

**UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE**

2019

N°2019-182

**LES ATTENTES DES PATIENTS HOSPITALISÉS EN PSYCHIATRIE
VIS-À-VIS DE LEUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE.
ÉTUDE QUALITATIVE RÉALISÉE À L'HÔPITAL DE FITZ-JAMES
(OISE-60).**

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLOME D'ÉTAT)

Médecine générale

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 22 NOVEMBRE 2019

PAR

BOUTINEAU MARC

Président de Jury :

Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE

Juges :

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Monsieur le Dr Olivier BOITARD

Monsieur Olivier BALEDENT

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Yves Borgne

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Remerciements

À mon Maître et Président de jury,

Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE

Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens

Chef du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie

Adjoint au chef de l'Oncopôle

Vous avez accepté de présider le jury de ma thèse et j'en suis très honoré.

Veillez trouver ici, ma sincère reconnaissance et l'expression de mon plus grand respect.

Nous gardons un excellent souvenir de votre enseignement.

À mes juges,

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

Vous nous faites l'honneur de votre présence dans le jury de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

Monsieur Olivier BALEDENT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Responsable de l'unité de traitement de l'image

Médecine nucléaire et traitement de l'image

Votre participation au jury de thèse est pour moi un très grand honneur.

Veillez croire en ma profonde et sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Olivier BOITARD

Praticien Hospitalier, Chef du service psychiatrie adulte

Chef de pôle Fitz-James 5

Je vous suis reconnaissant pour votre bienveillance. Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma respectueuse gratitude.

J'ai été très honoré de travailler avec vous et j'ai beaucoup appris à votre contact.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Yves BORGNE

Professeur Associé de Médecine générale

Département de Médecine générale

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail, je vous en suis infiniment reconnaissant.

J'ai été très honoré de travailler avec vous durant ma première année d'internat.

Je vous remercie pour votre sympathie, vos conseils, vos encouragements et le temps que vous m'avez consacré pour ce travail ainsi que vos corrections.

À mes proches,

À mes parents,

Merci pour votre soutien inconditionnel durant toute ma vie, pour m'avoir encouragé à faire des études de médecine, pour l'amour que vous m'offrez.

À Éric,

Merci d'avoir toujours été là pour moi durant toutes ces années. Je sais que je pourrai toujours compter sur toi. Tu as toujours cru en moi même en cas de stress ou de doute. Merci pour ton amitié sans faille.

À Agnès,

Merci pour tout ce que tu as fait pour moi notamment la relecture et la mise en page de cette thèse. Tu as toujours su me guider dans les épreuves. Ton soutien m'est très précieux.

À mes grands-parents,

Merci mamie pour tous tes petits mots gentils et ton soutien. Tu as toujours eu confiance en moi et j'en t'en remercie. Merci papy pour tout ce que tu m'as enseigné, j'aurais aimé que tu sois encore parmi nous.

Un grand merci également à toute ma famille : Thomas, Anne, Corentin, Thibaut, Gautier, Antoine, Évelyne, Martin, Louise.

À Laurence,

Merci pour ton soutien, ta patience et ton amour. Tu m'apportes beaucoup dans la vie de tous les jours. Ta présence m'est indispensable et je suis fier de partager ma vie avec toi.

À mes amis,

À mes amis de la fac, de la BU, de soirées et de vacances.

Mehdi, Sébastien, Arnaud, Myriam, Alice, Benjamin, Yanis. Beaucoup de souvenirs de cette bibliothèque avec vous. Merci pour votre soutien pour tous les examens et concours que nous avons traversés ensemble, pour tous les bons moments qu'on a eus. Nicolas D, Nicolas B, Guillaume P, Marianne, Guillaume E, Gauthier, Matthieu, Hélène, Mathilde, Alexis et tous les autres. Ces neuf années à la faculté sont passées bien trop vite grâce à vous.

Merci Lucie pour ton temps et l'aide que tu m'as apportés pour la réalisation de cette thèse.

Merci Marion pour ton aide dans la triangulation de la thèse.

À mes amis de lycée,

Cédric et Clément, merci pour notre longue amitié. C'est toujours un plaisir immense de vous voir. J'ai toujours pu compter sur vous malgré la distance depuis le bac, votre soutien compte beaucoup pour moi.

Valentin, merci pour tous les bons moments passés ensemble et ton amitié.

À mon ami du conservatoire,

Yoann, merci de m'avoir motivé sans relâche à continuer la trompette pour que nous puissions jouer ensemble.

Aux médecins qui ont travaillé avec moi,

Merci à tous les médecins qui ont pu m'enseigner leurs connaissances durant mes années d'études. Merci au Dr Sebban pour m'avoir donné envie de faire de la médecine générale.

Un grand merci au Dr Federspiel pour sa gentillesse et ses multiples corrections de cette thèse.

Table des matières

Table des matières	8
Liste des abréviations :	9
1. Introduction	10
1.1. Épidémiologie des troubles psychiatriques en France	10
1.2. Définitions du rôle du médecin traitant	11
1.3. Recommandations de bonne pratique en psychiatrie	13
1.4. Les attentes des patients en population générale	14
1.5. La relation médecin-malade	16
2. Matériel et méthode	19
2.1. Le choix de la méthode qualitative	19
2.2. Population étudiée	19
2.3. Les entretiens semi-dirigés	20
2.4. Analyse	21
3. Résultats	22
3.1. Motifs et résultats de consultations	22
3.2. Les attentes des patients	28
3.3. Relation avec le médecin généraliste	39
3.4. Rapport au psychiatre et à l'hôpital psychiatrique	45
3.5. Critères de choix du médecin généraliste	47
3.6. Modalités organisationnelles	48
3.7. Théorisation ancrée	49
4. Discussion	50
4.1. Limites et biais de l'étude	50
4.2. Avantages et forces de l'étude	51
4.3. Discussion des résultats	52
4.4. Proposition pour la pratique et ouverture	56
5. Conclusion	58
6. Bibliographie	59
7. Annexes	62
8. Résumé	66

Liste des abréviations :

- ECOGEN : Étude des éléments de la consultation en médecine générale
- WONCA : World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
- ESEMED : European Study of Epidemiology of Mental Disorders
- ALD : affection longue durée
- MDPH : maison départementale des personnes handicapées
- SAMSAH : service d'accompagnement médico-social
- SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale
- ESAT: établissement et service d'aide par le travail
- USN : unité de soins normalisés
- CMP : centre médico-psychologique
- TDAH : trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- BDSP : Banque de données en santé publique
- SUDOC : Système universitaire de documentation
- CNGE : Collège national des généralistes enseignants
- SFMG : Société française de médecine générale

1. Introduction

Les motifs de consultations en médecine générale en rapport avec la psychiatrie représentent une part importante de l'activité de médecin généraliste(1).

La prise en charge des patients atteints de maladie psychiatrique est le plus souvent complexe, pluridisciplinaire et repose sur une bonne communication entre le médecin traitant et le psychiatre(2).

Le rôle du médecin traitant est multiple et comprend notamment le premier recours pour ces patients(3).

Ce travail vise à explorer les attentes des patients hospitalisés en psychiatrie envers leur médecin généraliste.

1.1. Épidémiologie des troubles psychiatriques en France

D'après l'étude ECOGEN (étude des éléments de la consultation en médecine générale) réalisée en 2014(4), les problèmes psychologiques et sociaux représentaient respectivement 8,2 et 1,4 % des résultats de consultation.

D'après les données statistiques de l'assurance maladie, le nombre de patients présentant un trouble lié à la santé mentale était de 12.9% de la population générale en 2009.

L'assurance maladie recense 2 groupes de patients présentant des pathologies en lien avec la santé mentale. D'une part les *maladies psychiatriques* qui concernent des populations en ALD ou ayant été hospitalisées pour ce motif et d'autre part des *personnes traitées par psychotropes* sans autre indication dans les remboursements de soins.

Le groupe *pathologies psychiatriques* comprenait 1 808 700 patients, soit 3,2% de la population et incluait les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement).

Le groupe *traitements psychotropes* était composé de 5 483 800 patients soit 9.7% de la population, prenant régulièrement des traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, des neuroleptiques, des anxiolytiques et /ou hypnotiques (hors patients présents dans le groupe *maladies psychiatriques*).

Cette séparation semble cohérente car elle crée 2 groupes en fonction de la sévérité de la maladie.

En 2014 le groupe *maladies psychiatriques* et le groupe *traitements psychotropes* représentaient 22.6 milliards d'euros de dépenses par an, ce qui représente 15% des dépenses d'assurance maladie. (5)

Entre 2012 et 2014 les effectifs du groupe *maladies psychiatriques* ont augmenté de 1.9% alors que celui des *traitements psychotropes* a diminué de 0.7%. La moyenne de ces 2

groupes retrouve une diminution des effectifs de 0.1%. La prévalence des pathologies mentales et leur importance en terme de dépense annuelle de la sécurité sociale est stable au cours des dernières années.

Selon une étude de la DRESS (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation des Statistiques) dont les résultats sont parus en 2004, et qui traite des consultations et visites du médecin traitant, les motifs de consultations d'ordre psychologique ou psychiatrique représenterait 10% des séances(6). 50% de ces consultations étaient en rapport avec le suivi d'une affection chronique stable, 24% en rapport avec la déstabilisation d'une affection chronique et 19% en rapport avec une affection aiguë.

D'après la Société Française de Médecine Générale(7), en 2009 les consultations d'ordre psychologique représentaient 5 parmi les 50 résultats de consultations les plus fréquents, soit 14.93% des séances. Ils comprenaient :

- les consultations pour réaction à une situation éprouvante (4.58%),
- les insomnies (3.21%),
- l'anxiété-angoisse (3.07%),
- la dépression (2.13%)
- et l'humeur dépressive (1.94%).

Ces pathologies mentales représentent donc un problème de santé publique majeur auquel est souvent confronté le médecin généraliste dans sa pratique.

1.2. Définitions du rôle du médecin traitant

La première définition de la médecine générale a été énoncée par le groupe de Leeuwenhorst en 1974(8).

Le médecin généraliste fournit les soins primaires, personnalisés et continus à toute la population, indépendamment de l'âge du sexe ou de la maladie. Il doit intégrer les facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans son exercice. Il prend la décision initiale et assure la continuité des soins. Il doit informer son patient à un rythme adapté et construire une relation basée sur la confiance. Son rôle est de traiter, prévenir, éduquer et promouvoir la santé de ses patients. Il collabore pour cela avec les autres médecins et professionnels paramédicaux.

Cette définition initiale n'inclut pas les principaux fondamentaux de la discipline scientifique qu'est la médecine générale.

Sa définition a évolué depuis en fonction des changements dans la société, WONCA (World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) en 1991, Gay en 1995(9), Olesen en 2000(10). Par ailleurs, le médecin a perdu l'aspect indiscutable de son opinion et un nouveau dialogue est alors apparu entre les patients et leur médecin. La médecine générale a dû s'adapter aux modifications du système de santé pour répondre aux besoins des patients.

En 2002 la WONCA coordonne les différentes structures européennes de médecine générale et valide une définition consensuelle de la médecine générale(3) :

“ La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C’est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.”

La médecine générale a le rôle de premier recours. Elle prend en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l’âge ou de toute autre caractéristique de la personne concernée. Elle coordonne les soins et utilise de façon efficiente le système de santé. La médecine générale prend en compte les dimensions individuelle, familiale, et communautaire. Elle est basée sur une relation médecin-patient construite sur la durée et assure la continuité des soins.

Sa démarche décisionnelle spécifique repose sur la prévalence et l’incidence des maladies en soins primaires. Elle intervient au stade précoce des maladies et accélère la prise en charge en cas de nécessité d’intervention rapide. Elle favorise la promotion et l’éducation pour la santé et a une responsabilité spécifique de santé publique. De plus la médecine générale doit répondre aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Selon cette définition, le rôle de médecin généraliste inclut la prise en charge des patients présentant des maladies mentales en premier recours. Ce dernier consiste à recueillir toutes les plaintes, à les entendre, analyser, évaluer et prendre une décision adaptée. (11)

Au delà de ce premier recours, le médecin généraliste a le rôle de prendre en charge les patients dans leur globalité. Il analyse le problème d’un patient en tenant compte de son environnement pour y apporter une réponse multidimensionnelle et adaptée.

Il assure la continuité des soins(12). Il établit des soins longitudinaux, selon les besoins du patient et s’assure de la transmission des données le concernant.

Le médecin généraliste coordonne les soins. Il va mobiliser les moyens médicaux ou médico-sociaux, synthétiser les résultats et en vérifier la pertinence. La majorité des motifs de consultations sont résolus par le médecin traitant, y compris en cas d’incertitude diagnostique qui représentent 70% des résultats de consultations(13). Certains patients nécessitent une orientation pour avis spécialisé du fait de la rareté ou de la gravité potentielle de leur affection. Il effectue la coordination des autres intervenants notamment sanitaires et sociaux.

Le médecin traitant a également un rôle de santé publique. Il contribue à réduire les risques de maladies ou de complications ultérieures par des informations, des questions et des conseils adaptés. C’est par exemple le cas dans la lutte contre le tabagisme, l’alcoolisme et le dépistage de certaines infections. Il fait de la prévention, éduque et fait la promotion de la santé.

Il améliore les indicateurs de santé publique du fait de son intervention auprès du patient et renforce l’impact des campagnes de prévention et de dépistage de masse.

1.3. Recommandations de bonne pratique en psychiatrie

L'état de santé physique des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères (troubles psychiatriques schizophréniques et bipolaires) reste trop longtemps méconnu par les psychiatres et les médecins généralistes(2).

La surmortalité par suicide de ces patients a longtemps été la principale préoccupation des médecins. Ces patients présentent pourtant les mêmes pathologies, notamment chroniques, que celles retrouvées en population générale.

Les patients psychiatriques ont recours aux soins somatiques moins fréquemment en raison des troubles cognitifs ou des perturbations psychiques liées aux maladies mentales graves, de leurs difficultés à s'adresser ou à accéder au système de santé. Ce constat peut s'expliquer par leur précarité sociale, leur méconnaissance du dispositif de soin, leur inactivité, voire leur réticence à exprimer leurs souffrances physiques.

La prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères a fait l'objet de recommandation de bonne pratique en 2015 par la fédération française de psychiatrie. Ces recommandations ont pour but d'améliorer la prise en charge des problèmes somatiques que présentent les patients atteints de troubles mentaux. Ces troubles sont fréquents, insuffisamment pris en charge et entraînent une diminution de la qualité et de la durée de vie chez ces patients.

Chez ces patients, il est recommandé de dépister et surveiller les comorbidités somatiques, d'évaluer la balance bénéfice-risque au sein d'une collaboration étroite psychiatre-médecin généraliste ainsi qu'avec les autres spécialistes, de promouvoir la coordination des soins avec tous les acteurs.

Le corps médical est incité à être proactif pour dépister les comorbidités somatiques de ces patients, notamment en ce qui concerne les facteurs de risque cardiovasculaires : hypertension, dyslipidémie, syndrome métabolique, tabagisme et diabète.

Le traitement psychotrope doit être réévalué régulièrement et il convient de privilégier la monothérapie quand elle est possible. Le mode de vie du patient doit être apprécié (sédentarité, alimentation...) et les addictions doivent être recherchées et prises en charge.

La pratique d'un électrocardiogramme initial doit être réalisé ainsi qu'un contrôle régulier en fonction des facteurs de risque.

Concernant les échanges interprofessionnels, il est recommandé aux psychiatres d'améliorer leurs communications (comptes rendus et courriers) avec les médecins généralistes et à ces derniers d'adresser des courriers sur le suivi somatique de ces patients.

La mise en place des groupes de psychoéducation pour les patients et leurs familles doit être encouragée.

Des pistes d'amélioration ont été proposées par la fédération française de psychiatrie notamment en terme de formation, de moyen et de lutte contre le tabagisme.

Les personnes fréquemment en contact avec ces patients comme l'entourage, le personnel soignant et les travailleurs sociaux, doivent être formés au repérage des problèmes somatiques dans l'environnement du patient, de même que les médecins généralistes et les infirmières libérales.

La formation des médecins généralistes et psychiatres doit être soutenue concernant les risques somatiques, le suivi et l'implication de ces patients dans ce suivi. Un semestre de stage en psychiatrie devrait être proposé aux internes de médecine générale.

Concernant les moyens, les pathologies psychiatriques sévères comme la schizophrénie et le trouble bipolaire entrent dans le cadre de l'ALD (affection longue durée) exonérante. Les frais de santé de ces patients sont donc pris en charge à 100% par l'assurance maladie en ce qui concerne la prise en charge des pathologies cardiovasculaires, des consultations de médecine générale aussi bien somatique que psychiatrique, de l'utilisation des VSL (véhicule sanitaire léger) et taxis, du sevrage tabagique sans limitation de temps ou de volume, et des soins bucco dentaires et gynécologiques.

Des aides humaines sont également souhaitables(14). Leur accès est décidé par la MDPH (maison départementale des personnes handicapées) et comprend le SAMSAH (service d'accompagnement médico-social) créé en 2005 et le SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale).

Ces services peuvent aider ces patients à gérer leur budget et logement, et proposent un soutien dans les relations familiales. Le SAMSAH peut permettre le maintien à domicile en alternative à l'institutionnalisation.

La lutte anti tabagique devrait faire l'objet de rapport de la part des différents établissements ou services de soins médicaux sociaux concernant le nombre de consultations d'addictologie et le volume de substituts nicotiques consommés. La politique de ces structures devrait également faire l'objet de rapports annuels quant à la réduction du tabagisme des patients. Des facilités financières pour acquérir des substituts devraient être plus importantes pour ces patients, le forfait de base correspondant à un mois de traitement étant insuffisant.

Depuis le 1er janvier 2019, les substituts nicotiques sont remboursés sur prescription à 65 % (le maximum) par l'assurance maladie et le forfait d'aide au sevrage tabagique de 150€ par an n'existe plus. Les pharmacies peuvent désormais pratiquer la dispense d'avance de frais et il n'est plus nécessaire que ces traitements figurent sur une ordonnance dédiée comme auparavant(15).

Enfin il convient d'améliorer l'éducation des professionnels à la prise en charge de ces problèmes et protéger les populations vulnérables des incitations au tabagisme.

1.4. Les attentes des patients en population générale

Les attentes des patients vis à vis de leur médecin généraliste en population générale sont multiples et variées(16)(17)(18).

Du point de vue des patients le médecin généraliste doit posséder des compétences techniques et biomédicales. Il est le premier recours et doit être polyvalent. Il est également obligé de tenir un dossier médical, informatisé si possible.

Un examen clinique complet, et non uniquement la prise de la tension artérielle, lui est demandé et représente un des temps les plus importants de la consultation. De même l'établissement du bon diagnostic du fait de son expérience et la connaissance de ses limites

sont des compétences appréciées. Il lui est demandé de considérer l'état du patient dans sa globalité, d'avoir une attitude préventive et de ne pas hésiter à demander des avis complémentaires (le droit à l'erreur lui étant autorisé si le médecin a la franchise de le reconnaître).

L'aspect social et affectif est également important pour les patients. Le médecin doit être rassurant, non paternaliste et conduire à un partenariat avec le patient dans sa prise en charge. Il doit dire la vérité, considérer le patient comme une personne, être à l'écoute de ses problèmes psychologiques et des événements de vie.

La communication utilisée par le médecin doit être adaptée : elle est la clé de la relation médecin malade(19). Lorsque le patient décrit ses symptômes au médecin, il apprécie de ne pas être interrompu. Lors de l'interrogatoire le médecin se doit de questionner le malade, notamment concernant ses allergies et d'aller plus loin que ce que pouvait dire le patient spontanément.

Les patients attendent des explications sur leurs examens physiques, leurs résultats d'analyses biologiques et radiologiques ainsi que sur leurs traitements. Ils souhaitent connaître leur diagnostic lorsque celui-ci est identifié. Il incombe au médecin de motiver les patients concernant la réalisation d'examens complémentaires si besoin et de les inviter au suivi.

Les patients attendent souvent une prescription de leur médecin généraliste. Celle-ci doit être réfléchie et une lutte contre la surmédication doit être opérée. Un rôle particulier est accordé au médecin traitant, parfois appelé médecin de famille : il est considéré comme référent dans le suivi, la prévention et la continuité des soins.

Concernant l'aspect financier de la médecine générale, le remboursement des consultations réduit l'importance de la dépense financière engendrée par une consultation. Les patients espèrent une indifférence du médecin pour l'argent mais aussi qu'il contribue à baisser les dépenses de santé. Le tarif de la consultation doit se justifier par un temps de consultation suffisant.

C'est l'une des attentes principales des patients et un critère majeur de la bonne relation médecin-malade. La principale qualité d'un soignant pour les patients serait l'écoute. Cette écoute doit être active. Dans ce but, le médecin se positionne dans une attitude compréhensive, humaniste et empathique(20). Il ressent et comprend le point de vue du patient, prend en considération ses problèmes et ne minimise pas ses plaintes.

Pour certains patients l'écoute est limitée, principalement pour des raisons de manque de temps. En effet le médecin a la double contrainte de laisser son patient s'exprimer mais a également une ponctualité à honorer. Par ailleurs, il semblerait que les patients n'apprécient pas d'attendre plusieurs heures en salle d'attente, notamment durant les plages horaires sans rendez-vous.

Les patients attendent que leur médecin généraliste soit disponible. Pour certains, joindre le médecin par téléphone pour des informations le temps de programmer une consultation fait partie intégrante du métier, contrairement aux nouveaux systèmes informatiques de prises de rendez-vous qui rendent ce temps d'échange impossible.

La possibilité de visite à domicile est appréciée par les patients, notamment pour les personnes âgées en milieu rural qui craignent les situations d'urgence pendant lesquelles les médecins traitants ne sont pas toujours disponibles.

1.5. La relation médecin-malade

Les modalités de la relation-médecin malade ont évolué au cours du temps. 4 modèles ont été décrits par les Drs Emanuel et Emanuel(21).

Le modèle paternaliste, dans lequel celui qui soigne a la responsabilité de se substituer au patient pour son bien, était prédominant jusque dans les années 1980 et décrit dans les années 1950 par Parsons(21). Selon ce modèle, le médecin domine la consultation et décide des examens éventuels et des traitements pour son patient. Il n'y a pas de dialogue ni de partage de décision, l'implication du patient dans sa prise en charge est restreinte. Ce modèle était asymétrique et consensuel.

Au cours des années 1990, l'autonomie du patient et le concept de décision médicale partagée est apparu du fait des changements des sociétés occidentales et de la remise en cause progressive du modèle paternaliste de relation médecin-malade, sous l'impact de plusieurs facteurs, sociologiques, politiques, scientifiques et empiriques(22).

Dans le modèle informatif, c'est le patient qui est décideur et le médecin qui a pour rôle d'apporter ses connaissances pour l'informer. Le ressenti et les émotions du médecin ne sont pas pris en compte. La médecine tend à devenir un bien de consommation et certains aspects de la relation médecin malade sont évincés(23).

Le modèle collectiviste a également été décrit. Dans celui-ci la société entre dans la balance décisionnelle médicale et l'unité collective qui prime dans les propositions faites au patient. Il repose sur les principes de solidarité et de justice. Ce modèle est peu développé car en cas de discordance, notre système privilégie l'individu de manière générale(24).

A mi-chemin entre ces 2 modèles, informatif et paternaliste, se trouve le modèle de la décision médicale partagée. Ce dernier consiste en un véritable échange entre les 2 partis pour aboutir à une décision commune. Selon Charles(25), la caractéristique essentielle du modèle partagé est sa nature interactionnelle en ce sens que le médecin et le patient partagent simultanément toutes les étapes du processus de prise de décision. Pour les médecins qui utilisent ce modèle, le défi consiste à créer un environnement dans lequel le patient se sent à l'aise d'exprimer ses préférences en matière de traitement ou d'abstention thérapeutique. Le médecin explique ses connaissances par rapport à la pathologie du patient. Il donne son savoir et le patient lui fait part de son expérience personnelle, de ses croyances et de ses peurs.

La France a été le premier pays dans le monde à inscrire la décision médicale dans ses textes avec la loi du 4 mars 2002(26). Cette loi impose en pratique "le respect des désirs et choix de vie des patients dans la gestion des stratégies de soin ou de prévention". Le médecin doit désormais fournir une information claire et loyale au patient pour rendre ce principe applicable.

La bonne communication avec le patient est d'une importance capitale dans tout acte médical(27). Ce dialogue repose principalement sur la communication verbale, non verbale et sur l'empathie.

La relation médecin-malade est décrite par Balint (28) comme étant une relation humaine. Elle dépend de nombreux facteurs individuels et socioculturels et est basée sur les attentes et espérances des 2 partis, de manière parfois inconsciente. Il ne s'agit pas d'une relation financière ou amicale mais d'une relation de confiance soumise au code de déontologie médicale. Cette relation est asymétrique car elle naît de la demande d'un patient malade consultant un médecin possédant le savoir sur sa pathologie. Le médecin est alors responsable de la prise en charge. Le patient n'attend pas seulement une amélioration voire une guérison quand elle est possible, il demande également un soutien et de l'empathie vis à vis de son médecin.

La relation médecin-malade est l'objet d'idéation réciproque c'est à dire que le médecin idéalise le patient comme celui qui appliquera la démarche de soin qu'il recommande. Le patient idéalise également le médecin comme un savant et expert.

Pour Balint, un des principes fondamentaux de la prise en charge est l'écoute du patient et de son entourage. Ainsi la relation médecin-malade doit prendre en compte le point de vue du patient. Elle permet une démarche diagnostic et l'amélioration de la qualité du patient. L'exercice médical doit être le plus confortable possible. Si cette relation est harmonieuse, elle permettrait une bonne observation thérapeutique.

La plupart des études examinées ont démontré une corrélation entre une communication efficace entre le médecin et son patient et une amélioration des résultats pour la santé de ce dernier (29).

Le choix de critères de mesure de la qualité des soins est difficile. Il existe des divergences entre les professionnels de santé et les patients(30). Cependant certains critères de bonne qualité de la relation médecin-malade ont montré leur efficacité thérapeutique par des essais comparatifs randomisés (31).

Parmi ces critères se trouve la manifestation d'empathie par le médecin en essayant de comprendre les problèmes du patient même si ceux-ci sont complexes. L'expression de l'intérêt du médecin par un examen soigneux, l'encouragement du patient à exprimer ses émotions et ses attentes ainsi que la prise en considération des communications non verbales sont également des facteurs importants. L'explication du diagnostic de manière compréhensible ainsi que son pronostic en rassurant le patient quand c'est possible semble améliorer la relation médecin-malade de même que des conseils préventifs vis à vis de comportements à risques et l'implication du patient dans la décision thérapeutique.

L'objectif principal de la décision médicale partagée, fondée sur le principe du respect de la personne, est d'améliorer les décisions des patients concernant leur santé individuelle. La décision médicale partagée s'inscrit dans les démarches centrées autour du patient. Un autre enjeu de la décision médicale partagée est l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, visant à proposer les soins les plus adéquats en tenant compte des données de la science, de l'expérience du professionnel et des attentes et préférences des patients.

La décision médicale partagée est une pratique de la médecine fondée sur les preuves (evidence based medicine(32)). Le dernier enjeu de la décision médicale partagée, fondé sur le

principe de solidarité, est la réduction du recours inapproprié aux soins, notamment la réduction de la surutilisation de soins indiqués ou recommandés, du fait d'un recours inadapté à la demande individuelle du patient. Il ne semble toutefois pas possible à ce jour de considérer que la décision médicale partagée pourrait répondre à un enjeu financier.

2. Matériel et méthode

2.1. Le choix de la méthode qualitative

Compte tenu du caractère exploratoire du sujet de recherche la réalisation d'une étude qualitative est la plus appropriée. Le but de cette démarche ne sera donc pas de chiffrer mais de décrire les différentes attentes de ces patients.

La recherche qualitative permet d'observer les comportements et les perceptions des sujets et de recevoir leur opinion sur un sujet particulier de manière plus approfondie que par sondage au cours d'une recherche quantitative(33). Elle permet également d'explorer l'état d'esprit, les expériences et le ressenti des sujets. Elle est adaptée lorsque l'on cherche à mesurer et analyser des données non quantifiables et peut contribuer à une meilleure compréhension des interactions sociales. Elle permet également l'émergence d'opinions et d'idées non fixées a priori. Les idées émises par les sujets de l'étude sont analysées sans écarter celles présentes en minorité(34).

2.2. Population étudiée

La population étudiée est composée de patients hospitalisés au CHI sur Fitz-James 5 et volontaires, sans distinction selon le motif d'hospitalisation ou les antécédents. Ce secteur psychiatrique correspond au territoire de Senlis et de Crépy-en-Valois dans l'Oise.

Les critères d'inclusions sont les suivants :

- Les patients majeurs en cours d'hospitalisation psychiatrique
- Les patients interrogés devaient être relativement stables sur le plan psychiatrique.

Les critères d'exclusions sont les suivants :

- La présence de trouble mutique,
- L'expression de trouble du comportement important,
- Les patients hospitalisés sous contrainte,
- Ils ne devaient pas présenter d'idées noires, de délires ou de phases maniaques trop envahissants au moment de l'entretien.

Cette étude est une enquête sociale hors loi Jardé pour laquelle l'avis d'un comité d'éthique ou du CNIL n'est pas requis(35).

Un échantillonnage raisonné est effectué incluant des patients présentant différents critères pouvant affecter la variabilité des réponses et des comportements : âge, sexe, catégorie socio-professionnelle, motif d'hospitalisation. La taille de l'échantillon n'a pas été définie à l'avance, l'objectif de cohorte étant atteint à saturation des données (absence de nouvelle réponse ou nouvel élément lors d'entretiens).

2.3. Les entretiens semi-dirigés

Le mode de recueil s'est fait sous forme d'entretiens individuels semi-dirigés, avec retranscriptions et analyses thématiques. Il s'agit d'entretiens libres basés sur un guide d'entretien, avec possibilités d'ajouts de questions au cours de l'étude.

Nous avons donc réalisé des entretiens individuels semi-dirigés entre novembre 2018 et avril 2019, période pendant laquelle l'investigateur était en stage d'interne au sein de l'hôpital Fitz-James. Pour des raisons organisationnelles et logistiques les entretiens ont eu lieu dans les bureaux médicaux de l'unité USN bas de Fitz-James 5. Les patients étaient alors dans un environnement accueillant et connu où se déroulent habituellement les entretiens médicaux.

Les entretiens semi-dirigés avaient pour objectif d'obtenir les réflexions et les points de vue ainsi que les remarques des patients hospitalisés en psychiatrie.

Chaque entretien a été initié par des questions fermées pour permettre une étude socio démographique de la population étudiée et leur rapport à la médecine générale.

Nous avons rédigé un guide d'entretien (voir annexe n°1). Ce dernier est composé de 6 questions fermées socio démographiques. Puis une question de contextualisation était posée au patient afin de décrire le déroulement de son précédent rendez-vous chez son médecin généraliste. Les 9 questions suivantes, ouvertes, abordaient leur rapport avec le médecin généraliste. Certaines questions ont été ajoutées après les premiers entretiens. En effet le questionnaire en recherche qualitative n'est pas fermé contrairement aux techniques quantitatives à base de sondage. Le guide d'entretien peut être adapté avec une certaine latitude par le chercheur en fonctions des réponses et des expériences individuelles des participants. Ainsi nous avons par exemple ajouté la question concernant la raison de changement de médecin traitant après qu'un patient nous en ait parlé spontanément. Le premier entretien a donc servi de test avant d'effectuer quelques ajustements. Les résultats de cet entretien ont également été analysés.

Lorsque la réponse du patient ne répondait pas à la question posée, des relances étaient effectuées pour faire reformuler ou faire détailler la pensée du patient, notamment en cas de hors sujet.

Avec l'accord oral des patients inclus, les entretiens ont été enregistrés avec un micro relié à l'ordinateur personnel de l'investigateur, ainsi que par l'application DICTAPHONE du téléphone portable de l'investigateur. Toutes les données ont ensuite été anonymisées et retranscrites à l'aide du logiciel de traitement de texte WORD. La retranscription des entretiens s'est faite mot pour mot (sauf bégaiement).

2.4. Analyse

Les entretiens ont été codés à l'aide du logiciel N'VIVO 12.

Les entretiens ont été arrêtés lorsque nous avons atteint une saturation des données. Deux entretiens supplémentaires ont ensuite été réalisés pour s'assurer de la saturation des données.

Concernant l'analyse des données, nous avons procédé à une triangulation avec l'aide de Mme Delzart-Chamot Marion, également interne de médecine générale. La triangulation de chercheur constitue en une double interprétation pour plus d'un tiers des entretiens.

Nous avons ensuite procédé à une analyse inductive à partir des observations réalisées pour arriver à des perspectives plus générales.

L'analyse inductive(36) se définit comme : « un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche ».

L'analyse inductive permet à partir des résultats des entretiens d'interpréter des données brutes et de les hiérarchiser et de les mettre en relation(37).

Nous avons réalisé une triangulation théorique en comparant les données analysées et celles issues de la littérature(38).

Une théorie ancrée a été réalisée. Cette méthode d'analyse qualitative a été décrite par Paillé en 1996 (39) et vise à "générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives".

Cette dernière respectait les différentes étapes dans l'analyse de données qualitatives. La codification reposait sur l'étiquetage de tous les éléments présents dans les entretiens retranscrits sous forme de nœud grâce au logiciel Nvivo. La catégorisation consistait à regrouper les nœuds en nœuds parents faisant appel à la même notion. La mise en relation des différents nœuds parents entre eux constituait le début de l'analyse. La modélisation était obtenue par la combinaison des différentes catégories pour en faire émerger des concepts. La théorisation avait pour but d'essayer de mettre en relation les différents concepts pour aboutir à une théorie construite autour des attentes des patients.

Une recherche bibliographique a été réalisée en utilisant différentes ressources et moteurs de recherche dont PubMed, la banque de données en santé publique (BDSP), le système universitaire de documentation (SUDOC), le collège national des généralistes enseignants (CNGE) afin d'apprécier les données de la littérature scientifique.

3. Résultats

Les 12 entretiens semi-dirigés que nous avons réalisés ont duré entre 15 et 36 minutes avec une moyenne de 25 minutes. Les caractéristiques sociodémographiques des patients ont été reportées sur un tableau (voir annexe n°2). Nous avons interrogé autant de femmes que d'hommes, tous sauf un avaient un médecin traitant déclaré au moment de l'étude. L'âge des patients variait de 28 à 76 ans avec une moyenne de 52 ans. Ils étaient hospitalisés depuis au moins 4 jours avec une moyenne de 22 jours avant d'être inclus dans l'étude. La date de leur dernier contact chez leur médecin généraliste leur était demandée de même que le nombre de consultation par an chez ce dernier. Les motifs d'hospitalisation étaient hétérogènes.

Les entretiens sont exposés sur le CD joint.

3.1. Motifs et résultats de consultations

3.1.1. Motifs de consultations somatique

Lorsque nous avons évoqué les motifs de consultations en médecine générale, les patients interrogés ont généralement rapporté en premier lieu les motifs somatiques.

Ils ont ainsi consulté lorsqu'ils étaient atteints :

- De maladies d'ordres rhumatologique, dermatologique ou concernant la prise en charge de la douleur :

P10 (patient numéro 10) : *"c'était parce que j'avais mal à mon bras gauche et il a tout de suite cru que c'était la coiffe."*

P3 : *"ça peut être pour une angine, une maladie bénigne pour l'instant". "Le problème de douleur, les problèmes de peau"*.

P2 : *"Je suis allé le voir une autre fois pour un problème d'acné dans le dos, des douleurs au genou pour lesquels j'avais fait des radios."*

- Le médecin était également consulté en cas d'asthénie :

P5 : *"Je vais le voir aussi quand je suis très fatiguée, que je ne me sens pas l'âme d'aller affronter des journées de travail, j'avoue que je vais le voir de temps en temps."*

- Les infections de la sphère ORL (oto-rhino-laryngologie) étaient souvent mentionnées :

P11 : *"J'y allais parce que j'avais une laryngite, elle m'a soigné pour la laryngite"*.

P6 : *"J'y vais également pour les petites maladies on va dire, rhume, la rhinopharyngite"*

P9 : *"ça peut être des maux de gorge, je ne sais pas, comme toute personne qui va voir un généraliste. Des maux de tête, des choses comme ça."*

Ces affections ORL étaient parfois sous entendues comme étant l'unique motif de consultation et donc égale à la fréquence des consultations.

P5 : *“2-3 fois par an, autant de fois que j'ai d'angines”*

- D'autres patients évoquaient des motifs d'ordre traumatologique suite à des violences physiques.

P8 : *“Donc la dernière fois que je suis allé le voir c'est parce que j'avais extrêmement mal au bas du dos, j'avais reçu des coups de pieds, au sol, de mon compagnon”*.

- Certains patients formulaient une demande d'ordre biologique :

P11 : *“je vais la voir quand j'ai des prises de sang à faire par exemple, et des bilans de sang quoi”*.

P4 : *“Je voulais faire un bilan sanguin également, faire une mise à jour sur le statut de mes sérologies et un bilan hépatique”*.

- La demande de conseil était parfois rapportée comme motif de consultation :

P4 : *“J'ai dû le consulter pour du conseil”*.

- Plusieurs motifs en rapport avec le travail ont également été notés, notamment concernant les arrêts de travail ou encore à propos de certificats concernant le travail :

P3 : *“c'était juste pour renouveler mon arrêt maladie”*.

P2 : *“J'avais besoin de certificat médical concernant les vaccins pour travailler”*.

- Certaines demandes concernaient la vaccination d'un (ou des) membre(s) de la famille.

P8 : *“Je le voyais de temps en temps, Margaux ma fille le voyait peut-être un petit peu plus souvent pour ses vaccins des choses comme ça”*.

- D'autres motifs étaient basés sur la prévention en rapport avec des situations à risques, alimentaires ou d'intoxications chroniques.

P2 : *“j'ai été pizzaiolo j'ai mangé beaucoup. Je voulais faire un bilan”*. *“Je lui parlais de mes inquiétudes au niveau du tabac, de l'alcool”*.

- Les problèmes administratifs amenaient également les patients à consulter, ou certains patients rapportaient leurs difficultés avec l'administration et demandaient de l'aide à leur médecin.

P5 : *“vous me faites penser qu'il faut que je vois mon médecin généraliste pour qu'il renouvelle mon 100 %”*.

P6 : *“J'ai été le voir une fois pour remplir mon dossier MDPH”*.

P9 : *“J'allais voir mon médecin pour lui dire : “merde je fais mes démarches et tout, on ne les reconnaît pas””*.

- Les maladies chroniques et leurs complications ont fait l'objet de suivi par le médecin traitant. Il en a initié parfois la prise en charge.

P7 : *“je vais la voir déjà parce que je suis suivi pour l'infarctus que j'ai fait en 2005. Elle me renouvelle mon traitement tous les trois mois, prise de sang, principalement pour ça. La prise de sang est longue comme ça (le patient écarte ses 2 mains de 50 cm), elle vérifie tout un tas de trucs”*

P4 : *“Généralement je vais le voir quand je suis malade ou que j'ai besoin de faire une prise de sang, c'est le plus récurrent car il y a un suivi dessus”.*

P8 : *“Mon hypertension aussi, j'ai fait aussi un séjour d'une semaine en cardio. Je suis monté à 22 de tension, c'est vrai qu'il m'a suivi pour l'hypertension, c'est lui qui a commencé à me donner... c'est vrai”.*

3.1.2. Motifs de consultations d'ordres psychologiques

Le médecin généraliste étant le médecin de premier recours, il était souvent consulté en cas de troubles psychologiques. Les troubles rapportés étaient variés.

Ils comportaient notamment :

- les troubles du sommeil.

P11 : *“j'ai toujours des problèmes de sommeil”.*

- Un trouble psychologique pouvait se présenter comme un mal être, parfois sans grande précision :

P7 : *“je lui ai expliqué mon problème, justement que je ne me sentais pas bien dans ma tête et tout.”.*

- Les symptômes dépressifs étaient décrits au médecin généraliste :

P6 : *“J'y vais quand ça va pas pour renouveler mon ordonnance car je suis en dépression depuis plus de 20 ans. On essaie d'en discuter un petit peu”.*

- Parfois ces signes étaient rapportés par un membre de la famille.

P1 : *“ Mon fils lui a dit : “je ne reconnais plus ma mère, ce n'est pas du tout la personne que j'ai quittée il y a cinq ans, elle a pris goût à rien elle ne fait plus rien””.*

- Ces symptômes dépressifs pouvaient être en rapport avec le travail.

P7 : *“On parle un petit peu de nos problèmes aussi. Comme j'ai des soucis au travail et tout je lui en parle aussi”.*

- Ils amenaient parfois à consulter le médecin traitant plus souvent.

P1 : *“Dernièrement je l'ai vue un peu plus parce que je n'étais vraiment pas bien”.*

- Les problèmes d'addictologies étaient abordés avec le médecin par les patients, parfois par le médecin.

P10 : *“Il me demande à chaque fois aujourd'hui avec l'alcool, la dernière fois j'avais déjà repris, c'est là qui m'a dit qu'il fallait envisager un sevrage et après une post cure”.*

P8 : *“la dernière consultation, je suis allé le voir parce que je lui avais déjà expliqué auparavant que j’avais des soucis d’alcool, que mon compagnon de l’époque aussi”*.

P9 : *“je lui ai expliqué mon problème d’alcoolémie, qui en fait n’est pas journalier”*.

- Enfin les patients consultaient leur médecin pour le renouvellement de traitement.

P6 : *“je vais chez mon médecin généraliste pour les médicaments”*.

- Ces traitements incluaient les traitements psychotropes et somatiques.

P10 : *“pour renouveler mon médicament régulateur d’humeur, mon Effexor, pour ma tension Triatec, pour renouveler mon autre traitement tous les trois mois”*.

P12 : *“Moi parce que j’étais sous antidépresseurs et somnifère, euh Seresta et Cymbalta. Pour qu’il me represcrive mes médicaments”*.

- Ces renouvellements concernaient également les séances d’orthophonies.

P9 : *“orthophonie, pour renouveler mes ordonnances j’en ai besoin”*.

3.1.3. Alternatives à la consultation de médecine générale.

Certains patients nous ont décrit des alternatives plutôt que le recours au médecin généraliste :

- Le recours au pharmacien permettait l’automédication ou le conseil de ce professionnel de santé.

P2 : *“j’ai tendance à avoir une pas trop mauvaise santé je ne me plains pas souvent de maux de crâne, sinon je vais juste à la pharmacie prendre un Efféalgan”*.

P1 : *“Quand j’ai un rhume je vais à la pharmacie je leur demande ce qu’il faut voilà c’est tout”*.

- Le médecin était parfois considéré comme un second recours et peut être substitué par un nutritionniste pour ce qui concerne les problèmes de nutrition.

P2 : *“Ce n’est pas forcément quelqu’un que je vais voir directement. Pour mes problèmes de nutrition je suis allé voir directement un nutritionniste”*.

- Les médecins spécialistes d’organe étaient parfois consultés en première intention pour tout ce qui traitait de leur champ d’expertise. Le médecin généraliste n’était alors plus consulté dans ce contexte.

P10 : *“j’ai un gynécologue, un dentiste, un dermato, un spécialiste de la maladie du sommeil pour le masque la nuit”*.

P12 : *“Parce que j’avais une gynécologue, mon fils un ophtalmo”*.

- En cas de motif traumatologique le médecin généraliste n’était pas forcément impliqué dans la prise en charge. C’était le recours directement aux urgences.

P 12 : *“Quand le père de mon fils m’a fêlé le pouce j’ai été à l’hôpital faire une radio, et après j’ai été à la pharmacie chercher une orthèse, je n’ai pas vu mon médecin généraliste”*.

- Certains professionnels représentaient une aide complémentaire au médecin généraliste comme l’ostéopathe.

P 2 : *“Je suis également allé voir un ostéopathe”*.

- D'autres patients faisaient part de leur suivi avec un psychologue.

P 9 : *“Il y avait aussi une psychologue à Paris qui me suivait qui trouvait la situation très difficile pour moi”*.

3.1.4. Fréquence de consultations de médecin générale

Nous avons interrogé les patients concernant la fréquence de leurs consultations chez leur médecin généraliste.

- Certains patients témoignaient d'un faible nombre de consultation :

P2 : *“c'est très rare que j'allais voir mon médecin”*.

P5 : *“rare quand j'y vais quand même”*.

- Certains justifiaient ce faible recours par l'absence de maladie :

P1 : *“Je ne suis pas quelqu'un de malade”*.

Ils évoquaient l'absence de motif valable pour une consultation et ne ressentaient pas le besoin de consulter régulièrement leur médecin, contrairement aux personnes atteintes de maladie chroniques :

P1 : *“Je ne suis pas adepte d'être sans arrêt chez le médecin, je connais des gens qui ne peuvent pas passer un mois sans aller chez le médecin. Je n'éprouve pas ce besoin sauf si j'ai été vraiment malade je ne sais pas, bronchite ou quelque chose comme ça”*. *“J'ai de la chance de ne pas avoir de soucis de santé comme certaines personnes que je connais qui ont de l'hypertension, du diabète des choses comme ça”*.

- En cas de consultations motivées uniquement par le renouvellement d'ordonnance, le recours au médecin traitant restait rare.

P4 : *“Je n'ai pas d'attente autre que si je suis malade ou que j'ai un besoin qui nécessite une ordonnance”*.

- La présence d'une maladie chronique pouvait nécessiter un suivi par le médecin traitant, dans ce cas la fréquence des consultations augmente.

P11 : *“deux fois tous les trois mois, plus parfois à cause du Previscan”*.

3.1.5. Résultats de consultations

Différents résultats de consultations aussi bien somatiques que psychiatriques ont été évoqués par les patients.

- L'achat d'un tensiomètre, les arrêts de travaux ainsi que la prise en charge vaccinale ont été rapportés.

P8 : *“Il m'a fait acheter un tensiomètre à la maison sur quelques jours pour que je puisse suivre ma tension. On a vu qu'effectivement je montais quand même assez haut. J'ai eu un traitement, effectivement je pouvais aller le voir pour un suivi, pour une ordonnance”*

P3 : *“il m'a arrêté de deux ou trois jours”*.

P2 : *“Je suis allé le voir, il a regardé mon carnet de vaccination, Il m’a examiné et il a rédigé le certificat”*.

- Des examens complémentaires par imagerie ont été demandés par le médecin traitant.

P8 : *“Je suis allé le voir et il m’a envoyé faire un scanner à Senlis”*.

P10 : *“Donc il m’a fait faire une radio et une échographie”*.

- L’examen clinique a été décrit par les patients.

P5 : *“Elle m’a donc ausculté”*

P6 : *“Il m’a ausculté pris ma tension et ma température”*.

P2 : *“ il prend ma tension, me pèse”*.

- Des modifications thérapeutiques ont été réalisées :

P11 : *“Elle m’a renouvelé mon cachet pour l’estomac, l’Oméprazole, elle m’a mis 40 au lieu de 20 parce que j’avais des remontées gastriques”*.

P8 : *“Je sais ce n’est pas non plus évident de trouver un traitement adapté pour l’hypertension, on peut mettre plusieurs mois, et apparemment celui-là, c’est lui qui a commencé à me donner du Loxen”*.

- L’introduction ou la modification de traitement psychotrope a été réalisée par le médecin traitant, parfois en attendant une prise en charge par le psychiatre.

P7 : *“j’ai trouvé ça bien parce qu’elle a pris les devants quoi. Vu que l’attente pour le psy était assez longue, un mois quand même, et elle voyait que j’étais vraiment pas bien, elle a anticipé quoi, suivant ses connaissances”*.

P10 : *“la dernière fois j’ai été le voir j’étais pas bien. Il m’a augmenté mon antidépresseur, j’avais 75 il m’a donné du 37,5 en plus”*.

P1 : *“C’est là où elle m’a prescrit la Fluoxétine”. “Il m’a dit on va essayer de changer de traitement”*.

P6 : *“comme elle a vu que je n’étais pas bien, que j’étais sous pression, sous tension. Elle m’a dit “je vais commencer par donner un petit traitement pour la dépression car a priori vous êtes en train de faire une dépression”. Elle m’a donné un traitement en attendant que je consulte le psy”*.

- Des discussions concernant les addictions ont été mentionnées, de même que des actes de prévention.

P8 : *“Il m’a quand même demandé si je consommait toujours, j’avais dit oui”*.

P10 : *“il me dit : “vous ne vous rendez pas compte, vous vous faites du mal, la santé en prend un coup, pensez à votre mari aussi parce que pour lui ce n’est pas facile””*.

P11 : *“elle m’a dit : “votre mammographie c’est l’année prochaine, et puis la coloscopie c’est aussi l’année prochaine””*.

- Les problèmes psychologiques ont été évoqués avec leur médecin traitant.

P6 : *“puis on a parlé un petit peu de ce qui ne va pas”*.

- Des orientations ont été réalisées vers une hospitalisation en psychiatrie ou une prise en charge ambulatoire via le CMP.

P3 : *“Il m’a entraîné ensuite à aller en psychiatrie en 2015 pour pouvoir être soigné et dormir”*.

P1 : *“Il m’avait dirigé vers le CMP de Crépy-en-Valois ça c’est lui qui l’a fait”*.

- L’hospitalisation a parfois été pratiquée en urgence avec un premier certificat fait par le médecin traitant.

P10 : *“C’est le même qui est venu me voir avant d’aller ici. Celui qui a fait l’ordonnance pour que je vienne ici”*.

P12 : *“Ma dernière consultation en fait, il a vu que j’étais pas bien et il a fait un courrier pour que je sois prise en charge à la clinique des Jockeys”*.

3.2. Les attentes des patients

Les attentes des patients interrogés vis à vis de leur médecin généraliste sont nombreuses.

3.2.1. Prescription médicamenteuse et diagnostic

Tout d’abord les patients attendaient :

- Un traitement médicamenteux pour les soigner, avant même le diagnostic. Cette demande était parfois explicite et semble indispensable :

P2 : *“J’avais eu des douleurs dans le dos je lui avais demandé un médicament pour détendre les muscles ce genre de chose”*,

P4 : *“J’attends clairement une ordonnance »*,

P7 : *“ Qu’elle me donne un traitement bien sûr, forcément”*.

- Pour d’autres cette demande nécessitait une décision réfléchie du médecin pour aboutir à un bénéfice :

P1 : *“qu’il fasse au mieux pour trouver le bon remède”*

P6 : *“je sais pas quoi vous répondre, donner un traitement pour aider à aller mieux, pas n’importe quoi”*.

- Un diagnostic était demandé au médecin traitant. Ce diagnostic peut être basé sur l’interrogatoire.

P7 : *“J’attends qu’elle m’explique un petit peu pourquoi peut-être. Suivant ce que moi je lui dis, si elle décèle quelque chose”*.

L’absence de diagnostic et de traitement médicamenteux pouvait être mal vécu par le patient.

P8 : *“Pour moi si on y va pour un mal de gorge il y a quelque chose. Si on a mal aux cotes, mal aux poumons, c’est qu’il y a quelque chose. C’est pas juste prendre la tension c’est pas juste ça va passer”*

3.2.2. Orientation

Les patients avaient fait part de leur volonté d’être orienté par leur médecin traitant. Les demandes recueillies concernaient principalement l’orientation pour des troubles d’ordre psychologique.

- Certains patients attendaient une orientation systématique après le premier recours que constitue le médecin généraliste.

P5 : *“Quand j’ai une question médicalement je passe par lui, ensuite je vois avec lui s’il peut me diriger à droite ou à gauche”*.

P8 : *“Comme de toute façon on sait très bien que l’alcool la dépression, la dépression l’alcool c’est lié, je vous le dis encore. Je n’attendais pas forcément de médicaments, des ordonnances. J’attendais une orientation encore une fois vers des spécialistes”*.

- Il pouvait s’agir directement d’une demande d’hospitalisation en psychiatrie de la part du patient.

P9 : *“j’étais en souffrance terrible et très violente, parce que les gens ne me comprenaient pas, je faisais beaucoup d’efforts de communication mais ils ne comprenaient pas pourquoi je n’arrivais pas à avoir du boulot. Je suis allé voir le médecin à plusieurs reprises je l’ai même dit à mon père : “foutez-moi à l’asile, je n’en peux plus !””*.

- L’orientation vers un autre médecin spécialiste pouvait se faire uniquement en cas de nécessité d’investigation poussée, et après une prise en charge initiale par le médecin traitant.

P4 : *“il va nous apporter son aide jusqu’au moment où il va sentir que là il faut vraiment pousser, et nous orienter vers le spécialiste”*.

- L’orientation était parfois issue de la discussion avec le médecin et n’était pas une décision unilatérale de la part du patient. Pour certains patients le médecin savait quand il fallait orienter mais ils appréciaient l’abstention quand elle était possible.

P4 : *“J’en attends donc du conseil et une orientation, pour moi le conseil mène à une orientation. C’est déjà pas mal pour sa casquette de médecin”*.

P3 : *“Je pense qu’il est apte parce que c’est son travail, il y a une confiance qui se fait avant de passer un spécialiste si c’est nécessaire. Si j’avais pu éviter de voir un spécialiste, je l’aurais fait”*.

Cette orientation était basée sur les compétences du médecin quant au dépistage de pathologies du fait de sa compréhension.

P3 : *“Je pense que mon médecin généraliste était apte à gérer, à comprendre la souffrance psychiatrique, je dirais qu’un bon médecin généraliste s’il peut déceler et orienter au plus vite ça c’est important”*.

- Cette démarche devait être adéquate et peut permettre au médecin de mieux comprendre les pathologies des patients.

P9 : *“ Ça peut être lui qui fait une démarche pour comprendre mes pathologies, aiguiller la chose sur une structure adaptée”.*

Les différentes possibilités d’orientation étaient décrites aux patients qui ne les connaissaient pas toujours.

P4 : *“Il y a même de nous expliquer qu’il y’a une psychologue, qu’il peut y avoir un psychiatre, il peut y avoir un accompagnement en hospitalisation”*

- Un choix pouvait exister entre une orientation et une prise en charge médicamenteuse, il était proposé par le médecin à son patient.

P4 : *“ Et en faisant le point ensemble il nous oriente sur cette fameuse palette de possibilités qui peut être médicamenteuse soit psychologique. Là c’est lui qui a éventail sous la main”.*

- Un manque d’orientation des patients pouvait être retenu contre le médecin et nuire à la relation médecin-malade. Ces demandes d’orientation concernaient parfois des structures de prise en charge spécialisées.

P1 : *“Il ne m’a jamais parlé d’endroit où on soignait vraiment les dépressions. Alors que s’il m’en avait parlé j’aurais fait la démarche beaucoup plus tôt et qu’aujourd’hui on n’en parlerait probablement plus, enfin j’espère”.*

P9 : *“En m’intégrant dans un ESAT (Etablissement et service d’aide par le travail) pour les gens comme moi qui ont des déficiences psychiques ou physiques. C’est ça que j’attendais de mon médecin”.*

- De même une orientation non efficiente pouvait lui être reprochée. Elle restait nécessaire si la pathologie dépassait les compétences du médecin généraliste.

P6 : *“savoir jamais diriger vers les personnes qui sont plus, comment expliquer ça, compétentes, plutôt que d’envoyer à droite à gauche”.*

P9 : *“J’en avais marre de mon médecin, mais il ne voyait pas en quoi il pouvait aider. Il fallait que j’aie au-dessus”.*

Le manque d’orientation et la prise en charge uniquement par le médecin traitant pouvaient déplaire au patient notamment en cas d’échec.

P8 : *“Moi j’aurais préféré qu’il se concentre et qu’il m’aiguille un peu vers quelqu’un par rapport aux problèmes que je peux avoir actuellement”.*

- Le médecin traitant était parfois vu uniquement comme le passage obligatoire avant une prise en charge.

P4 : *“Par exemple là je dois aller voir un gynécologue, je vais passer par lui avant”.*

P3 : *“Avant d’être soigné par les spécialistes on passe par un généraliste”.*

3.2.3. Écoute, Altruisme et les qualités attendues du médecin

Les qualités intrinsèques du médecin faisaient partie des attentes des patients.

- L'empathie était l'une des qualités nécessaires lors des consultations concernant les troubles psychologiques.

P9 : *“J'attends de l'empathie”*.

P6 : *“La compassion, de l'écoute, parler, peut-être avoir des conseils ou autre”*.

Certains patients consultaient le médecin en quête de réconfort, notamment en cas de risque suicidaire.

P6 : *“Le jour où ça n'ira pas, j'irai le voir pourquoi pas, pour en parler. J'irai chercher du réconfort quelque part, quand on est mal en point le réconfort est bon à prendre de tous les côtés. Ça évite de faire des bêtises”*.

- Une demande de compréhension de la part du médecin a été formulée, dans des situations parfois urgentes.

P8 : *“qu'il m'écoute, qu'il prenne conscience que j'avais un réel problème et que j'aurais vraiment pu mettre fin à mes jours”*.

P9 : *“J'aimerais que le médecin comprenne ma situation alors qu'il ne la comprenait pas du tout. Il ne comprenait qu'une toute petite partie mais pas tout”*.

- L'écoute semblait être la demande principale de certains patients, avec retour de la part de leur médecin.

P1 : *“qu'il m'écoute déjà, qu'il entende ce que je lui dis”*

P5 : *“De l'écoute. Des réponses concernant ce qui est écouté, un retour quoi, dans le sujet pas à côté”*.

P10 : *“J'attends qu'il m'écoute et qu'il me donne ce qu'il faut pour que je puisse remonter la pente quoi. On parle, il est à l'écoute c'est déjà pas mal, il me donne des conseils.”*

- Parfois en plus de l'écoute une demande de soutien était soumise au médecin.

P6 : *“Plus de soutien. Du soutien, pas du je vais vous renvoyer n'importe où, ça on m'a déjà fait. Du soutien moral, de l'écoute, de l'entente ...”*

Le défaut d'écoute suffisante de la part du médecin pouvait nuire à l'ensemble de la relation médecin-malade et parfois certains sujets n'étaient pas abordés de ce fait.

P7 : *“Surtout qu'elle soit à l'écoute parce que l'ancien médecin traitant était parti en retraite, c'était une personne assez froide. Il ne parlait pas beaucoup, si vous ne lui posiez pas de question il vous faisait l'ordonnance mais il ne vous disait pas pourquoi, pourquoi tel médicament, pourquoi etc... il était froid je dirais même peut-être un peu réservé”*.

P12 : *“comme je vous l'ai dit, de l'écoute et de la confiance. D'arriver à parler quoi, pour moi ça a toujours été très difficile, c'est aussi ce qui m'a fait plonger, c'est que je n'ai jamais parlé de tout ce qu'il se passait dans ma vie”*.

L'écoute pouvait être ressentie comme l'intérêt du médecin pour le patient.

P8 : *“ je demandais juste qu'il s'intéresse à mon cas”*.

3.2.4. Prise en charge globale et coordination.

Il était demandé parfois au médecin traitant :

- Une analyse plus profonde de la situation, notamment en insistant sur l'interrogatoire et en ne s'arrêtant pas au motif de consultation ou aux symptômes du patient.

P4 : *“j’aimerais déjà qu’on décrypte vraiment ce qu’il se passe”*.

P6 : *“Pour moi je pense que pour réussir à soigner une personne il faut vraiment savoir ce qu’il s’est passé pour pouvoir donner des médicaments et des soins adéquats”*.

Le premier contact avec un nouveau médecin traitant n'était pas superficiel et permettait au médecin d'établir les antécédents et l'histoire de la maladie de ses patients.

P4 : *“Je prends l'exemple de mon père qui a eu un cancer du poumon. Il faut que le médecin se réapproprie absolument toute l'histoire. Moi j'ai le cas d'avoir été adopté, avec un parcours psychologique un peu particulier. Il faut que le nouveau médecin se replonge dans le dossier pour le coup, qui n'est pas des moindres”*.

- Cette prise en charge globale devait prendre en compte l'environnement des patients.

P9 : *“La difficulté c'était que j'habitais en campagne, sans voiture faire 15 km à pied aller, 15 km au retour j'en pouvais plus. J'ai essayé d'expliquer ça au docteur X”*.

- Elle devait de plus s'adapter en fonction de la personnalité de chacun sans idées préconçues.

P12 : *“qu'il prenne plus en compte l'individualité du patient et pas une globalité par rapport à l'âge, où chaque situation est différente”*.

Le médecin traitant était également chargé de

- Coordonner les soins. En cas de prise en charge par un autre professionnel de santé, il devait faire parvenir les comptes rendus concernant le patient et rester en position centrale dans le parcours de soin

P4 : *“quand je vais quitter Fitz James, il y a également un suivi, je fais généralement la demande qu'un rapport soit fait, donc soit Clermont fait un rapport, mais quand je fais une échographie, que l'échographiste fasse un rapport, il y a toujours le suivi mon médecin reste toujours mon accompagnateur médical. Les autres viennent se greffer selon les événements mais le seul qui fait vraiment le suivi sur la durée c'est lui. Il me connaît”*.

- Ces comptes rendus étaient parfois une des clés de la compréhension des troubles psychiatriques présentés par les patients.

P9 : *“Je le tiens quand même au courant de ce qu'il se passe par rapport aux hospitalisations, grâce aux comptes rendus, c'est le seul moyen”*.

P1 : *“je suppose qu'il va avoir un compte rendu de mon hospitalisation, donc peut-être que ça va l'aider lui à y voir plus clair”*.

L'absence de médecin traitant se ressentait à chaque étape du parcours de soin.

P8 : *“C’est pareil tout le monde me dit : “les comptes rendus on les envoie chez qui, votre généraliste c’est qui” ? Je n’en ai plus”*.

3.2.5. Disponibilité et prise de temps du médecin

Les patients demandaient que leur médecin traitant soit

- Disponible rapidement, particulièrement en cas de danger imminent.

P3 : *“J’attends effectivement c’est qu’on puisse être plus joignable avec le médecin et quand ça devient dangereux avoir une réponse aux soucis. Peut-être pas 24 heures sur 24 mais au moins dans la journée plus directement”*.

- Ils appréciaient la possibilité de visite à domicile en cas de besoin.

P5 : *“Une fois aussi, j’avais la grippe, je ne pouvais pas me déplacer donc il est venu à la maison ça c’est bien”*.

- Le fait que le médecin prenait son temps est souligné comme étant très important pour les patients. Il permettait l’explication prolongée concernant les thérapeutiques prescrites.

P7 : *“Le médecin que j’ai en ce moment, c’est une jeune qui vient de se mettre à son compte. Elle est super ouverte elle parle, vraiment elle prend son temps. Elle prend le temps de nous expliquer pourquoi elle nous donne tel médicament pourquoi ceci pourquoi cela”*.

P5 : *“oui, il arrive à diagnostiquer et à m’expliquer ce qu’il faut faire. Elle prend son temps elle fait ce qu’il faut”*.

Le fait de ne pas se presser en cas de retard était également apprécié. Cela faisait partie du caractère humain de la relation.

P11 : *“C’est très agréable d’être reçue avec un sourire déjà et elle prend son temps même quand elle est pressée. Elle prend son temps pour bien me faire mes papiers, mes ordonnances quoi. Elle prend son temps quand même. Et ça j’apprécie beaucoup”*.

P4 : *“Il arrive que le rendez-vous déborde, le médecin ne peut pas vous dire que j’ai 15 minutes top chrono, bientôt ça va sonner sur le bureau si on écoute les gens. On ne peut pas, il y a l’humain. C’est pour ça que c’est difficile pour eux, on le sait”*.

La possibilité d’adaptation du temps de consultation en fonction des problèmes évoqués était bien perçue lorsqu’elle était réalisée. Ces variations de temps de consultations étaient parfois très importantes mais pouvaient refléter la rigueur du médecin.

P4 : *“on peut pas dire qu’elle soit suffisamment longue ou trop courte ça dépend pourquoi on y va. En ce qui me concerne oui, je pense que le médecin prend plus ou moins de temps avec ses patients en fonction des besoins”*.

P12 : *“par contre quand ça allait mal il a pris un peu plus de temps”*.

P7 : *“Mon père est âgé, 81 ans, il a eu des problèmes de santé, cardiaques. Elle a dit “ je ne me contente pas du rapport de l’ancien médecin je veux constater par moi-même”. Elle l’a ausculté, elle a posé les questions, il est resté 1h30, les patients d’après n’étaient pas trop contents. Vraiment elle prend le temps de prendre son temps, et ça c’est important”*.

- Le temps de consultation était décrit de manière contrasté par les patients. Il dépendait principalement du médecin qui les prenait en charge.

Certains patients trouvaient les temps de consultations suffisants et adaptés.

P11 : *“Des fois ça dure 20-25 minutes comme des fois ça peut durer un quart d’heure, suivant l’état. Et à chaque fois elle me prend la tension. Elle fait attention à mes jambes aussi”*.

D’autres ressentiaient un manque de temps de la part du médecin, parfois de manière excessive et nuisible pour la qualité des soins.

P10 : *“quart d’heure max, 10 minutes, pas plus. Quelquefois il me prend la tension, quelquefois il la prend pas. Quelques fois il faut lui demander pour avoir un bilan sanguin tous les ans, parce qu’il le fait pas systématiquement. Donc que c’est léger”*.

P1 : *“j’imagine bien qu’ils font ce qu’ils peuvent et qu’ils essayent de faire mieux mais il manque peut-être ce temps pour pouvoir, en tout cas pour les patients, aller vraiment jusqu’au bout de ce que l’on ressent, pourquoi on n’est pas bien”*.

P12 : *“il a été peut-être plus à l’écoute que d’habitude, parce que d’habitude c’est très chronométré, ça dure 10 minutes”*.

- Les patients étaient conscients du travail chronophage du médecin généraliste.

P4 : *“Une journée ne fait que 24 heures. Je pense qu’il passe déjà beaucoup de temps dans son bureau”*

P5 : *“Je crois que c’est un homme qui bosse énormément, qui a de grands horaires, mais qui arrive à être disponible quand même pour moi”*.

3.2.6. Rôle psychologique du médecin généraliste

Les avis concernant le rôle de psychologue du médecin généraliste étaient discordants.

- Pour certains patients le médecin traitant était à même de les prendre en charge psychologiquement, du moins en partie. Les problèmes psychologiques étaient alors évoqués.

P1 : *“J’aurais aimé quelqu’un qui me bouscule un peu, qui me booste, qu’il me dise que ça ne passera pas tout seul et qu’il y a un travail à faire sur soi-même”*.

P9 : *“j’ai aussi parlé du fait que je n’en pouvais plus de la cohabitation avec mon père, puisque je n’ai pas beaucoup d’argent et que je suis obligé de vivre chez lui”*.

- Certains donnaient le bénéfice du doute au médecin sans avoir eux mêmes consulté dans ce cadre.

P6 : *“Je vais retourner vers lui et vers d’autres personnes, j’ai besoin de suivi psychologique aussi, que j’irai peut-être chercher auprès de lui aussi pourquoi pas”*.

Souvent le rôle de soutien psychologique du médecin se présentait sous forme de conseils pour les patients lui ayant exprimé leurs problèmes.

P7 : *“justement qu’elle réponde à mes questions, qu’elle soit à l’écoute. Pourquoi je ne dors pas la nuit et pourquoi je suis angoissée comme ça? Je lui explique un petit peu comme à vous mon travail, la situation de la femme. Elle me donne des conseils pour que ça aille mieux”.*

P6 : *“peut-être avoir des conseils ou autre. Des conseils de ce qu’il faut faire pour aller mieux, des fois c’est pas évident”.*

- Certains patients exprimaient clairement que le médecin généraliste n’était pas le professionnel de santé à consulter concernant les troubles psychologiques.

P2 : *“Je n’attends pas grand-chose de mon médecin généraliste en termes de soutien psychologique”.*

P8 : *“Pas grand-chose. Je peux pas vous dire que j’attends quelque chose”.*

- L’une des difficultés à parler de problèmes psychologiques provenait du fait que le médecin généraliste prenait en charge les maladies bénignes. Ces deux rôles pouvaient sembler incompatibles.

P1 : *“Je trouve qu’avec le médecin généraliste c’est plus difficile d’en parler, parce qu’on vient plutôt le voir pour un petit bobo”.*

- Le passé des patients pouvait affecter l’évocation des problèmes psychologiques au médecin.

P9 : *“J’ai beaucoup de mal à parler avec mon médecin de ce qu’il se passe par rapport à moi et par rapport à mon environnement. Il y a des gens qui m’ont discriminé, harcelé, qui m’ont traité de bon à rien”.*

- Certains limitaient le rôle psychologique du médecin au rang de prescripteur.

P6 : *“On essaie d’en discuter un petit peu mais ce n’est pas son travail. Il n’est pas psychologue, Il n’est pas en psychologie donc à part faire l’ordonnance et fournir les médicaments ... c’est tout”.*

- D’autres insistaient sur le fait que le médecin n’est pas psychologue ni psychiatre.

P2 : *“je n’ai jamais parlé de ma vie personnelle car il est généraliste et pas psychologue ou psychiatre”.*

- Malgré l’absence de demande de soutien psychologique, les patients estimaient qu’il devait y avoir un minimum de prise en charge de la part du médecin et notamment une orientation.

P8 : *“Moi ce n’est pas trop ça qui m’intéresse que lui soit psy. Je ne lui demande pas d’avoir un côté psy, mais un minimum quand même. “Madame X je vous entends, je vois comment vous êtes psychologiquement, je pense que ce serait bien que vous alliez voir un psychologue, un professionnel, quelqu’un qui pourra mieux vous aider que moi””.*

- Certains patients acceptaient que leur médecin reconnaisse ne pas être psychothérapeute et écoutaient les conseils qu’il formulait.

P10 : *“Il est très bien parce que c’est un médecin généraliste, mais il sait écouter. Il dit : « je ne suis pas psy », mais c’est vrai qu’il écoute, il conseille, il demande toujours des nouvelles par exemple au niveau de l’alcool, où j’en suis”.*

3.2.7. Séparation des troubles somatiques et psychiatriques.

Un certain nombre de patients interrogés a fait part de leurs mécanismes de séparation de leurs troubles psychiatriques et somatiques. En effet le rôle du médecin traitant ne serait pas de prendre en charge tous les problèmes de santé de ces patients mais uniquement les troubles somatiques.

Cette dichotomie pouvait être nette et de longue date, sans contact initial avec le médecin traitant.

P2 : *“Je n’ai jamais parlé de quoi que ce soit au niveau psychiatrique avec mon médecin généraliste, j’ai toujours laissé ça aux spécialistes pour parler de ça”.*

P5 : *“ Je ne mélange pas la psychiatrie et mon médecin généraliste”.*

P10 : *“Ce n’est pas son rôle, il est médecin généraliste”.*

P2 : *“Pour moi un généraliste c’était dans le cadre de la santé au niveau du corps etc. Et que mes problèmes plus liés à l’esprit et au cerveau, étaient plus réservés aux cadres de la psychiatrie”.*

Cet état d’esprit est également valable pour les addictions :

P2 : *“pour ça je ne vais pas voir mon médecin généraliste je vais voir directement mon psychiatre. Quand j’avais des problèmes liés à l’alcool ce genre de chose j’allais voir le médecin psychiatre”*

- Avec cette approche, le médecin traitant ne prenait pas en charge les pathologies psychiatriques mais restait au courant des médicaments psychotropes de ses patients.

P5 : *“Je n’ai jamais eu besoin d’évoquer la psychiatrie avec lui. Il savait que j’avais un traitement mais c’est tout. C’était géré par mon psychiatre”.*

P11 : *“Par contre elle sait ce que je prends. Je lui ai déjà montré mes ordonnances. C’est la psychiatre qui renouvelle mon traitement psychiatrique”.*

- Le médecin généraliste pouvait être mobilisé pour renouveler une ordonnance de psychiatrie en cas de besoin.

P5 : *“Sauf une fois où j’ai dû voir mon médecin généraliste pour qu’il le renouvelle mon ordonnance médicale parce que le mien était périmé. Mon médecin psychiatre étant malade j’ai dû faire appel à mon médecin généraliste pour qu’il me refasse la même ordonnance pour un mois”.*

3.2.8. Prescription de psychotropes et formation du médecin généraliste.

Nous avons interrogé les patients concernant leur ressenti en cas de prescription de médicaments psychotropes. Cette prescription par le médecin généraliste n’était pas vécue de manière uniforme par les patients.

- Pour certains cette prescription était acceptée et rentrait dans le cadre de la bienveillance du médecin. Elle ne devait pas être remise en question.

P5 : *“Je ne serai pas méfiant envers le médecin, s’il le fait c’est pour le bien de ses patients, ça fait dans la bienveillance”.*

Certains rapportaient un besoin d'amélioration clinique.

P1 : *“oui quand il me donne un nouveau traitement je le prends car on espère tellement que ça va aller mieux. J’étais prêt à avaler n’importe quoi pour aller mieux”.*

P9 : *“ça ne me dérangerait pas. Je veux aller de l’avant”.*

P10 : *“J’étais d’accord au contraire. Je voulais me sortir de la déprime”.*

La formation du médecin généraliste était pour certains la justification de la prescription de traitements psychotropes.

P4: *“j’estime qu’il le prescrit c’est qu’il le connaît. Donc c’est qu’il a la formation pour me prescrire ça”.*

- La confiance dans le médecin généraliste serait également un facteur important pour l’acceptation de ce type de traitement.

P5 : *“Je demanderai à voir mon médecin psychiatre. Je n’y connais rien dans les médicaments ça mérite une confiance énorme envers son médecin généraliste pour manier des médicaments psychiatriques alors qu’on est généraliste”.*

- Le bénéfice ressenti de ces traitements était variable selon le médecin prescripteur.

P6 : *“j’ai eu plusieurs médecins généralistes, certains traitements ont marché, d’autres pas du tout”.*

- Certains patients avaient l’impression d’en savoir plus que leur médecin généraliste sur le traitement approprié du fait de leur propre expérience.

P1 : *“A la limite il me demande presque ce que je veux quoi, comme j’ai eu plusieurs traitements il me demande ce que l’on remet ? Bromazépan ? Je lui dis écoutez c’est vous qui savez mieux que moi.”*

- Une certaine méfiance a parfois été retrouvée. Parfois cette méfiance était en rapport avec l’histoire familiale du patient.

P5 : *“mais je vous dis que je ne le prendrais pas comme ça, les yeux fermés”.*

P5 : *“Mais la prise de médicaments ... c’est pas par rapport à lui c’est par rapport au passé de ma mère que je serai méfiante parce qu’elle en prenait beaucoup de médicaments aussi par rapport à ça”.*

- Certains relaient les erreurs commises par leur médecin généraliste.

P10 : *“Il ne fait pas de grosses erreurs, mais bon l’erreur qu’il a fait avec moi c’est à me donner des psychotropes en trop”*.

P6 : *“C’est mon médecin traitant qui me l’avait prescrit, on a lu après que c’était un effet secondaire, j’en prenais trois par jour et j’avais l’impression d’être ivre”. “le dernier que j’ai eu ne m’a pas réussi du tout. Il a dû se tromper quoi. Il a dû se tromper en me donnant les médicaments, ou je ne sais pas”*.

- D’autres expriment les limites d’action de ces traitements.

P12 : *“Les soucis ne sont pas... les médicaments ça ne fait qu’inhiber les problèmes. Le soir c’est bien je prends quatre Seresta, ça me fait doucement glisser vers le sommeil, je ne pense plus à rien c’est bien. Mais le matin les problèmes ils sont toujours là. Et Cymbalta c’est un antidépresseur mais ça n’enlève pas ce que j’ai dans la tête”*.

- Ce genre de prescription ne faisait pas partie des fonctions du médecin généraliste.

P10 : *“Il n’a aucune notion de psychiatrie. Je pense qu’il n’est pas apte, chacun son domaine, médecins, psychiatres, psychologues, voilà. C’est pas son truc c’est tout”*.

- La formation des médecins généralistes en psychiatrie était difficile à appréhender pour les patients, parfois du fait de la courte durée de prise en charge.

P2 : *“Je ne me suis jamais posé la question de savoir si mon médecin généraliste était compétent en psychiatrie”. “Je ne sais pas s’il est compétent je ne lui en ai jamais vraiment parlé”*.

P6 : *“Ou il est peut-être bon mais on ne se connaît pas assez il y a peut-être ça aussi”*.

P5 : *“je ne sais pas, je ne lui ai pas posé la question, j’avais pas vu ses brevets, je ne sais pas du tout, peut-être”*.

- Parfois cette compétence du médecin généraliste en psychiatrie était reconnue par le patient.

P7 : *“Pour moi elle est compétente parce qu’elle a su déceler mon début de dépression, et qu’elle a anticipé”*.

P4 : *“j’estime que s’il le prescrit ce qui le connaît. Donc c’est qu’il a la formation pour me prescrire ça”*.

Les jeunes médecins généralistes ont été décrits parfois comme plus à même de prendre en charge les troubles mentaux.

P7 : *“Je pense. Si elle a pu anticiper ma dépression. Elle a bien vu que j’étais en train de faire une dépression, elle a commencé un traitement. Je pense qu’elle est compétente, pourtant c’est une jeune, elle vient de finir ses études”*.

P12 : *“je pense que les médecins jeunes sont plus formés sur certaines pathologies. Par exemple ma mère a un médecin qui s’appelle le docteur Y (médecin généraliste) dans l’Oise. Et elle est beaucoup plus informée par exemple sur ce qu’a mon fils, le*

TDAH. Je pense qu'ils sont beaucoup plus... maintenant. Peut-être que c'est intégré dans le cursus je ne sais pas".

- Pour la plupart une formation de base était accordée, et cette dernière était valable jusqu'à une certaine limite, notamment concernant les maladies plus récemment décrites.

P4 : *"je dirais que le médecin généraliste est compétent dans beaucoup de choses mais jusqu'à un certain niveau"*.

P1 : *"Je pense que leur formation de médecin généraliste ne leur permet pas d'aller creuser beaucoup plus loin"*.

P12 : *"Mais il manque de modernité, il n'est pas très à l'actualité des problèmes actuels, le TDAH (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) de mon fils, il n'est pas formé"*.

- D'autres étaient plus catégoriques.

P8 : *"non. Franchement non, au niveau du psy je ne pense pas"*.

P9 : *"non les médecins généralistes ne reconnaissent pas forcément mes pathologies, mal"*.

3.3. Relation avec le médecin généraliste

3.3.1. Bon ressenti de la relation

Lorsque nous avons interrogé les patients concernant le ressenti de leur relation avec leur médecin traitant, la plupart l'ont décrite de manière positive.

- Le fait de pouvoir parler avec le médecin a souvent été rapporté comme nécessaire à une bonne relation.

P3 : *"La relation est bonne, j'aime bien discuter avec lui"*.

P7 : *"la relation est bonne je vous dis j'en suis vraiment content. Moi je le sens comme ça, vraiment ouverte et à l'écoute de ses patients. Je la trouve au top"*.

- L'aspect sympathique du médecin était également important de même que son énergie ou sa gentillesse.

P8 : *"Même bon pour ça on peut dire qu'il prenait quand même relativement son temps. Il était très sympathique, il avait plein de qualités"*.

P11 : *"c'est très bien, que c'est une très bonne relation, sérieuse et sympathique. Elle me soigne bien, elle est énergique. S'il y a un problème elle est énergique"*.

P1 : *"Mais je suis finalement tombé sur lui. Il était très avenant, il accueille bien les gens il est gentil"*.

- Une bonne relation s'appuyait sur la confiance dans le médecin et sa bienveillance.

P4 : *“comme je vous dis un médecin généraliste comme je vous disais en accompagnant, on a pleine confiance. On estime que s’il a prescrit ça il sait que c’est bon pour nous”*.

P11 : *“Elle donne des conseils, et je vous dis souvent ma tension est très bonne en plus, elle m’aide quoi. J’ai tellement confiance en elle que... c’est comme avec le Docteur X, j’ai tellement confiance que j’y vais franco quoi, sans avoir peur”*.

Cette confiance grandissait progressivement avec l’ensemble de la relation médecin-malade.

P3 : *“ il y a une confiance qui s’installe”*.

P6 : *“pour l’instant ce n’est pas assez développé. Nous nous sommes vus que deux ou trois fois. On n’a pas encore parlé de choses on va dire intimes”*.

La relation ne pouvait pas exister sans cette confiance, et nécessitait un changement de médecin le cas échéant.

P6 : *“en général oui. J’essaie de leur faire confiance après quand ça va pas je change de médecin”*.

P3 : *“Je crois qu’un médecin si on n’a pas confiance en lui on change de médecin”*.

- La notion de confidentialité de la consultation était aussi importante dans le bon fonctionnement de la relation.

P4: *“Je pense que si ma mère a voulu lui parler de choses dont elle n’a parlé à personne, qui concernent la famille et qui sont restées dans le bureau du médecin”*.

- La neutralité du médecin était reconnue comme un atout par le patient par rapport à ses proches. Il était parfois qualifié de confident.

P6 : *“et de me donner un avis autre que la famille et les amis, un avis neutre”*

P4 : *“Il y a aussi ce côté très neutre, quelque part qui ne prend pas partie, parce que dans une famille parfois ça peut être un peu conflictuel. Pour moi c’est une personne de confiance à part entière”*.

- Dans le cadre de la relation médecin-malade, le médecin pouvait être amené à donner des encouragements à ses patients, et laissait sa porte ouverte.

P1 : *“il n’y a pas de raison, ça va marcher et ça va aller”*. *“Il me disait toujours si ça ne va pas, n’hésitez pas à revenir me voir”*.

Au cours des consultations les patients parlaient

- de propos non médicaux, mais personnels. Ces discussions favorisaient la relation médecin malade.

P11 : *“je lui demande comment elle va, si elle est fatiguée, si elle a passé de bonnes vacances, et puis voilà quoi. C’est très important le contact disons... (hésitation de la patiente) pas physique mais le contact oral, c’est aussi important que le contact pour soigner les gens”*.

P3 : *“La consultation a duré 20 minutes, nous avons parlé de tout et de rien, c’est une bonne relation que j’ai avec lui. Nous n’avons pas trop parlé de problèmes médicaux mais plutôt de choses personnelles”*.

- Certains patients nuançaient l’étendue de ces discussions non médicales dans leur relation.

P5 : *“Elle est correcte, on ne prend pas le thé ensemble. Mais elle est correcte”*.

- D’autres patients étaient conscients des variations de caractère entre différents médecins. La relation avec ce même patient était alors différente.

P7 : *“Moi je le sens comme ça, vraiment ouverte et à l’écoute de ses patients. Je la trouve au top. Par rapport à mon ancien médecin on peut discuter avec, il n’y a pas de stress quand je vais la voir”*. *“Par rapport au médecin d’avant c’est le jour et la nuit”*.

3.3.2. Le médecin de famille

Le médecin généraliste était encore parfois appelé médecin de famille. Il était souvent impliqué dans la prise en charge de la famille des patients.

- Le médecin généraliste peut être le médecin traitant de toute la famille.

P7 : *“J’ai toute ma famille qui a le même médecin que moi et qui continue aller voir ce médecin, et vraiment ils disent que c’est du top”*.

Il était très souvent consulté pour un autre membre de la famille.

P12 : *“très souvent pour mon fils parce qu’il était sous traitement d’Abilify, mais aussi parce qu’il était très souvent malade”*.

P8 : *“Je le voyais de temps en temps, Margaux ma fille le voyait peut-être un petit peu plus souvent pour ses vaccins des choses comme ça”*.

- Certains reconnaissaient des changements par rapport à l’ancienne définition du médecin de famille.

P4 : *“On prend l’exemple du médecin de famille qu’on avait avant, qu’on a plus aujourd’hui parce que les médecins changent plus facilement. Mais il nous connaissait depuis notre naissance et sur du très long terme ce qu’on devenait”*.

- Ainsi, un problème de santé, y compris psychiatrique, chez un membre de la famille était souvent rapporté d’abord au médecin traitant. Le médecin pouvait alors demander de voir ce membre en consultation ou demander des analyses biologiques.

P1 : *“Mon fils lui a dit : “je ne reconnais plus ma mère, ce n’est pas du tout la personne que j’ai quittée il y a cinq ans, elle a pris goût à rien elle ne fait plus rien””*.

P11 : *“j’ai parlé de mon fils parce que mon fils boit. Il boit au moins 2 whiskys par jour et quatre bières, donc c’est beaucoup. Et comme il a le même généraliste que moi je lui en ai parlé pour qu’elle lui fasse faire des analyses”*.

P4 : *“il peut nous amener à suivre une démarche dans le sens où je peux demander à ma mère d’aller voir son médecin parce que je l’ai consulté et que lui m’a conseillé de l’orienter sur son cabinet, il y a un vrai travail d’échange quand même”*.

- La famille des patients était aussi souvent impliquée dans la prise en charge des pathologies psychiatriques, notamment en cas de nécessité d’hospitalisation.

P10 : *“Et c’est mon mari qui m’a accompagnée, parce que j’étais mon plein gré”*.

P3 : *“jusqu’à ce que ma femme me fasse hospitaliser. Ma femme y est arrivée avec le maire de la ville”*.

P9 : *“Ma tante a insisté pour que j’aie à Paris, mais j’ai eu trop de soucis à Paris”*.

- La famille demandait parfois des conseils au médecin traitant pour aider dans la prise en charge.

P1 : *“mon fils aurait voulu que je guérisse du jour au lendemain. Il s’interrogeait sur les éventuelles autres choses à faire pour sa mère”*.

3.3.3. Relation à long terme

La relation des patients avec le médecin traitant était souvent étendue dans le temps.

- Elle débutait parfois dans l’enfance.

P2 : *“Mon père étant médecin il s’est beaucoup occupé de notre santé quand nous étions petits”*.

P6 : *“Ça dure plus longtemps quand j’étais petit c’est mon souvenir. On regardait les oreilles, on regardait la bouche, le fond de la gorge quand on avait mal à la gorge”*.

- Cette relation remontait en général à plusieurs années.

P4 : *“je vais toujours consulter ça doit faire 15 ans maintenant. C’est le médecin de famille notamment celui de mes parents c’est le médecin de confiance.”*

P1 : *“Il me connaît bien car ça fait plusieurs années que quand on se voit c’est pour la même chose”*. *“une quinzaine d’années à peu près”*.

P11 : *“ça fait bien une dizaine d’années maintenant”*.

- Elle venait parfois de commencer.

P6 : *“ça fait trois mois”*.

Cette relation, malgré sa durée, était parfois

- ressentie comme épisodique.

P2 : *“Je n’ai pas de relation très importante avec mon médecin généraliste. C’est quelqu’un que je vois occasionnellement, je n’ai jamais eu à me plaindre de problème de santé majeur”*.

- Une bonne relation avec le médecin traitant était parfois amenée à se dégrader avec l’apparition de nouveaux éléments.

P8 : *“À partir du moment où il a vu que je m’étais séparée avec le père de ma fille et que je suis tombée un peu, un peu beaucoup dans l’alcool, les relations étaient un peu différentes j’ai trouvé”*.

3.3.4. Déception vis à vis du médecin généraliste.

Les patients interrogés ont rapporté certaines déceptions concernant leur médecin généraliste.

- Une patiente rapportait un défaut d’explication concernant un traitement médicamenteux et les conséquences en rapport avec sa consommation.

P8 : *“Il m’a fait une ordonnance de Seresta 50, moi je n’en avais jamais pris avant. Il me l’a donné tel quel comme ça, sans me prévenir qu’il ne fallait pas boire. Et moi j’ai pris ce médicament avec de l’alcool, c’est comme ça que je me suis retrouvé au mois de juillet ici (Fitz-James), les pompiers ont défoncé ma porte et sont venus me chercher à la maison. Donc aucune mise en garde, il ne m’a pas du tout pris en charge”*.

- Parfois l’erreur médicamenteuse était attribuée aux limites des connaissances en psychiatrie du médecin généraliste, voire à l’erreur médicale.

P10 : *“C’est bien qu’il m’ait conseillé. Mais non il n’aurait pas dû me prescrire. Comme m’a expliqué Madame X (psychiatre sur Fitz-James), il n’aurait pas dû augmenter au contraire il aurait dû laisser et elle, elle m’a diminué tout ça”*.

P6 : *“J’ai eu tellement de traitements qui n’ont pas trop fonctionné, j’ai eu des prises de médicaments énormes donc ... je pense qu’il a dû se tromper connaissant ma maladie”*.

- Un manque de prise en charge par manque de disponibilité ou le manque d’orientation a également été reproché.

P8 : *“une de mes meilleures amies qui l’avait appelé au téléphone en lui disant que j’étais chez moi hyper mal, en pleurs etc. Il a dit : « oh non non, je ne peux pas la voir ». Il n’a même pas dit appelez les pompiers, allez aux urgences, rien du tout”*.

- De même un défaut d’orientation de la part du médecin généraliste a été rapporté, alors que la situation ne s’améliorait pas pour le patient. Parfois une prise en charge spécialisée se met en route suite à une décompensation et est imputée au médecin traitant.

P1 : *“Il m’aurait donné la démarche à suivre. Il se contentait de me demander comment ça allait, c’est mieux que la dernière fois, c’est moins bien, on refait la prescription et voilà”*.

P9 : *“J’en ai parlé à mon médecin traitant il n’a pas su me diriger vers le bon service. J’ai quand même fait des choses pas saines à Senlis. Il a fallu que je fasse ça pour que les choses se débloquent, sinon j’aurais attendu encore encore et encore, pour que je sois pris en charge”*.

- Une patiente avait le sentiment d’être catégorisée par son médecin traitant. Une impression d’abandon était alors exprimée.

P8 : *“J’ai eu l’impression d’avoir une étiquette : « hop celle-ci maintenant elle est alcoolique donc... ». C’est pas de la paranoïa je l’ai ressenti comme ça, mon entourage aussi, mes amis ma famille, il m’a laissé tomber... il m’a laissé tomber”*.

Le médecin généraliste ne parvenait pas toujours à repérer la gravité d’une situation.

P3 : *“Je pense qu’il ne se rendait pas compte, parce que j’ai tendance à faire de l’humour, à prendre les choses de manière plus dérisoire, je pense que là il a mal cerné que c’était sérieux”*

- C’était parfois le manque d’aide et de prise en charge globale qui était reproché au médecin généraliste, d’autant plus lorsque la relation médecin-malade était ancienne.

P8 : *“Le généraliste encore une fois n’est pas là juste pour vous ... voilà. Il est là aussi pour vous orienter, pour vous aider ... et je vous disais c’est pas comme si je le connaissais seulement depuis six mois. Il nous a suivis pendant près de 9 ans bon je trouve ça inadmissible”*.

- Le manque d’efficacité et de succès de la prise en charge lui était souvent incriminé.

P1 : *“je pense que ça manque un peu d’efficacité, je ne sais pas si efficace c’est bon mot. Il ne va pas au bout des choses. Vous voyez pour moi l’efficacité ça aurait été de m’adresser dans des hôpitaux, des unités spécialisées où on soigne ce genre de maladie. Là ça aurait été efficace”*

- Cette absence d’efficacité concerne aussi les troubles somatiques.

P12 : *“Elle lui a fait des examens tout de suite et on a découvert qu’il était positif à l’urée et positif en pneumo-allergologie. J’allais voir l’ancien médecin pour mon fils mais il ne faisait rien de spécial à part le remettre sous antibiotique quand il était fiévreux”*.

- Une escalade progressive des thérapeutiques par le médecin généraliste peut être attendue par le patient en cas de pérennisation ou aggravation d’un trouble mental.

P1 : *“Je pense qu’il aurait du me dire que tous ceux qu’il a essayés ne marchaient pas qu’il fallait taper plus fort”*.

- Le fait de ne pas dépasser les horaires de consultation prévus en cas de demande de la part du patient était réprouvé.

P10 : *“je lui dis : “ docteur écoutez ça ne va pas, je suis pas bien ». « Je suis désolé moi j’ai fini, je m’en vais ». Il m’a laissée là sur le carreau. Je peux vous assurer, et je ne suis pas la première dans le village, ça fait pas plaisir”*.

3.4. Rapport au psychiatre et à l'hôpital psychiatrique.

Les patients interrogés ont évoqué leur relation avec le psychiatre.

Pour la plupart des patients, ce professionnel de santé était le plus à même de résoudre leurs problèmes psychologiques, plus que le médecin généraliste. Cette réflexion émergeait parfois après le contact avec le psychiatre.

P3 : *“J’ai confiance jusqu’à un certain niveau en ce médecin, maintenant que je suis rapport direct avec les psychiatres. Je pense que le médecin psychiatre est plus à même de trouver une solution que mon médecin généraliste”.*

P9 : *“Docteur X (psychiatre qui travaille sur Fitz-James) que j’ai vu l’autre jour a très bien compris dans quel univers j’étais, a compris pas mal de choses j’étais vraiment épaté, il a compris mes handicaps, pas forcément lourds, étaient un frein terrible pour faire la démarche normale. Il a compris mon apraxie bucco-faciale, mon problème de palais, mon dyslexisme, mon syndrome d’Asperger ...”.*

- Les motifs de consultations psychiatriques n’étaient alors évoqués qu’au psychiatre.

P2 : *“j’ai toujours été voir un psychiatre psychologue pour parler toujours de choses et mettre en place un traitement médicamenteux”.*

Certains patients rapportaient que les explications concernant le traitement médical représentaient une partie importante de la prise en charge, et étaient plus détaillées par le psychiatre.

P8 : *“Pour moi la prise en charge, c’est quand je suis arrivée ici. On vous prend en charge, on vous donne du Seresta, on vous explique pourquoi on vous donne du Seresta, , combien de temps on vous donne du Seresta. On passe du 50 au 10, puis du 10 au 5, vous êtes en sevrage... on vous explique. On ne vous donne pas un médicament dont vous ignorez totalement les effets, les méfaits. Je pense que c’est indispensable”.*

- Aussi le médecin psychiatre était amené à prendre la suite de la prise en charge initiée par le médecin généraliste.

P2 : *“Je pense que dans le cadre de ma maladie qui s’avère être une bipolarité, il était un peu dépassé par les événements”*

- Le médecin psychiatre se substituait parfois au médecin traitant, assurant le premier recours et le suivi.

P2 : *“Absolument pas, moi j’ai été suivi par le médecin psychiatre”*

- Le psychiatre avait parfois ce rapport de proximité et était disponible par téléphone en cas de problème.

P11 : *“Quand je commence à faire du ménage à fond et tout ça, la bipolarité c’est ça. Elle m’a dit : “vous prenez du 15 mg d’Abilify au lieu du 10” par téléphone et j’avais rendez-vous depuis six semaines le jeudi donc j’y suis allée jeudi, je parle du psychiatre là”.*

- Une relation médecin-malade de qualité était également nécessaire à la prise en charge par le psychiatre.

P10 : *“J’ai essayé quand même un autre psychiatre, qui est à Senlis. Alors lui ça n’a pas duré longtemps, je ne sais plus pourquoi d’ailleurs, ça collait pas on avait pas le feeling”*.

- Il restait parfois difficilement accessible.

P9 : *“J’ai attendu plus de quatre ans pour avoir un psychiatre”*.

P7 : *“Déjà elle a commencé par prendre rendez-vous avec un psychiatre, car en général les délais sont assez longs”*.

Le ressenti concernant l'hôpital psychiatrique a également été abordé par certains patients. Des a priori ont été mentionnés à propos de cette structure de soin. La peur d’être stigmatisé est encore très présente.

P1 : *“Ici c’est très ancien on avait l’habitude de dire que les gens qu’on mettait à Fitz-James c’était les fous”. “Pour moi ici on ne soignait pas les dépressions, on soignait les maladies psychiatriques beaucoup plus graves ou beaucoup plus importantes”*.

P9 : *“Je ne me sentais pas prêt et j’avais très peur que ma famille ne me comprenne pas du tout, et d’avoir cette image là”*.

- L’impression d’être au bon endroit pour être pris en charge était soulignée. Une réflexion sur soi-même y était possible.

P3 : *“Là je pense qu’ici je suis entre de bonnes mains pour trouver la solution à mes soucis médicaux”*.

P1 : *“Je crois qu’à un moment donné et depuis que je suis ici j’ai eu le temps de me pencher sur la question du pourquoi”*.

- Parfois les expériences des membres de la famille qui poussaient les patients à accepter l’hospitalisation.

P1 : *“À vrai dire je suis venu ici parce que quand j’ai été obligé d’hospitaliser mon fils j’ai vu comment ça s’est passé j’ai vu comment il était à la sortie et quand je venais le voir, cela a commencé un peu à travailler dans ma tête. Je me suis dit pourquoi pas”*.

- La connaissance du personnel de l’hôpital allait également en ce sens.

P11 : *“Donc je téléphone directement au docteur X ou ici aux USN (Unité de soins normalisé) bas. Je téléphone parce que je connais bien les infirmières, elles ont mon dossier et tout quoi”*.

Le CMP (centre médico-psychologique) a également été évoqué par certains patients. Il était parfois le lieu des premiers contacts avec les professionnels de santé mentale.

P1 : *“Je lui ai dit que j’avais été au CMP que j’avais rencontré le docteur X 2 fois et que j’ai rencontré trois fois la psychologue”*.

Parfois la prise en charge au CMP n'était pas suffisante pour certains patients.

P9 : *“il m'avait proposé le CMP de Crépy-en-Valois ou de Senlis, mais ils ne comprennent pas ce que j'ai. Il faut aller à un niveau plus haut ils ne comprenaient pas”*.

P1 : *“Je pense que le personnel du CMP aurait pu me conseiller de consulter ici”*.

- Une patiente y avait été mal accueillie.

P10 : *“Je me suis fait envoyer promener par un interne du CMP de Senlis qui m'a dit : “qu'est-ce que vous avez à me dire” ? Ecoutez, rien de spécial. Il m'a dit “Écoutez si c'est pour venir chercher vos médicaments, aller voir votre médecin traitant””*.

3.5. Critères de choix du médecin généraliste.

Les critères de choix de leur médecin généraliste ont été demandés aux patients.

- Dans la plupart des cas la proximité géographique du cabinet était évoquée.

P5 : *“par rapport à la proximité entre son cabinet de consultation et mon domicile”*.

P6 : *“il habite à côté”*.

- Le soin de la famille ou de proche était également évoqué comme choix de médecin traitant, permettant l'établissement d'un lien de confiance.

P10 : *“Je l'ai choisi parce que c'était lui qui soignait mon beau-père, ma belle mère, et on a choisi tous les deux mon mari et moi”*.

P4 : *“Par défaut de la carte de la confiance parce que si le papa et maman y vont, c'est un petit peu comme la banque quand on est jeune, on va forcément la banque de ses parents, c'est pareil”*.

P6 : *“C'est le médecin généraliste de ma compagne donc Elle m'a dit qu'il était bien donc je lui ai fait confiance”*.

- Le voisinage était rapporté comme pouvant interagir dans cette décision.

P11 : *“Je l'ai choisi parce que c'était le médecin d'un voisin, qui avait soigné sa femme”*

- Le hasard était responsable du choix pour certains.

P5 : *“je l'ai choisie au feeling”*. *“un peu au hasard”*.

Les raisons de changement de médecin traitant ont également été étudiées.

- Le départ à la retraite du précédent médecin imposait souvent le changement de médecin.

P7 : *“l'ancien médecin traitant était parti en retraite”*.

P4 : *“l'ancien on ne l'a pas quitté, on a subi son départ”*.

Parfois après un départ en retraite, un autre médecin reprenait la patientèle du cabinet, sans réel choix de la part du patient.

P7 : *“Je ne l'ai pas choisi c'était la remplaçante de mon médecin traitant d'avant”*.

- Un déménagement du patient pouvait expliquer le changement de médecin.

P3 : *“j’ai déménagé et changé de région”*.

- Une mauvaise gestion de la salle d’attente pouvait entraîner un changement de médecin.

P10 : *“j’ai voulu changer de médecin généraliste parce qu’il m’avait fait attendre deux heures et qu’il y avait deux personnes devant moi et qui avait rendez-vous après moi”*.

- L’incompréhension de la part du médecin était également un motif de changement.

P9 : *“J’ai changé de médecin généraliste parce que l’ancien ne comprenait pas du tout”*.

Un changement de médecin était opéré par les patients en cas d’échecs répétés ou de manque de soutien.

P12 : *“après comme il le mettait que sous antibiotique et qu’il continuait. Après, du coup j’ai changé de médecin au mois d’août pour mon fils”*.

P8 : *“Je ne me suis pas sentie soutenue du tout si vous voulez. Donc là j’ai décidé que je changeais de généraliste”*.

3.6. Modalités organisationnelles

Plusieurs remarques concernant les modalités de prise en charge au cabinet de médecine générale ont été formulées.

- La facilité de prise de rendez vous était appréciée par certains patients.

P4 : *“Là où j’habite on n’est pas à plaindre, on appelle et en 2-3 jours on a un rendez-vous”*.

P5 : *“Quand je veux un rendez-vous j’arrive à l’obtenir assez rapidement malgré qu’on soit passé sur Doctolib”*.

- Le fait de ne pas attendre trop longtemps en salle d’attente était important.

P11 : *“ En plus on n’attend pas très longtemps, elle nous prend à l’heure, ça c’est très important”*.

D’autres patients rapportaient une attente prolongée concernant la prise de rendez vous et en salle d’attente.

P8 : *“Je sais en règle générale on attend longtemps en salle d’attente, ça c’est sûr”. “Il y a beaucoup d’attente, pour prendre rendez-vous il fallait s’y prendre trois semaines à l’avance”*.

- Une difficulté concernait la continuité des soins en cas d’absence du médecin.

P10 : *“Par contre une chose qui est bien c’est comme ils sont 2, quand lui il peut pas recevoir, avant je dis bien avant, l’autre médecin pouvait nous recevoir. Même maintenant elle est full elle, elle ne peut plus recevoir”*.

- Un défaut d’informatisation du dossier médical était reproché à un médecin généraliste.

P10 : *“je suis obligé de lui ramener mon ordonnance précédente pour qu’il puisse me prescrire la même chose, il préfère. Ils sont deux, ils ne sont pas informatisés. Ils ont des dossiers comme ça (la patiente écarte ses mains de 50 cm) pour chacun et à chaque fois il note avec un petit bout de papier, voilà. Il y a beaucoup de gens qui n’aiment pas trop ça. C’est un peu bordélique, c’est vrai que c’est bordélique”*.

- D’un autre côté, l’utilisation de nouveaux systèmes de filtrages téléphoniques étaient mal perçue.

P3 : *“Maintenant les médecins on ne les a plus à l’heure exacte, donc je passais par une base de prise de rendez-vous, c’était compliqué j’avais quelques journées sans sommeil du tout, sans pouvoir le voir, ce qui était odieux”*.

- Le manque de médecin était ressenti et exprimé. L’absence de prise de nouveaux patients par les médecins nuirait à l’accès aux soins.

P1 : *“Après c’est difficile car ils ont une clientèle assez importante ils évitent de prendre de nouveaux clients, c’est le cas de figure pour beaucoup d’autres médecins aussi”*.

3.7. Théorisation ancrée

Les résultats ont été représentés sous forme de schéma (Annexes 3).

4. Discussion

4.1. Limites et biais de l'étude

L'un des biais de cette étude concerne la population étudiée. Le faible nombre de patients intégrés et le fait que nous n'avons interrogé que des patients hospitalisés en psychiatrie adulte rend difficile l'extrapolation des données en médecine générale. Il était plus facile d'aborder les patients dans un contexte d'hospitalisation en milieu spécialisé. En médecine libérale, le patient aurait pu se sentir stigmatisé et étiqueté « psy », rendant le recrutement plus difficile.

De plus, malgré la diversité des patients interrogés, ces derniers étaient issus du même service de soin psychiatrique et non de tous les services de l'hôpital ce qui constitue un biais de sélection. Les soins psychiatriques étant organisés en secteur, les patients ne provenaient pas de toute l'Oise mais uniquement du secteur de Senlis et Crépy-en-Valois. De plus, seuls les patients hospitalisés en soins libres ont été interrogés. Or les patients hospitalisés sous contrainte représentent une partie importante des hospitalisations en psychiatrie. L'inclusion dans l'étude de patients sous contraintes aurait nécessité un accord préfectoral.

Les patients ont été sélectionnés de manière à obtenir une population diversifiée du point de vue sociodémographique, mais ce recrutement dépendait également des affinités et ressentis de l'enquêteur vis à vis des patients, ce qui constitue un biais de sélection et de volontariat.

Un autre biais est celui lié à l'enquêteur. En effet le chercheur a toujours ses propres représentations et motivations concernant le sujet d'étude. Le stage de psychiatrie réalisé dans le cadre de l'internat de médecine générale a permis de prendre en charge des patients sur le plan psychiatrique et a accru l'intérêt personnel pour cette spécialité. L'objectivité de l'enquêteur pourrait donc être remise en question.

Certains patients étaient pris en charge par l'investigateur au moment de l'étude ce qui a pu influencer l'intérêt ou le désintérêt du patient pour participer à l'étude. Le fait que l'investigateur soit interne de médecine générale a peut-être affecté les réponses des patients concernant cette discipline.

De même, l'interprétation des résultats reste soumise à la subjectivité de l'enquêteur (40). L'analyse des discours ou la direction des entretiens peuvent en effet être orientées dans le sens de l'avis personnel de l'investigateur. Pour limiter ce biais, nous avons posé des questions ouvertes pour permettre aux patients d'exprimer librement leurs idées. La triangulation de chercheurs lors de l'analyse de 5 entretiens sur 12 a contribué à limiter le biais d'interprétation. Cette triangulation a montré des résultats similaires entre les 2 investigateurs.

Un biais externe de l'étude réside dans le fait d'avoir réalisé les entretiens dans les bureaux du service. Même si la réalisation de l'étude et le recrutement étaient facilités, cela a eu comme conséquence des interruptions des entretiens suite à la sonnerie du téléphone ou à l'irruption de tierces personnes dans la pièce.

Le manque de temps accordé pour l'entretien en rapport avec les impératifs des patients (repas, prise des traitements, activités à horaire ou visites) constitue un autre biais externe de l'étude. La longueur des entretiens ne permet pas d'exclure une certaine fatigue des patients pour les dernières questions et pourrait avoir influencé la qualité des réponses correspondantes.

4.2. Avantages et forces de l'étude

Une des forces de l'étude était l'hétérogénéité de la population sélectionnée. Elle comprenait des patients issus des plusieurs classes sociales, aux âges variés et présentant différentes pathologies psychiatriques.

La méthode qualitative a été choisie pour l'étude du fait qu'elle est plus appropriée pour répondre à l'objectif de l'étude.

Nous avons pu recueillir nos données grâce à une méthode qualitative par entretiens individuels. Ce choix a été privilégié et se justifie par la volonté de favoriser le plus possible l'expression de chaque patient sans crainte de jugement de la part d'autres patients ne partageant pas leur point de vue et sans être limité par la présence d'un leader comme c'est le cas dans les focus group.

Le choix de l'entretien semi-dirigé se justifie car il permet de laisser parler librement le patient sans idée préétablie par le chercheur. L'entretien va permettre au patient de se sentir libre, et non questionné sans réelle liberté d'expression. Il limite le biais de préconception.

Une adhésion importante à l'étude a été constatée, nous n'avons reçu aucun refus de patients. Tous étaient motivés pour répondre au questionnaire, moyennant la prise en compte de leur emploi du temps pour y répondre. Les entretiens étaient donc planifiés en fonction des disponibilités de chacun.

Une des forces de l'étude était la saturation des données. Il s'agit de l'atteinte du nombre d'entretiens nécessaires pour répondre à l'objectif de l'étude. Cela signifie qu'il n'y avait plus de nouvelles données à l'issue des 10 premiers entretiens.

Une autre force de l'étude était la théorie ancrée réalisée. Cette dernière est une méthode de recherche qui consiste à générer une théorie à partir des données des entretiens. Le but était de rendre compréhensible le contenu des entretiens avec les patients par l'émergence de grands concepts mis en relation.

4.3. Discussion des résultats

Les fonctions fondamentales du médecin généraliste décrites par la WONCA (3) étaient retrouvées dans les attentes des patients interrogés.

4.3.1. Premier recours

Le médecin généraliste était souvent évoqué comme le premier recours en cas de problème de santé. Les motifs retrouvés étaient variés et comprenaient des troubles somatiques aigus ou chroniques, notamment les infections des voies respiratoires supérieures et ORL fréquemment évoquées. Des demandes à propos d'examens biologiques étaient mentionnées. Des troubles d'ordre psychiatrique amenaient également les patients à consulter leur médecin généraliste, principalement des troubles du sommeil, de l'humeur ainsi que des addictions.

Le médecin n'était pas l'unique premier recours, les patients décrivaient certaines alternatives comme le recours directement au pharmacien ou aux urgences. Un examen clinique était réalisé par le médecin et était considéré comme nécessaire par les patients.

Nous pensons que ce rôle de premier recours est particulièrement important dans la prise en charge des patients atteints de maladies mentales. La faible fréquence de recours de ces patients n'étant pas due à une prévalence inférieure de pathologies somatiques, il paraît important d'être vigilant et dynamique dans leur prise en charge, de poser des questions supplémentaires pour savoir si tous les problèmes ont bien été abordés.

4.3.2. Prévention, suivi et prise en charge globale

Le médecin traitant était également consulté concernant des modalités administratives ou préventives comme la vaccination. Il assurait le suivi des maladies chroniques somatiques comme l'hypertension artérielle et assurait le renouvellement d'ordonnance. Il était perçu comme le pivot dans le système de santé notamment en ce qui concerne les comptes rendus d'examens et les courriers d'autres spécialistes.

Une prise en charge globale était demandée au médecin généraliste avec parfois une analyse poussée de la situation ne s'arrêtant pas aux symptômes décrits par le patient, mais en poussant l'interrogatoire et prenant en compte l'environnement et l'individualité de la personne.

Au regard des résultats de l'étude, nous admettons que la prévention, notamment des facteurs de risques cardiovasculaires, est capitale pour ces patients. En effet le suivi régulier de ces facteurs développés dans les recommandations de bonnes pratiques n'a quasiment pas été mentionné par les patients. Nous estimons que les patients n'en ont simplement pas conscience, en dehors du risque tabagique. La réalisation de bilans biologiques réguliers, la mise en place de traitements adaptés pour ces facteurs de risques comme le diabète ou l'hypertension artérielle doivent pourtant être mis en œuvre. Nous pensons que le meilleur moyen suivre ces recommandations est d'expliquer aux patients les objectifs et les modalités de ce suivi pour les impliquer le plus possible. Une bonne communication devrait alors permettre un suivi somatique adapté.

L'implication d'autres professionnels de santé au sein d'une prise en charge coordonnée nous semble également importante en ambulatoire. Elle inclut le cardiologue, notamment pour la réalisation d'un électrocardiogramme régulier et des examens nécessaires et le suivi, et l'infirmière libérale ou du CMP pour la réalisation des bilans, la délivrance de médicaments ou en cas de soins particuliers.

4.3.3. Disponibilité du médecin et prise de temps du médecin

Les patients ont révélé que la disponibilité du médecin était un critère de la bonne relation médecin-malade. Cette qualité semblait d'autant plus importante en cas d'urgence. L'accessibilité par téléphone en cas de difficulté de prise de rendez vous rapide était appréciée.

Le fait de ne pas se hâter et d'adapter le temps de consultation au besoin du patient était souvent rapporté comme étant essentiel pour une bonne prise en charge. Il constituait le facteur humain de la relation. Cependant les patients étaient conscients que le médecin avait des contraintes horaires et attendaient également une gestion correcte de la salle d'attente, notamment concernant le retard du médecin.

Nous nous sommes aperçus que la qualité de l'écoute et la prise de temps par le médecin changent plusieurs aspects de la relation médecin malade. Aussi il nous semble que l'élément le plus important concernant la prise en charge de ces patients en médecine est d'accorder plus de temps que pour les autres consultations dans le but de leur permettre de s'exprimer puis de leur montrer qu'ils ont été entendus. Ainsi une alliance thérapeutique peut être obtenue et faciliter la prise en charge, grâce à une relation médecin malade de qualité.

4.3.4. Relation avec le médecin traitant

Un bon rapport avec leur médecin généraliste a été retrouvé chez la plupart des patients interrogés et tous, sauf un, avaient un médecin traitant déclaré. Ce constat paraissait logique puisque ces patients rapportaient qu'en cas de mauvais contact avec ce dernier, un changement de médecin traitant s'imposait parfois. Cette bonne relation est également présente dans les données de la littérature, notamment une étude de la SFMG (Société française de la médecine générale) (41).

Cette bonne relation était avant tout basée sur la confiance envers le médecin. Cette confiance n'était pas innée et s'acquerrait généralement avec le temps. Nous avons vu que cette confiance était nécessaire pour les patients à leurs bonnes prises en charge et reposait sur les qualités intrinsèques du médecin. Il était attendu que ce dernier soit altruiste et empathique pour permettre aux patients de s'exprimer. Cette notion se retrouve dans les données de la littérature (19) (31).

Le médecin devait également être à l'écoute de ses patients. Cette qualité semblait être la plus importante pour les patients. Elle était très souvent évoquée au cours des entretiens et un retour sur cette écoute de la part du médecin traitant était l'une des clés de la prise en charge. L'évocation des troubles psychologiques au médecin généraliste pouvait alors avoir lieu. Les patients attendaient alors différents éléments. D'une part, des conseils de la part de leur médecin concernant divers problèmes médicosociaux, d'autre part, une aide médicamenteuse ou une orientation.

Il a été noté qu'une absence ou un manque d'écoute ressenti par le patient pouvait aboutir à un défaut d'expression des problèmes psychologiques des patients.

Nous avons remarqué que la qualité de la relation dépendait aussi de l'efficacité de la prise en charge ressentie par les patients. Aussi l'échec d'un traitement initial ou une orientation inappropriée pouvait nuire à l'ensemble de la relation médecin malade, bien que certaines erreurs étaient pardonnées au médecin.

4.3.5. Coordination des soins

L'orientation représentait un enjeu important des consultations pour problèmes mentaux.

Certains patients exprimaient ces troubles et attendaient une analyse de la part du médecin pour détecter les signes d'une éventuelle maladie mentale comme une dépression. D'autres patients attendaient une orientation d'emblée vers d'autres professionnels de santé mentale mieux qualifiés pour les prendre en charge. Parfois une discussion avait lieu entre le médecin et le patient concernant cette orientation, et cette dernière n'était pas réalisée systématiquement.

Pour les patients évoquant leurs problèmes psychologiques au médecin généraliste, un soutien était attendu du médecin traitant en plus de sa prise en charge ou de son orientation.

La coordination des soins comprenait également la collecte et l'analyse des comptes rendus d'examen complémentaires, de consultation spécialisée et d'hospitalisation. Ces comptes rendus étaient parfois mentionnés comme étant le seul moyen de communication avec le médecin généraliste. La collaboration entre médecin généraliste et psychiatre est capitale pour la bonne prise en charge des patients bien qu'elle ne soit pas toujours effective (42).

Nous avons eu l'impression que ce rôle du médecin coordonnateur était bien perçu par les patients et qu'il avait une importance concernant leur prise en charge globale.

Nous pensons que l'orientation de ces patients doit être évaluée au cas par cas en fonction des compétences propres du médecin dans ce domaine, de la qualité de la relation médecin-malade, des représentations du patient, de la sévérité de la pathologie présentée, et de l'avis du patient.

En effet en cas de symptômes pouvant orienter vers une maladie psychiatrique sévère (trouble bipolaire et troubles schizophréniques) une prise en charge spécialisée nous semble obligatoire. En cas de refus de la part du patient de consulter un psychiatre, il appartiendra au médecin généraliste de démontrer l'intérêt de cette démarche.

Dans le cas des troubles anxieux, troubles dépressifs et addictions, l'orientation est à adapter en fonction de ces facteurs et sans chercher à prendre en charge de manière solitaire ces troubles notamment en cas d'impasse thérapeutique.

4.3.6. Le médecin de famille

La relation médecin-malade a plusieurs fois été décrite comme étendue dans le temps, souvent de plusieurs années. Plusieurs patients ont évoqué que le médecin généraliste était le médecin de famille. Il connaissait les différents membres de la famille, leurs vécus et leurs

environnements. La famille interpellait le médecin généraliste en cas de trouble mental chez un proche, justifiant parfois une hospitalisation.

Nous savons que le rôle de médecin de famille tel qu'il était auparavant a changé. La plupart des patients en étaient bien conscients. Nous nous sommes pourtant rendus compte durant notre internat et particulièrement durant notre stage en psychiatrie que le rôle de la famille des patients restait fondamental. Elle apporte en général un reflet plus concret et fiable concernant le mode de vie du patient ou son observance thérapeutique.

4.3.7. Compétence en psychiatrie et prescription de psychotrope.

Les avis concernant les compétences des médecins généralistes en psychiatrie n'étaient pas homogènes. La plupart des patients avouaient ne pas connaître les compétences de leur médecin dans ce domaine, mais ils se basaient sur leurs expériences passées quand ils en avaient. Il était généralement accepté que le médecin généraliste avait des compétences basiques en psychiatrie. Ces compétences lui permettaient pour certains de poser un diagnostic, d'initier un traitement médicamenteux adapté ou d'orienter avec efficacité. De même, les patients ressentaient une certaine limite à ses aptitudes, notamment en cas de maladie sévère comme le trouble bipolaire. Pour d'autres patients le médecin généraliste ne possédait pas les connaissances suffisantes pour une prise en charge de troubles mentaux.

La prise de traitements psychotropes était différemment acceptée selon la relation médecin-malade des patients. Les facteurs d'acceptation retrouvés étaient la bonne relation avec le médecin, la confiance en ce dernier, le désir prononcé d'amélioration clinique de la part du patient et la reconnaissance de compétence du médecin en psychiatrie. Les facteurs qui poussaient les patients à ne pas accepter les traitements étaient la mauvaise qualité de la relation médecin-malade, l'expérience personnelle ou familiale d'effet indésirable et la contestation des compétences en psychiatrie du médecin. L'explication du traitement par le médecin était primordiale et s'intégrait pleinement dans la prise en charge des troubles psychiatriques.

Nous estimons qu'il est du ressort du médecin traitant de prescrire des médicaments psychotropes jusqu'à une certaine limite. Encore une fois cette limite dépend des compétences individuelles de chaque médecin et des pathologies traitées. Les médicaments prescrits par le médecin doivent être bien connus de même que leurs effets indésirables pour pouvoir prévenir le patient et ne pas nuire à la relation médecin-malade en cas d'échec ou d'effets indésirables importants.

De même nous pensons qu'en attendant un rendez vous avec un psychiatre, un traitement de premier intention devrait être introduit par le médecin généraliste si ce dernier en est capable à défaut de pouvoir assurer la prise en charge seul. Nous sommes cependant réservés concernant l'introduction d'un traitement par neuroleptique en médecine générale car ce dernier nécessite un bilan préthérapeutique (ECG notamment) et augmente le risque de mort subite. Pour nous un traitement par neuroleptique devrait être introduit préférentiellement par un psychiatre.

4.3.8. Dichotomie somatique et psychiatrique.

Nous avons observé que plusieurs patients font eux mêmes la distinction entre leurs troubles somatiques et leurs troubles psychiatriques. Ces patients présentaient en général des pathologies psychiatriques chroniques et étaient déjà suivis par un psychiatre au moment de l'étude. Pour ces patients le médecin généraliste n'était jamais consulté en cas de problème mental et la santé mentale n'était pas considérée comme son domaine. Il était alors considéré comme un médecin somaticien. Le médecin psychiatre était apprécié comme l'expert en santé mentale.

Dans le cas de suivi de pathologie chronique, le médecin spécialiste peut avoir une relation privilégiée avec le patient (43). Les pathologies psychiatriques étant souvent chroniques, ce lien d'importance entre ces patients et le psychiatre peut se développer avec le temps.

Cependant, cette dichotomie entre somatique et psychiatrique semble être une donnée nouvelle que nous ne retrouvons pas dans la littérature actuelle. Est-elle cristallisée par l'organisation présente à l'hôpital psychiatrique ou prend-elle son essence autrement ? Nous avons observé que l'organisation d'un service de soin psychiatrique hospitalisé était similaire avec d'une part, le somatique géré par des médecins somaticiens (généralistes ou autres spécialistes comme par exemple cardiologues), et d'autre part la psychiatrie gérée par des médecins psychiatres et des psychologues. Nous ne pouvons toutefois pas conclure sur lien entre les 2 parce que nous n'avons pas interrogé les patients sur les raisons de cette dichotomie.

4.4. Proposition pour la pratique et ouverture

Au regard des résultats de l'étude, il semblerait que l'attente principale de ces patients soit l'écoute de la part de leur médecin généraliste. Il ne lui est pas demandé de se substituer au psychiatre pour prendre en charge les pathologies mentales. La qualité de la relation médecin-malade pourrait être favorisée par un temps d'expression prolongé. Cet élément se retrouve également dans les données de la littérature. En effet la durée de consultation des patients atteints de maladies psychiatriques sévères est déjà plus longue et comprend plus de résultats de consultations que les autres consultations de médecine générale (44).

Les limites de la communication entre le psychiatre et le médecin généraliste sont un frein à la prise en charge des patients (42). Une piste d'amélioration envisageable est l'utilisation efficace des outils informatiques via l'envoi de courriers par messagerie électronique sécurisée. Cela permettrait des échanges plus réguliers qu'actuellement, qui ne concernent que les courriers d'orientation initiale et les comptes rendus de sortie d'hospitalisation.

L'informatisation permettrait d'assurer une traçabilité et une rapidité des échanges et pourrait permettre, moyennant la maîtrise des outils, une amélioration globale de la prise en charge de ces patients.

Nous avons observé une différence importante entre les recommandations de bonnes pratiques et les attentes des patients interrogés. Ces derniers étaient peu conscients du suivi somatique non négligeable les concernant. Il paraît donc essentiel d'être vigilant et proactif de la part du médecin assurant ce suivi.

Par ailleurs et conformément aux recommandations de bonnes pratiques, au regard de la prévalence des pathologies psychiatriques et de notre propre expérience, nous conseillons aux internes de médecine générale de réaliser un stage en psychiatrie pour compléter et améliorer leur connaissance dans cette discipline. L'orientation des patients vers un psychiatre n'étant pas toujours facile, en raison notamment du manque de psychiatre dans certaines régions, un approfondissement de la formation du médecin généraliste en psychiatrie pourrait permettre une meilleure prise en charge ces patients. La réalisation de ce stage permet en outre par la suite de créer un contact plus facilement avec les patients atteints de maladies psychiatriques, ce qui nous semble primordial pour leur prise en charge.

Nous pensons qu'améliorer la communication entre psychiatres et médecins généralistes grâce à des séances d'échanges permettrait de dialoguer à propos de patients dont la prise en charge présente des difficultés, notamment si elle associe troubles somatiques et psychiatriques simultanément. Ces rencontres pourraient entrer dans le cadre des formations professionnelles continues.

Enfin le développement des maisons médicales en tant que lieu d'exercice partagé pour des médecins généralistes et un ou plusieurs psychiatres pourrait également être une piste d'amélioration de la prise en charge de ces patients grâce à une meilleure communication et une discussion pluridisciplinaire autour des cas complexes.

5. Conclusion

La prévalence des pathologies psychiatriques en France représente un enjeu de santé publique. La prise en charge de ces patients est le plus souvent complexe, pluridisciplinaire et repose sur une bonne communication entre le médecin traitant et le psychiatre.

Nous avons vu que le rôle du médecin généraliste est multiple. Il comprend celui de premier recours, de prise en charge globale, de continuité des soins, de coordination de soins et de santé publique. Une définition européenne de son rôle a été éditée en 2002 par la WONCA.

Notre travail a permis de mettre en évidence les attentes des patients hospitalisés en psychiatrie vis-à-vis de leur médecin généraliste.

Notre étude a fait ressortir que les attentes de ces patients présentent des similarités avec celles recueillies en population générale. Ces attentes sont centrées sur la demande d'écoute de leur problématique de la part du médecin ainsi que sur les conseils que celui-ci peut être amené à leur donner. Ces patients attendent également du soutien, ainsi qu'une orientation adéquate quand elle est nécessaire.

Nous avons remarqué que le ressenti et les attentes de ces patients vis à vis de leur médecin généraliste dépendent en grande partie de leurs propres expériences personnelles ou familiales.

Les attentes de ces patients présentaient cependant certaines particularités. Une dichotomie entre les problématiques relevant du somatique et celles relevant de la psychiatrie a été retrouvée chez plusieurs patients interrogés. Ces derniers n'évoquaient volontairement pas leurs troubles psychiatriques auprès de leur médecin généraliste lorsqu'ils sont déjà suivis par le psychiatre. Ces patients n'attendaient pas ou peu de prise en charge de la part du médecin généraliste sur cet aspect. Les problèmes d'ordre psychiatrique de ces patients étaient alors exclusivement pris en charge par le psychiatre.

Les pistes qui pourraient être développées ou étudiées concernent l'utilisation à bon escient de l'informatique, notamment les courriers électroniques sécurisés qui permettrait des échanges plus importants et plus rapides entre les différents acteurs de la prise en charge des patients. La réalisation d'un stage en psychiatrie pour les internes de médecine générale pourrait être une autre piste d'amélioration pour une meilleure prise en charge des patients de même qu'un exercice médical partagé au sein d'une maison médicale pluridisciplinaire.

D'autres études pourraient être réalisées pour comparer les attentes des patients hospitalisés en psychiatrie vis-à-vis de leur médecin généraliste avec celles de patients pris en charge en ambulatoire, comme au CMP ou dans le secteur privé, voire au cabinet de médecine générale.

6. Bibliographie

1. rapport-activite-charges-produits-14_assurance-maladie.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-14_assurance-maladie.pdf
2. Reco_Soins_Soma_Psy.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf
3. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
4. Letrilliart L, Supper I, Boulet P, Schuers M, Elsensohn H, Darmon D, et al. Etude ECOGEN□: premiers résultats. :13.
5. rapport-activite-charges-produits-17_assurance-maladie.pdf [Internet]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-17_assurance-maladie.pdf
6. Masson E. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française□: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) [Internet]. EM-Consulte. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/83321/prevalence-et-comorbidite-des-troubles-psychiatriq>
7. Société Française de Médecine Générale□: Quelques chiffres sur les Résultats de consultation [Internet]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/theorie_pratique/outils_de_la_demarche_medicale/le_dictionnaire_des_resultats_de_consultation_-_drc/quelques_chiffres_sur_les_resultats_de_consultation.html
8. general-practitioner-europe-statement-working-party-appointed-2nd-european-conference-teaching.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/archive/publications/general-practitioner-europe-statement-working-party-appointed-2nd-european-conference-teaching.pdf>
9. position-statement-defining-the-specialty-of-general-practice.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.acrrm.org.au/docs/default-source/documents/about-the-college/position-statement-defining-the-specialty-of-general-practice.pdf?sfvrsn=4>
10. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice—time for a new definition. *BMJ*. 5 févr 2000;320(7231):354-7.
11. Accueil [Internet]. Dumga. Disponible sur: <https://www.dumga.fr>
12. fichier_fiche5_continuite_des_soins766c1.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/807/fichier_fiche5_continuite_des_soins766c1.pdf
13. Comment gérer le risque de l'incertitude diagnostique. :48.
14. Qu'est-ce qu'un SAMSAH□? [Internet]. Disponible sur: http://www.mdpf.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=53:quest-ce-quun-samsah-&catid=38:faq&Itemid=58
15. La prise en charge du sevrage tabagique [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/prise-en-charge-sevrage-tabagique>
16. 141c0b24-f0c9-4a80-952b-5c1d5658913b.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/141c0b24-f0c9-4a80-952b-5c1d5658913b>

17. mg_611_dedienne.pdf [Internet]. Disponible sur: http://anciensite.clge.fr/IMG/pdf/mg_611_dedienne.pdf
18. 2016_Medecine_CelierCyrilla.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016_Medecine_CelierCyrilla.pdf
19. 06-18 Importance de la communication dans la relation soignant-soigné [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2006. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/06-18-importance-de-la-communication-dans-la-relation-soignant-soigne/>
20. outil_12_ecoute_active.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_12_ecoute_active.pdf
21. Parsons T. The social system [Internet]. Glencoe, Ill. □: Free Press; 1951. 600 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/socialsystem00pars>
22. Haute Autorité de santé. 2013;76.
23. 1-4-Hurst-Deontologie.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.unige.ch/medecine/ieh2/files/9714/3472/9166/1-4-Hurst-Deontologie.pdf>
24. Melior S. EVALUATION DE LA POSITION DES PATIENTS VIS-A-VIS DE LA DECISION MEDICALE PARTAGEE SELON LE CONTEXTE CLINIQUE □: :104.
25. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ*. 18 sept 1999;319(7212):780-2.
26. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
27. 01_poly_item01.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/Sous-mod-2_et_3_pdf/01_poly_item01.pdf
28. Balint M. 2. LES APPORTS DE BALINT. :5.
29. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 1 mai 1995;152(9):1423-33.
30. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc*. avr 1998;28(2):151-5.
31. Moreau A. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. :5.
32. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71-2.
33. Thomas DR. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *Am J Eval*. 1 juin 2006;27(2):237-46.
34. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
35. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. 2012-300 mars 5, 2012.
36. L analyse inductive générale □: description d une démarche visant à donner un sens à des données brutes - PDF [Internet]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/12012198-L-analyse-inductive-generale-description-d-une-demarche-visant-a-donner-un-sens-a-des-donnees-brutes.html>
37. Thomas DR. Une approche inductive générale pour l'analyse des données d'évaluation qualitatives. *Am J Eval*. 1 juin 2006;27(2):237-46.
38. Ferrière S, Bacro F, Florin A, Guimard P. Le bien-être en contexte scolaire □: intérêt d'une approche par triangulation méthodologique. *Cah Int Psychol Soc*. 25 oct 2016;Numéro 111(3):341-65.
39. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;(23):147-81.
40. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. mai 2002;3(2):81-90.

41. fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf
42. Yesilmen N. Collaboration entre médecin généraliste et psychiatre dans la prise en charge de la dépression: expérience et ressenti□: étude qualitative réalisée à partir de 10 entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2019.
43. Netgen. Relation médecin-malade chez le spécialiste [Internet]. Revue Médicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-173/Relation-medecin-malade-chez-le-specialiste>
44. Mekhantar N. Les consultations en médecine générale chez des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères d'après les données de l'étude ECOGEN [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015.

7. Annexes

Annexe n°1 : guide d'entretien

Présentation :

Bonjour, je m'appelle Marc Boutineau, je suis interne en médecine générale. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre de ma thèse qui est dirigé par le Dr Borgne, professeur associé de médecine générale.

Cette thèse vise à mieux cerner les attentes des patients présentant une maladie psychiatrique vis-à-vis de leur médecin généraliste, afin de mieux pouvoir les prendre en charge.

En ce qui vous concerne, vous êtes actuellement hospitalisé en psychiatrie, et vous êtes suivi par un médecin généraliste ?

Je vous rappelle que cet entretien est anonyme et que vous pouvez y mettre fin si vous le souhaitez. Êtes-vous bien d'accord pour me permettre d'enregistrer la conversation ?

Il est important pour mon travail que vous me fassiez part de vos attentes, de votre vécu vis-à-vis de votre médecin généraliste. Le but est de comprendre vos attentes pour améliorer les prises en charges médicales des patients suivis en psychiatrie par leur médecin généraliste.

Je vais d'abord vous poser des questions sur votre suivi par votre médecin généraliste. Ensuite je vous demanderais de me décrire votre dernière consultation chez votre médecin généraliste. Enfin je vous poserais des questions sur vos attentes le concernant.

Questions pour l'étude socio démographique :

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) Quel est ou était votre métier ?
- 3) Avez-vous un médecin traitant déclaré ?
- 4) Depuis combien de temps êtes-vous hospitalisé (sur Fitz-James) ?
- 5) Quand avez-vous vu votre médecin généraliste pour la dernière fois ?
- 6) Combien de fois par an voyez-vous votre médecin généraliste ?

Question brise-glace :

Pouvez-vous me décrire votre dernière consultation chez votre médecin généraliste ?

Questions pour l'entretien semi-dirigé (relances si besoin)

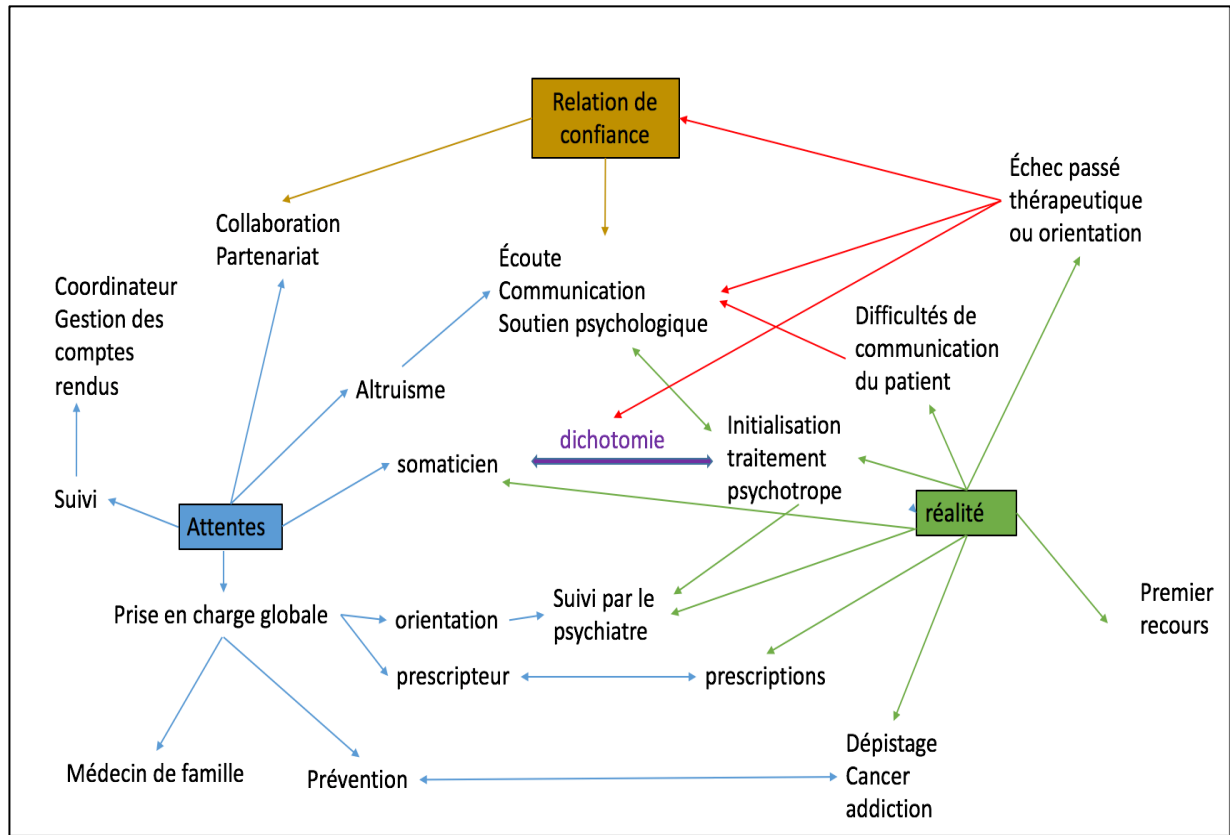
- 1) Pour quelles raisons allez-vous voir votre médecin généraliste ?

- 2) Qu'attendez-vous de votre médecin généraliste quand vous avez un problème psychiatrique ? (Baisse de l'humeur, hallucination, addictions...)
- 3) Pour des problèmes non psychiatriques allez-vous voir votre médecin généraliste ? (Administratif, somatique ...)
- 4) Qu'attendez-vous en terme de soutien psychologique de la part de votre médecin généraliste ?
- 5) Que pensez-vous de l'introduction d'un nouveau traitement psychotrope par votre médecin généraliste ?
- 6) Depuis combien de temps consultez-vous votre médecin généraliste ? Sur quels critères l'avez-vous choisi ? Pourquoi avez quitté l'ancien ?
- 7) Que pensez-vous de votre relation avec votre médecin généraliste actuel ?
- 8) Est ce que vous pensez que votre médecin généraliste est compétent en psychiatrie ?
- 9) Pensez-vous que vos temps de consultation en médecine générale sont suffisants ?

Annexe n°2 : Tableau de données sociodémographiques

	Age	Sexe	Catégorie socioprofessionnelle	Médecin traitant déclaré	Durée d'hospitalisation sur FJ5	Date de la dernière visite chez le médecin généraliste	Nombre de consultation de médecine générale dans l'année	Motif d'hospitalisation
Patient n°1	64	F	Cadre retraité	Oui	1 semaine	1 mois	4-5	Dépression
Patient n°2	34	M	Ancien pizzaiolo	Oui	1 semaine	3 mois	1-2	Dépression Trouble psychotique
Patient n°3	59	M	Chef d'entreprise	Oui	3 mois	4 mois	2-3	Trouble bipolaire
Patient n°4	28	M	Salarié non cadre	Oui	15 jours	1 mois et demi	3-4	Addiction et tentative de suicide
Patient n°5	54	F	Assistante technique	Oui	3 semaines	1 mois	2-3	Trouble bipolaire
Patient n°6	47	M	Cuisinier	Oui	15 jours	3 mois	3-4	Dépression et ESPT
Patient n°7	58	M	Employé non cadre	Oui	1,5 mois	3 mois	4	Dépression, burn-out.
Patient n°8	50	F	Assistante administrative	Non	5 jours	8 mois	5-6	Addiction Tentative de suicide
Patient n°9	42	M	Artiste peintre Jardinier	Oui	3 semaines	1 an	1-2	Trouble psychotique
Patient n°10	66	F	Directeur financier	Oui	4 jours	1 semaine	4	Trouble bipolaire
Patient n°11	76	F	Vendeuse	Oui	4 semaines	5 semaines	8	Trouble bipolaire
Patient n°12	46	F	Agent de voyage	Oui	1 mois	7 semaines	10-15	Dépression

Annexe n°3 : théorie ancrée



Légende

- Entraîne un facteur
- En rapport avec les attentes
- En rapport avec la réalité
- En rapport avec la relation de confiance
- Facteur négatif
- ↔ élément nouveau

8. Résumé

Introduction : Les consultations de médecine générale d'ordre psychiatrique représentent entre 10 et 15% de l'activité des médecins généralistes en France et environ 15% des dépenses de l'assurance maladie. La prise en charge de ces patients est le plus souvent complexe, pluridisciplinaire et repose sur une bonne communication entre le médecin traitant et le psychiatre. Le rôle du médecin généraliste est multiple. Il comprend celui de premier recours, de prise en charge globale, de continuité des soins, de coordination de soins et de santé publique. Le suivi somatique des patients atteints de maladies psychiatriques sévères a fait l'objet de recommandations de bonnes pratiques en 2015. L'objectif de notre étude était de déterminer les attentes des patients hospitalisés en psychiatrie vis-à-vis de leur médecin généraliste.

Matériel et méthode : étude qualitative réalisée à partir de 12 entretiens semi-dirigés réalisés auprès de patients hospitalisés à l'hôpital psychiatrique de Fitz-James, analysée selon la méthode de la théorie ancrée.

Résultat : Les résultats de l'étude mettaient en évidence des similitudes entre les attentes de patients psychiatriques et la population générale. Les patients interrogés attendaient un diagnostic et une prescription médicamenteuse. Une demande d'orientation adaptée était souvent retrouvée. Les patients attendaient de l'écoute et un altruisme de la part du médecin généraliste. Le médecin traitant avait également pour rôle de coordonner leurs soins et de les prendre en charge globalement. Il était demandé au médecin d'être disponible et de prendre son temps durant les consultations. La demande de soutien psychologique et de prise en charge sur le plan psychiatrique par le médecin généraliste était très variable.

Discussion : Les attentes des patients atteints de pathologies psychiatriques sont nombreuses et variées. Peu de patients interrogés étaient conscients de l'importance de leur suivi somatique. Le médecin généraliste reste le médecin de premier recours de ces patients dans la plupart des cas. Les attentes de ces patients présentaient également des particularités. La demande de soutien psychologique par le médecin traitant était variable et dépend en grande partie de la relation médecin-malade. De plus une dichotomie entre les problématiques relevant du somatique et celles relevant de la psychiatrie a été retrouvée chez plusieurs patients interrogés. Ces derniers n'évoquaient volontairement pas leurs troubles psychiatriques auprès de leur médecin généraliste lorsqu'ils sont déjà suivis par le psychiatre. Ces patients n'attendaient pas ou peu de prise en charge de la part du médecin généraliste sur cet aspect. Les problèmes d'ordres psychiatriques de ces patients étaient alors exclusivement pris en charge par le psychiatre.

Conclusion : Le médecin généraliste doit être à l'écoute des patients présentant un trouble psychiatrique dans le but de former une alliance thérapeutique pour assurer son suivi somatique. Il peut initier la prise en charge psychiatrique de ces patients avant une orientation vers le psychiatre en fonction de la qualité de la relation médecin-malade et des ses propres compétences.

Mots clés : médecine générale, maladies psychiatriques, étude qualitative.

Abstract

Introduction : Psychiatric general medicine consultations account for between 10% and 15% of the activity of general practitioners in France and around 15% of health insurance expenditure.. The management of these patients is most often complex, multidisciplinary and based on good communication between the general prationier and the psychiatrist. The role of the general practitioner is multiple. It includes primary care, comprehensive care, continuous care, coordination of care and public health. The somatic monitoring of patients with severe psychiatric illnesses was the subject of guidelines of good practice in 2015. The aim of our study was to determine the expectations of patients hospitalized in psychiatry about their general practitioner.

Material and method : qualitative study based on 12 semi-directed interviews conducted with patients hospitalized at the Fitz-James psychiatric hospital, analyzed according to the grounded theory method.

Results : The study's results showed similarities between the expectations of psychiatric patients and the general population. The patients interviewed were waiting for a diagnosis and a prescriptions. A request for adapted guidance was often found. Patients waited for listening and altruism on the part of the general practitioner. The treating physician also had the role of coordinating their care and treating them globally. The doctor was asked to be available and to take his time during the consultations. The request for psychological support and psychiatric care by the general practitioner was very variable.

Discussion : The expectations of patients with psychiatric pathologies are many and varied. Few patients interviewed were aware of the importance of their somatic follow up. The general practitioner remains the primary care physician for these patients in most cases. The expectations of these patients also had particularities. The request for psychological support by the general practitioners was variable and depends largely on the doctor-patient relationship. Moreover, a dichotomy between somatic and psychiatric problems was found in several patients interviewed. These patients did not voluntarily raise their psychiatric disorders with their general practitioner when they are already followed by the psychiatrist. These patients did expect little or no care from the general practitioner on this aspect. The psychiatric problems of these patients were then exclusively taken care of by the psychiatrist.

Conclusion : The general practitioner must listen to patients with a psychiatric disorder in order to form a therapeutic alliance to ensure somatic follow-up. He can initiate the psychiatric care of these patients before referral to the psychiatrist based on the quality of the doctor-patient relationship and his own skills.

Keywords : general medicine, psychiatric illness, qualitative study.