres successifs par lequel passe un patient avant d'être reçu en psychiatrie (36):

- Le premier filtre est représenté par le patient qui peut ne pas avoir conscience de ses troubles ou ne pas consulter chez le médecin généraliste.
- Certains acteurs des soins primaires peuvent aussi ne pas diagnostiquer les troubles psychiatriques.
- Les médecins généralistes ont également leurs habitudes et peuvent ne pas adresser vers un spécialiste
- Enfin, le quatrième filtre est représenté par les problèmes d'interface entre les médecins généralistes et les services de psychiatrie.

D) Au sujet des moyens d'orientation

Pour adresser des patients en psychiatrie, les médecins interviewés distinguaient deux cas de figure. En cas d'urgence, le moyen le plus souvent utilisé est le téléphone. S'il n'y a pas de caractères d'urgence, la plupart rédigeaient un simple courrier, souvent renforcé par un coup de téléphone pour pouvoir avancer le rendez-vous dans la mesure du possible.

2. Ressentis des médecins généralistes

A) Sur leurs connaissances

Nous nous sommes intéressés dans notre étude, sur l'évaluation personnelle par les médecins généralistes de leurs connaissances des pathologies, des secteurs et des soins sans consentement.

Concernant les pathologies psychiatriques, les réponses étaient relativement équilibrées entre bon, moyen et insuffisant, même si le nombre le plus important estimait avoir des

connaissances moyennes. Les lectures médicales et l'expérience personnelle étaient les deux réponses les plus fréquentes concernant l'acquisition de ces connaissances. Cela répondait en écho au manque de formations initiale ou continue psychiatriques, comme nous le verrons ultérieurement, et la nécessité pour certains médecins de se former de façon informelle et individuelle.

La question des secteurs psychiatriques est en revanche beaucoup plus complexe. La grande majorité des médecins interviewés s'estimaient insuffisamment formés et informés sur leur secteur et de celui de leur patient. Pour parer ces difficultés, certains médecins appellent directement les secrétariats des services psychiatriques pour avoir l'information. Cela pourrait être évité et que d'autres solutions pourraient être trouvées.

Ces résultats sont en corrélation avec une étude datant 1999 par Cohidon et al. (37). Celle-ci questionnait 23 médecins généralistes sur leur exercice de la psychiatrie en libéral. Elle concluait que, bien qu'ils avaient conscience de la fréquence des troubles mentaux dans leur pratique, les médecins généralistes percevaient le secteur psychiatrique négativement et exprimaient des difficultés dès qu'ils souhaitaient orienter des patients, en partie liée à des difficultés de communication avec les psychiatres.

Enfin, les soins sans consentements demeuraient également très obscurs pour la majorité des médecins interviewés puisque la quasi-totalité exprimaient avoir des connaissances insuffisantes. Quelques-uns possédaient les modèles de certificats médicaux mais l'autre partie recherchaient de l'aide sur internet ou en appelant de nouveau dans les services de psychiatrie.

Une étude réalisée entre 2010 et 2011 par le centre collaborateur français de l'OMS de Lille (CCOMS) et le centre hospitalier Dijonnais La Chartreuse s'est également intéressée à la question des relations entre médecine générale et psychiatrie. Ils ont pour cela interrogé 2076 généralistes répartis sur une centaine de secteurs psychiatriques (38). Trente-cinq pourcent des médecins jugeaient que les procédures de soins sans consentement étaient indispensables et 17% d'entre eux trouvaient ces mesures fastidieuses et complexes à appliquer.

B) Sur leurs prises en charge

Les ressentis des médecins généralistes étaient dans l'ensemble plutôt négatifs et portaient principalement sur un manque de formations initiales ou continues, qui se répercutaient

directement sur leurs prises en charge. L'étude de Cohidon et al. de 1999 retrouvait que deux tiers des médecins généralistes se considéraient insatisfaits de leur formation (37).

Certains médecins interviewés regrettaient en effet que la psychiatrie ne soit pas mise plus en avant lors de l'internat de médecine générale, notamment par le biais de formations pratiques comme l'obligation de valider un semestre dans un service de psychiatrie. Il est important de souligner que dans notre étude, les médecins qui avaient réalisés des stages en psychiatrie se sentaient plus capables de prendre en charge seuls des patients souffrant de troubles mentaux.

Concernant les formations continues, la plupart se plaignait qu'elles ne soient pas adaptées à leur pratique, de leur trop faible nombre ou de leur éloignement géographique.

Il faudra tenir compte de ces remarques afin d'améliorer voire de compléter l'offre de formations à destination des médecins généralistes.

Dans un article paru en 2014, Thomas Fovet et al. faisaient un état des lieux de la formation psychiatrique des médecins généralistes en France (39). Leurs conclusions étaient en accord avec les propos rapportés par les médecins généralistes que nous avons interviewé, à savoir que la formation universitaire était insuffisante (pas de stages obligatoires durant l'externat et l'internat et peu d'occasions d'en réaliser un durant ce dernier) et que le Développement Professionnel Continu (DPC) n'était pas toujours en accord avec les demandes des généralistes.

La récente réforme du 3^e cycle des études médicales (Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016) ne modifie malheureusement pas l'état de la formation des internes en médecine générale concernant la psychiatrie que ce soit théorique ou pratique (40).

Les affects négatifs envers certains types de pathologies n'étaient malheureusement pas rares. Quelques médecins ont ainsi exprimé plusieurs idées comme par exemple la dangerosité potentielle de certains patients, notamment les patients psychotiques, la méfiance à l'encontre de certains patients qui pourraient simuler leurs troubles ou manipuler les médecins et enfin le caractère jugé abstrait de la psychiatrie. L'étude de Cohidon et al. retrouvait cependant un taux de 8 médecins pour 10 pour qui la maladie mentale était liée à une certaine forme de dangerosité et qu'ils pouvaient relever de la justice (37).

En tant que psychiatres, il nous incombe de lutter contre ces idées via, par exemple, le renforcement de la formation initiale de médecine ou des formations continues plus adaptées.

Quelques médecins ont également exprimé un sentiment d'impuissance et de solitude face à la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques. Ces évocations sont inquiétantes et à prendre en compte car elles peuvent être sources de burn-out (41). Un rapport

de la DREES estime également la solitude et le sentiment d'impuissance comme des facteurs importants motivant la cessation d'activité de certains médecins (42). Ces sentiments d'exclusion étaient également retrouvés dans l'étude de Cohidon et al. (37).

Pour finir, il est important de rappeler que bien que peu nombreux, certains médecins interviewés avaient néanmoins de très bons ressentis sur leur prise en charge psychiatrique, évoquant par exemple une bonne capacité de gestion de leur temps de travail, une bonne capacité d'écoute de leurs patients et un intérêt particulier pour les prises en charge psychiatriques.

3. Etude de la qualité des relations entre psychiatres et médecins généralistes

A) Manque de communication

S'il fallait retenir une remarque exprimée par les généralistes interviewés à l'encontre de la relation médecine générale/psychiatrie, ce serait le manque de communication. Bien que certains se disaient satisfaits, soit car ils arrivaient à joindre les psychiatres par téléphone soit car ils estimaient que les choses s'étaient améliorées au cours des années et que les jeunes psychiatres envoyaient plus facilement des courriers, la grande majorité déplorait toujours un défaut de communication dans leurs relations professionnelles.

Deux tiers des médecins interrogés dans l'étude de Cohidon et al. évoquaient des difficultés à communiquer avec les psychiatres et un tiers seulement disait avoir déjà été contacté par l'équipe psychiatrique du secteur (37).

Dans notre étude, le manque de communication concernait essentiellement les courriers comme nous allons le voir dès maintenant.

B) Au sujet des courriers

Les reproches adressés par les médecins généralistes à l'égard des contacts épistolaires étaient représentés par le manque de courriers, leur caractère souvent incomplets, leur délai de réception (souvent reçu après que le praticien ait revu le patient en question) et enfin le manque de réponse des psychiatres aux courriers des généralistes.

Dans l'étude de Milleret et al. (38), les résultats révélaient que si 97% des médecins généralistes adressaient un courrier aux psychiatres lors de l'orientation d'un patient, ils n'étaient que 26% à recevoir une réponse.

Une autre étude datant de 2005 retrouvait un taux d'insatisfaction à propos des courriers chez 72% des généralistes (43).

C) Poursuite de la prise en charge après recours aux psychiatres

Certains médecins reprochaient en effet ne plus revoir les patients qu'ils avaient adressés aux psychiatres. Cela avait également été observé dans l'étude de Cohidon et al. où la majorité des médecins disaient avoir l'impression que les prises en charge se faisaient sans eux (37).

Il serait en effet important de remettre le rôle du généraliste au centre de la prise en charge des patients et ne pas les exclure du suivi psychiatrique

4. Difficultés exprimées par les médecins généralistes

A) Liées aux délais

En termes de difficultés, les délais étaient les plus communément retrouvés dans notre étude. La plupart des médecins les estimaient à environ un mois et ne voyaient pas de grandes différences entre ceux du privé et du public.

Les délais étaient également la difficulté majeure rencontrée par les médecins interrogés dans l'étude de Milleret et al. : 90% des 2076 praticiens pointaient du doigt ces délais ainsi que le manque de place en psychiatrie (38).

Certains médecins nous avaient avoué tenter de raccourcir les délais en appelant eux même directement un psychiatre.

En 2009, une étude réalisée dans le nord-ouest de la France interrogeait 2097 médecins sur leur prise en charge des patients dépressifs (44). Pour 69% d'entre eux, l'obtention d'un rendez-vous en psychiatrie pour un cas urgent était une difficulté majeure.

Toujours dans l'étude de Milleret et al., on peut relever une donnée intéressante dans le but de diminuer les délais : 84% des généralistes seraient d'accord pour qu'un psychologue reçoive ses patients en première intention et 72% d'accord pour ce soit une infirmière (38).

B) Liées aux traitements

Une autre difficulté récurrente chez les médecins généralistes concernait les traitements que ce soit en primo prescription ou en renouvellement d'ordonnances du psychiatre.

Sur ce dernier point, il incombe aux psychiatres de se mettre à jour des recommandations de prescription. Concernant les neuroleptiques, la HAS préconise en effet la monothérapie (45). Il convient effectivement de limiter les nombreux effets indésirables imputables à ces traitements.

Certains médecins exprimaient également des connaissances insuffisantes sur les traitements psychotropes en général, tandis qu'un autre déclarait des difficultés pour choisir le bon traitement anti-dépresseur.

C) Manque de temps et de valorisation des actes

Plusieurs généralistes évoquaient comme difficultés le temps plus important nécessaire à une consultation pour motif psychiatrique. De plus, deux médecins plaidaient pour une revalorisation des actes médicaux.

Nous tenons à signaler que lors des entretiens, le tarif d'une consultation de médecine générale était encore à 23 euros. Depuis le 1^{er} mai 2017, les honoraires ont été majorés à hauteur de 25 euros.

Il est à noter que les généralistes peuvent également faire passer l'échelle de dépression de Hamilton, tarifée à 69,12€ (Code : ALQP003) mais est limitée à une fois par an et le résultat doit être archivé pour pouvoir être présenté au contrôle médical. Cependant, pour évaluer l'évolution des symptômes dépressifs de façon efficiente, il convient de refaire passer l'échelle régulièrement aux patients, mais une seule réalisation peut être cotée. De plus, aucun médecin ne nous déclarait y avoir recours. Le seul médecin effectuant des passations d'échelle utilisait la MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale). Une revalorisation du suivi de la maladie dépressive serait à prévoir.

Les médecins généralistes ont la possibilité de coter un acte « visite longue » avec valorisation du montant de la visite si elle est centrée sur la prise en charge d'une pathologie

neurologique dégénérative. On pourrait également imaginer une cotation « consultation longue » ou « complexe » afin de recevoir un patient nécessitant une prise en charge spécifique psychiatrique, car comme nous le savons, celles-ci sont chronophages, qu'il s'agisse d'un premier diagnostic ou d'un suivi.

III. Propositions d'améliorations

La question de l'amélioration de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres est un sujet qui s'est développé ces dernières années, avec notamment la publication des recommandations de bonne pratique par le CNQSP et la HAS (27). Ce dernier faisait en effet le constat en 2011 de l'insuffisance de collaboration entre ces deux spécialités et que le potentiel d'amélioration était important.

Marie-Christine Hardy-Baylé résumait en 2014 (46), que les modalités pour développer les soins partagés entre généralistes et psychiatres variaient entre les territoires car elles devaient tenir compte des organisations et des ressources préexistantes.

Nous avons donc réfléchi à plusieurs pistes d'amélioration qui pourraient être proposées dans le secteur de Saint-Quentin.

1. Avis téléphoniques

Dans un premier temps, un numéro téléphonique pourrait être proposé aux médecins généralistes afin que ceux-ci puissent contacter facilement et rapidement un professionnel du centre de psychothérapie. Il pourrait ainsi leur être communiqué des avis diagnostiques ou thérapeutiques ainsi que les démarches à suivre en cas d'urgences pour hospitaliser un patient en soins sans consentement. L'interlocuteur pourrait être soit le psychiatre soit l'infirmier psychiatrique en poste aux urgences.

2. Courriers-types

En s'inspirant de démarches récentes similaires, un courrier-type pourrait être envoyé après chaque première consultation aux médecins généralistes du patient.

Dans l'étude génépsy (47), ces courriers-types avaient reçu un accueil globalement positif. Les médecins généralistes estimaient que cet outil était adapté à leurs préoccupations, qu'il leur apportait une aide. Pour plusieurs généralistes, ce courrier était également perçu comme promoteur d'une bonne communication avec le psychiatre, et permettait de développer des échanges personnalisés.

Ce courrier-type pourrait également être un moyen rapide de communiquer les changements éventuels de traitements afin d'éviter au généraliste une double-prescription ou de continuer un traitement suspendu.

3. Mails sécurisés

Certains médecins préconisaient l'usage d'une messagerie sécurisée pour améliorer les communications entre l'hôpital et leur pratique. Si la mise en place d'un tel système nous paraît compromise concernant le centre hospitalier de Saint-Quentin, la généralisation progressive du dossier médical personnel partagé (48) devrait grandement faciliter les échanges entre spécialistes.

4. Site internet pour renseigner la sectorisation

Comme le suggérait un des médecins que nous avons interviewés, la création d'un site internet permettant aux généralistes, en inscrivant l'adresse de leurs patients, de retrouver la sectorisation serait idéale.

5. Formations

Il apparaît primordial de s'impliquer plus, en tant que psychiatre, dans des formations à destination des médecins généralistes du secteur, afin de mettre à jour leurs connaissances des pathologies ou des traitements. Dans l'idéal, les formations doivent rester locales, comme le demandaient plusieurs médecins afin de correspondre le plus possible à leur pratique personnelle, et être intégrées aux formations déjà existantes type FMC ou associations de médecins généralistes.

Il serait également important de leur communiquer, par mail ou par courrier, d'éventuelles modifications législatives des soins sans consentement.

Enfin, comme le demandait un participant à l'étude, certains médecins pourraient être accueillis dans l'enceinte des différents services, hospitaliers comme ambulatoires, afin de leur présenter les locaux, les équipes et le fonctionnement, dans le but de décroiser la psychiatrie et de l'ouvrir un peu plus sur l'extérieur.

6. Consultations

En plus des consultations faites aux urgences et des rendez-vous post-suicidants déjà existants, il serait intéressant d'instaurer en plus une plage de consultations de « semi-urgences » au CMP. Les médecins généralistes pourraient y adresser leurs patients à l'aide d'un simple courrier. Ceux-ci seraient alors reçus en entretien par un psychiatre ou une infirmière.

En plus de réduire les délais, cela pourrait prévenir d'éventuels passages à l'acte ou décompensation d'une pathologie sous-jacente.

7. Concertations pluridisciplinaires

A l'instar des réunions de concertations pluridisciplinaires pour les patients présentant des pathologies cancéreuses, il pourrait être important d'organiser des temps de concertation entre les structures psychiatriques prenant en charge le patient, qu'elles soient publiques ou privées, et le médecin traitant. Cela permettrait de mieux impliquer les généralistes et d'établir une prise en charge à la lumière des différents avis et compétences professionnelles.

Conclusion

En tant qu'acteurs de soins primaires, les médecins généralistes occupent une place prépondérante dans les prises en charge de troubles psychiques. Ils ont un rôle de prévention de diagnostic et de suivi.

Or, beaucoup de généralistes regrettent encore une insuffisance de collaboration avec le secteur psychiatrique auquel ils appartiennent et ne se sentent pas toujours suffisamment formés pour prendre correctement en charge les patients souffrant de pathologies psychiatriques.

Ce constat que nous avons fait en interrogeant des médecins généralistes du Saint-Quentinois est malheureusement partagé par de nombreux autres généralistes du territoire français, comme l'ont montrées de nombreuses études précédentes

C'était d'ailleurs dans ce contexte que le CNQSP a été édité en 2011 leurs « recommandations de bonne pratique sur le thème de la coopération psychiatres-médecins généralistes ». Six ans, plus tard, les effets peinent encore à se faire sentir.

Nous avons proposé dans cette étude, certains axes qui pourraient permettre d'améliorer cette situation, que ce soit par le biais des communications entre professionnels ou par une offre accrue et plus adaptée de formations des généralistes du secteur de Saint-Quentin.

Une étude ultérieure pourrait permettre de mesurer ces améliorations et leurs répercussions sur l'offre de soins.

Références bibliographiques

1. soins-de-sante-primaires.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf>
2. The European Definition Of General Practice / Family Medicine [Internet]. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: <https://pdfs.semanticscholar.org/ebc8/c04024bf13bb9dff0f7602c24fe56f368d0e.pdf>
3. Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste, General medicine, psychiatry and primary care : from the perspective of the General Practitioner. *Inf Psychiatr.* 12 juin 2014;me 90(5):323-9.
4. atlas de la demographie medicale 2016.pdf [Internet]. [cité 13 mai 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
5. Démographie médicale interactive | Démographie médicale [Internet]. [cité 13 mai 2017]. Disponible sur: <http://demographie.medecin.fr/demographie>
6. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales [Internet]. [cité 13 mai 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
7. Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale [Internet]. [cité 14 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf
8. The World Health Report 2001 : Mental Health New Understanding New Hope [Internet]. [cité 14 mai 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf
9. La Santé Mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de la vie [Internet]. [cité 14 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000556.pdf>
10. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 [Internet]. [cité 14 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
11. Enquête quinquennale de l'INPES (échantillon 2010 : 27653 individus).
12. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L'Encéphale.* déc 2009;35(6):560-9.
13. Norton J, David M, Gandubert C, Bouvier C, Gutierrez L-A, Frangeuil A, et al. Détection par le médecin généraliste des troubles psychiatriques courants selon l'auto-questionnaire diagnostique le Patient Health Questionnaire : dix ans après, le dispositif du médecin traitant a-t-il modifié la donne ? Disponible sur: <http://www.em-premium.com.merlin.u-picardie.fr/article/1087510/resultatrecherche/57>

14. Depression in the community: the first pan-European study DE... : International Clinical Psychopharmacology [Internet]. LWW. [cité 14 mai 2017]. Disponible sur: http://journals.lww.com/intclinpsychopharm/Fulltext/1997/01000/Depression_in_the_community__the_first.3.aspx
15. Verdoux H. The current state of adult mental health care in France. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1 mars 2007;257(2):64-70.
16. PLR 14 - Trajectoires brisées, familles captivbes. La maladie mentale à domicile [Internet]. [cité 14 mai 2017]. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/Recherche/PLR/PLR14/14bung.html>
17. Saravane D, Fève B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. *L'Encéphale*. sept 2009;35(4):330-9.
18. État des lieux du suicide en France [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2014 [cité 14 mai 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/etat-des-lieux-du-suicide-en-france>
19. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France [Internet]. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: https://www.samusocial.paris/sites/default/files/rapport_samenta.pdf
20. Chevreur K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental disorders in France. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. août 2013;23(8):879-86.
21. [courdescomptespsy.pdf](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblo_bd/Etudsystsoins/courdescomptespsy.pdf) [Internet]. [cité 14 mai 2017]. Disponible sur: http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblo_bd/Etudsystsoins/courdescomptespsy.pdf
22. L'organisation des soins psychiatriques les effets du plan Psychiatrie et sante mentale 2005-2010.pdf [Internet]. [cité 14 mai 2017]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/L_organisation_des_soins_psychiatriques_les_effets_du_plan_Psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2010.pdf
23. Les établissements de santé - Édition 2016 - Panoramas de la DREES - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 16 mai 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2016>
24. Centre de Psychothérapie - Secteur B [Internet]. <http://www.ch-stquentin.fr/>. [cité 17 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.ch-stquentin.fr/Centre-Psychotherapie-Secteur%20B.aspx>
25. Activités et chiffres clés de l'année 2016 - centre hospitalier de Saint Quentin [Internet]. [cité 17 mai 2017]. Disponible sur: http://www.ch-stquentin.fr/iso_album/livret_chiffres_2016.pdf
26. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803 juillet, 2011.

27. Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie. Recommandation de bonne pratique sur le thème de la coopération psychiatres-médecins généralistes : améliorer les échanges d'informations. 2011.
28. Glikman J. Recommandations de bonne pratique en psychiatrie. Etat des lieux en France. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2016;(174).
29. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six european countries. *Psychiatr Serv.* févr 2007;(58).
30. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;
31. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie « acteur » à « interdépendance ». *Exercer.* 2009;
32. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 févr 2008;166(1):63-70.
33. Observ'Aisne, Mission Informations Territoriales. Scop'Aisne [Internet]. 2016 nov p. 9. Disponible sur: <http://aisne.com/IMG/pdf/2017scop-aisne2016.pdf>
34. INPES. Atlas des usages de substances psychoactives [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/atlas-usages-substances-psychoactives-2010/index.asp>
35. Verhaak P. Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners. *Br J Gen Pract.* Mai 1993;(43):203-8.
36. Huxley P. Mental illness in the community : The Goldberg-Huxley model of the pathway to psychiatric care. *Nord J Psychiatry.* 1996;50(37):47-53.
37. Cohidon C, Duchet N, Cao M, Benmebarek M, Sibertin-Blanc D, Demogeot C, et al. La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale. *Santé Publique.* 1999;11(3):357-62.
38. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J. Etats des lieux. Recherche action nationale « place de la santé mentale en médecine générale ». *Inf Psychiatr.* mai 2014;90(5):311-7.
39. Fovet T, Amad A, Geoffroy P, Messaadi N, Thomas P. Etat actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France.
40. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. 2016-1597 nov 25, 2016.
41. Delbrouck M. Burn-out et médecine. Le syndrome d'épuisement professionnel. *Cah Psychol Clin.* 2007;(28).
42. Vega A. Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES; 2007 décembre p. 118.

43. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet M-P, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract.* 2005;6:18.
44. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Bécrot F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale.* juin 2010;36, Supplement 2:D73-82.
45. Haute Autorité de Santé. Guide - Affection de longue durée - Schizophrénies. 2007 juin.
46. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *Inf Psychiatr.* 12 juin 2014;90(5):359-71.
47. Jombart G. Etude Génésy : promouvoir la communication MG-PSY. Que pensent les médecins généralistes lillois de l'utilisation d'un courrier-type, inspiré des recommandations d'adressage au psychiatre? Lille 2; 2015.
48. En quoi consiste le dossier médical personnel (DMP) ? | service-public.fr [Internet]. [cité 4 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10872>

Annexe

Annexe 1 : guide d'entretien

Généralités :

- 1) Quel est votre âge ?
- 2) Depuis quand exercez-vous la médecine générale ?
- 3) Exercez-vous seul ou en cabinet de groupe ?
- 4) En milieu rural, semi-rural ou en ville ?

Description du travail des médecins généralistes :

- 5) Quelles sont les pathologies psychiatriques que vous rencontrez le plus fréquemment dans votre pratique ?
- 6) Quel est votre ressenti personnel par rapport à votre prise en charge globale de ces pathologies ?
Relance : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans ces suivis en particulier?
- 7) Comment jugeriez-vous votre niveau de connaissance sur ces pathologies ?
- 8) Comment jugeriez-vous notre niveau de connaissance sur le fonctionnement des secteurs psychiatriques ?
- 9) Comment jugeriez-vous votre niveau de connaissance concernant les mesures d'hospitalisation en soins sans consentement ?
- 10) Que pensez-vous de l'intérêt d'une formation sur la question des pathologies psychiatriques, du fonctionnement des secteurs et des SSC ? Sous quelle forme ? Quels en seraient les freins éventuels ?

A propos des relations interdisciplinaires médecin généraliste/psychiatres :

- 11) A quel moment d'une prise en charge spécialisée adressez-vous un patient vers la psychiatrie ?
- 12) Quelles sont les structures de soins vers lesquelles vous adressez le plus souvent vos patients ?
- 13) Par quels moyens les adressez-vous ?
- 14) Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer quand vous voulez adresser un patient en psychiatrie ? Quels sont les délais de prise en charge de vos patients par exemple et qu'en pensez-vous ?
- 15) Qu'aimeriez-vous éventuellement voir amélioré dans les liens entre médecine de ville et psychiatrie ?
- 16) Comment préféreriez-vous communiquer avec le psychiatre de vos patients ? A quel rythme ?
- 17) Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

Annexe 2 : Verbatim des entretiens 1 à 14 et codages ouvert et axial

Disponibles sur le CD

Résumé

Contexte : Les relations entre médecine générale et psychiatrie sont régulièrement critiquées. Les généralistes peuvent par exemple se sentir isolés, impuissants ou manquant de temps pour prendre en charge ces pathologies souvent complexes. La question du délai pour avoir un rendez-vous ou obtenir des informations sont également souvent avancées. L'objectif principal de cette étude était d'explorer les relations entre médecins généralistes et psychiatres dans le secteur du Saint-Quentinois. L'objectif secondaire était de rechercher d'éventuelles solutions proposées par les médecins généralistes afin d'améliorer et faciliter les relations interdisciplinaires.

Méthode : Nous avons mené une étude qualitative par analyse thématique à l'aide d'entretiens semi-dirigés. Ces derniers étaient entièrement retranscrits sur Word®. Ils faisaient ensuite l'objet d'un double codage réalisé à l'aide du logiciel QSR Nvivo Starter 11® pour assurer la triangulation des données. Le recrutement des médecins généralistes a été effectué de manière raisonnée en variation maximale. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

Résultats : Au total, quatorze entretiens ont été réalisés. Nous faisons dans un premier temps un état des lieux de la pratique de la psychiatrie en médecine générale afin de recueillir les habitudes des praticiens. Le secteur public était le plus plébiscité pour les urgences tandis que le privé présentait l'intérêt d'avoir des délais plus courts. Nous avons ensuite étudié leurs ressentis et difficultés concernant les pathologies, les secteurs psychiatriques et les soins sans consentement. La majorité des médecins s'estimaient à ce titre insuffisamment formés. Les difficultés qu'ils rencontraient le plus souvent étaient les délais d'adressage en psychiatrie et le manque de communication avec les psychiatres du secteur, notamment le manque de courriers. En dernier lieu, diverses pistes d'amélioration ont été proposées comme la mise en place d'une ligne téléphonique d'urgence pour les demandes d'avis ou d'orientation en psychiatrie.

Conclusion : Beaucoup de médecins généralistes regrettent le manque de coopération avec la psychiatrie, d'autant plus qu'elle est une discipline souvent complexe à appréhender. Il est important de développer et d'améliorer les coopérations entre médecins généralistes et psychiatres. Pour ce faire, certaines propositions d'améliorations seront mises en œuvre au centre de psychothérapie de Saint-Quentin.

Mots-clés : Médecine générale, psychiatrie, coopération, communication, orientation, solution