



HAL
open science

Coordination des soins des patients dépressifs : perceptions croisées entre psychiatres et médecins généralistes

Audrey Michel, Jean Castan

► **To cite this version:**

Audrey Michel, Jean Castan. Coordination des soins des patients dépressifs : perceptions croisées entre psychiatres et médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02127897

HAL Id: dumas-02127897

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02127897>

Submitted on 13 May 2019

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année : 2019

COORDINATION DES SOINS DES PATIENTS DEPRESSIFS : PERCEPTIONS CROISEES
ENTRE PSYCHIATRES ET MEDECINS GENERALISTES

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Par

Audrey MICHEL,

[Données à caractère personnel]

Jean CASTAN

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

le 07/05/2019

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL

Membres :

Monsieur le Professeur Mircea POLOSAN

Monsieur le Professeur Patrick IMBERT

Monsieur le Docteur Marc DUBUC (directeur de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Année : 2019

COORDINATION DES SOINS DES PATIENTS DEPRESSIFS : PERCEPTIONS CROISEES
ENTRE PSYCHIATRES ET MEDECINS GENERALISTES

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Par

Audrey MICHEL, [Données à caractère personnel]

Jean CASTAN, [Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

le 07/05/2019

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL

Membres :

Monsieur le Professeur Mircea POLOSAN

Monsieur le Professeur Patrick IMBERT

Monsieur le Docteur Marc DUBUC (directeur de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGLIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Remerciements communs

A Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL, nous sommes honorés de votre présence en tant que président du jury, merci pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect. Merci pour votre implication dans la coordination du DES de psychiatrie et dans le suivi régulier de notre parcours.

A Monsieur le Professeur Mircea POLOSAN, nous vous exprimons notre reconnaissance pour avoir accepté d'être membre de notre jury. Nous vous remercions de l'attention que vous avez portée à notre travail.

A Monsieur le Professeur Patrick IMBERT, merci de nous avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre de notre jury, et de vous être rendu disponible pour ce travail qui touche nos deux spécialités. Merci de l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

A Monsieur le Docteur DUBUC, alias Marc, merci de nous avoir suivis dans ce projet. Merci de ta bienveillance, de ta disponibilité, et de la rapidité des tes retours (nous avons néanmoins réussi à passer de la V2 à la V7 de la thèse en 24h... Nous avons pleinement conscience de la difficulté dans laquelle nous t'avons plongé... ! Merci merci merci merci merci).

Aux relecteurs de cette thèse : Andrée, Franck, Claudine, Michèle, Elisabeth et Nedjma. Merci de porter l'entière responsabilité des fautes d'orthographe résiduelles.

A la coloc pour avoir supporté nos gigots, nos apéros, mais aussi nos longues heures à coder et à...râler...

Remerciements de Jean

A Audrey, quand tu as accepté ma petite annonce postée sur le groupe des internes, je ne pouvais imaginer à l'époque la chance que j'avais. J'en ai pleinement conscience aujourd'hui et je te remercie pour ces moments de travail agrémentés de fous rires, de jeux et de bons repas. Au-delà de marquer la fin de nos études, cette thèse aura été pour moi le début d'une amitié à laquelle je tiens et que je compte bien entretenir. J'adresse par ailleurs une pensée à Pierre-Jean, loin duquel je t'ai maintenue pendant tant de soirées...

Aux absents, ma mère, ma sœur Anne-Laure, ma grand-mère et mon grand-père, qui m'ont tant donné et me manquent tous les jours.

A la meilleure des sœurs, Camille, qui a toujours veillé sur moi. Merci pour ta grande objectivité concernant mes qualités, très appréciable dans les moments les plus sombres de mes études ! Merci d'être toi et de me donner un modèle d'honnêteté, de force et de bienveillance devant lequel je me sens bien petit...

A tous les autres membres de ma famille, merci à vous tous, qui avez été là dans les bons et les moins bons moments.

A Nobu, bientôt 2 ans que nous avons décidé de « ne pas s'attacher » ... Il faut croire que les milliers de kilomètres entre la France et le Japon auront été l'exception qui confirme l'expression « loin des yeux, loin du cœur » ... 愛してる. Merci d'être là, de m'avoir rejoint à l'autre bout du monde. いつもありがとう

Aux colocs, à Béné pour me montrer que mon retard administratif n'est pas si grave, à Juju pour me faire croire que mes blagues sont drôles, à Amo pour me donner envie de cuisiner !

A Nedjma pour m'épauler, me faire rire et me soutenir au quotidien, tu es une amie extraordinaire.

Aux vieux amis, que je vous aie rencontrés à la fac à Lyon, au lycée dans l'Ain ou ailleurs. J'aimerais tellement vous voir plus pour profiter de chacun d'entre vous autant que vous le méritez...

Aux nouveaux amis internes de psy, ou déjà docteurs... Ces 4 années auprès de vous m'ont tellement apporté ! Merci aux BB psy, à Marion pour ton amitié si précieuse, à Hélène pour nos discussions autour d'un latte macchiato et pour ton aide dans les moments difficiles, à Anaïs pour ton écoute, à Grégoire pour ton humour, à Boris pour ta joie de vivre, à Gaëlle pour ta bienveillance et ton implication auprès de l'asso, à Pauline pour nos 2 fois 6 mois de vie commune en stage (Annick n'aura pas réussi à nous marier finalement...), à Olivier pour ces superbes cookies aux Arcs et à Marine qui va devoir me supporter plus que tout autre...

A Arwen, ma toute nouvelle filleule, qui est une petite merveille. Merci à Chloé et Hugues pour votre confiance et votre amitié.

A tous les médecins qui m'ont enseigné la psychiatrie, à Chambéry ou à Grenoble, en psychiatrie de secteur ou en réhabilitation, en pédopsychiatrie ou en liaison au CHU, j'en passe... Chacun d'entre vous a placé une pierre pour construire le psychiatre que je m'appête à devenir. J'espère me montrer à la hauteur de vos enseignements.

A toutes les infirmières, secrétaires, psychologues, neuropsychologues, cadres, éducateurs, orthophonistes, ergothérapeutes, assistantes sociales que j'ai rencontrés durant mes stages (j'espère tellement n'avoir oublié personne...). Vous savez tous à quel point chaque départ d'une équipe a été difficile pour moi et je vous remercie sincèrement pour votre confiance, votre soutien, et votre bienveillance à tous.

A l'équipe de Chambéry Sud, que je m'appête à rejoindre. Merci de votre confiance et de votre accueil, je n'aurais pas pu espérer meilleure équipe pour entamer ma vie de docteur, j'ai hâte de vous retrouver !

Et surtout aux patients que j'ai croisés, j'ai fait de mon mieux pour vous proposer mon aide durant ces 4 années. Grâce à vous j'ai pu m'enrichir professionnellement, apprendre de mes erreurs et je vous remercie de la confiance que vous m'avez toujours accordée.

Remerciements d'Audrey

Je me dois de commencer par remercier celui sans qui toute cette aventure n'aurait pu avoir lieu... J'ai nommé mon co-thésard préféré, Jean ! Je dis bien une aventure, car une thèse avec toi, c'est bien à ça que ça ressemble : des batailles navales quasi grandeur nature, une course contre la montre à la recherche d'un remède contre une épidémie qui a ravagée le monde, la construction d'une autoroute en plein Tokyo, et pleins d'autres défis Heureusement qu'il y avait toujours de quoi reprendre des forces au cours de banquets inoubliables, composés non pas de sanglier, mais de gigot d'agneau, ou de filet mignon en croûte... sans oublier les diverses potions magiques nommées Crozes-Hermitage, Leffe et compagnie.... Et Idéfix ? ah non c'était Baguera en fait ! On a beau être d'irréductibles Gaulois(e)s, Disney reste quand même la base, on est bien d'accord ! Tout ça pour te dire, merci infiniment de m'avoir acceptée comme partenaire pour réaliser cette thèse de médecine. Grâce à toi, ce qui aurait pu être une corvée a été l'occasion de moments inoubliables. Et surtout, une magnifique rencontre. Merci.

A mes parents, Franck et Claudine. Merci d'avoir toujours cru en moi, suffisamment pour me permettre de faire mes propres choix. D'être présents, aussi bien lors de mes réussites que lors de mes échecs. Merci de m'avoir soutenue de toutes les manières possibles à chaque fois que j'en avais besoin. Si je devais faire la liste de tout ce pour quoi je vous suis reconnaissante, il me faudrait ré-écrire une thèse, alors je vais simplement vous dire que je vous aime, et encore une fois, merci.

A Guy, merci pour tes tupperwares, ils m'ont plus d'une fois sauvée la vie, notamment l'année du concours de l'internat. Merci également pour les coups de mains aux déménagements ! (encore désolée pour ton rétroviseur...).

A Michèle, merci pour ce super séjour à Bruxelles, ta bonne humeur, et ton dynamisme qui nous entraîne sur les terrains de squash, à vélo, au ski et j'en passe ! Rien de tel pour se changer les idées et déstresser ! Et merci aussi pour les déménagements !

A ma petite sœur, Nelly, pour qui j'ai toujours essayé d'être à la hauteur. Depuis toute petite, j'ai aimé prendre soin de toi, t'apprendre à jouer au foot, te faire rire aux éclats ... mais aujourd'hui, tu n'es plus si petite. Aujourd'hui, tu es une jeune femme intelligente, courageuse, et belle que je redécouvre à chaque nouveau moment partagé, et sur qui je sais pouvoir compter. Alors merci à toi, ma Sister. Et on va assurer sur ce marathon !

A toute ma famille, mes grands-parents : Andrée et René, Nicole et Papy Nounours, Alain et Chrichri ; Tatie Nathalie et Tonton Jean-Pierre, mes Cousins Stéphane et Solène ; Parrain et Michèle ; Marraine et Tonton Vincent. Merci pour toutes ces vacances passées chez les uns et les autres, les excursions à droite et à gauche. Merci de m'avoir honteusement gâtée. Merci d'avoir toujours été mes premiers fans. La famille ne serait pas aussi importante pour moi sans ce que vous m'avez apporté. Je vous aime.

A Chloé, ma meilleure amie, qui me supporte depuis le collège, ma complice de mauvais coups, partenaire de shopping, de soirée au Gin (en vraies dames distinguées souffrant de légère exogénose...), excursions en tout genre (Amsterdam, Paris, Côte d'Azur), sorties raquettes, Marineland, Disney Ahhh Disney, tu t'en souviens de mon air d'encouragement sur le 10 km ? c'était laquelle de chanson déjà ? On les connaît tellement toutes que je ne sais plus laquelle j'avais choisie... probablement Hakuna Matata ! :D Bon, je suis censée te remercier et non nous afficher, alors merci poulette, merci de connaître aussi bien le meilleure que le pire de moi et d'être toujours là, eh bien, pour le meilleur et pour le pire, depuis toutes ces années. Et merci à Julien de nous avoir supportées toute les deux !

A mes Haut-savoyards, Alain, Florent, Julien, Valériane, Cyril, Claude et Michèle, merci d'avoir fait de moi une vraie haute-savoyarde d'adoption ! Merci pour ces week-ends au ski, au chalet, les tours en motos, les soirées barbecue, les concerts de Rock, montagne russe version tramway, et tant d'autres moments qui ont été de vraies bouffées d'oxygène pendant ces années d'études. A Claude et Michèle, merci pour ces magnifiques séjours en Corses et aux USA, mais surtout, merci pour ... tout le reste ... A Cyril, merci pour notre histoire, et ton soutien durant celle-ci.

A mes amis, partenaires de galères de l'externat de médecine, Aude, Marie, Victor, Margaux, Julien, Jeanne, Sandra et Magali. Merci d'avoir rempli ces 6 années de rires et de partages, de soirées de danses latino, de blind test, gala de médecine et week-end d'intégration. Merci d'avoir été là dans les moments de doutes et de fatigues. Spéciale dédicace à mes sous-conférenciers Marie, Aude et Victor, (et à Guillaume et Caro) merci de m'avoir fait revisiter certains petits plats tous ces fameux dimanches soir de D4 ! Merci d'être toujours là, dans la joie et la bonne humeur, que ce soit à Grenoble, Lyon, Strasbourg ou dans les îles Grecques ! Et d'autres à venir j'espère !

A ma super promo, Céline, Véra, Layla, Maud, Clémence, Gérald, Jean, Christophe, Maxime, Nicolas, Evan. Merci de votre soutien au cours de cet internat de psychiatrie, passionnant mais parfois éprouvant. Merci pour ces soirées autour d'une bière ou d'un verre de vin, ces moments de partages improvisés après une journée de cours, et tant d'autres ! Merci pour ces weekends promos ponctués de batailles rangées dans la neige, de randonnées, de jeux de société et bien sûr... de banquets !! Spéciale dédicace à ma coloc' d'amour, ma Chouchou, sans qui ce premier semestre d'internat aurait été beaucoup moins cool !

A tous les autres internes de psychiatrie de Grenoble, merci pour ces parties de lasergame, escapegame, karting, apéropsy.... Et pour votre aide inestimable en garde via WhatsApp !!

Aux médecins et aux équipes de mes lieux de stage, les services d'Aix-les-Bains à Chambéry, de l'USN2 et 3 de Thonon-les-Bains, des TCA à la Clinique des Vallées à Annemasse, de l'UPE au CHU de Grenoble et des Spécialités du CHAI à St Egrève, merci pour votre accueil, la transmission de votre expérience et savoir, pour vos conseils et votre soutien. A ceux qui en plus m'ont offert leur amitié, merci.

A Pierre-Jean, mon amour, merci. Merci d'avoir accepté l'invitation d'Evan à sa crémaillère, merci de ne pas avoir pris peur lorsque je t'ai harcelé sur Facebook ! Merci de ta patience et de ta tolérance, d'aimer autant mes défauts, étant parfois une vraie « boulette » ambulante. Merci de me faire sentir la plus jolie fille de la salle, de me faire me sentir si sûre de moi en ta présence. Merci pour ces conversations passionnantes et très sérieuses, aussi bien sur le destin du monde que sur les suites hypothétiques de GoT ou de la future série du Seigneur des Anneaux. Merci d'être originaire d'Azé (sa cave à vin, une vraie tuerie !), de m'avoir fait découvrir Terre Adélice (le meilleur glacier du monde), pour ta playlist avec l'intégrale des chansons Disney. Merci pour ces fous rires, parfois (souvent) à point de départ totalement débile. Merci à ta famille pour m'avoir si bien accueillie. Merci de croire en moi, de ton soutien inconditionnel dans mes projets. Et surtout, merci de croire en nous. Je t'aime.

**COORDINATION DES SOINS DES PATIENTS DEPRESSIFS : PERCEPTIONS
CROISEES ENTRE PSYCHIATRES ET MEDECINS GENERALISTES**

RESUME

Contexte : Le médecin généraliste est le premier professionnel consulté lors de symptômes de santé mentale. Mais deux médecins sur trois se disent insatisfaits de la coopération avec les professionnels spécialisés. Les objectifs étaient de confronter les perceptions des médecins généralistes et des psychiatres sur leur coopération dans la prise en charge des patients dépressifs, de mettre en évidence les freins à une bonne coopération, ainsi que des pistes d'améliorations.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de généralistes de l'Isère, puis de psychiatres de l'Isère. Analyse thématique selon méthode IPA des 2 sous-groupes par 2 investigateurs et confrontation des thèmes.

Résultats : 7 généralistes et 7 psychiatres ont participé. L'étude a exploré l'état actuel de la coordination des soins et ses obstacles au travers de 4 dimensions : les perceptions du rôle de chacun, la communication, l'adressage et les pratiques de chacun. Les limites des psychiatres n'étaient pas perçues par les médecins généralistes, une offre de soins insuffisante a été soulignée ainsi qu'un manque de confiance et de communication entre les intervenants.

Discussion : Les résultats de l'étude concordent avec la littérature. Plusieurs pistes d'améliorations semblent répondre aux obstacles mis en évidence comme plus de rencontres, formations et projets locaux interdisciplinaires ou le développement d'outils numériques. Le projet de loi « ma santé 2022 » semble vouloir répondre à ces attentes des professionnels de santé.

Mots clés : médecine générale, psychiatrie, coordination, dépression, étude qualitative

**COORDINATION OF DEPRESSION CARE FOR PATIENTS : CROSS PERCEPTIONS
BETWEEN PSYCHIATRISTS AND GENERAL PRACTITIONERS**

ABSTRACT

Context : The general practitioner is the first professional consulted during mental health symptoms. However, two out of three general practitioners said that they are unsatisfied with the cooperation with specialized professionals. The objectives of the study were to compare the perceptions of the cooperation in the depression care between general practitioners and psychiatrists, to highlight the obstacles to effective cooperation as well as ways to overcome these obstacles.

Method : Qualitative study by semi-directed interviews with general practitioners and psychiatrists from Isère. IPA thematic analysis of the 2 subgroups by 2 investigators and comparison of the results.

Results : 7 general practitioners and 7 psychiatrists were included. The study explored the current situation of care coordination and its obstacles in four spheres: perceptions of the role and practices of the concerned, communication and sending to the specialist. The limitations of psychiatrists were not perceived by general practitioners. An insufficient care supply, a lack of trust and communication between the interviewees were highlighted.

Discussion : The results of the study are consistent with the literature review. Several ways for improvement appear to overcome the obstacles highlighted, such as more frequent meetings, trainings and local interdisciplinary projects and the development of digital tools. The "ma santé 2022" law project seems to meet these expectations of health professionals.

Keywords : general medicine, psychiatry, coordination, depression, qualitative study

LISTE DES ABREVIATIONS

HAS : Haute Autorité de Santé

IPA: Interpretative Phenomenological Analysis

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e edition

CMP : Centre Médico-Psychologique

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

PH : Praticien Hospitalier

MG : Médecin Généraliste

PS : Psychiatre

H : Homme

F : Femme

DMP : Dossier Médical Partagé

CCA : Chef de Clinique Assistant

CHAI : Centre Hospitalier Alpes-Isère

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	13
INTRODUCTION.....	16
La place du médecin généraliste dans la prise en charge de la dépression.....	16
Organisation des soins psychiatriques en France : un manque de moyen et une disparité géographique importante de l'offre de soin.	16
Une coopération entre la psychiatrie et la médecine générale nécessaire mais non satisfaisante à ce jour	17
Des pistes d'amélioration pour la coordination des soins et un besoin de s'appuyer sur des ressources locales.....	18
Cheminement de la recherche.....	18
MATERIEL ET METHODES	20
RESULTATS	23
Le rôle de chacun.....	24
La communication médecin généraliste-psychiatre.....	28
L'adressage.....	31
Les pratiques de chacun.....	34
DISCUSSION	39
Limites et forces	39
Analyse des perceptions des médecins généralistes et des psychiatres sur leur coopération dans la prise en charge des patients dépressifs.	39
Les freins à la coopération médecin généraliste-psychiatre	42
Les pistes d'amélioration.....	42
Ouvertures	43
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	47
Annexe 1 : charte de partenariat.....	49
Annexe 2 : formulaire de consentement.....	51
Annexe 3 : grilles d'entretien	53
Annexe 4 : enregistrement registre interne CHU de Grenoble.....	55
Annexe 5 : échange de mails avec la cellule d'accueil recherche du CHU Grenoble Alpes.....	60
Annexe 6 : Verbatims MG	62
Annexe 7 : Verbatims Psychiatres.....	120
Annexe 8 : arbres thématiques des rôles de chacun	168
Annexe 9 : arbres thématiques sur la communication	170
Annexe 10 : arbres thématiques sur l'adressage.....	173
Annexe 11 : arbres thématiques sur les pratiques.....	174
Annexe 12 : arbres codages MG.....	174
Annexe 13 : arbres codages Psychiatres.....	181

INTRODUCTION

La place du médecin généraliste dans la prise en charge de la dépression.

De nombreuses études et de nombreux rapports ont fait état de la part importante de la prise en charge des troubles dépressifs et anxieux en consultation de médecine générale. En effet, en moyenne 20 à 30% des consultations chez le médecin généraliste sont liées à des troubles psychiatriques (1). Il a été mis en évidence à l'aide d'une échelle basée sur les critères du DSM-IV que 15% des patients consultant chez le médecin généraliste présentaient des critères de dépression majeure (2).

Par ailleurs, le médecin généraliste a été identifié, et de loin, comme le premier professionnel consulté lors de symptômes de santé mentale (72,7% des cas) et les patients expriment une plus grande satisfaction quand le médecin généraliste continue à assurer la totalité ou une partie de la prise en charge (3) (4) (5). Une étude a également montré que la France a un faible taux d'adressage de patient aux spécialistes de santé mentale par rapport à d'autres pays d'Europe (22% contre 55% en Italie ou 52% aux Pays-Bas) (4).

Le dépistage et la prise en charge des troubles psychiatriques, et en particulier de la dépression et des troubles anxieux, font donc partie intégrante de la pratique de la médecine générale actuelle en France.

Organisation des soins psychiatriques en France : un manque de moyen et une disparité géographique importante de l'offre de soin.

Les problèmes de démographie médicale en France n'ont pas épargné la psychiatrie. Cette spécialité apparaît plus concernée que la médecine générale et la situation semble vouée à persister car la densité de psychiatres en France devrait décroître très fortement compte tenu de la baisse programmée des effectifs d'ici à 2030 (variation de -8% versus 0,6% pour la médecine générale) (6).

De plus, il existe une importante disparité de l'offre de soin selon les départements en termes d'équipement mais aussi de ressources humaines : des écarts allant d'un à treize pour les lits et places en psychiatrie générale (contre un à quatre en médecine-chirurgie-

obstétrique), un rapport d'un à cinq pour les psychiatres exerçant à l'hôpital. (7) Concernant les psychiatres libéraux, en 2004, Paris concentrait 23% des praticiens pour 3,5% de la population française, quand les départements les moins bien lotis n'avaient qu'un psychiatre libéral pour tout le département. Au total, 80% des psychiatres libéraux exercent dans des villes de plus de 50 000 habitants. (8) (1)

Cette disparité s'accompagne pour les secteurs les moins bien dotés à un recours plus important à la médecine générale pour la gestion des troubles mentaux, qui se retrouve d'autant plus en première ligne pour la gestion de ceux-ci (9).

Une coopération entre la psychiatrie et la médecine générale nécessaire mais non satisfaisante à ce jour

La majorité des médecins généralistes a déclaré qu'une coopération avec les soins spécialisés dans les troubles mentaux permettent d'améliorer la prise en charge des patients, l'accès aux soins et les compétences des médecins généralistes. Cette coopération est souhaitée par les médecins généralistes pour environ 40% de leurs patients. (5)

Cependant, force est de constater que cette coopération est insuffisamment mise en pratique. Près de deux médecins sur trois se disent insatisfaits de la coopération avec les professionnels spécialisés.

Les insatisfactions concernent en particulier : les difficultés d'accès aux services spécialisés en termes de disponibilité mais aussi de délai ; les retours d'informations insuffisants des spécialistes ; l'obtention de conseils téléphoniques ou d'orientation. (10) (11)

Ce manque de coopération a des conséquences importantes sur la prise en charge des patients : selon un rapport HAS de 2013, en cas de dépression il y a 20% de chance que la pathologie soit traitée de façon optimale si elle est uniquement prise en charge par le médecin généraliste, contre 80% en cas de double prise en charge avec des spécialistes en santé mentale. (1)

Des pistes d'amélioration pour la coordination des soins et un besoin de s'appuyer sur des ressources locales

Cela fait maintenant plusieurs années que différentes instances et différents groupes de travail se sont intéressés à la communication dans le domaine de la santé mentale. Il existe donc à ce jour une Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur, ainsi que des recommandations du Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP) lors d'une première demande de consultation du médecin généraliste au psychiatre (Annexe 1) (12).

Il existe également des recommandations HAS sur la prise en charge de la dépression, ainsi que des Diplômes universitaires sur la prise en charge des troubles mentaux accessibles aux médecins généralistes. (13)

Mais selon une méta-analyse COCHRANE en 2003, les actions organisationnelles sont mises en avant sur la satisfaction des acteurs dans le suivi des patients déprimés en soins primaires : elles ont une efficacité supérieure aux actions de formation isolée. (5)

Cependant au vu des disparités de moyens citées plus haut, il apparaît difficile d'uniformiser l'organisation d'une coopération interdisciplinaire sur tout le territoire français. Il est donc important de respecter et de soutenir les réseaux et projets locaux, où les projets, à l'initiative de professionnels ayant des relations d'affinités et de confiances, peuvent plus facilement se construire (14).

Cheminement de la recherche

Nous sommes deux internes en psychiatrie qui étions aussi intéressés par l'internat de médecine générale. Nous avons d'ailleurs tous les deux effectué un stage hors filière en médecine générale. De plus, l'un de nous a fait un stage en psychiatrie de liaison et l'autre devrait le réaliser prochainement. Nous sommes donc particulièrement intéressés par la question du lien entre spécialités, celle de la prise en charge globale du patient et de son parcours de soins.

De par nos expériences professionnelles et différents contacts avec des médecins généralistes, nous avons constaté une insatisfaction globale de la communication entre nos deux spécialités, qui a été confirmée par nos recherches dans la littérature.

Cependant, nous avons été surpris du nombre de publications et d'actions menées pour la coordination des soins en santé mentale ces vingt dernières années comparées à l'insatisfaction persistante exprimée par nos confrères. Nous avons noté que la majorité des études sont centrées sur le point de vue et les besoins des médecins généralistes. Les études montrent aussi l'importance de l'organisation et de l'offre de soins locales dans l'optimisation de cette coopération. Par ailleurs, il apparaît que la dépression et les troubles anxieux sont les troubles mentaux les plus fréquemment rencontrés en médecine générale (2).

A partir de ces différents constats, nous avons établi notre question de recherche « quelle sont les perceptions des différents intervenants sur la coopération médecin généraliste-psychiatre dans la prise en charge des patients dépressifs en Isère ? »

L'objectif principal est de confronter les perceptions des médecins généralistes et des psychiatres sur leur coopération dans la prise en charge des patients dépressifs.

Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence les freins persistants à une bonne coopération, ainsi que des pistes d'amélioration, en particulier en fonction des ressources locales.

MATERIEL ET METHODES

Au vu de la question de recherche et de l'objectif principal, une analyse qualitative était la méthode plus pertinente. Ce type d'étude s'intéresse à l'expérience des personnes, à leurs représentations, au sens qu'elles donnent à leurs actions et aux relations qu'elles entretiennent.

Les entretiens étaient semi dirigés pour orienter le sujet tout en laissant une libre expression des participants.

Le recrutement des généralistes visait une variabilité maximale des participants selon les dimensions suivantes : âge, sexe, formation en psychiatrie, mode et lieu d'exercice. Le recrutement a été réalisé par invitation téléphonique ou mail après explication du projet. Il a été complété par une technique de chaînage. (Figure 1)

La réalisation des entretiens s'est déroulée dans des lieux choisis par les participants, généralement leur lieu d'exercice. Les entretiens étaient réalisés de façon individuelle, à l'exception d'un focus group regroupant les participants MG6 et MG7. Les consentements des participants ont été recueillis après information sur les modalités d'enregistrement et de consultation des données. (Annexe 2)

Le recrutement des psychiatres s'est déroulé dans un second temps, après analyse des données issues des entretiens avec les médecins généralistes, afin d'augmenter la pertinence des profils inclus dans l'étude. De cette manière, les psychiatres n'ayant eu qu'une activité de secteur en intra-hospitalier ont été exclus de notre étude, car peu d'éléments concernant le lien avec ce profil de psychiatre n'ont été retrouvés dans la première partie de l'étude. De la même façon une variabilité maximale a été visée concernant les dimensions suivantes : âge, sexe, mode d'exercice, formations complémentaires au DES de psychiatrie.

Le canevas d'entretien initial a été conçu par les enquêteurs sous la forme d'entretiens semi-structurés, après analyse des données de la littérature. Il a évolué au fil des entretiens. (Annexe 3)

Les inclusions se sont poursuivies jusqu'à suffisance des données sur l'analyse et les retranscriptions écrites ont été envoyées aux participants pour d'éventuelles corrections, conformément aux critères méthodologiques COREQ en recherche qualitative.

Une demande de soutien a été réalisée auprès de l'accueil recherche du CHU Grenoble-Alpes. Après discussion avec le Délégué à la Protection des Données, il est apparu que notre étude ne nécessitait pas la transmission d'une demande à la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés), car les données recueillies ne correspondaient pas à des données de santé. Un enregistrement dans le registre interne du CHU Grenoble Alpes a été réalisé. (Annexes 4 et 5)

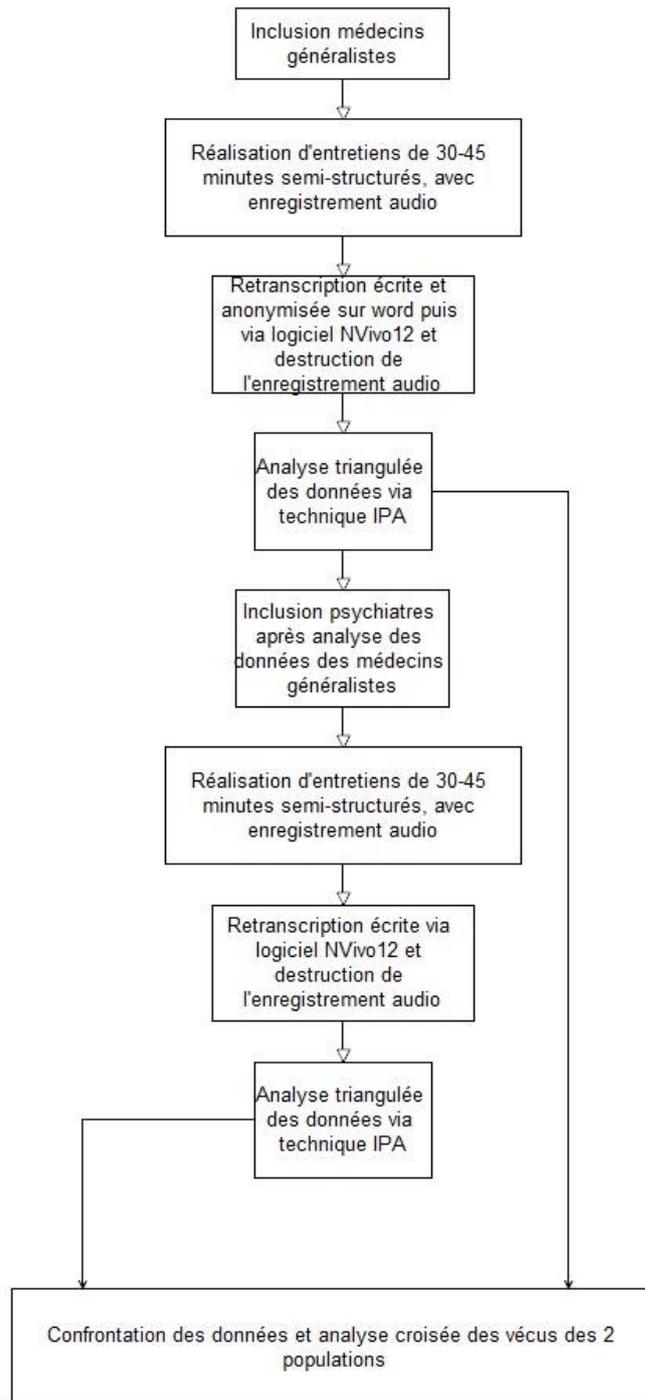


FIGURE 1 : FLOWCHART

RESULTATS

13 entretiens ont été réalisés entre Août 2018 et janvier 2019, avec un total de 14 personnes interrogées (Annexes 6 et 7).

Les caractéristiques générales de la population étudiée ont été présentées dans les tableaux 1 et 2.

TABLEAU 1- CARACTERISTIQUES DES MG

	Age	Sexe	Dernière formation	Durée d'entretien	Formation en psychiatrie	Lieu d'exercice	Mode d'exercice
MG1	29	F	<2ans	44min	DU hypnose médicale, DU psychiatrie à l'usage des non spécialistes	Urbain	Remplaçante
MG2	38	F	<2ans	42 min	Anciennement praticienne en CHS	Rural	Libéral
MG3	45	F	Non applicable	41 min	Organisme de formation continue (animation sur thématique psychiatrique)	Urbain	Libéral
MG4	40	F	Non applicable	52 min	0	Urbain	Libéral
MG5	32	H	Non applicable	37 min	Stage d'externe en unité d'hospitalisation de secteur, IDE de nuit à Saint Egrève	Rural	CCA en médecine générale, Maison médicale de santé
MG6	27	F	<2ans	44 min	Animatrice d'un groupe thérapeutique sur les psychotropes (partenariat CMP)	Urbain	CCA en médecine générale, Pôle de Santé
MG7	32	H	2012	44 min	DU de psychiatrie à l'usage des non spécialistes	Urbain	Temps pleins en Pôle de Santé

Médiane MG = 44min ; Médiane PS = 30min ; Médiane totale = 41 min

TABLEAU 2- CARACTERISTIQUES DES PSYCHIATRES

	Age	Sexe	Durée d'entretiens	Formation complémentaire	Lieu d'exercice	Mode d'exercice
PS1	45	F	41 min	0	Urbain	Libéral + liaison en intra hospitalier
PS2	36	F	26 min	0	Urbain	Hospitalier, urgences
PS3	40	H	34 min	0	Urbain	Libéral + hospitalier
PS4	40	F	30 min	DU hypnose, DU TCC	Urbain	Libéral
PS5	34	H	27 min	DU expertise psychiatrique pénale, suicidologie	Urbain	Hospitalier, urgences
PS6	65	H	22 min	DU TCC, hypnose, PNL, thérapie provocative, sexothérapie	Urbain	Libéral
PS7	31	H	34 min	TIP	Urbain	Clinique privée

4 méta-thèmes ont été dégagés lors de l'étude : la communication médecin généraliste-psychiatre, l'adressage, les rôles et les pratiques de chacun.

Le rôle de chacun

La coordination des soins ne s'envisage qu'au travers de l'identification des **rôles de chacun** dans la prise en charge de la dépression. Les rôles de 4 intervenants ont été identifiés : **le généraliste, le psychiatre, le patient et sa famille.**

Dans le cas des professionnels, le rôle de chacun a été structuré au travers des **spécificités** de l'intervenant, de **ses limites** et des **attentes des partenaires.**

Dans le cas du patient, son rôle s'est défini comme **partenaire des soins**, ou à l'inverse comme **obstacle des soins.**

- Rôle du médecin généraliste :

Spécificités :

Il a été retrouvé **la vision globale des situations, la disponibilité, l'apport de solutions concrètes aux problèmes** et sa **position en première ligne des soins.** Les médecins généralistes rapportaient leur **position durable dans les soins du patient**, ainsi que leur rôle pour **faire accepter l'indication de soins psychiques au patient.**

MG4 : « Bah oui c'est sûr qu'ils reviennent toujours vers nous, même si elle fait des allers retours à droite à gauche nous on est l'élément fil rouge »

MG7 : « Et voilà, ça faisait trois ans qu'on essayait de la faire accepter de se faire hospitaliser, donc là ça a été une grande victoire pour elle »

Le médecin généraliste était perçu de part et d'autre comme un **acteur compétent des soins psychiques.**

MG4 : « clairement on n'est pas psychiatre comme on n'est pas cardio mais il y a des choses qu'on peut faire et qu'on sait faire. »

PS1 : *« Ça j'en suis persuadée, les généralistes font beaucoup de psychiatrie. Et je suis étonnée parce qu'ils font bien. »*

Les limites :

Elles regroupaient des **difficultés dans le maniement des psychotropes**, une **incertitude diagnostique**, une **difficulté à évaluer l'urgence des situations** ou le **manque de temps**. Les psychiatres rapportaient un **cloisonnement des motifs de consultation en médecine générale**, tandis que les généralistes mettaient en avant un **manque de connaissance des réseaux intra-hospitaliers**, et des **conditions d'exercice non adaptées aux urgences psychiques**.

MG3 : *« Donc moi je l'ai envoyé illico aux urgences, donc il a fallu que je m'enferme dans le cabinet parce qu'il voulait sortir. Donc c'était quand même vraiment dur dur. »*

Les attentes des psychiatres envers les généralistes :

Ils ont rapporté la **gestion de la iatrogénie**, un **partenariat pour les questions somatiques**, une **intensification du suivi psychiatrique**, un **relais pour les patients stabilisés** ou une **relance du suivi**.

PS1 : *« Il va bien maintenant, je le vois tous les mois et on diminue le traitement. Ça fait très, très longtemps que je le vois, effectivement je pense que lui un généraliste suffirait. »*

- Rôle du psychiatre :

Spécificités :

Il a été retrouvé la **gestion des dépressions sévères**, une **expertise clinique et pharmacologique** et des **consultations plus longues**. Les psychiatres mettaient en avant une **meilleure connaissance des réseaux de soins**.

PS3 : *« Je connais plus le réseau qu'eux, je connais plus les collègues psychiatres, donc s'il y a besoin de faire un truc rapproché, un truc urgent, c'est plus simple pour moi d'intervenir. »*

Les limites :

Elles n'ont été relevées que par les psychiatres eux-mêmes. Ils rapportaient une **difficulté à donner un avis diagnostic ponctuel**, une **nécessité de surspécialisation pour la gérontopsychiatrie**, une **difficulté à suivre différents membres d'une même famille**, ou un **risque d'épuisement en cas de suivis de trop de cas complexes**.

PS1 : *« De mon point de vue tu peux pas, quand tu es psychiatre, n'avoir que des situations difficiles, sinon tu t'épuises. »*

Les attentes des généralistes envers les psychiatres :

Il s'agissait d'une **expertise pharmacologique**, d'une **demande d'être rassurés** ou d'une **demande de supervision**.

MG3 : *« oui ça serait ... c'est rassurant pour nous en se disant ben si à un moment il y a un souci ou quoi je peux l'appeler, on peut échanger. »*

- Rôle des patients :

Obstacle aux soins psychiques :

Le patient a été décrit comme pouvant faire preuve de **mauvaise compliance aux soins** à travers un **refus des soins** ou un **mésusage des médicaments**. Il pouvait être perçu comme un obstacle via un **nomadisme médical**, une **augmentation de son niveau d'exigence**, une **pression sur la prescription des psychotropes** ou directement comme **mauvais média de la communication psychiatre-généraliste**.

MG2 : *« je pose toujours la question... Vous êtes sûr que vous prenez pas de médicament ? Même pas pour le sommeil... ? Et la BOUM « ah si je suis sous Depakote® », et bah voilà... ! (rire) Ça oui, c'est assez fréquent. »*

Partenaire des soins :

Il pouvait être décrit en tant que **créateur du réseau des généralistes**, comme **bon média de la communication psychiatre-généraliste**, ou comme **arbitre du rôle de chacun**.

MG1 : « *Les patients ils me recadrent en me disant « Non, non ! Là je viens pour un problème physique, juste me gonflez pas ! »* »

- Rôle des familles

Les psychiatres les mettaient en avant comme **protecteurs du patient** ou **lanceurs d'alerte sur son état psychique**. Ils constataient un **épuiement des familles** dans ce rôle protecteur.

PS7 : « *Quand il y a un vrai gros risque suicidaire la première personne qu'on appelle même sur une sortie, c'est d'abord la famille en fait.* »

La communication médecin généraliste-psychiatre

Sur la question de la communication entre les deux spécialités, 4 thèmes ont émergé : l'intérêt d'une bonne communication, l'état de la communication telle qu'elle était perçue par les deux corps de spécialité, les obstacles à la communication et les perspectives d'évolution.

- L'intérêt d'une bonne communication :

Pour les professionnels :

Il s'agissait d'un **soulagement lié au partage** de situations difficiles, ainsi qu'une **satisfaction** à échanger. La communication entre les intervenants **facilitait la bienveillance mutuelle**, et permettait également au psychiatre d'**avoir confiance en l'évaluation du médecin généraliste**.

Pour les médecins généralistes, l'intérêt était aussi d'être **tenu informés des prises en charge**, et de pouvoir **justifier les arrêts de travail** des patients. Pour les psychiatres, la communication avec le médecin généraliste pouvait lui permettre de **le conforter dans sa prise en charge** ou bien **de prendre du recul** sur celle-ci.

Pour les patients :

Il s'agissait d'**éviter des problèmes de prescription** ou d'**atténuer la brutalité de l'adressage**.

Les psychiatres soulignaient que communiquer permettait aussi de **limiter les adressages inappropriés aux urgences** et de **déstigmatiser la psychiatrie**.

- L'état de la communication :

Les moyens de communication :

Il s'agissait des **mails, courriers** ou du **téléphone**.

Le **téléphone** était identifié comme le **moyen de communication privilégié** par les deux spécialités, notamment pour répondre à un **besoin de communication à l'écart du patient**.

Les **courriers** étaient perçus par les généralistes comme le **moyen de communication minimum**.

L'intérêt des courriers était multiple : **récapituler les grands axes** de la prise en charge, **identifier les intervenants** et **définir les rôles de chacun**, **confirmer le suivi par le psychiatre** auprès des généralistes, **informer de la fin de la prise en charge**. Cependant, les intervenants ont rapporté un **manque de courrier** et les psychiatres avouaient en faire **peu pendant le suivi**, notamment **si le patient était stable**.

La qualité de la communication est variable :

Les deux spécialités ont rapporté un **manque de communication** de part et d'autre, mais aussi des situations de **partenariat** dans les prises en charge.

Les intervenants ont exprimé une responsabilité partagée à la mauvaise communication.

- Les obstacles à la communication

Les obstacles liés à la société :

Il a été rapporté : **la stigmatisation de la psychiatrie** d'une part, et d'autre part le **secret médical** qui était parfois opposé aux médecins généralistes par les psychiatres. Les psychiatres ont rapporté leur **difficulté à déléguer la communication**.

PS5 : « ...je me rends compte que pour nos collègues psychologues et infirmières, elles ont du mal à initier ce lien, faire la démarche d'appeler le médecin, elles attendent que le médecin parle au médecin et ainsi de suite... »

Les obstacles liés aux médecins généralistes :

Il a été rapporté : **un intérêt variable pour la psychiatrie**, **la peur d'être confronté à ses limites** ou au **jugement du psychiatre**.

Les médecins généralistes ont rapporté également un **besoin peu fréquent d'un avis psychiatrique** et leurs **difficultés à exprimer la problématique psychiatrique**.

Les psychiatres ont évoqué des obstacles liés à la logistique, comme **l'interface Doctolib**,

ou bien **le secrétariat**. Ils avançaient que certains médecins généralistes étaient **peu à l'écoute des psychiatres** et qu'ils ne savaient pas qu'ils pouvaient **appeler l'UCAP pour un avis**.

Les obstacles liés aux psychiatres :

Il s'agissait d'une part des **facteurs personnels** : les psychiatres rapportaient **un manque d'investissement et de temps** pour créer du lien avec les généralistes, cette communication pouvant être **vécue comme une surcharge**. Certains ne ressentaient **pas le besoin de communiquer** avec les médecins généralistes.

D'autre part, il y avait des obstacles **liés à la spécialité** : un **langage spécialisé hermétique**, une **ancienne génération de psychiatre moins communicante**, influencée par la culture du secret de la **théorie psychanalytique**.

PS3 : « Mais je pense qu'une des raisons, de la part des psychiatres, qui a amené à ce qu'ils travaillent dans leur coin, c'était l'approche psychanalytique, qui suppose absolument un secret total... »

- Les perspectives d'évolution

Les ressentis sur l'évolution de la communication :

Certains ont pointé une **absence d'évolution** tandis que d'autres ont noté une **évolution de la communication en réponse aux actions de santé publique**, avec une **nouvelle génération de professionnels plus sensibilisée à la coordination des soins** et une **atténuation du clivage psychique-somatique**.

PS5 : « Je pense que la psychiatrie fait vraiment des efforts, et je pense que les 10 dernières années, les choses ont évolué plutôt favorablement. »

Les pistes d'améliorations :

La création de **rencontres entre médecin généraliste et psychiatre** a été évoquée, par exemple par le biais de **formations mixtes**, ou de **lieu d'exercice pluriprofessionnel**.

Comme outils, les médecins généralistes ont évoqué les **logiciels d'informations dématérialisées** (DMP ou SISRA*) comme moyen de communication directe.

Les psychiatres ont évoqué une **permanence d'avis aux heures ouvrables** avec la **diffusion d'un numéro référent pour les avis psychiatriques**, ainsi que la **protocolisation de courrier type** comme **moyen d'incitation au courrier**.

L'adressage

La coordination des soins des patients dépressifs passait en particulier par l'adressage aux spécialistes de santé mentale.

Les thèmes qui ont émergé étaient : **les motifs d'adressage, les facteurs l'influençant, les obstacles et les pistes d'amélioration**. Les médecins généralistes ont également évoqué des **conséquences aux difficultés d'adressages**.

- **Motifs d'adressage**

Le principal motif d'adressage était lorsque la **compétence du médecin généraliste était insuffisante** (cf. limites du médecin généraliste)

Les médecins généralistes rapportaient le besoin des patients de **dissocier la prise en charge psychique du somatique**.

- **Facteurs influençant l'adressage**

Le principal facteur dépendant des patients était les **ressources financières**, avec par exemple un **sous adressage aux psychologues** car ils ne sont pas remboursés. **Les pratiques du psychiatre** et sa **capacité à communiquer** orientaient le choix du médecin généraliste, ainsi que son **sentiment que le patient allait s'entendre avec le psychiatre**.

L'entente et la confiance avec le médecin généraliste **facilitait l'adressage** des patients au psychiatre.

PS4 : « ... moi actuellement je ne prends plus de nouveau patient, sauf s'ils me sont adressés par des médecins généralistes avec qui je travaille régulièrement... »

- Obstacles à l'adressage

Obstacles liés à la société :

Il s'agissait de la **stigmatisation de la psychiatrie** et des **délais importants de prise en charge**. (cf. offre de soins)

Les médecins généralistes ont rapporté un **manque d'information sur les pratiques des psychiatres**.

Obstacles liés aux patients :

Il s'agissait de la **résistance à accepter le suivi psychiatrique** et le **fait de vivre l'adressage au psychiatre comme un abandon**.

MG5 : « *Après on travaille cette relation avec beaucoup de bienveillance, on les revoit régulièrement, on leur répète régulièrement, et au bout de ... voilà moi ma patiente au bout de cinq ans elle a accepté d'être hospitalisée !* »

Obstacles liés aux généralistes :

Leur **méconnaissance des réseaux** a été rapportée, ainsi que leur **peur d'être confronté à un refus**. Parfois, ils étaient eux-mêmes un **obstacle aux soins psychiatriques**.

PS2 : « *J'ai déjà eu des situations de patients où le généraliste disait « surtout ne les laissez pas vous hospitaliser à St Egrève, machin... ». Donc les familles et les patients voulaient pas y aller, il fallait tout détricoter avec ce que le médecin traitant avait dit.* »

Les obstacles liés aux psychiatres :

Ils étaient composés d'une **file active complète**, une **absence de créneau d'urgence** et un **intérêt variable selon les cas** présentés par le médecin généraliste.

- Pistes d'amélioration

La libération de créneaux de consultations pourrait être permise par des **objectifs de fin de prise en charge** et par plus de **relais au médecin généraliste pour les patients stabilisés**. **L'incitation financière aux avis ponctuels** par le psychiatre ne semblait pas adaptée à la pratique.

PS3 : « ... on peut coter, quand on a un avis spécifique il y a une cotation particulière , quand on les voit une fois en consult'. Moi personnellement je trouve que c'est difficile de voir un patient une seule fois et de donner un diagnostic. »

Les médecins généralistes étaient demandeurs d'un **répertoire des pratiques** des psychiatres.

- Conséquences liées aux difficultés d'adressage

Les médecins généralistes **n'adressaient pas les patients les moins lourds** et certains patients échappaient à l'adressage à cause **des délais trop importants de prise en charge**.

Les pratiques de chacun

L'analyse du vécu des différents intervenants a également mis en lumière leurs pratiques courantes, leur description permettant une analyse pertinente de la coordination des soins.

Ces pratiques s'articulaient autour d'une **vision de la dépression**, qui permettait de mettre en place des **stratégies de soins**, elles-mêmes dépendantes de **l'offre de soins**. Ces pratiques participaient à des **ressentis positifs** et **négatifs** de l'intervenant.

De part et d'autre, la dépression unipolaire sans comorbidité était perçue comme **une pathologie relevant de la médecine générale**.

MG7 : « Dans les dépressions simples, modérées ou même sévères mais sans autres signes associés, [...] c'est des situations où effectivement ... facilement ce n'est pas le mot mais, qui sont gérables quand même en cabinet de médecine générale. »

PS5 : « Ils sont éventuellement déprimés mais bon, je considère que la dépression c'est de la psychiatrie mais ça peut être des enjeux de médecine générale. »

- Les médecins généralistes

Les médecins généralistes rapportaient que **la psychiatrie occupait une part importante de leur activité**, elle était décrite comme **difficile** et **chronophage**.

MG3 : « Je pense que la psy c'est vraiment ce qui nous pose... enfin moi je pense que c'est ce qu'il y a de plus dur en médecine générale »

Vision de la dépression

Ils la décrivaient comme réactionnelle à un **contexte psychosocial**, notamment à travers une **augmentation de la souffrance au travail** ou un **retentissement des problématiques somatiques sur le moral** des patients. Ils décrivent d'ailleurs souvent une **porte d'entrée somatique aux soins psychiques**.

MG6 : « (...) je pense que j'ai pas mal de patients que je vois et qui ont des troubles dépressifs sous-jacents mais qui viennent rarement me voir pour ça, et chez qui c'est vraiment nié. »

Les stratégies du médecin généraliste

Elles reposaient sur l'**utilisation des psychotropes, la mise en place d'arrêts de travail, le soutien, la psychoéducation, l'adressage pour psychothérapie** ou pour **avis au spécialiste**, que cela soit en libéral, aux urgences ou à la médecine du travail. L'**amélioration du contexte précipitant**, comme des **douleurs chroniques**, apparaissait également comme un levier du généraliste sur la dépression.

Perception de l'offre de soins

Les généralistes rapportaient une **offre de soins insuffisante : un manque de lits à l'hôpital psychiatrique** et un **désengagement des CMP** avec un **engorgement injustifié des files actives**.

MG4 : « L'argument c'est qu'ils débordent et je veux bien le croire mais à l'inverse il y a des gens qu'ils suivent depuis des années et je ne suis pas sûre que ces personnes relèvent d'un suivi aussi régulier. »

Ils décrivaient une **disparité d'accès aux soins**, en soulignant l'importance des **initiatives locales dans l'offre de soins**.

MG3 : « A Saint Martin d'Hères on a de la chance aussi on a... avec la mairie il y a des psychologues payés par la mairie qui reçoivent les patients. »

Les ressentis positifs

Ils étaient liés à un **sentiment de compétence** d'une part, et d'autre part à un **soulagement lié au transfert de responsabilité** après l'adressage.

Les ressentis négatifs

Ils pouvaient être en lien avec la société avec une peur de **sanctions disciplinaires** et de **contrôles de la sécurité sociale**.

Ils pouvaient également être directement liés aux psychiatres, avec un **sentiment de déconsidération** et de **mise à l'écart des soins psychiques**, ainsi qu'un **manque de confiance**.

MG1 : *« Bah t'as un peu l'impression d'être prestataire de service derrière pour d'autres problèmes mais de pas... voilà que : « les vrais problèmes on les gère entre nous et si vous avez un problème autre vous allez voir l'autre médecin là, le généraliste... ».* »

Les ressentis négatifs pouvaient être **liés aux situations des patients**, avec en premier lieu **un sentiment d'inconfort et d'impuissance**.

MG3 : *« Donc là j'étais pas bien quoi, parce que je me suis sentie démunie, je voyais bien qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas et je ne voyais pas comment faire pour agir. »*

- Les psychiatres

Spécificités de la pratique libérale :

Une **recherche de confort dans cette pratique** a été rapportée, notamment suite à **un épuisement en milieu hospitalier**.

PS1 : *« Non mais c'est terrible hein, parce que moi j'étais pas du tout comme ça, j'ai l'impression d'avoir beaucoup travaillé quand j'étais PH et d'avoir été beaucoup sollicitée, et ensuite... »*

Vision de la dépression

Elle était généralement **associée à des comorbidités**.

PS1 : *« C'est jamais... en pratique libérale, on est rarement dans le dépressif pur. »*

Ils mettaient en avant la nécessité **d'un suivi long**, pour **surveiller la consolidation**, **diminuer progressivement les traitements**, ou tout simplement parce qu'ils considéraient que **la fin de la prise en charge spécialisée** faisait partie du **rôle du patient**.

PS1 : « *Et je pense que je mets pas facilement fin à la prise en charge [...]. C'est plutôt le patient, j'aime mieux, qu'il initie la démarche.* »

Les stratégies des psychiatres

Elles reposaient sur une **relation forte avec le patient en libéral**, **la rédaction de certificats**, **un suivi long** ou **des consultations d'urgence**. Certains mettaient en avant des **appels téléphoniques aux patients** voire **l'utilisation de la télémédecine**. Un **partenariat avec le psychothérapeute** était mis en avant. **La demande d'avis à des collègues experts** ou **l'adressage en hospitalisation** au travers **d'une meilleure connaissance des réseaux** était soulignés.

PS3 : « *S'il y a une hospitalisation pour motif psychiatrique, c'est quand même légitime que ce soit moi qui m'en occupe.* »

Perception de l'offre de soins :

Les psychiatres décrivaient un **engorgement injustifié des urgences**, en partie à cause d'un manque de communication.

PS2 : « *En fait il n'y avait aucun intérêt à ce que la patiente passe par les urgences du coup. [...] Juste il n'y arrivait plus avec le traitement... il aurait pu appeler.* »

Ils rapportaient une **offre de soins insuffisante**, au travers de **réductions de moyens en psychiatrie**, **d'un manque de généralistes**, avec une **absence de médecin traitant** chez beaucoup de patients.

PS5 : « *Mais en fait ils galèrent... Ça devient compliqué aujourd'hui d'obtenir un médecin traitant dans l'agglomération...* »

Les ressentis positifs

Ils passaient par une **satisfaction lorsque le patient était stabilisé** ou **pour donner des avis**.

PS1 : « Toujours les mêmes de Meylan là. Qui m'ont dit « voilà je sais pas trop quoi faire », et j'ai dit « il faut donner XXXX », ça c'est un truc qui m'intéresse beaucoup, de donner un avis. »

Les ressentis négatifs,

Ils rapportaient un **épuisement à l'hôpital**, une **peur des questions somatiques**, un **manque de confiance** et un sentiment de **déconsidération des généralistes**.

PS1 : « Des fois je prescris le bilan bio et les patients me racontent que les généralistes disent « oh bah alors, c'est quoi ces psychiatres qui prescrivent... ! », comme si on n'était pas légitimes à demander une glycémie ou une vitamine D... »

Beaucoup rapportaient également la sensation de **porter seul la responsabilité des situations** des patients.

PS1 : « Ceux qui vont mal je les tiens à bout de bras mais je m'appuie pas sur les autres. »

DISCUSSION

Limites et forces

La principale limite de l'étude est un biais de sélection lié au mode de recrutement. Même si la sélection initiale de l'échantillon visait une variabilité maximale des caractéristiques, la population ayant accepté d'être interrogée a été celle intéressée par le sujet de l'étude. Ce biais a été pris en compte et partiellement compensé par une technique de chaînage. Cependant, le profil de médecin généraliste âgé de plus de quarante-cinq ans est absent de l'échantillon. Le manque d'expérience des investigateurs dans la réalisation d'une thèse qualitative peut aussi être cité.

Les forces de notre étude sont une correspondance entre nos résultats et les données de la littérature, mais aussi la mise en évidence d'éléments en lien avec des enjeux de santé publique actuels.

Le fait que les auteurs appartiennent au DES de Psychiatrie est également une force dans le traitement d'un sujet jusqu'alors essentiellement traité du point de vue de la médecine générale.

Analyse des perceptions des médecins généralistes et des psychiatres sur leur coopération dans la prise en charge des patients dépressifs.

L'étude a mis en évidence un prérequis essentiel à cette analyse : la vision des rôles de chacun. En effet, les attentes des uns envers les autres et la coordination des soins ne peuvent être satisfaisantes que si tous les intervenants sont conscients de leurs spécificités et limites respectives. (Figure 2)

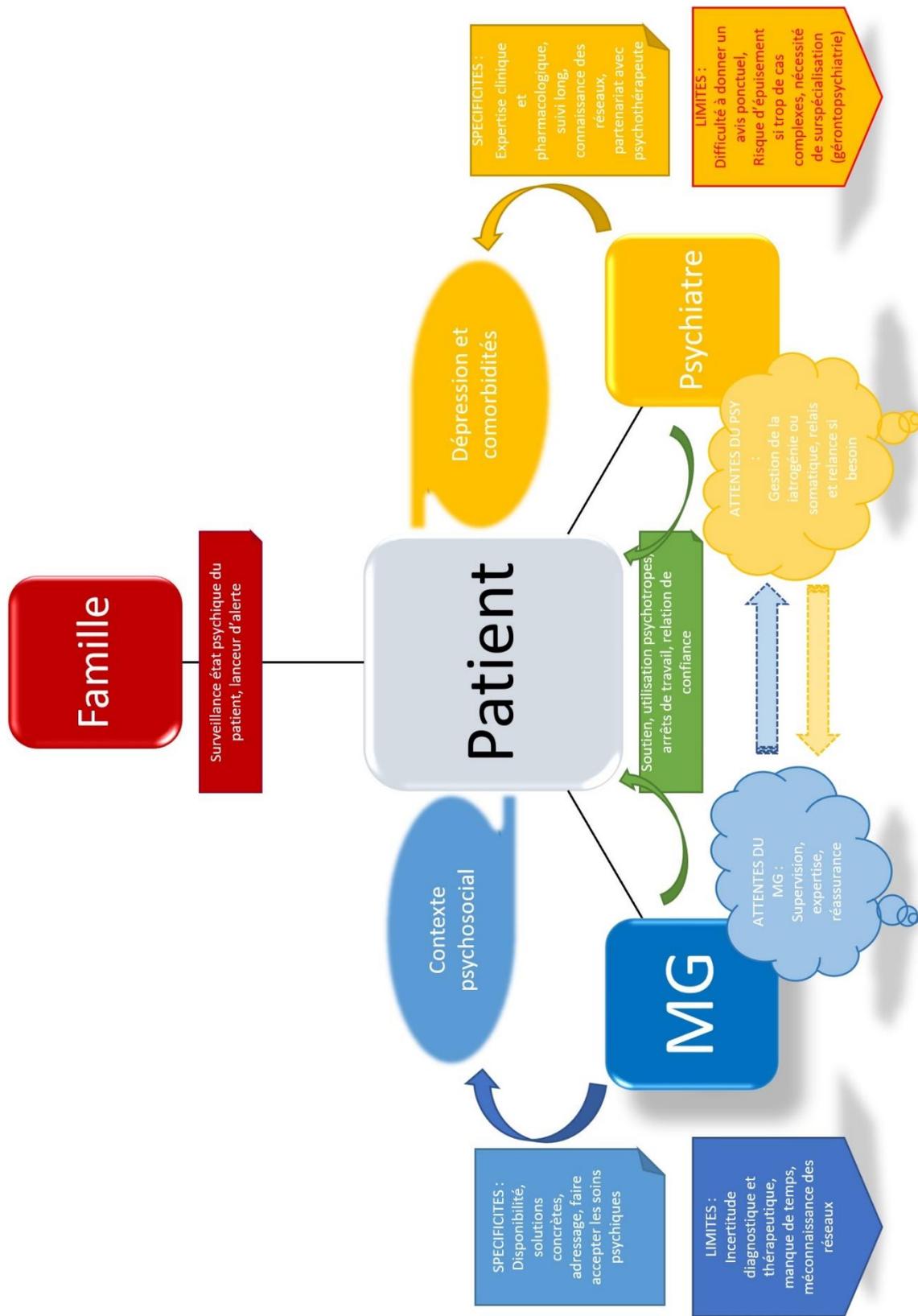


FIGURE 2 - LE ROLE DE CHACUN

Dans cette étude, le médecin généraliste est perçu comme un acteur compétent des soins psychiques, conscient de ses limites, avec un besoin de supervision par un psychiatre lorsqu'il est dépassé.

Ce constat concorde avec les données de la littérature : neuf médecins généralistes sur dix s'estiment efficaces dans la prise en charge de la dépression. Ils reconnaissent que les formes sévères de dépression sont exigeantes pour eux et nécessitent l'aide de spécialistes en santé mentale. Ils souhaiteraient des conseils dans la gestion des traitements psychotropes, dans l'évaluation des risques (suicidaires), d'être guidés pour l'adressage en cas de besoin. (5)

Les psychiatres interrogés dans l'étude envisagent leur rôle d'une manière qui pourrait répondre à ces besoins via le rôle de superviseur, d'expert clinique et pharmacologique et via une meilleure connaissance des réseaux de soins. Cependant, un point important mis en évidence dans cette étude est que les médecins généralistes ont peu conscience des limites des psychiatres. Les psychiatres évoquent leurs difficultés à donner un avis sur la prise en charge via des consultations uniques, et le risque d'épuisement professionnel à prendre en charge uniquement des situations très complexes. Les médecins généralistes risquent d'autant plus de voir leurs attentes déçues, que leur conscience des limites des psychiatres est mauvaise, participant à une exacerbation des ressentis négatifs des médecins généralistes.

Concernant la communication entre les médecins généralistes et les psychiatres, la majorité des intervenants de l'étude sont d'accord pour dire qu'elle n'est pas satisfaisante, que ce soit en termes de qualité et de quantité. Du point de vue des médecins généralistes, ces données sont retrouvées dans la littérature. (10) (11) En particulier en ce qui concerne les courriers, certains psychiatres admettent leur part de responsabilité.

Il apparaît aux deux parties que des moyens de communications directes, et en l'absence du patient, sont nécessaires pour la prise en charge des pathologies psychiques. Les intervenants sont d'accord pour dire que l'entente mutuelle est primordiale et

bénéfique : elle favorise la bienveillance professionnelle, le confort dans la pratique, et la déstigmatisation de la psychiatrie, aussi bien auprès des patients que des professionnels. Enfin, elle permet une meilleure prise en charge globale, que ce soit en termes d'adressage, de gestion de traitements ou de situations complexes. (1)

Les freins à la coopération médecin généraliste-psychiatre

La stigmatisation de la psychiatrie est un frein d'ordre sociétal, bien qu'elle n'épargne pas les professions de santé, comme cela a été souligné dans l'étude.

L'insuffisance de l'offre de soins et parfois son inadéquation aux pratiques des professionnels sont des freins structurels. Ils rentrent dans des enjeux de santé publique, avec des conséquences pour les patients, notamment en termes de délais de prise en charge. Enfin, pour les médecins généralistes, la mauvaise connaissance des réseaux en psychiatrie et des pratiques des psychiatres apparaissent comme des freins à la collaboration. Les psychiatres identifient des freins logistiques, comme l'interface de prise de rendez-vous en ligne Doctolib, où les numéros de téléphone des professionnels ne sont pas toujours accessibles. L'influence de la psychanalyse, avec un principe de confidentialité absolue entre le patient et psychothérapeute est un frein identifié par l'étude. Cette influence aurait tendance à s'estomper avec les nouvelles générations de professionnels, qui sont plus sensibilisés à la notion d'interdisciplinarité, le rôle de médecin primant sur celui de psychothérapeute.

Ces freins à une bonne communication sont entretenus par un manque de confiance mutuel.

Les pistes d'amélioration

La première piste semble de travailler l'aspect relationnel. Par exemple en favorisant les rencontres entre les professionnels, que ce soit par des formations communes, des groupes de pairs ou même des lieux d'exercices communs.

Le développement ou l'optimisation d'outils de communication, est un facteur important pour répondre au manque de temps des professionnels, mais aussi au besoin de

communication directe en l'absence du patient exprimé pas les deux spécialités. Les logiciels d'information dématérialisée ont été cités (Sisra¹, DMP). La création d'un répertoire des pratiques des psychiatres et la diffusion d'un numéro référent assurant un avis psychiatrique rapide répondraient aux besoins exprimés par les généralistes. Enfin, les acteurs sont conscients de la nécessité de s'appuyer sur les ressources locales et d'optimiser l'accès aux avis psychiatriques. La libération de créneaux d'urgence, la permanence d'avis aux heures ouvrables ont été évoquées.

Comme exemple de réflexion territoriale retrouvée dans la littérature, nous pouvons citer le dispositif de soins partagés des Yvelines du Sud, qui propose une évaluation diagnostic et thérapeutique. Avec l'accord du patient, le lien est fait avec le médecin généraliste pour la coordination des soins et la prise en charge d'aval (15). D'autres expérimentations issues de la Charte ont été mises en place sur quelques sites pilotes, incluant CMP et médecins généralistes qui organisent par exemple des réunions pour discuter de cas complexes. Ces sites ont fait l'objet de thèses de médecine générale, dont une à Grenoble qui montre une globale satisfaction dans la coopération interprofessionnelle par ce biais, même s'il existe des difficultés pour pérenniser les rencontres (16).

Ouvertures

Pendant la durée d'inclusion de l'étude, l'HAS a publié un rapport au mois de septembre 2018 sur la coopération entre médecins généralistes et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des adultes souffrants de troubles mentaux. (17)

De même, le projet de loi « Ma Santé 2022 » est au cœur des débats politiques actuels, avec notamment la question de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Y sont évoqués des projets de développement d'outils de communication et la création de corps de métier comme « l'assistant médical », avec un rôle qui déchargerait les médecins des tâches administratives et participerait à la coordination des soins d'aval. (18)

¹ Sisra : logiciel de communication interprofessionnelle multifonctionnel sécurisé incluant une messagerie instantanée

La coordination des soins en général est donc au cœur des préoccupations actuelles des professionnels de santé et des politiques. En santé mentale, certaines actions ont déjà été menées, notamment avec le développement des Conseils Locaux de Santé Mentale en 2016, peut-être encore trop récentes pour qu'il y ait un ressenti notable par les professionnels de santé. (19)

CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif principal de confronter les perceptions des médecins généralistes et des psychiatres sur leur coopération dans la prise en charge des patients dépressifs.

4 dimensions ont émergé des entretiens auprès des psychiatres et des généralistes : les perceptions du rôle de chacun, la communication, l'adressage et les pratiques de chacun.

Les médecins généralistes ne percevaient pas les limites du rôle du psychiatre, ce qui pouvait participer à un niveau d'attente important et entretenir des ressentis négatifs.

Des obstacles à une bonne communication ou à un adressage efficace ont été appréhendés. Ils pouvaient être en lien avec les psychiatres par un manque d'investissement dans la communication, un langage hermétique ou des plages de consultations saturées. Ils pouvaient également être en lien avec les médecins généralistes avec une méconnaissance des réseaux de soins, voire une opposition aux soins psychiatriques. La société ou les patients eux-mêmes pouvaient aussi être un obstacle au travers de la stigmatisation de la psychiatrie ou de la difficulté à reconnaître la nécessité de soins.

Au niveau des pratiques, la vision de la dépression des généralistes et des psychiatres était différente. Un manque de confiance entre les intervenants et une offre de soins insuffisante ont été rapportés de part et d'autre.

Plusieurs pistes d'amélioration ont pu être envisagées comme une augmentation des lieux de rencontres interdisciplinaires, des formations mixtes ou des initiatives locales afin de renforcer la bienveillance mutuelle. Une permanence téléphonique a été évoquée ainsi que plus de relais aux généralistes pour les patients stabilisés. Un répertoire des pratiques des psychiatres permettrait un meilleur adressage. De nouveaux outils numériques permettraient une évolution de la communication entre intervenants.

Il serait intéressant de compléter ce travail par une autre étude qui explore les perceptions des patients eux-mêmes sur leurs attentes envers leurs médecins et leur coopération.

L'évolution des pratiques et la coordination des soins semblent particulièrement investies par les politiques de santé actuelles, et laissent entrevoir une évolution favorable si elles s'appuient sur les perceptions des professionnels qui ont pu être recueillies dans cette étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. N° 1662 - Rapport d'information de M. Denys Robiliard déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie [Internet]. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>
2. Norton J, Roquefeuil G de, 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. /data/revues/00137006/v35i6/S0013700608002674/ [Internet]. 8 déc 2009 [cité 7 janv 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/236547>
3. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. BMC Public Health. 31 juill 2007;7(1):188.
4. Kovess-Masféty V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C, et al. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. Psychiatr Serv. févr 2007;58(2):213- 20.
5. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? L'information psychiatrique. 12 juin 2014;Volume 90(5):359- 71.
6. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/la-demographie-medicale-a-l-horizon-2030-de-nouvelles-projections-nationales-et>
7. Atlas régional de psychiatrie générale - Disparités de l'offre et des territoires d'intervention - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/atlas-regional-de-psychiatrie-generale-disparites-de-l-offre-et-des-territoires>
8. Coldefy M. Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France. Etudes et Résultat DRESS. nov 2005;12.
9. Coldefy M, Fur PL, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale. Pratiques et Organisation des Soins. 2009;Vol. 40(3):197- 206.
10. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret 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. 1 juin 2010;36:D73- 82.
11. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. L'information psychiatrique. 12 juin 2014;Volume 90(5):341- 52.
12. ODPC CNQSP. ODPC CNQSP [Internet]. 2010 [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.odpc-cnqsp.org/recommandations.php#>
13. Haute Autorité de Santé - Dépression de l'adulte – Repérage et prise en charge initiale [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2803591/en/depression-de-l-adulte-reperage-et-prise-en-charge-initiale

14. Demailly L. Cloisonnements et coopérations dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques. 2005;81:7.
15. RPSM78 - Soins partagés [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.rpsm78.com/dispositifs/soins-partages>
16. Jacoud A, Couvert I. Analyse du vécu et des enjeux relationnels des médecins généralistes et psychiatres, dans le cadre de rencontres régulières: une étude qualitative en Isère. :132.
17. Haute Autorité de Santé - Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration [Internet]. [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration
18. Les 5 chantiers pour transformer le système de santé [Internet]. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-5-chantiers-pour-transformer-le-systeme-de-sante>
19. Historique et cadre législatif des CLSM – Centre National de Ressources et d Appui aux CLSM [Internet]. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <http://clsm-ccoms.org/quest-ce-quun-clsm/historique-et-cadre-legislatif-des-clsm/>

Annexe 1 : charte de partenariat

Charte de partenariat

Médecine générale & Psychiatrie de secteur

Pour mieux répondre aux besoins des patients dans le domaine de psychiatrie et de la santé mentale et compte tenu des enjeux des soins aux personnes et de santé publique, le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés souhaitent améliorer le partenariat entre médecins généralistes traitants et psychiatres de secteur. Afin d'assurer une meilleure coordination des soins, ils s'accordent sur les points suivants :

- 1 Le psychiatre de secteur, dans la perspective d'une prise en charge coordonnée du patient, notamment sur le plan somatique, **s'assure de l'existence et de l'identification d'un médecin généraliste traitant** pour chacun de ses patients.
- 2 Le médecin généraliste traitant assure le suivi médical global du patient et, dans ce cadre, participe à la prévention et la surveillance des effets secondaires des traitements en particulier lors de **comorbidités somatiques et psychiatriques**. Le psychiatre de secteur propose, s'il y a lieu, le traitement chimiothérapeutique au médecin généraliste traitant, qui en réalise alors principalement la prescription, eu égard à sa connaissance globale de l'état clinique du patient.
- 3 Le secteur de psychiatrie assure au médecin généraliste traitant **un accès téléphonique direct** à un psychiatre senior de l'équipe. Cette disponibilité est réciproque.
- 4 La **transmission d'information** de la part du psychiatre de secteur au médecin généraliste traitant est assurée dès l'adressage du patient aux structures de soins. En cas de suivi spécialisé, le médecin généraliste traitant, en tant que co-thérapeute, est informé régulièrement de ses modalités en cours et/ou envisagées quant à la prise en charge ponctuelle ou durable.
- 5 Le médecin généraliste traitant est informé systématiquement et dans les délais les meilleurs, **des hospitalisations programmées ou urgentes en milieu spécialisé de son patient, tant à son entrée qu'à sa sortie**. Sa connaissance du traitement de sortie mais aussi des conditions du retour à domicile, en particulier en cas d'interventions dans le champ sanitaire ou social dans le lieu de vie, en fonction des ressources du territoire, est de nature à assurer une meilleure coordination du parcours de soin.
- 6 Pour les patients relevant de la patientèle du médecin généraliste traitant, cette coopération entre soignants facilite **l'action du médecin généraliste traitant pour mobiliser des ressources locales et des interventions communes au domicile par l'équipe du secteur psychiatrique**. Le médecin généraliste traitant intervient notamment en cas de mesure d'hospitalisation sans consentement.
- 7 Le médecin généraliste traitant et le psychiatre du secteur réfèrent assurent la **coordination des interventions au domicile** concernant les équipes pluri professionnelles impliquées dans les soins, l'aide et l'accompagnement du patient et de sa famille.
- 8 **La formation des internes de psychiatrie et des internes de médecine générale doit favoriser la connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles**. Les stages universitaires doivent être l'occasion d'échanges réciproques dans les secteurs ou les cabinets des maîtres de stage des universités.

La mise en oeuvre de ces principes participe au développement d'espaces d'échanges communs entre médecine générale et psychiatrie publique. Elle doit être adaptée à la situation démographique des différents territoires.

le 20 mars 2014

Dr Christian Müller
Président
Conférence Nationale des Présidents de CME
de Centres Hospitaliers Spécialisés



Pr Pierre Louis Druais
Président
Collège de la Médecine Générale



Annexe 2 : formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

N° d'identification du participant : _____

Date : _____

Nous sommes deux internes en psychiatrie (MICHEL Audrey et CASTAN Jean) et nous préparons une thèse dans le domaine de la coordination des soins entre la psychiatrie et la médecine générale.

Le sujet concerne les perceptions croisées des médecins généralistes et des psychiatres dans la prise en charge de la dépression.

Nous menons notre étude en faisant des entretiens auprès de médecins des deux spécialités.

Notre objectif est de confronter les vécus recueillis auprès des deux spécialités afin de mieux comprendre les attentes de chacun et de proposer des pistes d'amélioration dans la coordination des soins à l'avenir.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par _____

Il durera de 30 à 90 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel / focus group où nous vous poserons des questions concernant votre vécu et votre expérience. Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. Nous réaliserons l'analyse des données personnellement avec la participation de notre directeur de thèse Dr Marc DUBUC

Les résultats seront utilisés dans le cadre de notre thèse et peuvent éventuellement être publiés.

À tout moment vous pourrez avoir accès à la retranscription de notre entretien et aux données vous concernant.

Merci de noter vos initiales après chaque phrase :

Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.

Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment.

Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.

Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.

Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.

Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Investigateur :

Nom : _____

Date : _____

Signature :

Participant :

Nom : _____

Date : _____

Signature :

Annexe 3 : grilles d'entretien

Guide d'entretien MG

1 – Pouvez-vous me parler de votre dernier patient dépressif et de sa PEC ?

Relance : Quelle est votre place dans cette PEC ? Y a-t-il des raisons particulières d'adressage/non adressage ?

2 – Avez-vous un exemple de situation où vous faites appel à un psychiatre ?

Relance : Qu'en attendez-vous ? Pourquoi ce psychiatre ?

3 – Quelles sont les exemples de points améliorables selon vous dans le lien avec les psychiatres ?

Relance : En quoi l'amélioration de ces points pourrait vous bénéficier/bénéficier au patient ?

4 – Quelle est votre expérience en matière de risque suicidaire ?

Relance : Avez-vous des exemples ? Quel est votre ressenti dans la PEC de la crise suicidaire ?

5 – Avez-vous constaté un changement dans votre rapport avec les psychiatres ces dernières années ?

Relance : Pouvez-vous préciser ? Qu'en pensez-vous ?

6 – Pouvez-vous me citer une situation où vous avez été en difficulté dans la PEC d'un patient dépressif ?

Relance : Qu'avez-vous ressenti ? Quel est votre avis sur cette situation ?

Fin – Est-ce qu'il y aurait des éléments importants dont nous n'avons pas parlé ?

Guide d'entretien psychiatres

1) Pouvez-vous me parler du dernier patient que vous avez vu pour une dépression ?

Relances : y a-t-il un lien avec le médecin généraliste ? Par qui avait-il été adressé ?

2) Avez-vous un exemple de situation où vous avez pris contact avec un médecin généraliste ?

Relances : qu'en attendez-vous ? Quel retour ?

3) Quelles sont les exemples de points améliorables selon vous dans le lien avec les MG ?

Relances : En quoi l'amélioration de ces points pourrait vous bénéficier/bénéficier au patient ?

4) Avez-vous une situation de prise en charge collaborative avec un MG en matière de risque suicidaire ?

Relances : Quel est votre vécu de la prise en charge suicidaire ? Y a-t-il une place pour le médecin généraliste dans la prise en charge du risque suicidaire ?

5) Avez-vous constaté un changement dans votre rapport avec les Médecins généralistes ces dernières années ?

Relances : Pouvez-vous préciser ? Qu'en pensez-vous ?

6) Pouvez-vous me citer une situation où vous avez été en difficulté dans la PEC d'un patient dépressif ?

Relances : Qu'avez-vous ressenti ? Quelle pourrait être la place du médecin généraliste dans la situation ?

Fin – Est-ce qu'il y aurait des éléments importants dont nous n'avons pas parlé ?



DEMANDE DE SOUTIEN POUR UN PROJET - GUICHET UNIQUE

Annexe 4 : enregistrement registre interne CHU de Grenoble

Titre du Projet	Coordination des soins des patients dépressifs : perceptions croisées entre psychiatres et médecins généralistes
------------------------	--

Investigateur Principal	<i>Nom</i>	Castan (Dubuc)	<i>Email</i>	jean.castan@hotmail.fr
	<i>Prénom</i>	Jean (Marc)	<i>Tel (direct)</i>	0689826627
	<i>Service</i>	Psychiatrie de Liaison	<i>Pole</i>	Psychiatrie, neurologie, rééducation neurologique
	<i>Fonction</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Paramédical		

Discipline : Psychiatrie
coordination des soins, étude qualitative

Mots clés : dépression, médecin généraliste, psychiatre,

Résumé : Rationnel/ contexte/ Hypothèses <i>(10 lignes max)</i>	Depuis de nombreuses années, plusieurs études et rapports HAS montrent la mauvaise qualité du lien entre les psychiatres et les médecins généralistes dans la prise en charge de la dépression et ses répercussions sur la prise en charge des patients dépressifs en France. Malgré cela, on ne relève aucune évolution dans la coordination des soins des patients dépressifs. Nous avons choisi d'aborder cette problématique par le biais d'une approche qualitative qui est la plus adaptée pour recueillir les vécus des différents intervenants. Les vécus des généralistes et des psychiatres seront analysés en parallèle afin de confronter les ressentis, les attentes et les visions des rôles de ces 2 populations et dégager des pistes de travail pour améliorer les prises en charge des patients dépressifs.
---	---

Objectif principal	Confrontation des perceptions de la coopération médecine générale/psychiatrie dans la prise en charge des patients dépressifs en Isère
---------------------------	--

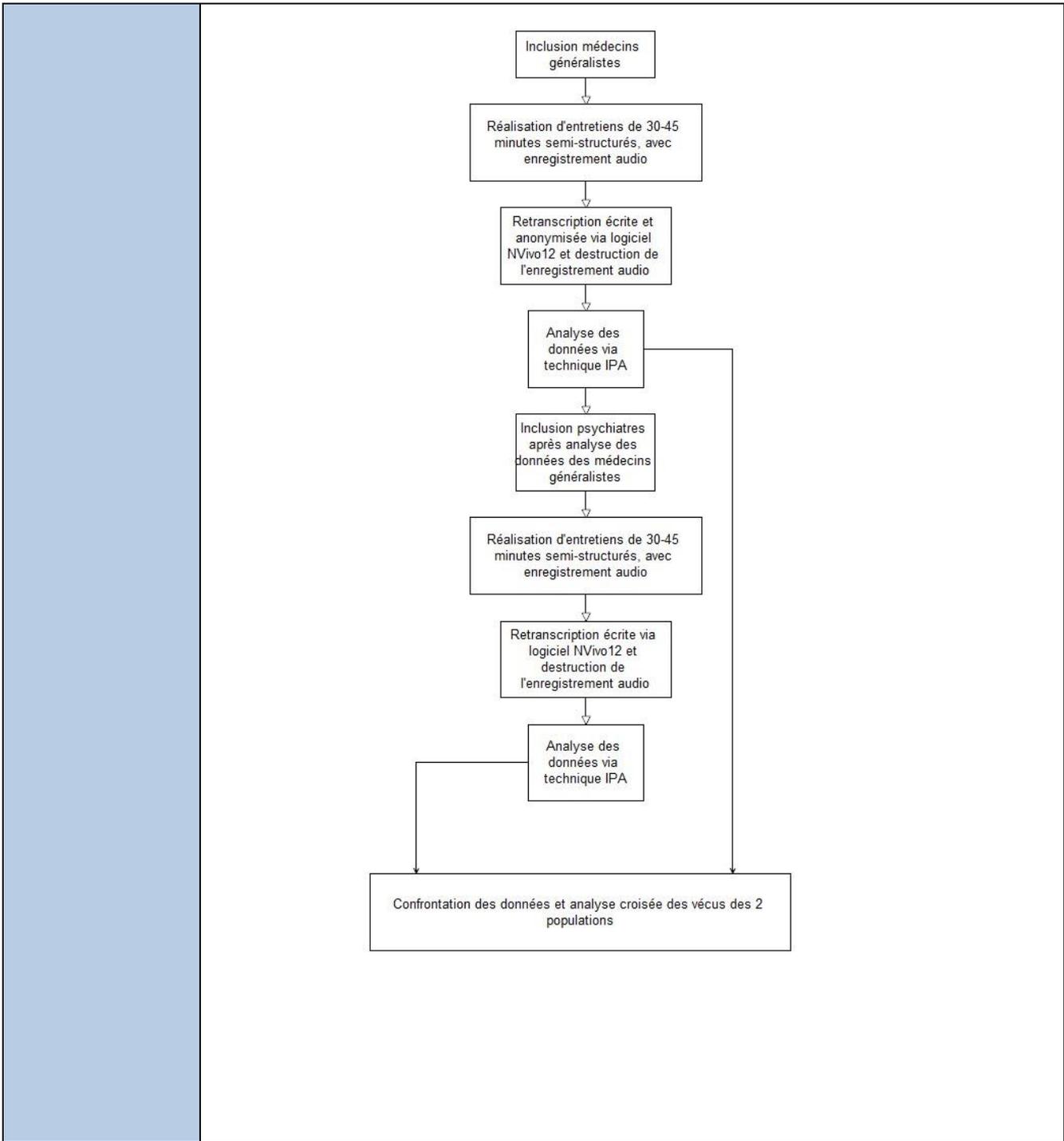
Modifications engendrées par la recherche sur la pratique courante	aucune
---	--------

Actes pratiqués en plus de la pratique courante	aucun
--	-------

Liste des données collectées	<p>Listez les différentes données traitées</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Etat-civil, identité, données d'identification, images (<i>nom, prénom, adresse, photographie, date et lieu de naissance, etc.</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Données médicales (<i>précisez</i>) :</p> <p><input type="checkbox"/> Vie personnelle (<i>habitudes de vie, situation familiale, santé, antécédents médicaux, etc.</i>)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vie professionnelle (<i>CV, situation professionnelles, scolarité, formation, distinctions, diplômes, etc.</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Données de connexion (<i>adresses Ip, logs, identifiants terminaux, de connexion, horodatage, etc.</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Données de localisation (<i>déplacements, données GPS, GSM, ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Internet (<i>cookies, traceurs, données de navigation, mesures d'audience, ...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Autres catégories de données (<i>précisez</i>) :</p> <p>Des données sensibles sont-elles traitées ?</p> <p><i>Il s'agit des données révélant l'origine prétendument raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale de personnes, des données génétiques et biométriques, des données concernant la santé, la</i></p>
-------------------------------------	---

	<p><i>sexuelle ou l'orientation sexuelle des personnes, des données relatives aux condamnations pénales ou aux infractions, ainsi que du numéro d'identification national unique (NIR numéro de sécurité sociale).</i></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, lesquelles ? :</p>
--	---

<p>Déroulement de l'étude – flow chart</p>	
---	--



Projet : Monocentrique Multicentrique, nombre de centres : __

Financement : **Projet financé :** **Oui** **Non**

Si oui préciser le montant et le financeur : autofinancé par les investigateurs

Projet co-financé : **Oui** **Non**

Si oui préciser le montant et le financeur :

En recherche de financement : **Oui** **Non**

Collaboration :

① Ce projet implique-t-il des personnes et/ou des entités extérieures au CHUGA ?

Oui ;si oui, lesquelles ? _____

Non

Si oui, parmi ces applications externes, y-a-t-il des :

- Destinataires de données ? Si oui, lesquels :

- Des données personnelles sont-elles transmises hors de l'Union européenne ? **Oui** **Non**

Non

Si oui, vers quel(s) pays :

- Des sous-traitants ? Si oui, lesquels :

② Souhaitez-vous transmettre / partager les résultats à l'extérieur du CHUGA ?

Oui ;si oui, à qui ? *Thèse de médecine : Université Grenoble Alpes*

Non

Disposez-vous des moyens adéquats pour conduire à bien le projet ? (moyens humains, expertises pour chaque domaine du projet pour le mener à bien) **Oui** **Non**

Si non, préciser : _____

Avez-vous besoin d'un soutien méthodologique ? **Oui** **Non**

Si non, avez-vous déjà bénéficié du soutien d'un méthodologiste ? **Oui** **Non**

Si oui, lequel ? _____

L'investigateur principal dispose-t-il d'une attestation de formation aux Bonnes Pratiques Cliniques ? **Oui**

Non ; merci de prendre contact avec le Dr Camille Ducki : cducki@chu-grenoble.fr

Documents joints (le cas échéant) :

Protocole ou synopsis

- Cahier d'observation
- Lettre engagement / justificatif(s) financement(s)

Formulaire de demande de soutien à retourner à la cellule accueil du Guichet Unique :

accueilRecherche@chu-grenoble.fr

Pour toutes informations complémentaires ☎ 04 76 76 74 09 ou 04 76 76 67 97

Annexe 5 : échange de mails avec la cellule d'accueil recherche du CHU Grenoble Alpes

Bonjour,

Nous vous remercions pour le document complété.

Au vu des informations transmises, votre projet n'est pas un projet de recherche médicale. De ce fait il n'y a pas de démarches réglementaires (ni autorisation CNIL, ni conformité MR, car les données collectées ne sont pas de données de santé).

Après discussion avec le DPO du CHUGA, David Rozier en copie de ce mail, Il faudra enregistrer votre projet dans son registre interne. Concernant l'aspect l'information et consentement des médecins, Mr Rozier vous accompagnera. Vous pouvez le contacter dès à présent.

Cordialement

Ndiémé Ndongo Thiam, PhD

Chef de Projet

Cellule Accueil Guichet Unique - Pole recherche

Tél. +33 (0)4 76 76 67 97



Centre Hospitalier Universitaire
Grenoble Alpes

CS 10217, 38043 Grenoble Cedex 9
04 76 76 75 75 - www.chu-grenoble.fr



Le système de management de la qualité de la DRCI du CHU Grenoble Alpes est certifié ISO 9001:2015

De : Jean Castan [Données à caractère personnel]

Envoyé : dimanche 13 janvier 2019 12:57

À : Ducki, Camille <cducki@chu-grenoble.fr>; Audrey MICHEL [Données à caractère personnel]

Objet : RE: projet de recherche, étude qualitative

Bonjour,

Merci pour votre réponse rapide, je vous renvoie le document en question.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire si besoin.

Bien cordialement

Jean CASTAN

De : Ducki, Camille <cducki@chu-grenoble.fr>

Envoyé : jeudi 10 janvier 2019 16:41

À : Jean Castan; Accueil Recherche

Cc : Audrey MICHEL

Objet : RE: projet de recherche, étude qualitative

Bonjour Monsieur,

Je vous remercie pour votre sollicitation de la cellule accueil.

Il serait utile que vous complétiez le document ci-joint afin que nous puissions correctement orienter votre demande, dont il apparait qu'elle est effectivement hors du champ de la loi Jardé et donc relève uniquement d'une mise en conformité avec la CNIL.

Il convient notamment de lister les données que vous souhaitez collecter, leur lieu et format de stockage.

Bien cordialement

Dr Camille DUCKI

Responsable des Opérations Cliniques
Pôle Recherche - DRCI
Tél. +33 (0)4 76 76 70 04
CDucki@chu-grenoble.fr



Centre Hospitalier Universitaire
Grenoble Alpes

CS 10217, 38043 Grenoble Cedex 9
04 76 76 75 75 - www.chu-grenoble.fr



Le système de management de la qualité de la DRCI du CHU Grenoble Alpes est certifié ISO 9001:2015

De : Jean Castan [Données à caractère personnel]

Envoyé : mercredi 9 janvier 2019 16:36

À : Accueil Recherche <AccueilRecherche@chu-grenoble.fr>

Cc : Audrey MICHEL [Données à caractère personnel]

Objet : projet de recherche, étude qualitative

Bonjour,

Nous sommes 2 internes de psychiatrie et réalisons une thèse qualitative qui s'intitule : "coordination des soins des patients dépressifs : perceptions croisées entre médecin généralistes et psychiatres".

Il s'agit de réaliser des entretiens avec des psychiatres et des généralistes sur leur vécu des prises en charge des patients dépressifs pour mettre en évidence des pistes d'amélioration à l'avenir.

Cette thèse est réalisée sous la direction du Dr Dubuc, responsable de la psychiatrie de liaison au CHU.

Je me permets de vous contacter pour les démarches à réaliser auprès de la CNIL, auprès de qui il semble difficile de réaliser directement des démarches sans passer par vous.

Vous remerciant d'avance pour votre réponse,

Bien cordialement,

Jean CASTAN
Audrey MICHEL

Annexe 6 : Verbatims MG

MG1

I : Peux-tu nous parler du dernier patient dépressif que tu as pris en charge ? Le tout dernier ?

MG1 : Euh...silence...Ouais, enfin je sais pas si c'est le dernier-dernier mais c'est le dernier qui me vient, euh, à l'esprit. Euh après c'est peut-être un peu particulier, c'est un patient assez jeune, 32-33 ans, dans ces eaux-là, mais qui a une spondylarthrite ankylosante... euh traitée depuis 2014 et en fait

il faisait un syndrome dépressif qui était directement en lien avec ses douleurs, euh... bah... euh... parce qu'il avait du mal à être soulagé pour ses douleurs et du coup il était en arrêt de travail pour ça : pour douleurs/syndrome dépressif quoi.

I : Ouais, il est en arrêt de travail depuis combien de temps du coup ?

MG1 : Longtemps, alors moi je remplace un médecin, je l'ai pas super super bien en tête mais ça faisait un an – un an et demi qu'il était en arrêt à peu près, voilà.

I : Donc du coup tu le vois en tant que remplaçante donc t'as pas tout le...

MG1 : Non, j'ai pas tout le truc, après euh... c'est un patient en fait celle que je remplace elle le suit toutes les semaines, euh pour faire le point régulièrement parce qu'il est vraiment... silence... pas bien. Et du coup voilà.

I : Et du coup il est pas bien dans quel sens ?

MG1 : Alors plus... en fait c'est un peu compliqué parce qu'en plus il a fait une colique néphrétique récemment, il a eu une entorse j'sais pas quoi, des douleurs qui se rajoutent à sa spondylarthrite ankylosante et tout ça, ça retentit sur son moral et là sur les 6 derniers mois il a eu en plus de d'habitude, il a eu je crois une entorse de... de la cheville et une colique néphrétique donc là il y a moins d'un mois. Et du coup c'est pour ça là depuis quelque temps qu'elle le suit toutes les semaines parce que... ba pour faire le point quoi. Parce que il est vraiment pas bien en ce moment.

I : D'accord et du coup ta place à toi en tant que MG dans le cadre de sa dépression tu la mettrais où ? tu te mettrais dans quelle position vis-à-vis de ce truc là ?

MG1 : Silence... c'est-à-dire ? Rire

I : En gros là tu dis effectivement que tu relies le syndrome dépressif à toutes les merdes physiques qui se passent. Comment est-ce que tu te situes toi vis-à-vis de cette dépression ? Qu'est-ce que t'en as fait ?

MG1 : Euh ba... alors c'est difficile parce que moi j'y suis en tant que remplaçante. En gros ce monsieur il est sous Effexor alors je l'ai renouvelé euh...silence... et pareil je lui ai renouvelé son arrêt de travail après euh j'ai fait le point...pfff ouais c'est peut-être pas un bon exemple hein que j'ai pris... En fait moi le truc c'est que déjà j'ai mis un moment à, j'ai pas regardé son dossier donc j'ai mis un moment à comprendre pourquoi il venait et... et qu'il venait toutes les semaines quoi. Lui il venait en pensant que j'avais tout son dossier donc voilà il s'est posé il a dit « Je viens faire le point ». Là je me suis dit oops... Donc j'ai commencé à dérouler toutes les anciennes consultations... rire... à essayer de faire un petit peu le tri, à essayer de comprendre pourquoi il venait quoi, et du coup je pense euh... si j'avais été son médecin traitant quel aurait été mon rôle dans sa prise en charge ? Ba de... silence... ouais de réévaluer... euh... après c'est celle que je remplace qui avait instauré le traitement donc voilà de... réévaluer le syndrome dépressif, plus ba tout le reste à côté, et de voir si le traitement est bien pris. Enfin voilà après...bah comme toute autre pathologie quoi.

I : Au niveau du traitement, pour ajuster les posologies est-ce que tu sentais que tu avais besoin d'un avis ou pas ?

MG1 : Silence long... Là pourquoi pas... Après ce qui avait été un peu compliqué dans son cas à lui c'est que... j'aurais peut-être instinctivement... je me serais peut-être plus tournée vers une psychologue. Parce que je pense qu'il aurait plus eu besoin d'un accès à de la parole que... que... alors je sais pas après moi je vois la psychiatrie... Pour moi l'aide des psychiatres je le vois soit

sur...euh... une dépression vraiment résistante malgré la psycho, ou alors chez des gens qui ont pas les moyens de se payer la psycho, ou alors sur d'autres pathologies que la dépression quoi. Donc ouais, lui si j'avais dû avoir une aide... après il me semble, je sais pas s'il avait eu un suivi psycho... euh... mais voilà, dans la dépression souvent en première aide je demande le psycho si ils ont les moyens. S'ils ont pas les moyens après j'oriente vers le psychiatre. Mais en espérant qu'il fera... ouais enfin pour la dépression... sauf quelques cas de dépression vraiment résistantes mais sinon je pense que bon...

I : Et du coup lui tu l'as adressé ou tu l'as pas adressé vers un psycho ?

MG1 : Je sais plus... Comme il est vu toutes les semaines je dois avouer que j'ai vraiment renouvelé... voilà en écoutant un peu ses doléances du jour mais sans forcément euh... sans forcément aller plus loin. Là il disait qu'en gros... ba que c'était difficile parce qu'il a eu des évènements récents mais que comme euh... la colique néphrétique c'était passé etc... ba ça allait un peu mieux mais j'en n'ai pas forcément fait grand-chose de plus quoi.

I : Sinon tu as un exemple de situation où tu as fait appel à un psychiatre ?

MG1 : Euh... un psychiatre pour la dépression toujours... euh... ouais... ouais ouais... euh... ouais... ouais ouais..... un patient euhh... c'était pendant mon long remplacement, j'avais fait un long rempla pour un congé mat' du coup je l'avais vu plusieurs fois. Euh... Donc lui pareil une histoire de douleurs chroniques mais sur des lombalgies. Bon en fait il avait un métier qui était physiquement difficile mais en plus il avait une histoire de vie qui était un peu difficile, et je... moi à mon sens il y avait une part de... dans ses douleurs il y avait une part aussi de... de mal-être euh... psychique quoi ; qu'il arrivait pas forcément à exprimer. Et lui de mémoire je l'avais pas mis sous antidépresseur mais je l'avais envoyé à un psychiatre parce qu'il avait pas les moyens d'aller voir un psychologue. Je l'avais envoyé à un psychiatre pour euh... ba euh je lui avais dit voilà ça vous aidera à faire le point et à parler et effectivement lui je voyais pas nécessairement l'intérêt à le mettre sous anti dépresseur, après pourquoi pas en fonction de l'avis du psychiatre...

I : D'accord, et qu'est ce qui a fait que celui là tu l'as envoyé chez un psychiatre plutôt qu'un autre ?

MG1 : Hmm... Parce que euh... là pour le coup je trouvais que pour lui c'était un peu... Il venait me voir pour les lombalgies, pour son problème physique il avait énormément... il avait une histoire de vie très difficile derrière. C'était un monsieur d'origine africaine, donc qui avait eu des soucis de maltraitance... Et pour moi ça nécessitait un suivi long en fait. Tout simplement... Quand je dis que c'était un remplacement de longue durée, c'était un remplacement de 7 mois, donc c'est rien en fait. Pour moi c'était important qu'il ait un... qu'il initie..... qu'il soit mis en confiance. Enfin voilà, ça requérait du temps, que moi j'estimais ne pas avoir. Après si j'avais été son médecin traitant peut-être que je l'aurais pas envoyé. Je sais pas.

I : Tout à l'heure tu disais que tu envoyais en premier lieu plutôt chez le psycho, qu'est ce qui a fait que là t'as plutôt... ?

MG1 : Il avait pas les moyens. Ouais c'est vraiment ça. Du coup c'est pas remboursé, donc si tu veux qu'il soit suivi au moins une fois par semaine, même tous les 15 jours, il y a juste énormément de patients qui ne peuvent pas dépenser 60€ tous les 15 jours quoi. Donc lui clairement c'était juste financièrement il pouvait pas quoi.

I : Toi quand tu l'as envoyé chez le psychiatre tu en attendais quoi de cette consultation ?

MG1 : Euh ba qu'il... De la première consultation ? Juste qu'il y ait un bon contact, et que le mec se sente en confiance derrière pour pouvoir... Parce que après comme je le disais c'était pas un problème aigu, et en plus lui il venait me voir pour des lombalgies, donc il ne venait pas pour parler de ses problèmes. Moi je lui ai dit voilà je pense que vous avez vécu des choses difficiles donc ça vous ferait du bien d'en parler mais c'était à l'origine pas vraiment sa demande quoi. Donc moi j'espérais surtout qu'il puisse avoir un bon contact. Pas forcément tout déballer dès la première consultation parce que c'est pas forcément le but et c'est entre guillemet pas possible quoi. Mais... ouais... qu'il puisse au moins travailler sur ces choses là plus tard. Plus sur la durée

I : Et toi personnellement, du psychiatre tu attendais quelque chose ?

MG1 : Soupir... Euh, ba rien de miraculeux... rire... nan mais... rire... je m'attendais pas à ce que ça règle ses problèmes du jour au lendemain. Si j'avais été son médecin traitant je sais pas si je l'aurais adressé à un psychiatre. Peut être que j'aurais essayé moi d'instaurer cette relation de confiance etc.... Là ouais j'en attendais de... ba si... si après j'aurais pu faire appel à lui pour qu'il m'aide à... Parce que des fois les patients d'avoir un psychiatre responsable du côté psychique ça les aide à se lâcher sur ce domaine., alors que quand ils viennent voir le généraliste ils passent 10 minutes à parler de leurs lombalgies, 10 minutes à parler de ça, de l'hémocult, de la tension je sais pas quoi, et puis au final euh... c'est une relation qui est différente, et ils ont pas forcément envie de se confier à nous.

I : Tu as l'impression qu'ils n'ont pas envie de se confier à vous ?

MG1 : Oh ça dépend... ça dépend ! Il y en a beaucoup qui se confient à nous, mais euh... mais des fois sur des histoires un peu vraiment lourdes je comprends qu'ils n'aient pas envie en fait. Qu'ils aient besoin un peu de différencier « mon corps il est malade, ma tête aussi, mais mon corps il est malade » et qu'ils aient besoin qu'on prenne la souffrance vraiment physique en compte. Et ça c'est un truc moi j'ai déjà fait des faux pas avec des patients en essayant de gratter le côté psychologique et les patients ils me recadrent en me disant « Non, non ! Là je viens pour un problème physique, juste me gonflez pas ! Je sais que j'ai eu des violences et des trucs comme ça mais... me gonflez pas avec ça aujourd'hui quoi. Moi je viens voir un médecin généraliste, là c'est parce que j'ai mal au dos ! » Et du coup des fois en tant que médecin généraliste on n'a pas... la porte d'entrée psychique elle est pas forcément ouverte à nous je veux dire. Après ça dépend vachement des gens, il y en a qui vont se confier à nous mais pas tous. Et dans ces cas là, le psychiatre si on arrive à bien le vendre on peut... il est utile.

I : Tu as l'impression qu'il faut le vendre ?

MG1 : Chez certaines personnes. Chez certaines personnes ! oui oui bien sûr oui. Oh oui ! Le psychiatre c'est quand même pas... « je vous envoie voir un psychiatre » : c'est quand même pas, c'est jamais anodin ! Déjà voir le cardio des fois on est obligés de négocier, le psychiatre... ouais.... C'est particulier hein ! Il y en a quelques uns qui y vont très volontiers. Moi j'avais une patiente qui avait pris rdv au centre là... de dépression résistante... au CHU là.... Au centre de référence je sais pas quoi... Elle avait pris rendez-vous spontanément, parce qu'elle pensait qu'elle en avait besoin, moi spontanément je l'aurais pas envoyée mais bon... voilà après il y a des gens qui sont très volontaires pour aller voir le psychiatre... ! rires... Et il y en a d'autres où on est obligé de négocier parce qu'on sent que nous on n'y arrive pas. Après c'est peut être pas la solution parce qu'au final on négocie mais après est ce que le psychiatre fait mieux... ? Je sais pas si les gens ils ont pas envie, ils ont pas envie quoi. Donc c'est compliqué.

I : Est-ce que tu as des exemples de points qui seraient améliorables dans ta relation avec les psychiatres ?

MG1 : Rires... Euh.... Bah la communication, clairement. La communication, nous des fois... Alors moi que ce soit psychiatrie libérale, CHU ou CMP... euh... je trouve qu'on a trop rarement des retours... hmmm... Alors des fois moi j'ai un patient qui me dit « je suis suivi 2 fois par semaine au CMP », c'est noté nulle part et nous on le sait pas et on fait « Ah d'accord... ! », euh des fois on se rend compte qu'il y a double ordonnance parce que nous on prescrit un truc de notre côté et en fait il y a un psychiatre dont on n'a jamais entendu parler qui prescrit autre chose et puis que voilà... que potentiellement on fait des bêtises... Ouais déjà avoir ça, un courrier... Alors c'est sûr qu'en CMP on peut pas faire un courrier 2 fois par semaines mais au moins avoir un courrier régulier pour dire où on en est du diagnostic et des traitements. Après, moi des psychiatres au téléphone euh... je crois pas que ça me soit arrivé d'en avoir... Des psychologues j'en ai eu... et c'était pas mal parce que moi j'avais une psycho au téléphone qui avait pareil un syndrome dépressif et qui était en arrêt de travail au long court et c'est vrai que... pfff... la patiente elle était suivie par la psycho et elle venait voir le médecin traitant pour avoir le renouvellement de l'arrêt tous les 2 mois et bah... tu renouvelles l'arrêt mais tu sais pas où elle en est de sa psychothérapie quoi. Donc c'est un peu gênant parce que mine de rien si la sécu elle pointe son nez... bah... t'es bien embêté quoi. Après ça t'arranges qu'elle soit suivie toutes les semaines par la psycho parce que toi tu pourrais pas le faire mais voilà... Donc là j'avais la psychologue au téléphone et du coup j'avais pu mettre un petit mot dans le dossier comme quoi elle était suivie par madame machin, que ça avançait mais que la psychologue pensait que l'arrêt était justifié, qu'il fallait continuer parce que voilà... Bon moi je me pose moins de questions, je suis pas obligée à chaque consultations de... ba voilà comme je disais tout à l'heure les gens ils viennent nous voir nous pour faire l'arrêt mais ils ont pas forcément envie... sachant qu'ils ont le suivi psychologue toutes les semaines... ils ont pas envie de redéballer tout ça au médecin généraliste. Donc d'avoir eu ce petit coup de fil moi ça m'avait bien aidé... euh, donc ouais tout ce qui est ordonnance, arrêts de travail des fois on travaille pas assez main dans la main et c'est un peu compliqué...

I : Est-ce que tu as déjà eu des retours des psychiatres ?

MG1 : De psychiatres... Moi dans le cabinet où je travaille on fait pas mal d'addicto donc les cures on a toujours un courrier. De la patiente qui était allée au centre de dépression résistante pareil j'avais eu un petit courrier. Après voilà... rires... les courriers ça se compte sur les doigts des 2 mains. Et pourtant des patients suivis par des pys on en a beaucoup... Après des coups de fil je te dis je crois pas en avoir reçu.

I : Les courriers tu en ferais quoi, qu'est-ce que tu attends comme information ?

MG1 : Pour moi déjà avoir le diagnostic et savoir ce qu'il en pense parce que c'est... euh des fois on a notre idée de savoir un peu si ça va dans le même sens que le psychiatre ou pas, si ça va pas dans le même sens de pouvoir discuter quoi. Les traitements parce que comme je disais, j'avais un patient, alors c'était pas de la dépression, mais un patient toxico qui était suivi par son médecin qui le voyait tous les 15 jours qui prescrivait déjà des bonnes doses de médicament, on s'est rendu compte au bout d'un an et demi qu'il était suivi en parallèle par un psychiatre qui lui faisait pareil, une ordonnance assez lourde. Et du coup les 2 ordonnances ça faisait un traitement qui était juste monstrueux quoi. Donc savoir les traitements parce que les patients ne le disent pas forcément... Euh... Et puis... Déjà ça ce serait bien.

I : Quand tu as des patients qui ont un double suivi et qu'il n'y a pas de lien ; tu te sens comment ?

MG1 : Bah on se sent... hum... Bah c'est pas très valorisant déjà. Après des fois c'est un choix des patients donc là ok ; mais c'est vrai que sinon, sinon c'est un peu... ouais enfin c'est compliqué parce que je comprends en même temps si les patients sont suivis toutes les semaines par un psychiatre ils

auront jamais la même relation avec son médecin généraliste donc bon... Mais, ouais... c'est... pfff... je saurais pas comment dire. Bah t'as un peu l'impression d'être prestataire de service derrière pour d'autres problèmes mais de pas... voilà que les vrais problèmes on les gère entre nous et si vous avez un problème autre vous allez voir l'autre médecin là, le généraliste... Et du coup c'est un peu dommage parce que je pense qu'on peut avoir un regard qui est différent sur pas mal de situations, parfois on suit des proches, les parents, les enfants, la femme... Alors c'est sur que niveau secret médical on peut pas non plus téléphoner au psy si on a vu la femme en consult' pour débriefer. Mais on peut au moins avoir des fois un regard différent. Et puis juste des fois vraiment on se sent bêtes. Moi des fois quand je demande au patient... Comment dire... C'est pas, c'est complètement sur une consultation qui n'a rien à voir qu'on se rend compte qu'il est suivi 2 fois par semaine au CMP ou une fois par semaine chez son psychiatre depuis 10 ans... et ça c'est marqué nulle part dans le dossier quoi. Et là qu'il est sous antidépresseur depuis 5 ans et pareil c'est marqué nulle part dans le dossier. Et donc on se sent voilà quoi. Comment peut-on coordonner efficacement les soins ? Mine de rien s'il est hospitalisé on va nous appeler nous pour les traitements. Du coup on se retrouve à pas bien gérer le dossier quoi. Donc ouais l'impression de pas être inclus dans les soins.

I : Est-ce que tu as l'impression sur certains points, s'il y avait un lien de meilleure qualité, ça pourrait bénéficier au patient ?

MG1 : Ouais, pas forcément dans la dépression mais ouais. La dépression c'est vrai qu'on en voit beaucoup donc du coup... Je dis pas, le psychiatre fera sûrement un peu mieux que nous notamment sur les thérapeutiques, on gère pas trop mais globalement, ce qu'on appelle nous dépression... Après c'est un autre débat... Ce qu'on appelle nous dépression, des gens qui sont pas bien dans leur vie on se sent capable de les gérer, de les voir régulièrement, de leur faire du soutien

I : C'est quoi la différence entre ce que vous appelez dépression et ce que les psychiatres appellent dépression ?

MG1 : Rire... Je pense que vous avez plus de critères, que vous vous attachez plus aux critères que nous. Nous on se pose moins la question de... En médecine générale on a ce côté-là, on est moins à cheval sur les recos, plus sur le fait que le patient n'aille pas bien point. Est-ce qu'il y a un syndrome dépressif on s'en fout, juste il va pas bien, je vais pas sortir mon DSM-5 pour voir si je peux le mettre dans une petite case ou pas quoi. Après c'est à tort ou à raison j'en sais rien, mais c'est vrai que nous par exemple, on a beaucoup de patients qui ont de la souffrance au travail, est ce que à chaque fois on peut dire qu'ils ont un authentique syndrome dépressif, est ce qu'il y a les critères les machins... ? Franchement je me pose jamais la question, enfin...

I : Sans parler des critères diagnostic, qu'est ce que tu en fais de ton patient derrière, est ce que ça appelle une suite ?

MG1 : Dans ma pratique, souvent je les reconvoque, j'hésite pas à initier des traitements, je fais des suivis réguliers.

I : Tu inities quoi comme traitement ?

MG1 : Ca dépend, des fois ils ont déjà eu des antidépresseurs donc je ré-initie la même chose. Sinon ça dépend de l'âge, du contexte... Ouais ça dépend.

I : Dans ce genre de cas c'est plutôt des antidépresseurs ?

MG1 : Ouais ! Plutôt des antidépresseurs, souvent anxiolytiques aussi pas mal, mais j'essaye vraiment de le faire sur une très courte durée, et de rapidement mettre des antidépresseurs à visée antidépressive.

I : Tu as déjà eu l'expérience dans ta pratique d'une évaluation de risque suicidaire, ou de quelqu'un qui était en crise suicidaire ?

MG1 : Euh... Oui, oui oui, oui. Une patiente assez jeune mais qui était suivie par une psychologue. Oui, que j'ai vraiment pas sentie bien. Bah... pfff... J'étais un peu embêtée parce qu'en gros elle vient me voir, ça fait 2-3 ans qu'elle est suivie par une psychologue quoi. Rien dans le dossier. Elle me dit que depuis 3-4 mois ça décompense complètement avec de grosses idées suicidaires, très anxieuse, elle va pas bien du tout. Du coup nous ça faisait genre 7 mois qu'on l'avait pas vue et la dernière fois c'était pour une entorse quoi. T'arrive genre Oops... il faut mettre un traitement maintenant quoi ! C'est toujours compliqué parce que ça en psy, pour initier l'hospitalisation derrière... La patiente elle vient pas aux urgences, elle vient voir son médecin généraliste... Moi j'essaye dans ces cas de rationaliser le truc, en lui expliquant que c'était une maladie, que des fois c'était normal que juste la psychothérapie ne soit pas suffisante pour fonctionner, qu'il y avait besoin de médicaments qui allaient rééquilibrer le message noir que son cerveau lui envoyait, des trucs comme ça quoi, pour essayer un peu de lui faire adhérer au truc qu'il y avait une solution quoi ; que ses idées suicidaires elles étaient là mais qu'il y avait autre chose comme solution. Et du coup j'avais introduit un traitement avec anxiolytique et antidépresseur et je l'avais remise 3 jours après en consult' pour réévaluer et qu'elle ait aussi le sentiment que j'avais entendu son appel, que j'étais inquiète. Donc voilà j'avais mis ça et c'est vrai que j'avais envisagé de... Je lui ai dit que, après faut oser hein ... rire... Si elle avait des idées suicidaires il fallait aller à l'hôpital pour avoir une évaluation et tout... Bon... elle est revenue 3 jours après donc bon... rires... mais ouais... Et là pour le coup j'avais pas fait appel à un psychiatre. Je crois que je voulais d'abord... C'était assez tard le soir, je voulais d'abord appeler la psychologue pour avoir son avis. Et puis éventuellement voir aussi si la psychologue elle avait des contacts... Parce que mine de rien, moi si je veux envoyer quelqu'un voir un psychiatre, j'en connais pas moi. On n'a jamais de courrier, on sait pas... Enfin c'est tout bête mais le psychiatre à côté je sais pas s'il fait de la TCC, de la psychanalyse, s'il a la même vision que moi de la psychiatrie parce que mine de rien voilà ! Il y a des gens j'aurais pas envie que mes patients soient suivis par eux... Mais comme je sais pas qui c'est... C'est vrai que si j'avais eu des contacts, j'aurais appelé un psychiatre. Mais comme j'ai pas trop de contact, ça m'est arrivé une fois d'envoyer un patient, j'ai dû appeler 5 ou 6 psychiatres, j'ai fini par tomber sur un mec qui a accepté de le voir une semaine après mais je ne savais pas du tout qui c'était. Je ne savais pas entre les mains de qui je mettais le patient et si ça allait être adapté ou pas quoi. Du coup ba... C'est ça la grosse différence avec les autres spécialités. Si je veux un avis cardio en urgence, je sais qui appeler quoi. Je dis pas qu'il n'y a que ceux que j'appelle qui sont bons, mais j'ai un petit réseau et je sais qu'il y en a quelques uns dont j'aime la façon de travailler, je sais qu'ils vont répondre rapidement, je peux me reposer dessus. En psychiatrie on n'a pas de réseau.

I : Comment ça se fait à ton avis ?

MG1 : Le réseau il se fait aussi par les courriers. Après c'est le danger pour vous aussi... rire... Le jour où il y a un psychiatre qui se met à envoyer des courriers... rire... Notre réseau il est surtout libéral, un peu clinique, mais c'est vrai que si on avait des psychiatres libéraux qui nous envoyait des courriers de temps en temps ça deviendrait assez vite nos interlocuteurs privilégiés. C'est comme ça que ça se passe dans les autres spés en fait.

I : Est-ce que tu aurais aimé pour ta patiente en crise suicidaire, s'il y avait eu comme en cardio où il y a des lectures ecg en urgence, avoir un avis en urgence ?

MG1 : Si ça avait existé, peut être que j'y aurait pensé. J'avoue que là ça m'a même pas effleuré l'esprit du coup. Ce qui est peut-être faux, si j'avais appelé le CHU en demandant le psychiatre de garde j'aurais peut-être eu un avis en fait... J'y ai pas pensé... C'est moins...

I : Est-ce que tu n'y a pas pensé ou est-ce que tu as pensé qu'il n'y avait pas besoin ?

MG1 : Bah... Je sais pas... Après oui c'est difficile d'évaluer l'urgence. Ça m'a pas empêché de dormir le soir. Elle m'a dit que ça faisait 3-4 mois qu'elle était comme ça, j'ai initié un traitement je la revoie dans 3 jours... Nan je me suis aussi dit que j'avais réussi au moins à lui faire entendre que j'étais inquiète pour elle et que ça allait suffire à apaiser un peu les choses.

I : Qu'est-ce que tu as ressenti au moment où cette patiente est venue te voir ?

MG1 : Boh...ouais je sais pas... pas grand-chose... Si après ça reste une urgence... comme une autre quoi. C'est un peu plus. C'est pas une urgence avec lesquelles je suis forcément mal à l'aise. Mais aussi, une fois de plus peut-être à tort. Moi j'ai eu ce reflexe de rationaliser vachement en me disant que c'était le genre de discours qui aurait pu me calmer, elle est peut être sortie complètement affolée j'en sais rien. En tout cas, j'ai pas eu l'impression de mal faire.

I : Trois jours après tu l'as revue ?

MG1 : C'est le médecin que je remplaçais qui l'as revue. On en a rediscuté toutes les deux. Elle m'a dit qu'elle avait pas super bien toléré le médicament que j'avais introduit. On a changé et on lui en a mis un autre. Elle dit qu'effectivement il y avait... Après je remplace que chez des gens que je connais et qui ont la même vision de choses que moi. Globalement elle m'a dit pareil, qu'elle allait organiser des consultations, elle la revoyait une semaine après... voilà, qu'elle avait essayé d'organiser les choses rapidement.

I : La prochaine question ne va peut être pas trop te parler en tant que remplaçante. Est-ce que tu as l'impression qu'il y a une dynamique côté psychiatre pour améliorer ce lien ? Est-ce que tu as noté un changement ?

MG1 : Non... Pas du tout... Bah après en plus moi je remplace juste à côté du CMP de Bonnafé. Justement on a plutôt l'impression que c'est en recul... rire... pour un petit exemple on reçoit un petit courrier « merci de renouveler le traitement psychotrope de Monsieur machin », on n'a pas d'ordonnance, il est suivi chez nous mais on n'a pas d'ordonnance, on sait pas et le mec vient avec ce papier quoi... Tu te dis bon... je sais pas ce qu'il prend comme traitement, je ne savais même pas qu'il était suivi au CMP, je dois renouveler... mais quand même avec un petit « PS : nous nous occuperons toujours des injections ». Ok c'est injectable, nous sommes contents... Donc mouais... c'était un peu surprenant.. rire... On en a reçu 2-3 comme ça... Forcément ça faisait la une pendant le déjeuner on parlait que de ça... rire... Donc ouais.... Nan j'ai pas forcément l'impression que ça aille vers le mieux, peut être effectivement parce que je fais juste des remplacements.

I : En discutant avec des collègues MG ?

MG1 : J'ai pas eu l'impression. Après on parle rarement des trucs qui vont mieux... l'être humain est fait comme ça. On va pas dire entre nous « Ah, j'ai l'impression qu'il y a un petit mieux côté psychiatre... ! », Peut-être qu'ils l'ont constaté...

I : Te souviens-tu d'une situation où une patiente dépressive t'a fait te sentir en difficulté ? Où le contexte a pu faire que tu n'as pas proposé ce que tu aurais voulu, que tu n'as pas été dans une position confortable ?

MG1 : Ouais, typiquement ça va être comme je disais, les gens où des fois j'ai l'impression de patiner sur leur syndrome dépressif je suis pas forcément inquiète, mais ils ont un traitement qui n'est clairement pas efficace et j'estime qu'une psychothérapie en plus leur ferait... Des fois on botte un peu en touche, on a l'impression d'être complètement enlisé dans un syndrome dépressif et surtout un arrêt de travail qui dure depuis quelques semaines, quelques mois... On se dit bon, il va falloir demander de l'aide.... Je me souviens d'un patient, je lui avais fait un courrier pour le psychiatre, il a pas pris le rdv parce qu'officiellement il n'y a aucun psychiatre libéral qui veut de lui quoi. Ça va pas m'aider quoi... Là j'étais un peu... Après il n'avait pas fait l'effort on est d'accords hein. Quand tu fais un arrêt tous les mois, pourquoi aller chercher un psychiatre... ?

I : J'ai l'impression dans ce que tu dis qu'il y a une méconnaissance du réseau qui entraîne un sous adressage dans ta pratique.

MG1 : Hmm... Et aussi parce que c'est difficile d'adresser, parce que la psychiatrie par définition c'est très difficile d'adresser. Syndrome dépressif peut être un peu moins mais.... C'est très très difficile d'adresser. On a des patients psychotiques, aucun contact avec la psychiatrie.

I : Quand tu adresses un patient en général, qu'est ce que tu attends de la prise en charge par un psychiatre ?

MG1 : Alors moi, euh... Des fois ouais une aide diagnostique. Un patient que j'avais envoyé il n'y a pas longtemps, je le trouvais avec un délire mégalomane, est ce qu'il n'est pas juste maniaque ? Il avait des idées de grandeurs, mais il était pas trop exalté... Donc bon lui en l'occurrence c'était bien, il voulait aller voir un psychiatre pour faire le point avec son subconscient je lui ai dit « bah parfait, excellent »...rires... En plus c'est vrai que j'aime bien la psychiatrie, j'ai envoyé un mail où j'expliquais. Je lui ai pas donné de lettre, j'ai directement envoyé un mail où j'expliquais clairement pourquoi je l'ai envoyé, la pathologie... Le mec voulait... Le patient était venu nous avoir avec une demande d'aller voir un psychiatre, donc j'allais pas initier un traitement, il n'y avait d'urgence non plus. Je voulais un avis sur le diagnostic et qu'il initie un traitement, parce que clairement il y avait besoin d'un petit traitement pour lui. Autant le syndrome dépressif, on peut initier des traitements antidépresseurs assez facilement, quitte à pas mettre forcément le bon... rires... autant il y a d'autres pathologies c'est juste pas à nous d'initier les traitements.

I : T'as choisi la psychiatre comment ?

MG1 : C'était le Dr XXXX, c'était le seul qui prenait des nouveaux patients. Son nom a fait le tour de tous les med gé de Grenoble en très peu de temps... je pense que maintenant du coup il en prend plus... Je lui en ai envoyé 2-3 coups sur coups... Surtout lui...

I : Tu as eu les retours que tu avais souhaité ?

MG1 : C'était un rempla donc je sais pas... En tout cas je lui ai envoyé un mail et il a pas répondu par mail, après ça veut rien dire...

I : Est-ce que vis-à-vis des situations actuelles ou de ce que tu espérerais, tu aurais un avis particulier qu'on aurait pas encore évoqué ?

Bah... Ouais, ce qui serait pas mal... après ça je me dis c'est un truc qui prend du temps à mettre en place et qu'il faut réévaluer souvent... C'est un truc qu'on voulait faire, un collectif pour les prises en

charges gynéco qui est en train de se mettre en place. On s'est dit que c'était dommage de pas savoir si un généraliste il peut mettre des DIU, des IVG j'en sais rien. Peut être que ça serait pas mal de faire ça avec les psychiatres, un répertoire avec Dr Machin, lui son dada c'est la psychanalyse et il prend en charge surtout telle ou telle pathologie. Bah qu'on sache parce que avoir un réseau en plus effectivement c'est bien mais qu'on sache, bah ce que vous faites quoi. Parce qu'entre deux psychiatres ça peut être très très différent quoi. Des fois les patients ils ont trouvé un psychiatre et ils s'entendent bien avec lui pour nous c'est tout bénéf' parce qu'on se pose pas la question. Mais d'autres fois, quand on veut vraiment adresser un patient ça nous aiderait. Et puis faire des courriers, parce que nous ça nous donne beaucoup d'informations, est ce que l'interlocuteur en face il a un peu la même façon de fonctionner que nous ? Parce que mine de rien on aime bien travailler avec des gens qui nous ressemblent.

MG2

I : Est-ce que tu peux me parler du dernier psy que tu as pris en charge ?

MG2 : Ouais, jeune homme de 16 ans, je suis son médecin traitant depuis 2-3 mois, il dépend du secteur de XXXXX, psychotique, hétéro agressivité. Il a une sœur de 14 ans à peu près, qui est rescolarisée, qui a été déscolarisée à un moment. Il a des rhumatismes, à priori c'est bien des rhumatismes juvéniles identifiés. Elle est en fauteuil roulant, elle a des spasticités. Il y a un terrain familial qui a l'air compliqué. Ce jeune homme est suivi par Dr X à XXXXX régulièrement, et il a fait plusieurs séjours à XXXXX, dont le dernier où il est sorti le 29 mai. Depuis il veut plus trop faire ses prises de sang, ses suivis. Il se rend compte qu'il est dangereux pour sa famille. Il y a un placement qui est envisagé.

I : Est-ce que tu en aurais un autre, plus sur de la dépression sans trouble psychotique ?

MG2 : Oui, j'en ai plein... rire... Conjugopathie, et puis état dépressif réactionnel, euh... lié au travail aussi, des épuisements professionnels. Celui qui a une conjugopathie je l'ai suivi plusieurs fois. D'abord c'est sa compagne qui venait pour elle, elle me disait... je voudrais bien que vous voyez mon mari. Il est venu pour des problèmes de sommeil au départ et puis petit à petit ça s'est enclenché. Ils se sont séparés, la dame en avait ras-le-bol... Effondrement, dépression, tentative de suicide... Du coup là je l'ai vu toutes les semaines, et j'ai d'abord traité plus le... je me souviens plus... d'abord le trouble du sommeil au tout début, ensuite je l'ai surtout amené à parler, parce qu'il parlait pas... Et ensuite je l'ai adressé quand j'ai trouvé qu'il relevait plus d'un psychothérapeute.

I : T'en as dans le coin des psychothérapeutes ?

MG2 : Ouais, en fait ouais, XXXXX, YYYYY pas mal, et ZZZZ disons qu'on prend au plus près.

I : T'as des psychiatres dans le coin ?

MG2 : Peu, on en a mais peu, très peu. On en a un qui est décédé il y a pas longtemps, un autre qui est encore là. Il y a une dame qui vient de s'installer et qui est prise d'assaut et du coup... Enfin franchement c'est la misère, en Isère ça va, mais ici c'est une catastrophe...

I : Ce monsieur-là tu l'avais vu au départ pour des troubles du sommeil, t'avais fait quoi ?

MG2 : Il dormait pas du tout et il était routier... Au début j'ai mis Stilnox parce que je trouvais qu'il fallait retrouver un peu de sommeil, et après il a commencé à me parler de ses problèmes personnels et on est allé un peu plus en profondeur. Je l'ai arrêté en fait, et je l'ai mis sous... parce que le Stilnox marchait, mais après euh voilà c'était de pire en pire... je l'ai pas mis sous antidépresseur parce que c'était plutôt réactionnel... Je lui ai plutôt mis un anxiolytique genre Xanax, ou du Lexomil peut-être je ne sais plus. Mais de courte durée d'action et pas longtemps. Et surtout en fait depuis, il avait pris mon conseil pour le psychothérapeute, mais du jour où ils se sont séparés il est allé le voir le psychothérapeute. Du coup là aujourd'hui il se fait suivre par le psychothérapeute, il prend plus de médicament, il est en bon terme avec son ex compagne/compagne... enfin voilà... Et la dernière fois que je l'ai vu il a dit qu'il progressait et que c'était plutôt pas mal. Et donc là il n'y a pas de traitement, actuellement.

I : Tu lui as conseillé d'aller le voir, et c'est après coup qu'il y est allé ?

MG2 : Ouais, en fait au début il voulait me voir, et surtout quand on était au moment du risque suicidaire je voulais le voir de façon rapprochée.

I : Il y a eu des menaces suicidaires ?

MG2 : Oui il m'en a parlé en fait, il m'a dit j'ai failli passer à l'acte, je voulais avaler une boîte de comprimés quoi. Il l'a pas fait du coup mais...

I : Tu en as souvent des gens qui t'en parlent ?

MG2 : Ouais ! Mais que je vais chercher hein... Ils me le disent pas, je vais chercher l'info !

I : Tu te sens comment vis-à-vis du risque suicidaire dans ta pratique ?

MG2 : Euh... aujourd'hui ça va.

I : Avant c'était plus... ?

MG2 : Plus dur, avant je flippais, il y a 10 ans je flippais. Si quelqu'un venait me voir et me disait « j'élabore des plans »... Grimace... Euh ok qu'est ce que je fais... Non maintenant le fait qu'il m'en parle pour moi c'est un critère de... Si je sens que la personne... enfin elle en parle. Quand je parle la personne elle m'en parle de façon assez à l'aise et je propose... enfin soit de se revoir de manière rapprochée, soit de commencer un traitement et que je sens que la personne reste ouverte là je m'inquiète pas. Je me dis qu'il y a plus de chances que ça passe bien plutôt que ça se passe mal. A chaque fois je leur dis, ça va pas, plutôt que de prendre un cachet vous appelez le cabinet et vous venez dans la salle d'attente.

I : Qu'est ce qui a fait que maintenant tu es plus à l'aise ?

MG2 : Je pense qu'il y a une part de maturité, euh... d'expérience professionnelle. Et je pense que d'avoir bossé à l'hôpital de XXXXX ça m'a permis de prendre ce bagage-là... enfin je pense quoi.

I : Est-ce que il y a un patient que tu aurais adressé à un psychiatre du coup ?

MG2 : Un psychiatre... en ouais ouais j'en ai un je pense. Il y a un an et demi. 35 ans, pompier, il vient, super mal. Euh... sa femme le trompe mais il l'a trompée 3 mois avant, ils se sont rabibochés et surtout... par contre je saurais pas te dire comment, mais il était dans un état de stress, d'angoisse tel que ce gars il va me faire un raptus suicidaire... Et du coup j'ai appelé, parce qu'il dépend de la Drôme, j'ai quand même appelé, ça faisait pas longtemps que je venais d'arriver ici... J'ai appelé l'XXXX pour demander s'ils pouvaient prendre cet homme en charge qui avait un risque de suicide. Le patient était d'accord, j'ai fait tout ça devant lui. Il venait pour « faites quelque chose, sinon ça va mal finir... », Voilà du coup il a été hospitalisé à la clinique... euh XXXXX il y est resté 15 jours et je ne l'ai jamais revu. Je l'ai revu une fois comme ça, je lui ai demandé comment ça va, il m'a dit « beaucoup mieux », voilà.

I : Finalement tu étais là en porte d'entrée pour qu'il voit un psychiatre, après la prise en charge tu as plus eu d'info.

MG2 : Oui dans l'urgence... Après je ne suis pas son médecin traitant... Après en psychiatre hors urgence... euh oui mais par contre qui est bipolaire. Bien géré, qui connaît sa maladie, qui a arrêté le suivi. Quand on s'est vu il était plus suivi pour renouveler le Dépakote. Renouveler, renouveler, renouveler... et bref, moi j'ai réussi à l'amener voir un psychiatre. Et donc il est suivi par un psychiatre, que j'ai au téléphone de temps en temps le psychiatre. Je l'ai appelé la première fois, c'est moi qui ai fait la première démarche parce que... enfin... ça engendrait des problèmes dans sa profession parce que son trouble bipolaire a des répercussions sur son emploi et j'avais besoin d'avoir un avis du psychiatre qui le suivait sur certains... pour abonder dans le même sens j'avais besoin de son avis. S'il y en a un qui dit un truc et l'autre l'inverse... Notamment, c'était pour ça que je l'avais appelé, la

première fois il lui a dit qu'il pouvait plus conduire, et dans sa profession il doit conduire. Il lui avait fait un certificat médical qui disait qu'il ne pouvait plus conduire... et ça, ça l'avait... Il était super mal, limite suicidaire. Je lui ai dit je ne sais pas, je vais en discuter avec lui. De fil en aiguille on est arrivé à un consensus, il a reconduit dans le mois. Je pense que le psychiatre a voulu marquer le coup sur un certain nombre de choses que j'ai pas suivies... Il boit... Bon il buvait et avec des traitements, Dépakote et... il avait un anxiolytique qui était costaud... ça faisait peut-être beaucoup...

I : Et du coup toi, vis à vis de ce monsieur, ta place là dedans, c'est facile de savoir ce que tu laisses au psychiatre, ce que tu abordes avec lui. Est-ce que tu trouves la position confortable ?

MG2 : Oui... si, si, je suis à l'aise avec le patient.

I : Quand il y a un problème dépressif... ?

MG2 : On parle.

I : Par exemple un a des médecins généralistes qui disent c'est extrêmement confortable d'avoir un psychiatre parce qu'on lui laisse tout ça, il y en a d'autres c'est l'inverse...

MG2 : Moi je trouve que c'est plutôt bien qu'il y ait les 2. Parce que quand ils viennent ici c'est plus pour une gestion d'évènements dans le quotidien qui l'ont déstabilisé. Ils viennent te parler de ça.

I : T'as accès plutôt à leur environnement.

MG2 : Ouais, quand ce monsieur il est venu consulter, c'est que quelque chose a chamboulé son petit rituel, et là c'est la débandade... Sur un évènement aigu et pas trop grave ça se désamorce ici... Quand c'est plus poussé je leur dis... Vous revoyez quand le psychiatre... ? Juste par rapport au traitement, c'est surtout ça. Et puis avoir un autre œil.

I : Pour toi surtout le psychiatre c'est surtout les traitements quand c'est un peu lourd ?

MG2 : Le traitement, et l'avis de quelqu'un qui fait que ça.

I : Est-ce que tu vois une différence entre ceux que tu envoies à un psychothérapeute par rapport à un psychiatre ?

MG2 : La plupart du temps c'est un psychothérapeute parce que les gens demandent à parler... C'est ça en fait. Ils ont besoin de parler, de régler des problèmes anciens, de se réadapter... TCC beaucoup ! Après la dame à XXXX elle a une approche psychanalytique mais elle parle quand même. Et elle passe très bien. Globalement peu de médicaments, et quand il y a besoin de médicaments j'initie, mais par contre quand je vois que j'ai essayé un, deux... et après je relaye. Là, je me dis qu'il faut pas... je fais perdre du temps au patient, enfin... il faut un psychiatre.

I : Le fait de conseiller au patient de s'orienter sur un psychologue ou un psychiatre c'est facile ?

MG2 : Euh, je trouve... Pour une femme c'est facile, pour un homme ça devient moins compliqué. Par les mœurs qui évoluent je pense. Si tu prends les gars qui ont une génération... 50-55 ans, je saurais pas te dire combien, mais ils y viennent. Tu mets plus de temps, 6 mois/9mois avant qu'ils fassent la démarche, mais ils y vont. Je mets du temps.

I : Ça s'oriente pas comme pour un cardio.

MG2 : Ah non, je mets du temps.

I : Tu penses que c'est dû à quoi ?

MG2 : Moi je trouve que c'est une question de génération, quand t'es un homme t'as pas le droit de parler de tes problèmes, t'as pas le droit d'être fragile. Ouais c'est un aveu de faiblesse d'aller chez un psy. Pour un homme, et pas à tous les âges.

I : Est-ce que tu verrais des points qui seraient un peu améliorables avec les psychiatres ? Est-ce que tu vois des endroits où il y a des soucis ?

MG2 : Ben... D'avoir un courrier de temps en temps en fait... Un courrier ou un échange... Parce que je pense que pour nous c'est facile de faire un courrier en tant que généraliste : il a ça, TAC, on essayé ça, ça, ça, TAC, c'est simple ! Mettre dans un courrier le contenu d'un entretien psychiatrique c'est pas du tout la même ! Un échange téléphonique presque plus qu'un courrier. Ou alors un courrier très succinct : j'ai vu tel patient, il est actuellement sous tel traitement... et on a mis ça en place... Juste ça, sur un truc de très court sans s'étaler sur le contenu, ça serait bien.

I : Tu en as déjà eu des courriers ?

MG2 : Celui que j'ai eu au téléphone, lui quand il fait des modifications il m'envoie un courrier maintenant. Parce qu'on s'est eu et qu'on s'est identifié.

I : A partir du moment où le contact s'est enclenché tu as eu l'impression que c'était plus simple ?

MG2 : Ah oui, oui, oui ! Et puis euh ils ont l'impression que le médecin se sent concerné du coup. Je dirais que si le médecin se sent impliqué, du coup peut être qu'il se dit « je vais lui faire un courrier parce qu'il va peut-être le lire quoi... ». Enfin tu vois...

I : Et du coup des contacts téléphoniques t'en as pas beaucoup ?

MG2 : Non, mais enfin... après il y a un autre psychiatre que j'ai appelé dans l'Isère pour une femme que je suivais, et je lui ai dit « voilà je comprends plus... », il m'a dit « écoutez... » Enfin voilà...

I : T'as d'autres trucs en dehors des courriers qui te viennent à l'esprit ?

MG2 : Euh... Bah il manque... sincèrement il manque de psychiatre, et dans la Drôme ça manque de lits, plus qu'en Isère. Donc plus ça. Après, euh... non je dirais que c'est surtout ça. Ça manque d'effectif, c'est plus ça.

I : Et le fait de pas avoir de courrier ça entraîne quoi ? Ça a quelle répercussion ?

MG2 : Euh, si j'ai pas de courrier, ça me permet pas de savoir si le patient il est pas en train de m'entuber déjà. Il peut très bien me dire qu'il va tous les 15 jours chez le psychiatre mais c'est peut-être faux ! Déjà ça, savoir s'il y a un réel suivi, une observance... pas faire de boulettes par rapport... Si le patient ne dit pas ce qu'il prend ! Il y a beaucoup de patients, si tu leur demandes s'ils ont des traitements, et qu'ils ont que des traitements psy, ils te disent qu'ils prennent rien, qu'ils ont pas de médicament. Donc je peux mettre à quelqu'un de l'Atarax pour un scanner ou une IRM parce qu'elle est phobique et en fait elle est sous Paroxetine et ça fait pas bon ménage.

I : Ça t'est déjà arrivé ?

MG2 : Non pas directement. Par contre, des ordonnances de médecins différents c'est le pharmacien qui appelait pour dire que le patient il a deux trucs et je pense que ça va pas.

I : Les patients n'en parlent pas pourquoi ?

MG2 : C'est honteux, c'est une intimité qu'ils n'ont pas envie de...

I : Même avec vous ils n'arrivent pas ?

MG2 : Ça dépend... après c'est biaisé parce que maintenant je pense que je les repère un peu. Tu vois parmi les gens... les psychotiques je les vois... je pose toujours la question... « Vous êtes sûr que vous prenez pas de médicament ? même pas pour le sommeil... ? » et la BOUM « ah si je suis sous Dépakote », « et bah voilà... ! » rire... ça oui, c'est assez fréquent. Eux ils te le disent pas si tu vas pas chercher, d'autant plus si c'est un mec.

I : Le fait d'aller chercher, t'as l'impression que c'est venu avec le temps ?

MG2 : Oui, oh oui... Nan nan c'est clair, avant je disais « pas de traitement, OK ! »

I : Est-ce que tu as l'impression que ces derniers temps... bon là tu as changé de département... Mais est ce que tu sens une dynamique dans les échanges avec les psychiatres ?

MG2 : Pas plus d'amélioration non. Non après effectivement j'ai changé de département, mais je suis resté 8 ans à XXXX sur les 8 ans j'ai pas vu d'évolution. Par contre les comptes rendus d'hospitalisation oui ! J'ai vu arriver les comptes rendus d'hospitalisation que j'avais pas au début de ma carrière. Ca oui au niveau hospitalier.

I : Mais c'est pas le gros de votre patientèle... ?

MG2 : Bah oui... voilà...

I : Avec les CMP tu as du lien ?

MG2 : Aucun... AUCUN. Là j'avais ce jeune homme je me disais que si ça continuait j'allais appeler le CMP... Alors ici c'est soit Saint Marcelin c'est Isère, ou alors c'est Romans quand c'est la Drôme. Je pense que c'est un manque de temps. Je suis sûre que c'est un manque de temps.

I : Ils n'ont jamais essayé de prendre contact ?

MG2 : Non. Par contre ils m'adressent des patients [CMP] ! Je pense qu'il y a des fuites ! ...rire... On leur dit je pense qu'il y a le Dr X... là... parce que en plus il y a XXXX au CMP de XXXX et elle sait que je bosse par ici... ! Après moi ça me pose pas de soucis.

I : Et ça se passe comment, c'est pour quoi ?

MG2 : C'est hyper vague, c'est pour des gens qui n'ont pas encore de médecin traitant, c'est plus ça.

I : Surtout pour l'aspect somatique alors ?

MG2 : Oui oui ! Non c'est plus somatique.

I : Est-ce qu'il y a des moments où tu t'es sentie en difficulté dans la prise en charge de la dépression ?

MG2 : Euh... silence... Non... pareil ça non... Ca fait longtemps... Je peux pas te dire... J'ai pas souvenir en fait. Ça a dû arriver c'est sûr, mais pas ces dernières années en fait, et du moins... ou alors ça... Pour moi les situations compliquées c'est celles où ça nécessite une hospitalisation, un avis spécialiste... Pour moi la difficulté c'est si la personne ne veut ni être hospitalisée, ni être suivie et avoir un traitement... ça s'est pas trop présenté... J'ai pas fait de SDT... Non...

I : Pour adresser chez les psychologues, souvent on nous dit que c'est trop cher... ça t'est arrivé d'avoir ce genre de retour... ?

MG2 : Oui ils le disent. Moi déjà je leur annonce, ça coûte environ 50€ mais ça dure pas un quart d'heure, ça dure une demi heure ¾ d'heure... Après je vais plutôt... je prends le truc autrement, je prépare le patient à ce qu'il lâche 50€, c'est plutôt ça.

I : C'est rare que les patients freinent vis-à-vis de ça ?

MG2 : Euh... plus vraiment, je l'ai plus entendu... enfin c'était plus un critère que j'entendais il y a quelques années, moins maintenant... Ça rentre dans le budget... Euh ouais... Pourtant ici les gens ils n'ont pas de sous... Mais ouais, je peux pas te dire... Par contre ce qui est net, il est évident que ça fait 5 ans que les gens ils consultent de plus en plus pour des problèmes d'épuisement professionnel, troubles anxieux... Beaucoup... ! Est-ce que ça devient pas... Est-ce que ça rentre pas dans les mœurs ? Il y a de plus en plus de personnes qui vont pas bien dans leur situation personnelle ou professionnelle... D'entendre qu'un tel va chez le psy, « pourquoi pas moi ? ». Enfin je sais pas... Moi je trouve qu'en 5 ans là c'est net !

I : ça représente beaucoup de votre activité.

MG2 : C'est énorme, que ce soit public ou privé, ça va du petit ouvrier au chef d'entreprise, petite moyenne ou grande. C'est exactement les mêmes comportements. C'est effrayant. Vraiment c'est effrayant.

I : Le fait que ça prenne autant de place depuis 5 ans, tu le vis comment ?

MG2 : Bah j'ai fait une formation ! Une formation en ligne sur l'épuisement professionnel, vachement bien ! C'est pas vieux, il y a 3-4 mois. J'ai reçu le papier j'ai dit « Ah nickel ! » et franchement très bien, complet. Et ça m'a donné des clefs, j'oriente beaucoup vers la médecine du travail pour faire remonter. Ça a un poids pour le patient quand ils sont salariés, le fait de passer par la médecine du travail ça a un poids au niveau du patron parce que ça a une répercussion sur l'état général de l'entreprise et sur le budget. Et quand tu touches au budget... En gros c'est ça ! Et puis c'est plus logique aussi.

I : On en parle beaucoup en ce moment en médecine du travail des problèmes psy...

MG2 : Mais tu vois avec la médecine du travail c'est pareil, il n'y a pas assez de lien. Carrément pas... Et effectivement, peut être qu'on est mal informés sur le médecin du travail. J'ai fait deux formations en ligne, une sur les lombalgies chroniques et l'autre sur l'épuisement professionnel, dans les deux cas se sont des pathologies qui retentissent sur le lieu de travail...

- Pause car appelée pour un nouveau dossier de patient -

Désolée en plus elle veut que je sois son médecin traitant et je veux pas, parce que c'est une patiente qui va être très très compliquée par sa façon d'être, ça va pas coller. Soit il faut que je sois très froide avec elle pour qu'elle comprenne que je veux pas être son médecin traitant... en plus il a tout son dossier qui fait ça... Et moi je l'ai pas vu son dossier, et elle va me demander si je l'ai lu, et je vais lui dire ah bah non il est là bas... Non c'est pas un cadeau... ça c'est compliqué pour moi. Ça c'est compliqué, plus que... Non ce qui était compliqué avant ne l'est plus, et ce qui est devenu compliqué c'est les patients qui sont très dispersés. Ils se pointent, tu sais pas ce qu'ils ont, ils te parlent de pleins de trucs différents... La dispersion, ça ouais c'est difficile pour moi.

I : Et les patients qui ont des problématiques psychiatriques n'ont pas tendance à être plus dispersés que les autres ?

MG2 : Pas dans la forme, ils viennent pour ça ou alors c'est quelqu'un qui a des signes... Qui est fatigué et qui ne sait pas lui-même pourquoi. Elle vient et elle te dit « je suis fatiguée », c'est con mais c'est un point où tu peux poser des questions et après... Je l'ai vue hier, elle venait parce qu'elle avait un problème physique bidon... Enfin bidon pour moi, pas bidon pour elle. Et en fait elle était juste surmenée cette dame.

I : C'est beaucoup ça ? Le petit élément « bidon » ?

MG2 : Ouais, c'est la porte d'entrée, ça c'est clair. Et je le voyais pas il y a 10 ans. On me disait « je suis fatigué », et moi je disais « Bah faut dormir !!! ». C'est venu après de questionner sur l'environnement familial et après professionnel, en premier familial, comment ils vivent. Leur quotidien, leur rythme... Et là ça arrive.

I : Tu as l'impression que les médecins généralistes ont une place plus importante vis-à-vis de l'environnement ?

MG2 : Oui je pense.

I : Pourquoi ?

MG2 : Euh... Bah peut-être parce qu'il vont venir... Je repense à ce monsieur qui est bipolaire, il vient me voir en dehors de ses consultations avec le psychiatre. Il vient me voir par rapport à un événement au boulot, ou chez lui, s'il a été tenté de reprendre une goutte d'alcool. Il vient me raconter à moi, il n'attend pas un mois d'aller voir son psychiatre, ou 15 jours quand c'est 15 jours, il vient me voir entre deux.

I : C'est plus facile de lui donner une plage ?

MG2 : Oui je pense, parce que comme il y a pas beaucoup de psychiatre, et vos consultations sont plus longues que les nôtres. Statistiquement il y a plus de chance que je le vois... enfin c'est normal je trouve. Tu peux désamorcer rien qu'en écoutant, en donnant 2 ou 3 conseils. Rien que le fait qu'il soit assis devant toi il y a la moitié du boulot qui a été fait. C'est marrant. Mais ouais, vraiment c'est un truc que j'ai appris là récemment, la médecine du travail, c'est devenu très courant l'épuisement professionnel, la non reconnaissance, etc...

I : Est-ce qu'il y a des trucs importants dont on n'a pas parlé qui te viennent ?

MG2 : Non, non... [silence]... Euh... Enfin je vois pas... Après je te dis quand je sais pas « Allô... ? je suis médecin généraliste qu'est ce que je fais avec ce genre de situation ? ». Je te dis ça ça peut être pour un problème urologique, ou n'importe quoi. J'ai pas honte. Et les gens ils sont plutôt contents en fait. Tu vois j'ai eu un urologue il n'y a pas longtemps, là je viens d'avoir un neuro, et bah il était content que j'appelle, il était super sympa. J'ai toujours fait comme ça, sur dix appels j'en ai peut être un qui a pu être désagréable. Les psys c'est pareil, non... franchement... après ça dépend comment t'abordes les choses... T'appelles et tu demandes si tu déranges, c'est une question de forme c'est comme tout. Tu dis « j'ai un souci, est ce qu'on peut en parler là, est ce que je vous rappelle ? ». Moi j'ai appelé l'XXXX ou des psychiatres de ville.

I : C'était pour des conseils, pour adresser ?

MG2 : L'XXXX c'était pour adresser et savoir si c'était justifié. Les médecins psychiatres, les deux auxquels je pense c'était pour avoir un autre jugement... Ouais j'avais besoin de leur avis, d'échanger sur comment ils percevaient le patient.

I : Tu m'avais dit que quand tu passais la main c'est que tu avais le sentiment que ça patinait au niveau des traitements, du coup vu qu'il n'y a pas de place tu arrivais quand même à trouver de la place avec des psy...?

MG2 : Et bah ... c'est pas trop arrivé ici mais à Sassenage, vu que c'était à Grenoble ça allait... Les délais n'étaient pas trop trop longs quoi... Ici pas trop parce qu'ici je dirais que c'est plutôt psychothérapeutique, parce que pour les problématiques... La campagne c'est pas les problèmes... Par rapport à la dépression le point de départ c'est pas la même chose, c'est plus des histoires de famille, des tabous...

I : A Sassenage c'était différent ?

MG2 : C'était plus la pression professionnelle en ville... Ici il y a moins d'épuisement professionnel je pense, il y en a mais moins... Mais c'est le secteur qui veut ça aussi quoi, ici c'est agricole essentiellement, et après c'est des usines mais, la Drôme à une politique différente aussi dans le management je pense c'est pas tout à fait pareil. Je pense que c'est pas trop mal dans la Drôme, dans la mentalité des drômois... Je pense...

Non c'est plus les structures de soin qui manquent. Ici il y a des structures pour des pathologies lourdes, MGEN, des FAM, il y a du TED ici... Ca ça manque, il n'ya pas, tu vois... Sur les 2 structures il y a un seul psychiatre qui regarde les ordonnances, pour l'autre structure il n'y en a pas... Pour les TED c'est des prescriptions qui ont 10 ou 15 ans qui n'ont pas de mises à jours parce qu'il n'y a pas de psychiatres... On reconduit... C'est le même problème, les structures psychiatriques elles manquent d'effectifs, elles manquent de réseau... Les manques et les difficultés sont là. Après ça manque de psychiatre point barre ! Le lien ça reste quelque chose de personnel, ça demande de prendre son téléphone et de pas craindre de pas savoir. C'est pas propre aux psychiatres tu vois, c'est avec n'importe quel spécialiste... prendre ton téléphone ça va pas te tuer tu vois... Au pire tu te fais envoyer chier une fois et c'est tout...

I : Certaines personnes disent que la psy c'est pas forcément la même chose que les autres spé, qu'il n'ont pas toujours les bons éléments de langage... Peut être que toi tu as eu l'habitude de beaucoup communiquer avec les psychiatres...

MG2 : Dans notre formation il manque un stage de 6 mois en psychiatrie. Ouais, ce serait vraiment pas un luxe... Moi je vois quand j'ai bossé à l'hôpital j'ai compris plein de choses. Beaucoup beaucoup de choses qui ne faisaient pas parti de mon fonctionnement mais même au-delà de ça, de ma culture... C'est vraiment un outil qui manque, et aujourd'hui on fait beaucoup de psy je trouve, 6 mois d'internat franchement... ! Parce que quand tu démarres et que t'en vois beaucoup tu te dis « qu'est ce que je fais... ! » et tu paniques... Et c'est ça qui fait peur et qui fait que t'appelles pas les psy parce que ça te renvoie à tes angoisses de « je sais pas gérer ça »... Et t'envoie chier le patient... Je me souviens quand j'étais à Chambéry, quand on recevait les patients qui devaient être pris en charge par les hôpitaux psychiatriques, effectivement tu envoies chier les psychiatres parce que tu dis que le patient n'a rien à faire là... et après tu comprends... Au départ tu comprends pas et t'es totalement démuni... Et après si t'as pas évolué la dessus, tu continues à envoyer chier. Moi je pense que c'est parce que t'as peur... C'est un peu le même principe que quand tu as une situation compliquée, qui devient chronophage et qu'en plus tu comprends rien... T'as envie d'envoyer chier. Cette dame là, j'ai envie de l'envoyer chier mais pourquoi ? Parce que je comprends rien... J'ai envie de dire « vas t'en tu me déranges », je pense que c'est ça.

MG3

I : Est-ce que tu peux me parler du dernier patient dépressif que tu as pris en charge ?

MG3 : Oui... C'est une patiente qui a une soixantaine d'année que je vois deux fois par semaine depuis plusieurs années qui est très dépressive, qui a fait plusieurs tentatives de suicides, qui a été hospitalisée plusieurs fois à l'hôpital et qui maintenant et qui euh... maintenant va à peu près bien, elle est en train de divorcer. Elle... euh... voilà, elle a pas mal de contraintes familiales et personnelles... très altruiste je pense, et donc elle est en train de se détacher un peu de tout ça et elle à l'air d'aller un peu mieux mais... euh... donc je l'ai vue hier, et là elle m'a dit qu'elle voulait... euh (rire nerveux)... elle voulait aller en suisse pour programmer sa mort !

I : D'accord

MG3 : Donc voilà, elle va mieux mais ... (rire) mais quand même !

I : Et elle a quel âge ?

MG3 : Elle a une soixantaine d'années, bon elle a pas mal d'autres pathologies à côté mais euh... mais elle est pas ... voilà elle est pas en train de mourir quoi ! il n'y a pas de raison qu'elle meure. Donc c'est quelqu'un qui va beaucoup mieux parce que donc j'avais mis en place un suivi deux fois par semaine parce que elle avait d'autres pathologies, elle est diabétique, elle avait une grosse cytolyse hépatique parce qu'elle prenait des... je sais pas combien... enfin, des traitements psy, je pense qu'elle en prenait un peu trop quoi. Pour dormir toute la nuit elle prenait 4 lysanxia avant d'aller se coucher plus euh.. 4 zolpidem (rire nerveux) tous les soirs. Donc euh... à une époque ça n'allait pas trop sur le plan médical pur, donc j'avais dit ben un suivi par semaine psy et un suivi par semaine pour le reste ... sauf qu'en fait maintenant tout interagit et c'est difficile de séparer ... mais je lui avait fait une petite mallette médicale avec tout bien rangé mais elle ne l'amène jamais.. enfin voilà le suivi est pas très... très, très bien. Et donc à l'époque, au début que je la suivais, quand j'étais en vacances elle se suicidait...elle est toujours pas morte (rire) mais c'était quand même un petit peu compliqué.

I : D'accord, donc il y avait quand même un lien assez fort ..

MG3 : Ouais... donc ce que je faisais après, c'est que comme elle avait des pathologies rhumato, respiratoire parce qu'elle fume, quand je partais en vacances je programmait un truc, soit une hospité en rhumato à Uriage, soit Pas des choses psy mais ... voilà... donc maintenant elle va un peu mieux, elle a des angoisses, ce que je lui ai demandé c'est d'être suivie par un psychiatre aussi, donc c'est le Dr X qui la suit. Euh ... pour m'accompagner sur la thérapeutique parce qu'au début elle avait vraiment beaucoup beaucoup de médicaments et j'avais besoin de quelqu'un pour m'aider à renforcer le...

I : La prise en charge plutôt pharmaco du coup ?

MG3 : Ouais pharmaco et puis aussi psychique, enfin être accompagnée face à cette patiente, ne pas me sentir seule quoi, parce c'est quand même un peu lourd ... et voilà, donc on échange assez bien avec le Dr X, sur euh... par mail ou par téléphone. Après j'ai l'impression qu'il est un peu comme moi des fois, un peu démuni. Mais euh, ouais c'est agréable de ne pas être toute seule en fait, d'avoir le soutien... Quoique on prend les mêmes vacances, on prend tous les deux sur les vacances scolaires donc bon... Et cette année, elle a quand même ... je suis partie 5 semaines et d'habitude elle voyait ma collègue quand je n'étais pas là et là elle n'a pas consulté pendant les 5 semaines où j'étais absente. Donc... c'est que ça va mieux ! (rire)

I : Et qu'est-ce qui t'as fait choisir ce psychiatre là en particulier ?

MG3 : Ben parce c'est un correspondant, c'est quelqu'un avec qui j'ai l'habitude de... qui suit aussi d'autres de mes patients, il m'avait été recommandé par une psychologue à côté avec qui j'ai l'habitude de beaucoup travailler et euh ... voilà... c'est pas facile de choisir le psychiatre parce que comme c'est très personnel ça dépend euh.. du fonctionnement avec les gens alors c'est dur de conseiller.

Quand on conseille un cardiologue ben ... on sait qu'il fait bien la cardio. Le psychiatre c'est pas que « il fait bien son métier » c'est aussi est ce que ça va passer avec ce patient. Et puis donc euh... je pense il faut essayer ... et puis il faut renforcer aussi parce que il y a un moment elle ne voulait plus le voir parce que c'était un homme enfin ... et puis l'autre chose aussi c'est ce que je disais , faut pouvoir le joindre, pouvoir échanger , s'envoyer un mail, demander un conseil.... Ça va être un critère de choix aussi.

I : C'est quelque chose qui est assez facile en règle générale ou... ?

MG3 : Je sais pas, j'ai pas de référent quoi, à part euh lui euh... j'ai pas d'autre personne à ... effectivement des fois c'est un peu dommage d'envoyer les patients et on n'a jamais de courrier, on n'a jamais rien ... et on a l'impression que la psy c'est le ...ce que la personne elle livre c'est personnel et qu'on n'a pas à le dévoiler. Parce que euh... j'ai déjà fait des réunions avec des médecins du CMP et des infirmières, on a déjà discuté... c'est vrai que c'est...

I : Les psychiatres du CMP ?

MG3 : Ouais, sur justement les courriers, les échanges euh.. il y a le secret médical mais après on peut juste envoyer un petit mot en disant « je l'ai vu », juste « je l'ai vu, il vient bien à ses consultations , il n'y a pas de soucis » enfin ou « je ne l'ai pas vu, il ne vient pas à ses consultations » , juste des choses comme ça, ça serait déjà pas mal. Parce que souvent avec les pathologies psychiatriques... alors je trouve la dépression c'est pas la plus dure finalement ... c'est ... les gens borderline euh... c'est un peu compliqué à gérer euh... on a un peu envie de savoir euh... ou des gens bipolaires... s'ils sont suivis... parce que des fois on les voit plus nous... mais on se dit ben peut être qu'ils voient le psy ? (rire) Je pense que là, s'il y avait plus d'échange, ça serait bien, pour le patient.

I : Et cette réunion, c'était à l'occasion de quoi ?

MG3 : C'était organisé par le Pôle Santé, il y a un pôle santé à Saint-Martin d'Hères, avec les médecins Y et Z , qui organise euh ... eux ils sont vraiment dans la gestion de la précarité donc euh... Il y a pas mal de chose, de programme d'ETP mis en place et puis des échanges entre professionnels et donc du coup on avait essayé de relier... euh... échanger et voir ce qu'on pouvait améliorer sur le secteur....

I : Et du coup ce qui en était ressorti ?

MG3 : Ben on a échangé c'était quoi, il y a un an, un an et demi et du coup ben ... (rire)... rien n'a changé

I : Non ?

MG3 : Non le CMP quand on les appelle ils ont jamais de place, ils peuvent jamais prendre les patients...

I : C'est difficile d'adresser ?

MG3 : Oui, on sent qu'ils sont débordés J'avais appelé pour des enfants, suspicion trouble de la sphère autistique, c'est même pas le médecin qui m'a rappelé c'est l'assistance sociale je crois, en me disant « désolé on est débordés, ces familles-là de toute façon, on les a déjà eues, ils viennent jamais à leur rdv... » Ben ouais, mais nous nous non plus ils ne viennent pas à nos rendez-vous, et on les prend quand même ! Après peut-être on devrait leur dire non mais après qui c'est qui s'en occupe quoi ? On n'est pas le secteur public quoi, parce que nous quand ils ne viennent pas, on n'est pas payés. Alors que le personnel du CMP, si les gens ne viennent pas, ils prennent la place des autres, mais ils sont payés quand même. Donc c'est... j'avais trouvé un petit peu gonflée l'assistante sociale pour ces deux enfants... j'appelle pas souvent quoi, si j'appelle c'est que je suis inquiète ! Mais de ne pas avoir de réponse du médecin ... ça reflète qu'effectivement il y a un problème.

I : Donc il y a effectivement les courriers, peut être un peu plus de disponibilité, mais est-ce que tu vois autre chose qui pourrait favoriser le lien avec les psychiatres, et se développer ?

MG3 : Ben après on pourrait faire aussi des réunions de secteur quoi. Par exemple, groupe de pairs, après ça serait presque plus pour les médecins que pour les patients, mais je pense que ça pourrait être euh... ça pourrait être bien ! Bon pas en faire trop souvent parce qu'on est tous hyper occupés mais à mon avis on pourrait faire 2 ou 3 réunions dans l'année, ça pourrait être pas mal d'échanger en groupes de pairs autour des dossiers complexes, surtout à Saint Martin d'Hères, on a des gros dossiers assez psychosocial en fait. S'il y avait un psy, une assistante sociale, ça serait euh... ça serait chouette pour ces dossiers-là.

Parce que quand on demande... quand on appelle, c'est pour quelque chose d'aigu pour lesquels on est inquiet, comme par exemple les enfants, qui ont un trouble de la sphère autistique et qui entrent en CP, on se dit mince comment ça va se passer l'école, on est un peu dans l'aigu. Et après on a des dossiers, ben par exemple cette patiente là qui est un peu chronique, si on arrivait à avoir un temps d'échange, ça pourrait être bénéfique aussi.

I : Et justement cette patiente, tu disais qu'elle avait fait pas mal de passage à l'acte, en terme de prise en charge de la crise suicidaire, comment tu faisais ?

MG3 : Ben le truc c'est que les passages à l'acte c'est pas moi qui les ai vus donc ça a été géré... euh... les passages à l'acte c'était prendre beaucoup beaucoup de comprimés euh... du coup ben elle est allée à l'hôpital quoi, elle a été amenée par le 15... et puis en plus c'était souvent pendant les vacances, souvent mes vacances donc c'est pas moi qui l'avais vu juste avant. Enfin depuis que je la connais, parce qu'elle avait aussi fait d'autres passages à l'acte avant. Après moi je l'ai faite aussi hospitaliser avant le passage à l'acte. Parce qu'elle avait des idées suicidaires, je la trouvais vraiment pas bien et j'avais réussi à la faire hospitaliser mais j'ai l'impression que ça c'est pareil, c'est de plus en plus difficile... C'est au 3ème Au 3^{ème} A je crois que je l'avais fait pour elle.

I : C'est plus difficile par rapport à quoi ?

MG3 : Ben là je crois les places je crois qu'elles n'existent plus, au 3^{ème} A ... il y avait des places

I : Et pour faire accepter au patient l'hospitalisation ?

MG3 : Non, non, le plus difficile c'est de trouver des places, pour les faire hospitaliser.

Ben en fait le truc c'est que si je leur dis, on va aller en psychiatrie à Saint Egrève ou au Coteau ou je sais pas où en général ils ne veulent pas. Si on dit, ben vous êtes déjà allé au 3^{ème} A en toxico, parce que vous avez pris des médocs, là ils veulent bien.

I : D'accord mais l'étiquette psy...

MG3 : Oui je pense qu'il y a ça aussi qui met une barrière pour les patients. Mais bon de toute façon les hospitalisations en psy on appelle, on est sur liste d'attente enfin. Donc c'est pas très facile, ils disent oui oui je suis d'accord et puis après une semaine après quand on les appelle ils ne sont plus d'accord donc c'est quand même un petit peu compliqué pour nous.

I : Est-ce qu'il y a une fois où tu t'es trouvée en difficulté face à un patient en crise suicidaire ?

MG3 : Après je pense quand on sort un peu du truc on ne se rappelle pas forcément des crises suicidaires parce qu'on met un peu de côté ces choses-là... après je pense à une patiente bipolaire où là j'étais en difficulté parce que je voyais qu'elle n'allait pas bien et je ne savais pas quoi faire parce que quand je la voyais vingt minutes, elle prenait sur elle Ça a suscité quand même une plainte de la famille contre moi au conseil de l'ordre parce finalement euh... ils ont trouvé pour qu'elle soit hospitalisée et c'est une bonne chose ! Mais sauf que en médecine générale quand on voit une personne un quart d'heure tous les trois mois, on n'a pas de poids pour faire hospitaliser ces gens-là. Donc là j'étais pas bien quoi, parce que je me suis sentie démunie, je voyais bien qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas et je ne voyais pas comment faire pour agir. A part dire à la famille, si ça ne va pas, vous appelez le SAMU euh... Après... euh... oui, il y a eu d'autres personnes qu'on a envoyées aux urgences pour des idées euh... c'était plus une patiente de ma collègue, mais qu'on a gérée ensemble ... aux urgences parce qu'elle avait pris des comprimés, qu'elle était suicidaire, elle a fait un malaise dans le cabinet. On a appelé les pompiers, parce qu'elle était à moitié tombée dans les vap', mais c'était pas à cause de ce qu'elle avait mangé.... Euh ... mais en fait elle n'a pas été gardée. Au bout de quelques heures elle est ressortie.

Je pense que la psy c'est vraiment ce qui nous pose... enfin moi je pense que c'est ce qu'il y a de plus dur en médecine générale et que ... le reste c'est des choses techniques... mais là c'est vrai qu'on est un peu démunis.

I : Et est-ce que tu trouves que ces derniers temps il y a des choses qui évoluent, pour avoir de l'aide auprès des psychiatres ou autre ?

MG3 : Non, moi j'ai l'impression que les psychiatres, en tout cas dans les structures publiques, ils sont de moins en moins nombreux, de plus en plus débordés et que... ouais qu'il y a des listes d'attente... alors moi j'ai beaucoup d'enfants donc c'est surtout les enfants... et surtout à Saint Martin d'Hères avec les problèmes psychosociaux et donc beaucoup d'accompagnement parental euh... ça s'allonge, ça s'allonge et... nous ça nous met en difficulté, ça nous met en souffrance aussi parce que on voit que les choses se dégradent et il n'y a personne pour aider et à la fois, on ne peut rien faire. Donc non je ne trouve pas que ça s'arrange ...

I : J'ai l'impression que tu as envie de dire que c'est même de pire en pire ...

MG3 : Ouais... après je ne leur jette pas la pierre hein, parce que je pense que c'est hyper dur et je sais que au CMP là, il y a un des médecins qui est parti à la retraite, donc celle qui reste ben elle est toute seule donc... voilà ça n'attire pas du monde on a l'impression au CMP !! (rire) alors ils doivent pas être assez payés ou euh... et puis je pense qu'ils voient tous les gros cas sociaux ... les gens qui peuvent payer ils vont voir un psy libéral !

I : Et avec les psychiatres libéraux est-ce qu'il y a des liens ?

MG3 : Alors quelques-uns, moi j'en ai deux-trois euh... une psy aussi à Gière qui s'appelle XX qui est super qui a une approche un peu différente avec de l'EMDR, de la méditation ... elle fait des ateliers de groupe et tout où j'envoie des gens mais après voilà déjà ça ne convient pas à tout le monde et puis après en plus, là j'ai voulu envoyer quelqu'un et elle prenait pas de nouveaux patients, donc

voilà il y a des moments où elle prend et des moments où elle ne prend plus. Et elle j'échange bien avec elle, elle envoie des messages. Une jeune qu'elle suit, elle était inquiète... il y a de l'échange, c'est sympa !

I : Et le petit réseau comme ça que tu te formes, tu fais comment ?

MG3 : C'est beaucoup du « bouche à oreille » en fait. Parce que quand on reçoit une petite carte « Bonjour, je suis psychiatre je viens de m'installer à côté de chez vous », je trouve que c'est vraiment dur d'envoyer, sans avoir eu de retour. À la rigueur qu'ils viennent se présenter, qu'on les rencontre de visu et euh... je sais que c'est pas facile... Après c'est vrai pour tous les spécialistes, c'est dur d'adresser des patients vers des gens qu'on ne connaît pas.

I : Mais vous recevez quand même des petites cartes quand des psychiatres s'installent ?

MG3 : Ouais, des fois ouais. Pas beaucoup mais ouais... mais j'ai l'impression que les jeunes qui se sont installés, dès qu'on les appelle ils sont déjà débordés (rire) tu te dis ha tiens chouette un nouveau psychiatre, et puis ben en fait ils sont déjà débordés... et puis ils sont pas fous, ils s'installent pas à Saint Martin d'Hères (rire)... ils ont bien compris que si ils sont là ça va être l'horreur pour eux !

I : Comme tu disais c'est beaucoup du psychosocial ?

MG3 : Oui. Moi j'ai des patientes très difficiles qui sont parties et ça me fait beaucoup de bien En plus c'était des personnalités borderline... il y en a pas mal ici ... le milieu psychosocial, j'ai l'impression qu'on sélectionne les gens comme ça. Donc à la fois c'est intéressant mais à la fois si on en a trop ... on est saturés, c'est trop dur à gérer !

I : Et justement par rapport à ton temps de consultation moyen, comment tu gères ?

MG3 : Alors moi je prends vingt minutes par consultation, pour tout le monde. Après des fois bien sûr ça déborde un peu. Et par exemple pour cette patiente ben c'est pour ça que j'avais mis en place de la voir deux fois par semaine. Mais même là hier, alors que je la vois deux fois par semaine, la consult' elle a duré une demi-heure. Alors en général non, en général j'arrive assez bien à le maîtriser, c'est pour ça que j'ai mis ça en place.

I : Donc toi les cas où tu es le plus en difficulté c'est quand c'est des troubles de la personnalité, ou parfois par rapport à des traitements ou autres ?

MG3 : Euh... ouais les traitements... ben elle par exemple le psychiatre avait augmenté des grosses doses de lysanxia... elle était à je ne sais plus combien là, et euh... elle commençait à perdre la mémoire, et euh... elle était vraiment pas bien quoi ... ouais, je suis un peu démunie, je me suis dit ça doit être les médicaments mais après on se sent aussi un peu démuni, comment on baisse, à quelle vitesse, est-ce qu'on met autre chose à la place... ? mais j'ai l'impression que les psychiatres aussi, parce que quand j'ai vu comment il avait rajouté du lysanxia, c'est que lui aussi, il doit pas trop savoir quoi faire... vu qu'elle disait qu'elle était très angoissée, qu'elle avait peur de rester toute seule chez elle, il a dû lui dire ben reprenez un Lysanxia Je suis pas convaincue que les psychiatres ils soient forcément plus à l'aise avec ça, mais d'un autre côté si on est deux, c'est toujours pareil, je pense que c'est mieux.

Parce que du coup je lui ai dit de diminuer, j'ai envoyé un mail au Dr X, qui lui a dit de diminuer, et du coup on était deux à lui dire de diminuer. Là maintenant, enfin ça a pris du temps parce que visiblement la nuit elle se lève et elle épluche des mangues, sans s'en rendre compte donc en fait elle est somnambule. Donc je lui ai dit que maintenant soixante-dix gouttes de Théralène, c'était un peu beaucoup avec ses deux zolpidem et son lysanxia du soir, et donc que c'était bien si elle diminuait les

gouttes de Théralène , et le zolpidem et que peut être elle ferait moins de somnambulisme. (rire)
Mais bon là elle va plutôt bien en ce moment donc on peut en rigoler mais sinon face à ça c'est vrai que c'est dur quand on est tout seul.

En fait moi les gros patient psy, je mets la condition que je les suis, avec un psychiatre. Je fais pas toute seule. C'est pas forcément parce que je ne sais pas gérer, les médicaments ou quoi, c'est parce que je me dis, faut pas que je sois toute seule. S'il y a un moment ça va pas bien, faut que je puisse en parler avec quelqu'un.

I : Et du coup les patients ils acceptent d'avoir un psychiatre ?

MG3 : Ça dépend. Après si on met la condition, je veux pas vous suivre ... enfin je dis pas je veux pas vous suivre... « c'est trop difficile, moi je m'y connais pas bien en médicament, ça serait bien que quelqu'un vous suive comme ça si moi je ne sais pas .. » enfin je présente les choses comme ça. Après c'est sûr que les gros psy, je pense surtout les ... parce que les dépressifs ils ont envie d'aller mieux quand même souvent, mais les personnalités pathologiques, je pense que ceux là on en voit plus que vous. Parce que eux ils veulent pas aller chez le psy quoi. Et eux on peut pas les envoyer et on est obligés de se les coltiner et de faire avec.

I : Et avec les psychologues ?

MG3 : Ben pareil, ces personnalités là... de toute façon avec les psychologues ... enfin ça ne marchera pas quoi... les gens ils ne veulent pas payer pour aller voir un psychologue.
Après les psychologues, voilà moi je travaille beaucoup avec la psychologue qui est a coté là, on travaille vraiment ensemble, surtout avec les enfants. Et ça marche super bien ! D'ailleurs la dernière fois elle me dit mais je ne sais pas comment t'arrives à me les envoyer.

I : Pourquoi ?

MG3 : Ben parce qu'elle est étonnée qu'ils viennent la voir sur mes conseils. Elle me dit on voit que tu as une relation assez forte avec tes patients ou quand tu leur dis de faire quelque chose ils pensent que ça va être bien pour eux et ils écoutent tes conseils et ils le font.

I : Parce que sinon ils n'y auraient pas pensé d'eux même ?

MG3 : Ouais, ils auraient pas osé, ou ils auraient pas fait confiance à quelqu'un d'autre. Quand je dis « ben voilà, c'est ma copine Isabelle, vous pouvez aller la voir, elle est super, ça marche bien » ben du coup ils essayent. Mais pareil, il faut vraiment ... pour pouvoir dire ça faut que moi j'ai confiance en elle et que je sache qu'elle est fiable, je peux pas faire ça avec un psychologue que je ne connais pas.

I : Donc ce que tu dis un peu, c'est que pour avoir vraiment un bon réseau, il faudrait créer des endroits où tout le monde se rencontre et puisse se connaître.

MG3 : Voilà. Oui je pense que c'est important. Et savoir l'approche. Est-ce que c'est quelqu'un qui va plutôt faire de la TCC, est ce que c'est quelqu'un qui va faire des ateliers, de la méditation, donc voilà, on ne peut pas envoyer ... chacun à des approches différentes, est ce que c'est quelqu'un qui est plutôt orienté thérapeutique... c'est pas évident de savoir.

Et puis si on reçoit une petite carte c'est déjà pas mal, qui dit euh je fais de la TCC et ça et ça et ça.. ben au bout de trois jours on ne se rappelle plus du type et de ce qu'il fait...

C'est vrai que le contact, rencontrer les gens et échanger je pense que ça serait mieux.

I : Donc en fait même s'il y a un listing avec tel psychiatre fait ci fait ça, ça serait pas suffisant ?

MG3 : Ça peut être pas mal déjà, d'avoir un truc sous le coude. Je pense que ça serait pas mal d'avoir ça. Mais on l'a un peu notre listing. J'ai mon carnet là, je vais te montrer.... (sort son carnet) donc là j'ai les psychologues ... j'en ai déjà pas mal... et là j'ai les psychiatres ... donc... j'en ai ! j'en ai des contacts. Mais après, effectivement je ne les connais pas ces gens, donc j'envoie toujours aux mêmes personnes. Donc arriver à créer le lien, ça serait chouette. Et même pour eux.

I : On a fait un peu le tour... Est-ce qu'il y a quelque chose dont on n'a pas parlé concernant le lien avec les psychiatres qui te vient à l'esprit ?

MG3 : Je pense que c'est surtout le contact, le lien et puis ce que je disais tout à l'heure, ce serait vraiment important, au moins si on n'a pas d'échange vraiment, juste savoir si le patient est toujours suivi par le psy. Et que le psy sache qui est le médecin traitant et que le médecin traitant qui est le psy.

Juste ça déjà ça serait bien. Pour le suivi du patient, pouvoir noter dans le dossier le psychiatre tout ça, oui ça serait ... c'est rassurant pour nous en se disant ben si à un moment il y a un souci ou quoi je peux l'appeler, on peut échanger. Des fois on sait pas, il est suivi par un psy, il se rappelle même plus du nom.... Un petit mot du coup ça serait pas mal. Et le psy je pense que lui c'est pareil il ne sait même pas forcément qui est le médecin traitant. Il sait pas si le patient va voir le médecin traitant régulièrement, une fois par an. Donc je pense que l'échange dans les deux sens à mon avis il peut être bien. Les psy ils savent pas des fois en fait que leur patient... nous aussi on les suit et que on les voit aussi toute les semaines, peut être même plus qu'eux ! Mais à mon avis ils ne le savent même pas.

Et puis l'autre truc ben c'est peut être un peu, un peu bête hein mais c'est la prise en charge financière avec les psychologues. C'est vraiment... en tout cas ici dans une zone... enfin à Saint Martin d'Hères c'est le problème quoi, les gens qui vont voir le psychologue c'est ceux qui peuvent se le payer. Alors je suis étonnée, des fois ils font vraiment des efforts parce que ça marche bien, et c'est aussi comme ça que je peux appuyer en disant ben c'est important pour vous, faites l'effort ça va vous aider. Mais du coup on fait ça si on connaît bien la personne (le psycho) et qu'on sait que ça va marcher ! Sinon si on ne connaît pas on a plus du mal à appuyer ça. Parce que c'est vrai que c'est cinquante euros par semaine quoi.

I : Parce qu'il y a des fois où la prise en charge par un psychologue suffit ?

MG3 : Ah ben pour beaucoup beaucoup de patients ! Je dirais la majorité ça suffit ... enfin pour les anxieux, après c'est vrai que dans la dépression un psychiatre c'est quand même mieux. Mais pour les problèmes psychosociaux, d'accompagnement parental, les enfants qui sont en difficultés relationnelles à l'école ben tout ça souvent le psychologue ça marche bien.

A SMH on a de la chance aussi on a... avec la mairie il y a des psychologues payés par la mairie qui reçoivent les patients. Ça s'appelle « Lieu d'écoute » donc on peut adresser les enfants là-bas . Enfin Les enfants et les adultes, après ils ne les suivent qu'un temps donné, ça doit être dix consult' ou quelque chose comme ça et après ils orientent s'il y a besoin. Donc ça permet quand même de désengorger pas mal. Et puis pour revenir là sur ce que tu disais, sur ce qui m'a mise en difficulté, je repense cette année, en fait j'ai eu deux enfants avec... ouais ça, ça a été super dur... avec des idées suicidaires. De 7ans, 9ans. Et là pour le coup je me suis vraiment sentie démunie. Je les ai envoyés à la psychologue, et la psychologue elle était pas bien non plus, parce qu'ils étaient quand même... on ne sait pas trop en fait si il y a un risque de passage à l'acte ... normalement les enfants non mais euh.. ils étaient vraiment pas bien avec des idées noires de .. D'attaques terroristes, de choses comme ça. Et j'ai appelé des pédopsy et il n'y en a aucun qui les a vus quoi. Donc c'est vraiment dur quoi. Et un autre enfant, donc ça, ça date de trois ans, qui a fait une tentative de suicide à l'école, donc qui a essayé de sauter par la fenêtre, c'était sa deuxième tentative de suicide à l'école, il était en CM2. La

première il avait essayé de se pendre dans les toilettes deux ans avant. La maman me l'a amené en consult' en me disant l'école veut plus le prendre. Donc moi je l'ai envoyé illico aux urgences, donc il a fallu que je m'enferme dans le cabinet parce qu'il voulait sortir. Donc c'était quand même vraiment dur dur. Et euh... et donc je l'ai envoyé aux urgences et il est ressorti... comme c'était le soir il n'a pas vu de pédopsy... il a vu je sais pas qui... je ne sais pas qui il a vu... en tout cas il est sorti avec trois atarax par jour, à 25. Et la mère elle me la ramené elle m'a dit il faudrait que vous renouveliez l'atarax. J'ai dit non non là il faut qu'il soit vu, et je me suis démenée pour... ben c'est justement pour lui que j'ai appelé le CMP et que le ... la médecin ne m'a même pas rappelée. Parce que effectivement c'est une famille qui est spéciale, qui est connue sur SMH, la mère elle était suivie par les services sociaux.

Donc, elle ne m'a pas rappelée... j'ai appelé tous les pédopsy de Grenoble, personne ne voulait le prendre « ah ben non on est débordé » Et euh, je ne savais plus quoi faire... heureusement l'école elle a été sympa, j'ai aussi contacté la médecin scolaire ... qui ne m'a pas répondu d'ailleurs, mais j'ai eu la psychologue, je la connais, et elle m'a aidé.... Et la maitresse elle l'a repris en fait. Et finalement, la mère a trouvé un pédopsy. Moi je ne renouvelais pas l'atarax à ces doses-là. Mais là je me suis sentie vraiment toute seule. Et j'avais vraiment les boules. Et j'avais rappelé la pédopsy, pour savoir s'il allait être hospitalisé et ils m'ont dit qu'il était sur liste d'attente donc voilà, depuis trois ans il a jamais été rappelé. Donc maintenant ça c'est résolu, parce que il a été accueilli dans un centre, donc il a été un peu retiré de la famille, et puis la famille a déménagé donc je n'ai pas de nouvelles mais après ça s'est résolu avec des petits bidouillages... mais voilà dur dur.

MG4

I : Est-ce que tu peux me décrire le dernier patient dépressif que tu as vu ?

MG4 : Euh oui, c'était hier, c'est une dame qui a 33 ans, qui du coup était adressée par son psychiatre pour que je fasse un arrêt. C'est une dame qui est suivie depuis pas mal de temps, essentiellement pour des difficultés au travail, qui a aussi finalement des difficultés à domicile. C'est compliqué, elle a des jumeaux en bas âge, voilà. En fait, la psychiatre pensait qu'il fallait qu'elle soit en arrêt et la patiente ne voulait pas que l'arrêt soit fait avec le tampon du psychiatre. Donc c'est pas la psychiatre qui voulait pas faire l'arrêt, c'est la patiente qui voulait pas que l'arrêt soit au nom du psychiatre. Donc elle est venue me voir et j'avais eu un coup de fil du psychiatre, ce qui est relativement exceptionnel... Rire... Donc je l'ai arrêtée, voilà.

I : Et du coup, c'était une patiente du cabinet ?

MG4 : Je la suis depuis une quinzaine d'années, qui est migraineuse, qui avait eu des difficultés pour tomber enceinte, euh voilà, que je vois une fois ou deux par an pour renouveler son traitement pour la migraine. Elle avait mis du temps pour aller voir la psy. Son problème de dépression sous-jacent il est ancien, moi je crois qu'il y a un fond anxiodépressif depuis longtemps que je la suis, avec une colopathie, tout ça... tout ça c'est assez cohérent, après elle est en vraie difficulté quand elle me décrit le déroulement du boulot, je comprends volontiers que ça soit une source de... responsable d'un burnout : open-space, remaniement du service... voilà c'est réellement... Je suis sûre même que c'est fait sans arrière-pensée, ils réalisent même pas... Comment ils peuvent déplacer des pions sans penser au côté humain...

I : Ça arrive souvent ça ?

MG4 : Ouais, ouais, ouais. La souffrance au travail c'est excessivement fréquent, au fil du temps ça augmente avec des vraies souffrances, c'est pas les gens qui s'engouffrent là-dedans en pensant que c'est la mode. Voilà je pense que c'est l'évolution du monde du travail, avec tout ce qu'on a médiatisé avec Orange depuis 10 ans, ça n'a servi à rien. Si ce n'est que les gens peuvent se confier plus facilement, en se disant que ça existe depuis longtemps. Pour autant il n'y a rien qui est fait. Je suis sûre qu'on est sensibilisé à ça en termes de management mais en pratique ça se fait pas. Quand on fouille un peu, on se rend compte que le N+1 qui est responsable de ces difficultés, lui-même il est en souffrance et les gens ils veulent pas être en arrêt. On reconseille, et ils nous disent « de toute façon maintenant il est lui-même en arrêt », donc il doit être lui aussi pressé comme un citron en termes d'objectifs ou de choses comme ça donc c'est vraiment le monde du travail qui est dramatique.

I : Ça faisait un bout de temps que la question de la dépression se posait pour cette dame ? Et c'est elle qui a fini par aller voir un psychiatre ?

MG4 : C'est moi qui lui avais conseillé à plusieurs reprises. Tu veux que je regarde ? A mon avis ça fait au moins 4-5 ans qu'elle est suivie par un psychiatre.

I : Et auparavant ça faisait un bout de temps que c'était... que ça traînait, ça a été difficile pour la faire consulter ?

MG4 : Ouais.

I : Il a fallu la pousser un peu ?

MG4 : Oui, c'est même pas de l'appréhension ou la représentation du psychiatre en tant que tel, c'est de reconnaître le besoin d'une aide un peu plus spécifique. Il y a des gens qui veulent pas aller voir le psy, parce que le psy c'est pour les fous. Ça c'est une chose, elle c'était pas du tout ça, c'était arriver à reconnaître à un moment donné qu'il y avait besoin d'aide.

I : Quand elle venait c'était plus pour la colopathie ?

MG4 : Voilà c'est ça, et puis le travail. Je ne sais pas si je l'ai déjà arrêté pour ça... Ou alors... Est-ce que ces gens là ils sont hyper consciencieux ? Et s'ils s'arrêtent ça retentit sur les autres. S'ils s'arrêtent ne serait-ce que quelques jours pour souffler, tout le boulot il va être en stand-by et ils auront à le faire à leur retour. C'est toujours les mêmes arguments comparativement aux gens qui vont chercher un arrêt dès qu'ils ont un pet de travers, on voit tout de suite la différence... Et ceux-là ils sont hyper difficiles à arrêter, et ça c'est la seule chose qu'on peut leur proposer souvent.

I : Qu'est ce qui a fait que chez elle spécifiquement tu l'as orienté sur un psychiatre plus qu'une autre ?

MG4 : Pourquoi j'oriente sur tel ou tel psychiatre ? Bah ... Après moi j'ai quelques noms de psychiatres... Alors je regarde éventuellement le secteur, secteur 1 ou secteur 2 parce que voilà ça a un coût, et ensuite généralement les gens... Enfin c'est pas généralement... En tout cas les miens, ils veulent un dialogue, c'est-à-dire que quand ils se retrouvent allongés et qu'il décroche pas un mot ça leur convient pas. Alors moi j'ai identifié les professionnels avec lesquels j'ai eu des bons retours de la part de patients, avec un bon dialogue avec quelqu'un qui posait des bonnes questions et qui faisait avancer.

I : Et comment tu as fait pour mettre en place tous ces contacts ?

MG4 : Et bah c'est au fur et à mesure, et des rencontres et des retours. Là, la psychiatre je la connais via le collège de psychiatrie. Donc je l'ai rencontrée dans ce contexte-là et voilà.

I : Avec elle tu ne rencontres pas de difficulté, c'est pas bouché ?

MG4 : Et bah généralement t il y a des délais plus ou moins longs, donc je donne 3-4 noms et puis après, en fonction du contexte et de la géographie, et de la disponibilité, je propose un rdv avec telle ou telle personne. Après ma liste elle est assez courte, c'est 2-3 noms, et ça va être effectivement.. Qu'il y ait ce côté relationnel, enfin dialogue quoi.

I : Le fait d'avoir des retours, c'est important pour toi ? que tu saches vers quelle personne tu orientes ?

MG4 : Voilà, après quand ils nous disent « ma cousine m'a dit que le Dr machin il est très bien » je leur dis OK. Après la psychiatrie c'est pas une question de compétence mais de relation. On peut leur donner la liste des meilleurs pys de la place, si on n'accroche pas, on n'accroche pas... Donc ça je leur explique bien que les gens vers qui je les adresse, c'est des gens en qui j'ai confiance et qui pourraient leur convenir, après le coté relationnel ça peut pas se prédire.

I : Et ça arrive qu'il y ait des retours en disant c'est pas possible celui-là ?

MG4 : Pas sur ma checklist. Le retour éventuel c'est « elle a pas pu me prendre ».

I : Dans ce genre de cas on passe au suivant ?

MG4 : Oui oui oui.

I : Du coup, le dernier adressage que tu aies fait, tu te souviens à peu près de quoi il s'agissait ?

MG4 : La dernière fois que j'ai adressé à un psy...euh... alors un adressage direct ou une tentative d'adressage... Là j'ai vu une dame qui est en difficulté au travail. Ça fait un moment que je lui ai donné la liste des psychologues, et des psychiatres, pareil. C'est une souffrance au travail, et du coup euh... moi j'arrête à la fin de l'année, donc elle est venue pour autre chose, mais elle m'a dit « je vais peut-être consulter parce que jusque-là c'est ici que je vidais mon sac et je sais pas si ce sera pareil après... » et du coup je lui ai donné la liste. Pour l'instant elle n'y est pas allée, et sinon.. après une autre... En fait c'est quoi le sens de ta question ? Comment j'adresse, est ce que je fais un courrier ?

I : C'est juste, qu'est ce qui s'est passé pour que tu l'adresses à ce moment-là.

MG4 : Voilà, et bah là pareil c'est une souffrance au travail qui dure depuis des mois et la dame qui veut pas être arrêtée. Et sinon, je pense à une autre qui a un syndrome dépressif très ancien, qui a eu le deuil, enfin le décès d'une de ses filles autour d'une dizaine d'années d'un problème cardiaque, des violences conjugales etc... elle vit seule, enfin c'est compliqué, et c'est compliqué au travail, et elle est très émotive et elle surinterprète pas mal de choses et c'est compliqué au travail. Elle a un traitement antidépresseur depuis plusieurs années et là je l'ai adressée en plus à une psychiatre où ça se passe bien en termes de relationnel. Euh voilà. Et pour une dame, parce qu'elle ça va être long, et il se pose la question de la reprise du boulot, ça va être compliqué, elle veut reprendre mais ça va être compliqué et en plus pour des raisons financières, elle va être vite en difficultés parce qu'elle va être à mi-traitement. Après son arrêt il est parfaitement justifié, et la psychiatre pour le coup a fait un super certificat pour expliquer le motif du suivi, la dépression sévère, des antécédents anciens...

I : Quand tu adresses, c'est plus pour laisser un espace pour la parole ?

MG4 : Exactement, en général j'explique que dans une dépression, en fonction du contexte, de l'ancienneté, de la réticence des gens à prendre des médicaments et ou voir un psy. Que les médicaments auront plutôt un rôle chimique pour améliorer l'humeur, mais en fonction des problèmes psychiques sous-jacents, plus ou moins anciens, il faut dénouer ça et que le travail de parole est complémentaire. Selon où sont les gens, soit ils sont trop mal pour faire ce travail de parole et éventuellement il y a d'abord le traitement, au risque qu'avec le traitement ils se sentent mieux et ne voient plus la nécessité de parler, et des fois la situation même sans traitement puisse entamer ce travail de parole. Et puis parfois ce travail de parole peut désamorcer... Après sur des dépressions très sévères je suis pas sûre que ça suffise, mais moi je suis pas au taquet là-dessus...rire... mais en tout cas pour moi c'est 2 choses complémentaires qui peuvent se faire en parallèle ou décalé. Les gens on peut les envoyer chez le dentiste ou l'ORL, il n'y a pas de soucis, c'est... ils y vont une fois ou deux et on n'en parle plus... Là il faut vraiment qu'ils s'investissent et qu'ils sentent de parler tout ça... Il faut respecter leur tempo... Moi je vois ma liste des fois je l'ai donnée il y a 6 mois...

I : Il faut que ça fasse son petit bout de chemin ?

MG4 : Voilà, il faut que ça chemine ! Après peut-être qu'en termes de critère, j'étiquette dépressif des gens qui le sont pas vraiment, mais ils sont pas tous traités. Quand le travail de parole peut suffire... voilà... Après est-ce que toute dépression peut être traitée par la parole ? Est-ce que s'il n'y a pas de médicament c'est une vraie dépression ? Voilà moi je suis pas...

I : Sur l'aspect purement traitement, c'est plutôt quelque chose que tu peux faire ?

MG4 : Moi je le fais, j'ai pas de soucis à initier un traitement... Quand le psychiatre gère le traitement ça me gêne pas, je ne me sens pas dépossédée ou quoique ce soit, après pareil les psychiatres qui disent qu'ils font que la parole et qui traitent pas pour pas mélanger je sais pas... je sais pas si c'est

juste qu'ils ont pas envie de s'emmerder avec ça. Est-ce qu'il y a vraiment un gain à pas être prescripteur et rester juste dans la parole ? est-ce que c'est désuet ? je ne sais pas...

I : Ça arrive que le psychiatre change le traitement en parallèle ?

MG4 : Oui

I : Il y a des retours ?

MG4 : C'est le retour du patient, on n'a pas de courrier.

I : C'est problématique ?

MG4 : Alors sur de la dépression je crois pas vraiment... Sur une dépression, ce qui se passe c'est que dans la relation avec les psychiatres, c'est pas le même enjeu où les gens sont plutôt partie prenante dans la relation avec le médecin traitant, ils nous tiennent au courant : il a changé tel truc, il a changé le dosage, il a rajouté tel ou tel truc. Nous, ça pose un problème, c'est dans tout ce qui est psychose où là il le disent pas, il y pensent pas et il y a souvent plus d'enjeux médicamenteux en termes d'effets indésirables et d'interactions. Donc en soi c'est pas totalement satisfaisant finalement mais ça met pas en difficulté notre travail, parce que généralement les gens ils le disent que le psychiatre a changé le traitement. Mais non on n'est pas tenu au courant hein, ça c'est sûr que non ! En fait la différence c'est que quand ils vont voir le cardiologue, ils vont le voir une ou deux fois l'an, généralement on fait un courrier pour l'adresser, on a le CR de la consultation, et même quand les gens retournent régulièrement le cardio il nous renvoie le courrier pour nous dire ce qui se passe. Le psychiatre qui voit le patient 1 ou 2 fois par mois régulièrement, je pense que c'est pas dans la culture, pour nous tenir au courant. On n'a jamais eu de courrier en retour même quand on fait un courrier initial d'adressage... Alors le psychiatre c'est pas obligé... Mais quand on en fait pour autant on n'a pas de retour pour nous dire « merci de m'avoir adressé Mme MACHIN, je l'ai reçue en consultation, je confirme qu'elle a tel traitement, je propose tel suivi » c'est assez rare.

I : Une consultation psy c'est pas forcément la même chose qu'une consultation cardio, qu'est-ce que tu attendrais ?

MG4 : Eventuellement un diagnostic, alors sur la dépression généralement on a fait à peu près le diagnostic donc on n'a pas tant besoin de confirmation. Après ses traitements parce que quand on met un antibiotique, on aime savoir s'il y a des interactions avec tel ou tel traitement. Après avec les autres c'est avoir un diagnostic, ou une hypothèse diagnostique hein ! Parce que le problème c'est quand on doit faire une demande d'ALD, ou une demande MDA on n'a rien, RIEN. Et pourtant c'est bibi qui se tape le boulot... Nan, et puis on n'a aucun courrier, et puis les patients sévères, alors là on est hors dépression, mais des fois il y a une dépression associée, eux ils font leur suivi dans leur coin et on n'est pas associés, pas mis dans la boucle. Alors que s'ils ont un pépin c'est plutôt nous qu'ils vont venir voir, pas le CMP, ou quoique ce soit...

I : Un pépin d'ordre médical pur ou un petit pépin quotidien ?

MG4 : Ou même qu'ils se sentent pas bien ou quoique ce soit.

I : Et qu'est ce que vous en faites du coup ?

MG4 : Et ben c'est compliqué ! Ce qui est compliqué c'est de savoir ce qu'ils ont comme traitement, si le dosage a été changé récemment, avec des gens chez qui c'est compliqué de recueillir des infos précises généralement... Et donc on est dans un flou.... En fait, comme information, le contenu d'une consultation et ce qui s'échange on s'en fout. Donc ce secret-là ou cette intimité-là on n'a pas besoin.

Par contre « on constate que depuis quelques semaines monsieur est moins bien, on a renforcé le traitement, il a des idées suicidaires... » rien que ça quoi, ça peut être télégraphique et il n'y a pas besoin de faire de la grande littérature. Ça c'est sûr que ça manque. Dans la dépression c'est moins flagrant, après il faut prendre cette habitude pour tout le monde.

I : Comment ça se fait ? Ça fait des années qu'on en parle et ça voit pas le jour ?

MG4 : Parce que la psychiatrie est au-dessus de tout ça ! [rire] En tout cas moi c'est le sentiment que ça me donne, hein ! L'argument et le prétexte « c'est le secret médical »... Alors il n'y a aucun secret pour une hypertension ou une IVG... enfin je veux dire on est tous soumis au même secret...

I : C'est l'argument qui est mis en avant ?

MG4 : Oui, et pour moi c'est un prétexte, ils ont pas envie ! Et nous les courriers ça nous prend du temps, on se fend d'un courrier je vois pas pourquoi ils le feraient pas... Et c'est pas pour emmerder le monde c'est dans l'intérêt de la personne... ! Je suis en train de me dire que ça va être retranscrit ça... [rire]... donc voilà... Le sentiment que j'ai quand on en discute, c'est... un jour j'ai participé à une soirée sur le parcours des enfants avec ANAIS, c'est un réseau pour les troubles des apprentissages dans l'autisme et les « dys ». C'était pour faire connaître les différentes structures, les CAMS... Il y avait un psychiatre qui disait « si on fait des courriers on s'en sort plus... ». Je veux dire moi je peux dire si je fais ma compta et mes courriers je m'en sors plus mais je les fais ! Ça fait partie du boulot à part entière... Alors ça prend du temps mais ça fait partie de l'intérêt des patients donc c'est pas entendable qu'ils n'ont pas le temps, nous on n'a pas plus de temps mais on le prends le temps.. Donc ça c'est pas un argument. Et le secret médical on est tous là dans l'intérêt de la personne, donc il n'y a pas de raison de prendre plus de précaution pour les patients psy, on prend des précautions pour tout le monde !

I : Surtout que quand il y a des petits pépins c'est souvent pour vous...

MG4 : Ah bah ça c'est nous en première ligne hein ! les CMP avec les horaires ils limitent...euh... joindre c'est compliqué... Donc c'est... ouais ouais ouais !

I : Il y aurait d'autres choses que tu vois à améliorer dans la communication avec les psychiatres qu'un courrier ?

MG4 : Ça peut être un coup de fil hein ! Pour nous dire j'ai vu M. MACHIN il va pas bien j'ai changé le dosage. C'est peut-être même plus rapide.

I : Tu m'as dit qu'il y avait eu un coup de fil avec la dernière psychiatre ?

MG4 : Oui, donc j'ai eu le message en me disant « le Dr Machin souhaite que t'arrêtes madame machin qui a un burnout en disant bien que madame ne souhaite pas que ça soit le tampon du psy ». Donc c'était sous-entendu qu'elle, elle était prête à le faire, donc c'est très appréciable...

I : Mais c'est rarissime ?

MG4 : C'est rarissime ! Il y a une psychiatre qui me fait un petit retour de temps en temps. Il y en a une qui fait ça. Voilà, assez régulièrement. Sinon...

I : A chaque fois tu apprécies.

MG4 : Ça permet de prendre contact, de savoir qu'elle m'a identifiée comme médecin, comme correspondant le jour où il y a un pépin donc ça c'est plutôt pas mal. Après c'est pas moi qui ait les patients les plus psy dans le cabinet... Moi j'ai juste des dépressions classiques.

I : Tu me parlais tout à l'heure du risque suicidaire, ça arrive du coup que tu aies à prendre en charge des crises suicidaires ? Donc ton ressenti vis-à-vis de tout ça ?

MG4 : Ben qu'on est bien démunis... la dernière fois c'était une dame, pareil, qui a un suivi d'un syndrome dépressif hyper ancien. L'histoire c'est des attouchements dans l'enfance par la fratrie... un truc hyper glauque. On sait déjà que cette dame n'ira jamais bien. On en est au énième psy parce qu'elle a aussi une personnalité particulière... On était en attente d'une place à la clinique du Dauphiné, elle a fait déjà plein d'IMV. Régulièrement je la récupère et elle me dit « je peux vous le dire, la dernière fois j'ai pris toute la boîte de... » ! Et la dernière fois elle était pas bien, elle avait contacté un nouveau psy et elle était en attente de réponse... Donc là, comment on a fait ... ? Donc elle avait rappelé et j'ai rappelé la clinique pour voir où en était la liste d'attente. Parce que comme elle était à la CMU, ça veut dire qu'elle était sur une chambre double et pas seule, donc ça voulait dire potentiellement plus d'attente donc bon. Le psy m'a rappelé et le nouveau psy l'a vue dans les 24h. Mais un psy qu'elle avait déjà contacté et il y avait un petit moment où elle attendait une réponse.

I : Il était déjà dans la boucle finalement.

MG4 : Oui, mais il l'avait pas encore vue.

I : Ok, et à ce moment-là t'as pu correspondre ?

MG4 : J'ai appelé, j'ai laissé un message, il m'a rappelé après, je sais pas s'il l'a vue le lendemain... Je crois qu'elle a été hospitalisée dans les jours qui suivent. Mais elle a déjà fait plusieurs aller-retours aux urgences sur des TS qui restent entre guillemets de petit niveau mais ça reste un appel au secours...

I : Habituellement qu'est ce que tu en fais ?

MG4 : Selon les circonstances je l'ai en face de moi ou c'est un appel du domicile. Selon les circonstances, si elles sont seules ou pas, si on fait venir ne serait-ce qu'un médecin de garde ou pas... Parce que nous quand on est au cabinet on peut pas tout lâcher pour aller au domicile pour voir les gens qui sont pas bien et qui menacent d'avaloir les médicaments. On a la facilité de SOS médecin, la régulation du centre 1 aussi ce qui permet d'enregistrer et d'envoyer potentiellement une ambulance pour venir la chercher. Mais bon voilà le mode pompier comme ça c'est pas satisfaisant non plus, on essaye d'extirper la patiente quand elle est seule pour la protéger et l'envoyer aux urgences et qu'elle voit un psychiatre s'il y a un psychiatre aux urgences mais c'est pas sûr. Après, je ne sais pas quelle serait l'organisation satisfaisante, mais qu'il y ait au moins une ligne de psy d'urgence pour un avis en urgence, ou même pour un aide ponctuelle pour faire le point sur les choses, parce que nous aussi on est coincé sur notre organisation et c'est pas si évident que ça de tout plaquer pour aller voir la personne qui menace voilà... Donc on a le confort d'SOS médecin ou du 15 mais après c'est vrai que par moments c'est pas satisfaisant...

I : J'imagine que ça doit pas être si rare que ça que ces patients-là se retrouvent aux urgences, il n'y a pas de retour de la part de l'équipe des urgences ?

MG4 : Non. Non... éventuellement un courrier s'ils sont passés éventuellement d'un côté médical pur, mais l'avis on l'a éventuellement retranscrit « le médecin de retient pas de risque imminent, pas d'indication, retour à la maison ». on a juste pallié une fois.. Mais bon voilà, c'est pas du tout satisfaisant. Parce qu'on pourrait se dire que ces gens-là idéalement alors soit il y a un suivi, c'est pour voir que le psy de garde fasse éventuellement un message au psy qui suit la personne pour dire « il faudrait la revoir dans les 24h parce qu'elle est arrivée pour tel motif chez nous », ou qu'il y ait

des consultations post urgences pour recadrer les choses en dehors de l'épisode aigu et ensuite transmettre sur un suivi plus régulier le cas échéant.

I : Bah ça existe un peu dans certains endroits, psy mobil à lyon par exemple, j'imagine que pour vous ça doit hyper appreciable d'avoir ce genre de structure..

MG4 : C'est vrai que nous on est un peu démunis et on n'a pas l'impression que la psychiatrie a envie de bouger, de l'extérieur c'est l'impression que ça donne... J'ai du mal à voir un côté positif... Parce qu'après le manque de moyens humains, etc..., je veux dire... C'est comme partout. Je veux pas dire que les psy foutent rien ou quoique ce soit... Ya un truc insupportable quand on appelle un CMP « donnez-moi déjà l'adresse de la personne » alors non lui il est impair, nous on prend que les pairs, c'est pas notre CMP. Et puis euh... vraiment on a l'impression que... Ils cherchent comme un prétexte pour ne pas prendre quelqu'un. L'argument c'est qu'ils débordent et je veux bien le croire mais à l'inverse il y a des gens qu'ils suivent depuis des années et je suis pas sûre que ces personnes relèvent d'un suivi aussi régulier. Je me dis, alors sans doute ces consultations sont plus cool comparées à celles où on s'arrache les cheveux... Je veux dire c'est du service public, c'est comme si aux urgences on disait « Ah non, là tout le monde qui est là : on ferme on prend plus personne », c'est pas envisageable... Et bah le CMP c'est pareil c'est pas envisageable, enfin c'est pas entendable que le service public réponde ça. Et clairement je me dis que s'il y avait plus de communication on pourrait dire que les patients qui vont un petit peu mieux ils espacent le suivi en faisant un coup de fil en disant « monsieur va un petit peu mieux, il a tel traitement, on le revoit que dans un mois au lieu de tous les 15 jours, s'il y a quoique ce soit vous nous passez un coup de fil. » Ça veut dire qu'on est en relais, ça met en disposition les créneaux de consultation pour des nouveaux patients et voilà ! Et ça... J'ai l'impression que ce côté « ils sont blindés » - et je le crois- ça leur permet de dire non, et je me dis comment le service public peut dire non ? C'est compliqué de défendre le service public après...

I : Avec les CMP, c'est compliqué mais est ce qu'il y a des échanges de temps en temps à propos de patients et de ce qui se passe ?

MG4 : On a essayé mais j'ai pas trouvé ça très probant... Non non.. Là par exemple j'ai reçu un courrier, c'est une dame qui a un retard mental, niveau CE2, il y avait eu un bilan de fait à 45 ans, il n'y avait aucun problème, il y a quelques années elle a décompensé elle fait un peu un délire érotomane un truc comme ça. Elle était amoureuse du prof de colo où elle partait l'été et après elle avait des hallucinations auditives ... Un truc où j'étais un peu perdue... Et cette dame qui était entre guillemet facile à gérer.... Qui parle p... Enfin elle parle mais euh... elle dit oui et puis c'est pas elle qui va passer des heures à parler... Enfin elle clairement je pense qu'un suivi parole c'est zero... C'est pas voilà... Elle était suivie pendant des années au CMP je n'ai eu aucun retour, c'est moi qui avais adressé, sa maman qui disait bah voilà on a changé les dosages des médicaments parce qu'elle prenait du poids ceci cela... Jusqu'au jour où j'ai reçu un courrier me disant « voilà je pense que madame machin n'a plus besoin d'être suivie chez nous et puis de toutes façons moi je pars et j'aurai pas de remplaçant donc elle sera pas suivie et l'ordonnance d'antipsychotique a été faite pour 6 mois. » Bah ça c'est inadmissible ! Cette dame ça faisait belle lurette qu'elle avait plus besoin d'être suivie, euh n'empêche qu'elle prenait une place pour quelqu'un qui ne parle pas. Donc même l'entretien même la mère me dit « je sais pas ce qui s'y passe », elle a des parents où ça se passe super bien. Et XXXX elle ne parle pas, c'est pas dans sa personnalité d'exprimer les choses il faut vraiment lui arracher qu'il fait beau, rien que ça c'est compliqué. Et je me dis bah ça, ça a embouteillé une place de consult, alors c'était une consultation facile, pas prise de tête, éventuellement changer le traitement de temps en temps, aucun courrier pour me mettre au courant donc quand je dois remplir les dossiers – souffle – je fais euh un petit peu comme je peux... Et voilà.. Je me dis

typiquement cette dame on aurait pu me dire il y a déjà pas mal de temps il n'y a pas besoin de suivi, on est disponible si besoin et ça fait de la place pour quelqu'un, moi c'est vraiment l'image que j'en ai.... Peut-être que je vois que le côté noir, mais j'ai du mal à trouver des côtés roses.

I : En même temps ça voudrait dire que s'il y avait plus de coordination il pourrait y avoir un partenariat et des patients que vous pourriez... ?

MG4 : Mais bien sûr ! Mais le cardiologue quand il y a un souci il dit « il y a de la tension, je te laisse voir et je confirme que tu peux augmenter tel traitement ou rajouter ça », et après le cardiologue il le revoit un an plus tard. Pourquoi c'est possible avec un cardio et pas... ? Je dis pas avec la psychose complètement azimutée déséquilibrée, mais je suis sûre que parmi tous les patients qui sont suivis, il y en a qui sont plus légers et qui pourraient être repassés avec des suivis espacés et prendre plus de temps pour tous les autres. Parce que il y a quand même des difficultés psychosociales c'est fou.. Et je pense qu'il va y en avoir de plus en plus

I : Et le CMP deviendrait quelque chose où on gère plutôt l'aigu ?

MG4 : Voilà ! Sur les avis vraiment hyper spécialisés, du côté relationnel, enfin on n'est pas psychiatres... Non mais... clairement on n'est pas psychiatre comme on n'est pas cardio mais il y a des choses qu'on peut faire et qu'on sait faire, et en plus si on sait qu'il y a un relais possible ou quoique ce soit voilà ! Après il y aura toujours des médecins qui diront « moi je veux pas suivre je sais pas faire », mais comme il y en a qui savent pas gérer un traitement pour l'hypertension. Donc si on s'arrête à ce genre d'argument on fait rien... Après se dire qu'il y a quelques patients où il y a des médecins avec qui on peut quand même fonctionner sur un mode de coopération, en se coordonnant et du coup...

I : Est-ce que t'as l'impression que ces dernières années il y a eu une... Est-ce que tu constates dans ta pratique une évolution ?

MG4 : Moi je pense qu'il n'y a rien de changé.

I : Il n'y a rien ?

MG4 : [Rires] Non, ni dans un sens ni dans l'autre...

I : Tout le monde dit ça...

MG4 : Après j'ai l'impression que c'est propre à l'Isère, tu dis qu'à Lyon c'est possible, je sais qu'à d'autres endroits... Je pense qu'en Isère on est l'endroit où il y a le plus de lits d'hospitalisation de psychiatrie, enfin proportionnellement, et je sais plus... Je crois que c'est à Lille où il y en a beaucoup moins comparativement, sauf qu'ils fonctionnent différemment avec une équipe... Ils ont un numéro 7j/7, on n'en demande pas tant hein ! Et eux ils s'engagent à rendre un avis ou un conseil dans les 48h au plus tard. Il y a des fois juste un avis téléphonique, il y a pas forcément besoin de... Sur des situations : « voilà monsieur machin il a tels symptômes, jusque-là il prend tel traitement et je me rends pas compte est ce qu'il faut monter telle ou telle chose enfin voilà ». Je pense que les choses qui nous manquent c'est des formations communes, ou des temps de formation soit dans la formation initiale soit dans la formation continue qu'on ait des temps communs pour échanger. Moi je vois que les côtés noirs de ma place de médecin généraliste, je pense que de l'autre côté ils vont dire « on appelle mais ils veulent pas faire » etc... Mais peut être que si on avait des temps communs d'échange et de formation, s'ils venaient voir aussi ce que nous on fait sur une journée, voilà de temps en temps.... Quand je demande un... Non allez je vais m'énerver... rire... Nan mais je sais pas si t'es au courant il y a une charte [Le prospecteur sort la charte de son classeur] Voilà ! Parce que euh,

c'est une charte d'engagement réciproque, et quand j'ai voulu proposer ça au CMP du coin, j'ai dit j'aimerais bien qu'on en discute et je donne mon 06, sous-entendu tu peux m'appeler n'importe quand, nous on avait fait une bouffe pour se présenter réciproquement. Il me dit je vais pas avoir le temps... Alors que juste 15 jours avant il avait dit « il faut renforcer le lien », je me suis dit c'est du foutage de gueule ! Il peut pas prendre 10 minutes pour contacter une collègue sur son 06, je demandais pas d'appeler de telle heure à telle heure... Ah non vraiment... Pour moi c'est verrouillé.

I : Qu'est ce qui pourrait déverrouiller ?

MG4 : Déjà il faut qu'on se connaisse les uns les autres, et être conscients des difficultés des uns et des autres, parce que là c'est à charge mais je redis je pense que c'est compliqué, qu'ils voient des situations... Alors que la situation de la patiente-là qui parle pas... 1/2h ça doit reposer les neurones et ils se disent au moins je vais souffler le temps de cette consult je peux l'entendre aussi... C'est quoi les missions du service public aussi ? C'est quoi les objectifs du CMP ?

I : La dernière fois que tu t'es sentie en difficulté avec un patient dépressif, c'était quoi qui posait problème, s'il y a des choses qui te posent problème ?

MG4 : Bah après typiquement c'était la dame qui était pas bien qui avait déjà bouffé une partie de sa boîte de Xanax ou je sais pas trop quoi et on était en attente d'une hospitalisation et je la voyais s'enfoncer s'enfoncer au fur et à mesure du temps où il n'y a pas de place en hospitalisation, le CMP c'est plus possible, elle a plus de suivi psy... Cette dame je la sens en danger et si je l'envoie aux urgences elle va faire un aller-retour de quelques heures... Donc je ne sais même pas ce qu'il faudrait faire pour ce genre de choses... J'ai pas de solution miracle mais c'est sûr que... Et puis je suis même pas sûr que les urgences en tant que tels ce soit une solution.

I : Et pour cette patiente qui change de psychiatre souvent, c'est un peu toi le fil rouge finalement ?

MG4 : Ouais, ouais ouais. Bah oui c'est sûr qu'ils reviennent toujours vers nous, même si elle fait des allers retours à droite à gauche nous on est l'élément fil rouge. Donc euh... ouais...

I : C'est une situation un peu particulière mais j'imagine que c'est pas la majorité des dépressions qui se passent comme ça...

MG4 : Non non non ! Mais sauf que c'est ces rares fois là où on est vraiment dans la merde et on se dit qu'est ce que je fais...

I : Et qu'est ce que tu ressens à ce moment-là ?

MG4 : Je me sens démunie, et puis j'ai l'impression de faire du rafistolage... Et de me dire que voilà elle repart chez elle, au 4^e étage, est ce qu'elle saute quoi ! Il n'y avait pas un danger imminent à ce point là hein mais bon... pas de suite mais on peut pas savoir, avant les passage à l'acte les jours précédents les gens allaient mieux, c'est quelque chose que j'ai remarqué donc... voilà... Mais oui...

I : Au niveau de ma grille j'ai un peu fini, est ce qu'il y a des éléments particuliers qu'on n'aurait pas abordés et qui te chiffonnent où qui te viennent à l'esprit vis-à-vis des patients dépressifs ?

MG4 : Alors après c'est une question de génération, moi je pense qu'on a été mal formé en psychiatrie, moi ce que j'ai appris je l'ai appris dans ma formation continue, j'ai eu de la chance un peu par hasard de faire des formations DPC tout de suite, au tout début au moment où je remplaçais sur le trouble bipolaire et la dépression.. En tout cas à Grenoble ma génération, je ne sais pas comment c'est maintenant, mais à part regarder la cravate de XXXXXX il n'y avait pas grand-chose d'autre... Il n'y est plus il est à la retraite... ? Donc bon voilà... la psychiatrie c'était super mal enseigné

mais bon après ça c'est... Et puis je pense que travailler avec d'autres professionnels c'est sûr, que des formations mais d'un jour ou deux, qui seraient mixtes. Parce que le problème des formations, et là c'est ma casquette de syndicaliste et de responsable de formations, c'est que généralement c'est pour les généralistes, pour les cardiologues, pour etc... il faudrait... Moi j'ai fait une formation IVG ouverte gynéco généraliste sage-femme. Ça permet de croiser des activités différentes des choses comme ça. Et typiquement... Alors c'est vrai que les attentes d'un MG ne sont pas les mêmes d'un médecin psychiatre mais on pourrait imaginer quand même un temps de formation commun déjà pour homogénéiser et les façons de faire et les connaissances, et ça permettrait de se connaître et d'entendre les problématiques des uns et des autres parce que j'ai bien conscience que mon discours il n'est qu'à charge vis-à-vis de la psychiatrie mais je suis persuadée qu'on pourrait nous reprocher plein de choses hein. Je vais pas dire le contraire. Et l'autre chose à quoi je pensais... Oui, l'interne de psychiatrie devrait venir faire un tour... Je sais pas si c'est 6 mois de stages en MG...

I : C'est le cas, dans la maquette on a un stage hors filière, moi je l'ai fait en MG avec les somaticiens de Saint Egrève donc ça a un certain intérêt pour nous dans le sens où il y a des spécificités avec nos patients. Là j'ai un co_interne qui va faire son stage chez le prat'.

MG4 : Oui, mais je me dis peut-être pas les 6 mois, mais ne serait-ce qu'un mois... ça vous permet de vous rendre compte de ce qu'on voit, après ce qui se passe dans ce bureau c'est pas la même chose que le bureau d'en face, lui il a des toxicos, des vrais psy, des schizos etc.. Moi je dois en voir un ou deux et sans même le savoir, en fin c'est des gens qui sont stabilisés parce que voilà on n'a pas tous la même patientèle pour différentes raisons, donc faire un stage chez moi ce sera pas la même représentativité qu'un mois chez XXXX. Mais je me dis que ça serait intéressant qu'il y ait ça, et à l'inverse. Voilà, je pense qu'il faut qu'on croise les regards et qu'on entende les difficultés des uns et des autres pour qu'on puisse être indulgents les uns vis-à-vis des autres... Voilà la nana qui a daubé sur la psychiatrie pendant une heure... [rire]... voilà je pense que ça c'est...

I : C'est une peu le but de cette thèse.

MG4 : Tu connais la thèse qui conclue que la problématique entre la psy et l'ambulatoire c'est l'absence, ou le manque de communication ?

I : J'en ai lu plusieurs

MG4 : Voilà et c'est toujours la même chose, et cette fameuse charte, il faut que le CHAI s'en empare ! Parce que moi quand j'ai voulu le proposer au CMP du coin ils avaient pas envie alors que la seule chose... En fait quand on regarde les points de la charte ça change rien à notre pratique c'est ce qu'on fait déjà [L'investigateur tend la charte] Ah bah la voilà ! Et du coup euh... Et par contre bah voilà il faut que la psychiatrie s'engage à communiquer grosso modo... Mais bon... Bah ça paraît pas énorme quoi.. Et puis c'est quand même une charte coécrite, mais moi je me dis que c'est vraiment dommage que la psychiatrie... Enfin je sais qu'il y a plein de choses à faire... Mais voilà je me dis que cette charte ça pourrait être un super outil de liaison pour communiquer. Par exemple je sais qu'elle a été mise en place à Saint Martin d'Hères. Du coup le CMP à la clé ne voit pas plus de patients, mais ils se voient régulièrement pour des soirées de formation etc... ils créent du lien et ils arrivent à décrocher leurs téléphones. Et bah ça c'est un progrès énorme, même si c'est pas encore possible de lâcher entre guillemets de la place pour voir de nouveaux patients, s'il y a déjà possibilité de joindre quelqu'un dans les 2 sens c'est déjà énorme comme gain. Et ça n'importe quel CMP devrait être fier d'afficher le lien avec tel ou tel cabinet.

I : Tu sais que je crois que tu es la première MG qui me parle de cette charte, donc je pense qu'il y a déjà beaucoup de gens qui ne sont même pas au courant de son existence, après le CHAI il y a des grosses difficultés d'effectifs...

MG4 : Ouais mais moi j'entends ça depuis des années... ! Mais c'est pour ça que je dis pas que c'est tout rose et qu'ils foutent rien, c'est pas du tout ça mon discours. Mais je me dis qu'ils envisagent pas... Ils sont pas en mesure de se mettre autour de la table en disant « la c'est la merde, on croule sous les trucs, comment on pourrait faire ? » Peut être que à défaut d'en prendre des nouveaux ce serait de se soulager des quelques patients qui n'ont pas besoin de suivis réguliers et qu'ils libèrent plus de temps qui sont plus lourds... ! Mais j'ai l'impression que même « qu'est ce qu'on pourrait changer ? » et bah non... c'est juste « on n'est pas assez nombreux » oui mais... enfin je veux dire là il va y avoir 6 ou 7 départs... Moi on va prendre ma suite mais j'ai beaucoup de chance parce que ça tient au fait qu'on est un cabinet de groupe qu'elle a été interne ici etc.. Là il y a 5 ou 6 MG autour qui partent à la retraite et qui sont pas remplacés... Alors nous aussi mais ça nous empêche pas de continuer à faire des courriers pour adresser aux cardio etc... Et je pense que peut-être une des... En réfléchissant autant pour que la personne soit pas pénalisée au niveau des remboursements on doit faire un courrier pour les cardio, dermato etc... Il y a des exceptions la gyneco, la psy et l'ophtalmo. Alors ça s'entend pour des raisons de confidentialité sans doute... IL y a XXXX [collaborateur] qui fait pas mal de suivis toxicos, il suit des patients pour un sevrage et il est pas médecin traitant. Il sait que le médecin traitant n'est pas au courant d'un suivi toxico à coté donc c'est la liberté de la personne de consulter pour autre chose. N'empêche que dans la mesure où il n'y a pas de courrier obligatoire, que nous on fait pas systématiquement, il y a encore moins ce retour-là, alors que si on était plus systématiques ... Mais comme il n'y a encore aucun lien on se dit « je vois pourquoi je m'emmerderais à faire un courrier si j'ai rien en retour »... Il faut être honnête aussi. Mais peut-être qu'il y a ça aussi qui joue en défaveur. Après c'est compliqué de résoudre cette problématique là parce que je comprends que quelqu'un n'ait pas envie que son médecin sache qu'il va voir un psy, ça c'est des choses qu'on peut respecter.

I : Il y en a quelques-uns quand même ?

MG4 : Ah j'imagine. Parce que le suivi chez le psy c'est pas que pour la dépression... Quelqu'un qui suit éventuellement une famille depuis une ou deux générations peut être que quelqu'un n'a pas envie de savoir qu'il y a eu des attouchements par le père dans la petite enfance. Sachant que le médecin traitant suit ce même père. Donc on peut imaginer que voilà. Au même titre l'histoire des suivis toxicos pour le sevrage alcool ou opioïdes donc... voilà. Mais je pense que si on se fendait d'un courrier plus systématiquement on en verrait un peu plus revenir. A l'inverse il y a des psychiatres qui demandent systématiquement un courrier d'adressage.

I : Ah.

MG4 : Oui ça ça arrive

I : Et qui renvoient un courrier après ?

MG4 : Je suis même pas sûre... [Rire]... Mais du coup voilà je me dis qu'il faut qu'on fasse table rase de griefs réciproques et de voir ce qu'on peut faire les uns pour autres dans l'intérêt des patients pour améliorer et nos conditions de travail et le suivi des gens.

....Renseignements administratifs...

Le reste c'est bon, hop.

MG4 : Mais je me dis cette charte ça pourrait être un superbe outil.

I : Mais c'est pas suffisamment saisi, on retrouve dans la littérature que ça marche pas bien quand ça part d'en haut...

MG4 : Ça c'est certain !

I : C'est surtout les initiatives locales...

MG4 : Mais nous on a essayé avec le CMP du coin, juste pour avoir un rendez-vous c'était super long, quand on donne le 06 ils disent qu'il n'y a pas le temps. Donc j'ai dit que je comprenais parfaitement et que je ferais directement appel à XXXX [direction de l'hôpital] ou à XXXXX [chef de pôle] et là tout de suite il m'a répondu « oui oui pas de soucis on va trouver le temps ». Au début j'ai fait un mail pour dire que c'était bien la peine de nous parler de la coordination... rires... et puis après ce que j'ai appris avec le temps c'est que quand on est énervé on peut faire le mail mais il faut pas mettre le destinataire et le mettre dans les brouillons, tu laisses retomber et après tu fais un mail plus cool. Après la charte elle a pas beaucoup d'enjeux, les objectifs c'est pas énorme comme truc et en plus c'est des engagements réciproques ! Dans ces points là il y a des médecins qui le font pas, des généralistes, c'est un engagement de part et d'autre. Je me dis chaque CMP ferait ça... « Tel cabinet nous adresse tant de patients, des patients assez lourds, l'occasion d'un suivi d'un patient qui pose des problèmes » on aurait eu un peu plus de lien pourquoi pas proposer ça... Et puis je redis de part et d'autre ! Nous aussi il faut qu'on change certains trucs.

MG 5

I : Est-ce que tu peux me parler du dernier patient dépressif que tu as pris en charge ?

MG5 : Alors j'ai des situations qui me viennent en tête parce que j'ai eu en l'espace de peu de temps des situations assez proches, de gens, qui ont des antécédents, mais pas de façon chronique, c'est euh... soit au niveau familial des antécédents de trouble bipolaire importants dans la famille... des hommes, la quarantaine, à peu près le même profil, et sur des contextes à la fois professionnel et personnel chargés et qui décompensent complètement, alors que les années précédentes, ça se passait bien, il n'y avait pas de... pas de suivi sur ce versant-là. Donc j'ai eu deux personnes comme ça là, que j'ai vues ... et j'ai essayé d'hospitaliser pour certains, euh... il y en a un qui a dit oui et l'autre qui a pas dit oui ... et pour les deux il a fallu que je mette en place un suivi parce que... parce que ce que j'avais fait déjà à mon niveau, sur simplement de l'entretien de base en cabinet de consultation de médecine générale ... le fait de proposer euh... des entretiens auprès des psychologues du coin avait pas suffi, il a fallu que j'aie jusqu'à demander l'avis d'un psychiatre, parce l'évolution... au bout de six mois en était toujours au même point avec souvent des arrêts de travail en plus de longue durée qui sont associés.

I : D'accord, alors du coup ils ont accepté d'aller voir un psychologue ?

MG5 : Oui. Ca souvent, sur les premières évaluations que j'avais pour ces gens-là, que ça soit sur le simple entretien basique ou que si je pousse un peu plus loin avec des questionnaires ou des échelles qu'on utilise de façon commune ... euh... il y avait déjà des signes de gravité, des éléments qui montraient qu'il fallait aller... plus que simplement la consultation chez le médecin généraliste, très clairement, avec un impact tant sur le plan familial, le sommeil, l'appétit euh... pas forcément des idées suicidaires mais une dépréciation et puis des idées ... des ruminations anxieuses avec euh.. assez, assez chargées et chez ces personnes-là à la fois un côté anxieux et à la fois dépressif, ça me semblait justifié, sur des professionnels en qui j'ai confiance aussi, qu'ils soient vus assez rapidement.

I : D'accord, du coup tu les as adressés au psychiatre au départ... ?

MG5 : Alors, au départ psychologue, ce que je disais, pour voir un petit peu comment ça allait, avec souvent chez ces gens-là, vu le terrain, la gravité initiale, j'ai introduit rapidement des antidépresseurs et des benzos le plus court possible mais euh... qu'on se rend compte qu'avec le temps on n'arrive pas à aller au-delà, alors est-ce que ... il y avait l'aspect médicamenteux où je sais que la psychiatre qu'il a fini par aller voir après coup m'a dit « ah vous avez été un peu prudent sur les dosages des médicaments que vous avez mis » ... Ben c'est sur dans un des cas c'est un chauffeur de bus, alors je l'ai arrêté mais je ... bon voilà, et puis l'autre qui est aidant principal pour pas mal de personnes dans sa famille où il héberge ... alors en plus de ses problèmes personnels et ce qu'il a à gérer il gère les problèmes de santé du beau-père et de la belle-mère, la belle mère démente qui vit chez lui et le beau-père qui a été hospitalisé pour un cancer, une histoire comme ça alors c'est euh.. un peu lourd quoi donc sachant qu'il se déplace, je me voyais pas lui mettre des traitements de cheval, des doses importantes alors qu'il allait prendre sa voiture en même temps, c'était compliqué de mettre les deux à la fois. Et donc c'est vrai que sur une durée qui a été assez longue, au-delà de quatre, quatre-cinq mois j'ai commencé à aborder le sujet de « ça serait bien que vous soyez suivi par

un psychiatre ». Alors en fait dans les deux cas en réalité, j'avais essayé de les hospitaliser les deux. Le premier a accepté, il a été pris en charge au [lieu], à la Clinique X euh... il en est ressorti très content alors derrière, en termes de résultat c'est mieux mais ce n'est pas non plus parfait. Eux ils ont mis en place, ils ont réinsisté pour le suivi chez un psychiatre libéral dans la foulée. Donc je l'ai organisé, c'est la clinique qui me la confié et j'ai refais le lien avec un psychiatre du coin.

Et le deuxième, je n'ai pas réussi à l'hospitaliser, et c'est parce que j'ai pas réussi à l'hospitaliser que j'ai quand même insisté et qu'il a accepté d'aller voir... la même psychiatre, d'ailleurs.

I : Et donc, pourquoi cette psychiatre là en particulier, est ce qu'il y avait un critère pour l'adresser à cette... ?

MG5 : Le seul critère, c'est qu'elle les acceptait. C'est la seule qui acceptait et c'est la seule qui jusqu'à présent, quand je présente une situation, on va dire, les écoute et me le dit franchement « oh ça je pense que ça peut attendre un peu, si vous pouvez différer c'est mieux » puis là, « oui oui je veux bien le voir, laissez moi les coordonnées ». Après dans les limites de sa disponibilité aussi à elle. J'ai trop peu de recul par contre pour juger à vue d'œil de l'efficacité de la prise en charge... Voilà, ces deux situations c'est vraiment les deux derniers dont je me souviens qui sont un peu emblématiques de ça.

Après j'ai une autre situation, une dame cette fois-ci, mais dans un contexte un peu particulier, un stress post traumatique très important chez... euh... elle a retrouvé son fils pendu dans le jardin il y a un an chez une dame qui est déjà très fragile psychologiquement parlant, avec un terrain dépressif ancien, elle a plus d'antidépresseur depuis un certains temps, mais bon ça ça... euh... L'élément déclenchant est... a été suffisamment fort pour que ça réveille beaucoup, beaucoup plus que.. voilà... mais elle, elle est suivi du coup par... par l'hôpital de [lieu], il y a un service de victimologie je crois avec un psychologue qui fait de la victimologie, il me semble pas qu'elle voit un psychiatre. C'est une prise en charge sur laquelle j'étais un peu effacé, parce qu'il y a eu un passage aux urgences, et via les urgences, il a pu y avoir comme ça un lien intra hospitalier qui a été fait plus facilement.

I : Toi, par rapport à la prise en charge des patients dépressifs, tu te situes comment dans les prises en charge ? Tu adresses, tu fais le suivi régulièrement... ?

MG5 : Euh... ça va dépendre en fait des situations. Là ce que je t'ai décrit en fait c'est deux situations très, très lourdes avec un risque suicidaire qui pouvait exister ... que j'ai cherché à chaque fois, avec des tableaux extrêmement impactants sur ces personnes, une phase aigüe très marquée euh... où j'ai essayé de gérer tout ce que je pouvais gérer moi à mon échelle, et quand j'ai senti que mes compétences étaient dépassées, j'ai passé la main. Mais j'ai passé la main sachant en fait que c'est des prises en charge conjointes euh, il y en a un des deux l'arrêt est fait par le psychiatre, l'autre c'est moi qui l'ai fait, donc je le vois aussi de temps en temps pour faire le point, enfin c'est des choses comme ça aussi qui vont ensemble. Maintenant là où j'ai un peu plus de difficultés c'est sur des patients, entre guillemet dépressifs chroniques où il y a pas de franche aggravation mais avec quand même la maladie qui leur pèse suffisamment sur leur quotidien pour que... ben... on les revoit et qu'on les suive pour ça ... là c'est vrai que je suis toujours un peu entre deux, qu'est ce qu'il faut faire, pas faire, et vu la pénurie qu'on a sur l'accès aux avis spécialisés euh... je multiplie pas les demandes pour ces patients, c'est pas eux que je vais adresser voir un psychiatre, je préfère les revoir moi, et si je repère à un moment donné une acutisation, des signes de mal-être que ce soit des... euh... pfff c'est des questions que je pose à chaque fois, des choses basiques, le sommeil si je me rends compte

que ça ne va pas dans le bon sens, l'appétit, ou l'amaigrissement sur l'examen clinique, les idées suicidaires, les idées noires, le moral de façon globale, ... en allant explorer de façon un peu systématique sur ces trois, ces trois niveaux, j'ai un peu une idée du thermomètre quoi... c'est peut-être pas aussi poussé, aussi précis que ce que peut faire un entretien chez un psychiatre mais voilà.

I : Et du coup quand tu adresses un patient au psychiatre, toi est-ce qu'il y a vraiment des choses que tu attends du psychiatre ?

MG5 : Il y a deux... trois niveaux. Le premier c'est sur le point de vue diagnostic, être sûr qu'on ne passe pas à côté d'autre chose euh... sur le plan somatique, en principe je n'ai pas de mauvaise surprise, ça c'est assez réflexe, euh... j'irais faire quand même quelques explorations et m'assurer de l'examen physique de la personne avant de l'adresser auprès d'un psychiatre. Par là où je vais euh... sur toute la sémiologie psychiatrique je ne suis pas suffisamment compétent pour tout avoir le DSM en tête (rire) et les éléments descriptifs des syndromes des symptômes... j'ai du vocabulaire mais il y a des choses je suis pas certain de toujours être le plus précis sur ce que présentent vraiment les gens. Quand ça passe, qu'on va vers du mieux, à la limite qu'on appelle ça d'une façon ou d'une autre je pense que ce n'est pas très important. Par contre les situations qui s'éternisent en restant la même ou s'aggravent, bon là je reconnais mes limites et puis euh... Ça peut avoir ce bénéfice-là. L'autre élément c'est sur le plan prescription. On va dire j'ai un panier de base avec les habitudes dans lesquelles je pioche et que j'essaie de faire en sorte que ça corresponde le plus à la personne. Maintenant comme je disais tout à l'heure, avec les doses, et la remarque que m'a faite la psychiatre, que j'avais été très prudent et que j'aurais pu majorer beaucoup plus, je me rends pas compte en fait sur le moment que je suis sous dosé et qu'on pourrait faire plus. Le choix des molécules j'ai jamais vu des modifications drastiques entre ce que moi j'avais choisi et ce que revient après le patient. Je pense que je suis pas trop mauvais là-dessus encore (rire) mais si c'est les dosages où je me rends compte en fait que je commence petit et puis j'augmente un peu prudemment, un peu trop prudemment surement. Ça c'est les antidépresseurs classiques.

Et enfin même le troisième élément c'est sur les situations qui s'éternisent quand bien même on a les bonnes décisions pour éviter l'épuisement aussi vis-à-vis des patients où les patients reviennent avec les mêmes plaintes tout l'temps tout l'temps euh... si on ne veut pas s'en désintéresser c'est aussi passer la main et avoir un autre regard, même ponctuel, d'un autre professionnel. C'est un peu les trois.

I : Et en termes d'échange avec les psychiatres... ?

MG5 : C'est variable.... Les CMP quand on reçoit des courriers c'est souvent pas bon signe parce que ça veut dire que le psychiatre part et « qu'il regrette de ne pas donner suite au suivi... » c'est le coup classique d'un courrier du CMP... je ne suis pas très au courant de ce qui se passe dans les CMP. Concernant ensuite les... euh... la psychiatre qui a suivi les deux messieurs dont je parlais en fait, elle elle m'écrit. Au moins la première fois après avoir vu les patients, je ne pense pas qu'elle m'écrira à chaque consultation, mais déjà j'ai une suite du courrier que moi je lui ai fait. Les patients généralement sont partis avec un courrier ou j'ai passé un coup de téléphone assez prolongé où je lui donne pas mal d'informations. Les autres psychiatres c'est vrai que je reçois pas grand-chose.

I : Et justement par rapport à ce lien, qu'est ce qui pour toi serait important à améliorer ou à initier peut-être ?

MG5 : J'ai bien conscience que sur un suivi régulier, mettre un mot à chaque fois, un courrier avec le format classique, on a des courriers de correspondant ou d'hospitalisation, c'est pas forcément adapté. Pas contre une première évaluation, sur la première consultation avoir un courrier oui. Et peut-être je ne sais pas au bout de six mois, au bout d'un certains temps, de voir en termes

d'évolution ou le regard du psychiatre sur la situation, de voir les préconisations globales. Après d'autant plus que le suivi s'arrête à un moment donné... autant voilà, avoir un courrier au départ et un courrier à la fin, après l'intervalle où il faut avoir des informations ça je, j'ai pas d'idée ça dépend des personnes, il y a des personnes avec des situations extrêmement graves, extrêmement poussées où c'est bien qu'on sache au fur et à mesure un peu vers où va la personne. Est-ce qu'il faut être d'autant plus vigilant... on l'est déjà mais euh ... mais... peut-être que le psychiatre va appuyer sur certains points qu'on aura pas forcément vus ou.. je sais pas... c'est de cet ordre-là. Et ça c'est vrai que cette information je ne l'ai pas. Mais quelle forme ça donnerait, j'ai bien conscience sur l'entretien tel que c'est en consultation psychiatrique, à mon avis le courrier ne se prête pas à chaque consultation. Après maintenant avec les systèmes sécurisés maintenant qu'on a euh... SISRA... où on reçoit pas mal, est-ce que maintenant dans ce genre de dossier est-ce qu'il pourrait y avoir un peu une espèce de ... où un même courrier peut être repris et on reçoit simplement un paragraphe avec la date de la consultation et une phrase ou deux sur la consultation qui a eu lieu tel jour, puis le médecin généraliste pourrait regarder de temps en temps, je ne sais pas...

I : Les dossiers sécurisés sur... ?

MG5 : Que ce soit sur le DMP ou sur SISRA.

I : D'accord donc ça c'est les médecins généraliste...

MG5 : Non du tout, ça c'est le lien entre l'hôpital et l'ambulatoire mais aussi entre l'ambulatoire... c'est une plate-forme sécurisée, c'est des adresses mail sécurisées mais liées à des modules qu'on installe sur des logiciels qui permet de s'envoyer entre professionnels de santé des courriers sécurisés.

I : D'accord, et ça c'est obligatoire ou ça dépend des...

MG5 : Ça va le devenir. Là sur les médecins généralistes par exemple on a des items dans la ROSP, la rémunération sur l'objectif de santé public, la Sécu regarde si on est équipé de ce genre de.. c'est même plus qu'être équipé, maintenant c'est que notre propre logiciel de médecine, de tenue de dossier, permette d'intégrer ces éléments sécurisés.

I : Donc pour toi ça pourrait être une piste pour communiquer.

MG5 : Mais ça reste du courrier, après il y a la façon dont on transmet. De la même manière, il y a ce courrier là, papier, reçu par la boîte, ce même courrier de [lieu] je peux l'avoir reçu de cette façon-là, je peux l'avoir en double ou que par papier ou que par dossier sécurisé. Pour la psychiatrie, je pense qu'il doit y avoir quelque chose à travailler, ce doit être l'ARS qui organise ce truc-là, pour que ça ne soit pas un courrier comme ça mais un module où ça nous dit que la personne a une nouvelle situation et nous mettre trois mots dessus j'en sais rien mais de façon à ce qu'il y ait une notion du suivi un peu au fur et à mesure. Peut être pas toute la consultation non plus mais voir à quelle fréquence ça se répète. Sinon de le faire... je suis pas certain que ce soit utile à chaque consultation. Mais il y a un entre deux ça c'est évident entre l'actuel où c'est flou, c'est ce que les gens nous disent, je leur demande d'ailleurs, « comment ça s'est passé ? » « vous l'avez revu ? » « quand est-ce que vous le revoyez ? » pour voir à peu près le suivi qui est prévu. Après de la même façon les psychologues que les gens que j'envoie voir.... Je n'ai pas de courrier non plus hein.

I : Pas d'échange non plus ?

MG5 : Alors les échanges avec la psychologue c'est un peu particulier parce que c'est une psychologue qui travaille dans une autre maison médicale, qui n'est pas très loin d'ici, et donc du

coup on mange parfois ensemble, et il arrive de façon informelle que parfois on discute de patients. Mais c'est informel et ce n'est pas un temps de coordination vraiment qui est prévu comme tel.

I : Et ça, ça pourrait être une piste, justement un temps de coordination ?

MG5 : Ouais... mais quand... ? comment ? C'est compliqué. Quand il y a une unité de lieu, pourquoi pas. Là à l'échelle d'une maison médicale, si t'as vraiment une organisation à l'intérieur d'une maison médicale, avec un projet de soin.... Les maisons médicales, les pôles médicaux de santé, c'est pas simplement un bâtiment où tu mets des gens dessous, quand tu veux avoir le label maison de santé, tu déposes en temps qu'équipe de soin un projet de soin, donc tu peux marquer dans ton projet de soin qu'il y ait les réunions de coordinations de l'équipe et tu prévois de parler de ça, ça, ça dans tes réunions. Si tu as une psychologue qui amène un psychiatre libéral qui travaille dans l'équipe, à mon avis tu peux envisager qu'il y ait des thématiques de réunion qui soient uniquement centrées psychiatrie ça le justifie largement vu l'incidence et prévalence dans la population.

Mais là moi en tout cas à [lieu] on n'a pas de maison médicale localement constituée avec une équipe comme ça. La psychologue dont je parle elle elle travaille dans une équipe comme ça avec les médecins qui sont sur place, et je suis pas certain que les réunions qu'ils font elle soit conviée à ses réunions ou en tout cas que ce soit pour parler des patients avec un suivi psychiatrique.

Mais voilà à mon avis ça peut se justifier, moi je l'ai vu dans des réunions quand j'étais externe au [hôpital psychiatrique], c'était super intéressant d'aller aux réunions du CMP avec le chef du service de l'époque, on allait là-bas... moi c'est un truc que j'ai adoré parce que du coup on voyait les assistantes sociales de secteur, on voyait les infirmiers du secteur aussi, qui n'avaient pas le même regard sur les patients qu'on voyait hospitalisés et en ambulatoire.

Donc on peut imaginer sur une maison médicale, une maison de santé qui aurait un psychiatre que ça se fasse peut-être plus facilement, plus naturellement. Là à l'heure actuelle en tout cas le temps ne sera pas libéré sinon.

I : Après, sinon plus sur les situations de risque suicidaire, quelle expérience tu as, est-ce qu'il y a des situations où tu as été en difficulté ?

MG5 : Ben déjà c'est une question moi que je pose assez naturellement donc pour le coup la question me vient facilement et je ... je mets les pieds dans le plat quoi. Maintenant après je n'ai pas vraiment été encore en situation où il y avait un risque très marqué. Euh... je dis ça parce que... je suis un peu gêné ... j'ai un patient c'est une histoire avec un contexte particulier, ce monsieur, j'ai du mal à appréhender réellement le risque suicidaire de ce monsieur pour lequel il y a eu une perte de la vision très importante assez... assez brutale en peu de temps. Et qui... et qui mettait un peu un ultimatum à l'équipe d'ophtalmo qui le suivait en disant, en gros, si vous ne me soignez pas, si vous trouvez pas de solution je me fous en l'air quoi. Donc eux ils ont essayé de l'hospitaliser mais en soins libres. Moi j'avais aucun critère en discutant avec lui il tient le même discours mais finalement quand on pousse un petit peu il irait quand même bien à la pêche avec ses petits-enfants la semaine prochaine, il y a des projets, le discours était quand même très ambivalent, et ça faisait plus chantage... presque, dans sa façon de se présenter. Après je le minimise pas hein, loin de là, c'est un monsieur que je revois très très régulièrement, pour ça, et pour toutes les comorbidités en plus que ce monsieur a. Mais euh... du coup ben c'est un exemple ou finalement, j'ai temporisé sur moi mes outils, c'est à dire la possibilité de reconvoquer la personne, de voir un peu comment il se situait par rapport à son projet, s'il y avait un projet suicidaire à proprement parler ou si c'était simplement ... donc là, là-dessus... je ne me suis pas senti en difficulté, j'avais les outils qui permettaient de pouvoir réévaluer.... Même si ce n'est jamais agréable comme conversation avec les patients. Là ou par contre c'est plus difficile c'est sur des contextes où en fait, en garde, on est réquisitionné, enfin pas réquisitionné mais appelé par le SAMU pour des soins sous contrainte pour lesquels l'indication n'est

pas toujours très claire... euh... pff... moi c'est des situations où ça n'a pas toujours été une partie de plaisir... mais c'est des patients quand même plus psychotiques que ... que dépressifs.

Et puis pour le coup je n'étais pas forcément d'accord avec la décision de la régulation quoi. Y compris sur le risque suicidaire. C'est-à-dire qu'après avoir rediscuté avec des gens très agressifs et pour lesquels les soins sous contrainte me paraissaient moyennement adaptés et puis avec un psychiatre déjà connu, identifié qu'il pouvait rappeler enfin... il y avait des ressources qui me semblaient déjà existantes qui n'avaient pas été mobilisées parce qu'on était à 22h 23h minuit parce que on n'avait pas la possibilité là immédiatement de faire ce qu'il fallait... ça a été plus sur la ... c'est pas la psychiatrie elle-même qui m'a posé soucis, c'était pas la relation avec la psychiatrie, c'était plus les autres professionnels de l'urgence, notamment avec les régulateurs de la permanence de soins, d'être confronté à la décision d'autres personnes qui n'avaient peut-être pas pris le temps justement d'évaluer ce que moi j'ai fait au domicile des gens, par téléphone à mon avis ça aurait pu être fait. Plutôt que de retrouver la gendarmerie, les ambulanciers retrouvés au fin fond de chez pas où, avec quelqu'un d'ultra agressif, super excité, à qui on explique qu'elle aurait pris j'sais pas combien de médicaments... elle était tout sauf somnolente cette dame (rire)... soi-disant qui avait un risque ... !

I : Donc en fait c'est le SAMU qui t'a appelé pour aller voir cette dame ?

MG5 : Oui, il y a un voisin qui dit qu'elle va pas bien, elle aurait pris des médicaments, euh... il faut qu'elle soit hospitalisée sous contrainte à la demande d'un tiers... le tiers quand on arrive, il dit « oui ben en fait moi je signerai rien du tout » donc, euh.. pas de tiers ! Après, Péril imminent, chez une dame assignée seule, une dame qui me frappait plus qu'elle ne voulait discuter avec moi (rire) et qui ...elle aurait pris des quantités astronomiques trois ou quatre heures avant... enfin elle était tout sauf somnolente !! (rire) si elle avait pris la quantité de benzo qui était annoncée par le médecin du SAMU euh c'était pas le cas, on avait largement dépassé les demi-vie... enfin c'était un peu aberrant, alors que c'était une dame qui avait des contacts excellents avec son médecin généraliste, quand on discutait, elle avait possibilité de le recontacter très facilement, elle avait un psychiatre qui était connue, elle ne l'avait pas vue depuis un certain temps mais elle savait comment l'appeler et que si ça allait pas bien elle pouvait la recontacter. Pas d'idées délirantes majeures... bon elle était psychotique ça par contre...il y avait un terrain, ça c'est certains.

Bon bref ça c'est un exemple comme ça où tu te retrouves à gérer de l'urgence ... mais après moi être confronté à des patients avec des idées suicidaires et ne pas pouvoir les hospitaliser ça, ça ne s'est pas passé. Si c'est ça la question et si c'est ce que tu cherches un peu à savoir, ces situations ça je n'en ai pas rencontré.

Après qu'est ce que je ferai si ça se passe... On est dans une zone un peu particulière ici, je pense que tu le sais, d'un point de vue géographique, c'est-à-dire que tu passes d'un côté de la colline et tu es sur le secteur du [hôpital psychiatrique], et de l'autre côté de la colline tu es sur le secteur [autre hôpital psychiatrique]. Et... parfois la balle est renvoyée à l'un à l'autre. Bon, alors je pense que si ça se présentait, ça passerait peut-être par un service d'urgence, X ou Y, ça dépendra où les gens ont l'habitude d'aller, si c'est X ben ça sera le psychiatre de X qui les voit et si c'est Y ben ça sera la psychiatrie de liaison et puis potentiellement l'accès euh... à l'hôpital.

I : Donc finalement pas vraiment de difficultés

MG5 : Pas rencontrées en tout cas. Moi les difficultés que j'ai rencontrées c'est plus dans les relations avec le SAMU où là je t'ai parlé de cette dame, j'ai eu une autre situation avec des vieux de quatre-vingt ans, déments connus, et qu'on voulait hospitaliser sous contrainte. En gros c'était un problème somatique, c'était une hospitalisation en médecine qu'il fallait, c'était pas une

hospitalisation sous contrainte qu'il fallait faire. C'était à gérer ce genre de trucs où on psychiatrise des trucs qui n'étaient pas à psychiatriser... ça j'étais confronté à ça, c'est très énervant.

I : Donc des désaccords avec des confrères généralistes.

MG5 : Surtout par téléphone, c'est la régulation avec le SAMU... c'est des médecins généralistes, ceux qui font la régulation médicale, pas la régulation SMUR quoi. Après à distance je suis d'accord c'est jamais aussi simple que quand tu as la personne de visu. Mais sur de l'entretien et dans la conversation il me semble que par téléphone on arrive à avoir un peu des informations.

I : Donc toi tu es plutôt à l'aise pour poser des questions, sur les idées suicidaires, aller chercher...

MG5 : Oui. Ça c'est pas un truc qui me fait peur. Après forcément quand on a une consultation qui n'était pas prévue pour ça, on tombe sur un contexte aigu suicidaire ou anxieux... ça prend plus de temps ! C'est pas la consultation qui durera un quart d'heure, vingt minute, clairement. Mais si il faut le prendre, je le fais, de toute façon je vois pas comment je pourrais faire autrement donc... voilà.

I : Et tu peux être amené à dire « on se revoit » ou ...

MG5 : C'est exactement ce qui se passe dans ce genre de situation, quand c'est un peu flou, que ce n'est pas tout à fait franc, avec des risques clairement établis, pour avoir clairement une idée ou pour voir dans quel sens ça va... Si c'est des gens actifs généralement je fais un arrêt de travail, une semaine / quinze jour, parfois un mois.... Souvent un peu court. Après quand il y a des risques et qu'il faut les réévaluer de façon un peu proche ça peut être deux jours après hein. Ou la semaine d'après. Mais souvent je mets deux semaines, pour avoir une idée deux semaines après voir ce que ça donne.

I : Et donc, tu m'as parlé de la psychiatre, mais autrement c'est facile pour toi d'adresser des patients en psychiatrie ?

MG5 : Non. Non c'est vraiment la galère à chaque fois. Je te parle d'elle mais il y a un patient, c'est pas vraiment un patient dépressif mais un jeune d'une vingtaine d'année, qui est à mon avis autiste ou une psychose infantile qui a été complètement passé à côté. Ben là j'étais vachement embêté parce que on me demandait de remplir des dossiers de demande de ... pour la maison du handicap, pour une reconnaissance de travailleur handicapé, mais sans savoir ce qu'était vraiment le handicap. Donc là c'est côté avoir un diagnostic.... Lui j'en ai un peu bavé, j'ai essayé quatre ou cinq endroits avant de trouver quelqu'un qui le voit, et un peu... un peu à contre cœur. C'est un rdv qui a eu lieu quasiment un mois après. C'était pendant l'été, c'était en plein milieu du mois d'août.

Lui je n'ai pas eu de retour de la consultation, si la mère revient me voir en me disant il faut remplir le dossier de la MDA, je suis incapable, je ne sais pas ce qu'il a. Mais il a été vu, en principe, si le rendez-vous a été respecté.

I : Donc c'est difficile par un manque de personnes disponibles ?

MG5 : Oui. Les autres, ceux qui répondent au téléphone, ils grognent un peu mais si on leur explique la situation au téléphone en leur disant on est inquiet... quand ils voient que ça tient la route, quand on donne des détails, qu'ils se rendent compte qu'on a pris la peine un peu d'explorer la situation, ils acceptent, ils trouvent des solutions. Parfois à des termes, des délais qui ne sont pas compatibles avec ce qu'on imaginait, mais on accepte. Ce qui est plus compliqué c'est quand on n'arrive pas à joindre les gens du tout, soit des lignes occupées, soit des gens qui disent qu'ils ne prennent plus du tout de nouveaux patients, et c'est souvent le cas. Les psychiatres fonctionnent comme ça.

I : Et toi quand tu appelles, tu cherches où, tu as des numéros ?

MG5 : Non. Je n'ai pas Forcément les gens qui m'ont déjà pris des personnes je rappelle en priorité eux. Même si je ne connais pas forcément la qualité... si un jour j'ai des retours négatifs de certains patients, je serai un peu plus réticent. Mais là ce n'est pas le cas. Ils acceptent donc tant mieux je continue. Eux, je suis pas forcément au courant aussi s'il y a des installations aussi, des nouvellement installés. Moi je regarde l'annuaire ... c'est bête mais euh ben tiens on va prendre lui, ça vous parle ? C'est ça aussi, des gens dépressifs anciens qui ont déjà été en relation avec des professionnels je leur dis « tiens, lui vous l'avez déjà vu, vous voulez le revoir, oui ? non ? celui-là ? ah non surtout pas celui-là ma femme est allée le voir je ne veux plus en entendre parler. » Ça m'est déjà arrivé ça aussi. Je les connais pas moi, je n'ai rien à reprocher à ces professionnels là mais les gens déjà s'ils n'ont pas confiance pour pouvoir y aller, ça va être un peu compliqué de mettre en place une relation de soin. Donc puis après ben j'appelle, et on passe un temps... fou ! Ces gens-là de toute façon il faut appeler pour eux. Ces situations-là.

I : Oui, c'est pas le patient qui va appeler.

MG5 : Non. Et puis encore une fois je pense que j'ai tendance à retarder. Cet... ce... passer la main, je le fais vraiment dans des situations que je ne maîtrise pas. Peut-être que, il y a d'autres collègues, d'autres médecins généralistes ou d'autres patients... parce que la psychiatre du coup c'est en accès direct, donc il y a peut-être des gens qui y vont un peu... Facilement je ne sais pas si c'est le terme parce que faire la démarche d'aller chez un psychiatre c'est pas non plus si facile que ça mais... euh... ma collègue psychologue par exemple qui voit certains de mes patients, elle me dit souvent « ceux-là quand tu me les envois ils sont (Tape sur le bureau avec son poing). Ils sont durs hein quand même ! » que ce soient des enfants, des adultes, des personnes actives ou des personnes âgées. J'avais des arguments et je pense que voilà, il y aurait peut-être moyen que d'autres patients que je vois, qu'ils soient vus aussi mais ... quand je vois pour ceux qui sont très graves, la difficulté que j'ai pour arriver à les faire suivre, ben finalement je minore un peu les autres et je... je passe pas la main là-dessus... il y a un peu de ça.

I : Et quand tu veux adresser, le patient en lui-même, est-ce que c'est difficile pour eux d'accepter ?

MG5 : Ceux-là ? non. Pas ceux-là, ceux-là ils sont vraiment en souffrance, il y a une nette reconnaissance de leur situation, ils ne se rendent peut-être pas compte de leur gravité à quel point mais ils comprennent complètement. Et c'est souvent par contre difficile de leur introduire les traitements. Il y a une réticence à ce moment-là. Mais comme je t'expliquais finalement quand je passe la main c'est que ça dure un petit peu, et eux aussi sont fatigués et euh... c'est pas mal entre guillemet qu'ils aillent voir ailleurs aussi pour avoir cet avis à ce moment-là. Ça arrive au bon moment. Après est-ce que c'est trop tard, est-ce qu'il faudrait le faire plus tôt, ça je n'en sais rien.

I : Bon, on a fait un peu le tours... ah si ! Est-ce que tu as constaté, je ne sais pas si ça fait très longtemps que tu es installé mais tu as constaté un changement, une évolution, entre les liens entre les généralistes et les psychiatres ces derniers temps? Que ce soit dans le bon ou le mauvais sens.

MG5 : Tout psychiatre ? ou les libéraux ?

I : Tu peux détailler ...

MG5 : Les psychiatres libéraux, c'est que depuis peu de temps finalement que j'ai des relations avec eux, parce que les situations aussi le demandent. Avant, ben j'avais pas beaucoup de patients qui nécessitaient... le avant, c'est vrai que effectivement je suis installé depuis 3 ans mais j'ai été interne ici, avec mon prédécesseur qui exerçait avant ici et ma voisine, pendant deux semestres d'affilé, donc ça fait depuis novembre 2014 que je suis là, donc ça va bientôt faire quatre ans. Et du coup, au

départ je n'avais pas de situations qui nécessitaient de suivi avec des psychiatres, ou alors les patients que je voyais pour des renouvellements, c'est des patients psychotiques qui eux étaient suivis au CMP. Donc on les voyait de temps à autre pour un bilan somatique ou les comorbidités s'il y en avaient et puis parfois le renouvellement des psychotropes qui étaient fait entre le généraliste et le psychiatre. Mais c'était les CMP. Ceux là j'en ai finalement peu maintenant. Mais c'est aussi, parce que je me rends compte, qu'il y a eu des désengagements de CMP avec moins de patients suivis. Et puis aussi certains patients de mon prédécesseur ne m'ont pas suivi. Notamment cette population-là. Et j'ai plus de situations de souffrance au travail, des symptômes anxiodépressifs plus ou moins marqués sans forcément d'antécédents que je vois maintenant, dont certains où je passe la main comme je t'ai expliqué avec les psychiatres libéraux. Ces situations je ne les avais pas avant. Donc je n'ai pas le recul pour faire des comparaisons. Ce que je vois par contre entre avant et maintenant, c'est le fait que les CMP sont de plus en plus en difficulté, avec une fois par an je reçois des courriers des CMP du coin qui m'annoncent qu'ils pourront plus suivre aussi bien leurs patients parce qu'il y a le départ de tel professionnel qui n'est pas remplacé. C'est pas très positif ça comme note quand même. (rire)

I : Après, mes questions on a fait le tour, mais est-ce que tu penses qu'il y a des questions par rapport à ce sujet là qu'on n'a pas abordées, qui te viendraient ?

MG5 : Non, c'est peut-être arriver à la fin de votre travail, à faire des propositions de justement comment améliorer cette communication. Mais vraiment c'est sur le plan matériel, quel support serait adapté pour ça ? A mon avis le téléphone n'est pas adapté, autant dans le sens aller, quand on veut adresser un patient parfois on arrive mieux à exprimer les choses à l'oral qu'à l'écrit. Mais il y a un moment donné, on a besoin de comptes rendus, de voir comment évoluent les choses. Ça, ça manque un peu quand même, mais la forme que ça devrait avoir, c'est un peu la discussion qu'on a eue tout à l'heure, j'ai pas d'idée préconçue, et surtout à mon avis c'est pas si simple que ça à trouver.

Focus group MG 6 et 7

I : Est-ce que vous pouvez me parler du dernier patient dépressif que vous avez pris en charge ?

MG7

Je peux commencer ... Hummm... Donc une dame, un petit peu moins de cinquante ans... quarante-huit ou quarante-sept quelque chose comme ça, que je suis depuis, depuis que je suis installé, donc bientôt cinq ans. Un syndrome dépressif très très enkysté et très chronique avec des comorbidités d'addiction assez importantes à certaines molécules et à certaines autres drogues plus ou moins dures de temps en temps euh.. Voilà une prise en charge un peu compliquée avec des rendez-vous manqués, une surconsommation de traitements, des moments dans sa vie où elle a eu de nombreux prescripteurs simultanés avec un surdosage assez important. Et donc je l'ai revue début de semaine et elle sortait de 6 semaines d'hospitalisation à la clinique du Dauphiné où je l'avais envoyée pour essayer de mettre un diagnostic un petit peu plus précis sur ses troubles, ce qui n'était absolument pas le cas jusque-là ! Et aussi pour essayer d'adapter un petit peu plus son traitement et aussi de la sevrer à certains médicaments qu'elle était addictive ... donc voilà, je l'ai revue dans ce contexte-là : sortie d'hospit' fin de la semaine dernière, je l'ai vue lundi et elle était sortie le vendredi juste avant. Euh voilà, je la trouvais bien plus apaisée que d'habitude quand je la vois. Moi je... on avait essayé petit à petit de faire un sevrage de médicaments, de revenir à des doses normales AMM, posologie VIDAL, ce qui avait déjà été très compliqué mais on y était arrivé, mais c'était toujours des consultations un petit peu en catastrophe avec un mal être assez important et moi j'étais un petit peu démuni face à ça car je ne savais pas trop ce que je pouvais lui rajouter comme molécule. Et voilà, ça faisait trois ans qu'on essayait de lui faire accepter de se faire hospitalisée, donc là ça a été une grande victoire pour elle, même si ce n'est pas parfait et surtout qu'elle ait par la suite un suivi régulier avec un psychiatre, ça c'est le prochain challenge. Voilà.

I : D'accord, parce qu'actuellement elle n'a pas de suivi spécifique ?

MG7

Non, actuellement elle n'avait pas de suivi avec un psychiatre. Evidemment j'avais essayé moult et moult fois car j'étais un peu impuissant avec cette dame-là. Et euh... donc elle a eu un premier rendez-vous en sortie d'hospit', et un deuxième rendez-vous qu'elle a loupé déjà.... Elle doit normalement revoir le psychiatre début décembre là.

I : Et de coup c'est plutôt parce que c'est elle qui freine pour y aller ?

MG7

Oui, clairement.

I : Pourquoi ?

MG7

Elle avance toujours des problèmes d'agenda et des problèmes d'argent, alors qu'elle a la CMU et qu'elle est en affection longue durée pour ça mais elle avance quand même ces arguments-là. Une appréhension aussi probablement, elle a toujours eu un problème avec les suivis un peu chroniques et réguliers, pour elle ça a toujours été compliqué de se projeter là-dedans. Euh voilà, c'est ça les raisons essentielles.

I : D'accord. Et donc toi dans cette prise en charge là tu te situes comment ? Comment tu vois ton rôle ?

MG7

Je pense... je suis quand même une personne ressource. Quand elle vient me voir c'est le lieu où elle peut se livrer un peu, où elle peut me raconter sa vie. Elle a pas vraiment de vis-à-vis ou de personne ressource dans son entourage proche. Sauf l'assistante sociale qui la suivait quand ses enfants étaient encore mineurs, mais c'est à peu près la seule personne à qui elle pouvait se confier et là, comme ses enfants sont majeurs, là elle a changé d'assistante sociale, donc il faut qu'elle renoue quelque chose avec cette dame là mais en tout cas pour le moment, mon cabinet c'est à peu près le seul endroit où elle peut venir se livrer... c'est un peu un point de chute pour elle. J'ai jamais.... Un des points positifs c'est que je n'ai jamais perdu le contact avec elle. Même dans les moments où elle allait voir plusieurs prescripteurs elle venait toujours me voir et quand elle venait me voir c'était toujours des discussions de qualité. J'ai de nombreuses fois mis les points sur les i plus ou moins euh... plus ou moins calmement on va dire... même les consultations où c'était un peu chaud, elle est revenue après quoi.

I : Parce qu'elle faisait un peu de nomadisme médical ?

MG7

Complètement ! Elle a eu jusqu'à 6 prescripteurs différents qui lui prescrivait 3 laroxy 50 par jour, donc 6 fois 3... 18... voilà ! (rire) Mais ça bon, elle ne le faisait plus depuis un certains temps, parce que la Sécu avait mis son nez dedans et donc il y avait cette instance un petit peu autoritaire qui menaçait de tout dérembourser donc ça l'a calmé un petit peu. Donc on a réussi à gérer les choses tant bien que mal jusqu'à ce qu'elle soit hospitalisée là.

I : Et toi ton souhait qu'elle soit suivie par un psychiatre, qu'est ce que tu en attendais ?

MG7

Qu'il gère les traitements ! Moi j'étais incapable de gérer ... elle avait cinq ou six psychotropes en même temps euh... pfff... et moi je renouvelais ça un petit peu à l'aveugle sans trop savoir ce que je faisais, en essayant quand même de limiter les doses, mais ça on a vraiment réussi à revenir à des posologies maximales euh.. VIDAL quoi... elle prenait jusqu'à 6, 7, 8 Lexomil par jour entiers ... donc on a réussi à ramener à 3 par jour, Laroxy pareil... donc on a réussi à faire ce travail là ensemble et pfff... c'est une situation qui m'a toujours un peu échappé avec ce sentiment de travail soit mal fait soit incomplet et qui ne m'allait pas du tout. Et elle en est consciente aussi mais elle met toujours ce frein d'aller voir un spécialiste... donc là, le fait qu'elle ait accepté cette hospitalisation c'est déjà une grande victoire. Et ça lui a fait beaucoup de bien, en plus. Mais voilà, j'espère que je vais pouvoir laisser la main et pouvoir m'occuper d'autre chose. Parce que bien sûr toutes les consultations étaient accaparées par ça, et chez une femme de cinquante ans, il y a pleins d'autres choses à faire, médicales, que je n'ai jamais eu le temps de faire en cinq ans.

I : OK. Et toi du coup ?

MG6

Ben moi je réfléchissais, et je pense que j'ai pas mal de patients que je vois et qui ont des troubles dépressifs sous-jacent mais qui viennent rarement me voir pour ça, et chez qui c'est vraiment nié. Typiquement lundi j'ai vu une patiente qui a une soixantaine d'années et qui pour moi présente un trouble dépressif franc, extrêmement somatisé sous forme de douleurs articulaires, sous forme de

plaintes multiples ... mais qui refuse clairement le diagnostic de dépression, et c'est extrêmement compliqué parce que on avance pas du tout sur tous ces troubles parce que en fait il y a un déni complet de la maladie psychiatrique, il y a un refus d'être étiquetée finalement psy. C'est plus facile d'être étiquetée sous forme de douleur articulaire ou sous quelque chose de somatique plutôt que psy et ça fait que finalement on avance pas du tout chez cette dame à cause de ça. Et clairement moi c'est des patients Déjà quand ils sont dans le déni, leur faire accepter c'est quelque chose et après les orienter vers le psychiatre c'est le niveau suprême et j'ai l'impression de ne pas avoir tellement du mal à orienter vers un psychiatre, d'avoir un psychiatre qui accepte, c'est plus réussir à orienter le patient vers le psychiatre quoi, qui pose problème finalement. Ça reste un frein dans la population d'aller voir le psychiatre, c'est impressionnant quoi. On a beau expliquer les choses, qu'il n'est pas fou, il reste un tabou sur le psychiatre qui est hyper important.

I : Est-ce que justement tu as un exemple où tu as pu adresser à un psychiatre ?

MG6

Finalement, je trouve que dans le trouble dépressif, c'est pas la dedans qu'on essaye le plus d'orienter les patients. Autant tout ce qui est trouble bipolaire, trouble de type schizophrénie, on va avoir besoin du psychiatre et on va facilement orienter. Dans le trouble dépressif c'est finalement rarement la demande du patient, et en fait on est souvent identifié nous en tant que médecin généraliste comme celui qui est là pour écouter, celui qui est là pour la relation et ils attendent de nous qu'on prenne cette casquette là et ils ont du mal à admettre qu'on ne puisse pas ou qu'on ne puisse plus la prendre et qu'on les envoie vers un autre spécialiste.

Je ne sais pas ce que tu en penses ? (s'adresse à son collègue)

MG7

Dans les dépressions simples, modérées ou même sévères mais sans autres signes associés, s'il n'y a pas de comorbidités, s'il n'y a pas d'éléments délirants, s'il n'y a pas de trouble bipolaire sous-jacent ou s'il n'y a pas de comorbidité comme des addictions, c'est des situations où effectivement ... facilement ce n'est pas le mot mais, qui sont gérables quand même en cabinet de médecine générale. Les antidépresseurs c'est des molécules qu'on a l'habitude d'utiliser, qu'on sait manipuler. Donc effectivement pour les dépressions « simples » entre guillemets, isolées.. euh je suis assez de l'avis de P*** effectivement en disant qu'on gère ça nous et euh... alors sauf quand vraiment c'est des très grosses dépressions, des patients un peu borderline ou qui ont des idées délirantes ou des interprétations, des choses un peu comme ça, moi c'est à ce moment là où je passe la main. Ou en tout cas j'essaie de passer la main. Sachant que pour passer la main, il faut que le patient ne soit pas dans le déni de ses troubles et qu'il soit d'accord pour aller voir un psychiatre. Ce qui peut par moment être un peu compliqué. Le psychiatre c'est le médecin des fous ! (rire) Pas pour nous ! mais pour certains patients ça l'est ! Et souvent c'est compliqué. Après on travaille cette relation avec beaucoup de bienveillance, on les revoit régulièrement, on leur répète régulièrement, et au bout de ... voilà moi ma patiente au bout de cinq ans elle a accepté d'être hospitalisée ! C'est du travail de longue haleine, qui est un peu difficile, mais c'est intéressant. Bon voilà, dépression simple on s'en accommode, pour le reste moi je passe la main. Quand je sens que ça m'échappe quoi.

I : D'accord. Et donc quand vous dites, voilà moi j'ai besoin d'un autre regard, c'est difficilement entendu à chaque fois ?

MG7

Pas à chaque fois. Ça dépend. Ça demande toujours beaucoup d'explication, beaucoup d'énergie à expliquer les choses, à rassurer, à dire qu'on ne va pas les abrutir de médocs et euh.. voilà.. essayer de... Après voilà moi j'ai toujours un problème c'est que les psychiatres je ne les connais pas, et que donc... quand j'envoie à un ORL, j'ai un ORL de confiance, quand j'envoie à un cardio, j'ai un cardio de confiance, ou plusieurs, j'ai un endoc de confiance, j'ai un gynéco de confiance. J'ai pas de psychiatre de confiance. Et ça pour moi c'est un gros problème. Alors, on a quand même rencontré à plusieurs reprises les psychiatres du CMP au niveau du Pole de Santé, et ça c'est vraiment une très très bonne chose. Déjà de mettre des visages sur des noms. Sauf que le CMP ils sont inatteignables. Déjà parce que ils ont des listes d'attente de fou et que... moi j'ai aucun patient suivi en CMP parce que... ben parce qu'ils ne peuvent pas ! Ça, ça me pose un réel problème. Ça me pose un réel problème parce que le CMP c'est une instance de l'hôpital et c'est un lieu qui pour moi est censé quand même recevoir la demande quand on en a besoin. Et, enfin je ne sais pas ce que tu en penses (s'adresse à sa collègue), mais on envoie pas voir un psychiatre tous les quatre matins quoi.

MG6

Non, moi je n'ai pas l'impression que ce soit ...

MG7

On adresse au cardio 4 fois par jour, moi le psychiatre si j'en ai un toutes les deux semaines c'est déjà énorme ! Après, moi je comprends tout à fait qu'ils soient overbookés, c'est pas du tout ça que je remets en cause, ils ont énormément de travail et font un travail qui est très difficile, mais je n'ai pas cette facilité à adresser et ça, ça me pose problème.

I : Et avec les psychiatres libéraux, vous n'avez pas de contact ?

MG6

Moi j'ai un patient qui est suivi par un psychiatre libéral, mais j'ai jamais eu de contact avec lui. Et euh.. non en psychiatre libéral, à part celui là j'ai pas un seul nom en tête dans le secteur. Et... finalement j'ai plus de nom de psychologue qui me viennent en tête que de psychiatre. Peut être parce qu'ils se présentent aussi...

MG7

Oui ! Hum... on a des psychologues de confiance... Bon on bosse avec une psychologue aussi et on se croise dans les couloirs. On en revient toujours à la même chose.

I : Donc pour vous c'est important d'avoir quelqu'un de confiance à qui adresser et donc qu'est ce qu'il faudrait pour vous pour que ça puisse se faire ?

MG7

Ben déjà si les psychiatres pouvaient nous envoyer des courriers quand ils voient nos patients, ça nous arrangerait. En fait on connaît... moi j'ai des spécialistes que je n'ai jamais vus, mais je sais que c'est des spécialistes de confiance parce qu'ils m'envoient des courriers détaillés et qu'ils prennent en charge vraiment les gens et qu'ils nous donnent des conseils de modification de traitements et que des fois ils décrochent leur téléphone pour nous dire etc... et c'est des gens pour qui on décroche le téléphone si on veut qu'ils soient vu. Moi un psychiatre c'est terrible, mais les noms que je donne, je regarde sur Google quoi. C'est une catastrophe. Je regarde sur les pages jaunes, ouais je vois des noms euh... ah ouais je crois qu'il y en a un qui m'en a parlé un jour, je vais l'envoyer vers lui quoi. Mais je sais pas comment il travaille, je ne sais pas si ils font de l'analyse ou s'ils font de la TCC, alors je sais qu'il y en a un qui fait beaucoup les troubles du comportement alimentaire, mais pff... les TCA avant qu'ils arrivent à aller voir un psychiatre, il faut ramer quinze ans, euh ouais, enfin vraiment... en fait je ne sais pas adresser au psychiatre. Point. Alors je sais adresser au CMP, parce que le CMP on

les a rencontrés, et on sait comment ils fonctionnent, ils nous ont expliqué leur pratique etc... sauf que c'est bouché de chez bouché. Et donc quand on a vraiment besoin d'un psychiatre et ben on envoie comme ça ... Je mets quatre noms sur le courrier, et puis je leur dis appelez et vous verrez bien celui qui vous prend. Oui parce que tous ne prennent pas de nouveaux patients en plus. Il n'y en a quasiment plus en ville, alors qu'ils sont Je ne sais pas combien ils sont... quarante je crois à Grenoble ? Un truc dans le genre... Il y en a pas un qui prend un nouveau patient. Ça c'est compliqué aussi.

I : Et quand vous adressez, vous avez des retours ?

MG7

Non. Moi je n'en ai jamais eu.

MG6

Moi j'ai ... en fait j'essayais de réfléchir, j'ai pas eu l'impression d'avoir adressé à un psychiatre depuis que je suis là. J'ai dû adresser en pédopsychiatrie un enfant et le retour a été fait par un parent quand il est revenu pour un autre enfant mais à l'oral. J'ai jamais reçu de courrier ou quoi que ce soit suite à un adressage.

MG7

Moi je n'ai pas souvenir, de courrier de psychiatre... Ah oui si ! Deux ou trois fois j'ai eu un courrier d'un psychiatre parce qu'il me demandait de faire un électro parce qu'il voulait mettre la patiente sous neuroleptique... voilà... euh mais par contre, des courriers pour du suivi non...

De mémoire, il y avait un psychiatre qui m'avait appelé, pour une histoire de certificat. Et donc là oui comme je l'avais au téléphone, j'en ai profité pour demander un petit peu comment ça allait pour la patiente. Mais c'est à peu près tout hein, j'essaye de chercher...Ouais.

I : Du coup vu qu'il n'y a pas vraiment de lien, c'est un peu compliqué mais idéalement, dans le lien avec le psychiatre, qu'est ce que vous attendriez de ce lien-là ?

MG6

Ben déjà c'est la communication, déjà qu'on sache qui ils sont, comme disait T*** tout à l'heure, quelles sont leurs orientations euh... qu'est ce qu'ils attendent, des fois simplement comment on peut faire quand on a quelque chose d'un peu plus urgent. Clairement moi j'ai ce sentiment des fois où il y a des patients où j'hésite à les envoyer aux urgences parce que j'ai besoin d'un avis rapidement et je me dis que on aurait, je sais pas, un contact assez facile avec un psychiatre où ne serait-ce que par mail si ça peut ne pas les déranger pendant leur consult', enfin c'est super facile de communiquer par mail en disant voilà j'ai ce patient-là, je le sens pas, il faudrait le voir rapidement parce que je suis inquiète et qu'on ait cette possibilité de communiquer et d'avoir ces personnes qui prennent facilement quand ... et qui ait aussi une confiance en nous parce que je vois bien il y a certains médecins où quand on les appelle quand on se présente ils savent que si on demande une consult en urgence c'est qu'on en a besoin maintenant, et que c'est pas juste le temps de diminuer le temps d'attente du patient. Et ça c'est important je trouve actuellement dans notre pratique parce que ça permet vraiment de faire du lien... et une fois que le lien il est établi et bien le retour se fait spontanément aussi.

MG7

Après ça vient peut être aussi simplement du fait, en tout cas dans ma pratique, on a beaucoup plus souvent besoin du cardiologue que du psychiatre... Et donc il y a aussi cet effet de statistique et de répétition, c'est-à-dire que, si j'avais besoin trois fois par jour du psychiatre, ben peut-être que je me serais aussi fait mon annuaire de personnes de confiance avec des personnes avec qui je parle au téléphone régulièrement, ce qui n'est pas le cas. Mais c'est vrai que, quand même quand on a besoin

d'un psychiatre, c'est compliqué d'en trouver. Alors ça me revenait quand tu parlais P*** j'avais deux ou trois quand même, communication à propos d'un patient, avec un médecin du CMP. La prise en charge a été juste magnifique. Je ne sais pas si c'est juste parce que je lui ai parlé ... mais c'était aussi un patient avec qui ... enfin que je n'arrivais pas du tout à cerner et qui me mettait très mal à l'aise, et le simple fait d'avoir été rassuré sur le diagnostic, par ce psychiatre, son psychiatre traitant en fait, qui m'explique un peu les choses, qui dédramatise la situation, qui me dit « oh mais on le connaît, ne vous inquiétez pas il est comme ça avec tout le monde etc.. » Ok. Les choses sont posées, il n'y a plus d'à priori, on sait comment se comporter avec les patients... et juste ça, il n'y a pas eu de changement thérapeutique, il avait des traitements injectables, donc moi je ne gère absolument pas ça. Je ne sais même pas si j'ai le droit d'ailleurs... mais voilà, le simple fait de pouvoir avoir des éléments, même pas tant sur le diagnostic, mais aussi sur le comportement, la personnalité du patient etc... et le fait que il livre des choses au psychiatre et pas à nous, et l'inverse... Ben c'est comme ça qu'il faut qu'on bosse quoi. Enfin je ne vois pas comment on peut travailler autrement, et pour l'instant on ne travaille pas comme ça, et c'est pour moi un gros problème. Mais la faute à nous aussi généraliste je pense aussi ! Qui ... et ben qui avons.... En tout cas pour moi, plus de facilité à appeler le cardio et d'autres spécialistes pour des choses comme ça... mais aussi parce que les patients ont plus de facilité à aller voir le cardiologue que le psychiatre. C'est compliqué... (rire).. il y a tellement de choses qui rentrent en jeu dans cette relation-là ! Mais je crois que le psychiatre c'est un spécialiste particulier... enfin, aux yeux du patient il y a tous les biomédicaux, d'un côté, et il y a le psychiatre de l'autre quoi. Les biomédicaux c'est les gens normaux et le psychiatre c'est les fous.

I : Donc pour vous vraiment le gros problème, en dehors la disponibilité des psychiatres, c'est la stigmatisation du psychiatre ?

MG6
Ouais

MG7
C'est un des problèmes. Je dirais pas que c'est un problème majeur ni le problème principal mais c'est effectivement un des freins.

MG6
C'est le déclic. Une fois que le patient a eu un premier contact avec un psychiatre, ça va bien, parce qu'ils se rendent compte que voilà c'est pas... mais il y a cette espèce de petite colline à passer, avec le patient où faut vraiment nous qu'on mette de l'énergie... et d'autant plus je pense peut être que nous on connaît pas les psychiatres. Les cardiologues nous on leur dit ben allez voir M. Untel ou bien Dr Untel je le connais ou je l'ai eu au téléphone c'est bon, alors que le psychiatre on est là à chercher sur l'annuaire et c'est pas crédible quoi pour les patients, le fait qu'on...

MG7
Ouais ils demandent, « ben vous connaissez quelqu'un ? » Ben non... Si, je connais Dr Machin du CMP, je sais que c'est cool mais ... pffff... n'essayez même pas ils ne vous prendront pas Bon ça je ne le dis plus mais ... euh... à chaque fois... ouais à chaque fois... bon bref ! J'en ai déjà parlé de ça (rire).

MG6
Inversement c'est depuis que je bosse avec le CMP sur le projet d'éducation thérapeutique que euh... qu'on fait du lien par rapport à certains patients ... Moi j'ai un patient qui a des troubles bipolaires

bien cognés, et finalement il y a toute une équipe qui s'est formée autour de lui et on communique super bien parce qu'il y a des infirmières du CMP qui passent chez lui, qui croisent les infirmières du pôle, les infirmières du pôle me font des retours via notre logiciel ... donc moi je suis attentive à ce Monsieur, ce Monsieur a coupé les ponts avec les visites au CMP donc la psychiatre est attentive à ce Monsieur via moi. Mais ça on en discute quand on fait des réunions autour du projet d'éducation thérapeutique. C'est rare qu'elle ... elle a jamais décroché le téléphone pour me dire je ne vois plus Monsieur untel, ça fait trois rendez-vous qu'il manque. Les messages passent via les autres paramédicaux ou via les réunions qu'on fait, mais en dehors de toute prise en charge de ce Monsieur.

MG7

Et ça c'est pour des rares patients où il y a des paramed qui viennent à domicile !

MG6

En plus !

MG7

Et les patients qui ont des pathologies psychiatriques lourdes, qui ont un passage d'infirmier à domicile, moi j'en ai pas !

I : Oui alors qu'une information par mail des fois...

MG7

Oui, un petit mail, c'est hyper rapide.

MG6

Et elle a mon adresse mail !

MG7

Entre deux consult' ... Moi c'est mon moyen de communication privilégié ! Après il y a le problème de ces adresses mail non sécurisées qu'il faut qu'on règle, mais je pense que... tout professionnel de santé peut avoir une adresse mail sécurisée donc euh... ça ne devrait pas poser de problèmes.

MG6

Non mais là elle sait que je suis ce patient, donc si elle me met ne serait-ce que les trois premières lettres du nom et les initiales du prénom, je sais qui c'est ! J'ai même pas besoin d'avoir son nom entier, sa date de naissance, enfin c'est un patient qu'on a en commun et qu'on sait l'une et l'autre qu'on suit euh... le jour où il loupait la consultation, le temps de la consultation où il n'est pas venu, elle m'envoie un mail que j'ai au moins l'information... mais ça non, l'information est remontée, mais pas par le biais le plus simple. Et à côté de ça, le fait que cette bulle se soit formée autour de ce patient et qu'on se connaisse maintenant tous par un autre biais, on s'occupe de façon un peu plus centrée autour de ce patient, et c'est plutôt chouette.

I : Ce que j'entends un peu , c'est que vous êtes content des prises en charge quand il y a une collaboration avec le psychiatre.

MG6

Franchement quand on arrive à collaborer, ça fait des supers prises en charge. Mais je pense que comme autre frein, il y a le patient qui a un peu peur d'être étiqueté « fou » et moi je pense que le

patient a aussi peur de perdre le lien euh... qu'on peut avoir avec lui autour de l'écoute. Des fois j'ai l'impression qu'il a besoin que ce soit nous qui l'écoutions, et que si on leur dit ben je vais vous orienter vers un psychiatre, il a peur que quand il revient on oublie un peu cette relation un peu particulière qu'on a en médecine générale, et qu'il recherche aussi, et que ça se soit soufflé par le reste. Donc ils ont aussi besoin de ça et ils ont peur de le perdre quand on les envoie vers un spécialiste.

I : Après, donc on a parlé des patients dépressifs que vous avez eus, maintenant est-ce que en matière de risque suicidaire, quelle expérience vous avez, est-ce que vous avez une situation où vous avez été en difficulté avec un patient suicidaire ?

MG7

Je crois que je n'ai jamais vécu de vraie crise suicidaire au cabinet. Des patients qui avaient des idées noires oui, j'en ai quelques un.... Bon, j'ai une situation qui me vient en tête, une jeune femme de 19 ou 20 ans, trouble du comportement alimentaire, anorexie mentale avec des conduites purgatives ... par vomissement. Qui dure depuis au moins six ans, qui a été découvert par les parents, donc ça a fait une espèce de gros choc familial qui a été un petit peu compliqué à gérer mais ça va mieux de ce côté-là, pour avoir reçu la patiente et ses parents etc... euh... patiente tout à fait consciente du trouble, et c'est une lutte pour elle, et en même temps elle ne peut pas s'en passer... elle ne peut pas perdre ce contrôle là... et elle a des idées noires en permanence... de mourir aujourd'hui ou demain, ce serait une bonne chose ... si elle meurt de ça, ce n'est pas grave. Alors après, pas de scénario précis envisagé, mais des idées de suicide permanentes, tous les jours et ça depuis très longtemps. C'est la seule personne comme ça que je note comme ça dans mes patients... et c'est... c'est voilà de l'accompagnement, moi je l'ai vue déjà trois quatre fois en consultation et elle ne veut venir voir que moi, elle n'accepte absolument aucun autre ... aucun autre suivi. Elle a fait une tentative de suicide par phlébotomie, et c'est comme ça que j'ai commencé à la suivre, découverte par ses parents avec ... au moment de l'acte une envie de mourir, c'était très très clair pour elle, et le fait qu'elle ait raté ben ça l'a quand même saoulée... mais voilà, elle s'est rendue compte qu'elle a fait une bêtise, et qu'elle ne pouvait pas laisser ses parents et sa sœur, sans elle, ça leur ferait trop de chagrin, donc elle a critiqué son acte a posteriori, mais au moment où ça l'a prise, elle était vraiment décidée à partir. Donc voilà, on a pris le temps de rediscuter de cet épisode-là, et pour l'instant c'est nous qui gérons, tous les deux.

I : Et comment tu te sens toi dans cette prise en charge, est-ce que tu te sens en difficulté ?

MG7

Elle a le discours facile et on arrive bien à discuter et il y a une confiance mutuelle qui s'est installée, donc je suis pas trop en difficulté. Euh... c'est une certitude qu'il faut qu'elle ait un suivi spécialisé parce que je ne sais pas soigner les troubles du comportement alimentaire mais euh... je pense que déjà qu'elle accepte de venir me voir régulièrement c'est déjà une très grosse victoire. Donc pour l'instant on continue sur ce versant-là. Donc non je ne suis pas en difficulté. Mais il arrivera un jour où on sera peut-être amené à un avis extérieur et voilà. Donc je ne sais pas vers qui je l'adresserai (rire) mais au moins ça peut me laisser le temps de ... d'y réfléchir en tout cas.

I : Et toi P**** ?

MG6

Moi je réfléchissais, j'ai eu deux patientes quand j'étais interne, quand j'étais sur des consultations en autonomie.... Une qui était euh.. déjà bien bien connue, avec des antécédents psychiatriques bien cognés et avec des crises suicidaires plus que fréquentes mais qui refusait des hospitalisations et après débriefing avec le médecin qui la suivait habituellement, m'avait dit que ben voilà on la laissait rentrer, il y avait le tissu familial autour et de toute façon qu'il se sentait très impuissant vis-à-vis de cette patiente et que malgré tout ce qu'on pouvait mettre autour d'elle il n'avait pas d'argument pour l'hospitaliser contre avis... donc cette dame là on l'avait laissée... bon elle était revenue quelques semaines plus tard au cabinet ... ça avait été un gros coup de stress !

Et une autre patiente, elle pas du tout connue, mais sans scénario clair, qui avait plutôt une sorte d'épuisement, c'était un épuisement relié au travail, mais qui évoquait des idées suicidaires et qui refusait l'hospitalisation. Dans ce cas là on avait mis en place une surveillance au cabinet quasiment quotidienne. En fait moi c'est des patients qui me mettent plus en difficulté devant le refus d'hospitalisation et de se dire quel risque je prends à accepter de la laisser partir cette personne chez elle, et inversement quel risque je prends à lui imposer un passage aux urgences où trois fois sur quatre la patiente est laissée ... repart à la maison le jour même, et dans la perte de lien avec cette patiente avec qui on pourrait construire quelque chose de suivi... Enfin, pour l'expérience que j'ai, les patients suicidaires que j'envoie aux urgences, c'est je pense le pire moyen pour entrer en contact avec les psychiatres et d'en être dégoûté à vie. Enfin, je ... ouais.

I : Donc pour toi d'envoyer un patient en crise suicidaire aux urgences , c'est pas quelque chose d'idéal ?

MG6 :

Quand le patient refuse l'hospitalisation... c'est hyper compliqué je trouve. Quand ils viennent en disant j'en peux plus et qu'ils ne sont pas contre l'hospitalisation, c'est salvateur pour nous, parce que ça nous ôte un poids sur les épaules qui est monstrueux. Par contre le patient qui est en refus total... en fait je me dis que le patient à partir du moment où il est venu au cabinet exprimer des idées suicidaires, c'est que d'une certaine manière, il appelle au secours, mais il ne va probablement pas passer à l'acte, sinon il ne serait pas venu me voir. Et donc le fait de l'avoir entendu, de lui redonner un créneau très rapidement parce qu'il faut l'encadrer... et donc entendre son appel au secours sans l'obliger à aller aux urgences quand il ne le souhaite pas... parce que en fait tous les patients qui sont passés aux urgences, très clairement, ils ont une vision de la psychiatrie qui est tout ce qu'il y a de plus horrible, ben c'est l'imposition, c'est la consult' de nuit avec le psychiatre de garde qui n'en peut sûrement tout autant plus que le patient ... et qui débouche sur rien parce que c'est un rendez-vous donné à la va-vite et il n'y a pas de construction de lien. Et nous de notre côté on a aussi le risque de perdre le lien parce qu'on a imposé une hospitalisation aux urgences au patient alors que finalement il venait plus crier au secours que de demander une hospité. Moi ça me met en difficulté plus par rapport à ça.

I : Tu avais envie de réagir ?

MG7

Je suis assez d'accord avec ce qu'elle dit. Après il y a toujours le problème des hospitalisations libres ou sous contrainte. Bon après de toute façon je crois que quand on veut faire hospitaliser un patient, de base on n'est pas très à l'aise, alors en plus quand c'est à la demande d'un tiers c'est encore plus compliqué. Mais, oui je la rejoins sur le fait que quand on envoie les gens aux urgences pour ça, ou que les gens vont aux urgences spontanément, il y en a qui le font aussi... il y a quasiment jamais d'hospitalisation derrière parce qu'il y a jamais de place, d'une part, et de deux, il renvoie très souvent vers la psychiatrie de ville. Après bon quand il y a un passage aux urgences, ben peut-être que l'accès

au CMP est un peu plus facile... je ne sais pas... enfin a priori... ce qui n'est pas une mauvaise chose en soi, mais heureusement qu'il y a ce lien qui est fait. Mais voilà. Après on ne va pas envoyer tous les gens aux urgences ...

I : Et dans les moments où vous avez des doutes sur hospitalisation/ pas hospitalisation, conduite à tenir, est-ce qu'il a des gens vers qui vous vous tournez ? Est-ce que vous ressentez parfois le besoin d'un avis ?

MG6

J'ai déjà essayé d'appeler l'UCAP. Mais, c'était vain comme tentative (rire). J'ai appelé une fois la clinique du Coteau. Typiquement après 18h, c'est assez facile d'avoir un avis psychiatrique, il y a toujours un psychiatre d'astreinte et c'est souvent à ce moment là où c'est le plus simple, et ça permet au moins de débriefer la situation, sur est-ce qu'il y a une nécessité d'hospit' en urgence. En fait j'ai l'impression de trouver plus de contact quand c'est de la psy addicto, que quand c'est le reste. En addicto on arrive à avoir des avis, et le reste pour avoir un conseil sur ne serait-ce « qu'est-ce que vous pensez, est-ce qu'il y a besoin d'hospitaliser ? » enfin c'est extrêmement compliqué même via le psychiatre d'astreinte.

I : Et toi du coup ?

MG7

Pour ... est ce que j'ai besoin d'un avis c'est ça ?

I : Au moment où tu as des doutes, est ce que tu voudrais un avis ? Comment tu fais ?

MG7

J'ai à plusieurs reprises voulu faire hospitaliser des gens oui. Après ce n'était pas dans l'urgence absolue, et j'ai appelé la Clinique du Dauphiné. Ils ont toujours pris note de mes demandes d'hospit', ils sont pas du tout réfractaires. Après c'est des délais plus ou moins longs. Mais j'ai l'impression quand même si on leur dit, à la clinique, là il faut les prendre dans quelques jours, ils entendent ça. Ils le prennent vraiment en compte. Mais ça c'est en cas d'hospitalisation, ce qui est quand même assez rare.

I : Est- ce que vous avez constaté ces dernier temps un changement dans le lien avec les psychiatres ? Que ce soit dans le bon ou le mauvais sens.

MG7

Euh moi non

MG6

En fait j'ai l'impression que c'est en train d'émerger au sein du pôle de santé. En tout cas à Saint Martin d'Heres il y a tout le contrat local de santé mentale qui est en train de faire bouger les choses. Il y a beaucoup de rencontres, enfin là il y a une rencontre qui est prévue en décembre, pour présenter le nouveau centre de santé mentale.

I : C'est quoi ce contrat de santé mentale ?

MG6

Le contrat local de santé mentale, c'est un travail qui, en gros je crois que l'idée c'est de faire coller des secteurs aux secteurs de psy. Des secteurs de somatiques aux secteurs de psy pour pouvoir

travailler ensemble et se rencontrer. Mais comme justement ça doit être présenté dans les prochains jours, je n'ai pas tout à fait notion de ce qui va se passer.

MG7

Il faut espérer qu'avec ça, ça change.

I : c'est à l'initiative de qui ?

MG6

Alors l'initiative de qui je ne sais pas très bien, ça fait parti du plan santé mentale. Donc c'est les instances un peu plus haut mais après je crois que ça a pas mal bougé via le, via les CMP, le CHAI, et les volontés des médecins installés dans le secteur quoi. Et un petit peu aussi je crois la cellule de santé mentale du CHU, ambulatoire.

I : En fait le but c'est de faire coller des médecins généralistes à des psychiatres ?

MG6

En fait le but c'est de créer un plan de santé mentale qui soit local, et qui soit à la fois rejoint par des praticiens qui soient psychiatres et par des médecins généralistes du secteur. Et vraiment coller au secteur de psy pour que ça soit cohérent. Et vraiment de faire bouger les choses.

I : Et donc concrètement ça consisterait en des rencontres ?

MG7

On a été conviés à une inauguration je crois ?

MG6

Pour le moment, c'est décembre et je ne sais pas exactement ce qui va se faire.

I : c'est le centre de crise suicidaire ou pas ?

MG6

J'ai reçu l'invitation et je ne sais pas. En fait j'ai l'impression que les choses commencent à bouger depuis la création du contrat local de santé mentale. Qui a un ou deux ans je crois. Le temps que ça se mette en place et que les différents acteurs s'emparent du sujet

MG7

C'est un truc de l'ARS ça ?

MG6

Je ne sais pas de qui ça découle. Ça découle des instances supérieures ça c'est sûr, mais est-ce que c'est l'ARS ou est-ce que c'est autre chose je sais plus. Mais c'est une commande d'en haut c'est sûr.

I : Il y a juste les pôles de santé qui sont conviés ou c'est tout le monde ?

MG7

Non tout le monde.

MG6

Enfin là, à la rencontre il y a même des gens de différentes associations, comme l'Amicale du Nid, enfin c'est vraiment sur un territoire, tous les acteurs d'un territoire, que ce soit de santé, paraméd et... ça a l'air de bouger mais pour le moment on n'a rien vu quoi.

I : Ce n'est pas encore en place

MG6

On voit s'approcher la vague. (rire) On ne sait pas du tout ce que ça fera mais on la voit !

I : On a fait un peu le tour. Est-ce qu'il y a des choses dont on n'a pas parlé sur la collaboration sur la prise en charge de la dépression ?

MG6

Ben typiquement sur des projets qu'on est en train de monter avec le CMP, de faire de l'éducation thérapeutique et de faire de la collaboration, ça aide aussi à se connaître, et que en travaillant sur des projets comme ça, ça permettra peut-être aussi au patient de moins cliver les choses et de... d'accéder à la psychiatrie par nous, et donc de façon moins brutale dans leur esprit. Ça reste quelque chose de très humain finalement, le patient il va rencontrer un cardiologue il va rencontrer un psychiatre, finalement il va rencontrer une personne et cette rencontre peut-être qu'elle est trop brutale pour certains patients, et le fait qu'on puisse créer une sorte de lien entre eux et nous, ben ça permettra aussi de moins brutaliser cette rencontre.

I : Pour vous vous êtes vraiment la passerelle ?

MG7

Dans certaines situations oui.

MG6

Dans pas mal de situations ouais. On est le pont quoi. (rire) Je pense que c'est important que nous on réussisse à faire du lien pour pouvoir retransmettre ce lien au patient.

Annexe 7 : Verbatims Psychiatres

PS1

I : Est-ce que tu peux me parler juste vite fait du dernier patient dépressif que tu as vu ?

PS1 : Alors... Que je regarde par rapport à mon agenda... Aujourd'hui... Bah aujourd'hui c'est des patients stabilisés on va dire....Euh... C'est jamais, en pratique libérale, on est rarement dans le dépressif pur. A l'hôpital c'est plus compliqué mais en libéral on s'aperçoit qu'il y a souvent pas mal d'anxiété. J'ai pas de tableau hyper pur.

I : Ce qui te vient après, si c'est pas le dernier, c'est pas le dernier.

PS1 : Le truc qui me vient c'est pas adressé par un généraliste.

I : C'est pas grave

PS1 : C'est hier, j'ai fait le courrier au généraliste. J'ai vu un patient qui m'était adressé par un psychiatre dont la mère est hospitalisée actuellement pour un doute sur diagnostic de trouble bipolaire, et par ce biais là le fils qui a une vingtaine d'années est en souffrance et le psychiatre qui soigne la mère m'a appelé pour voir le fils. Et bon...

I : Il n'avait jamais eu de contact avec la psychiatrie ?

PS1 : Voilà. Je l'ai vu assez longuement et j'ai renvoyé un courrier au médecin généraliste pour reprendre les grands axes parce que pour moi c'est pas très clair le diagnostic et qu'on se reverrait avec le patient, que j'ai pas mis de traitement pour le moment. Après en général j'essaye après la première consultation quand je vois le patient pour la première fois, j'essaye de faire un tout petit courrier au généraliste en disant, je dis pas grand-chose je dis juste : « j'ai vu le patient, on a convenu de se revoir » soit j'ai commencé un traitement, soit j'ai poursuivi le traitement qui est en place, soit on a discuté du traitement et puis euh... mais je l'ai pas forcément... Mais j'en ai pas beaucoup des nouvelles consultations donc c'est pas un gros surcroît d'activité... Des nouveaux patients par semaine j'en ai pas beaucoup, du coup je peux faire un courrier au généraliste.

I : C'est vrai que les généralistes sont très en demande de ça. Tu dois être une des rares à le proposer.

PS1 : A faire des retours ?

I : Un petit courrier qui dit brièvement « je l'ai vu » etc...

PS1 : Alors je fais ça et puis après je fais plus rien après... par contre... et du coup après des fois les patients je les vois depuis 2-3 ans et il y a des patients qui me voient que moi comme médecin, des patients jeunes ne voient pas leur généraliste. En fait les patients eux-mêmes me disent « le généraliste aimerait bien avoir un courrier de votre part pour savoir si vous me suivez toujours », et ça par contre je le fais pas, parce que... parce que j'ai la flemme hein... C'est que... Non je prends pas le temps en fait... Est-ce que je l'ai déjà fait pour d'autres trucs... ? Quand je prescris des bilans bio je demande que les résultats soient mis en copie au généraliste, quand je fais un ECG je fais un petit courrier pour dire « dans le cadre de la surveillance du traitement, merci de faire un ECG à madame machin ». Ouais... C'est les seuls contacts que j'ai.

I : Et c'est souvent les patients eux-mêmes qui te le disent ?

PS1 : J'ai jamais un généraliste qui me téléphone au sujet d'un patient en demandant « s'en est où, qu'est-ce que vous faites ? » Ça je crois pas que ça m'est arrivé une fois.

I : Même pas de mail, téléphone, courrier ?

PS1 : Non. Bah je crois pas. Ou alors c'est peut-être arrivé une ou deux fois en 5 ans. En fait les généralistes du coin ça m'arrive qu'ils me sollicitent pour avoir un rendez-vous. Une ou deux qui font

pas mal de psychiatrie je pense, et enfin c'est l'impression que je m'en fais, elles font pas mal de psy de leur côté et quand vraiment... ceux qui m'arrivent c'est vraiment des pas faciles, elles ont fait la partie facile et elles sentent que c'est au-delà du travail de généraliste. Il y en a une ou deux au niveau de Meylan, quand elles m'appellent pour prendre rendez-vous en général, parce qu'on est dans une bonne entente, j'ai du mal à refuser. Mais ça m'arrive de dire « je peux pas », mais en général j'essaye de prendre. Mais c'est un peu compliqué parce qu'elles ont fait un premier boulot et si elles n'y arrivent plus ça relève du psychiatre.

I : C'est en réseau un peu ?

PS1 : Un peu. Ouais sur Meylan il y en a disons 2 ou 3 avec qui, quand elles me demandent de prendre je prends. Et dans l'autre sens, est-ce que ça m'est arrivé de les solliciter ? Bah pour les patients ça m'est arrivé de les rappeler parce que c'est compliqué ou parce que je sais pas quoi faire.

I : Ça t'arrive dans l'autre sens de solliciter les généralistes ?

PS1 : J'essaye de me souvenir, je me rappelle très bien du Dr, mais je me rappelle plus pourquoi... Si, il y en avait une avec qui j'ai des échanges par mail parce qu'elle fait de la TCC, du coup elle, on a des contacts un peu rapprochés et éventuellement par mail en disant « il y a besoin de rapprocher un peu les rendez-vous ou en ce moment ça va bien... » Les fois où j'ai pu solliciter... Parfois en lien avec les médicaments, de dire je commence tel truc, parce que ça allait pas du tout, ça peut arriver mais c'est rare, peut-être tous les 6 mois... Tout ça c'est pas du tout de la pratique régulière.

I : Tu n'en ressens pas le besoin ?

PS2 : Non non, moi j'en ressens pas le besoin, au début où je me suis installée, je me disais oh lala... D'ailleurs j'avais hésité à me mettre un MG parce que la partie somatique surveillance tout ça... Je savais pas si je saurais faire... Et je pense que quand tu es psychiatre tu t'installes dans ce que tu sais faire, et tu laisses de côté un peu la partie somatique et du coup... Ça pose pas de problème parce que tu te poses pas trop de question... Donc j'ai pas besoin d'un généraliste en fait... J'ai pas l'impression d'en avoir besoin.

I : Tu aurais des moments où tu es en lien avec le généraliste plus comme un partenaire dans les soins psychiques que juste sur son rôle somatique ? Pour rapprocher les séances comme tu disais par exemple.

PS1 : Ouais... Il y en a une parce qu'elle est anorexique et du coup, là... j'ai demandé à la patiente qu'elle voit aussi son généraliste. Mais pas dans un... C'est pas un partenariat quoi... on n'est pas un binôme... Je le fais avec des psychiatres ça. Souvent des analystes et moi je m'occupe du traitement, ou les TCC et moi je fais le traitement et là on travaille de front, ensemble. Avec les généralistes j'ai pas cette impression-là. Est-ce que je le ferais... ?

I : Tu penses qu'ils auraient une place là-dedans ?

PS1 : Ah si je l'ai fait une fois pour une personne âgée. Ah oui on s'est appelé pour elle, dans un truc très ponctuel parce qu'elle n'allait vraiment pas bien et on a cherché à me joindre parce que c'était catastrophique en fait. Elle était toute seule, les enfants se mobilisaient moyen, elle maigrissait, elle voulait pas trop se faire hospitaliser. Elle était clairement anxieuse et dépressive. Le généraliste la suivait parce qu'elle se dénutrissait et avait des hypotensions. On s'est appelé et ça faisait juste du bien en fait de... Ce qui fait du bien c'est de constater qu'on est tous en difficulté. Moi c'est en ça que ça peut m'aider. Les rares fois où j'ai des contacts c'est quand on a des situations difficiles et c'est pas que tu sais pas faire, mais que tout le monde est en panne et ça fait du bien de se l'entendre dire

en fait. Cet aspect-là. Sinon... Je pense que plus j'avance et moins j'ai cette préoccupation-là de... Je pense que je m'isole plus dans ma pratique de psychiatre en fait. Alors soit parce que je gagne en expérience, ça c'est clair je le sens depuis 10 ans, il y a beaucoup de choses... moins de choses qui me posent problème, et j'ai moins la préoccupation du début de cette articulation-là avec les généralistes parce c'est un truc un peu idéalisé et dans ta pratique ... je sais pas ce qui fait ça... L'étude le dira peut-être, mais tu te dépatouilles avec ton patient.

I : Est-ce que tu vois des points précis où l'amélioration du lien avec le MG serait bénéfique pour le patient ? Des points précis où on pourrait faire mieux ?

PS1 : Bah la surveillance des médicaments. Parce que ça, moi... Et encore... J'ai des retours un peu surprenants... Moi je prescris souvent un bilan hépatique ou une NFS, soit parce que le traitement le nécessite, soit parce que les patients qui vont voir un psy ont l'impression d'être suivis et on sait pas faire. Des fois je prescris le bilan bio et les patients me racontent que les généralistes disent « oh bah alors, c'est quoi ces psychiatres qui prescrivent », comme si on n'était pas légitime à demander une glycémie ou une vitamine D, parce que ça m'est arrivé. Et donc euh.. oui moi j'ai souvent... Le problème c'est que je tombe sur des enzymes hépatiques augmentées et après je suis en panne. Et là c'est pas rare que je dise, je l'ai fait hier par exemple : j'ai fait un DFG d'une patiente sous lithium et il augmente petit à petit, je dis oui c'est sûrement en lien avec le lithium mais est-ce que c'est intéressant de demander une consultation avec le néphro ? Moi ça me paraît utile d'être mieux articulé. Et puis après... est-ce qu'il y a d'autres points précis... ? Pour les cas plus particuliers, dans une surveillance somatique, la patiente anorexique ou les personnes âgées où tu sais que le bilan nutritionnel est un peu plus fragile ça pourrait... mais tu vois j'en ressens à peine le besoin en fait...

I : Ça c'est des choses qu'on voit nous parce qu'on a fait pas mal d'entretiens, l'immense majorité des patients dépressifs, ils n'arrivent même pas jusqu'à nous en fait, c'est eux qui les prennent en charge. Et en fait c'est tout un pan de la psychiatrie qu'on ne voit pas et on ne s'y intéresse pas parce qu'on ne les voit pas. Et en fait ils se sentent pas forcément légitimes à nous appeler, et c'est marrant cette absence de lien que tu décris fait que tout un pan de la psychiatrie échappe aux psychiatres.

PS1 : Ça j'en suis persuadée, les généralistes font beaucoup de psychiatrie. Et je suis étonnée parce qu'ils font bien. Parce que ceux qui nous arrivent c'est qu'il y a eu des états dépressifs pris en charge avant par le généraliste, ça c'est certain.

I : En tant que psychiatre on pourrait trouver une place là-dedans aussi ?

PS1 : Moi des fois ça m'est arrivé quand même de donner juste un avis thérapeutique. Ouais. Il y a des généralistes qui m'ont appelé. Toujours les mêmes de Meylan là. Qui m'ont dit voilà je sais pas trop quoi faire, et j'ai dit il faut donner XXXX, ça c'est un truc qui m'intéresse beaucoup, de donner un avis. Je l'ai fait de temps en temps mais rarement d'être sollicité par téléphone ou de dire ce patient je demande un avis ponctuel. Le généraliste se sent de gérer le truc mais avec un avis expert à un moment donné, une espèce de supervision comme ça. Je pense l'avoir fait de temps en temps.

I : Ça fait pas parti de la pratique courante ?

PS1 : Non non.

I : Tu as des idées de pourquoi il y a si peu d'appels ?

PS1 : Je me dis... Ce que je crains c'est qu'ils se disent « de toute façon les psychiatres ils sont pas disponibles, on se débrouille sans », je me dis que c'est peut être ça. Ce qui est un peu une réalité, mais c'est le problème de l'exercice libéral je trouve. On s'habitue à un confort. Non mais c'est

terrible hein, parce que moi j'étais pas du tout comme ça, j'ai l'impression d'avoir beaucoup travaillé quand j'étais PH et d'avoir été beaucoup sollicité et ensuite... Moi je suis pas débordé dans mon cabinet, j'enchaîne les consults et il y en a qui sont difficiles, mais c'est pas... Tu peux trouver 5 minutes.. Mais c'est pas franchement obligatoire, en plus c'est peut-être pour un patient que tu connais même pas. Et donc tu te surcharges pas forcément de ça. C'est mon point de vue il y a sûrement des psychiatres qui sont beaucoup plus soucieux de rendre service ou d'une continuité des soins. Moi je prends pas d'urgences par exemple. Mais du coup, voilà t'as... Alors moi j'essaye de rappeler quand même... Quand le généraliste laisse un message aux secrétaires je le rappelle toujours, des fois je mets du temps mais je rappelle toujours . Moi en tout cas je suis pas très accessible alors que je suis pas débordée, mais que ça m'arrange bien comme ça, je finis pas tard, il y a une espèce de confort d'être dans ton cabinet et puis... Le généraliste arrive pas à te joindre et ça s'arrête là après... Je pense qu'il y a un peu de ça en tout cas me concernant.

I : Est-ce que tu as déjà un exemple de situation avec une prise en charge un peu collaborative avec le généraliste dans la surveillance du risque suicidaire ?

PS1 : Bah pareil. Non. Mais là aussi c'est pareil... Et c'est marrant parce que c'est toujours après quand je parle d'une situation à quelqu'un... Quand je fais une demande d'hospitalisation par exemple, ou un courrier pour le centre expert, ou là j'ai une patiente récemment qui a été hospitalisée à Chambéry et j'ai eu le médecin où j'ai repris un peu... T'as l'impression que tu fais des choses pour tes patients, mais tu fais tant de choses... C'est vachement difficile de se mobiliser pour un patient et a posteriori je m'aperçois que ça fait parfois 1 an, 1 an et demi 2 ans que le patient va pas terrible mais que j'ai pas changé le traitement... Parce que t'es dans une routine... Parce que je pense pas être trop nulle quand même... Je suis dans la moyenne du psychiatre, je suis pas la meilleure mais je suis pas la plus nulle donc les autres ça doit être pareil. En fait quand tu relis tes prises en charges tu t'aperçois qu'il y a quand même une forme... Tu t'installes dans un truc... C'est seulement quand tu sollicites quelqu'un... J'ai demandé à XXXX, qui m'a dit « t'as essayé ça, ou ça ? » Bah non... Après il y a un soutien psychothérapeutique que tu n'as pas à l'hôpital, il y a autre chose qui tient que les traitements... Et donc pour répondre à ta question je m'aperçois aussi que je m'appuie très peu sur l'entourage, que ça soit le généraliste ou les familles. D'appeler quelqu'un de la famille parce qu'elle est suicidaire ça m'arrive 2 fois par an alors que des patients suicidaires j'en ai souvent ! Alors soit j'ai eu du bol parce qu'il y a pas eu de passage à l'acte, soit je balise le truc parce que je leur dit de m'appeler le lendemain, puis je les vois le jeudi, on se rappelle le samedi. Ceux qui vont mal je les tiens à bout de bras mais je m'appuie pas sur les autres.

I : Ça te demande pas mal de temps... ?

PS1 : Oui je passe pas mal de temps au téléphone, j'ai au moins 5 ou 6 personnes par jour à rappeler, soit pour faire un point sur le traitement qu'on a changé, soit parce que je leur dis hier ça n'allait pas et on se retéléphone demain. Je passe pas mal de temps au téléphone. Mais non je n'appelle pas le généraliste pour dire « il y a un risque suicidaire ». Je crois que ça ne m'est pas arrivé. Et de même qu'on n'est pas appelé non plus. Alors moi j'ai un secrétariat donc je suis pas non plus... Les généralistes ils peuvent juste laisser un message, donc ils vont pas raconter qu'ils ont un patient suicidaire... Il y a ce délai-là obligatoire et le filtre du secrétariat qui fait que... Parce que j'ai pas de généraliste qui m'appelle pour me dire qu'il a un patient suicidaire. Parce que l'idée que je me fais c'est qu'ils ont un réseau, ils savent qui prend les urgences et qui les prend pas. Moi j'ai plein de généralistes qui disent « je sais que tu prends pas de nouveaux patients », oui je prends pas de nouveau patient, mais quand c'est des collègues, ou le centre expert, ou les internes de liaison, je prends. Mais s'ils ont dans l'idée que je prends pas ils m'appellent pas je pense.

I : S'ils savent que tu prends des nouveaux patients...

PS1 : Ah bah ouais... non mais c'est sûr... Mais j'y pensais à un moment parce que... Parce qu'une fois j'avais un... J'avais fait un truc de labos c'était : « que faire pour le généraliste en attendant le premier rendez-vous avec le psychiatre ? » parce que ça c'est vraiment la période compliquée, et ça me tentait de dire « j'ouvre une consultation pour un avis ponctuel » pour que le généraliste soit un peu aiguillé sur la suite de la prise en charge. Parce que moi j'ai dans l'idée que ça manque au généraliste.

I : Est-ce que tu as constaté des changements dans le lien avec le généraliste depuis que tu es installée ?

PS1 : Bah comme j'en ai pas beaucoup je peux pas dire que ça soit plus ou moins difficile... Pas de changement parce que j'ai pas assez de contact pour pouvoir dire quelque chose là-dessus. Pas assez d'expérience dans l'échange. Des contacts que j'ai moi j'aime bien et ça se passe bien. Voilà. On arrive, les peu de contacts qu'on a, on arrive à se parler et se comprendre et je ne ressens pas d'animosité par exemple.

I : Est-ce que tu as une situation en tête d'un patient dépressif où ça a été difficile, et où tu te dis que peut-être avec le généraliste il aurait pu y avoir quelque chose à faire ?

PS1 : Euh... Bah non... parce qu'en fait je pense que je prends pour moi. Où est ce que je me fais aider... ? Alors moi c'est peut-être un peu biaisé parce que sur le plan thérapeutique j'envoie un mail à XXX ou XXX [psychiatres], mais en fait un patient qui va mal j'ai pas l'idée de me dire « à qui je peux demander de l'aide ? ». C'est lourd et avec l'expérience je porte plus lourd qu'avant. Je suis beaucoup moins stressée qu'avant, je sens que... peut-être que j'ai eu de la chance parce que j'ai jamais eu trop de problèmes... Ouais c'est pas vers le généraliste, si je suis en difficulté c'est que le patient j'arrive plus à le gérer et je demande une hospitalisation en fait. Les fois où je suis en panne, je dis au patient : « voilà il faut une hospitalisation parce que moi je sais plus quoi faire ». J'y pense pas au généraliste... Je peux peut-être y penser... Pour moi j'y pense pour la partie somatique, j'y pense pas pour qu'on soit 2 dans la partie psychiatrique. Je réfléchis aux situations un peu merdiques qui sont compliquées... Je m'aperçois que... Ce que je voulais dire aussi c'est que moi j'ai un bassin de recrutement un peu privilégié, c'est des gens qui sont à peu près soignés, qui ont un généraliste, il n'y a pas de cas sociaux, il n'y a pas de... Les gens sont dans un système de soin, ils ont vu des spécialistes... J'en ai un ou deux qui viennent des quartiers plus défavorisés de Grenoble et qui sont des situations un peu sociales mais j'en ai très peu... Peut-être que ça aussi... Parce que du coup je sais que... Et puis c'est pas des pathologies très sévères que j'ai... C'est quand même des gens qui restent en capacité de pouvoir solliciter leur médecin d'eux-mêmes.

I : C'est leur rôle à eux de solliciter le médecin s'ils en ont besoin ?

PS1 : Ouais ! oui, oui. C'est de leur... Non c'est peut-être... Là où je suis parfois en difficulté c'est les personnes âgées... j'en ai très peu mais... ouais où je suis moins à l'aise... Mais bon pour autant... Clairement les trucs lourds je les garde en fait...

I : Parce que les retours qu'on a de pas mal de généralistes c'est que c'est très difficile d'adresser et ils se disent qu'il y a des situations où ça dure et où on se dit qu'il n'y plus tant de modifications thérapeutiques. Est-ce que les généralistes ne peuvent pas assurer la surveillance pour libérer des créneaux pour des patients qu'ils souhaitent adresser ?

PS1 : Ah ! Tu veux dire nous des patients qu'on a stabilisé qu'ils soient suivis en médecine générale ?

I : C'est des retours qu'on a eu des généralistes.

PS1 : Ouais je comprends. Moi ça je le vois comme... J'en ai plein des patients qui vont plutôt pas mal mais là aussi... C'est quelque chose... C'est terrible mais c'est entre guillemet ton fonds de commerce. De mon point de vue tu peux pas quand tu es psychiatre n'avoir que des situations difficiles, sinon tu t'épuises. Il suffit d'avoir 3 consultations difficiles dans la journée... Si j'en vois 15 au-delà ça me fatigue et parfois j'ai des matinées où j'en 3-4 compliqués, et celui qui arrive que je connais par cœur et qui est stabilisé, mais qui a encore besoin de nous hein ! Bah ça fait du bien.... Mais effectivement peut être que ce patient-là qui va tout bien... Je pense à un que je vois depuis très longtemps qui m'avait été adressé par un généraliste parce qu'il était mutique, il va bien maintenant, je le vois tous les mois et on diminue le traitement. Ça fait très très longtemps que je le vois, effectivement je pense que lui un généraliste suffirait. Après les patients ont investi le truc donc... Mais dans la pratique on peut pas... Moi en tout cas ce serait compliqué de devoir répondre à systématiquement des trucs très psychiatriques, très compliqués, très lourds... Parce que ça prend de l'énergie en fait. Mais c'est à réfléchir, c'est... Moi aussi je sais que ma difficulté c'est de lâcher les patients. Pas que... C'est pas une question d'attachement parce que quand les patients partent c'est pas que je me dis « qu'est-ce qu'ils sont devenus ? » c'est pas sur ce versant affectif, c'est plutôt que je fais... Par exemple les traitements je les réduis très très progressivement et puis après, je suis au moins pendant un an après l'arrêt des médicaments dans un état dépressif pour être sûre que ça soit bien consolidé. Et je pense que je mets pas facilement fin à la prise en charge, c'est souvent que je le fais à la demande des patients, mais de me dire « bon ben.. je pense que vous allez bien on s'arrête là » je le fais vraiment rarement. C'est plutôt le patient, j'aime mieux, qu'il initie la démarche, mais je pense qu'il y a des fois où je pourrais faire faire des économies à la sécu parce qu'on peut penser qu'ils se débrouilleraient sans psychiatre.

I : C'est intéressant à savoir.

PS1 : Ouais, parce que ça veut dire que c'est potentiellement, si on se libérait de ça, clairement on aurait plus de place.

I : C'est un peu les propos des généralistes.

PS1 : Ouais ! C'est comme un cardiologue, s'il devait suivre toutes les hypertensions stabilisées, effectivement qu'il serait débordé et il n'aurait plus de place pour les avis plus experts... Moi je le vois dans quelque chose de pas très... un peu péjoratif toujours... C'est le confort d'exercice en fait. Voilà, je trouve qu'on est un peu pris au piège, des horaires, de l'habitude que ce soit calé... Après c'est mon histoire personnelle je pense qui fait que... à l'hôpital j'ai beaucoup donné et c'était une période qui m'a énormément plu parce que j'adore l'hôpital etc... mais j'ai beaucoup donné et je pense que j'y ai laissé des plumes du coup c'est compliqué pour moi d'être en libéral parce que j'aime mieux les patients lourds et la prise en charge hospitalière etc... mais en même temps pour un équilibre plus global... ben.. j'ai ce confort d'exercice, et tu t'habitues vite au confort en fait... Donc avoir des patients lourds oui, mais il me semble qu'on peut pas avoir que ça... Parce que les patients psychotiques, on le dit tous... Le patient psychotique il te prend 10 minutes, c'est terrible mais c'est comme ça, 10 minutes et les 20 minutes qui te restent t'as le temps de faire autre chose, et puis il décompense ça va te prendre 2 heures. Voilà t'as aussi ça dans ta clientèle. T'es obligé d'avoir une espèce de fond de patients qui fait que déjà c'est peu confort et puis c'est un peu satisfaisant aussi. C'est des gens qui vont pas trop mal, des entretiens qui peuvent être sympas parce que les gens te racontent des trucs de leur vie. Il sont pas tous complètement mutiques, envahis, mélancoliques quoi...

I : Oui bien sûr. Est-ce que tu vois quelque chose qu'on n'aurait pas abordé qui te semble important ?

PS1 : Bah... C'est que je sais que c'est pas satisfaisant et euh... moi je fais pas d'effort pour que ça... Peut-être qu'il faut des choses plus incitatives, pas dans des obligations, mais effectivement, enfin peut-être que d'être plus incité... Parce que peut-être que si tous les 6 mois il fallait faire un retour au généraliste, de dire tous les 6 mois il faut justifier ou dire au généraliste on en est là et là et là du suivi ça permettrait qu'on prenne un tout petit peu de recul sur là où en est avec ce patient et ce qu'on fait... Parce qu'en fait moi je me rappelle quand j'étais interne et que j'appelais les libéraux... [Rire]... Je me disais... Souvent ils étaient pas capables de te donner un diagnostic... « Ouais il y a un peu des éléments psychotiques... » ou « Ouais... il y a des éléments de personnalité »... Des trucs un peu vagues, et l'autre jour quand j'ai eu cette patiente qui a été hospitalisée et qu'on m'a appelée pour avoir mon avis je me suis dit que je suis dans ce truc là... Où euh... Non c'était cette patiente-là.. mais qui est franchement psychotique sur un truc déficitaire... J'étais incapable de dire c'était quoi son entourage familial, le CMP ça fait 6 mois qu'on en parle c'est toujours pas mis en place... Et du coup tant que t'es pas interpellé dans ta pratique c'est vachement difficile de prendre du recul.

I : Donc ça pourrait avoir cette fonction là ?

PS1 : Ou alors est ce qu'il faut des trucs un peu plus obligatoires pour nous forcer à travailler l'articulation... Ouais...

I : La tentation du confort c'est naturel...

PS1 : Exactement, c'est ce que j'étais en train de penser... Si un médecin m'appelle en me disant « il est suicidaire, je suis hyper inquiet », c'est pas non plus le patient que t'as hyper envie de prendre parce tu te dis merde, c'est un truc merdique, il y a un danger... Ouais les situations lourdes à la fois c'est intéressant mais à la fois t'as pas envie de... Moi ça m'est arrivé 2 ou 3 fois quand c'est des psychos qui t'appellent le vendredi soir la veille de week-end, qui te disent « il va pas bien du tout, il est suicidaire », ils te refilent le bébé c'est pas du tout agréable comme truc...

I : Ça t'arrive d'avoir des psychos qui adressent ?

PS1 : Ça m'arrive, et c'est typiquement les trucs du vendredi soir parce que c'est l'angoisse du psychologue qui va partir et qui n'est pas joignable pendant 2 jours... Et c'est normal, une fois qu'ils nous ont confié le truc c'est aussi notre responsabilité mais euh... Après ouais.. Peut-être je réfléchirai à tout ça aussi, ces questions-là de façon plus euh... Avec un peu plus de temps...

I : C'est le but de la thèse c'est de faire réfléchir les gens.

PS1 : C'est un truc qui m'intéresse, quand on m'avait sollicitée une ou deux fois, je sais plus quel labo et c'était ça le titre de la présentation, c'était... Moi j'avais dit « en attendant le premier rendez-vous avec le psychiatre, comment on se dépatouille », sans avoir nécessairement une formation de psychiatre. Et quand je fais des formations, parce que je vais souvent en formation, et c'est souvent des formations mixtes avec des généralistes. Je m'aperçois qu'ils savent énormément de choses en fait, sur la psychiatrie. Et puis dans le lien et dans l'accompagnement qu'ils proposent, mais enfin j'allais dire qu'ils font peut-être du meilleur boulot parce que... A moins d'être dans des trucs vraiment très compliqués, ils sont dans... ce que j'aime chez les généralistes c'est qu'ils sont dans des trucs... Dans l'échange et puis dans trouver des solutions, même avec des petits moyens, ouais des fois les patients ils me racontent, « mon généraliste il m'a dit que ça serait bien de faire ça ou ça », je suis pas sûre que nous les psychiatres on a des réponses aussi concrètes et pragmatiques, aussi simples ... Dans 95% des cas il n'y a pas besoin de faire une analyse pour soulager le patient. L'autre jour à la formation à la journée de la clinique du Dauphiné, une psycho elle était touchante dans sa manière de dire « nous notre rôle c'est de soulager le patient, et le patient lui il a envie d'être

entendu, compris et soulagé ». Et si on fait ça on fait déjà bien notre travail. Et ça les généralistes ils savent faire, ils peuvent savoir faire. Les seuls retours négatifs que j'ai des généralistes, c'est que de plus en plus les généralistes maintenant, de plus en plus de patients disent ça, si tu y vas parce que t'as mal au pied, tu peux pas dire que t'as mal au dos... Tu dois reprendre un rendez-vous, ils le disent, ils s'autorisent de le dire à moi je pense, ils ont pas assez de temps avec leurs généralistes. Ils sont trop pris, trop débordés... Dans la tête des patients les généralistes sont débordés. Ouais je réfléchirai à tout ça.

PS2

I : Est-ce que tu pourrais me parler du dernier patient dépressif que tu as vu ?

PS2 : Dépressif, dépressif...? ou...?

I : Où la problématique centrale c'est de la dépression.

PS2 : Alors oui, adressé par... lui... Il avait dû voir son médecin traitant la veille ou l'avant-veille qui l'avait déjà mis sous traitement antidépresseur et anxiolytique, ou que anxiolytique...

I : Il avait déjà initié des traitements en tout cas.

PS2 : Oui, la veille, mais visiblement ça n'avait pas suffi. Après les gens je pense qu'à partir du moment où ils ont fait la démarche ils veulent que ça marche tout de suite. Et ils ont commencé une démarche donc ils la continuent je pense. La plupart en tout cas, qui n'ont pas de suivi ni rien du tout. Et du coup c'était insuffisamment efficace pour lui, en tout cas pas assez rapidement. Il attendait un peu l'effet miracle je pense. Et du coup avec la même plainte que celle de la veille je pense.

I : Tu avais eu un lien avec le médecin généraliste à ce moment-là ?

PS2 : Et ben... Je ne sais plus... Pour lui je ne pense pas. Non.

I : Ça t'arrive souvent aux urgences d'avoir des liens avec les généralistes ?

PS2 : Ouais du coup en fait je les appelle plus que je ne leur écris, mais surtout quand c'est eux qui les adressent. Pas quand ils arrivent autrement. Si c'est eux qui adressent avec un questionnaire ou une demande de prise en charge je les rappelle. S'ils sont adressés par SOS médecin ou d'eux même je le fais moins.

I : Tu es en contact avec eux plus pour leur fournir des infos à eux que pour avoir des infos toi ?

PS2 : Oui. Oui ou après pour savoir pourquoi ils ont eu... Mais après c'est vrai que pour ceux qui sont pas orientés par les généralistes je le fais moins parce que je me dis que le patient sera en mesure de transmettre lui si besoin. La plupart du temps ils voient pas forcément régulièrement un médecin traitant. Je demande toujours qui est le médecin traitant.

I : Ça arrive quand même que les médecins généralistes t'adressent des patients aux urgences.

PS2 : C'est rare. C'est plus parce qu'ils y arrivent plus, ça fait plusieurs mois qu'ils ont essayé de mettre en place un traitement ou d'orienter le patient et qu'ils n'y arrivent plus parce que ça les inquiète en prise en charge ambulatoire et parce-que ils disent « je sais pas » ou « j'y arrive pas ».

I : C'est un peu parce que c'est bouché en libéral ?

PS2 : Oui, c'est ça. Et puis il y a les risques suicidaires euh... Mais c'est plutôt qu'ils n'arrivent pas à orienter à l'extérieur.

I : Et du coup pour ces patients là, ça t'arrive de les renvoyer en libéral ?

PS2 : Oui. Bah oui. C'est ça. Ba on les oriente mais on n'est pas forcément beaucoup plus malins que le médecin traitant. Parce que c'est pas forcément qu'eux ils ne savent pas faire mais il n'y a pas forcément les dispos possibles. On les réoriente.

I : Vous les réorientez sur où ?

PS2 : Médecin généraliste, libéral. Libéral on a encore deux ou trois cartouches. Celui-là par exemple j'ai orienté sur quelqu'un avec 10-12 jours de délais, ce qui laisse le temps parce que moi... que le traitement que je lui ai mis soit un peu efficace et que ça soit lui qui puisse prendre le relais. C'est pas très satisfaisant généralement le délai...

I : 10-12 jours c'est déjà pas mal... ?

PS2 : Ah ba oui ! C'est ça ! Et puis lui en plus je l'ai orienté sur quelqu'un au hasard du coup. Il ne faisait pas partie de ceux qui étaient dans notre liste qui prennent rapidement.

I : Quand tu es en contact avec le généraliste qu'est-ce que tu en attends ?

PS2 : Un : le traitement habituel. Deux : quelles étaient, eux, leur préoccupation. Trois : leur donner un retour.

I : Ce lien se fait facilement ?

PS2 : Oh ba oui, quand j'essaye d'appeler généralement il n'y a pas trop de soucis.

I : Quand tu les appelles tu as des retours de leur part ? Tu trouves qu'ils sont contents que tu appelles ? C'est accueilli comment ?

PS2 : Ça dépend de la personnalité du médecin plus que du... Oui généralement... Il faut qu'ils aient le temps et qu'ils soient dispo. Donc oui la plupart du temps ça se passe bien de toute façon...

I : Tu as des exemples de points qui seraient améliorables dans ce lien-là entre ta pratique et les médecins généralistes ?

PS2 : Il faut qu'on les appelle plus régulièrement. Il faut qu'on ait le temps aussi.

I : Il y a un manque de temps ?

PS2 : Oui, et puis c'est pas forcément du vrai temps. C'est le temps qu'on prend nous. En plus pour le coup, pour les dépressions je le fais peut être moins systématiquement à part si je sens que c'est un peu light et que je fais sortir la patiente et que c'est un peu limite et que je réoriente sur le médecin traitant. Mais généralement j'appelle moins parce que j'estime que le patient peut faire le lien.

I : Ça t'arrive de réorienter sur le médecin traitant et de le prendre comme partenaire ?

PS2 : Ah ba oui oui ! Et même la plupart du temps. Mais pour relayer les arrêts de travail. Systématiquement je fais pas des arrêts trop longs pour que ça soit le médecin traitant qui fasse le relais et qu'il fasse le point sur les traitements que j'ai mis en place. Mais je fais pas le point en avance avec le médecin traitant parce que j'estime que c'est au patient de faire lui-même le relais. Après je sais pas si c'est peut-être pas le bon truc... Le patient psychotique tu fais plus le lien et le patient dépressif ou anxieux c'est pas la même... Oui oui ils sont capables de transmettre je pense, hein.

I : Est-ce que ça vous arrive aux urgences d'avoir des patients qui viennent juste sur un avis pharmaco ?

PS2 : Ah oui ! Très régulièrement aussi. C'est pour ça c'est ceux-là où moi je rappelle juste pour donner un avis, pour donner un cours entre guillemets et expliquer un peu. Après eux ils pourraient très bien éviter de passer par les urgences, juste être rappelés et discuter sans que le patient... Ça arrive aussi hein les médecins traitants qui appellent... C'est assez rare quand même...

I : Il faut être assez motivé peut-être pour vous joindre ?

PS2 : Bah non, tu sais nous on est directement joignable en fait ! Les urgences ça répond pas des masses mais nous on a un secrétariat où on est directement joignable. Ca je le dis assez régulièrement à ceux que j'ai au téléphone.

I : Pour toi ça fait partie de vos missions ?

PS2 : Bah oui. Oui. Bah oui, oui ! Si ils ont... Il y en a qui se gênent pas hein !

I : Parce que je pense que la plupart ne savent pas qu'ils peuvent le faire...

PS2 : Oui après...

I : Peut-être que sinon vous ne feriez que ça... ?

PS2 : Pas forcément ! Parce qu'on a une secrétaire qui peut filtrer. Après il y en a qui ne doivent pas savoir parce que j'ai discuté avec un médecin traitant qui m'a envoyé une patiente parce qu'il s'en sortait plus avec le traitement. En fait il n'y avait aucun intérêt à ce que la patiente passe par les urgences du coup. Rien d'aigu, pas de plus-value à ce qu'elle passe ou qu'on la voit. Juste il n'y arrivait plus avec le traitement, il aurait pu appeler. Je l'ai rappelé, on a discuté de la thérapeutique et puis c'est tout. La patiente elle voulait pas voir de psychiatre, elle voulait pas être orientée sur des psychiatres, elle voulait que lui. Ca suffit si lui est juste aiguillé quoi ! Lui il a appelé je sais pas où. Il dit qu'on lui répondait qu'il fallait qu'il envoie un mail. Je pense qu'il a pas appelé au bon endroit. Il a dû appeler la psychiatrie de liaison. Je pense qu'ils n'ont pas la bonne information...

I : Sur le réseau, sur comment on fonctionne ?

PS2 : C'est ça... Ouais, il me dit « bah j'ai appelé plein de fois et on m'a dit qu'il fallait qu'on envoie un mail et qu'on n'a pas que ça à faire ». Je lui ai dit « vous tapez urgences psychiatriques Grenoble sur internet vous allez trouver le numéro... ». Moi après... Il y en a qui le font et qui y arrivent...

I : Tu aurais un exemple de prise en charge collaborative avec le généraliste sur de la dépression ?

PS2 : Bah là maintenant un peu plus parce que... C'est peut-être plus XXXX qui t'en parlera parce que le CTAI se repose plus sur le médecin traitant. Oui après il y a plein de patients qui ne veulent pas forcément voir de psychiatre, on renvoie sur le médecin. Ils n'ont confiance qu'en leur médecin. Ou alors ils ont déjà pas mal dit à leur médecin, et avec un délai un peu plus long tu peux faire psycho-médecin traitant. C'est compliqué d'avoir un rendez-vous avec un psychiatre et il n'y a pas forcément une grosse plus-value si t'as un médecin traitant qui est à l'écoute et qui sait gérer le patient...

I : Les patients ils sont plutôt partants pour les suivis psycho ?

PS2 : Ah oui. Pour l'argent ? Oui... bon... Après ils sont... Après je sais pas ce qu'ils en font mais quand on discute ils préfèrent parce que c'est quand même moins grave d'aller voir un psycho qu'un psychiatre !

I : Et les généralistes qui ont adressé n'ont pas orienté d'abord sur un psychologue ?

PS2 : Non. Je suis pas sûre que ça soit très spontané... Après c'est peut-être des gens qui ne sont pas adressés par le médecin traitant. Comme pour les IMV... Et du coup on relaye...

I : Les gens qui arrivent sur conseil de leur médecin traitant c'est une grosse part ?

PS2 : Non... Vraiment de moins en moins. Ou alors on ne le sait pas.

I : Dans ceux qui arrivent, la proportion de gens qui avaient vaguement un début de suivi avec le médecin traitant qui surveillait ça de loin... ?

PS2 : Pas tellement non plus... Parce qu'ils parlent pas de ça avec leur médecin traitant. La dernière que j'ai vue était là pour... je crois que c'était une IMV. Elle, son médecin traitant, elle la voit pourtant hyper régulièrement pour des problèmes de dos et elle lui en parle pas du tout. Le médecin traitant elle savait tout le contexte de vie, toutes les difficultés mais par la fille qui était une autre patiente.

Mais pas par la patiente elle-même. Elle parlait... Elle parle de ses problèmes somatiques. Donc elle était pas du tout au courant.

I : Mais quand même via son rôle de médecin de famille elle a eu des infos... ?

PS2 ; Ouais, sauf qu'elle n'en a pas fait grand-chose si la patiente ne dit rien. Donc au final elle était pas surprise qu'elle soit là mais bon... Elle pouvait pas faire grand-chose. Je pense que les patients ils dichotomisent pas mal le truc quand même.

I : Ça c'est peut-être plus XXX qui pourrait... Mais sur le suicide tu as l'impression que les médecins généralistes pourraient avoir une place dans la prise en charge du risque suicidaire ?

PS2 : Dans la prévention ?... Ouais, ou dans la prise en charge... Après la place qu'ils ont très rapidement ils... Après c'est biaisé parce que je dis « ils orientent sur les urgences », mais peut-être qu'ils en gèrent plein sur l'extérieur. La plupart du temps la crise suicidaire ils l'orientent quand même. Ils vont pas rester avec ça sur l'extérieur. Mais légitimement hein. Mais après en.. a postériori du geste ou de la crise suicidaire oui. La pour le coup le CTAI ils orientent que... C'est une prise en charge essentiellement CTAI + médecin traitant. Mais après il y en a qui n'en ont pas de médecin traitant hein !

I : Il y en a beaucoup ?

PS2 : Ah ouais ! Après surtout pour la dépression les gens... En fait pour tout.. Les gens ils ont pas forcément d'autres problèmes, les jeunes... Ils ont pas de médecin traitant, je sais pas si toi tu as un médecin traitant mais bon... Tu vois... S'ils n'ont pas de problème de santé particulier ils n'ont pas de médecin traitant. C'est aussi pour ça qu'ils finissent aux urgences, ils n'ont pas de référent par rapport à ça...

I : Est-ce que tu as l'impression qu'il y a un changement dans le rapport avec les généralistes depuis les dernières années ?

PS2 : Non...

I : Il n'y a rien qui bouge ?

PS2 : Mais genre quoi ?

I : Est-ce qu'il y a plus de lien ? Est-ce que tu penses que c'est un acteur qu'on peut mettre à une place qu'on ne lui attribuait pas avant ? Comme il n'y a plus de place en CMP ou en libéral ? Est-ce qu'on peut être amené à... ?

PS2 : Je ne sais pas... je pense que c'est pareil c'est personne-dépendant. En tout cas moi j'ai pas changé ma façon de faire. J'ai toujours eu l'impression de les englober un peu, après pas forcément... Mais moi en tout cas j'ai pas changé.

I : Ou alors eux ?

PS2 : Alors non, pas tant que ça là pour le coup.

I : Tout le monde dit un peu la même chose je m'attendais pas spécialement à...

PS2 : Non non mais je fais pas de compét' hein. Après je peux pas parler pour les autres mais à mon niveau non...

I : Est-ce que tu as l'impression que sur certaines situations délicates dans la dépression que tu peux être amenée à voir, le médecin généraliste pourrait être un soutien dans la prise en charge ? Est-ce

que plus de coordination entre psychiatre et généraliste pourrait améliorer les choses dans des situations difficiles ?

PS2 : Oui... Après je sais pas ce que c'est qu'une situation difficile...

I : Je sais pas si tu as un exemple... ?

PS2 : Après je sais que des fois ça complique plus qu'autre chose. Dans les situations qui seraient de toute façon compliquée... Il y a des généralistes qui ont accessoirement une très mauvaise image de la psychiatrie. J'ai déjà eu des situations de patients où le généraliste disait « surtout ne les laissez pas vous hospitaliser à St Egrève, machin... » Donc les familles et les patients voulaient pas y aller, il fallait tout détricoter avec ce que le médecin traitant avait dit. Donc effectivement d'avoir du lien ça permettrait de dédramatiser certaines choses, mais je vois pas tant de... Le lien normalement il est censé être.. Tout le monde est censé avoir la même vision.. Non mais tu vois, pour le patient, après je ne sais pas si le lien... Après si c'est dans un contexte de crise suicidaire oui, on laisse sortir parce qu'on pouvait pas trop le retenir, mais quand même rester un peu vigilant, rappeler, créer un lien.

I : Quand tu as cette demande envers eux c'est accueilli comment ?

PS2 : Ah plutôt bien généralement, ils sont assez d'accord les gens. Ils se sentent pas commandés.

I : Ou dépassés... ?

PS2 : Non, bah après dépassés... On le fait quand c'est pas non plus... Non mais tu vois... Quand tu prends pas un risque fou, tu dois bah voilà c'est un peu fragile mais je suis pas inquiète outre mesure, par contre ça serait pas mal que vous appeliez. Et on est dispo si vous êtes ultra inquiet n'hésitez pas. Des fois ils nous rappellent hein. Mais c'est toujours plus simple d'organiser une prise en charge en parlant, en expliquant ton schéma de pensée qu'en le laissant ressortir sans rien dire. Ils le renvoient, etc...

I : Ca ça arrive ?

PS2 : Ouais, ils y en a ils ne veulent pas entendre ce que tu leur expliques.

I : On a des retours où effectivement il y a un truc qui patine, ils envoient aux urgences et la prise en charge est aigue. Et il y a plein de gens qui ne savent pas ce qui s'est joué à ce moment-là avec peu de communication et ils renvoient...

PS2 : Ouais mais ils peuvent rappeler par exemple ! Après moi j'ai un gros problème avec toute communication par écrit. C'est... Je pense que tu peux appeler et juste expliquer : « je comprends pas pourquoi il est à nouveau là ? ». En fait dans le CR d'hospitalisation aux urgences, de principe c'est pas un CR d'hospitalisation... Nous on a après plutôt le mot d'ordre de ne pas mettre d'élément clinique sur la lettre de sortie parce que le patient sort avec sa lettre. Bah non, si c'est un trouble de personnalité, le patient a accès à ça ou quelqu'un d'autre. C'est toujours problématique, si tu poses un diagnostic, tu poses quelque chose sur la lettre de sortie, le patient ou la famille rappellent pour dire « vous avez mis ça et ça », donc on est assez légers sur le CR. Donc effectivement c'est pour ça qu'on appelle plutôt généralement.

I : C'est plus simple ?

PS2 : Bah oui et puis tu peux donner des éléments cliniques que tu n'as pas nécessairement envie que le patient... Après c'est un peu... Comme si un trouble de personnalité c'est honteux... Ca a déjà pris des proportions...

I : Sur des comptes rendus ?

PS2 : Oui ! Le patient ou la famille qui dit « pourquoi vous avez mis ça ? Vous avez dit qu'il est schizophrène ! » En plus une fois sur deux ils ne comprennent pas les termes. C'est un courrier pour le médecin traitant mais qui reste quand même dans les mains des patients... En plus c'est pas dans un courrier cacheté aux urgences...

I : Ouais ça s'y prête peu...

PS2 : Bah oui.

I : Le téléphone serait plus cohérent ?

PS2 : Bah ouais.

I : Et en plus ils sont plutôt joignables les médecins traitants ?

PS2 : Bah oui. Et plus que les psychiatres !

I : Toi c'est un truc que tu fais, mais tu as l'impression que c'est courant aux urgences ?

PS2 : Oui. Je crois. On appelle généralement. C'est un peu ce qu'on dit aux internes. Ne serait-ce que pour avoir l'avis du médecin traitant sur ce qui se passe.

I : Il est intéressant cet avis ?

PS2 : Généralement il est plus affuté que le nôtre. S'ils connaissent un peu le contexte de vie... Enfin tout ça c'est s'il y en a... La plupart du temps ils savent un peu ce qui se passe, ce qui se dit. Ils peuvent dire « bah non ça je l'ai toujours connu comme ça, c'est pas la première fois ». Donc oui généralement ils sont assez informatifs. Quand c'est un vrai médecin traitant. Non mais il y a plein de gens qui ont vu juste un médecin une fois. Il y a plus de référence médicale, dans la dépression chez ceux qui ont des problèmes autres, il y a un médecin. Les jeunes ils ont pas de médecin traitant.

I : Est-ce que tu vois d'autres sujets en lien avec la coordination avec le médecin généraliste qu'on n'aurait pas abordés ?

PS2 : Des questions ?

I : Des sujets en tout cas.

PS2 : Non mais après ça interroge... Le seul truc qui me vient en tête ça interroge sur comment on communique nous autour de notre fonction et ce qu'on fait aux urgences. Comment on est joignable ? Ce que les gens ont comme idée... C'est pratique-dépendant, il y a des gens qui se gênent pas pour appeler, mais comme on n'aime pas appeler les urgences en général... il y a des gens qui envoient plus facilement que d'autres. Je pense que c'est pratique-dépendant, mais ça justifierait qu'on puisse communiquer sur un numéro référent sur des heures ouvrables. Qu'il y ait toujours quelqu'un sur les heures ouvrables. Après il y a le 15 mais ils savent pas forcément comment ça fonctionne... Les formalités s'il y a besoin de certificat ou quoique ce soit... C'est vague... On a beau essayer de les former aussi c'est... vague... et une fois sur deux faux... Voilà .

PS3

I : Est-ce que vous pouvez me parler du dernier patient dépressif que vous avez pris en charge ?

PS3 : Le dernier patient dépressif... euh... je sais pas ça c'est compliqué, parce que j'en ai beaucoup en même temps !

I : Celui qui vous... voilà qui vous vient en tête, une situation qui vous a un peu marqué.

PS3 : Ben ouais j'ai des situations qui me viennent en tête mais les gens ne sont pas dépressifs... autant des tentatives de suicides mais pas en dépression. C'est autre chose. Euh ... Si. J'ai quelqu'un qui me vient en tête. Qu'est ce que je dois dire de cette personne ?

I : Un peu présenter le cas...

PS3 : C'est une patiente qui est venue en consultation adressée par son médecin traitant qui m'avait téléphoné, sachant que je ne prenais plus de patient car j'en ai trop, mais qui voulait au moins avoir un avis. Alors donner un avis en fait ça m'arrive très rarement parce que euh... si les médecins traitants prennent la peine d'appeler, c'est qu'ils sont dans des situations d'échec, en grande difficulté, et que leur donner un avis c'est très rarement ce qu'ils demandent seulement, en fin de compte on est amené à prendre en charge le patient parce là c'était juste pas possible de renvoyer cette patiente voir son médecin généraliste, juste en disant ce que j'en pense, voilà comment il faut faire. Donc c'est une patiente qui a une quarantaine d'années, qui a plusieurs problématiques associées, des antécédents dépressifs pendant une vingtaine d'années, rien pendant vingt ans apparemment. Des migraines sévères qui sont compliquées d'une addiction assez classique à la codéine euh et puis euh, là un épisode qui s'est déclaré il y a quelques mois en arrière dans les suites du décès d'une tante, dont elle était assez proche, et décès qui en dehors de la proximité a aussi remué des choses de son histoire personnelle, de ce qu'elle avait vécue à l'adolescence des choses comme ça. Et donc cette patiente elle est arrivée avec un syndrome dépressif assez sévère, la problématique addictive associée, y compris aux benzodiazépines, et puis un traitement assez complexe dont antidépresseur déjà en route.

I : Et donc le médecin traitant quand il a appelé, en fait qu'est-ce qu'il a dit... il a dit ce qu'il avait déjà fait... ? Sa demande ?

PS3 : oui oui l'idée c'était de dire voilà maintenant on est avec quelqu'un ... dont je ne sais pas trop quoi faire ! en gros c'est quand même comme ça que la formulation ... quasiment explicitement hein est faite. Après il donne des indications hein ! C'est un patient qui a déjà eu ça, ça ça, mais surtout ils font un courrier. Quand je l'ai eu au téléphone on se met d'accord sur le fait que je dégage un créneau et puis il prend le temps de faire un courrier derrière ... qui intervient aussi dans la prise en charge, car la patiente est aussi suivie par ailleurs par un neurologue au centre de la douleur pour la prise en charge des migraines.

I : D'accord. Et le généraliste dans cette prise en charge, quelle était sa place avant ton intervention ?

PS3 : Avant l'intervention de ma part ?

I : Ouais

PS3 : Ah ben elle gérait tout ! C'est elle qui gérait les prescriptions médicamenteuses, c'est elle qui a réintroduit l'antidépresseur. Elle essayait d'éviter à cette patiente, mais elle n'a pas réussi car c'est trop compliqué, de retomber... c'est pas la codéine c'est la morphine dont elle est dépendante, de retomber dans l'utilisation de cette morphine qui n'apporte pas grand-chose sur le plan thérapeutique et qui par contre génère des problèmes psychiatriques, qui génère des problèmes d'addiction et de la répétition des douleurs car elle se fait des mini sevrages en fait. Donc elle essayait d'enrayer ça ... oui donc c'est un médecin traitant qui est quand même à l'écoute des

patients donc qui passe du temps avec elle mais ... elle n'a pas ni la qualification, elle le sait bien, ni le temps aussi pour faire ça. Même si c'est un cabinet de généraliste, avec lequel je travaille assez souvent, qui sont très attentifs aux patients, s'il faut faire trois quarts d'heure de consultation ils font trois quarts d'heure de consultation. Patiente qui était aussi sous bétabloquants... enfin il y avait de multiples thérapeutiques utilisées pour des indications assez précises mais qui finissaient par interagir entre elle ou qui généraient des problèmes qui venaient aggraver la situation de la patiente.

I : Et du coup à partir du moment où tu es intervenu, après ça a été une prise en charge conjointe, en partenariat, il y a eu beaucoup d'échanges ?

PS3 : Alors pour cette patiente il y a eu des échanges, j'ai fait deux retours au médecin généraliste par téléphone, j'avais prévu de faire un courrier que je n'ai pas fait finalement parce que je l'ai faite hospitaliser cette patiente, c'était trop compliqué de la prendre en charge en ambulatoire. Elle est toujours hospitalisée, donc j'ai surtout un courrier au médecin à qui je l'ai adressée, au psychiatre. Il faudrait que j'envoie le courrier au généraliste, c'est ce que j'avais prévu de faire et puis ça m'est sorti de la tête. Et euh... donc ce ... oui d'abord l'idée c'est de dire au médecin voilà comment je vois les choses et ce qu'il faudrait faire au niveau thérapeutique... et puis je lui ai dit de toute façon c'est trop compliqué je vais m'occuper de tout ce qui est prescription pour cette patiente, y compris la prescription de morphine. C'est une option que j'ai prise, je pense que ça a soulagé le médecin traitant qu'on fasse comme ça, de façon à ce qu'on ne soit pas plusieurs intervenants à gérer des prescriptions qui n'ont pas à être séparées. « Ça c'est le problème de l'endocrinologue, ça c'est le problème du psy », et puis ça me paraissait possible de gérer ça. Dire voilà, si j'agis sur ce produit, je peux agir sur tel autre, au moins là il n'y a qu'un seul point de vue. Quitte à faire un ... l'idée étant de travailler sur la dépression, de supprimer tous les produits qui sont iatrogènes dans cette histoire, en faisant un sevrage, puisqu'elle est quand même très dépendante aux benzos et à la morphine. Et ça en ambulatoire c'était pas possible.

I : D'accord. Et donc pour les modifications thérapeutiques, pour que le médecin traitant soit informé, c'est vous qui faites un courrier, qui appelez, ou c'est le patient ?

PS3 : Alors de façon plus générale, je fais en fonction des situations. Pour s'écarter de la situation de cette patiente c'est ça ? Pour parler de façon un peu plus globale ?

I : Oui

PS3 : Il y a des médecins généralistes... quand je me suis installé, on va d'abord partir de là, j'ai envoyé un courrier à tous les médecins généralistes, pas du département mais alentour de là où je travaille, leur dire que je m'installais, à partir de quand ils pourraient me contacter, m'envoyer des patients ou quoi, c'est eux qui décident, euh ... du coup j'ai eu des médecins généralistes avec qui j'ai travaillé dès le premier jour d'installation. De près ou de loin ça c'est une autre histoire. Et d'autres dont je n'ai jamais entendu parler. Des médecins généralistes qui n'envoient jamais de patient. Des médecins généralistes dont j'entends parler parce que des patients viennent me voir et m'ont dit que les médecins généralistes les ont envoyés et après coup je me rends compte qu'ils n'étaient pas du tout impliqués dans l'histoire. Et euh... quand quelqu'un m'envoie un patient, surtout avec un courrier, je fais un retour pour lui dire voilà ce que je pense, voilà ce qu'on va faire, et lui dire ce que je fais moi et ce que lui ou elle fait dans la prise en charge. Assez souvent moi je m'occupe des arrêts de travail, parce que je trouve que c'est quand même très impliqué dans la situation des patients. Et ça arrive que suivant les situations que je dise au patient, je verrai ça avec le médecin généraliste moi je discute avec eux soit de vous suivre et/ou de la prescription médicamenteuse. Toutes les configurations sont possibles pour moi. Ça dépend aussi du médecin généraliste que j'ai en face et de ce qu'il veut faire. Et si je demande à un médecin généraliste, moi je vois le patient que pour un suivi

psychothérapique, ce qui est pas très fréquent quand même, pour les traitements je vais donner des indications, par téléphone on échange, voilà ça tu peux augmenter à telle poso, dans quinze jours trois semaines tu revois ça, tu rappelles. Des fois ils le font, des fois ils ne le font pas, ça dépend. Mais dans le même cabinet, la même semaine, j'ai eu un des trois autres médecins du cabinet où est le médecin généraliste de la patiente dont on parlait, qui m'a appelé pour me demander un avis, donc ça s'est limité à un avis. Il m'a dit voilà j'ai tel patient, il y a telle situation, j'ai commencé comme ci, qu'est-ce que tu en penses, comment je pourrais faire ? C'est assez surprenant, parce que les généralistes qui posent les questions, on se dit ben là effectivement ça vaut le coup de m'appeler. Et il y en a d'autres tu dis mais pourquoi tu m'appelles maintenant ? Pourquoi tu m'envoies un patient à ce moment-là ? C'est pas pour critiquer mais c'est vrai que c'est très personne dépendant. Et c'est très dépendant des patients aussi, parce que chez un même médecin généraliste, quand on a l'habitude de travailler avec quelqu'un, ça peut varier sa façon de travailler, parce que ben il y a peut-être des situations plus anxiogènes pour eux, ou... je ne sais pas ... et euh...et voilà donc du coup pour cet autre exemple, ça on a fait une ... un échange téléphonique ponctuel, et depuis il ne m'a pas rappelé alors peut être il le fera, je ne sais pas ... je lui avais dit tu peux me rappeler d'ici trois semaines un mois. Ou un autre patient pour ce même médecin qu'on a suivi dans les suites du décès de son fils, au début je lui avais donné quelques indications le temps d'avoir le temps de pouvoir voir le patient. Je peux aussi quand on se téléphone, dire ben voilà là tu peux faire comme ça, je prendrai le relais après. Et du coup là après il m'avait passé complètement la main. Parce que le médecin généraliste c'est aussi « je suis débordé à ce moment-là, je ne sais pas comment faire avec sa question du sommeil, ou avec cette anxiété chez cet homme, je suis dépassé quoi ». Là c'était moi qui me suis occupé de lui.

I : Donc c'est vraiment variable

PS3 : Oui. Oui.

I : Et j'ai l'impression dans ce que tu dis, le moyen de communication un peu privilégié c'est le téléphone ou... ?

PS3 : Alors c'est le téléphone parce que c'est rapide, ça permet rapidement de te faire une idée. Moi je ne réponds pas au téléphone... j'ai pas de secrétaire, on me laisse un message et je rappelle dans la journée, on arrive toujours à se joindre de cette façon-là. J'ai pas trop d'échanges avec les généralistes par mail, très peu. Peut-être plus avec les psychiatres en fin de compte... au CHU... ou ici (le CHAI), ça m'arrive, des cliniques parfois. Et le courrier.. pfff.. c'est long en fait, ça prend beaucoup de temps. Ça m'arrive, des fois quand j'ai le temps d'en faire un. Souvent je le fais avec les patients en général. Ou alors le courrier je l'utilise plus pour les fins de suivis. Parce que peut être que tous mes collègues ne font pas ça mais moi mon objectif c'est que les gens ils arrêtent de venir me voir à un moment donné. Ce qui n'est pas la conception de tous les psychiatres.. euh je vois pas pourquoi on serait marié avec son psychiatre à vie parce qu'on a fait une dépression ou parce que même on a un trouble bipolaire. Une fois qu'on a fait un travail deux trois ans, parce que sur un trouble bipolaire il faut peut-être travailler plus longtemps, que les choses sont stables que les gens vont bien je leur fais un courrier, je leur dis voilà ce qu'on a fait, voilà où on en est, il ne faut rien changer au traitement, et si vous avez la moindre question vous m'appellez et je la revois pour un suivi et le patient pareil. Et ça se passe très bien ça. En disant au généraliste aussi s'il y a des traitements à suivre type lithium ce que je pense ce qu'il faut faire comme surveillance. J'ai des généralistes qui m'ont rappelé un an plus tard en me disant tiens il y a une hypothyroïdie qui démarre, « ah bon elle est à combien » « bon ok on fait une surveillance » je ne revois même pas le patient et en fin de compte l'hypothyroïdie reste très faible et très stable et du coup on ne change rien. Oui il y a des généralistes avec lesquels on peut travailler comme ça. Il y en a d'autres qui sont un peu anxieux ou

un peu réticents... du coup le courrier oui plutôt pour les fins de suivis, ça laisse aussi une trace dans les dossiers.

I : Du coup on a parlé du cas où le généraliste appelle, mais est ce que vous vous attendez quelque chose en particulier du généraliste ?

PS3 : Dans l'autre sens.

I : Oui

PS3 : Tout à fait. Ça peut être soit pour coordonner une prise en charge, par exemple quelqu'un qui a une problématique endocrinienne, je ne vais pas m'occuper de ça. Je me permets de dire au médecin, écoute moi je fais ça toi tu fais ça, tu gères ce traitement, moi je gère ça. Sinon il y a forcément des interférences, très souvent. On discute très régulièrement. Donc ça c'est la première chose, et la deuxième chose c'est que effectivement par rapport à des questions somatiques qui peuvent se poser en cours de route, euh... oui, je vais soit adresser le patient et je fais un courrier, si ce n'est pas urgent euh... soit passer un coup de téléphone. Dernièrement j'ai eu une patiente qui a fait une insuffisance rénale, parce qu'un cardiologue a eu la bonne idée de lui mettre un IEC alors qu'elle était sous lithium. Sans surveillance de la fonction rénale. Donc là j'ai appelé le généraliste, on a échangé tous les deux en tombant d'accord que il a fait n'importe quoi le collègue... euh au passage je lui ai reglissé les choses qu'il ne faut pas faire avec le lithium, et du coup on s'est mis d'accord sur la surveillance à faire, ce qu'on allait faire et du coup on a été obligés d'arrêter le lithium chez cette patiente qui était stabilisée depuis des années. Donc là ce qu'on va faire, le suivi de l'insuffisance rénale qui persiste après l'arrêt du lithium, qui est très limite hein, ben ça j'ai passé la main. J'ai dit maintenant vous allez voir votre médecin traitant avec les prochains chiffres, il y avait tout un bilan qu'on a fait parce que c'est moi qui aie géré ça pendant ce temps et il va faire la synthèse et il lui dira si elle doit aller voir un néphrologue ou pas. Je les envoie aussi voir leur médecin traitant quand il faut faire un ECG. Je fais pas toujours un courrier pour ça... je leur dis d'abord appelez votre médecin traitant pour savoir si il a un appareil à ECG, ce n'est pas la peine d'aller prendre rendez vous pour qu'il vous dise ah ben non je n'ai pas ce qu'il faut, mais au moins qu'il vous dise ah ben faut aller voir untel ou untel s'il le fait pas lui-même. Et les généralistes ils savent en général pourquoi on fait un électrocardiogramme, pour un psychiatre il n'y a pas 500 raisons. Et ça peut être des situations comme ça... euh j'ai un souvenir qui me revient d'un patient qui a fait un phénomène infectieux sous lamictal, et pour lequel il s'était posé la question de savoir s'il n'y avait pas des globules blancs derrière et il y en avait une, mais elle n'était pas due au lamictal ! J'avais pas mal discuté avec le généraliste de comment ça évolue dans les semaines, etc... et depuis deux ans je n'ai plus de contact avec elle parce il ne se passe rien de particulier pour ce monsieur... Ouais voilà, je ne sais pas si ça répond à ta question ?

I : Oui, oui très bien ! Et euh est-ce qu'il y a des points où vous trouvez qu'il y a vraiment des choses à améliorer dans la communication, est-ce qu'il y a des fois où vous avez été en difficulté justement dans ce lien là pour les prises en charge des patients.

PS3 : Non pour moi quand je demande quelque chose au médecin généraliste ils ont toujours répondu. J'essaie de faire pareil. Ça c'est à titre personnel. Par contre sur le plan santé publique, je ne sais pas si la question elle se pose aussi sur ce plan-là... je peux répondre à ce niveau-là ?

I : Oui oui !

PS3 : L'expérience que j'en ai rejoint ce qu'on a déjà pu montrer ou étudier... euh... d'abord d'une part que les médecins généralistes, je ne trouve pas qu'ils prescrivent trop de psychotropes, je

trouve qu'ils ne les prescrivent pas comme il faut. C'est-à-dire que dans des situations où il faudrait prescrire ils sont frileux, c'est pas toujours le cas mais on peut retrouver assez fréquemment des situations comme ça... euh frileux en particulier quant à l'utilisation d'antidépresseurs, y compris quant à l'utilisation d'anxiolytiques forts quand il y en a besoin, et donc on peut se retrouver dans des situations où c'est abâtardi, où on est entre deux, finalement il y a des prescriptions qui sont faites où les gens n'ont pas de bénéfice et où ils peuvent avoir éventuellement que des effets secondaires. Ça c'est un premier cas. Dans la façon d'utiliser les psychotropes des médecins généralistes il y a aussi des gens qui prescrivent des trucs qui ne sont pas toujours adaptés mais ça je crois que c'est un peu toutes les spécialités hein... Et du coup le recours au psychiatre, je ne sais pas si... je pense que... je parle à la place des généralistes, mais ce que j'ai comme échange de ceux avec lesquels je travaille, c'est très souvent qu'ils se sentent un peu tout seul et en difficulté pour trouver quelqu'un qui leur réponde. Et ça ne m'étonne pas beaucoup, parce que je pense que... peut-être que dans ma génération c'est différent mais la génération précédente... avoir ne serait-ce qu'un échange avec un psychiatre au téléphone, c'est impossible. C'est impensable ! Et c'est toujours le cas hein, il y a des collègues qui ne prennent même pas le temps de... alors soit parce qu'ils décident que c'est le sacro-saint secret professionnel de la psychothérapie qui fait que je dois m'adresser à personne d'autre qu'au patient, c'est une position psychanalytique qui... qui sort de la psychanalyse pour empiéter sur la psychiatrie même si ça se superpose un peu ce n'est quand même pas équivalent. Je pense qu'en tant que psychanalyste, quand on est psychanalyste et psychiatre, on peut être psychanalyste mais quand on est psychiatre on est psychiatre, on ne peut pas être les deux. Donc les généralistes ils se sentent un peu tout seul car ils se prennent des fins de non-recevoir hein, c'est même pas... même pas parfois de réponse en disant je n'ai pas envie de discuter avec vous... c'est en gros faut comprendre ça ! Donc effectivement ils peuvent aussi se sentir assez tout seul sur ce plan-là. Alors peut-être qu'il y a d'autres raisons à ça.. Bon après moi c'est pas parce que je tiens absolument à ce qui est une communication extraordinaire entre médecin généraliste et psychiatre c'est que je trouve que c'est juste correct de se rendre des services mutuels à propos des patients. Mais ça m'est arrivé de suivre la secrétaire d'un cabinet de médecin généraliste. Avec lesquels par ailleurs je travaille. Ça a été très clair ! Je n'ai jamais parlé de quoi que ce soit. La seule question à un moment donné que j'ai pu avoir de leur part, c'est « écoute, si tu penses que tu vas la laisser... » parce que j'ai gérer les arrêts de travail, « ... en arrêt de travail, mais si tu pouvais prescrire des arrêt de plus de quinze jours, mais de un ou deux mois, c'est plus confortable ». Bon, mais c'était pas ...il n'y a pas eu d'échange particulier pour cette personne. C'était absolument... c'était pas possible autrement. Donc ouais si... des choses à améliorer... les choses devraient être plus simples. C'est pas très compliqué de prendre un coup de téléphone ça prend cinq minutes et tu es pas obligé de faire un courrier de ceci ou cela. Et mettre dans le dossier « échange téléphonique avec le médecin généraliste ce jour, c'est lui qui fait ci c'est moi qui fais ça » et point barre. C'est possible de faire ça. Ça ne me paraît pas très compliqué. En tout cas c'est ce que j'essaie de faire. Et donc du coup peut être qu'il y aurait des choses à améliorer de la part de nous psychiatres, dans les réponses qu'on fait individuellement. Et peut être aussi, j'avais essayé de proposer ça, et je ne l'ai pas fait. Enfin j'avais eu l'idée de faire ça, d'intervenir régulièrement, à Voiron, où je travaillais dans un CMP, il y avait des médecins généralistes qui se réunissaient régulièrement, du secteur Voironnais, pour travailler entre eux sur des situations et tout ça. Ils avaient évoqué l'idée de faire une soirée sur la prescription des psychotropes, en particulier dans antidépresseurs, des hypnotiques, que eux sont amenés à prescrire très souvent en première ligne... et du coup ben ça s'est pas fait. Ça, ça serait vraiment intéressant d'avoir régulièrement des échanges... peut être dans un premier temps à type de formation même. On prend le temps de dire voilà... on peut pas donner des recettes mais, mais un peu des billes aux généralistes pour pas... si ils font une prescription, qu'ils la fassent correctement tant qu'à faire. Voilà. Bon.

I : ça serait un point de départ pour des rencontres et peut-être faciliter après les échanges.

PS3 : L'avantage que ça a effectivement c'est que outre l'aspect formation, ça peut permettre de développer des liens pratiques. Après dans le travail au quotidien on sait à qui on a affaire, on s'est rencontrés, c'est toujours plus facile c'est sûr. Bon moi il y a des généralistes avec lesquels j'ai travaillé régulièrement je ne les ai jamais vus, je ne sais pas quelle tête ils ont mais bon ça fonctionne !

I : Et donc tu disais qu'à une époque avoir un psychiatre ce n'était pas trop pensable, est ce que tu as l'impression que ces derniers temps ça évolue quand même avec des générations différentes ou ça reste compliqué ?

PS3: J'ai l'impression que c'est plus dans... Alors la nouvelle génération c'est petit à petit reséparé de la pratique psychanalytique. Ce qui peut par ailleurs avoir un certain nombre d'incidences et notamment d'inconvénients mais c'est pas le sujet de la discussion... Mais je pense qu'une des raisons de la part des psychiatres qui a amené à ce qu'ils travaillent dans leur coin, c'était l'approche psychanalytique, qui suppose absolument un secret total. Sauf qu'encore une fois je pense que la pratique psychanalytique et la pratique psychiatrique sont deux pratiques différentes. Quand on est psychanalyste on n'est pas forcément médecin et quand on est médecin on est médecin avant d'être psychanalyste. Une fois qu'on arrive à clarifier les choses pourquoi pas mais c'est parfois je pense assez compliqué. Et c'est cette chose-là qui fait qu'il n'y a pas eu de communication, à mon avis et entre autres, dans les générations précédentes. Et comme cette influence, cette présence de la pratique psychanalytique est moins grande dans les nouvelles générations, ça doit jouer un rôle facilitant. Il n'y a pas que ce facteur, c'est qu'il y a aussi probablement une plus grande sensibilisation dans la formation des médecins des nouvelles générations, depuis environ allez on va dire dix ans, dix quinze ans peut-être, je ne saurais pas jusqu'où faire remonter ça, au fait que ... ouais il y a l'idéologie du réseau, c'est un truc de notre... des vingt dernières années le réseau. En 1980, on s'en foutait du réseau. Et donc du coup, un formatage de la pensée médicale et donc psychiatrique, mais aussi des médecins généralistes et autres, qui est plus sous l'angle de, on travaille ensemble. Je pense il n'y a pas longtemps j'ai eu un médecin, alors il n'est pas généraliste il est neurologue au CHU, qui était ravi parce que ça faisait... j'ai repris le suivi d'une patiente, qu'il suivait de son côté, un psychiatre la suivait et le généraliste aussi. Et il était ravi parce que je lui ai envoyé un courrier en disant voilà moi je reprends le suivi, moi je voudrais faire ça, est-ce qu'on peut faire ça, le traitement que vous prescrivez je ne connais pas, qu'est ce que ça implique etc... et j'ai reçu un courrier en retour en me disant mais je suis ravie que vous m'écriviez parce que effectivement, pour répondre à votre question ça c'est non, ça c'est comme ça que ça se passe... enfin c'est clair ! ça a pris... un quart d'heure chacun, on ne peut pas faire ça par téléphone, c'était trop complexe, il fallait des écrits là pour le coup la situation.. il y avait trop de questions. Donc c'est possible de faire ça. Je pense que c'est... voilà ... de la part des psychiatres, c'est notre génération qui fait ça, avant ça ne se faisait pas.

I : Par rapport aux patients en crise suicidaire, au risque suicidaire, est ce que tu as des exemples où il y a eu une collaboration avec le médecin généraliste ?

PS3 : Par rapport à la crise suicidaire, je ne suis pas très fanatique d'approcher la clinique psychiatrique, et là pour le coup je vais me démarquer beaucoup de certains collègues, en fonction de la clinique qui est énoncée sous le terme « crise suicidaire ». C'est ... j'aime pas ce terme, je trouve que ça permet pas de se retrouver dans la globalité de ce que vit quelqu'un... par contre ça m'est arrivé avec des généralistes de dire, bon on est dans une situation où la patiente ou le patient souffre très fort, il y a un risque suicidaire qui est net, il y a éventuellement déjà un passage à l'acte, moi j'ai tel moyen, toi tu as tel moyen, est ce qu'on peut faire un suivi à deux ? C'est arrivé de faire ça. Ça

s'est arrivé avec des médecins généralistes que je connais très bien, je sais la façon de travailler, qui sont intéressés par la question, pas psychiatrique mais psychologique en tout cas, au moins de la psychologie médicale de base, ce qui n'est pas le cas de tous les médecins malheureusement. Et qui sont donc capables de faire des entretiens, pas de psychothérapie mais au moins de soutien, surtout quand c'est dans une collaboration plutôt rassurante parce qu'il y a aussi un psychiatre qui intervient. Donc quelque chose comme ça oui. Après la question de ... du suicide c'est surtout est-ce qu'il y a une hospitalisation à faire ou pas quoi. Ça c'est....

I : et quand tu dis, oui c'était un suivi à deux, c'était en terme plutôt de fréquence ?

PS3 : oui, c'était par exemple pour voir plutôt les gens deux fois par semaine, des choses comme ça. Mais ça n'a pas duré cent sept ans hein ... mais... aussi le temps que moi je puisse avoir le temps de planifier des rendez-vous suffisamment rapprochés... c'est un qui était déjà en suivi avec le patient/la patiente et il a passé la main.

I : Et il y a d'autres situations où il y a des suivis comme ça en partenariat ou c'est vraiment très ponctuel ?

PS3 : Pour des raisons psychiatriques pures non. C'est souvent parce qu'il y a une problématique somatique. Là oui il y a un suivi en partenariat. Assez souvent aussi, pas que le généraliste, il y a un suivi assez fréquent avec l'endocrinologue.

I : Et dans l'autre sens du coup, est-ce que toi à un moment donné... enfin c'est un peu la même question en fait... il y a des situations vraiment lourdes, compliquées, il y a eu besoin du généraliste, pour gérer la prise en charge psychiatrique ou vraiment tu gères tout seul ?

PS3 : Pour la prise en charge psychiatrique ? Ah non ça c'est moi qui fais tout seul. C'est moi qui gère ça tout seul. Je connais plus le réseau qu'eux, je connais plus les collègues psychiatres, donc s'il y a besoin de faire un truc rapproché, un truc urgent, c'est plus simple pour moi d'intervenir.

I : Donc finalement dans les situations compliquées c'est pas forcément la personne...

PS3 : Non parce que à mon avis on tombe sur des situations qui sont difficiles sur le plan psychiatrique pur, et donc à ce moment là le problème est psychiatrique donc on est dans le réseau de soins psychiatriques, j'ai envie de dire fermé, entre guillemet ... le généraliste il va faire quoi ... pas grand-chose ! On le tient au courant quand on fait ça mais... ouais c'est euh.... Après c'est arrivé qu'on discute avec un médecin traitant, là j'ai pas le souvenir... je sais que j'ai fait ça déjà mais je ne sais plus dans quelles situations ... parce que il y avait une problématique somatique et psychiatrique associée complexe, de décider ensemble de quel lieu d'hospitalisation. Euh entre autre c'était pour envoyer le patient au CHU parce il y avait possibilité là-bas d'une prise en charge neurologique et psychiatrique, sur le papier en tout cas, après je ne sais pas comment ils s'en sont débrouillés. Ça c'était une discussion qu'on a eue, après l'hospitalisation elle-même c'est moi qui m'en suis chargé. S'il y a une hospitalisation pour motif psychiatrique, c'est quand même légitime que ce soit moi qui m'en occupe. Enfin je trouve.

I : Ok. Bon on a fait bien le tour. Est-ce qu'il y a quelque chose justement sur ce lien médecin généraliste psychiatre que tu aimerais aborder dont on n'a pas forcément discuté ?

PS3 : Non ... oui alors moi de façon générale je trouve ça plutôt sympa de travailler avec d'autres médecins... et pas que généralistes hein ! mais globalement c'est quand même ceux que j'ai le plus souvent au téléphone, avec qui j'échange le plus en dehors des collègues psychiatres. Je crois que ça vaudrait le coup de voir si c'est plus les généralistes que les psychiatres au final. J'ai moins besoins

des psychiatres que des généralistes la plupart du temps. Si ce n'est pour des hospitalisations ou au CHU pour avoir un avis hyper spécialisé sur un point particulier. Ou alors ouais des psychiatres j'échange quand on passe la main, il y a un changement de patient. Et du coup oui c'est assez intéressant parce que ben c'est formateur, moi je leur dis aux généralistes, ça j'y comprends rien, ça c'est quoi, ils prennent le temps de m'expliquer un truc. Voilà c'est un peu stimulant de travailler avec des collègues.

I : En termes de fréquence du coup c'est tous les jours... ?

PS3 : Non on peut pas dire ça. Je peux pas établir de fréquence parce que euh... ça peut dépendre beaucoup... pfff par exemple si j'ai de la place, je vais avoir des nouveaux patients donc je vais avoir beaucoup plus de courriers ou d'appels des généralistes ... euh ça dépend beaucoup des situations dans lesquelles ils sont parce que j'ai de la place ou pas, ils vont... euh voilà la fameuse semaine où j'ai eu cette généraliste au téléphone pour la patiente qu'on a hospitalisée, j'avais eu son collègue pour un patient... donc cette semaine là j'avais eu beaucoup de généralistes au téléphone. Mais il peut se passer quinze jours sans que j'aie de généralistes au téléphone. Ça se présente pas. Et puis moi aussi, si j'ai des problèmes somatiques qui se présentent ou pas. Les motifs sont très aléatoires. C'est pas planifié, je ne m'astreins pas à faire un retour régulier, là on en est là etc... peut être ça serait l'idéal mais je me dis que ça serait peut-être au final une perte de temps. Est-ce que ça vaut le coup de dire on fait ci ça ça sans qu'il y ait d'éléments particuliers... c'est peut-être plus intéressant, surtout s'il n'y a pas une collaboration étroite dans la prise en charge.

PS4

I : Est-ce que vous pouvez me parler du dernier patient dépressif que vous avez pris en charge ? ou celui qui vous vient le plus en tête.

PS4 : Ok... et ben c'est une jeune fille de... elle doit avoir une vingtaine d'années, elle a une dépression bipolaire. Diagnostiquée... alors ça doit faire peut-être depuis deux ans que je la vois, d'abord elle est venue me consulter euthymique, adressée par le centre expert bipolaire, parce que sa mère est bipolaire et qu'elle se posait la question d'être bipolaire. Moi à cette époque là elle était euthymique donc je l'ai vue comme ça régulièrement, elle faisait des attaques de panique. Et très récemment, elle a décompensé, elle a fait un épisode dépressif assez sévère.

I : Et du coup quand elle est venue vous avez continué le suivi quand même ?

PS4 : Elle est venue parce qu'elle avait des attaques de panique, elle avait un fond anxieux, c'est quelqu'un qui est assez perfectionniste qui est très impliquée au niveau de ses études et qui a tendance à se demander beaucoup... il y avait cette anxiété, ce perfectionnisme et il y avait cette espèce de phobie scolaire, elle arrivait plus à aller en cours. Voilà.

I : Et du côté de la dépression unipolaire alors plutôt ?

PS4 : Alors au début unipolaire, je l'ai traitée comme une unipolaire, mais elle allait mieux très très vite, donc j'ai rajouté un régulateur de l'humeur.

I : Et avec elle il y a un lien avec le médecin généraliste ?

PS4 : Et ben non. Pour le coup non.

I : Et un patient que vous avez en tête qui était adressé par un médecin généraliste et que vous avez suivi après ?

PS4 : Alors il y en a un certain nombre.... (Regarde dans son agenda) ... oui c'est bon....

I : Allez-y...

PS4 : Donc il faut que je vous en parle. Donc il m'a été adressé par un médecin généraliste qui était un ancien collègue de promo. Pour un état dépressif. A l'époque il avait des idées suicidaires, il refusait tout traitement. Euh... quelqu'un de très perfectionniste aussi, qui est haut potentiel, anxieux, enfin ...beaucoup d'éléments dépressifs qui auraient indiqué une hospitalisation, qu'il refusait bien sûr... et il refusait tout traitement médicamenteux.

I : D'accord, et donc là il a été adressé par un médecin généraliste...

PS4 : Qui m'a passé un coup de fil. Il a appelé, du coup je l'ai reçu assez rapidement, et je l'ai reçu avec un courrier. Il m'a fait un petit courrier d'introduction.

I : Et par la suite dans sa prise en charge, il y a eu des échanges, comment ça s'est passé ?

PS4 : Avec le médecin généraliste ? Alors moi ce que je fais, généralement avec le médecin généraliste j'envoie un courrier, pour dire que j'ai bien reçu le patient, que je vois régulièrement en consultation, quand il y a un traitement qui est mis en place, que je mets en place rapidement je donne les éléments du traitement et je leur dis que je reste à leur disposition s'ils ont besoin. Et euh... ça arrive hein je ... j'ai quelques contacts qui m'appellent régulièrement, pour m'adresser les patients. Après une fois qui sont pris en charge ils m'appellent rarement. Ce que me disent les patients c'est qu'ils ne voient plus leur médecin généraliste.... On s'appelle si le patient a une rechute ou si le patient a raté le suivi, qu'il faut qu'il me le réadresse.

I : La communication elle se fait plus par téléphone que par courrier ou mail ?

PS4 : Euh... alors de mon côté à moi, euh ... j'ai tendance... j'envoie un premier courrier en disant que le patient est suivi, puis après je reste à disposition.... Euh... la plupart des médecins généralistes... alors voilà, quand ils m'adressent des patients soit ils m'appellent parce qu'ils sont vraiment inquiets et je reçois rapidement, soit le patient appelle de la part de ce médecin généraliste, et après pendant le suivi.... C'est s'il y a des bugs que j'appelle, quand j'ai des inquiétudes sur le plan somatique. Ça peut se faire par mail aussi.

I : D'accord. Et vous, est-ce que vous attendez quelque chose des médecins généralistes dans la prise en charge des patients qui sont dépressifs ?

PS4 : Euh... ben qu'ils ne viennent pas contrecarrer ce que je mets en place !

I : Vous dites ça parce qu'il y a un exemple qui ...

PS4 : Parce que ça arrive en fait que j'aie des médecins généralistes qui disent... Notamment j'avais une patiente euh... alors elle pour le coup ce n'est pas son médecin généraliste qui me l'avait adressée mais il l'avait quand même adressée à l'époque à la Clinique du Coteau pour une hospit', et euh... elle était restée super longtemps, après je l'ai eue en suivi... et euh... ben il a fallu mettre des doses de traitements assez importantes et elle venait me voir elle allait toujours pas mieux et son médecin généraliste lui disait « de toute façon c'est de la connerie, faut que vous arrêtiez tous ces médicaments ça ne sert strictement à rien » donc elle me le disait. Après moi je lui disais c'est vrai que votre médecin peut s'occuper du suivi, en même temps c'est lui qui vous a faite hospitaliser. En tout cas les choses ont fait que. Alors elle m'a dit « oh mais vous savez mon médecin généraliste il est comme ça... » Voilà ! Mais euh... c'est quand même plutôt rare, et c'est pas ceux avec qui je travaille.

I : Parce que là pour le coup ce médecin il avait eu un courrier, comme quoi il y avait le traitement qui allait être mis en place... etc ?

PS4 : Oui, oui. Ouais. Il savait quel traitement et euh... est-ce qu'il le renouvelait des fois ? Parce que c'est le genre de médecin généraliste vous savez qui renouvelait tous les traitements, je ne sais plus. Enfin en tout cas moi je lui avais précisé que je m'en occupais.

I : Donc, dans la prise en charge de la dépression, pour vous ils n'ont pas un rôle en particulier ?

PS4 : Ben si parce que je trouve que... enfin c'est des lanceurs d'alerte hein, c'est eux qui voient les patients, qui les voient régulièrement, qui les connaissent bien, pour un certain nombre ils les connaissent donc il y a des signes qu'ils détectent que ben moi j'aurais pas forcément détecté parce que je ne connais pas le patient... et si en tout cas en terme diagnostic si ! Après ils nous les envoient généralement quand ils sont débordés hein, enfin en tout cas quand le patient ne répond pas aux traitements, la plupart du temps c'est ça. Je trouve que... ben non moi je trouve qu'ils ont une place importante.

I : Ils ont déjà mis des choses en place avant...

PS4 : Exactement. Souvent, il y en a un certain nombre qui ont déjà vu des psychologues avant, pour démarrer des thérapies. Ben d'ailleurs je crois que c'est la majorité des patients qui avant de venir consulter un psychiatre ont déjà pris un certain nombre d'antidépresseurs, fait peut-être un, deux ou trois épisodes dépressifs et qui avaient pas consulté de psychiatre à ce moment-là. Et qui s'en étaient sortis. Enfin moi je trouve qu'ils ont un rôle important.

I : Est-ce qu'il y a des choses dans le lien avec les med gé, qui seraient par exemple à améliorer ?

PS4 : Après moi je pense qu'on travaille avec des correspondants qui nous ressemblent. L'activité libérale c'est quand même particulier, on est ... enfin on est sous flux tendu tout le temps... euh je vous avoue que prendre le temps ... enfin je prends le temps d'un coup de fil mais c'est soit avant huit heures le matin ou à vingt heures le soir. Enfin moi en tout cas dans ce que vit avec mes patients et leur médecin généraliste, ça me convient.

I : Et du retour que vous avez des patients ? Est-ce qu'il y a des patients qui vous disent que les médecins généralistes ne sont pas contents ?

PS4 : Pas du tout. Ils sont plutôt... enfin sauf cette dame-là ! (rire) D'ailleurs je me rappelle qu'il m'avait envoyé un courrier, pour me pourrir en me disant que ses problèmes de santé, les problèmes cardiaques qu'elle avait était liée à mon traitement. Bon enfin bref, le cardiologue a dit autre chose. Mais non sinon non.

I : Est-ce que vous recevez des appels parfois, juste pour des avis ?

PS4 : ça arrive oui. Après ce qui est un peu difficile... parce qu'on a des consultations... en fait en psychiatrie libérale, je ne sais pas si vous savez, on peut coter, quand on a un avis spécifique il y a une cotation particulière, quand on les voit une fois en consult'. Moi personnellement je trouve que c'est difficile de voir un patient une seule fois et de donner un diagnostic. Donc euh... bon, il y a des médecins généralistes qui m'envoient... euh... ouais qui m'appellent pour demander un avis, ça fait un moment qu'ils sont dessus, qu'ils se cassent les dents sur le patient, mais en même temps leurs hypothèses sont plutôt euh... sont assez élaborées.

I : D'accord. Mais du coup c'est un avis... vous recevez le patient en consultation ou c'est juste au téléphone ?

PS4 : Alors au téléphone oui, pour des traitements médicamenteux ça arrive. Ça généralement, c'est avec des anciennes collègues de promos, des gens que ... ou alors avec des contacts.

I : Et par rapport au risque suicidaire, les patients qui viennent, est-ce que ça vous est arrivé d'avoir un suivi en collaboration ?

PS4 : Alors ça c'est pas euh... comment dire. C'est-à-dire des consultations rapprochées, ce qui permettrait de voir les patients de manière rapproché ?

I : Par exemple oui.

PS4 : Euh... Ça a dû m'arriver quelque fois mais là ça ne me revient pas. Où le médecin généraliste qui recevait le patient... oui je pense à une collègue qui faisait ça. Elle voyait le patient toutes les semaines ou tous les quinze jours et c'était ponctué de rendez-vous avec moi. Je ne pouvais pas recevoir plus souvent, donc j'avais instauré le traitement et le médecin généraliste prenait le relais. C'est arrivé.

I : Vous dans la prise en charge des risques suicidaires, c'est quelque chose de fréquent ?

PS4 : fréquent ça veut dire quoi ?

I : Quotidien ?

PS4 : Quotidien non. Après, ça arrive. Là en fait sur ces... peut être que sur l'année qui s'est écoulée... là il y en a trois qui me viennent à l'esprit, trois hommes qui m'ont exprimé clairement des idées suicidaires, il y avait pas de plan de passage à l'acte clairement établi, mais il y avait plusieurs

possibilités. Ceux-là ils m'ont inquiétée. Parce qu'il y en a d'autres qui en parlent mais ça m'inquiète moins.

I : Et c'est un critère d'adressage fréquent de la part des médecins généralistes ?

PS4 : Pas forcément, parce que les gens n'en parlent pas. Et j'imagine que les médecins généralistes soit ne pensent pas à poser la question, soit peuvent être frileux à poser cette question-là.

I : Donc on vous adresse plus finalement pour des états dépressifs que pour risque suicidaire ?

PS4 : Oui. Ça m'est arrivé une fois effectivement il y a quelques années, un patient il consultait que pour des idées suicidaires.

I : Il n'y avait pas d'autre diagnostic ?

PS4 : Ben pffff... il y avait un doute il était un peu... il disait pas qu'il était triste. Je pense qu'en reprenant les événements il y avait quelques éléments qui faisaient penser à un trouble bipolaire, mais euh... Il avait des idées suicidaires, après il avait une histoire de vie qui était quand même assez particulière et assez difficile, et du coup le médecin me l'avait adressé pour ça.

I : Et les patients que vous suivez pour dépression, vous les suivez combien de temps ? Il y a un moment donné ça s'arrête ?

PS4 : Oui. Alors après c'est toujours difficile à dire. Il y a des patients que je vois... moi je me suis installée ici en 2012, que je vois encore. Mais c'est pas des vrais patients... c'est pas pour une dépression. Je pourrais pas vous dire en moyenne... là je pense à une patiente, j'ai commencé à la voir en 2012 et je l'ai vue jusqu'en 2014, puis après je l'ai plus revue et je l'ai de nouveau suivie en 2018. En tout cas les suivis s'arrêtent, ou se suspendent. Et puis il y en a d'autres... alors après les rendez-vous s'espacent beaucoup, ça peut être du toutes les semaines, tous les quinze jours, toutes les trois semaines puis jusqu'à une fois tous les six mois quoi.

I : D'accord. Et à la fin du suivi il y a un lien qui est fait avec le généraliste ?

PS4 : Et ben non, ça je ne le fais pas. C'est pas bien (rire)

I : Je pose juste la question. Et dans les derniers temps est-ce que vous avez constaté qu'il y avait un changement dans le rapport aux généralistes ?

PS4 : Après, je pense que la plupart des gens qui appellent pour prendre un rendez-vous avec un psychiatre, il y en a quand même une bonne majorité qui ne passe pas par le médecin généraliste. Donc ils prennent... voilà, moi actuellement je ne prends plus de nouveau patient, sauf s'ils me sont adressés par des médecins généralistes avec qui je travaille régulièrement. Euh... après, ce que je vois, dans les coups de fils que j'ai les patients me disent c'est mon médecin généraliste qui m'a dit d'appeler et qui donnent une liste de psychiatres à contacter. Et ça, enfin en tout cas depuis que je suis sur Grenoble c'est comme ça. J'ai pas le sentiment que les choses aient vraiment changé. Soit on a des relations privilégiées avec des confrères, et à ce moment là on sait comment on fonctionne, on envoie un mail, on passe un coup de fil, on laisse un message. Ou on a des mots de passe. Après, je ... ouais.

I : Donc finalement en fait vos relations avec les médecins généralistes c'est souvent avec les mêmes...

PS4 : oui

I : et que vous avez rencontré, que vous connaissiez d'avant ?

PS4 : Et ben pas forcément. Il y a des choses assez étonnantes, je ne sais pas si vous ferez du libéral un jour mais euh... comment dire... en fonction de... moi c'est ce qu'on m'avait dit, quand tu t'installeras tu verras, la patientèle ressemble au psychiatre. Et la patientèle, enfin ... selon les médecins généralistes qui nous adressent les patients, on va avoir un profil de patient particulier. On sait... enfin... il y en a qu'on n'a pas trop envie de recevoir ! Et puis il y en a d'autres... donc on ne se connaît pas directement mais c'est étonnant parce qu'on se connaît à travers nos patients, les patients qu'on a en commun. C'est rigolo.

I : Est-ce que vous pouvez me parler d'une situation où vous avez été en difficulté avec un patient dépressif ?

PS4 : Oui. Alors c'est un patient qui avait été suivi par un de mes confrères pendant assez longtemps, et qui est venu consulter en me disant euh... ben voilà il avait envie de changer de psychiatre... c'est un homme qui a... à peu près cinquante ans, qui est séropositif, et c'est après la découverte de sa séropositivité qu'il a décompensé sur le plan de l'humeur. Ce qui a priori... la séropositivité avait été diagnostiquée peut-être une dizaine d'année avant. Et euh ... il a été suivi longuement, il a eu beaucoup de traitements médicamenteux et à un moment il était passé par le CHU et il avait une ATU pour je sais plus quel traitement... pour le SIDA. Enfin bref. Je ne sais plus si j'avais eu un lien avec les médecins généralistes... je l'avais renvoyé vers XXXX, vers le centre expert. Où il y a eu des choses qui ont été mises en place, il a été suivi par YYYYY aussi, il a eu de la rTMS et là ça va mieux. Mais ça a mis assez longtemps. Et pour le coup c'est un patient, je lui disais, je vous verrais à l'hôpital, je vous mettrais dans une chambre, je vous laisserais pas sortir. Là c'est un peu compliqué quand on voit un patient en libéral qui ne veut pas être hospitalisé. Après on essaye de mettre en place d'autres filets de sécurité pour éviter.... Et l'alliance je pense qu'elle joue un grand rôle là-dedans. Et ça a duré longtemps parce que Je vois depuis 2012, ça allait mieux depuis... 2 ans.

I : Donc là, la difficulté c'était que la thérapeutique marchait pas, que la symptomatologie persistait ?

PS4 : oui

I : et qu'il refusait de se faire hospitaliser ?

PS4 : Exactement.

I : Et son refus c'était parce que ?

PS4 : Il disait que ça servait à rien. Et il ne voulait pas être à l'hôpital. Il était ok pour essayer tous les traitements, enfin en plus il était très impliqué dans le... parce qu'il m'a dit la rTMS je n'ai pas essayé, la sismothérapie.... Il était hors de question qu'il soit hospitalisé... et lui pour le coup il y a deux ou trois fois où dans ses yeux, je me suis dit, j'espère qu'il viendra à la prochaine consultation.... Et on se sent assez démuni dans ces moments-là.

I : Et ça vous est arrivé de mettre en place des SDT ?

PS4 : Je pense que, aujourd'hui du fait du délai d'attente, du fait qu'on ne prenne pas de nouveau patient, enfin moi j'ai cette impression que du fait que je ne prenne pas de patient en urgence, je ne fais pas de SDT.

I : Mais vous, faire une SDT.

PS4 : Ah si ben quand j'étais à l'hôpital.

I : Mais en libéral.

PS4 : Je crois que... si, si je l'ai fait.

I : Parce que finalement dans ce genre de situation, où vous sentez que c'est un peu limite...

PS4 : Après euh... alors moi ça reste de mes souvenirs et de la manière dont j'ai été formée mais pour moi les idées suicidaires ce n'était pas un motif d'hospitalisation sous contrainte. Ensuite il faut quand même qu'on ait un tiers, et si les patients ne veulent pas vous donner de tiers vous l'avez pas. Euh.... De toute façon je touche du bois il n'y en a jamais un qui est passé à l'acte. Ou qui est passé à l'acte ... Ou si peut-être qu'il y a eu des passages à l'acte mais je les ai revus, ils sont revenus au rendez-vous. Je ne sais pas si, peut-être qu'aussi en libéral, il y a un lien, il y a une alliance particulière avec ... quand on voit les patients depuis un certain temps, ou même pas, il y a quelque chose qui passe et ... ça peut tenir. Sans forcément une hospitalisation, en rapprochant les consultations, soit en s'appuyant sur les médecins généralistes soit... de temps en temps il y en a certains qui acceptent que j'appelle la famille.

I : D'accord oui j'allais vous demander du coup est-ce qu'il y avait un lien avec la famille ? avec l'accord du patient ?

PS4 : Il y a pas le choix, en même temps quand je fais le recueil de donnée, s'ils ne veulent pas me donner de téléphone ... Mais je vous avoue que systématiquement, après... pour la plupart de ceux que je suis et qui ont été vraiment euh... très très mal, la famille ils savent que je les suis, donc ils se permettent de m'appeler. Il y a un lien avec la famille ça c'est sûr.

I : Et justement pour avoir des infos ça vous arrive d'appeler les médecins généralistes ?

PS4 : Euh.... J'ai dû le faire, mais c'est rare.

I : Plutôt la famille finalement si vous voulez des infos.

PS4 : Ben en fait la plupart des patients me les donnent les infos. Enfin je sais pas ... la plupart ils sont dans une démarche active et volontaire quand ils viennent consulter en libéral. La famille me donne parfois des infos, quand ça ne va pas sur le moment à la maison, ils appellent. Et après pour ce qui est des antécédents, pour l'instant je n'ai jamais eu de mauvaise surprise.

I : Et donc finalement, quand vous êtes en difficulté, vous êtes assez isolée ou vous avez facilement accès à une aide ?

PS4 : Et bien j'ai facilement.... Enfin « facilement »... en tout cas je fonctionne bien avec l'hôpital, avec XXXX et puis après j'appelle certains de mes collègues aussi quand je suis en difficulté, quand je veux faire hospitaliser, ce qui ne m'est pas arrivé depuis un moment, euh... je trouve que ce n'est pas trop difficile. Et il y a beaucoup de médecins généralistes qui prennent l'initiative d'hospitaliser à Grenoble. Moi quand j'ai commencé à Montpellier, ça ne se passait pas comme ça. Je trouve qu'ils sont assez autonomes pour plein de choses les médecins généralistes de Grenoble.

I : De patients que vous vous suivez aussi, vous trouvez que parfois c'est le médecin généraliste qui prend l'initiative de l'hospitalisation ?

PS4 : Alors en fait ce qui se passe... ou alors c'est des patients.... Là je pense à un patient schizophrène dysthymique qui ne pouvait plus venir en consultation et qui ne sortait plus de chez lui, c'est le médecin qui est venu à domicile et qui a organisé l'hospitalisation... et des fois ils viennent me voir et l'hospitalisation était déjà prévue. Et d'autre fois effectivement, les médecins généralistes ont proposé une hospitalisation. Alors moi franchement, pour que je propose que j'hospitalise quelqu'un il faut qu'il y ait de gros facteurs de gravité, il y a ... enfin voilà, pour avoir bossé en

Clinique il y a des séjours de ruptures, des choses un peu de confort voilà... il y en a qui prennent l'initiative. Sans pour autant que ça vienne Remarquez ces patients là où ce sont les médecins généralistes qui proposent l'hospitalisation sans forcément m'en avoir parlé, c'est des patients que je finis par ne plus voir... c'est pas que je refuse de les voir, c'est que je ne les revois plus en consultations.

I : D'accord. Oui c'était... j'allais vous poser la question, à ce moment-là l'hospitalisation elle est faite d'un accord conjoint ?

PS4 : Ah non il le fait de son côté. J'en ai eu un certain nombre comme ça et j'étais en train de me dire que ces patients là je ne les ai pas revus. Ou je les revois après, deux trois mois après leur sortie d'hospit', ils viennent pour quelques consult' et puis après, ils ont certainement une meilleure alliance avec leur généraliste. Et il y a un autre truc dont j'ai été assez surprise aussi, c'est qu'il y a des médecins généralistes qui mettent en place des traitements, je ne sais pas comment ça fonctionne aussi.... Après les gens moi je respecte hein, je veux dire les gens sont suivis, je les vois, mais je ne dois pas être identifiée comme une prescriptrice. Je suis vue comme une psychothérapeute, et c'est le médecin généraliste qui gère les traitements. S'il leur en a mis ben je leur dis gardez le.

I : D'accord, donc ça arrive que ça soit le médecin généraliste qui gère les traitements.

PS4 : Et ben plus ici. Moi à Montpellier les médecins généralistes déléguaient tous ce qui était psychotrope, psychothérapie et à Grenoble... alors ça dépend des généralistes mais oui, je suis surprise de voir ça.

I : Mais ça se fait naturellement, c'est pas dès le début de la prise en charge où...

PS4 : Et je crois que ça vient du patient... le patient il doit y être pour quelque chose, il doit suggérer des choses au généraliste, il y a une patiente je la vois régulièrement, enfin une fois tous les quinze jours où une fois par mois, elle me disait que ça allait pas mais moi je n'avais pas de critère de gravité et pas forcément envie de la mettre sous antidep, je ne sais pas comment elle en a parlé à son médecin généraliste, et elle me dit « bon ben, j'ai vu mon généraliste, il m'a donné du DEROXAT, ça va mieux »... ah ok très bien. Donc je pense que ça doit être suggéré... et dans leur tête moi je suis juste la personne à qui on parle et le généraliste il s'occupe des médicaments. Et certains généralistes, je pense qu'ils ont été surpris que je leur dise moi je peux m'occuper du renouvellement des psychotropes si vous le souhaitez.

I : Ben on a fait le tour. Juste est-ce qu'il y a, par rapport justement à cette coopération entre médecin généraliste-psychiatre en général, des choses dont on n'a pas parlé ?

PS4 : Je pense qu'on a beaucoup d'efforts à faire nous les psychiatres. C'est ce que disent les médecins généralistes, mes profs qui disaient ça aussi, on est des personnes qui écoutons mais on ne sait pas trop communiquer avec les autres. Après euh... la psychiatrie est en train de changer, je pense qu'il y avait ... La prédominance de la psychanalyse, on ne dit rien, ça reste... et là ça crée un climat de... enfin je ne sais pas si vous, vous l'avez expérimenté mais entre nous, entre médecins les psychiatres on est quand même ...(rire)... c'est ce qu'on dit mais moi j'ai une copine qui est généraliste et qui me dit ouais les psychiatres c'est difficile de communiquer. Mais je pense que ça change. Après c'est à nous de faire l'effort.

I : Et ces efforts il faudrait les axer sur quoi ?

PS4 : Et ben je pense que sur le courrier... c'est tout bête mais... enfin moi quand je suis arrivée sur Grenoble je connaissais, je connaissais forcément aucun médecin généraliste, donc à chaque fois que je recevais un nouveau patient j'envoyais un courrier au médecin généraliste et du coup mon nom s'est connu très rapidement et du coup les patients me disaient « oui c'est mon médecin généraliste qui m'a dit de venir vous voir, c'est le Dr untel » et c'est des médecins généralistes à qui j'avais envoyé un courrier. Donc après, après peut être ... mais c'est pareil après en libéral faire des courriers en milieu de suivi, en fin de suivi euh... et puis peut être qu'après on ne voit pas trop l'utilité quand on voit que le patient va mieux. Après je ne sais pas hein, faudrait peut-être leur demander leurs besoins à eux. Peut-être que vous allez le faire d'ailleurs, ce qu'ils attendent des psychiatres. Ouais peut-être d'être plus communiquant. Mais je crois que ça commence à se faire, il y a des DU, des choses comme ça. Vous savez ces réunions.... C'est pas des APP... On réunit des médecins... je ne sais plus comment ça s'appelle... Ça se fait en libéral.... C'est des réunions où il y a des médecins généralistes qui sont réunis sur thème, et il y a des psychiatres qui interviennent... pas que des psychiatres j'imagine qu'avec des rhumato, des dermato....

I : Et vous êtes contacté comment pour ça ?

PS4 : Euh... par quel réseau ça se fait... ? C'est les médecins généralistes qui sont contactés... Punaise les mots me manquent... vous savez qu'on a une obligation de formation là ? ... Le DPC ! Il y a un autre truc, formation continue, il y a un organisme qui relaie les... je sais qu'il y a des collègues qui ont donné des cours.

PS5

I : Est-ce que tu pourrais me parler de ton dernier patient dépressif, que tu as vu ?

PS5 : Euh... alors moi j'ai une mémoire de poisson rouge...

I : Le dernier qui te vient, en tout cas...

PS5 : C'est comme de savoir ce qu'on a mangé la veille au soir, c'est toujours ultra compliqué... Le dernier patient dépressif... En tout cas que j'ai vu ici, il y a un monsieur qui est venu... C'est une problématique à la fois familiale et professionnelle. Une histoire d'un mec qui est très brillant, qui se sait très brillant, qui vit dans une famille comme ça, avec une exigence à la réussite, une peu dans une doctrine volontariste... Et qui s'est retrouvé dans une situation un peu de burnout professionnel. Il sort de centrale, tout ça... Il bossait dans, on va dire, dans des trucs de haut de gamme du BTP, et bref... Dans un gros groupe et il se retrouvait à plus pouvoir, etc... Il a divorcé, du coup le divorce c'est compliqué, et... du coup il a 2 enfants et il a changé de job, et il est arrivé aux urgences dans un moment... alors c'est surtout une composante anxieuse, mais avec aussi une vraie dégradation dépressive, avec une incapacité à se concentrer, une espèce d'altération de ce dogme volontariste qu'il avait, où il est capable de tout, il se sait super performant, et en même temps, il n'arrivait plus à rien, et c'était super compliqué de ne plus arriver à être performant dans le boulot et, toujours dans des boulots où c'est du défi intellectuel, etc... Donc assez compliqué, avec une dimension de retentissement sur le sommeil, sur les activités et le plaisir dans la vie pro... L'appétit, pas trop... Je sais plus très bien, parce que c'est le dernier patient que j'ai vu ici, je me souviens plus trop des circonstances d'arrivée aux urgences... Mais je crois qu'il y avait eu véritablement des préoccupations suicidaires qui l'avaient conduit aux urgences.

I : C'était lui-même qui avait fait la démarche d'aller aux urgences ?

PS5 : Euh... je... Oui ! C'était lui, je pense qu'ils ne savaient pas bien, sa famille, ils lui disaient d'aller se faire soigner, et il a été pris d'une nouvelle crise d'angoisse dans un nouveau job, qu'il commençait avec un nouveau défi. C'est assez loin mais il s'est dit je viens à Grenoble parce qu'il y a des urgences psychiatriques. Et depuis il est suivi ici au CTAI.

I : Il y avait un lien avec son médecin généraliste, à propos de ses...

PS5 : Justement je l'ai interrogé, c'est aussi justement ce genre de situation avec des gens qui ont vaguement un médecin généraliste, mais pour lesquels il n'y a pas forcément un lien super construit, et du coup, c'est compliqué parce qu'au CTAI, on essaye au maximum de créer ce lien, parce que nous on ne fait que 2 mois de suivi, c'est forfaitaire. L'idée, c'est d'être soucieux du devenir des patients au-delà des 2 mois, mais certains n'ont pas besoin d'un suivi psy à proprement parler, la crise s'est apaisée etc... Mais si jamais traitement il y a eu, au minimum il faut un lien avec le médecin généraliste, et on aime bien qu'il y ait quelqu'un de l'univers du soin qui puisse être au courant et garder un œil sur la situation. Et donc, et voilà. Mais là, en l'occurrence, le médecin généraliste... voilà il n'avait pas l'air d'avoir une accroche suffisante pour qu'on puisse s'en saisir comme soutien potentiel.

I : Mais ça peut arriver avec d'autres patients ?

PS5 : On essaye de faire en sorte que ça n'arrive pas, mais c'est laborieux... Ce qui complique un peu les choses, c'est que le... je ne sais plus ce que je voulais dire... sur le fait que du coup...

I : Sur le fait de s'appuyer sur les généralistes ?

PS5 : Ouais c'est ça, ce qui est compliqué, c'est que sur le CTAI, au niveau médical on a assez peu de temps, on est là une demi-journée par jour au niveau médical. 4h de présence médicale au CTAI. Aujourd'hui c'est un peu spécial, mais tous les autres jours on n'est là que 4H, on a nos consultations, et du coup, ça fait vraiment partie intégrante du projet de faire le lien avec le généraliste, mais je me rends compte que pour nos collègues psychologues et infirmières, elles ont du mal à initier ce lien, faire la démarche d'appeler le médecin, elles attendent que le médecin parle au médecin, et ainsi de suite... Elles, elles auraient le temps, mais c'est compliqué de les mobiliser là-dessus... Et nous, ben moi, quand j'ai le temps, j'essaye, mais des fois tu tombes sur les conduites pour aller sur doctolib.fr pour prendre rendez-vous. Ça ne répond pas, etc... Tu lâches l'affaire parce que t'as une consultation... Voilà... Je ne sais pas, il faut qu'on repense cette question du lien avec le médecin généraliste, comment on arrive à être plus systématique... L'enjeu ça serait au minimum qu'un interlocuteur médical soit au courant que le patient est pris en charge au niveau psy, et qu'à un moment il y a eu une crise sans entrer dans le détail... Pour qu'il y ait un peu de lien qui se fasse.

I : Et du coup, ça vous est arrivé de créer une prise en charge en partenariat où vraiment il a son rôle dans les soins psychiques ?

PS5 : On essaye de le faire, par exemple, sur la question de la prescription médicamenteuse, parce que nous on est là que sur 2 mois. Ce qu'on essaye de faire... C'est aussi ce qui permet de motiver l'appel au médecin généraliste, d'expliquer que nous on ne souhaite pas trop faire la part prescription, parce qu'on ne pourra pas être dans le renouvellement, et que si on commence un antidépresseur, en principe, c'est pour 6 mois... Voilà, il va prendre rendez-vous, est ce que vous pourriez... ? C'est l'occasion d'en parler et d'avoir un motif d'appel... Parce que, c'est vrai que des fois t'as un peu l'impression d'être le cheveu sur la soupe, parce qu'on dit qu'on voit ce patient, il est suivi au CAI, ça va durer 2 mois... Oui, d'accord... Voilà, je voulais vous le dire... Tu vois... Et en plus, souvent tu tombes pendant une consultation, il ne peut pas vraiment échanger... Ce n'est pas toujours facile... Mais pour nous, comme pour eux, parce que nous on n'est pas dispo pour appeler, et si jamais eux ils appellent on n'est pas forcément hyper dispo pour répondre et vice versa, quoi...

I : Mais globalement quand vous êtes en lien, tu as l'impression que les échanges sont plutôt cordiaux ? C'est accueilli comment ?

PS5 : Là je te parle du CTAI, qui est un truc qui a une temporalité particulière... Mais clairement, sur les situations d'urgences, quand tu appelles le généraliste, surtout quand il est adresseur, là c'est un soulagement que tu sens au téléphone et une attention qui est très présente. Au CTAI pour l'instant... Je te parle de 3 mois d'expérience, les appels, si j'en ai eu 3 ou 4, c'est bien le maximum pour l'instant... Tu tombes parfois un peu à contre-temps... Ce n'est pas forcément ce qui le préoccupe à mort pour son patient, ça, ce moment... Oui, tu as une écoute, mais tu es... Voilà ce n'est pas forcément... Mais je pense que la logique ce serait plutôt, au même titre que quand tu fais une hospitalisation un peu longue... qu'on fasse plutôt un écrit pour avertir, et qu'eux ils appellent s'ils ont des questions pour détailler un peu les choses.

I : Tu as l'impression que ça serait un bon outil, un bon média ?

PS5 : Oui, moi ce que j'étais en train de me dire... Prendre du temps d'écrire c'est compliqué, mais peut être voir avec ma secrétaire pour faire un courrier-type, comme ça, ça motiverait un peu aussi... Le fait qu'on ait un courrier à envoyer, on insistera plus pour obtenir un généraliste pour chaque patient, parce qu'on essaye de le noter, mais c'est plus ou moins bien renseigné... Voilà, « votre patient est suivi au CTAI pour une situation de crise psychique, il va être suivi pendant 2 mois, si vous voulez des informations... On va être amené à vous recontacter... » Voilà un courrier-type, on l'a vu, si vous voulez des infos, appelez nous. C'est des pistes qu'on est en train d'explorer, parce qu'on

essaye de faire du lien... Parce que vraiment c'est important, parce que ça peut être notre relais. Le but du jeu du CTAI ce n'est pas d'envoyer tout le monde au CMP au bout des 2 mois, mais d'ajuster un peu les prises en charges au besoin, et aux moyens actuels de la médecine, et en l'occurrence sur la psychiatrie, c'est compliqué... Après, sur la médecine générale, ce n'est pas simple non plus... Nos jeunes patients qu'on harcèle un peu « vous avez pris rdv avec un généraliste ? Vous avez un médecin traitant désormais ? » Mais en fait ils galèrent... ça devient compliqué aujourd'hui d'obtenir un médecin traitant dans l'agglomération. Voilà... Je pense, en insistant un peu, ça reste possible, mais il y a beaucoup de patients qui sont en difficulté pour trouver un médecin traitant.

I : D'accord. Tu as l'impression qu'il y aurait des points améliorables dans le lien avec les psychiatres et les généralistes ?

PS5 : Ah et bien ça je pense qu'on peut difficilement faire plus améliorable... Oui tout est... Je pense que, si tu veux, enfin l'expérience que j'ai... Alors bon... On ne va pas disserter sur les freins psychologiques éventuellement inconscients, ceci cela... Mais finalement, ce dont je me rends compte c'est que... Pour avoir fait... Moi comme interne j'ai fait un droit de remords vers la psychiatrie, j'ai fait 3 semestres en médecine générale, la plupart de mes copains sont généralistes... Bon, après j'ai quand même des copains psychiatres... Mais j'ai un lien avec la médecine générale qui est fort et je suis assez soucieux de ce que vivent les collègues généralistes, et donc, dès le départ, cette question de lien avec la médecine générale, je me suis rendu compte qu'il y avait un souci, et qu'on n'était pas bons... Eh bien, j'ai beau le savoir, je n'y arrive pas tellement bien... Alors bon, je suis un velléitaire notoire, donc je n'arrive pas à me mobiliser et je suis peut-être juste fainéant, mais je pense qu'il y a quelque chose qui fait que ce n'est pas si simple... C'est un peu laborieux, mais je n'arrive pas à dire quoi... On n'est pas, on n'arrive pas... Alors je ne le fais plus... Plus ça va, plus je fais d'efforts, en particulier au niveau des urgences, de faire du lien avec le maximum des interlocuteurs, je dirais écologiques, du patient... Parce que t'es toujours efforcé, dans l'évaluation initiale aux urgences, d'avoir plus d'informations, et de faire du lien, c'est généralement... C'est plus souvent quelque chose qui va te conforter dans ta prise en charge, que quelque chose qui va devoir te faire changer ton fusil d'épaule... ça arrive parce que tu vas appeler une famille, ou un médecin, et tu vas avoir « nan, nan, nan, ce n'est pas possible, il faut absolument l'hospitaliser » et ça devient compliqué. Mais globalement tu as des gens qui comprennent bien, et quand tu expliques les réalités de terrain, les gens comprennent, parce qu'aux urgences, tu ne peux pas travailler pareil, en fonction des moments. Parce qu'à certains moments, c'est tranquille, tu vois 3 patients dans la journée, t'as des lits... Comme c'est le cas en ce moment à l'UCAp om, c'est super tranquille... Et 2 jours plus tard, c'est le feu, et tu ne peux pas maintenir les gens 4 jours dans un couloir sur un brancard. Tu es obligé de dégrader un peu tes indications et de rentrer en mode « médecine de catastrophe » et tu règles le plus grave, et tout le reste... tu l'exclus... Autant certains interlocuteurs comme les familles, ça peut être compliqué, autant les médecins ils comprennent. Donc l'interaction est plutôt bénéfique, par rapport à ça. C'est plutôt bien reçu par les généralistes, quand on dit « oui dans l'absolu il faudrait l'hospitaliser mais actuellement, ce n'est pas possible, s'il revient dans 5 jours on pourra ». Ça excite probablement de l'animosité à l'égard des urgences et des psychiatres qui y travaillent, ou des urgentistes de la part des confrères libéraux.

I : Au niveau de ta pratique des urgences, alors, j'ai déjà interrogé XXXX, qui m'a donné son point de vue sur la situation, mais j'ai l'impression qu'il y a pas mal de fois où le médecin traitant est adresseur, avec des fois où on ne peut pas répondre à leurs besoins, est ce que tu as l'impression que le lien avec lui se fait d'une bonne façon avec lui, à ce moment-là ? Que le dialogue est facile avec lui ?

PS5 : Le dialogue... pffff... C'est très variable... Je pense qu'on est vite contaminé par les mauvais exemples... Je pense que XXXX avait certainement à l'esprit les mêmes mauvais exemples que moi. On a beau leur expliquer 20 fois qu'on ne peut pas faire des ASPDT systématiquement pour des patients alcooliques... Elle t'a sûrement donné le même exemple, que ce n'est pas adapté, que oui la situation est inquiétante, mais que la SDT n'est pas la réponse. Ils te renvoient malgré tout, ils te réadressent 5-10 fois de suite... Mais je pense que l'esprit humain retient plus les mauvaises expériences que les bonnes... Après, moi je reste, voilà... Je suis toujours un partisan de communiquer, et je trouve que ça vaut toujours le coup de faire un retour, et la plupart des fois où je le faisais en trainant les pieds, en me disant « la barbe, je vais devoir expliquer au médecin généraliste que ceci ou cela, alors qu'il me l'a adressé et que je vais dire niet, et que je préférerais ne pas le faire parce que, spontanément, la facilité c'est de fuir », bah, finalement t'as quelque chose d'un peu gratifiant qui comprend ta pratique au téléphone, qui certes est en difficulté avec le patient mais... des fois d'expliquer, finalement et je pense que c'est vrai pour toute la médecine, on a des visions très vagues des services ou du travail d'une discipline médicale, ou d'un autre mode d'exercice médical. Et à partir du moment où on explique mieux les choses, on comprend ces impératifs, et ce qui limite les possibilités d'agir, et on s'assouplit. Je pense que voilà... Finalement la plupart des échanges quand tu expliques... Parce que les échanges en jeu c'est ceux où on n'est pas d'accord, les vrais échanges entre guillemets c'est ceux où tu dis « bah non, on ne va pas faire ce que vous demandez ». C'est l'enjeu de la communication professionnelle dans tous les domaines.

I : Est-ce que tu as l'impression qu'il y a un changement au niveau de la communication ces derniers temps ?

PS5 : Moi je change... ! rire... Moi, je le fais beaucoup plus, parce que peut-être que l'expérience montre que c'est bénéfique, que c'est le fruit de réflexions autour de ce projet, d'une réflexion autour d'enjeux de santé publique. A un moment donné, il faut avoir une réponse la plus ajusté à l'échelle des populations, et de faire en sorte que le soin profite au plus grand nombre, etc... Et du coup, effectivement, c'est à mon avis la communication entre professionnels qui peut améliorer ça. Donc j'en suis de plus en plus soucieux. Je pense que la psychiatrie fait vraiment des efforts, et je pense que les 10 dernières années, les choses ont évolué plutôt favorablement. Entretemps, il y a aussi une énorme crise de la psychiatrie, qui fait qu'on ait encore moins de temps et de disponibilité pour le faire. Mais je pense qu'on est plus soucieux de le faire. Parce que, d'une manière générale, la psychiatrie est moins coupée des enjeux somatiques, qu'elle ne l'était par le passé, il y a moins ce clivage entre médecine somatique et psychiatrie, et d'espèce d'incommunicabilité de principe. Je pense qu'il y avait cette espèce de culture invouée, « nan, on ne peut pas parler », une facilité... non pas une facilité, parce que c'était réfléchi, mais une tendance à se retrancher derrière le secret et qu'on ne doit pas communiquer de façon excessive... Bon, je pense que ça on a un peu lâché du lest là-dessus.

I : Ça marche. Est-ce que tu as une situation en tête où toi tu avais été en difficulté, en tant que psychiatre, avec un patient dépressif et que tu te dis que peut être le médecin généraliste aurait pu simplifier les choses ? Des moments où clairement le fait que le médecin généraliste soit là puisse simplifier les choses ?

PS5 : Oui, très clairement. En fait, un des enjeux sur le CTAI, mais alors ça, pour le coup, on n'y est pas encore du tout, pour toutes les raisons que je t'ai déjà un peu expliquées, c'est de dire qu'il faut qu'on arrive à tâter le terrain, un peu du côté du généraliste, pour savoir dans quelle mesure il est capable de s'impliquer, et de considérer si c'est un relais à l'issue du CTAI. Le problème c'est qu'on peine à le faire, il y a très peu de situations où on est dans une interaction telle que « lui la psy c'est quelque chose qui l'intéresse qu'on va lui refiler le bébé sans crainte », pour le moment j'ai pas de

situation où ça s'est vraiment déroulé comme ça, mais c'était effectivement ça l'idée, parce que les patients qu'on voit au CTAI ne sont pas des patients « psychiatriques » en tant que tel, c'est des situations de crise psychique, des gens qui ont des problèmes avec le travail, le couple, ceci, cela... Ils sont éventuellement déprimés, mais bon, je considère que la dépression c'est de la psychiatrie, mais ça peut être des enjeux de médecine générale. Finalement la majorité des patients qu'on voit ici peuvent relever d'une certaine manière de la médecine générale. Donc euh, voilà c'est vrai que ça permettrait d'éviter d'orienter, bah, vers le CMP où c'est compliqué, où il n'y a pas de rdv possible. Voilà ça peut être un soulagement. Alors je vais peut-être faire un retour sur ce que tu disais à propos des échanges qu'on a ou pas avec les adresseurs. Souvent, on regrette que l'adresseur ne nous ait pas contacté avant. C'est vrai pour la médecine générale, c'est encore plus vrai avec les collègues psychiatres, quand tu te retrouves avec un patient aux urgences où t'as un courrier, mais pas d'appels, et qui si tu avais eu l'appel, on aurait pu expliquer le contexte des urgences, ce qui allait s'y passer véritablement, de conseiller le médecin et d'éviter que le patient se retrouve sur un brancard à attendre 48h, alors qu'on aurait pu faire autrement... Et effectivement, je pense que ces enjeux de communication ils peuvent directement impacter la condition d'accueil du patient, et même la santé du patient directement. Parce que les conditions d'accueil aux urgences sont extrêmement iatrogènes, dans beaucoup de situations.

I : Et qu'est ce qui fait qu'il n'y a pas eu cette communication, qu'ils n'appellent pas ?

PS5 : Alors... pff... Je pense qu'on est tous contaminés par une dérive un peu « urgence » de la médecine, où l'urgence est devenue le réceptacle de... de tout ce qui... tout ce qui, à un moment donné, n'a pas une solution immédiate, enfin, n'a pas de solution qui nécessite quelque chose d'immédiat, mais il n'y a pas de solution... Et c'est un peu assumé comme tel aux urgences. Les urgences c'est devenu, pour les services de soin somatique, la porte d'entrée nécessaire. A un moment donné, il y a quasiment la consigne, si tu dois être hospitalisé en neuro, tu devras passer par le service des urgences, où on te bilantera, même si ce n'est pas une urgence absolue... Tout est contaminé, et même les patients aussi, hein, qui, comme ça, n'arrivent plus à avoir de suivi, tout passe par les urgences. Je pense qu'effectivement on est contaminé par ça nous-mêmes, les collègues de ville aussi... Il y a un patient, il y a un problème, moi je n'ai pas de solution est c'est un peu sérieux, bah, c'est urgences... Mais ensuite faire la démarche de... voilà c'est compliqué de... on se dit qu'on ne va peut-être pas être bien reçus au téléphone, qu'ils ne seront pas disponibles pour nous répondre, que voilà, il y a, je pense une tendance... mais je pense qu'on a tous, comme quand je te dis que j'ai la flemme d'appeler un généraliste parce que je ne sais pas comment je vais être reçu, comment ça va discuter. Et bah, je crois que c'est pareil pour eux, « non mais il va me dire que ce n'est pas pertinent, que je n'aurais pas dû, etc... de toutes façons, aux urgences, ils seront bien obligés de le prendre en charge ». Il y a une facilité à ne pas appeler et à ne pas communiquer. Et ça marche dans les deux sens.

I : Moi j'ai fait le tour, c'était très intéressant. Est-ce que tu vois d'autres choses qui te viennent en tête, quand on aborde ce sujet-là, et qu'on n'aurait pas dites ?

PS5 : Non, je ne crois pas...euh peut-être que c'est des sujets que XXXX a peut-être abordé. Il y a la question de réussir à communiquer, à faire la pédagogie avec les généralistes concernant les modalités de soins, la question des contraintes qui est très mal connue au final, parce que quand t'es généraliste et que ça t'arrive une fois dans l'année de faire une contrainte, forcément du connais mal le dispositif, t'as vite fait d'oublier les formulaires, ceci, cela... Il y a un enjeu, là-dessus, d'expliquer, de réexpliquer les enjeux de psychiatrie publique hospitalière. Euh... voilà... Mais après je crois que l'enjeu et les sujets sont à peu près abordés.

PS6

I : Est-ce que vous pouvez me parler du dernier patient dépressif que vous avez pris en charge ?

PS6 : Celle qui est partie à l'instant là... mais j'en ai beaucoup... c'est une patiente qui souffre d'irritabilité et de ruminations... j'essaye de l'aider à la fois sur un plan médicamenteux et comme son irritabilité était assez importante, j'ai fait le choix de la Sertraline et comme les ruminations sont un symptôme qui est assez difficile à contrôler, on a dû mettre des doses un peu plus élevées que la moyenne. Elle a tendance à se replier sur elle... et dans les choses qui peuvent être bien pour elle c'est qu'elle exprime sa colère et dans les choses qui peuvent être moins bien c'est qu'elle se met en colère ou qu'elle s'inquiète pour pas grand-chose et elle a tendance à être très stressée au travail. Aujourd'hui j'en ai vu plusieurs.... Je me souviens avoir vu un médecin par exemple, qui a fait un burn out, qui faisait 70h par semaine, en libéral dans un village du Dauphiné et euh... voilà je l'ai aidé dans son burn out, il finit par accepter de réorienter sa pratique, c'est un médecin qui maintenant fait plutôt des activités institutionnelles, qui a diminué son temps de travail et qui a changé sa façon de voir les choses. C'était un burn out typique avec une déshumanisation des patients, un émoussement des affects, une indifférence... Donc c'est deux patients aujourd'hui que j'ai vus J'ai vu une fille que je connais bien parce que je suis sa mère depuis longtemps et qui a un Syndrome d'Asperger, que j'ai orientée chez XXX qui a confirmé effectivement un Spectre du Trouble Autistique comme dit dans le DSM 5...

I : C'est une pédopsychiatre ?

PS6 : XXX est une neuropsychologue à VOIRON qui est LA spécialiste du diagnostic de l'autisme, je travaille souvent avec elle, je la connais depuis longtemps.

I : Et donc pour ces patients, est-ce qu'il y avait un lien avec le médecin généraliste ? Est-ce qu'ils avaient été adressés par un médecin ?

PS6 : Alors, la plupart des patients que j'ai vus aujourd'hui m'ont été adressés par leur généraliste. Et pour les généralistes avec qui je travaille, il y a un lien qui s'est établi. Après on a toujours en psychiatrie le bouche-à-oreille qui marche, les patients qui ont été suivis qui donnent notre nom, et puis il y a les médecins qui me connaissent, avec qui je travaille qui ont les retours et ce que les patients leur disent sur ma façon de les prendre en charge ... Voilà ceux qui sont en réseau parce qu'ils croient en la psychanalyse ceux-là ils ne m'envoient pas des patients, ils ont déjà leur réseau. Et ceux qui en gros savent que je mets à l'aise les gens, que je leur parle et que je ne les laisse jamais dans le silence, la plupart font appel à moi pour tous les gens qui ont peur de voir ce genre de psy traditionnel, caricatural et freudien.

I : D'accord.

PS6 : J'ai donc effectivement des médecins généralistes qui me prescrivent de façon régulière.

I : Et pour vous le médecin généraliste dans la prise en charge de ces patients il se place où ?

PS6 : Alors s'il est prescripteur, je le contacte assez directement pour lui demander s'il souhaite continuer et que moi je m'occupe uniquement de la psychothérapie ou s'il souhaite que je m'occupe aussi de la partie médicament. Parce qu'il y a des collègues psychiatres qui ne veulent pas du tout faire les deux. Les psychanalystes ils ne veulent pas. Donc moi je fais l'un ou l'autre ou les deux et euh... généralement quand il y a des médicaments qui sont éventuellement contre-indiqués pour moi dans ce que je fais comme les bêtabloquants j'ai coutume de téléphoner au généraliste et de respecter, en tout cas quand c'est lui qui est prescripteur, de ne pas interférer avec sa pratique et je

l'appelle toujours pour savoir s'ils sont d'accord sur un protocole et puis pour créer un lien, un échange. Ça m'arrive très souvent de les appeler. Ou de dire au patient qu'ils peuvent m'appeler, s'ils le souhaitent. Je donne souvent mon téléphone portable personnel pour qu'ils puissent me joindre.

I : Et donc ce contact a essentiellement un rôle de définition des rôles de chacun ?

PS6 : Non, on peut également échanger sur nos impressions, sur la gravité d'un patient, ou menace suicidaire, ou la nécessité d'une hospitalisation. Pour la plupart des choses graves, je trouve qu'il faut se concerter avec le médecin généraliste. Il se trouve que j'ai, pendant toute ces années j'ai travaillé avec plusieurs d'entre eux et il y en a avec qui je suis très proche. Et en particulier j'ai un accord avec YYYY, très simple c'est que à chaque fois qu'elle a un patient, je peux le prendre en urgence et en revanche quand j'ai des patients qui n'ont pas de médecin généraliste elle accepte de faire une entorse à son règlement et d'en prendre des nouveaux dans sa patientèle.

I : ça arrive souvent ça que les patients ils n'aient pas de médecins généralistes ?

PS6 : Ça arrive très souvent. J'avais un très bon lien avec un médecin qui est parti à la retraite cette année et qui n'a pas de remplaçant, il y a cinq généralistes qui sont partis à la retraite cette année et qui n'ont pas trouvé de remplaçant. Donc c'est compliqué, j'essaye de les orienter vers des généralistes que je connais, qui sont généralement chaleureux. J'accorde beaucoup d'importance au côté chaleureux de l'accueil.

I : et donc vous avez mentionné les appels téléphoniques, est-ce que vous utilisez d'autres moyens de communication ?

PS6 : Le mail essentiellement. Les rendez-vous je passe par la messagerie. Je ne donne pas de rendez-vous par téléphone.

I : Au patient du coup ?

PS6 : Oui, je leur dis de ne pas m'appeler, de m'écrire par mail leurs disponibilités et je regarde ce qui correspond avec mon emploi du temps.

I : Et c'est aussi un moyen de communication avec les médecins généralistes ?

PS6 : Alors c'est un moyen pour communiquer d'abord avec le patient, je peux envoyer parfois une ordonnance comme ça. C'est un moyen aussi avec le généraliste de fixer un rendez-vous téléphonique. Je fais également... actuellement pour des personnes que j'ai suivies... je fais une thérapie par Skype une fois par semaine, tous les quinze jours à peu près. Donc avec les généralistes c'est par téléphone ou par mail.

I : Vous vous adaptez finalement aux besoins des généralistes ?

PS6 : Oui. Oui je leur dis souvent que je n'ai pas le temps dans la journée comme eux et qu'on peut s'appeler le soir.

I : Est-ce que selon vous il y a des points à améliorer dans la communication avec les généralistes ?

PS6 : Avec les généralistes je ne trouve pas. Ça se passe très bien, j'ai même des correspondants homéopathes. Quand ils n'arrivent pas à traiter par homéopathie, qu'il y a besoin de traitement, ils m'adressent les patients. J'ai jamais eu de problèmes. Les médecins hospitaliers, c'est plus compliqué, ils sont plus difficiles à joindre, pour communiquer avec eux... ça n'a pas beaucoup changé.

I : Vous parlez des psychiatres ?

PS6 : Non, les psychiatres, quand on peut les avoir, on arrive à se parler. Mais dans les services hospitaliers, joindre quelqu'un c'est quasiment impossible. Et puis il n'y a jamais de place...

I : Vous avez des difficultés vous à faire hospitaliser les patients ?

PS6 : Oui. Il y a vraiment très peu de place disponible. Et puis depuis la période de mon internat, on a réduit de trois quarts par exemple le nombre de lits à Saint-Egreve. Mais moi j'hospitalise très peu à Saint-Egreve. Pourtant je ne travaille pas loin de Saint-Egreve. Je travaille avec la clinique Lyon Lumière à Meyzieu, je travaille avec la clinique d'Annemasse à Ville-la-grand. Et puis je travaille avec la Clinique du Dauphiné et la Clinique du Grésivaudan. J'ai adressé très peu de patients à Saint-Egrève.

I : Et ça vous arrive de faire des courriers ?

PS6 : Alors, je déteste les courriers, c'est vraiment mon handicap. Par contre je fais des certificats, ça oui sans arrêt. Et puis je préfère téléphoner au médecin généraliste ou aux gens.

I : Les certificats... les arrêts de travail par exemple ?

PS6 : Non, je pense aux certificats pour une reconnaissance de travailleur handicapé, et des dossiers de ce genre où il faut répondre... Mais faire des lettres aux généralistes non je n'en fais pas.

I : D'accord. Est-ce que vous avez une situation de prise en charge collaborative avec le médecin généraliste, pour une situation de crise suicidaire par exemple ?

PS6 : Oui. Après au cas par cas, mais oui je vous dis, par exemple pour un risque suicidaire, je fais appel au généraliste.

I : Et dans ces moments-là comment ça s'articule ?

PS6 : On peut alterner nos consultations, le recevoir, faire un filet de sécurité autour du patient pour discuter s'il doit se faire hospitaliser, ou ça peut arriver pour faire un placement. Faire un internement à la demande de la famille par exemple. C'est assez rare ça. Mais la plupart du temps c'est plus pour mettre au point une stratégie de prévention, d'être là quoi...et puis être sûr qu'on est bien en phase.

D'ailleurs dans ces cas-là il n'y a pas que le médecin généraliste, il peut y avoir la famille qui joue un rôle. Quand il y a un risque suicidaire, je n'observe pas le secret, je mets un maximum de gens autour pour protéger la personne, surtout quand elle ne veut pas être hospitaliser, et tout en essayant de la convaincre, j'appelle la famille. Et j'appelle le médecin généraliste en premier.

J'ai fait beaucoup de formation aux généralistes, soit de la sexologie, soit de la thérapie comportementale, dans le cadre de MG form' et d'autres associations.... Voilà j'ai toujours eu de très bons contacts avec les médecins généralistes, bien meilleurs qu'avec mes collègues.

I : Ces formations ça se fait dans quel cadre ?

PS6 : MG form'

I : C'est un organisme ?

PS6 : C'est l'organisme de formation de la MG France. C'est des formations sur deux jours. J'ai beaucoup aimé faire ça.

I : Et est-ce que ces formations ça a été l'occasion de créer des liens particuliers avec les médecins généralistes ?

PS6 : Oui. Le fait de se connaître. Surtout ça a duré deux jours, il y a ZZZ qui organisait ça, et sur Lyon j'en ai fait pas mal. PPP aussi qui était généraliste et qui était responsable de la MG France. Je suis beaucoup intervenu auprès des MG.

I : Et quand vous dites que vous pouvez prendre un patient en urgence, généralement c'est sur quel délai ?

PS6 : Si un généraliste que je connais m'appelle, et bien on discute, moi généralement je le conseille, si besoin... il y en a qui me demandent pour les traitements, je peux conseiller sur les traitements par téléphone. Soit et bien le plus vite possible quand il y a un risque suicidaire bien entendu.

I : Et ça arrive que vous donniez un avis, et que vous ne voyez pas le patient ?

PS6 : Oui. Avec certains généralistes, c'est comme ça. Ça m'est arrivé de considérer que le patient est mieux avec le médecin généraliste, a priori il lui fait confiance, il a commencé un traitement, et éventuellement il me demande un conseil sur une stratégie médicamenteuse ou sur la prise en charge en général. Oui avec quelques-uns on fait comme ça.

I : D'accord. Est-ce que vous avez vu une évolution dans le lien avec les généralistes ?

PS6 : Alors j'ai plus de lien avec les gens, disons, qui ont plus mon âge et euh... ou un peu moins, c'est-à-dire la cinquantaine, et j'ai peu de lien avec les jeunes généralistes qui viennent de s'installer. C'est probablement une question de génération.

I : Mais pour vous les liens ont toujours été bons.

PS6 : Oui.

I : Et ce que vous pouvez me parler d'une situation où vous avez été en difficulté avec un patient dépressif ?

PS6 : C'est arrivé souvent comme je vous dis avec les menaces suicidaires, qu'on doit établir un filet de sécurité avec le médecin généraliste. Après voilà ça ne m'arrive pas tous les jours non plus hein, mais voilà par exemple j'avais une patiente très abandonnique, donc à chaque fois qu'une relation se finissait mal, elle était suicidaire, elle se scarifiait, elle se tapait la tête contre les murs. Donc on essayait en général avec la famille et le généraliste d'être très présents.

I : Donc c'est essentiellement avec les crises suicidaires ?

PS6 : Oui. J'ai eu aussi des prises en charges autour des institutions qui prennent en charge les autistes. J'essaye là aussi de réagir assez vite quand il y a des phases de crise. En cas de crise maniaque également, de bouffée délirante, il faut être très réactif. Dans les bouffées délirantes typiquement il est arrivé en attendant la réponse des institutions que le traitement ait marché et qu'il n'y ait plus besoin d'hospitalisation.

I : Et pour vous le médecin généraliste peut vraiment être un soutien dans la prise en charge des patients.

PS6 : Ah mais absolument. Dans la mesure où je peux aussi prendre la famille comme co-thérapeute dans ma façon de voir la thérapie, je n'isole pas le patient de son cadre. En thérapie comportementale on peut décider de prendre comme co-thérapeute des gens, que ce soit un psychologue, un médecin, un membre de la famille. A partir du moment où le patient est d'accord je reçois systématiquement la famille et si le patient est suicidaire je parle directement à la famille s'il y a un cas franchement dangereux, un accès paranoïaque, des menaces de morts, des choses comme

ça, oui là c'est absolument nécessaire qu'il y ait le plus de gens possible au courant de la dangerosité potentielle.

I : D'accord. Donc là on a bien fait le tour. Est-ce qu'il y a quelque chose dont on n'a pas parlé par rapport à ce lien avec les médecins généralistes que vous voudriez aborder ?

PS6 : Pour moi dans ma vie professionnelle, je pense beaucoup avec les formations que j'ai animées, ça s'est toujours bien passé. Les formations m'ont permis de rencontrer les gens, les généralistes et puis de présenter un point de vue. Et puis surtout les gens voient comment on travaille. Ils voient un peu la manière d'aborder les choses, qui peut être différente de ce qu'ils connaissent de la psychiatrie.

I : Est-ce que ça peut les rassurer aussi ?

PS6 : Ben en général ça les rassure parce que, leur pratique spontanément à eux a été déformée par la psychanalyse. Leur pratique est chaleureuse et plutôt interventionniste et quand elle a été déformée par la psychanalyse ben ils ne font rien, ils n'osent rien faire et ils se taisent. Voilà euh, le modèle analytique est vraiment un désastre. Par exemple, l'idée qu'on ne veut pas aider les gens parce que si on veut les aider, se serait un obstacle à la guérison est vraiment une contre vérité hein. On sait que plus on souhaite aider les patients à s'en sortir mieux ils guérissent. Les psychanalystes développent une théorie... qui définit la « furor saniendi » la fureur de guérir, qu'ils mettaient comme un obstacle à l'exercice de la psychanalyse, qui a développé cette pratique de froideur et soi-disant neutralité bienveillante, tout à fait la froideur et l'absence de réaction, voire un silence total chez les lacaniens, qui sont les pires. Et ce modèle est un modèle qui a beaucoup contribué à dévaloriser la spécialité ou à la réduire pour certains à la prise de médicaments thérapeutiques. C'est la psychothérapie en réalité qui a créé cela car les psychanalystes ont voulu imposer l'idée qu'il n'y avait pas d'autre psychothérapie que la leur, qu'une autre approche qui était plus proche du bon sens et qui était la thérapie par objectif, n'était pas une vraie thérapie. Ça se rapproche beaucoup du modèle de ce que font les généralistes quand ils prennent en main la globalité de la personne. C'est ce que j'essaie de faire aussi.

PS7

I : Est-ce que tu pourrais me parler du dernier patient dépressif que tu as pris en charge ?

PS7 : Genre, une prise en charge terminée ? ou... ?

I : Peu importe, le premier qui te vient.

PS7 : Euh... Alors oui, oui... Si oui c'est assez intéressant pour le coup, c'est peut-être un peu un cas particulier, je ne sais pas si c'est une bonne idée ou pas... Sa prise en charge vient de se finir avec moi aujourd'hui. C'est un patient d'environ 75 ans, hospitalisé une première fois chez nous en gérontopsychiatrie, premier épisode dépressif d'un patient qui habituellement est tout à fait autonome, très bon niveau, ancien du CEA, divorcé, remarié, qui a toujours vécu dans une grosse maison, je sais plus où... de mémoire en Oisans... par là-bas... Très bon niveau social, intellectuel. Enfin voilà quoi... Très cultivé et qui en fait a décompensé sur un facteur déclenchant qui s'est un petit peu mis en boule de neige derrière. Sa nouvelle compagne a fait un problème cancéro. Ils ont été suivis au CHU, elle est en rémission, néanmoins elle a tout un suivi qui a continué par la suite. Le couple est arrivé à se dire que là ils arrivaient à un âge où il fallait se rapprocher de la ville et des soins, le cas échant. En plus la maison a été cambriolée juste avant qu'il la mette en vente, ça a été aussi un facteur assez marquant. Ce qui a marqué le changement, c'était un aménagement dans un appartement à Grenoble et un trouble assez important au niveau de l'adaptation à ce nouvel appartement, chez un patient qui n'avait jamais été malade, qui a toujours pris sur lui, qui s'est toujours démerdé, qui n'était pas très pro-médicament. Il a fait tout ce qu'il a pu sur les médecines alternatives, avec son médecin traitant aussi, ils ont adapté autant que faire se peut, et forcés à un moment d'admettre qu'il n'y arrivait pas, et qu'il devait être pris en charge de manière plus habituelle, en termes de dépression. Il consulte auprès d'un psychiatre, appuyé par son médecin traitant et puis en fait, ça ne passe pas, il consulte auprès d'un deuxième psychiatre qui lui propose un antidépresseur qu'il prend une fois et il fait des grosses manifestations... soupir... Bon voilà, visiblement qu'il ne tolère pas... Donc il ne le prend qu'une fois, mais par contre il trouve que c'est très intéressant, le Seresta, parce que ça calme ses angoisses... Avec une grosse composante anxieuse dans sa dépression, je te la fais courte sur tous les aspects... personnalité très narcissique... qui n'avait jamais lâché jusque-là, dans le contrôle, la maîtrise, avec un traumatisme dans l'enfance avec des attouchements du prêtre... La totale quoi... Et donc une première hospitalisation où on finit tant bien que mal, après un troisième essai antidépresseur, en allant tout doucement, à mettre en place de la mirtazapine. Il se surinvestit dans les ateliers thérapeutiques, une espèce d'exemplarité qu'il pouvait montrer tout ça. En 3 semaines-1 mois il se rétablit, je le croise sur des consultations après, 2 fois... un peu évasif, « tout va bien, tout va bien » ... ça sent mauvais... Et puis au bout d'à peu près 2 mois et demi de sortie il rechute avec un traitement associant mirtazapine et Seresta, il a voulu se sevrer tout seul du Seresta en 2 jours, il ne me l'a pas dit... Un petit pet de travers qui est arrivé à la maison, et c'est reparti pour les angoisses... Du coup retour ici avant Noël, réhospitalisation, euh... et finalement, une prise en charge qui a été très compliquée dans ce contexte-là.

I : Quand il était sorti c'est toi qui continuais à le voir ?

PS7 : En fait j'avais proposé de continuer à le voir sur des aspects... En fait il avait un double suivi, par son médecin traitant, et il avait un psychiatre en ville qui faisait que de la psychothérapie, il avait besoin d'un prescripteur et sur la question des médicaments... Moi je me suis dit OK pas de problème, un rdv une fois par mois, ça ne me surchargeait pas trop... Donc je l'ai vu dans ce contexte-là. Et donc ben voilà, rechute. Il finit par venir là accompagné par sa femme, le jour même, je réintègre parce

que je le vois extrêmement mal, anxieux, pas bien. Donc voilà réhospitalisation : en 2 lignes, très compliqué. Il sortait de grosses défenses qu'il n'avait pas laissé transparaître au début, mais qui étaient vraiment sur cette question « il faut que je m'en sorte... ! », très ambivalent vis-à-vis des médicaments, mais dans une demande d'aide, tout de suite, maintenant... Très en difficulté pour entendre qu'il fallait du temps pour le rétablir, il se voyait tout de suite retourner à la maison. Et au final, ce monsieur est sorti donc aujourd'hui, il a été transféré à la clinique Meyzieu, à la demande de sa famille. Il a trois filles, la première est visiblement dans le médical, puisqu'elle est art-thérapeute. On a discuté avec 2 de ses filles et sa femme actuelle, qui n'est pas la mère des filles, et le patient. Sur l'analyse qu'on avait du patient, ça se recoupait en tous points... Sur la table est tombée la question « est ce qu'on ne tente pas une autre forme de thérapie ? On a entendu dire qu'à Meyzieu il n'y avait pas la même approche sur la question thérapeutique, une approche plus corporelle... » Bon, peut être... soit... je ne sais pas, mais vraiment je ne sais pas, peut être que vous savez, moi je ne sais pas... Enfin voilà... Et puis on a proposé aussi un changement de médecin, parce qu'il y avait chez ce patient une propension à te mettre tout de suite sur un... pas une certaine emprise mais à te dire « vous êtes très bien », sur la première hospitalisation il m'encensait complètement, j'essayais de le freiner, « enfin monsieur, vous ne pouvez pas dire ça au bout de 2 jours... Je ne suis pas le médecin incroyable que vous pensez que je suis ». On a fini par changer de psychiatre sur la période en se disant « on se donne 10 jours en changeant de psychiatre », pour voir ce que ça donne en changeant d'approche. Ça n'a rien changé. Et on s'était dit qu'on verrait pour un transfert à Meyzieu à l'issue de ces 10 jours, on s'est revu la semaine dernière du coup avec sa famille, et il y avait une place aujourd'hui et il est parti. En soit une prise en charge qui n'est pas totalement terminée mais... voilà...

I : Quand il est arrivé à la clinique, il avait été adressé par qui ?

PS7 : C'est son médecin traitant qui l'avait adressé, il se trouve... Ce n'étaient pas les psychiatres... Je t'avais dit qu'il avait plusieurs psychiatres. Il voyait toujours son psychothérapeute, il y était très sensible. Il avait vu le Dr XXXXX en ville, et puis un autre, je sais plus... Ensuite, c'est son médecin traitant qui a fait la demande, effectivement... sans avoir essayé de voir sur d'autres aspects...

I : Et jusque-là, c'était le médecin traitant qui l'avait conseillé de voir les psychiatres ?

PS7 : Ouais, ouais.

I : Et c'était le médecin traitant qui gérait les prescriptions.

PS7 : C'est ça, sachant que c'était limité, hein... hmmm... Au vu de son âge, il n'y avait rien au niveau prescription...

I : Ça t'arrive de prendre contact avec des généralistes dans ta pratique courante ?

PS7 : Ouais. Notamment ce médecin. Vraiment dans l'idée de comment organiser les choses sur l'après. Notamment, dans le cadre de personnes... En géronto-psy on est amené à avoir des troubles de personnalité vieillis, qui mettent à mal le fonctionnement, qui font des appels à l'aide à la famille, qui sont difficiles à tolérer pour la famille, et il y a vraiment besoin de remettre un réseau autour d'eux, et vraiment s'appuyer sur le médecin traitant c'est important à ce moment-là. Et on a besoin de communiquer une information qui va plus loin que juste le compte rendu d'hospitalisation. Parce que, dire « cette dame a un trouble de personnalité très particulier, elle va vous mettre à mal sur tel, tel, tel aspect, et peut être qu'il ne faut pas hésiter, parce que ça a marché chez nous, à être peut-être très raiche ! Et de lui dire qu'à un moment il va falloir que ça s'arrête sur ces questions-là, parce qu'elle y est sensible, et puis aussi pour votre bien être, ça peut être une idée quoi. Même aujourd'hui, pour un autre patient qui sortait aussi, on est vraiment sur cette difficulté-là, un cas très

particulier aussi. Qui était en train d'épuiser sa famille, qui voulait rentrer tout ça, on a essayé de construire vraiment un réseau autour du médecin en lui-même. J'ai dit « maintenant il faut un médecin traitant, donnez-moi un nom », « ah ben il y a un tel, je l'ai déjà vu plusieurs fois c'est mon médecin », on a discuté, on s'est appelé pour poser un peu les choses. Ce n'est pas non plus... Je pense ça doit être 10-20% quand il y a des échanges comme ça directs, généralement c'est plutôt par téléphone, ou par mail des fois aussi.

I : Ce ne sont pas des choses que tu peux laisser sur un compte rendu ?

PS7 : Plus sur un côté pratique, je mets trois plombs pour écrire quelque chose, pour l'organiser correctement et que ça ne soit pas mal interprété... Donc voilà... Alors que si on échange directement, c'est quand même plus simple... Sur l'aspect un peu double aussi avec le compte rendu d'hospitalisation + l'appel, c'est peut-être un peu plus pratique. Après, généralement quand je suis amené à faire ça, on sait qu'ils ont des consultations, donc on laisse le mot au secrétariat, ils nous rappellent, on essaye d'organiser un peu pour eux aussi... Et puis il y en a certains, parce qu'en fait ce sont des connaissances à moi de la fac, à qui j'ai laissé mon portable, et qui sont amenés à m'appeler pour des avis, « est ce que ça nécessite une hospitalisation ? Est-ce que sur ce traitement je peux faire tel ou tel changement ? » Juste des avis téléphoniques, enfin voilà. Ils ne sont pas forcément en lien avec des patients que je traite, mais qui sont plus du lien informel quoi...

I : Quand tu as les médecins traitants au téléphone, c'est accueilli comment ?

PS7 : Ils sont plutôt contents, ouais. Ouais. Ils sont quand même généralement plutôt contents de nous avoir au téléphone. Au niveau de la clinique, on a un bon partenariat avec les médecins traitants, pour en avoir parlé avec le mien, qui a adressé des patients à la clinique, c'est simple, « on adresse des gens, vous nous dites oui ou non tout de suite, si vous nous dites non, vous proposez quelque chose d'autre ». Et puis vraiment, par rapport aux problématiques qu'ils ont, on a tendance à rapidement dire oui, oui. Et donc... On a quand-même un lien qui est assez proche, parce qu'on reçoit leurs demandes, généralement c'est eux qui font 80% des demandes... 70% allez, j'exagère peut-être. Aujourd'hui il y a environ 70% des demandes qui sont à l'origine des demandes, ce n'est pas spécialement le spécialiste qui nous appelle. Ils nous disent « oui il est suivi par le psychiatre, mais ça ne tient plus, ou il est en vacances », généralement, après, c'est des spécialistes ou les urgences qui nous font pas mal de demandes d'admission. Mais j'ai l'impression de beaucoup avoir de médecins généralistes au téléphone. Aussi parce qu'on a une population de prise en charge au niveau des addictions et le médecin traitant est en première ligne là-dessus. J'ai divagué par rapport à ta question initiale... C'était quoi déjà ?

I : Si c'était bien accueilli...

PS7 : Oui, et du coup dans les appels qu'on a, on est bien accueilli parce qu'ils sont contents qu'on ait un échange direct, comme ça... Ou d'avoir quelqu'un par téléphone, j'ai l'impression, quand ils en ont besoin, c'est quelque chose d'important, on doit répondre. Personnellement, quand j'ai un coup de fil d'un médecin traitant, je le prends tout de suite, et quand nous on appelle pour rendre des infos ils arrivent à se rendre disponibles, et à dire oui, oui, j'ai un patient, mais ce n'est pas grave, dites-moi quand même, parce que je veux savoir. Pour une fois qu'il y a un psychiatre qui m'appelle... Ils sont contents, mais à la fois le compte rendu d'hospitalisation c'est une chose, mais d'avoir le psychiatre directement au téléphone et de dire « Oh là là, je suis embêté sur cette situation, je voudrais votre point de vue », ou de dire « Là il sort, ça s'est passé comme ça, et ça risque de se passer comme ça... » Ils sont quand même très contents d'avoir notre avis, enfin de mon point de vue.

I : Il y a des points en particulier où il y a vraiment du travail à faire pour améliorer le lien qu'on a avec les médecins généralistes ?

PS7 : En termes de conversation directe avec les psychiatres, ou en termes de prise en charge avec les patients ?

I : Ça peut être les deux...

PS7 : Parce qu'en termes d'interactions, je me suis rendu compte que je suivais des patients, sur les 5 que j'ai en suivi à côté, j'ai une patiente qui m'a dit « à l'occasion, est ce que vous pourriez faire un courrier à mon médecin traitant pour lui dire où on en est du suivi ? », ça, ça m'était totalement sorti de la tête... Genre mais... C'était une évidence quand elle me l'a dit « oui, ben oui ». Mais spontanément on n'y pense pas, et ça leur manque. Pour en avoir parlé aussi, j'ai mes 2 parents qui sont médecins généralistes, ils disent « le psychiatre il bosse à côté, on ne sait pas ce qu'il fait, on ne sait pas ce qui se passe... et puis, de temps en temps, on a un patient qui revient, qui a besoin de quelque chose... » Donc pour mon expérience en libéral, c'est surtout ça qu'il y aurait à améliorer, enfin, venant de nous, c'est-à-dire réussir à dire ce qu'on fait, est ce qu'il y a une progression, est ce qu'on a l'impression que c'est utile, est ce qu'on ne fait que de la prescription, est ce qu'on arrive à avoir des abords psychothérapeutiques. Parce que moi, c'est ce que je fais, genre « échec total, patient très réceptif à telle psychothérapie », mais ils en auraient besoin dans le suivi de certains patients, et c'est à nous d'améliorer. Et plus, sur un versant de prise en charge des patients, il y a vraiment une nécessité, par plusieurs exemples d'addictologie, l'aspect de l'implication des médecins qui va au-delà de ce qu'il faudrait... J'ai un exemple d'un médecin que j'ai eue au téléphone, pour laquelle j'ai refusé une demande d'hospitalisation, et elle n'a pas pu entendre... A dire « mais ce jeune il veut s'en sortir, qu'est ce que je vais faire avec lui ? » Mais elle t'explique par A+B qu'il est déjà venu à la clinique sans aller au terme de son hospitalisation, qu'il est polytox., mais tu sens qu'au niveau du médecin, elle s'est fait un point d'honneur à sauver ce type là sur un aspect quasi contre transfert, très fort. Je ne connais pas la dame, mais je lui ai expliqué que je voulais bien faire, mais il faut aussi que l'autre # y mette du sien... En plus, elle explique qu'il ne s'est pas réveillé pour son suivi addicto « on ne va quand même pas lui en vouloir... » Non mais attendez c'est une difficulté pour lui, il faut qu'il y aille. C'est quelque chose qu'on vous avait dit à la précédente hospitalisation, qu'il fallait un suivi addicto à l'extérieur, parce qu'en intra ce n'est pas tenable... « Oui, mais alors je fais quoi moi ? J'adresse aux urgences ? » Ben oui madame, mais il n'y a pas d'autres solutions. Je me suis énervé, j'ai dit « je ne suis pas responsable de l'incompétence du système de soin actuel, mais je vois que vous êtes inquiète sur une crise suicidaire, donc la seule solution, c'est peut-être ça, pour l'instant. Et ça, je n'en suis pas responsable ». Donc un mois après, ça s'est un peu tassé, mais il y avait plus qu'une relation médecin patient, vraiment de l'affection genre « j'y laisse un morceau de ma peau, s'il faut ». Pour être un type qui a fait un burnout juste avant, je me suis dit « ben toi t'es bien barrée, tiens ! » rire... Et enfin voilà, mais je pense qu'il y a aussi besoin pour eux de savoir comment se comporter, et jusqu'où on va, avec une certaine éducation de comment les prendre en charge, parce qu'ils vont en avoir de plus en plus. Quand je disais « finalement ils font un bon retour quand on dit de faire ça et ça », le pervers narcissique ce n'est pas la peine de le prendre à rebrousse-poil, vous le reverrez plus, regonflez-le, montrez-lui des aspects positifs, dites-lui « pour quelqu'un comme vous... ! C'est génial », parce que des fois c'est comme la grosse hystérie qui fait n'importe quoi, de mettre un gros coup de massue sur la table, en disant ça suffit, maintenant vous arrêtez vos conneries, sinon je vous envoie voir le Dr XXXXX... Inspire... » Et bah, ça marche bien. Mais ils ont besoin de savoir ça. A la fois que nous puissions communiquer dessus, et qu'eux ils aient ces billes-là, parce qu'on ne peut pas le mettre dans un compte rendu ça. C'est des choses qui se palpent

au quotidien... On ne va pas dire sur un compte rendu « Soyons durs, soyons rèches avec la patiente, jusqu'à la prochaine hospit' », enfin tu vois...

I : Tu parlais du patient suicidaire, ça t'arrive de travailler avec les médecins généralistes sur la question du risque suicidaire ? Où est ce qu'ils t'appellent ?

PS7 : Relativement peu... Nous, au niveau de la clinique, c'est surtout au niveau des demandes d'admission où ils sont assez clairs, et ils nous disent « je ne suis pas rassuré, j'ai besoin d'un lit rapidement ». Et nous on a tendance à répondre assez vite « Bon on va voir comment on peut faire pour privilégier votre demande pour pas qu'il passe des plombes à l'extérieur ». En dehors de ça, je n'ai pas eu l'impression de vraiment... Quand il y a une vraie... Je pense que notre réflexe sur des aspects psychiatriques, quand il y a un vrai gros risque suicidaire, la première personne qu'on appelle, même sur une sortie, c'est d'abord la famille, en fait. Moi, j'ai tendance à parler surtout avec la famille dans ces moments-là, et maintenant que tu le dis, j'ai tendance à zapper le médecin traitant. Si c'est contre avis médical, j'appelle en disant « il sort aujourd'hui, on n'est pas très rassurés mais il n'y a pas d'éléments pour le garder... » Mais sur le risque suicidaire, éducatif ou éducationnel, je ne suis pas forcément amené trop à le faire...

I : Il y a des raisons particulières à ça ?

PS7 : Hmm... Je pense dans ma pratique là, vu que je n'ai pas une population libérale qui vient me voir toutes les semaines, et qui voit son généraliste entre temps... C'est un peu dû à ça... Ce n'est pas il me voit moi, la semaine prochaine il voit le généraliste, il ne va pas bien du tout... Je pense que notre réponse sur l'aspect psychiatrique, généralement, elle est : c'est le médecin traitant qui alerte et nous on dit : « ok, il faut que je le voie ». Et c'est nous qui allons prendre le relais sur ce truc-là, pour savoir où adresser le patient. On essaye peut-être plus de les sortir de ça, et de leur dire... Si c'est à ce point là difficile, il n'y a pas 36 solutions, soit vous l'adressez à un psychiatre, si vous sentez que ça peut tenir avec la famille derrière... C'est généralement ce qu'on donne comme recommandations de base... Mais je pense qu'il faut... Il n'y a pas vraiment de raison pour laquelle... on n'agit pas vraiment beaucoup plus que ça... Encore une fois, au niveau de la clinique, les principales questions quand on aborde le suicide avec les médecins traitants, c'est pour des demandes d'hospitalisation, on est ok avec, on va le prioriser et on rappelle vite. Et du coup, on ne va pas forcément remettre en question leur parole. Quand les demandes sont bien faites, ils savent nous le dire eux-mêmes, et nous on sait qu'on doit agir en fonction. Ça ne m'est pas souvent arrivé de dire « là on sait que... par exemple, pour une patiente qui ferait des menaces suicidaires, proférées, fréquentes. De dire bon, là je vous informe que là il y aura toujours cette probabilité de fond, donc ce n'est pas vraiment la même chose, et l'autre il fait comme il pense. Parce que, face à ce genre de questions, c'est un peu chacun son point de vue, lui il le voit à un instant T, et nous on est à l'extérieur, et il est peut-être mal à l'instant T. C'est pour ça qu'on priorise assez vite, « ne vous amusez pas à rester avec ce genre de chose très longtemps. » C'est mon point de vue.

I : Est-ce que tu as l'impression que le rapport entre les psychiatres et les médecins généralistes évolue ces derniers temps ?

PS7 : Hmm... Je ne sais pas... C'est une bonne question. Je ne sais pas comment on était perçus avant... Si je devais répondre personnellement, je dirais que j'essaye vraiment un maximum de montrer que je suis disponible. Et du coup, ça je pense que c'est important pour eux, et c'est peut-être ça qui laisse une certaine image. Après, est ce qu'elle a évolué ou pas... ? Je te disais, vis-à-vis du point de vue de mes parents, qui disaient « on ne sait pas ce qui se passe », je pense que ce n'est pas le point de vue de tous les généralistes, et pas pour tous les psychiatres... C'est vraiment une question de génération, enfin d'évolution dans un contexte de génération. C'est plutôt une évolution

dans un contexte de réseau, si t'es dans un réseau de généralistes qui te connaissent, que tu laisses ton nom. Que les patients ils te connaissent... Je ne pense pas que ce soit une image sur la durée. Peut-être qu'à une période on était moins disponibles...

I : Ou alors ça peut être l'image que tu as toi des généralistes, si ça évolue...

PS7 : Alors c'est une question très particulière pour moi dans le sens où... euh... Moi mes deux parents sont médecins généralistes. Si je n'ai pas fait généraliste, c'est peut-être aussi à cause de ça. Je pense qu'ils vont être de plus en plus, de plus en plus sollicités dans un monde où à la fois eux ils souhaitent se protéger. Ils ne bossent plus comme mes parents ont bossé, en en parlant avec des collègues ouvertement, c'est très bien, il ne faut pas faire les horaires que faisaient nos aïeux, et parce que les patients ont changé, la manière dont on fait de la médecine a changé. Donc, par rapport à la génération de mes parents, qui ont 60 balais, c'est plus lourd de manière globale, quelque soit la spécialité. Et pour les généralistes je pense que ça va être vraiment encore plus chaud. Parce que nous, on peut se mettre en retrait en disant « voyez ça avec votre médecin traitant ».

I : Et tu penses qu'on a une place pour rendre la pratique des généralistes moins « chaude » justement ?

PS7 : Je pense oui. Je pense qu'il faut que ce soit, tant sur la question avec les patients au quotidien, que ce soit en termes d'entraide sur des aspects confraternels. Moi, plus que jamais... enfin bref... Je pense que c'est extrêmement important, et je pense que nous aussi, en tant que psychiatres, on est très sensibilisés sur la question burnout et tout ça. On est sensibilisés mais tant qu'on n'en a pas vécu un, on ne se rend pas encore tout à fait compte. Mais je pense que sur les autres spécialités... Après, peut-être que la médecine gé est assez... Surtout à Grenoble, le cursus est très formateur pour ça. Les choses évoluent avec le temps... Mais je pense qu'il faut vraiment s'enquérir sur comment vont évoluer les jeunes générations de médecins, qui vont être là dans les prochaines années. Parce que je pense qu'on ne se rend pas compte à quel point c'est vraiment difficile pour eux... Bon... encore une fois, parce que la médecine évolue, parce que ce n'est jamais suffisamment long avec les médecins, ils veulent des résultats tout de suite, ils sont informés avant même d'avoir commencé la consultation, ils veulent être entendus, reconnus, que le médecin soit à l'heure, qu'il accepte plein de choses et tout ça... Et ça je pense qu'ils ne sont pas assez formés... Et en ça je pense qu'on a un rôle pour les aider là-dedans. On n'est pas des orthopédistes... Où quand on a posé le matériel, on dit salut, et si vous avez cassé quelque chose, je ne peux plus rien pour vous. On a des problématiques qui sont proches des leurs... Avec l'évolution des CMP, et tout ça, ils vont être constamment en première ligne... Donc s'ils ne se protègent pas, ça va être la merde.

I : Est-ce que tu as une situation où toi, en tant que psychiatre, tu étais un peu dans le mal avec un patient dépressif, et où le généraliste pouvait avoir une place comme une aide ?

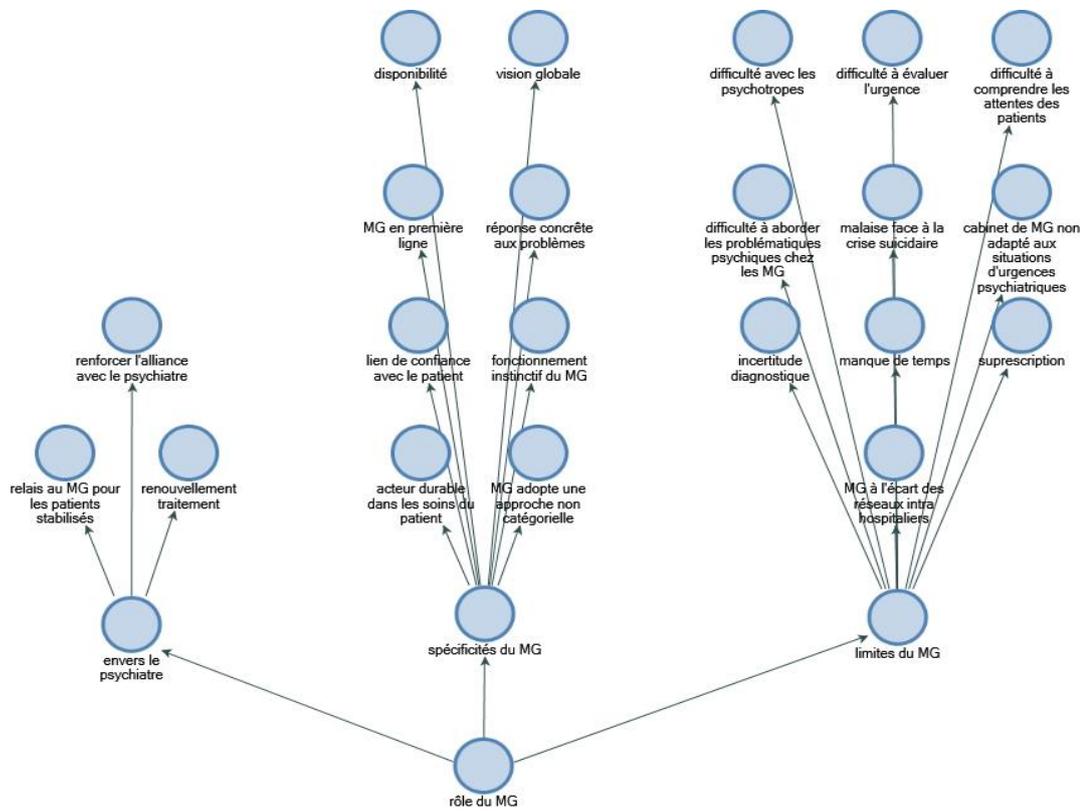
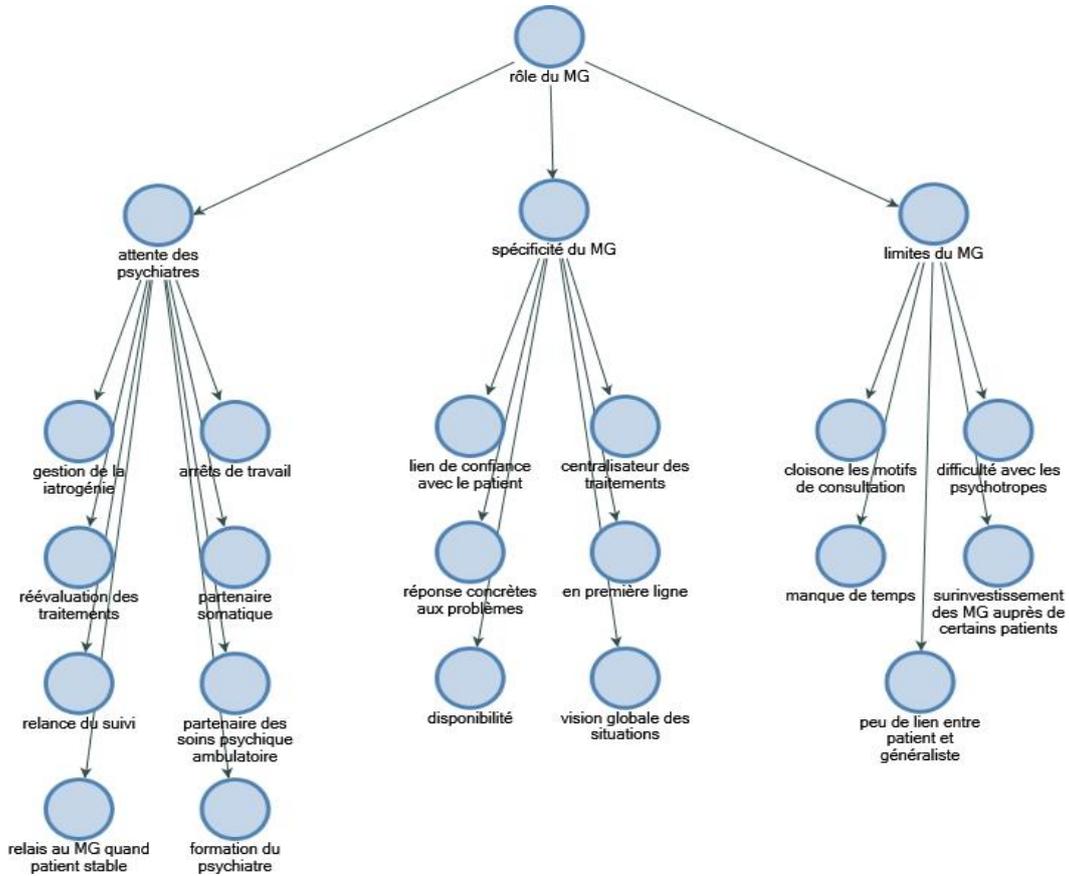
PS7 : Euh... Oui ! Un peu la même situation là, où il y avait le patient, le médecin et la question de construire un réseau autour de lui. En soi, je n'étais pas tout à fait frais quand je l'ai fait sortir avec l'idée que ça allait me revenir comme un boomerang, ce genre de choses. D'où la question de dire il faut que le médecin généraliste puisse, à la fois nous aider dans le sens être un peu en alerte, et à la fois se reposer sur nous, en nous appelant pour qu'on voit ce qu'il y a à faire. Dans cet exemple-là, là dernièrement, encore une fois il y a deux jours... Sur d'autres, oui parce que je pense que c'est un peu la même chose, que ce soit sur des patients dépressifs... Il y a la question de la dépression, et aussi souvent la question de la personnalité associée... Il faut pouvoir bosser ensemble, sinon il y a des patients qu'on verra revenir aussitôt qu'ils sortent, si on ne peut pas parler avec les libéraux, c'est compliqué. Je pense qu'il y a vraiment une place pour ça aussi.

I : Ça marche, j'ai fait le tour de mes questions, est ce qu'il y a des points qui te semblent importants, dans la coordination des soins, ou dans la communication, qu'on n'a pas abordé, mais qui te viennent ?

PS7 : Non, encore une fois, je pense vraiment que la question sur une activité plus libérale classique, dans le sens « je vois des patients dans un cabinet, tout ça », je pense que la question sur le médecin traitant, de passer un coup de téléphone pour dire on en est là, ou des petites lettres pour dire « je viens de voir madame machin, 5^e séance, on se tape la tête contre les murs, on va revenir à des choses plus basiques ». Je ne sais pas dans quelle mesure... En tant que jeune médecin libéral, c'est vraiment ce qui m'a sauté récemment aux yeux. Mais je ne sais pas si c'est quelque chose qui est aussi bien dans les habitudes des autres. Même quand tu vois l'exemple type, c'est en intra-hospitalier, tu appelles le médecin libéral d'un patient lambda... Tu vois tout de suite si le médecin il le connaît, ou pas, et s'il peut te donner des infos, ou pas. Je pense que pour le généraliste c'est un peu pareil, « oui, ben lui c'est un peu comme ça ». Et d'autres je pense... tu sens qu'il y a un peu plus de bagages « ah je peux vous donner tel ou tel truc, parce que je l'ai vu récemment, ne bougez pas... Oui, je l'ai vu à telle date ». Alors que pour d'autres... Alors tu pressens que tu déranges, et pourtant je fais attention et j'appelle à un autre moment, s'il n'y a pas le temps... Et ça, pour les généralistes, ce n'est pas possible non plus... Nous on fait un moment comme ça, mais eux dans leur quotidien, c'est vraiment compliqué, cette articulation est importante sur la durée. Dans le cadre de l'hospitalisation, on a des obligations, mais dans la durée avec un patient, je pense que c'est peut-être aussi intéressant... Du psychothérapeute, du psychiatre d'avoir leur retour pour le généraliste, parce que tous les patients ne peuvent pas le faire.

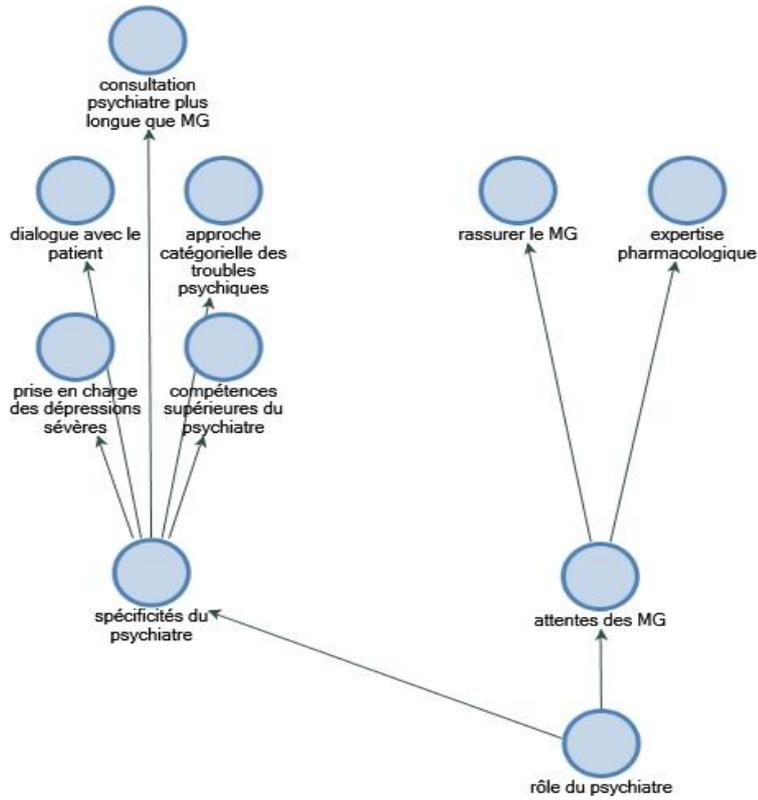
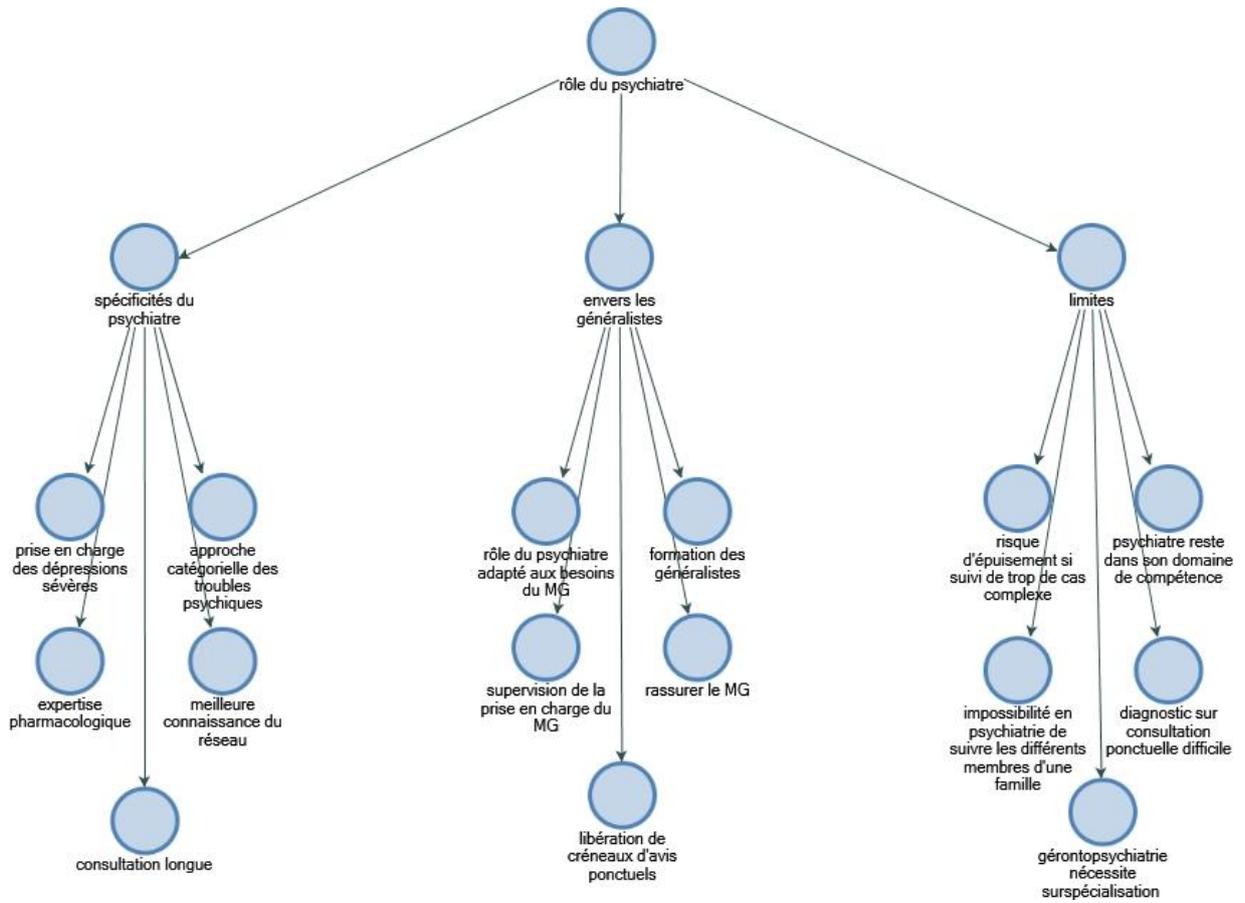
Annexe 8 : arbres thématiques des rôles de chacun

Rôle du MG, vu par les psychiatres



Rôle du MG, vu par les MG

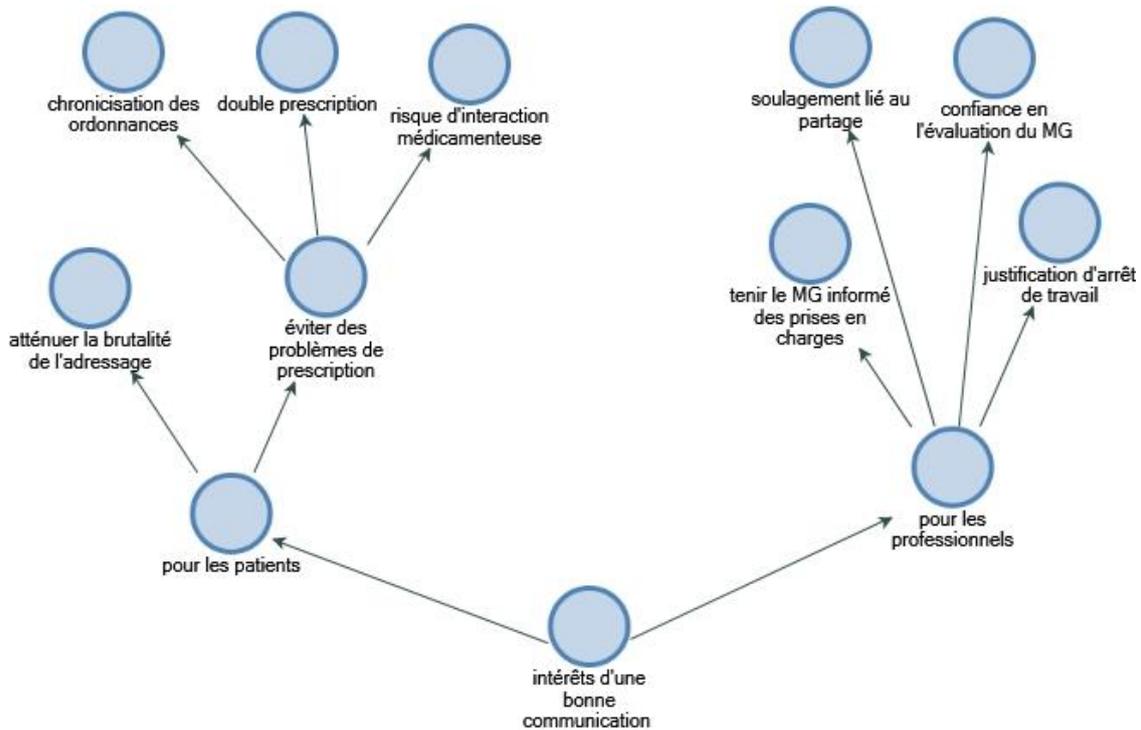
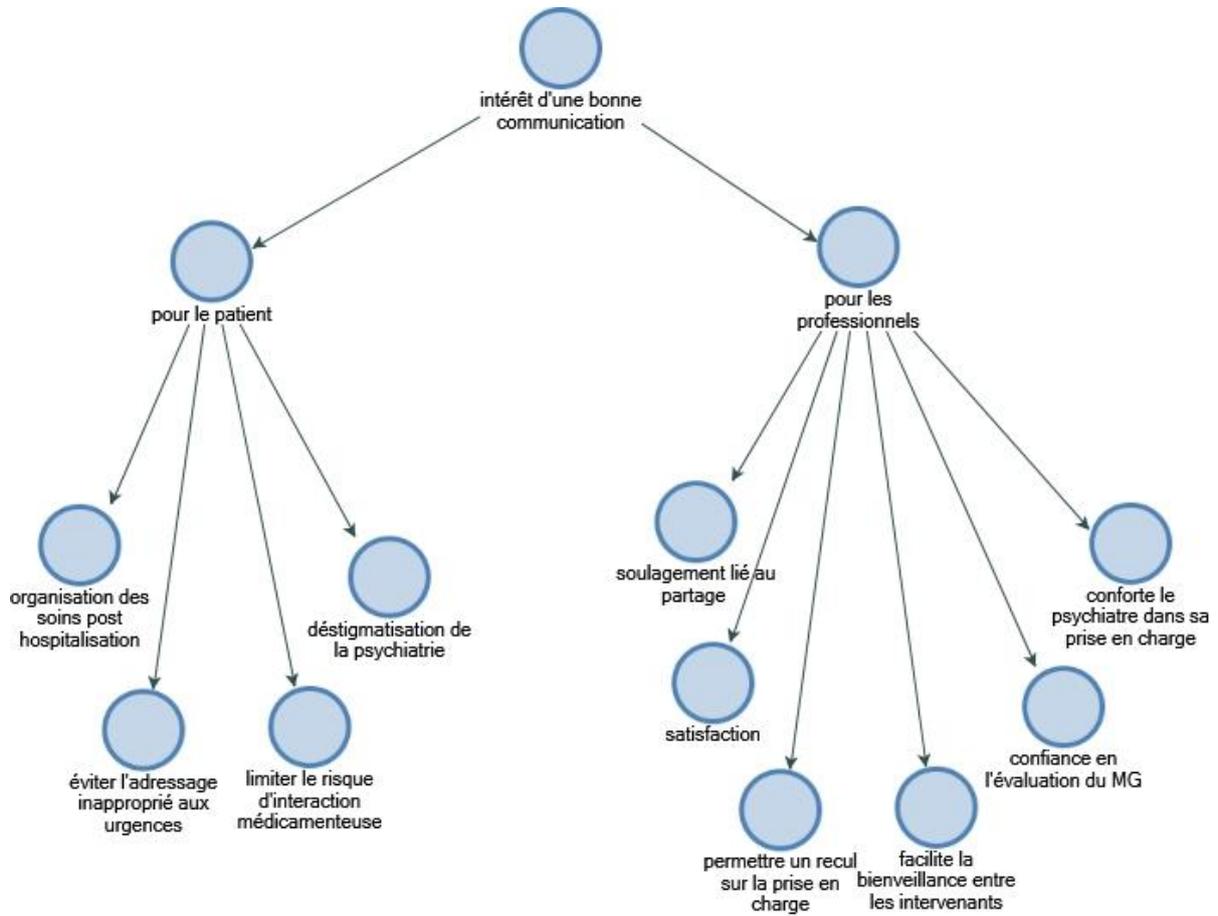
Rôle du psychiatre, vu par les psychiatres



Rôle du psychiatre, vu par les MG

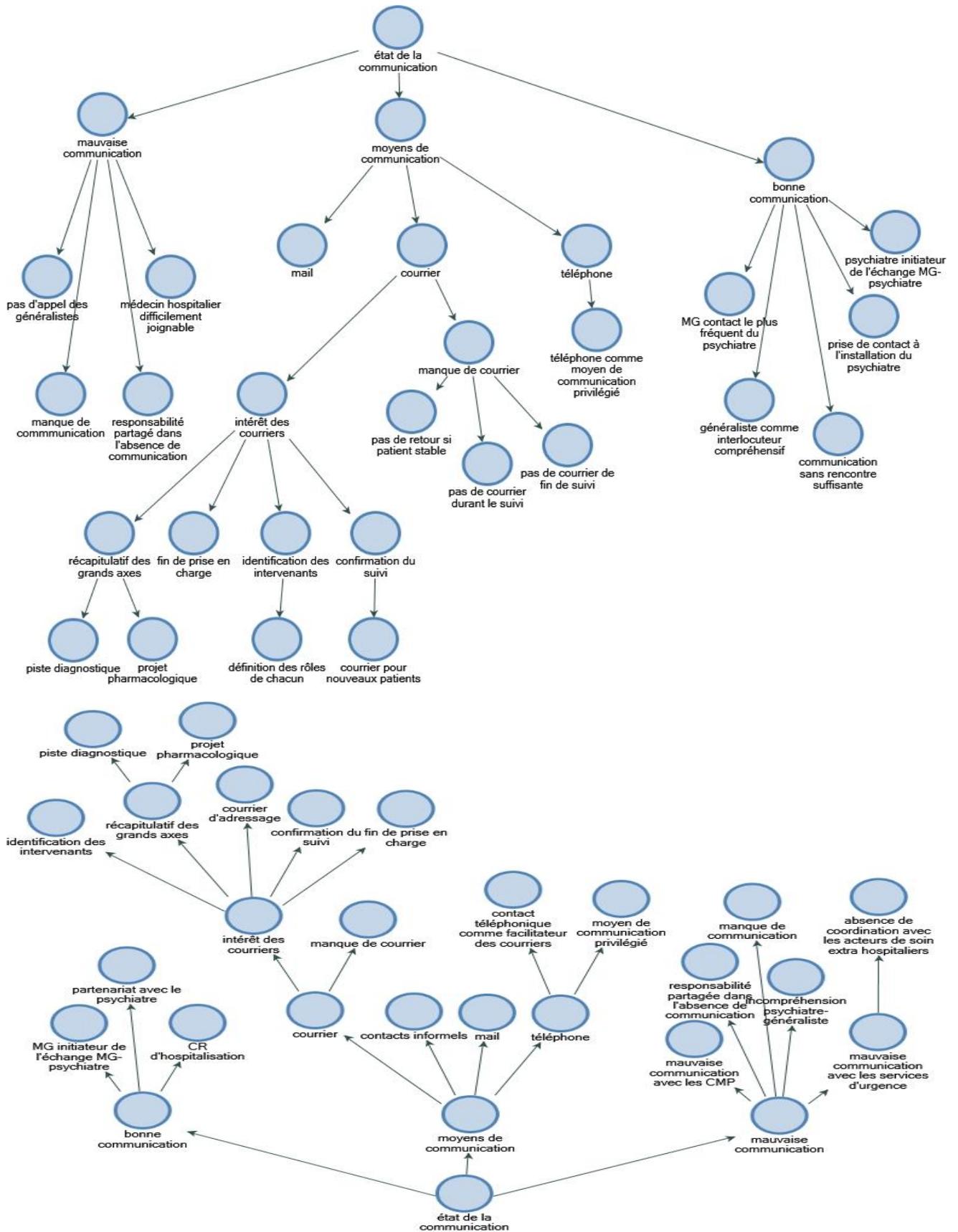
Annexe 9 : arbres thématiques sur la communication

Intérêt d'une bonne communication, vu par les psychiatres

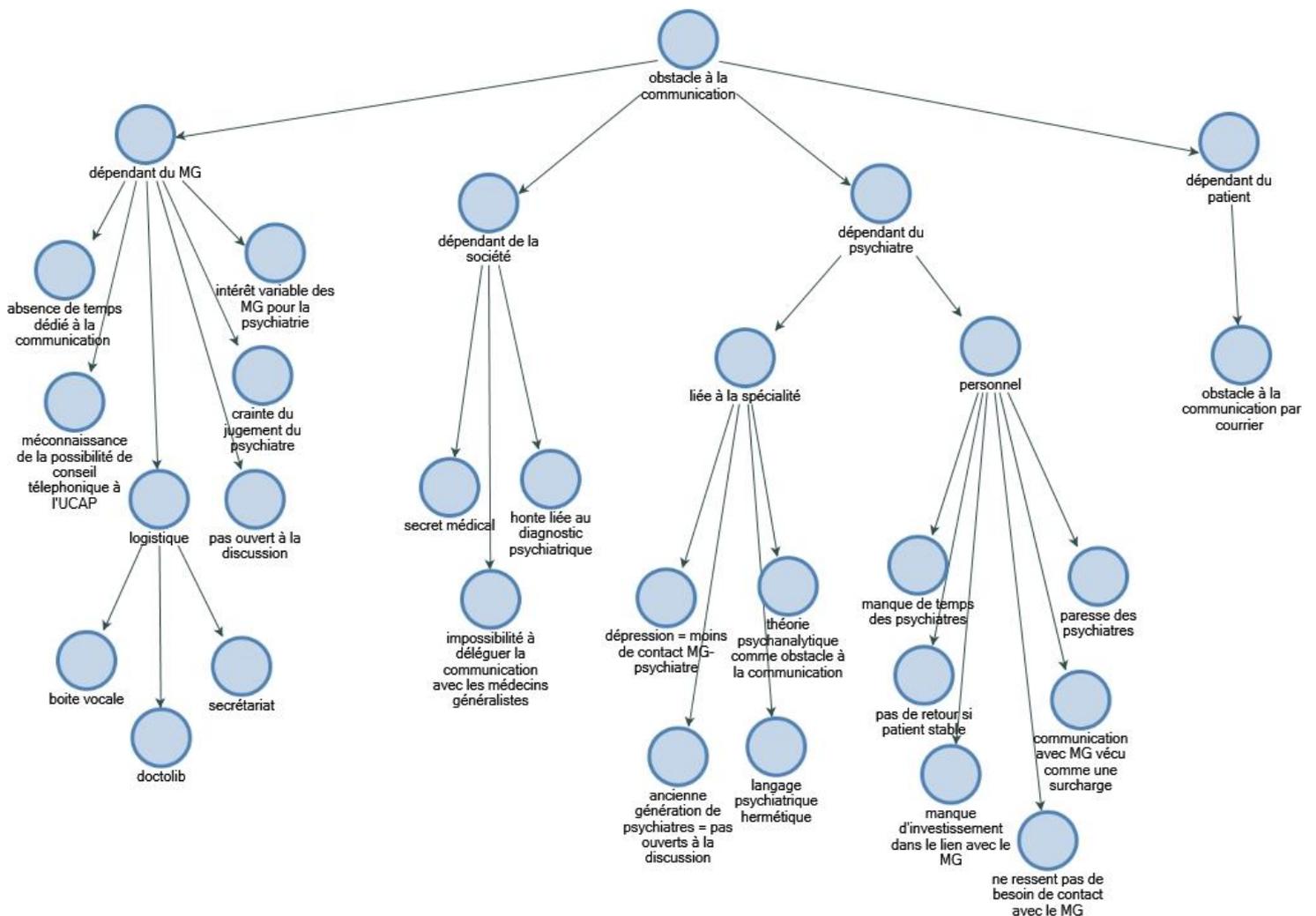


Intérêt d'une bonne communication, vu par les MG

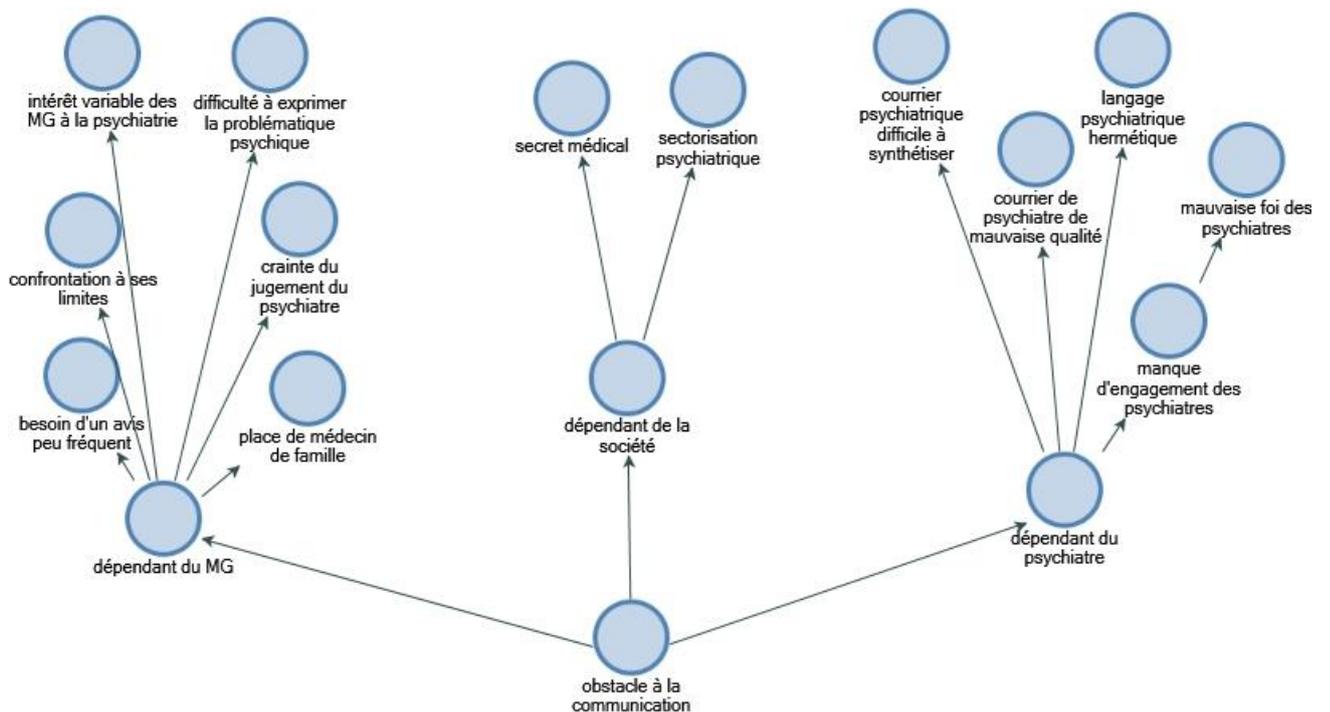
Etat de la communication, vu par les psychiatres



Etat de la communication, vu par les MG

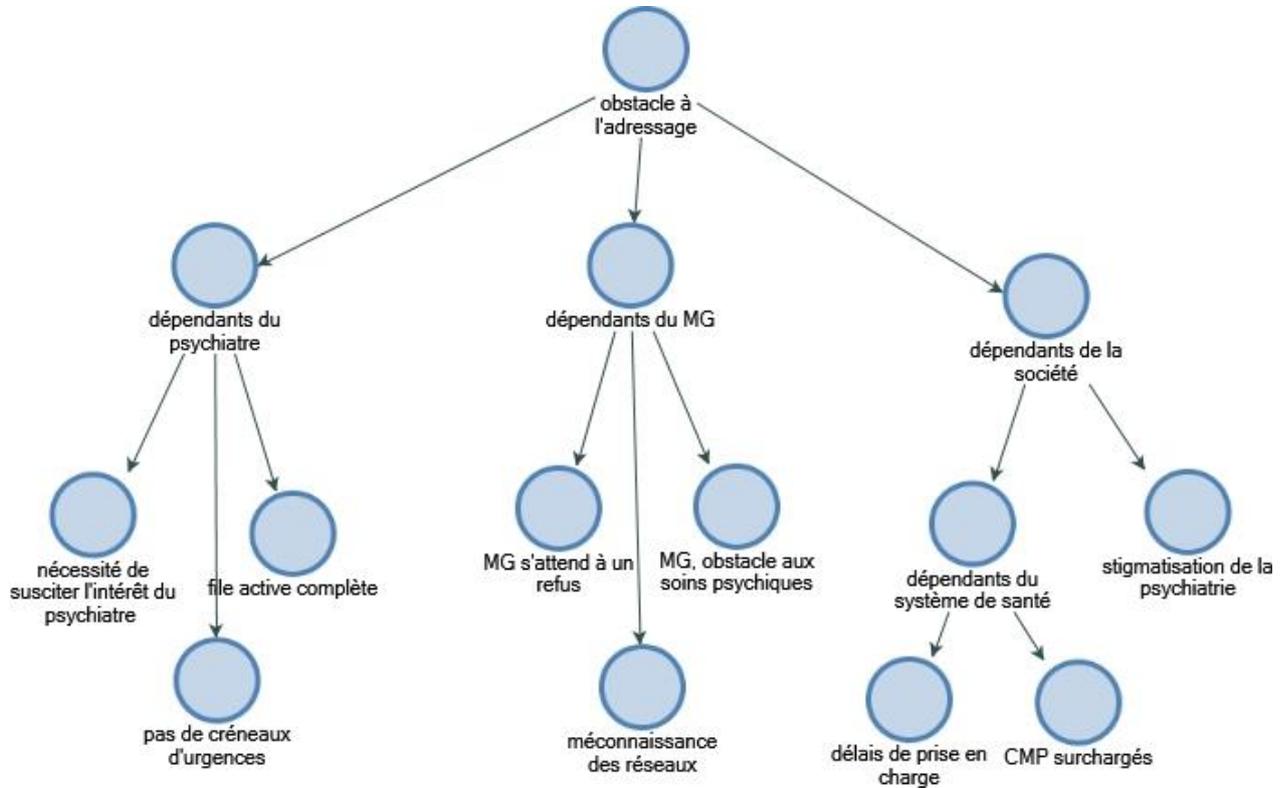


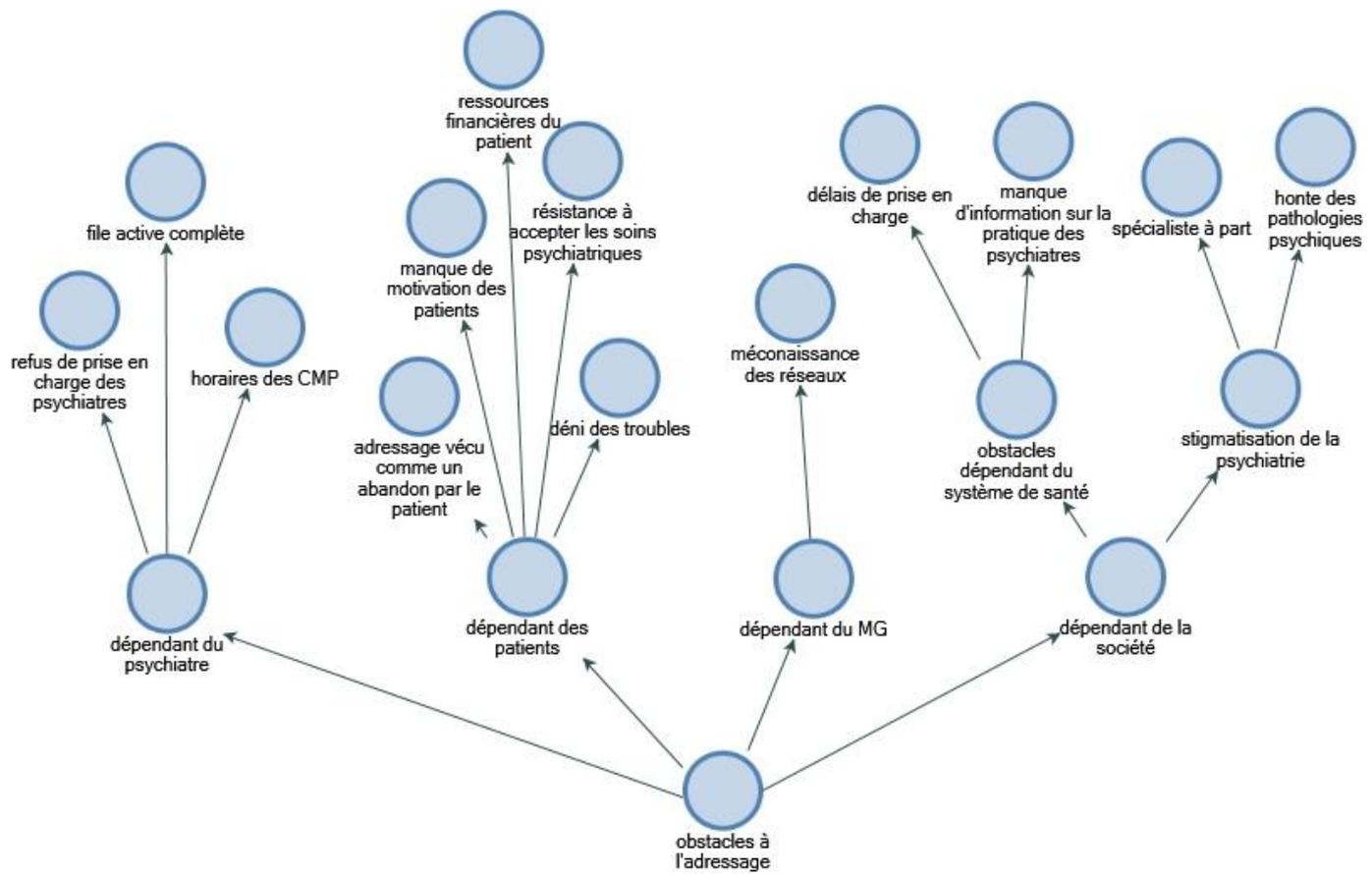
Obstacles à la communication, vu par les psychiatres



Annexe 10 : arbres thématiques sur l'adressage

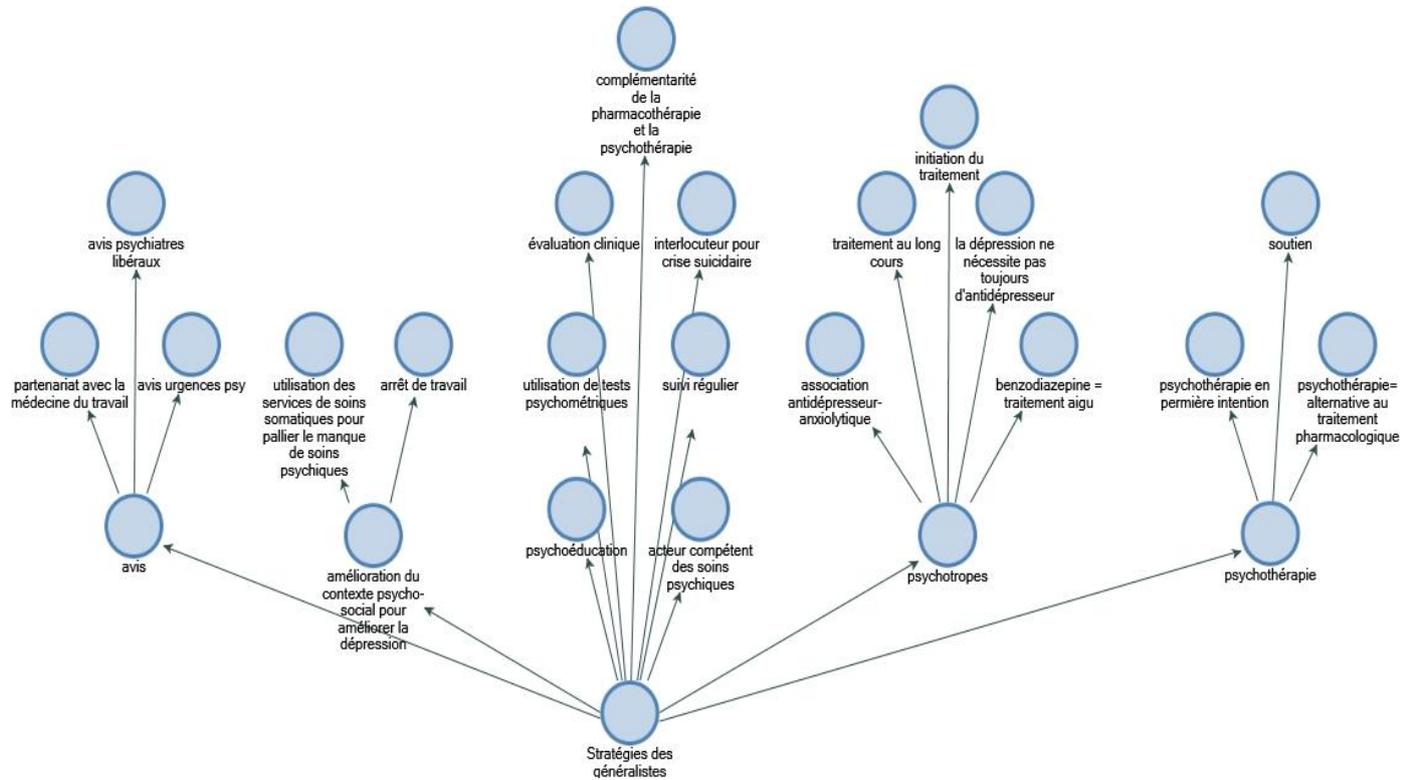
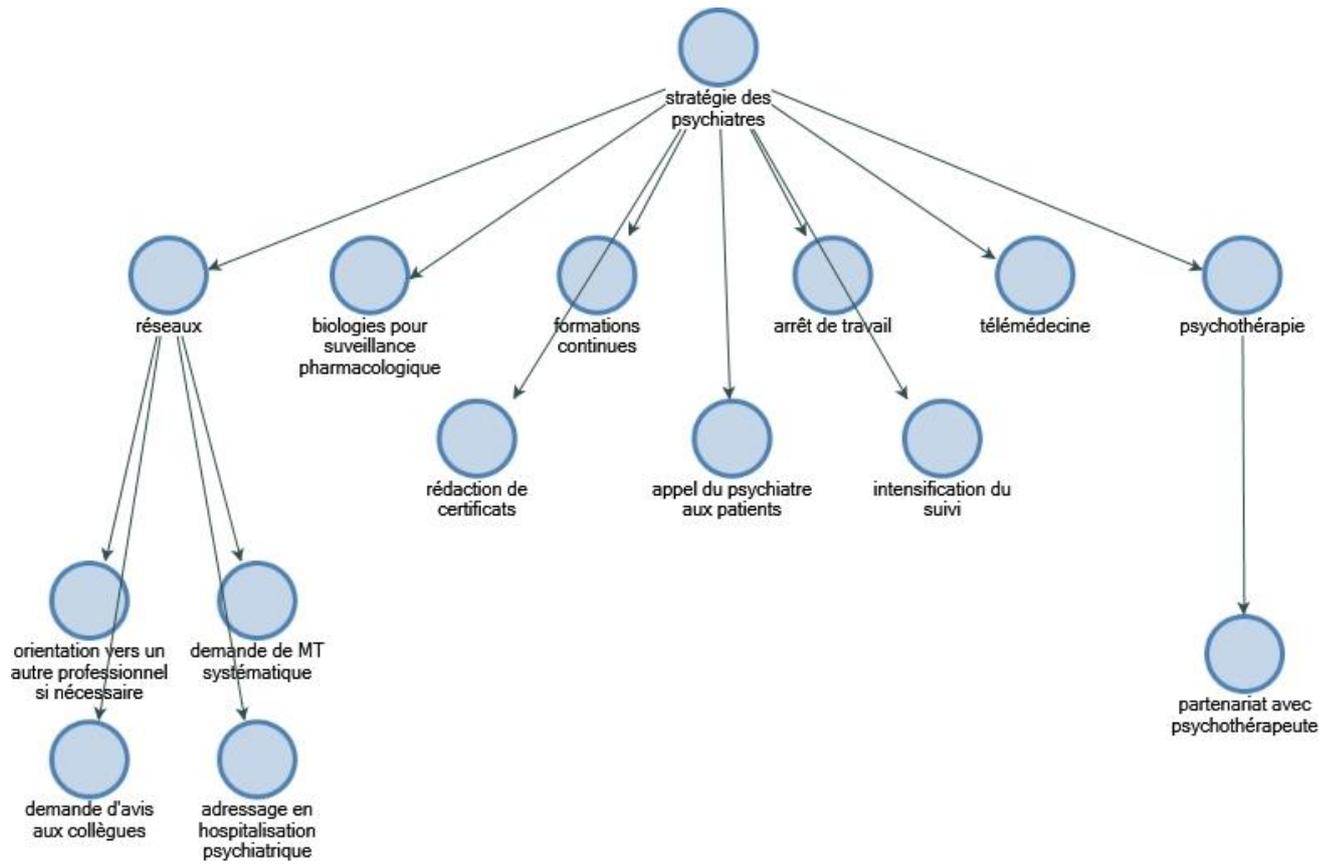
Obstacles à l'adressage, vu par les psychiatres





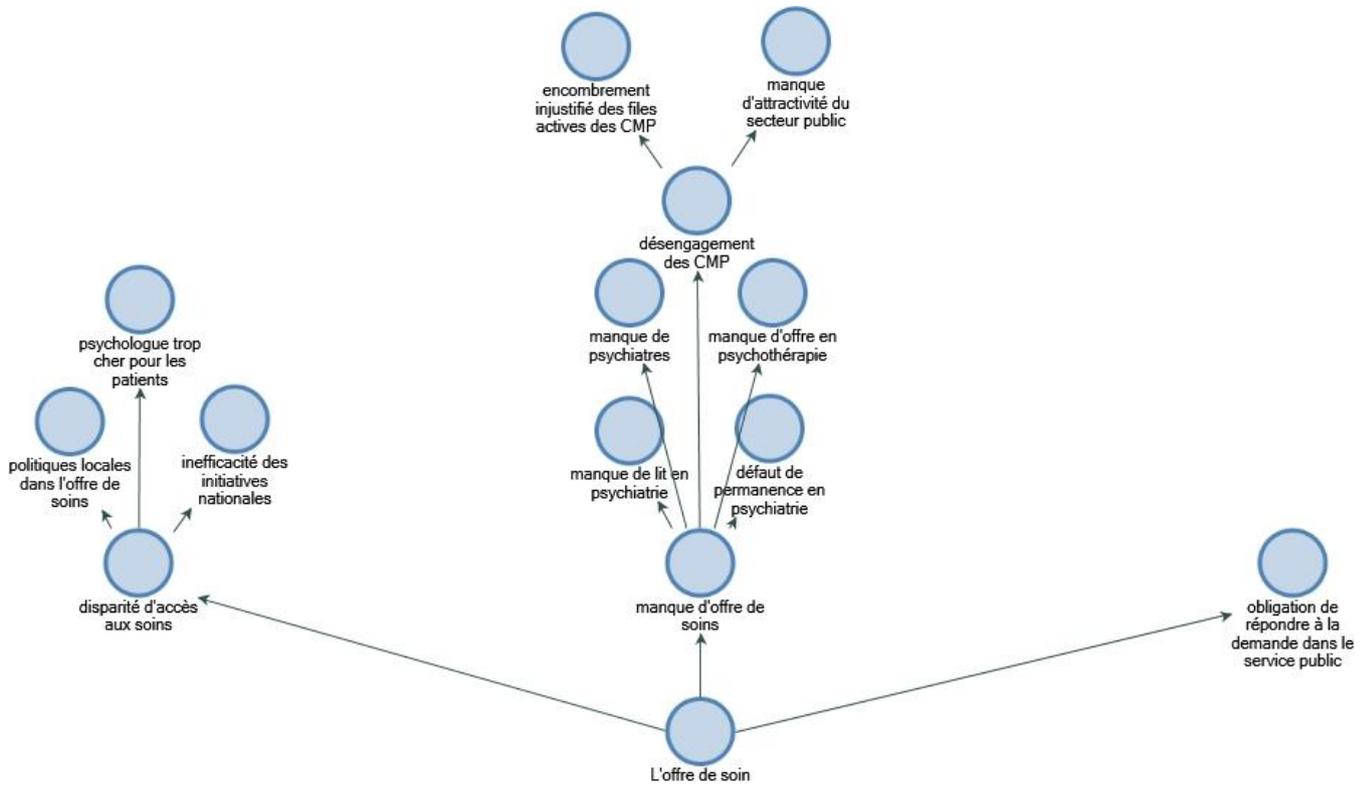
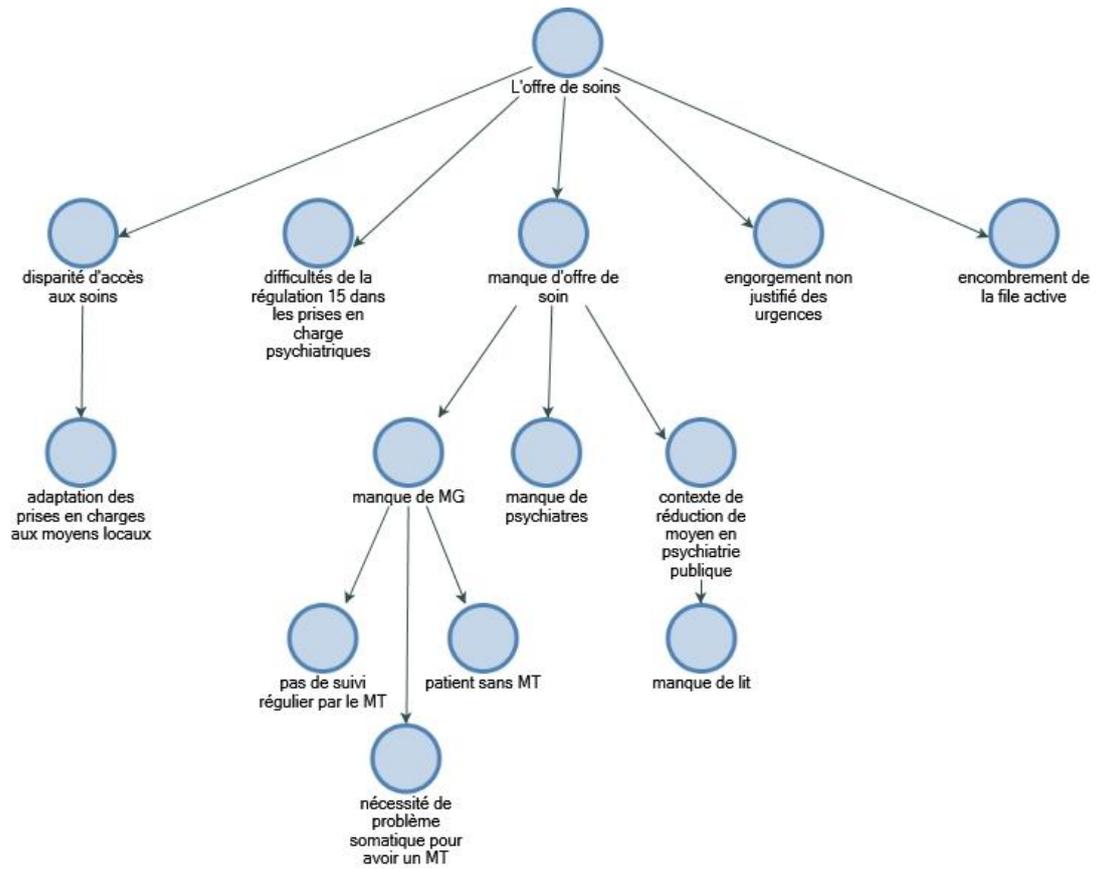
Obstacles à l'adressage, vu par les MG

Annexe 11 : arbres thématiques sur les pratiques Stratégies des psychiatres



Stratégies des MG

L'offre de soins, vue par les psychiatres



L'offre de soins, vue par les MG

Annexe 12 : Arbre de codage MG

Nom	Fichiers	Références
COMMUNICATION MG-PSYCHIATRE	0	0
état de la communication	0	0
peu d'attente de la part des MG envers les psychiatres	1	1
demande de partenariat avec le psychiatre	5	14
bonne communication	1	2
CR d'hospitalisation	2	2
MG initiateur de l'échange MG-psychiatre	2	2
partenariat avec le psychiatre	2	4
mauvaise communication	6	12
incompréhension psychiatre-généraliste	3	4
manque de communication	5	8
mauvaise communication avec les CMP	2	2
mauvaise communication avec les services d'urgence	1	2
absence de coordination avec les acteurs de soin extra hospitaliers	2	3
responsabilité partagée dans l'absence de communication	2	5
moyens de communication	0	0
contacts informels	1	1
courrier	0	0
perçu comme la communication minimum		
intérêt des courriers	0	0
confirmation du suivi	4	7
courrier d'adressage	1	1
fin de prise en charge	2	2
identification des intervenants	2	2
piste diagnostique	4	5
projet pharmacologique	3	4
récapitulatif des grands axes	2	2
manque de courrier	2	2
mail	2	3
téléphone	0	0
contact téléphonique comme facilitateur des courriers	1	1
téléphone comme moyen de communication privilégié	5	10
intérêts d'une bonne communication psy-MG	0	0
pour les patients	0	0
atténuer la brutalité de l'adressage	1	1
éviter des problèmes de prescription	0	0
chronicisation des ordonnances	1	1
double prescription	3	5
risque d'interaction médicamenteuse	1	1
pour les professionnels	0	0
bienveillance mutuelle	1	1

confiance en l'évaluation du MG	2	2
justification d'arrêt de travail	2	2
soulagement lié au partage		1
être plusieurs sur les situations difficiles		2
tenir le MG informé des prises en charges	3	6
obstacle à la communication	0	0
dépendant de la société	0	0
secret médical	3	7
sectorisation psychiatrique	1	1
dépendant du MG	0	0
besoin d'un avis peu fréquent	1	1
confrontation à ses limites	1	2
crainte du jugement du psychiatre	1	1
difficulté à exprimer la problématique psychique	2	5
intérêt variable des MG à la psychiatrie	3	4
place de médecin de famille	2	2
dépendant du psychiatre	0	0
courrier de psychiatre de mauvaise qualité	1	1
courrier psychiatrique difficile à synthétiser	2	2
langage psychiatrique hermétique	1	1
manque d'engagement des psychiatres	5	11
mauvaise foi des psychiatres	1	3
perspectives	0	0
évolutions ressenties par les MG	0	0
aggravation du lien avec les psychiatres	1	2
atténuation du clivage psychique-somatique	1	1
évolution de la communication en réponse aux actions de santé publique	1	1
pas d'évolution de la communication avec les psychiatres	3	3
pistes d'amélioration	0	0
permanence téléphonique	1	1
moyens de communication directe en l'absence du patient	1	1
logiciels d'informations dématérialisées	3	3
initiatives locales	1	1
nécessité de rencontres MG-psychiatre	3	8
lieu d'exercice pluriprofessionnel	1	2
formations mixtes MG-psychiatres	1	1
rôle de l'ARS dans la communication	1	1
L'ADRESSAGE	0	0
initiation de la demande de soins psychiatriques	0	0
adressage famille-psychiatre	2	3
adressage MG-hôpital	2	2

adressage MG-psychiatre	5	5
adressage patient-psychiatre	1	3
hospitalisation en cas d'idées suicidaires	4	7
soins sous contrainte	0	0
difficulté à initier des soins sous contrainte	2	2
motif d'adressage	0	0
compétence du MG insuffisante	3	8
dépression avec comorbidités comme motif d'adressage		
évaluation diagnostique		
évaluation pharmacologique		
nécessité de psychothérapie		
demande des patients de dissocier psychique-somatique	1	4
obstacles à l'adressage	0	0
dépendant de la société	0	0
obstacles dépendant du système de santé	0	0
CMP surchargés	4	8
délais de prise en charge	4	9
manque d'information sur la pratique des psychiatres	1	3
stigmatisation de la psychiatrie	4	6
honte des pathologies psychiques	1	2
spécialiste à part	4	7
dépendant des patients	0	0
adressage vécu comme un abandon par le patient	1	2
résistance à l'acceptation du suivi psychiatrique	4	10
déni des troubles	2	2
manque de motivation des patients	2	3
dépendant du MG	0	0
désaccord MG-patient	2	2
méconnaissance des réseaux	4	10
dépendant du psychiatre	0	0
horaires des psychiatres	2	2
file active complète	5	10
refus de prise en charge des psychiatres	2	3
facteurs influençant le choix du psychiatre	0	0
facteurs dépendant des patients	0	0
bouche à oreille	3	4
ressources financières	3	7
sous adressage aux psychologues	2	2
facteurs dépendant du MG	0	0
sentiment que le patient va s'entendre avec le psychiatre	3	8
investissement personnel des MG	1	1
facteurs dépendant du psychiatre	0	0

capacité à communiquer du psychiatre	1	1
besoin de confiance envers le psychiatre	5	10
place chez le psychiatre	1	1
pratique du psychiatre	4	5
conséquences des difficultés d'adressage	0	0
échappement des patients dû au délai	1	1
non adressage des patients moins lourds	1	1
piste pour améliorer l'adressage	0	0
relais au MG quand patient stable	2	2
répertoire des pratiques	1	1
PRATIQUES	0	0
dépendantes de l'offre de soin	0	0
disparité d'accès aux soins	3	8
inefficacité des initiatives nationales	1	2
politiques locales dans l'offre de soins	2	3
psychologue trop cher pour les patients	2	2
manque d'offre de soins	2	4
défaut de permanence en psychiatrie	1	1
désengagement des CMP	5	9
encombrement injustifié des files actives des CMP	1	4
manque d'attractivité du secteur public	1	1
manque de lit en psychiatrie	3	4
manque de psychiatres	6	21
manque d'offre en psychothérapie	1	1
obligation de répondre à la demande dans le service public	2	3
La psychiatrie en médecine générale	0	0
part importante de l'activité en médecine générale	3	6
MG acteur compétent des soins psychiques	2	4
Formation	1	1
formation psy = plus de confort	2	3
mauvaise qualité de la formation initiale en psychiatrie	2	2
nécessité de formation en psychiatrie pour les MG	1	1
nécessité de stage chez le MG pour les internes de psychiatrie	0	0
La dépression en médecine générale	1	1
prise en charge psychiatrique empiète sur les prises en charges somatiques	0	0
Stratégies mises en oeuvre	4	6
arrêt de travail	4	9
évaluation clinique	2	4
initiation du traitement	5	10
interlocuteur pour crise suicidaire	5	7
psychoéducation	1	1

soutien	3	8
suivi régulier	3	11
intensification du suivi	5	9
utilisation de tests psychométriques	1	1
amélioration du contexte psycho-social pour améliorer la dépression	1	1
avis	0	0
avis psychiatres libéraux	2	3
avis urgences psy	2	2
partenariat avec la médecine du travail	1	1
complémentarité de la pharmacothérapie et la psychothérapie	1	2
psychothérapie	0	0
psychothérapie en première intention	4	4
psychothérapie= alternative au traitement pharmacologique	2	3
psychotropes	0	0
association antidépresseur-anxiolytique	1	2
benzodiazepine = traitement aigu	3	3
la dépression ne nécessite pas toujours d'antidépresseur	2	3
traitement au long cours	1	1
utilisation des services de soins somatiques pour pallier le manque de soins psychiques	1	1
vision de la dépression	0	0
facile à prendre en charge	5	10
pathologie chronique	3	5
dépression réactionnelle en MG	1	1
contexte psychosocial divers	5	12
retentissement des problématiques somatiques sur le moral	4	8
souffrance au travail	5	13
dépression unipolaire, pathologie de médecine générale	3	4
somatique comme porte d'entrée au soins psychique	2	4
psychiatrie chronophage	5	15
spécialité comme les autres	3	6
spécialité difficile	2	4
ressentis des MG	0	0
ressentis négatifs des MG	0	0
liés à la société	0	0
peur de la sécurité sociale	1	1
peur des sanctions disciplinaires	1	1
liés aux psychiatres	0	0
déconsidération	4	8
difficulté à appeler le psychiatre	1	1
difficulté à trouver le rôle du psychiatre	1	4
exaspération	1	3
immobilisme de la psychiatrie	1	2

méfiance envers le psychiatre	1	1
MG = prestataire de service	4	7
MG se sent mis à l'écart des soins psychiques	1	3
paresse du psychiatre	1	4
liés aux situations des patients	0	0
anxiété	1	1
culpabilité	1	1
fatalisme	1	3
impuissance	4	13
inconfort	5	19
malaise face à la crise suicidaire	2	3
insatisfaction	1	2
peur de perdre la confiance du patient	1	1
poids des responsabilités difficile à supporter pour le MG	1	1
ressentis positifs	0	0
sentiment de compétence	3	3
soulagement lié au transfert de responsabilité	1	2
RÔLES DE CHACUN	0	0
rôle du MG	0	0
actions du MG dans la dépression	0	0
envers le psychiatre	0	0
relais au MG pour les patients stabilisés	2	2
renforcer l'alliance avec le psychiatre	1	1
renouvellement traitement	3	5
limites du MG	0	0
condition d'exercice non adapté aux situations d'urgences psychiatriques	1	1
difficulté à aborder les problématiques psychiques chez les MG	2	2
difficulté à comprendre les attentes des patients	1	3
difficulté à évaluer l'urgence	4	4
difficulté avec les psychotropes	1	4
suprescription	1	3
incertitude diagnostique	2	2
manque de temps	1	1
MG à l'écart des réseaux intra hospitaliers	1	1
spécificités du MG	0	0
négociation pour faire accepter l'indication de soins psychiatriques	5	12
acteur durable dans les soins du patient	2	2
disponibilité	3	5
fonctionnement instinctif du MG	3	5
lien de confiance avec le patient	6	9
MG adopte une approche non catégorielle	1	2
MG en première ligne	2	4

réponse concrète aux problèmes	3	4
vision globale	3	5
coordinateur de soins	2	3
gestion des comorbidités somatiques	4	9
rôle du patient	0	0
obstacle aux soins	0	0
clivage	1	1
mauvais média de la communication psychiatre et médecin généraliste	1	1
patient n'informe pas les MG de leur traitement psy	3	3
patients n'ont pas envie de se répéter	1	1
mauvaise compliance	1	1
mésusage des médicaments	2	3
refus d'arrêt de travail	1	3
refus des soins psychiques	3	4
nomadisme psychiatrique	1	2
partenaire des soins	0	0
créateur du réseau du MG	2	2
média de la communication entre le psychiatre et le MG	2	3
arbitre du rôle de chacun	1	2
rôle du psychiatre	0	0
attentes des MG	2	3
avis spécialisé rapide		
consultation psychiatrique en urgence	0	0
demande de supervision	1	2
expertise pharmacologique	4	7
rassurer le MG	4	4
spécificités du psychiatre	0	0
compétences supérieures du psychiatre	4	8
expertise clinique	1	1
consultation psychiatre plus longue que MG	1	1
dialogue avec le patient	2	3
prise en charge des dépressions sévères	3	6

Annexe 13 : Arbre de codage Psychiatre

COMMUNICATION MG-PSYCHIATRE	0	0
état de la communication	0	0
bonne communication	4	9
communication sans rencontre suffisante	1	1
généraliste comme interlocuteur compréhensif	1	1
MG contact le plus fréquent du psychiatre	2	3
prise de contact à l'installation du psychiatre	2	2
psychiatre initiateur de l'échange MG-psychiatre	1	1
mauvaise communication	5	8
manque de communication		3
médecin hospitalier difficilement joignable	1	1
pas d'appel des généralistes	1	1
responsabilité partagé dans l'absence de communication	1	1
moyens de communication	0	0
courrier	3	4
intérêt des courriers	0	0
confirmation du suivi	2	2
courrier d'adressage = plus de retour des psychiatres	2	2
courrier pour nouveaux patients	1	1
fin de prise en charge	1	1
identification des intervenants	3	4
identification des rôles de chacun	1	1
récapitulatif des grands axes	5	6
piste diagnostique		
projet pharmacologique		
manque de courrier	1	1
peu de courrier de fin de suivi	1	1
peu de courrier durant le suivi	4	4
pas de retour si patient stable		
mail	4	5
téléphone	0	0
téléphone comme moyen de communication privilégié	5	1
		0
intérêt d'une bonne communication	0	0
pour le patient	0	0
déstigmatisation de la psychiatrie	1	2
éviter des prises en charges inappropriées	1	1
éviter les problèmes de prescription	1	1
organisation des soins post hospitalisation	1	1
pour les professionnels	0	0

confiance en l'évaluation du MG	1	1
conforte le psychiatre dans sa prise en charge	1	1
délégation de tâches	3	3
facilite la bienveillance entre les intervenants	2	3
permettre un recul sur la prise en charge	1	4
satisfaction	2	2
soulagement lié au partage	3	3
être plusieurs sur les situations difficiles	3	5
obstacle à la communication	0	0
dépendant de la société	0	0
stigmatisation de la psychiatrie	1	1
impossibilité à déléguer la communication avec les médecins généralistes	1	1
secret médical	2	2
dépendant du MG	0	0
absence de temps dédié à la communication	1	1
crainte du jugement du psychiatre	1	2
intérêt variable des MG pour la psychiatrie	3	4
logistique	0	0
boite vocale	1	1
doctolib	1	1
secrétariat	2	4
méconnaissance de la possibilité de conseil téléphonique à l'UCAP	2	2
pas ouvert à la discussion	2	2
dépendant du patient	0	0
obstacle à la communication par courrier	2	3
dépendant du psychiatre	0	0
liée à la spécialité	0	0
ancienne génération de psychiatres = pas ouverts à la discussion	2	3
dépression = moins de contact MG-psychiatre	1	1
langage psychiatrique hermétique	1	1
théorie psychanalytique comme obstacle à la communication	3	4
personnel	0	0
communication avec MG vécu comme une surcharge	4	4
manque de temps des psychiatres	4	5
manque d'investissement dans le lien avec le MG	4	4
ne ressent pas de besoin de contact avec le MG	1	2
paresse des psychiatres	2	3
perspectives	0	0
évolution ressentie par les psychiatres	0	0
amélioration de la communication en réponse aux rapports de santé publique	1	1
atténuation du clivage psychique-somatique	1	1
nouvelle génération de psychiatres plus sensible à la coordination des soins	3	5
pas d'évolution de la communication psychiatres-MG	1	1
pistes d'améliorations	0	0

permanence d'avis aux heures ouvrables	1	1
diffusion d'un numero référent pour avis psychiatrique	1	1
moyens de communication directe en l'absence du patient		
incitation à la communication	4	5
protocolisation des courriers	4	5
nécessité d'augmenter les contacts avec les MG	1	1
formations mixtes MG-psychiatres	1	1
L'ADRESSAGE	0	0
facteurs influençant l'adressage	0	0
bouche à oreille	1	1
entente facilite l'adressage	4	1 0
nécessité d'entente entre patient et psychiatre	1	1
initiation de la demande de soins psychiatrique	0	0
adressage MG-hôpital	2	4
adressage MG-psychiatre	4	6
adressage patient-psychiatre	1	1
adressage patient-urgences	2	3
adressage psychiatre-psychiatre	4	5
adressage psychologue-psychiatre	1	1
hospitalisation en cas d'idées suicidaires	3	3
motifs	0	0
compétences du MG insuffisantes	5	1 0
décharge de responsabilité des adresseurs sur les psychiatres	3	5
obstacle à l'adressage	0	0
dépendants de la société	0	0
dépendants du système de santé	0	0
CMP surchargés	2	2
délais de prise en charge	1	2
stigmatisation de la psychiatrie	1	1
dépendants du MG	0	0
méconnaissance des réseaux	1	1
MG comme obstacle aux soins psychiques	2	4
MG s'attend à un refus	1	1
dépendants du psychiatre	0	0
intérêt variable du psychiatre selon le cas présenté	1	1
pas de créneaux d'urgences	1	1
file active complète	3	3
pistes pour améliorer l'adressage	0	0
incitation financière aux avis ponctuels	1	1
libération de créneau de consultation	2	2
fixer des objectifs de fin de prise en charge	3	3

relais au MG quand patient stable	3	3
PRATIQUES	0	0
MG acteur compétant des soins psychiques		
part importante de l'activité en médecine générale	2	2
arrêts de travail	1	1
dépistage	2	4
initiation du traitement	5	6
MG psychothérapeute	1	1
renouvellement de traitement	1	1
soutien	2	3
variable selon le bassin géographique	1	2
dépendante de l'offre de soins	0	0
disparité d'accès aux soins	2	2
adaptation des prises en charges aux moyens locaux	1	1
engorgement de la file active	1	3
engorgement non justifié des urgences	2	3
incompétence de la régulation 15 dans les prises en charge psychiatriques	1	1
manque d'offre de soin	2	2
contexte de réduction de moyen en psychiatrie publique	1	1
manque de lit	1	1
manque de MG	2	3
nécessité de problème somatique pour avoir un MT	1	1
pas de suivi régulier par le MT	1	1
patient sans MT	3	6
jeunes = pas de MT	3	4
manque de psychiatres	2	4
la dépression en psychiatrie	0	0
causes de suivi long	1	2
attente de la demande des patients pour l'arrêt du suivi	1	1
difficulté à déléguer la prise en charge	1	1
diminution lente des traitements	1	1
espacement des consultations	1	1
suivi de consolidation en psychiatrie	1	1
surveillance de la rechute	1	1
stratégie des psychiatres	0	0
adressage en hospitalisation psychiatrique	3	4
appel du psychiatre aux patients	2	3
arrêt de travail	1	1
biologies pour surveillance pharmacologique	1	1
demande de MT systématique	1	1
intensification du suivi	2	3

rédaction de certificats	1	1
demande d'avis aux collègues	3	5
formations continues	1	2
orientation vers un autre professionnel si nécessaire	1	1
partenariat avec psychothérapeute	1	1
télé médecine	1	1
vision de la dépression	0	0
dépression unipolaire, pathologie de médecine générale	2	3
patients dépressifs avec comorbidités	5	7
psychiatrie lourde à l'hôpital	1	1
souffrance au travail	2	3
ressenti des psychiatres	0	0
négatifs	0	0
difficultés partagées psychiatre-MG	1	1
épuisement des psychiatres à l'hôpital	1	2
impuissance	1	1
isolement du psychiatre	1	2
peur du somatique	1	2
porte seul la responsabilité de la prise en charge	2	6
psychiatre déconsidéré par le MG	2	2
positifs	0	0
attrait des psychiatres pour donner des avis	1	2
attrait pour le travail en équipe	1	1
confort d'exercice amené par l'expérience	2	3
satisfaction lorsque patient stable	1	1
spécificité de la pratique libérale	0	0
confort de l'exercice libéral	1	3
diagnostic imprécis	1	1
exercice libéral modifie les pratiques	1	1
exercice libéral pour une recherche de confort	1	1
nécessité d'avoir des patients stables en libéral	1	3
pathologie moins sévère en psychiatrie libérale	1	1
peu de nouveaux patients	1	1
possibilité de se rendre disponible en libéral	2	2
relation psychiatre-patient forte en libéral	2	3
RÔLE DE CHACUN	0	0
nécessité de séparer les rôles psychiatre-psychothérapeute	4	5
rôle de la famille	0	0
alerte sur l'état psychique du patient	2	2
co-thérapeute	1	1
demande de changement d'intervenant	1	1
épuisement	1	2

lien famille-psychiatre	1	1
protection du patient	1	1
rôle des urgences = avis téléphoniques	1	1
rôle du MG	0	0
acteur compétant des soins psychiques	7	18
attente des psychiatres	0	0
arrêts de travail	1	1
formation du psychiatre	1	1
gestion de la iatrogénie	2	3
intensification du suivi psychiatrique	3	3
réévaluation des traitements	3	7
partenaire somatique	2	3
pour les conséquences somatiques des troubles psychiques	1	1
relais pour les patients stabilisés	3	3
relance du suivi	1	1
limites du MG	0	0
cloisone les motifs de consultation	1	1
difficulté avec les psychotropes	1	2
manque de temps	3	4
peu de lien entre patient et généraliste	1	2
surinvestissement des MG auprès de certains patients	1	2
spécificité du MG	0	0
centralisateur des traitements	1	1
disponibilité	2	2
en première ligne	1	2
lien de confiance avec le patient	4	4
réponse concrètes aux problèmes	1	2
vision globale des situations	4	5
obtention d'information via le rôle de médecin de famille	1	1
rôle du patient	1	3
obstacle aux soins	0	0
augmentation du niveau d'exigence	2	5
crise suicidaire non abordée avec le MG	1	1
mauvaise compliance	0	0
mésusage des benzodiazépines	1	1
patient refuse le traitement	2	2
patient refuse l'hospitalisation	1	1
refus du patient de voir un psychiatre	1	2
sevrage non planifié avec le psychiatre	1	1
pression sur la prescription de psychotropes	1	1
problématique psychique masquée par le somatique pour les MG	1	1
séparation psychique-somatique	1	3

partenaire dans les soins	0	0
création du réseau du médecin généraliste	1	1
fin de suivi	2	2
média de la communication psy-MG	4	7
rôle du psychiatre	0	0
envers les généralistes	0	0
formation des généralistes	5	7
libération de créneaux d'avis ponctuels	2	2
rassurer le MG	3	3
rôle du psychiatre adapté aux besoins du MG	3	3
supervision de la prise en charge du MG	5	1 3
avis global sur la prise en charge	1	1
avis pharmacologique	5	6
avis téléphonique ponctuel	4	4
limites	0	0
diagnostic sur consultation ponctuelle difficile	1	1
gérontopsychiatrie nécessite surspécialisation	2	2
difficulté à suivre les différents membres d'une famille	1	1
psychiatre reste dans son domaine de compétence	1	1
risque d'épuisement si suivi de trop de cas complexe	1	1
spécificités du psychiatre	0	0
expertise clinique	2	2
consultation longue	2	2
expertise pharmacologique	3	3
meilleure connaissance du réseau	3	4
prise en charge des dépressions sévères	3	4

THÈSE SOUTENUE PAR : Audrey MICHEL, Jean CASTAN

TITRE :

COORDINATION DES SOINS DES PATIENTS DEPRESSIFS : PERCEPTIONS CROISEES ENTRE PSYCHIATRES ET MEDECINS GENERALISTES

CONCLUSION :

Cette étude avait pour objectif principal de confronter les perceptions des médecins généralistes et des psychiatres sur leur coopération dans la prise en charge des patients dépressifs.

4 dimensions ont émergé des entretiens auprès des psychiatres et des généralistes : les perceptions du rôle de chacun, la communication, l'adressage et les pratiques de chacun.

Les médecins généralistes ne percevaient pas les limites du rôle du psychiatre, ce qui pouvait participer à un niveau d'attente important et entretenir des ressentis négatifs.

Des obstacles à une bonne communication ou à un adressage efficace ont été appréhendés. Ils pouvaient être en lien avec les psychiatres par un manque d'investissement dans la communication, un langage hermétique ou des plages de consultations saturées. Ils pouvaient également être en lien avec les médecins généralistes avec une méconnaissance des réseaux de soins, voire une opposition aux soins psychiatriques. La société ou les patients eux-mêmes pouvaient aussi être un obstacle au travers de la stigmatisation de la psychiatrie ou de la difficulté à reconnaître la nécessité de soins.

Au niveau des pratiques, la vision de la dépression des généralistes et des psychiatres était différente. Un manque de confiance entre les intervenants et une offre de soins insuffisante ont été rapportés de part et d'autre.

Plusieurs pistes d'amélioration ont pu être envisagées comme une augmentation des lieux de rencontres interdisciplinaires, des formations mixtes ou des initiatives locales afin de renforcer la bienveillance mutuelle. Une permanence téléphonique a été évoquée ainsi que plus de relais aux généralistes pour les patients stabilisés. Un répertoire des pratiques des psychiatres permettrait un meilleur adressage. De nouveaux outils numériques permettraient une évolution de la communication entre intervenants.

Il serait intéressant de compléter ce travail par une autre étude qui explore les perceptions des patients eux-mêmes sur leurs attentes envers leurs médecins et leur coopération.

L'évolution des pratiques et la coordination des soins semblent particulièrement investies par les politiques de santé actuelles, et laissent entrevoir une évolution favorable si elles s'appuient sur les perceptions des professionnels qui ont pu être recueillies dans cette étude.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

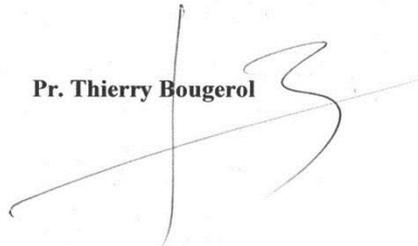
Grenoble, le : 15/04/19

**LE DOYEN
DE L'UFR DE MÉDECINE**

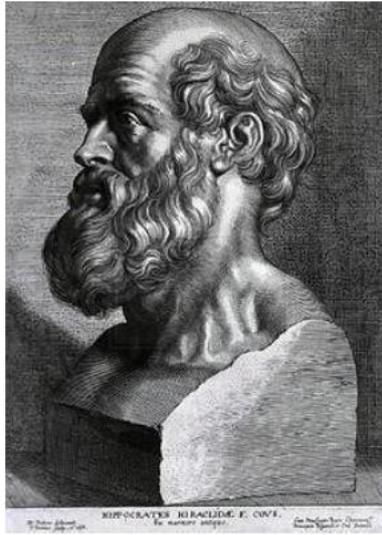


Pr. Patrice MORAND Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
JURY DE MÉDECINE**



Pr. Thierry Bougerol



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.