HAL
open science

Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres dans la prise en charge des patients adultes ayant des troubles psychotiques

Diane de Hauteclocque

To cite this version:

Diane de Hauteclocque. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres dans la prise en charge des patients adultes ayant des troubles psychotiques. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02961123

HAL Id: dumas-02961123

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02961123v1

Submitted on 8 Oct 2020

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

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

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

COLLABORATION ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PSYCHIATRES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ADULTES AYANT DES TROUBLES PSYCHOTIQUES

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE

Pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Nice

Le Mercredi 15 janvier 2020

Par

Diane DE HAUTECLOCQUE

Née le 20 Juillet 1988

Président du Jury : Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Assesseurs : Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Madame la Professeure Brigitte MONNIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Nicolas HOGU

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	**Pr. ALUNNI Véronique**
Recherche	**Pr DELLAMONICA jean**
Etudiants	**M. JOUAN Robin**
Chargé de mission projet Campus	**Pr. PAQUIS Philippe**
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)
Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean
M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M. FENICHEL Patrick
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HOFLIGER Philippe
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SANTINI Joseph
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
M. BENOLIEL José
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Michel BENOIT,
Merci d'avoir accepté de présider ma thèse et pour l'intérêt que vous portez à mon sujet de thèse.

A Monsieur le Professeur Gilles GARDON,
Merci d'avoir accepté de faire partie du Jury de ma thèse, de votre accessibilité lors de nos échanges et de l'intérêt que vous portez à mon sujet de thèse.

A Madame la Professeure Brigitte MONNIER,
Merci d'avoir accepté de faire partie du Jury de ma thèse et de l'intérêt que vous portez à mon sujet de thèse.

A Monsieur le Dr Nicolas HOGU,
Je vous remercie d'avoir accepté d'encadrer ce travail, pour le temps consacré à vos corrections, à nos échanges et pour votre patience.

Merci à tous les médecins ayant participé à ma formation et notamment,

Au Dr Colombani,
Merci pour m'avoir donné goût à la médecine générale.

Au Dr Hege et au Dr Lazar,
Merci pour tout ce que vous m'avez apportée lors de mes premiers remplacements.

Merci aux 14 médecins qui ont accepté de participer à cette étude, pour le temps qu'ils m'ont accordé et pour leur intérêt pour ce sujet.

Merci à mes parents pour leur aide si précieuse.

Merci à mes soeurs pour leur amour et leur singularité.

En mémoire de mon grand-père, à nos échanges passés.

Merci à Erico pour ces années passées ensemble et pour toutes celles à venir.

Enfin, je dédie cette thèse en particulier à mon cousin Armand, parti trop tôt. Ton sourire restera pour toujours dans nos coeurs.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **14**
1. Les troubles psychotiques 14
Les troubles psychotiques représentent un enjeu majeur de santé publique. 14
2. Le rôle du MG dans la prise en charge des troubles psychotiques 14
2.1 Généralités 14
2.2 Formations et compétences 15
2.3 Rôle diagnostique 15
2.4 Rôle thérapeutique 15
2.5 Situations urgentes et hospitalisations 16
3. La collaboration 16
4. Hypothèse et question de recherche 17

MATERIEL ET METHODE **18**
1. La méthode 18
1.1 Choix de la méthode : la méthode qualitative par entretien semi-directif 18
1.2 Le guide d'entretien 18
2. Les populations étudiées 19
2.1 Choix des MG et psychiatres 19
2.2 Collecte de l'information 19
2.3 L'analyse 20

RÉSULTATS ET ANALYSE **21**
1. Caractéristiques des entretiens 21
1.1 Taux de réponse 21
1.2 Durée des entretiens 21
2. Description de la population de MG et de psychiatres 21
3. Opinions sur les pratiques 23
3.1. Formation, connaissances et capacités des MG à prendre en charge la psychose 23
3.2 Psychiatres, psychiatrie et MG : Les projections 25
3.2.1 Projections des MG sur la psychiatrie 25
3.2.2 Projections des MG sur les psychiatres 25
3.2.3 Projections des psychiatres sur les projections probables des MG 26
3.2.4 La vision par les MG des patients psychotiques du point de vue des MG et des psychiatres 27
3.2.5 Difficultés d'accès à un MT pour les patients psychotiques selon les psychiatres et disponibilité des MG pour les patients psychotiques 28
3.3 Les relations entre médecins généralistes et psychiatres 30

3.3.1 La connaissance personnelle 30
3.3.2 Jugement de la relation entre psychiatres et MG 31
3.3.3 Par rapport à la relation avec les autres spécialistes 32
3.4 Place du MG dans la prise en charge de la psychose 33
3.4.1 Au moment du diagnostic 33
3.4.2 Connaissance par les MG du diagnostic des psychotiques qu'ils prennent en charge 34
3.4.3 Lors du suivi 35
3.4.3.1 Projections des MG sur la pensée du patient 35
3.4.3.2 Un rôle important du médecin traitant dans la prise en charge 35
3.4.4 Suivi somatique des effets indésirables liés aux antipsychotiques 37
3.4.5 Partage du suivi entre MG et psychiatres 38
3.4.6 Prescription d'antipsychotiques 39
3.4.7 Le renouvellement 41
3.4.8 Dans le cas de situations urgentes 43
3.4.8.1 Généralités 43
3.4.8.2 Rôle du MG lors d'une hospitalisation d'un patient psychotique coopératif 45
3.4.8.3 Difficultés rencontrées par les MG dans la gestion des urgences 45
3.5 Disponibilité des psychiatres pour les patients psychotiques dans le cadre de la prise en charge d'une suspicion de psychose sans critères d'urgences 48
4. Modalités de recours vers les psychiatres et les structures psychiatriques par les MG dans le cadre d'une suspicion de troubles psychotiques 49
4.1 Motifs et facteurs influençant ce recours 49
4.1.1 Personnes à l'origine de la demande 49
4.1.2 Motifs d'adressages propres au MG 50
4.2 Critères du choix des psychiatres par le MG 51
4.2.1 Selon le délai de prise en charge 51
4.2.2 Selon le mode d'exercice 51
4.2.3. Les attentes des médecins traitants 52
5. La collaboration entre médecins généralistes et psychiatres 53
5.1. Importance et besoin de collaboration 53
5.2 Les caractéristiques d'une bonne collaboration 56
5.3 Difficultés de collaboration 56
6. La communication 58
6.1 Modalités 58
6.1.1 Mail 58
6.1.2 Courrier 58
6.1.3 Téléphone 58
6.2 Lettre d'adressage 60

6.2.1 Importance et contenu 60
6.2.2 Qualité 61
6.3 Le courrier de retour 62
6.3.1 Importance 62
6.3.2 Fréquence 63
6.3.3 Contenu 64
6.3.4 Sélection des informations 64
7. Pistes d'amélioration 66
7.1 Au niveau de la formation des MG 66
7.2 Au niveau des relations entre professionnels : les rencontres interdisciplinaires 67
7.3 Améliorer la communication, la transmission d'information 69
7.4 Augmentation de la disponibilité des psychiatres et amélioration du réseau 70
7.5 Favoriser le suivi par le MG 70
7.6 Améliorer l'information des MG 70
7.7 Dans la prise en charge des urgences 70

DISCUSSION 71
1. Forces et faiblesses de l'étude 71
1.1 Forces de l'étude 71
1.2 Faiblesse de l'étude 72
2. Une méconnaissance entre MG et psychiatres basée sur des projections 73
2.1 MG/Psychiatre. Le jeu des miroirs 73
2.2 Un taux important de patients psychotiques sans médecin traitant malgré un probable changement de vision de la psychose par les MG 74
3. Un rôle essentiel du MG dans la prise en charge initiale 75
4. Un adressage difficile 76
5. L'adressage de patients psychotiques nécessitant une hospitalisation en urgence jugé comme étant un des rôles essentiels mais difficiles du MG 77
6. Le rôle du MG pendant le suivi et la collaboration entre MG et psychiatres perçu différemment 78
7. La lettre d'adressage, élément essentiel pour permettre d'établir une collaboration 80
8. Une disponibilité téléphonique reconnue comme indispensable mais une opinion divergente entre MG et psychiatres sur l'intérêt du courrier de retour 80
9. Une absence de retour d'information plurifactorielle 82
10. Un partenariat nécessaire avec le patient 82
11. Une conception restrictive du secret médical pouvant être un frein à la collaboration 83
12. La particularité du MG exerçant en milieu rural 85
13. Pistes d'amélioration 85
13.1 Une nécessité d'information et de communication. 85
13.2 Des rencontres interprofessionnelles 86

13.3 Réorganiser le système de soins 86
13.4 Améliorer les moyens de communication entre médecins 87
13.5 Informer les MG sur les troubles psychotiques et sur le fonctionnement de la psychose 89
13.6 Dédier le rôle de collaborateur à une tierce personne 89
13.7 Promouvoir l'existence de la charte de partenariat et du code de déontologie encadrant cette collaboration. 90

BIBLIOGRAPHIE 91

ANNEXE 1 98

ANNEXE 2 100

RÉSUMÉ 102

ARTICLE 106

SERMENT D'HIPPOCRATE 120

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AFSSAPS: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

ALD : Affection Longue Durée

ASPDT : Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

CAP : Centre d'Accueil Permanent

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo Universitaire

CMP : Centre Médico Psychologique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

EBM : Evidence Based Medecine

FMC : Formation Médicale Continue

HDJ : Hôpital De Jour

HO : Hospitalisation d'office

HDS : Hôpital De Semaine

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

IDE : Infirmièr(e) Diplomé(e) d'Etat

IRPS : Institut de Recherche en Prévention Santé

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MG : Médecin généraliste

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

PSY : Psychiatre

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SDF : Sans Domicile Fixe

SDRE : Les Soins sans consentement sur Décision d'un Représentant de l'Etat

UMAP : Unités pour Malades Agités et Perturbateurs

INTRODUCTION

1. Les troubles psychotiques

Les troubles psychotiques représentent un enjeu majeur de santé publique.

Du fait de leur nombre d'abord. En effet, en 2016, il existait parmi les assurés sociaux une prévalence de 7,3 pour 1000 patients qui étaient pris en charge pour un trouble psychotique ayant justifié une Affection Longue Durée ou une hospitalisation (1). Du fait de leur espérance de vie réduite enfin, les personnes atteintes de maladie mentale sévère ont une espérance de vie réduite de 15 à 20 ans comparée à celle de la population générale (2).
Différents facteurs contribueraient à cette surmortalité : une prévalence élevée de pathologies addictives, des facteurs iatrogènes (3) (4), un risque suicidaire élevé de l'ordre de 5 à 6 % soit 2 à 3 fois plus élevé avec 20% de tentatives de suicides (5) (6). Ils présentent une plus grande fréquence de maladies cardiovasculaires ou de cancers du poumon (1). Ils sont sujets à une prise en charge de manière tardive car ils présentent des plaintes physiques à un stade tardif et de plus graves effets indésirables liés à une perception différente de leur corps, ce qui leur rend difficile l'interprétation des sensations corporelles (7).
Enfin cette population a un faible recours aux soins non psychiatriques et ne bénéficie pas d'une prise en charge somatique adaptée (3) (8).

2. Le rôle du MG dans la prise en charge des troubles psychotiques

2.1 Généralités

Le rôle du médecin généraliste pourrait être central dans la prise en charge des troubles psychotiques.
En effet, 33% des MG suivent un patient psychotique, seuls sans prise en charge spécialisée associée (9).

Leur lien avec le médecin traitant permet d'établir un lien de confiance et d'accessibilité leur permettant de se sentir dans la norme mais aussi d'évoquer leurs problèmes psychiques.(10)

2.2 Formations et compétences

Les MG ont un regard critique sur leur formation dans le domaine médicamenteux mais estiment avoir de bonnes capacités diagnostiques (11). On notera que les MG de campagne s'estiment mieux formés (11). Ces données rejoignent l'avis des psychiatres qui jugent par ailleurs qu' ils sont peu à l'aise avec les antipsychotiques (12).

2.3 Rôle diagnostique

Comme acteur de première ligne, le MG pourrait avoir un rôle majeur dans le dépistage de ces maladies en phase prodromique (13) permettant ainsi un adressage rapide et une consultation spécialisée.

Il a été démontré dans plusieurs études qu'une prise en charge plus rapide de la psychose améliorait le pronostic (14)(15)(16).

Le suivi somatique chez les patients psychotiques semble insuffisant. En effet, seul 23% des patients psychotiques hospitalisés ont un médecin traitant (17) et il semblerait que dans le cas où un suivi somatique est effectué, il est insuffisant vu qu'il n'est réalisé de façon conforme aux recommandations de l'AFSSAPS (8) que par seulement 2% des MG, et par aucun psychiatre (18).

2.4 Rôle thérapeutique

Le rôle thérapeutique des MG dans la psychose est variable. En effet 42% des MG réalisent une prise en charge somatique et une prise en charge psychiatrique conjointement avec le psychiatre (11), 17% des MG prescrivent des antipsychotiques régulièrement et 26% occasionnellement (19).

2.5 Situations urgentes et hospitalisations

En cas de décompensation psychotique aiguë urgente, le MG a une place essentielle. En effet, ils sont sollicités dans 8% des cas par le patient, mais par la famille dans 84% des cas en ville et dans 80% des cas en cas d'hospitalisation (11).

3. La collaboration

Les difficultés de collaboration entre MG et psychiatres de manière générale ont bien été documentées (11)(12)(20)(21).
En effet, les MG estiment difficile de communiquer avec les psychiatres. Moins d'un MG sur trois était en contact régulier avec une équipe de santé mentale, et une grande majorité a déclaré ne jamais ou rarement avoir eu des informations sur le diagnostic et le traitement des sujets adressés pour une schizophrénie précoce (22). Ils rapportent également un manque de retour à leur courrier d'adressage (22). Ils expriment également un manque de reconnaissance de la part des psychiatres (21).

Du point de vue des psychiatres, les courriers d'adressage ne sont pas assez informatifs (20).
Selon une étude, les obstacles à cette communication selon les psychiatres pourraient être une méconnaissance des MG, de leur rôle et de leurs attentes (12), ainsi que les "spécificités des pathologies psychiatriques telles que la difficulté diagnostique, l'évolutivité et la stigmatisation persistante" (12).
Selon une autre étude, ils admettent aussi un "manque de disponibilité lié à des facteurs politico-démographiques non modifiables à l'échelle du soignant" (21).

4. Hypothèse et question de recherche

Notre hypothèse est que, la collaboration entre MG et psychiatres étant problématique de manière générale, elle l'est sans doute également dans le cadre de la psychose, avec quelques spécificités liées à la psychose elle-même.

En effet, la psychose est un exemple intéressant car il s'agit d'une pathologie complexe avec des comorbidités somatiques importantes pour laquelle une bonne collaboration semble indispensable. La collaboration spécifiquement pour ce groupe de pathologie n'a pourtant jamais été explorée. D'autre part, c'est le point de vue du MG seul qui est le plus souvent examiné au détriment de celui du psychiatre, cette thèse permettra donc d'explorer les 2 points de vue.

Notre question de recherche porte sur la collaboration entre MG et psychiatres :
Quelles sont les attentes, les obstacles et les ressentis des MG et des psychiatres concernant leur collaboration mutuelle pour la prise en charge des patients adultes ayant des troubles psychotiques ?

MATERIEL ET METHODE

1. La méthode

1.1 Choix de la méthode: la méthode qualitative par entretien semi-directif

La méthode qualitative nous a semblé la plus adaptée car l'objectif ici n'était pas de quantifier la collaboration entre MG et psychiatres dans la psychose, mais d'en tirer les différentes visions, interprétations et ressentis.

Cette méthode permet de découvrir et de voir en quoi les représentations de ces professionnels influencent leurs pratiques.

L'intérêt est de restituer des conduites et des discours de manière plus approfondie et de rendre compte ainsi de la complexité du réel.

Nous avons utilisé l'entretien semi-directif car il ne restreint pas le discours de l'interviewé dans un questionnaire structuré. Il permet à l'enquêteur de laisser l'interviewé construire son discours tout en abordant l'ensemble des thèmes à partir d'une trame générale souple, le guide de l'entretien (23).

1.2 Le guide d'entretien

Le guide d'entretien est une liste des thèmes que le chercheur souhaite voir aborder sans ordre prédéfini (23).

Les données de la littérature sur le sujet ont été recueillies et analysées afin d'obtenir une liste de thèmes et d'établir des hypothèses pertinentes. A partir de celles-ci nous avons élaboré un guide d'entretien pour les MG et un guide d'entretien pour les psychiatres qui ont évolué au cours des entretiens du fait de l'évolution des hypothèses de recherche vers le guide d'entretien final (Annexe 1 et 2).

Deux entretiens furent réalisés pour tester et adapter le guide d'entretien initial. Arbitrairement, nous avions décidé que le premier médecin et le premier psychiatre disponibles seraient les médecins « testeurs ». Ces entretiens « test » ont permis d'éprouver le plan d'analyse des données et d'adapter le guide d'entretien. Ces données n'ont pas été intégrées à l'analyse globale.

2. Les populations étudiées

2.1 Choix des MG et psychiatres

Le choix des MG et psychiatres interrogés a été fait principalement par échantillonnage raisonné.

Ils ont été choisis selon des critères tels que le mode d'exercice, le nombre de patients psychotiques pris en charge, la zone d'activité, le sexe, l'âge, les activités annexes, notamment le fait d'être maître de stage ou pas pour les MG, et selon des critères tels que le mode d'exercice (CMP, libéral, hospitalier, secteur privé ou public), la zone d'activité, le sexe, l'âge, l'orientation thérapeutique, la convention et le secteur.

Le principal critère d'inclusion était la présence d'une activité de consultation ambulatoire. Ainsi les MG et les psychiatres qui n'avaient pas ce type d'activité, ont été exclus. Les remplaçants ont été exclus.

2.2 Collecte de l'information

Le recrutement s'est fait par téléphone. La présentation téléphonique comprenait une présentation de l'interviewer et du sujet de l'étude qui leur était exposé en sollicitant leur accord pour un entretien à leur cabinet selon leurs disponibilités. L'anonymat leur était garanti.

Chaque entretien fut retranscrit intégralement sous forme de verbatim en utilisant Google Doc et une grille de codage. C'est sous cette forme de recopiage mot à mot que peut s'effectuer l'analyse des données sans trahir le contenu du discours.

Nous avons réalisé des entretiens jusqu'à ce que la saturation soit obtenue pour la majorité de nos thèmes. La saturation est définie par l'atteinte du moment où plus rien de significatif ne s'ajoute pour accroître la compréhension du phénomène observé (24).

2.3 L'analyse

Chaque entretien a été relu puis analysé individuellement, après découpage selon les thèmes abordés par chaque médecin, en s'appuyant sur leurs réponses et leurs interprétations selon le principe de lecture verticale.

Puis une analyse thématique transversale a été effectuée à partir des thématiques du guide d'entretien. Le découpage du discours en fragments correspondant à des thèmes permet d'en repérer les modalités et les fréquences d'apparition à l'aide d'une grille d'analyse.

Celle-ci est construite sur la base d'une première lecture de quelques entretiens ainsi que sur les hypothèses initialement posées.

RÉSULTATS ET ANALYSE

1. Caractéristiques des entretiens

1.1 Taux de réponse

Environ 80 médecins ont été contactés parmi lesquels 14 médecins ont été interrogés. Une soixantaine de médecins contactés par téléphone ont décliné la proposition d'entretien par manque d'intérêt pour le sujet ou par manque de temps, principalement les MG. Il semble donc que ce sujet intéressait moins les MG. Certains médecins n'ont pas été interrogés car leurs critères n'auraient pas permis d'établir un échantillon varié.
La communication non verbale n'a pas été prise en compte et il n'y a pas eu de carnet de terrain.

1.2 Durée des entretiens

Les entretiens ont eu lieu à leur domicile ou dans leur cabinet médical. L'autorisation d'enregistrer avec mon téléphone portable leur était demandée avant chaque entretien. La durée des entretiens entre 16 et 80 minutes avec une médiane de 47 minutes.

2. Description de la population de MG et de psychiatres

Les caractéristiques des MG et psychiatres interrogés sont présentées dans les tableaux n°1 et n°2.

Tableau n°1 : Caractéristiques des MG

MG	SEXE	AGE	LIEU D'EXERCICE	MODE D'EXERCICE	CONVENTION SECTEUR	NOMBRE DE PATIENTS PSYHOTIQUES	ACTIVITES ANNEXES
1	H	63	Ville entre10000 et 50000 Hab	libérale seul	secteur 1	12	
2	H	54	rural <10000 hab	libérale en association	secteur 1	10 au cabinet 50 en foyer	MSU
3	F	57	Ville entre10000 et 50000 Hab	libérale seule	secteur 2	20	MSU
4	F	35	semi rural ville >100 000 hab	libérale en association depuis 2 ans	secteur1	10/ 1 ou 2 par mois	
5	H	45	ville >100 000 hab	libérale en association	secteur 1	50	
6	F	62	ville >100 000 hab	libérale seule	secteur 1	6	
7	H	61	rural <10000 Hab	libérale en association depuis 6 mois	secteur 1	3	a travaillé en addictologie et médecine pénitentière

Tableau n°2 : Caractéristiques des psychiatres

PSY	SEXE	AGE	LIEU D'EXERCICE	MODE D'EXERCICE	CONVENTION SECTEUR	ORIENTATION THERAPEUTIQUE
1	H	60	Grande ville >100 000Hab	clinique	secteur 1	Psychiatrie générale Pas de psychothérapie
2	H	70	Ville entre10000 et 50000 Hab	ambulatoire libérale	secteur 1	Psychiatrie générale
3	F	43	Ile de France ville entre10000 et 50000 Hab	Hospitalière et CMP	salariée	psychiatrie générale psychanalyse neuropsychiatrie
4	H	69	ville >100 000 hab	CMP + ambulatoire libérale Retraité Hospitalier	salarié + secteur 1	psychiatrie générale
5	F	43	Ville entre10000 et 50000 Hab	ambulatoire libérale + HDJ	secteur 2	psychiatrie générale psychanalyse
6	H	28	ville >100000 hab	Hospitalière + CMP	salarié	psychiatrie générale
7	F	40	ville >100 000 hab	CMP	salariée	psychiatrie générale, TCC

3. Opinions sur les pratiques

3.1. Formation, connaissances et capacités des MG à prendre en charge la psychose

Plusieurs MG estiment avoir des connaissances correctes sur la psychose concernant les troubles psychotiques, cependant, seul MG 5 juge la formation théorique dans le cadre de la formation universitaire comme étant suffisante:

Selon lui, c'est parce qu'il a reçu un bon enseignement théorique et grâce à la réalisation d'un stage : *"moi j'ai pas trop de problème parce qu'en cours j'avais Dr xxx il était bon en psychiatrie, j'ai fait mon internat à xxx, les six derniers mois c'était mon chef de service xxx, on va dire correct voilà*".

MG 5, MG 4 et MG 3 critiquent l'enseignement théorique mais estiment avoir des connaissances suffisantes par le biais de stages en psychiatrie : *"dans le pôle somatique c'est vrai quand on est pas très bien formé en tant que médecin généraliste, mais moi pendant l'internat j'ai pu rencontrer pas mal de psychotiques. (...) - Vous trouvez que vous avez une formation plutôt correcte ?- Oui enfin oui ça va"* MG 4, " *la formation de base en tant qu'étudiant elle est quasi inutile, inexistante, on est pas vraiment formé à dépister ni à soutenir ce genre de pathologie (...) sauf si on a fait un stage. Moi j'ai fait deux stages pendant mon externat en psychiatrie en secteur fermé, j'avais un petit aperçu mais sinon par les cours eux-mêmes non moi je considère qu'on a pas"* MG 3 .

Pour MG 2 et MG 7, leurs connaissances sont correctes uniquement grâce à leur expérience: MG 2 juge ses connaissances *"à la fin de mon cursus universitaire inexistantes* (…) *je me suis formé sur le tas entre autre (...) Maintenant avec l'expérience, elle est facile, elle est bonne de par mon expérience, ma connaissance des antipsychotiques est correcte" MG 2 ; "c'est parce que j'ai travaillé dans un milieu psychiatrique et en lien avec des soignants de psychiatrie que j'ai beaucoup appris* " MG 7.

MG 6 estime qu'elle a été mal formée : "*On est très mal formé, on fait pas du tout de terrain, moi j'avais jamais fait de stage de psychiatrie".*

PSY 1 et PSY 2 pensent que les MG ne sont pas assez bien formés : "*Je ne dirais pas a priori que leurs connaissances sont suffisantes parce que je pense que la psychiatrie telle qu'elle est enseignée aujourd'hui ne me convient pas" PSY 2,* bien que ce ressenti puisse être variable d'un médecin à un autre *:"je dirais que c'est très variable d'un généraliste à un autre, ça dépend de son intérêt, de sa sensibilité sur ces questions-là (...) c'est vrai que d'une manière générale les médecins généralistes ne sont pas assez formés à la psychiatrie c'est quand même notre impression mais c'est quand même variable d'un médecin à l'autre" PSY 1.*

PSY 2 pense que la capacité d'un MG à prendre en charge la psychose est dépendante de l'expérience du médecin généraliste : *"les médecins traitants, plus ils sont âgés, plus ils ont de l'expérience, plus ils vont donc être bénéfiques pour le trouble psychiatrique et psychotique de leurs patients".*

PSY 6 considère que les MG sont peu à l'aise avec les traitements antipsychotiques : *" - Que penses-tu de la capacité des médecins généralistes à prendre en charge les patients psychotiques? - Franchement je sais pas trop j'ai pas trop de recul, j'ai quelques potes généralistes j'ai pas l'impression que... Autant la psychiatrie je dirais oui mais la psychose je pense que c'est pas fréquent".*

PSY 3 pense que les MG ont des connaissances insuffisantes concernant les certificats pour hospitalisation sans consentement : *"Après depuis la loi de 2011-2013 ils sont un petit peu perdus au niveau des certificats l'HO qui se transforme en SDRE, l'ASPDT, le péril imminent et tout ça c'est des notions que nous on sera amené à voir avec eux."*

PSY 5 pense que les MG ont les capacités de diagnostiquer la psychose *". En termes de diagnostic je pense que les médecins généralistes sont tout à fait à même de faire la part des choses".*

PSY 3 pense que les MG ont généralement une bonne capacité à initier un traitement antipsychotique : *"heureusement nos collègues de médecine générale savent bien traiter la dépression et les premiers symptômes de la psychose ".*

PSY 1 remarque le cas particulier de médecins généralistes gérant seuls des psychotiques plutôt bien mais avec risque de chronicisation : *"des schizophrènes ou des psychotiques chroniques qui n'ont pratiquement pas vu de psychiatre depuis 30 ans parce que le médecin généraliste entre guillemet a tendance un peu à se les garder, euh, et ils se sont à peu près stabilisés mais chronicisés donc il ne seront jamais hospitalisés, donc ils ne verront pas trop de psychiatres, ils ne voient que leur médecin traitant - Qui finalement gère pas si mal ? - Pas*

si mal mais pour le patient ça pourrait quand même être mieux qu'ils aient quand même un suivi psychiatrique puis après éventuellement un hôpital de jour, d'autres soins ".
Pour PSY 2*,* l'influence des laboratoires pharmaceutiques serait également néfaste : " *je lui ai dit (à son ami)" c'est terrible la psychiatrie est de plus en plus enseignée directement ou indirectement par les laboratoires"".*

3.2 Psychiatres, psychiatrie et MG: Les projections

3.2.1 Projections des MG sur la psychiatrie

La plupart des MG ont une vision positive de la psychiatrie : *"j'ai pas du tout une image négative bien au contraire"* MG 2, "*J'ai une vision très bonne" MG 5,* considérée comme une spécialité intéressante *"la psychiatrie c'est quelque chose de très intéressant "* MG 2, *"Je trouve que c'est une discipline passionnante au carrefour de la société, de la culture" MG7*, difficile : "*c'est un métier qui est difficile avec peu de moyens" MG 5*, ayant un rôle très important : *" dans la relation d'aide au gens " MG 3*, mais peu reconnue dans l'organisation des soins : *" j'estime que leur métier n'est pas assez reconnu "MG 5,* "*la santé mentale n'est pas un enjeu ni politique ni de société " MG 7, "je pense que la psychiatrie est l'un des parents pauvres de la médecine" MG 2*.
MG 4 affirme quant à elle avoir peu d'appétence pour la psychiatrie.

3.2.2 Projections des MG sur les psychiatres

La vision des psychiatres par les MG est plus mitigée que celle de la psychiatrie. Si MG 7 juge que les jeunes psychiatres sont bien formés et très cultivés : « *ont une culture immense à la fois scientifique et ils s'intéressent à la littérature, à l'art, à la société* », d'autres les jugent comme étant parfois enfermés dans leur spécialité, la MG 6 allant jusqu'à dire qu'ils s'octroient le monopole du patient : « *les seuls spécialistes qui pensent être maîtres du patient* », le MG 4 qu'ils sont trop chimiothérapeutes, « *pas assez dans la thérapie cognitivo-comportementale* ».

Dans le cadre de la psychiatrie libérale, MG 7 jugent qu'ils sont trop isolés, qu'ils n'ont pas assez de lien "*avec une équipe ou un lieu d'hospitalisation qui soit de jour ou continu pour recourir à d'autres moyens thérapeutiques"* et qu'ils sont trop expéditifs : "*si c'est pour le voir 5 minutes et reproduire l'ordonnance, je suis pas d'accord ".*

MG 7 estime que les psychiatres sont en souffrance : *"Moi je vois surtout des psychiatres douloureux ".*

MG 5 qui a créé des liens d'amitiés avec certains psychiatres, a une bonne vision d'eux *"Oui il y a xxx et xxx c'est mon meilleur ami qui est psychiatre c'est pour ça que moi j'ai un bon avis sur les psychiatres".* Cependant il reconnaît certains désaccords entre MG et psychiatres à cause d'une différence de conception des soins : *"c'est là où il y a un désaccord entre psy et médecins généralistes, c'est que nous on a une vision très somatique, très organique (...) ils font leur petit truc à eux, ils ont rien de codifié".*

3.2.3 Projections des psychiatres sur les projections probables des MG

Les psychiatres ont une opinion très variable concernant ce que les MG pensent d'eux. Plutôt positive pour certains : *« Bah ça je pense pas qu'ils aient de mauvaises opinions, je pense qu'il n'y a pas de gros a priori » PSY 6* et confraternelle : *" j'imagine pour ce qui me concerne qu'ils n'ont pas l'impression que je suis plus fou que mes malades, qu'il y a une estime confraternelle" PSY 2.* PSY1 pense qu'elle est *"variable".* PSY 4 pense que leur opinion dépend de la réalisation d'un stage en psychiatrie au cours de leurs études, mais pour PSY 6 ils ont peu d'intérêt pour la psychiatrie et les patients psychiatriques : *« ils n'ont pas spécialement envie de se spécialiser là-dedans, ils n'ont pas spécialement envie d'avoir des patients psychiatriques."*

Pour PSY 4, certains MG doutent même de l'efficacité de la psychiatrie : «*il y en a qui disent que c'est du bluff, que ça ne sert à rien, que vous ne mettez que des médicaments mais après il se retrouve avec le type dans la salle d'attente et là ils sont emmerdés".*

Enfin PSY 1 évoque une confusion entre psychiatrie et psychothérapie pour certains MG : *« mélange entre psychiatre et psychologue, ils ont tendance à confondre psychiatrie et psychothérapie, à trop associer systématiquement ».*

3.2.4 La vision par les MG des patients psychotiques du point de vue des MG et des psychiatres

Elle est bonne concernant ceux qui sont équilibrés par leur traitement pour les MG 5 : *« j'ai choisi presque mes psychotiques donc les miens sont gérables même sur le plan humain* » et le MG 4 : « *quand ils sont équilibrés ils sont plutôt sympathique*s ». MG 5 exprime aussi un sentiment d'impuissance et de fatalité du devenir : *"J'ai une vision très belle de la psychiatrie très noble parce que je regarde de façon plus globale mais si je dois regarder sur votre sujet de la psychose, vraiment la psychose, c'est un peu comme la neurologie et les pathologies dégénératives, on les assiste, on assiste de façon chronique à leur déchéance (...) Mais la psychose, la vraie celle que vous voyez en sortant de la fac, celle que vous voyez c'est limité dans plein de choses, mais pas que sur le plan médicamenteux, thérapeutique, même sur le plan social ",* notamment dans le cadre de patients ayant des troubles psychotiques sévères : "*le problème de la relation d'un médecin avec un psychotique très sévère, c'est une démarche un peu toxicomaniaque, il est dans l'addiction dans la demande, dans le chantage (...) j'en avais plus de 100 avant c'était pas intéressant "*.
Le MG 7 regrette qu'ils soient « *très fragiles, stigmatisés souvent* » et reconnaît les difficultés de prise en charge, des « *possibilités thérapeutiques limitées concernant les psychotiques graves* ».

Pour PSY 4, certains MG ont des craintes envers les patients psychotiques : *"ils y croient pas ou ils ont peur quoi, il faut reconnaître ça peut faire peur la psy "*.
PSY 3 pense que la gestion des psychotiques non équilibrés est problématique dans les cabinets des MG : *"les symptômes, ceux qui posent problème au niveau d'un cabinet, c'est l'agitation, l'agressivité et la bizarrerie. Les patients psychotiques qui ne sont pas traités, ils sont intriqués dans une salle d'attente, les autres patients ils vont pas supporter l'odeur. Ces patients-là ils ont pas beaucoup leur place (dans les cabinets de médecine générale). Ceux qui sont un petit peu stabilisés ils ne posent pas ce problème-là".*

3.2.5 Difficultés d'accès à un MT pour les patients psychotiques selon les psychiatres et disponibilité des MG pour les patients psychotiques

Pour MG 1, il n'y a pas de différence à être le médecin traitant d'un patient selon qu'il soit psychotique ou non : *"Ça ne me gêne pas "*.

MG 3 reconnaît être gênée par certains psychotiques non équilibrés qui gênent les autres patients en salle d'attente : "*les seules réticences que j'ai, c'est quand ils sont pas bien et qu'ils viennent en consultation sans rendez-vous et qu'ils me plantent une ambiance, je veux dire quand il y en a un et qu'il est pas bien tout le monde ne va pas bien, et qu'il est sale, il est agité, il bouge. Ça c'est perturbant pour les autres",* mais elle se dit particulièrement disponible car ils ont besoin de plus d'attention que les autres patients du fait de l'expression difficile de leurs symptômes somatiques, malgré une présence désagréable pour les autres patients : "*Non au contraire parce que je sais que justement... J'ai été alerté par des histoires somatiques très graves et chez des patients psychotiques"* MG 3.

MG 4 affirme avoir une réticence relative de manière générale, surtout s'ils sont SDF *"on se dit que ça va être un souci et que c'est compliqué, qu'ils ne vont pas suivre le traitement. En tout cas moi j'ai pas de psychotiques SDF, c'est des gens qui sont quand même socialement insérés dans la société malgré la psychose"* MG 4.

Pour PSY 2 et PSY 3, les patients psychotiques sont moins disposés à chercher un médecin traitant du fait de leur pathologie *: "l'obstacle c'est la pathologie elle-même puisque le patient est à côté de la réalité " PSY 2, "majoritairement nos patients ils n'ont pas de médecin traitant parce que ça fait partie de la maladie la psychose" PSY 3.*

Pour PSY 7, c'est l'isolement social dû à la psychose qui est un frein : *"Et aussi les patients psychotiques souvent, s'ils sont "clochardisés" ou isolés socialement, ils n'ont plus de médecins généralistes, c'est pas la majorité mais il y a quand même une proportion ".*

Pour PSY 2, l'isolement dû à l'hospitalisation en psychiatrie complique également la recherche d'un médecin traitant : *" ça peut être l'isolement, y compris s'il est hospitalisé longtemps, par exemple de l'hôpital xxx, on va pas organiser les choses avec un médecin traitant".*

Le fait que les patients n'aient qu'un même médecin qui s'occupe de tout avec l'avancement de la maladie est également un frein pour PSY 3 : " *Et ensuite avec l'avancement de la maladie, ils voient un médecin et le médecin ça fait tout en fait ".*

Pour PSY 3, il est intrusif d'inciter un patient psychotique à avoir un médecin traitant car la priorité du psychiatre est l'alliance qu'ils doivent créer avec ce patient *"Nous lors du premier entretien, on leur demande et ils nous disent "Non j'ai pas de docteur". Mais déjà faire le pas et venir voir un psychiatre, c'est déjà un grand pas (...) notre but c'est l'alliance d'abord (...)*
- Donc vous allez pas demander directement à ce qu'ils aient un médecin traitant ? - C'est très intrusif".

Pour certains, il y a une réticence de certains MG par crainte sans véritables conséquences sur l'attribution d'un médecin traitant à un patient *: "Et ensuite je pense, des médecins qui ont peur de ce genre de patients, qui ne se sentent pas à l'aise (...) Moi je pense que c'est quand même une minorité qui peut avoir un problème (...) ils ont un médecin traitant quand même souvent"* PSY 1, "*Je pense que la psychiatrie lourde ce n'est évidemment pas la tasse de thé des MG en particulier. De là à dire que ça les freine...*". PSY 2 et qui toucherait principalement les grands psychotiques : *"c'est juste la question des grands psychotiques qui pose problème. A l'extérieur leur place c'est le CMP. Mais il n'y a pas que le CMP quand ils ont des soucis somatiques, c'est important qu'on les examine"* PSY 3, *"le plus difficile c'est d'avoir un médecin traitant (...) parce qu'il y a des médecins traitants, vu les personnages que l'on a, ça fait pas bien dans une salle d'attente"* PSY 4. PSY 4 a néanmoins un réseau de MG disponibles pour prendre des nouveaux patients si besoin *"il y a quelques médecins dans le quartier avec lesquels on travaille en toute confiance. Quand on leur dit "Bah il faut le voir parce qu'il faut lui faire un bilan quoi". C'est des nouveaux"* PSY 4.

PSY 3 remarque une diminution de cette réticence : "*Ils n'en refusent pas, mais si ça peut faire un patient de moins dans la file active, mais c'est très rare, la politique, la vision des choses elle a beaucoup changé".*

Pour PSY 1, il existe une "pénurie aigüe" de MG avec *"des médecins qui refusent de prendre des nouveaux patients",* ce qui expliquerait aussi la difficulté des patients psychotiques à trouver un médecin traitant.

3.3 Les relations entre médecins généralistes et psychiatres

3.3.1 La connaissance personnelle

La connaissance du psychiatre par les MG est variable. MG 4 connaît les psychiatres de nom mais pas visuellement : *" pas visuellement les noms je connais un général ",* ce qui est également le cas pour MG 6 qui a cependant noué des liens avec 2 confrères : ” *Il y en a 2 que je connais très bien, les autres je les connais par téléphone".*

MG 6 se fie également à l'opinion de ses patients sur leur médecin traitant:

"Et sinon vous les connaissez de nom les autres ? En général oui, c'est les gens qui me disent : "j'ai vu tel médecin il est bien"".

MG 5 collabore exclusivement avec 2 psychiatres avec lesquels il existe des liens d'amitié: "*il y a xxx et xxx c'est mon meilleur ami qui est psychiatre c'est pour ça que moi j'ai un bon avis sur les psychiatres".*

MG 1 connaît les psychiatres exerçant en libéral, mais pas en CMP : *"Bah tous ceux qui sont du CMP c'est difficile parce que ça change tout le temps, mais ceux qui sont suivis dans le libéral, je les connais, donc peut être moitié moitié".*

PSY 1 et 6, reconnaissent mal connaitre les médecins traitants de leurs patients psychotiques : *"non malheureusement c'est peut-être de ma faute (...) je pense que j'en connais moins de la moitié"* PSY 1, " - *Est-ce que tu connais le nom de certains médecins généralistes des patients que tu suis en consultation ? - Pas du tout, même ceux qui ne sont pas psychotiques" P*SY 6.

PSY 2 les connaît de noms : *"Je les note toujours et pratiquement tous je les connais indirectement (...) je les connais sans les connaître, je les ai très peu rencontrés physiquement (...) Et en général je connais son médecin traitant de nom".*

PSY 7 les connaît à travers leur moyens de communication ou par le biais de collègues : " *Par téléphone, courrier, parfois par le biais de collègues ".*

PSY 5 les connaît surtout téléphoniquement mais parfois visuellement : *" Visuellement certains parce qu'ils sont à proximité de mon cabinet donc j'ai eu l'occasion de les rencontrer mais pour la plupart je les connais téléphoniquement, je les ai eu sur des échanges de cas de*

patients. Après il y en a que je ne connais pas du tout et il y en a que je connais, que j'ai croisé".

PSY 4 connaît surtout les MG exerçant en milieu rural : *" - La plupart du temps vous les connaissez visuellement? - Pratiquement oui, pas ceux de ville"* .

Enfin, PSY 3 connaît physiquement la majorité des médecins traitants : *"- Donc visuellement vous savez tous comment ils sont? - Pas tous mais majoritairement ".*

Plusieurs causes ont été avancées par les psychiatres pour expliquer ce manque de connaissance tel que la raréfaction des occasions de rencontres et une méconnaissance de la jeune génération par PSY 1. *"Autrefois la grande occasion de rencontrer les médecins généralistes, c'est que souvent les labos me demandaient d'organiser des formations pour les médecins généralistes, mais maintenant c'est beaucoup moins le cas, donc je les connais moins (...) et puis je vieillis, il y a un certain nombre de médecins généralistes qui ont pris leur retraite et je connais pas forcément bien les jeunes"* .

Une file active trop importante est également une des raisons pour PSY 4 : *"mais j'en vois 10 ou 15 tous les matins avec 15 médecins différents, j'ai une file active énorme, après aussi il y a des médecins qui partent à la retraite, on peut pas connaître tout le monde c'est impossible".*

3.3.2 Jugement de la relation entre psychiatres et MG

MG 6 considère que sa relation avec les psychiatres est bonne avec ceux qu'elle connait : *" - Comment qualifieriez-vous vos relations avec les psychiatres? Inexistantes? - Ah non j'ai une correspondance, il y en a avec qui je suis amie, on mange ensemble (...) Bonne avec ceux que je connais*."

Les affirmations de MG 1 sont contradictoires, il affirme que la collaboration est satisfaisante : *"J'ai jamais eu de problèmes de relation avec les psy, j'en ai eu des relations avec eux par exemple chez ce patient délirant paranoïde, j'ai pas de problèmes particuliers avec les psy , la coopération elle ne se passe pas si mal. - Vous êtes satisfait? - Oui. Je n'ai pas de problème*" mais également qu'il n'a pas de relation avec les psychiatres : *"le problème c'est que la relation avec les psy il n'y en a pas c'est tout" MG 1.*

MG 7 remarque une très bonne collaboration en milieu pénitentiaire : "*Par rapport aux spécialistes, les psychiatres on est plus dans la proximité, complètement dans la proximité. Ça c'est ce que j'ai vécu, on est sur place, quand il y a un problème clinique ou une hospitalisation à prévoir pour une personne détenue, on téléphone et immédiatement un psychiatre le verra (...)".*
MG 3 et MG 4 estiment que leur relation avec les psychiatres est presque inexistante.

La relation avec le MG est considérée comme bonne pour PSY 4, PSY 6 : *"oui plutôt bonne dans le sens ou quand on les appelle ça se passe bien",* PSY 7 : "*ça se passe bien, dans la majorité des cas ",* et *"cordiales"* par PSY 5.

3.3.3 Par rapport à la relation avec les autres spécialistes

Pour MG 6, les autres spécialistes considéreraient les MG comme utiles à la différence des psychiatres : *"Les autres spécialistes ils savent qu'on peut servir à quelque chose, le psychiatre il a l'impression que ..* ". Pour MG 3, les autres spécialistes sont *"plus faciles à joindre".*
Pour MG 5, la relation est différente du fait du rôle en partie passif du MG en psychiatrie particulièrement dans la psychose : *" c'est pas les mêmes attentes, déjà ne serait-ce que par rapport à la pathologie évoquée, c'est-à-dire on est actif et on est passif en même temps (...). En psychiatrie on a une attitude passive, on reçoit le compte rendu, on le lit, souvent les traitements sont cadrés, ils nous excluent à peu près du système. Ils ont cadré pour le patient pas pour nous".*
MG 7 considère la relation du MG avec le psychiatre *"pas vraiment différente*" par rapport à la relation avec d'autres spécialistes.

Pour PSY 4, la relation avec les MG est plus intéressante car il prend en charge le patient dans sa globalité : *" elles sont plus intéressantes (...) le médecin généraliste, si c'est un bon médecin généraliste il soigne toute la personne, il ramène ça dans une globalité".* PSY 5 à le sentiment d'être plus proche des MG en raison de la part de psychologie dans le métier des MG : *"vous allez pas raconter à l'ORL le décès de votre grand-mère, votre petite enfance*

alors que ça c'est des choses que je pense on partage avec son médecin généraliste donc je me sens plus proche de la médecine générale que des autres spécialités sans aucun doute".
Pour PSY 6, la relation est plus détendue car les MG ont plus d'intérêt pour la psychiatrie : *"Je pense que j'aurais plus d'a priori à appeler genre le chirurgien urologique qui n'en a rien à faire de la psychiatrie que le médecin généraliste. En général ils sont quand même plus sensibles aux pathologies psychiatriques ".*

3.4 Place du MG dans la prise en charge de la psychose

3.4.1 Au moment du diagnostic

Pour MG 1, le MG a une place importante dans la suspicion de diagnostic de psychose de forme moins grave en repérant les premières manifestations : *"il a une place importante s'il est pas hospitalisé parce que c'est nous qui voyons les premières manifestations, c'est nous qui le voyons en premier".*
Pour MG 2, le diagnostic de psychose est plus aisé pour le médecin traitant par rapport au psychiatre car ils connaissent mieux les patients : *" je pense que la personne la plus à même d'émettre un diagnostic de psychose c'est le médecin traitant parce qu'on connait les patients au long cours".*
Cependant, dans les formes stéréotypées, le recul du psychiatre serait un avantage: *"si le patient arrive encore une fois avec une personnalité très stéréotypée où nous aussi des fois on peut se faire avoir parce qu'on est dans l'affectif euh, qu'on pense pas à de la psychose, le psychiatre qui lui par contre n'a jamais vu le patient, s'il le voit avec des personnalités très stéréotypées, pour lui ce sera plus évident que pour nous" MG 2.*

Pour PSY 2 et PSY 6, elle est essentielle car il est le premier à pouvoir détecter des troubles : *"elle devrait être essentielle parce que c'est lui qui le premier va être au contact des troubles étranges pour l'entourage " PSY 2*, d'autant plus pour PSY 6 quand il s'agit de symptômes insidieux avant la déclaration de la maladie dont la détection précoce permettrait d'améliorer le pronostic de la maladie *: "à mon avis il y a beaucoup de patients qui ont des éléments psychotiques mais qui ne le sont pas forcément encore, qu'il n'y a pas encore forcément*

d'expression d'élément délirant très franc (...) ça serait le paradis si les médecins généralistes étaient formés parce qu'à ce moment-là, c'est eux qui les voient et les psychiatres ne les voient jamais dans cette période(...) Et là oui, la collaboration ce serait trop bien parce que du coup je pense qu'on pourrait éviter des premiers épisodes, parce qu'une fois que t'as le premier épisode c'est plus péjoratif pour la suite " PSY 6.

Pour PSY 3, les psychotiques ont toute leur place en médecine générale : *"les patients de la psychiatrie, ils ont toute leur place dans la médecine générale, on peut pas les mettre de côté en disant "Ouais il a un médecin c'est le psychiatre" ".*

3.4.2 Connaissance par les MG du diagnostic des psychotiques qu'ils prennent en charge

MG 5 obtient le diagnostic après la déclaration de médecin traitant car c'est à ce moment-là qu'il reçoit les courriers d'hospitalisation : *"Quand j'en vois bah, souvent c'est déjà diagnostiqué (...) quand on les met en médecin traitant on a le compte rendu parce que souvent ils sont très souvent* hospitalisés *donc on a très souvent un compte rendu ".* L'absence de diagnostic précis est également un obstacle *"en psychiatrie ils mettent souvent état limite" MG 5.*

MG 3 tente de l'obtenir mais en est rarement informé "*Je ne peux pas connaître, je ne peux pas répondre à cette question (...) Oui j'essaye quand même c'est pas toujours facile de le récupérer mais on essaye".*

Pour MG 1, il a connaissance du diagnostic seulement par le biais des patients ou si le patient a déjà été hospitalisé *: "S'il est passé par les psy, jamais, aucun retour. Parfois les patients me disent le diagnostic ça dépend dans quelle situation on est. Si on est dans un suivi avec un diagnostic établi c'est une chose, si on est enfermé dans les premières consultations c'est autre chose".* Il pense également que souvent il n'y a pas encore de diagnostic car souvent le diagnostic est très difficile à faire *: "C'est pas évident de faire le diagnostic, il faut le revoir plusieurs fois, ça se fait pas initialement".* Pour lui, la connaissance du diagnostic précis n'est pas une nécessité : *"Après ils ont pas besoin de me renseigner, je sais qu'ils ont un trouble de cette nature-là*".

MG 7 et 2 se contentent des informations qu'il a pour faire lui-même le diagnostic *"Non, je devine quand même"* MG 7, *"ceux qui sont sous neuroleptique le diagnostic on le connaît tous"* MG 2.

3.4.3 Lors du suivi

3.4.3.1 Projections des MG sur la pensée du patient

Le médecin traitant a plus d'emprise sur le patient que le psychiatre : *" l'avantage pour nous, c'est qu'on a peut-être plus d'emprise que le psychiatre, d'ailleurs peut être pour des raisons de connaissance et d'affection, ensuite parce qu'on est facilement accessible" MG 2.*
Les patients ont une vision moins négative du MG que de la psychiatrie : *"souvent ils entendent pas ce qu'on leur dit à l'hôpital et ils essayent rapidement de sortir du milieu psychiatrique surtout quand c'est un premier épisode parce qu'encore une fois, psychiatrie c'est toujours lié au terme aberrant de fou ou de folie "* MG 2.

3.4.3.2 Un rôle important du médecin traitant dans la prise en charge

Pour MG 6, le MG a un rôle essentiel dans la prise en charge chronique : *"En chronique je dirais que c'est le chef de file de musique".*
Pour MG 7, le rôle du MG est de tisser une relation de confiance avec le patient de façon à ce qu'il le sollicite en cas de difficulté ou pour le suivi : *"Déjà, c'est avoir un lien avec la patiente, le patient. Il y a une confiance qui permet que lorsqu'il ou elle n'est pas bien ou pour un suivi régulier, elle puisse venir parler et éventuellement avoir son ordonnance avec un lien avec le secteur de psychiatrie référent ",* et de collaborer avec l'ensemble de l'équipe de psychiatrie qui est très informée sur le patient : *"et les infirmières sont toujours vraiment au fait de ... beaucoup plus des fois qu'un psychiatre qui l'a vu tous les 2 mois ".* Cette relation de confiance permettrait au patient de maintenir un lien social *: "c'est un élément du lien social (...). C'est une personne en qui on a confiance chez qui on va savoir qu'on est toujours bien reçu"* MG 7.

Pour MG 3, il s'agit d'un rôle qui est le *"même que pour les autres patients",* de *"synthèse diagnostic fait par les autres spécialistes, coordination des soins et prise en charge globale".*
Pour MG 2, le MG a un rôle important dans l'observance du traitement : *"Notre rôle chez le psychotique équilibré, c'est d'insister sur l'observance du traitement",* notamment pour l'emprise qu'il a sur le patient : "*on a souvent plus d'emprise sur le patient que le médecin psychiatre"* et parce qu'ils sont "*facilement accessibles*", et le suivi somatique incombe au MG : *"je pense que le suivi somatique c'est bien que ce soit le médecin traitant qui le fasse".*
Pour MG 3, le rôle du MG est principalement le dépistage et la prise en charge des pathologies somatiques malgré les difficultés de dépistage liées à la maladie : "*souvent le psychotique, s'il vient auprès de nous en étant très délirant, il ne va pas exprimer de façon tout à fait normale des troubles somatiques, mais c'est notre travail de dépister ",* ainsi que l'observance de son traitement antipsychotique à l'occasion d'une consultation pour un motif somatique *: "je ne vais pas les faire revenir systématiquement pour leur pathologie psychiatrique. Par contre si c'est un patient qui est aussi diabétique ou hypertendu, je vais lui dire de revenir tous les 2, 3, 4 mois, et à cette occasion je vais lui demander s'il a vu son psychiatre, s'il prend toujours son traitement, son ordonnance".* De même, MG 2 estime que le rôle le plus important à jouer par le médecin généraliste est l'observance *: "notre rôle chez le psychotique équilibré c'est d'insister sur l'observance du traitement* ".
Pour MG 1, il peut être aussi de diminuer la charge de travail du psychiatre : *" Oui parce qu'il ne peut pas aller voir le psychiatre tout le temps, ce n'est pas possible".*
Pour MG 1, le rôle du MG est moindre que dans d'autres pathologies psychiatriques : *"je pense qu'il y a des pathologies psychiatriques où on a plus de rôle à jouer que dans la psychose à mon avis"* d'autant plus que les patients psychotiques équilibrés sont peu exigeants d'un point de vue psychiatrique par rapport à d'autres pathologies *: "non le schizo c'est pas compliqué il prend son traitement et puis basta, et quand il est en rupture il est en rupture".*
MG 4 cependant affirme s'impliquer peu dans la gestion de la psychose "*j'avoue que moi je gère pas trop la psychiatrie surtout pour les psychotiques autant tout ce qui est dépressif je le suis mais...".*

Pour PSY 1, le MG a un rôle central car "*si le patient va mal, il vont plus facilement prévenir le médecin généraliste que le psychiatre"*. Pour lui, le MG doit assurer le suivi somatique : "*si le patient est équilibré, après le généraliste il a quand même un certain nombre de choses à*

faire au niveau somatique", et le dépistage de comorbidité psychiatrique est le rôle du psychiatre et du MG *: "(...) les psychotiques ils peuvent avoir tendance à avoir des décompensations dépressives (...) sinon il y a beaucoup de gestes suicidaires, il y a pas mal de comorbidités addictives, alcool, cannabis, voir d'autres produits,(...) On passe souvent à côté de comorbidités, et donc que le médecin traitant y pense davantage",* ainsi que de *"lever un peu les réticences par rapport à la maladie mentale et au traitement".*

PSY 5 remarque que parfois elle doit assurer elle-même la surveillance biologique car ils ne vont pas voir leur médecin traitant : "*moi je proposais assez fréquemment à mes patients de faire des bilans ... Du moins au vue de la difficulté qu'ils peuvent avoir à prendre soin d'eux même".*

Pour PSY 7, le rôle du MG est important, également pour organiser une hospitalisation en soins somatiques : *"et par exemple, c'était (la patiente) une personne âgée, une hospitalisation dans un service de gériatrie ou soins somatiques, donc ça passe mieux si elle est adressée par un médecin généraliste".*

D'un point de vue administratif, le MG doit également remplir les certificats d'AAH : " *Quand je fais un dossier AAH (...) je pense que sa place pourrait être bien sûr pour faire par exemple les antécédents familiaux pour lesquels on a pas toujours accès, peut-être les antécédents somatiques, les conditions de vie (...) Moi je fais mon certificat, lui il fait son certificat et on envoie les 2 en même temps.* " PSY 7, et renouveler l'ALD " *rien que pour le renouvellement du 100 % il faut que ce soit le médecin traitant "* PSY 4.

Pour PSY 3, les MG ont un rôle dans la prise en charge somatique car le psychiatre doit éviter de le faire pour ne pas perturber le patient : " *c'est important de signifier le corps et psychisme, parce que quand on s'occupe des 2, parfois ça peut perturber le patient psychotique."*

3.4.4 Suivi somatique des effets indésirables liés aux antipsychotiques

Pour MG 7 et MG 4, le suivi somatique des effets indésirables est partagé : *" Des 2 je pense "* MG 7, en général réalisé dans le cadre de l'apparition d'un surpoids : *"peut-être qu'on devrait un peu plus, mais j'avoue que je laisse faire le psychiatre, mais après la*

surveillance métabolique je la fais quand même parce qu'en général c'est des patients qui sont en surpoids " MG 4.
En revanche, pour MG 5, il est plutôt du ressort des psychiatres car ce sont les prescripteurs : *"Ce serait de leur ressort parce que justement, ils arrivent pas derrière, ils rajoutent par-dessus "*, que le MG sera malgré tout obligé de faire pour s'assurer de sa réalisation : *"c'est de leur ressort mais ça devient le nôtre parce qu'on ne leur fait pas confiance"* MG 5, "*Non c'est nous qui le faisons, ça devrait être eux mais c'est nous qui le faisons*" MG 6.
Pour MG 2 en revanche, *" le somatique il faut le laisser au médecin traitant"* .

Le PSY 4 ne fait pas de suivi biologique par manque de temps : "ça on a pas le temps "et car il ne saurait pas interpréter les résultats : "*non je prescris pas (...) parce ce qu'après je ne saurai pas l'interpréter ". A* l'exception du lithium ou du Leponex car ils en seraient les prescripteurs : *"quand c'est le lithium (...) ça je sais c'est facile et ça c'est notre responsabilité puisque c'est nous ou le Leponex (...)".*
Pour PSY 1 et 7, il est partagé : *" En principe, une fois par an je fais un bilan général, ensuite si le médecin généraliste a déjà l'habitude de faire des bilans généraux je ne le répète pas."* PSY 7. Pour *PSY 1, ce rôle revient aux 2, et il reconnait lui-même qu'il ne "*pense pas suffisamment à leur (aux patients) dire ou à leur prescrire un bilan sanguin".
Seul PSY 6 pense que ce rôle peut être exclusivement celui des services et des psychiatres : "*ça dépend du psychiatre parce qu'en gros nous dans le service on est à fond sur le somatique, on essaye de vraiment tout faire au maximum (...) ça dépend de comment tu vois la psychiatrie, ici il y a plein de psychiatres qui ne voient pas les choses comme ça".*

3.4.5 Partage du suivi entre MG et psychiatres

Le suivi partagé est proposé par MG 2 : *" L'idéal c'est que le patient soit vu tous les mois ou tous les 3 mois par le médecin traitant et puis de faire un relai régulièrement avec le psychiatre "* car le médecin traitant est "*le détenteur du dossier global du patient "*, le psychiatre se doit donc de renvoyer le patient au MG qui l'a adressé : *"moi un patient qui est shunté par le spécialiste qui ne me le renvoie pas, qui se l'accapare, pour moi c'est pas comme ça qu'il faut travailler ".*

Pour MG 1 et MG 3, le suivi exclusif par le psychiatre est possible, le MG ayant suffisamment l'occasion de revoir le patient à l'occasion de consultations pour des problèmes intercurrents : *"Ça ne me gêne pas s'il me le vole au niveau psychiatrique, et puis ils reviennent pour d'autres problèmes, c'est pas un soucis "* MG 3, d'autant plus en cas de surcharge de travail " *ça m'est égal, qu'il revienne ou pas vers moi, c'est pas très important. Le principal c'est qu'il soit prise en charge (...) j'ai trop de patients (...) je veux bien qu'on collabore mais je ne suis pas en attente que le psy me renvoie le patient". MG 1*
Parfois le suivi se fait exclusivement par le MG en cas de refus du patient d'être pris en charge par un psychiatre : "*En général exclusif, c'est quand le patient refuse catégoriquement de retourner voir le psychiatre, ça arrive mais c'est vraiment une minorité'" MG 2.*

Pour PSY 1, le suivi doit être partagé afin que le MG puisse assurer un suivi somatique : *"si le patient est équilibré, après le généraliste il a quand même un certain nombre de chose à faire au niveau somatique, mais l'idéal c'est que le suivi soit partagé."* et pour soulager la charge de travail des psychiatres : "*Il y a de moins en moins de psychiatres, donc dès que les patients sont équilibrés, je suis obligé d'éloigner les rendez-vous, parfois un peu trop et c'est vrai que c'est pas mal si entre temps il peut voir le médecin généraliste".* Pour lui, le suivi peut être mensuel pour le généraliste et trimestriel pour le psychiatre : *"je leur dis qu'ils peuvent voir leur généraliste tous les mois et que je les vois une fois par trimestre et s'il y a un problème, je les revois plus vite".*
Le suivi partagé devrait être mis en place selon les préférences du patient : *"après c'est le patient qui tranche "* PSY 2, "*il y a des gens qui veulent venir tous les mois*" PSY 4.

3.4.6 Prescription d'antipsychotiques

Pour plusieurs psychiatres, la manipulation des antipsychotiques n'est pas le rôle du médecin généraliste : *"Je ne modifie pas les traitements chez les personnes psychotiques euh dans les traitements anti-productifs, on est pas très formé sur les antipsychotiques, les différences on les connait pas"* MG 1, "*je ne suis pas là pour modifier les traitements des psychiatres"* MG 1, *" je pense que c'est pas au médecin traitant de faire le diagnostic de psychose, encore moins d'instaurer un traitement antipsychotique parce que je le fais pas*

assez fréquemment" MG 4, *"Ah ça non "* MG 7. Mais pour MG 6, il pourrait l'être s'il était possible d'obtenir un avis téléphonique *: "Vous pouvez le modifier parfois ou jamais? Non, ce serait bien de les avoir au téléphone".*

Pour MG 1, le rôle thérapeutique est limité à l'ajout de traitement symptomatique anxiolytique ou antidépresseur : *"après s'il y a des composantes anxieuses, des composantes dépressives à la limite je modifie et il voit le psy*" et juste un traitement antidépresseur pour MG3 : *"un traitement antidépresseur oui".*

Pour d'autres, la manipulation des antipsychotiques est aussi le rôle du médecin généraliste en attendant la consultation avec le psychiatre : "*si on a dû adapter le traitement, le psychiatre fait le point au bout de 3 mois avec des ajustements thérapeutiques" MG2, "le but c'est de pouvoir faire un entretien et de pouvoir manipuler les antipsychotiques" pour* MG 2. MG 5 modifie le traitement antipsychotique seulement en augmentant la posologie d'un traitement antipsychotique déjà prescrit, en général avec l'aval du psychiatre "*Souvent j'appelle le psy mais bon on peut modifier à la marge. Mais on joue pas sur le traitement antipsychotique, (ou) on augmente le dosage, pas de problème en augmentant la surveillance"* MG 5.

Cependant aucun ne recommande que ce soit le MG à initier cette prescription : *"d'assurer d'emblée un traitement neuroleptique antipsychotique sur un premier épisode sur une première consultation, non jamais*" MG 2, "*c'est pas le rôle du médecin généraliste d'emblée de mettre en place un traitement, c'est trop spécifique"* MG 3, à l'exception des patients gériatriques : *"la gérontopsychiatrie est très pauvre en médecin donc nous on peut pas attendre trois mois pour qu'un patient soit vu (...) donc ça m'arrive d'initier des neuroleptiques à ce moment-là "* MG 3.

Pour certains psychiatres, certains MG seraient en capacité et devraient initier un traitement antipsychotique en attendant la consultation : *"Je pense qu'il peut très bien le faire mais je pense qu'ils le font rarement, c'est pas dans l'habitude des médecins généralistes d'oser un traitement antipsychotique alors que parfois quand ils voient les gens qui délirent, ce serait bien qu'ils commencent tout de suite*" PSY 1, *"Ça arrive, mais je ne le vois pas souvent, je crois que c'est plutôt une bonne idée parce que souvent dans les prescriptions urgentes je retrouve assez souvent mes propres prescriptions*" PSY 2.

Pour PSY 6, cela dépend de la capacité et de l'envie du MG de le faire *"Théoriquement c'est faisable, mais après est ce que t'as l'envie, le temps et les connaissances un peu orientées sur la psychiatrie ".*

Pour PSY 3, les MG peuvent débuter des traitement antipsychotiques parfois après avoir demandé un avis téléphonique au psychiatre : *"Ils peuvent initier certains traitements au départ, par exemple le Risperdal, ils demandent notre avis".*

Pour d'autres, ce rôle est réservé exclusivement aux psychiatres : *" - Est-ce que vous attendez que ce soit eux qui commencent un traitement en cas de psychose? - Non non, c'est à nous quand même "* PSY 4, *"- Est ce que vous pensez que c'est le rôle du MG d'initier un traitement antipsychotique ou de le modifier? - Un traitement antipsychotique non, je ne crois pas"* PSY 7.

3.4.7 Le renouvellement

Pour certains, le renouvellement du traitement est plutôt le rôle du psychiatre qu'il peut décider de déléguer au médecin généraliste : "*je ne renouvelle pas le traitement antipsychotique, c'est pas que ce ne soit pas le rôle du médecin traitant , c'est le rôle du psy c'est tout"* MG 1, *"c'est le psy qui décide (...) - Donc vous ne renouvelez pas de traitement? - J'essaie d'éviter mais si le psychiatre me le demande je le fais mais c'est rare qu'il me demande* " MG 3.

Pour d'autres, le renouvellement ne se fait que de manière exceptionnelle, en cas d'absence du psychiatre : *"C'est assez exceptionnel pour les psychotiques "* MG 6, *"Moi ça m'arrive de boucher les trous en août ou au moment des fêtes"* MG 3, " *ça m'est arrivé oui, quelqu'un qui est en manque de psychiatre, ou la psychiatre est absente, vous lui renouvelez son ordonnance*" MG 7, *" - Ça vous est arrivé de faire des renouvellements? - Oui quand le médecin est en vacances, et je fais exprès de mettre qu'une fois " MG 5.*

Parfois, le renouvellement est fait par le médecin traitant car le patient ne veut pas voir le psychiatre *: "Des fois les patients ils n'ont plus envie de voir leur psychiatre, donc voilà, donc je négocie de faire une ordonnance pour un mois en disant "Je ne le ferai qu'une fois" "MG6.* Parfois dans le cadre d'un nomadisme médical "*parce qu'il y a toujours une excuse, c'est des gens qui savent aussi naviguer" MG 6.*

MG 7 juge cette pratique gênante dans le cadre de patient inconnu : *"ce type de relation avait pâti d'un manque de relation préalable, il cherche son ordonnance point. Prescrire sans savoir c'est .. - Ça ne vous a pas mis à l'aise ? - Voilà et puis surtout que la patiente disqualifie telle ou telle prescription de son psychiatre, ce n'est pas à moi de juger la disqualification".*

MG 6 trouve peu valorisant d'être cantonné au renouvellement d'ordonnance " *Oui mais bon, c'est dommage qu'on soit juste des recopieurs d'ordonnances" MG 6.*

PSY 2 est favorable au renouvellement partagé avec le médecin traitant : *"Je trouve que c'est très bien si le médecin traitant peut renouveler",* avec parfois un suivi exclusif du médecin traitant chez des patients stabilisés après 40 ans : "*et vu que la grande majorité des patients ont un gros lien avec leur médecin traitant, alors après de temps en temps il peut voir le psychiatre et donc au final je ne vois pas certains patients pendant plusieurs années, que si ça va mal (...) Donc les patient de 40-50 ans qui sont bien équilibrés je ne les verrai que tous les 2-3 ans ".*

Pour PSY 7, le renouvellement est partagé dans le cas de la prescription de somnifère : *"pour le somnifère, si je fais une ordonnance pour 3 mois, le 2ème et 3ème mois c'est le médecin généraliste qui doit prescrire le somnifère"* mais pas pour les antipsychotiques " - *Pour d'autres traitements antipsychotiques c'est toujours vous qui renouvelez? - Je préfère*" alors que pour PSY 3, les benzodiazépines peuvent être prescrites par le médecin traitant après accord " *(...)pour les patients qui sont addicts aux benzo (benzodiazépines), on se met en lien avec le médecin traitant en disant : "Qui prescrit?" pour éviter qu'il y ait des doublons".*

Pour PSY 4, se sont les MG eux-mêmes qui ne souhaitent pas de renouvellement partagé dans le cadre de la prescription de benzodiazépine ou de somnifère "*les médecins généralistes, de plus en plus ils sont frileux pour tout ça, pour tout ce qui est benzo (benzodiazépines) et tout ils veulent pas prendre le risque de renouveler un traitement".*

Pour PSY 5, le renouvellement partagé serait possible en théorie mais impossible en pratique *"(..) En théorie sans soucis. (...) Ça me poserait pas problème. Mais je dirais que c'est la réalité du terrain-là",* en partie parce que les MG ne pourraient pas assumer cette charge de travail supplémentaire : *"En général j'essaye de gérer moi-même en me disant vue (...) qu'ils (les MG) ont déjà peut-être pas mal de choses à gérer".* Cependant, plus loin dans l'entretien,

elle admet que la coordination des soins est défaillante *: “ la coordination est effarante des fois comment les patients sortent d’hospitalisation".*

Le renouvellement par le MG apparaîtrait cependant souhaitable pour assurer la continuité des soins pour PSY 5 : *"Les situations que je vois je dirais oui, c’est plus pour ça, pour être sûr que la continuité des soins se fasse "* .
Pour PSY 3, le renouvellement est le rôle exclusif du psychiatre : *" notre pratique dans ce secteur, c’est que c’est nous qui renouvelons tout ce qui est psychiatrique".*

3.4.8 Dans le cas de situations urgentes

3.4.8.1 Généralités

La prise en charge en urgence par le MG des troubles psychotiques, et notamment de l’hospitalisation sans consentement, semble faire l’unanimité auprès des MG et des psychiatres.
“bien sûr, ça m'est arrivé d’hospitaliser, non pas à la demande d’un tiers mais à la demande de la force publique" MG 7, *"C’est la place de tout médecin de premier recours donc c'est l'HDT, oui souvent"* MG 2, *“ben souvent, par force c’est nous qu’on appelle forcément. Les hospitalisations d’office ou les choses comme ça c’est pas régulièrement"* MG 3, *“ - c’est de votre ressort l'HDT? - oui "* MG 1 ou avec consentement en passant par les service d’urgences.
Parfois le MG peut hospitaliser directement le patient.
Pour MG 5, la gestion des situations urgentes constitue même le rôle principale du MG avec les patients psychotiques : “*on est là parce que souvent l’accès à l’urgence est impossible (...) il doit organiser lui-même l'hospitalisation pour éviter un traumatisme (...) et puis souvent les personnes qui ont eu une expérience au CAP ou pas, ils ne veulent plus y aller parce que ce qu’ils exigent souvent c’est une hospitalisation dans un truc un peu facile (...) quand ils ont une urgence on permet d’être un sas, un premier sas ",* à l’exception des psychotiques sévères *: "il y a une partie qui sont vraiment bas seuil, bon bah eux c’est hôpital et c’est le CAP ” -*

Cette prise en charge n'est possible que dans les structures privées? - Oui *moi de toute façon quand j'envoie c'est privé mais j'envoie pas à xxx (hôpital public) directement, tout le monde sait que c'est pas possible ",* dans lesquelles le patient a déjà été pris en charge : *" (...) ils ont déjà leur parcours de structure donc c'est assez simple comme c'est les miens comme c'est des gens tranquilles quand j'appelle ils les prennent ".*

Dans certains cas, le psychiatre traitant peut hospitaliser dans la structure où il travaille : " *s'ils ont un psychiatre traitant qui a probablement la possibilité d'hospitaliser son patient dans un secteur où il est déjà en activité (..) donc en priorité on passe par le psychiatre traitant si le patient présente une pathologie qui peut être prise en charge par son psychiatre traitant"* MG 2.

Pour la plupart des psychiatres, la gestion des urgences au domicile du patient, notamment par l'organisation d'hospitalisations sans consentement est un des rôles du MG *: " il y a quand même ce rôle-là où souvent c'est pas le patient qui va venir à la consultation mais c'est la famille qui va appeler le médecin généraliste et qui lui dit "c'est la catastrophe""* PSY 6, *"c'est parfois le SAMU ou le service d'urgence mais c'est vrai que c'est bien si le généraliste a fait une demande "* PSY 1. Pour PSY 3, le MG est particulièrement important lors du premier épisode d'une décompensation psychotique nécessitant une hospitalisation : " *ils peuvent mettre les premiers certificats pour poser la contrainte quand le diagnostic est là et (que) le patient n'est pas connu"* PSY 3, car ils connaissent mieux le patient : *" il y a des psychotiques qui nous sont adressés pour la première fois pour faire une hospitalisation sous contrainte, c'est difficile de le faire, soit le patient ne répond pas, (...) on peut pas rentrer, (...) or la dernière personne qui le connait qui l'a vu c'est le médecin généraliste, donc (..), c'est mieux si le médecin généraliste s'en mêle un peu plus "* PSY 7 et pour pallier le manque de temps des psychiatres : *" c'est toujours les médecins (généralistes), ils sont au premier plan quoi moi (...) je vais jamais au domicile, ça j'ai pas le temps tandis que eux ils sont sur le terrain, ils connaissent le voisinage"* PSY 4.

Cependant pour PSY 2, l'adressage en hospitalisation ou aux urgences est du ressort du MG mais pas l'hospitalisation sans consentement : *"Le médecin traitant est impliqué mais en envoyant le patient arrivant avec un proche, c'est souvent le médecin traitant qui est au première loge d'un truc aiguë quand même. Mais je n'ai jamais vu d'HDT (Hospitalisation à la demande d'un tiers) signée par un médecin généraliste, et je trouve que ce n'est pas leur*

rôle parce que c'est une décision grave et c'est bien quand même d'être psychiatre, parce que si on le fait trop sous pression.. Il y a des mères qui sont pathologiques quand même".

3.4.8.2 Rôle du MG lors d'une hospitalisation d'un patient psychotique coopératif

Pour certains, il joue un rôle important durant l'hospitalisation, que ce soit pour améliorer l'éducation thérapeutique après un premier épisode : *"quand il est en psychiatrie, déjà forcément il est pas bien, donc est-ce qu'il entend, qu'il ne l'entend pas (...) donc c'est bien de revoir ces patients pour bien mettre le doigt sur le diagnostic, sur la prise en charge, sur le suivi, de bien leur expliquer les tenants et les aboutissants de leur traitement, s'il en a un, de sa pathologie, comment se faire suivre, quels sont les signes d'alertes qui doivent l'inciter à revenir consulter et cetera... surtout quand c'est un début de maladie" MG 2* ou maintenir la coordination des soins lors de l'hospitalisation d'un patient : *" ça c'est important de signaler à une équipe référente une hospitalisation pour qu'il y ait un suivi ou qu'on ... si dans l'établissement il y a un psychiatre qui rend visite; ou s'il n'y en a pas a fortiori qu'il puisse y avoir un contact, (...) ou l'équipe du CMP voilà, ou l'équipe du psychiatre avec lequel il est en lien au sujet de ce patient "* MG 7. Il peut aussi avoir un rôle d'information de la famille lors de l'hospitalisation : *"ils revenaient tous les jours pour qu'on leur explique même si l'information avait été donnée, (...) donc c'est bien dans ce cas de prendre contact avec le service d'accueil du patient pour savoir ce qui a été dit, comment ça été dit, pour avoir un discours cohérent et similaire à celui du psychiatre"* MG 2.
Pour MG 1, ce rôle ne lui incombait pas forcément : *"j'essaye de contacter l'hôpital pour la famille. - C'est la famille qui vous sollicite des fois? - Oui, des fois j'ai pas le temps, encore faut-il qu'on soit informé (...) C'est pas forcément mon rôle d'appeler l'hôpital".*

3.4.8.3 Difficultés rencontrées par les MG dans la gestion des urgences

Cependant ces situations peuvent être vécues comme étant difficile de manière générale, par manque d'efficacité : *"Bah il a sa place pour téléphoner et trouver une bonne équipe, pour prendre en charge, mais après on est pas toujours réactif comme il faudrait .. "*

MG 6 et de formation *"c'est sûr qu'en aiguë on est pas très bien formé pour l'urgence, pas trop"* MG 6, plus spécifiquement dans la gestion des hospitalisations sans consentement *" la prise en charge c'est très embêtant une hospitalisation quand la personne veut pas il faut faire l'HDT, il faut la trouver la personne, le tiers* " MG 5.

Pour MG 2 et MG 3, il est très difficile de faire hospitaliser les patients occasionnant des situations dangereuses pour des patients ayant besoin d'être hospitalisés : "*je vais l'hospitaliser, du coup il va aller au CAP, et du coup une fois sur deux il va ressortir. Et du coup moi ça m'est arrivé plusieurs fois qu'ils ressortent, qu'ils soient très très mal, qu'ils soient là-bas alors qu'ils habitent içi, qu'ils n'aient pas d'argent parce qu'ils ont été pris en urgence, et ça fait des cata, ça fait des gens qui vont se battre, voler quelque chose"* MG 3.

Pour MG 2, cette difficulté découle du fait que l'hospitalisation en urgence est très difficile pour les patients n'appartenant pas à un réseau, et au manque de lit : *"le défaut de lit c'est une catastrophe, on arrive pas. Alors encore une fois je parle des patients du libéral parce que les patients qui sont dans une structure dans un réseau, on arrive plus ou moins à les réorienter dans un réseau lorsqu'ils décompensent (...) Mais pour tout ce qui est patient suivi en libéral, les réseaux on les connaît, mais il n'y a absolument pas de lit, c'est impossible d'hospitaliser un patient, même en urgence vous les envoyez au CAP, 2 fois sur 3 ils rentrent chez eux (...) alors que pour vous il y avait une indication d'hospitalisation à la base ".* Pour MG 3, cette difficulté va dépendre du psychiatre qui l'évalue et du nombre de patients qu'ils ont à prendre en charge au CAP " *je trouve que le CAP c'est très inégal, soit c'est des gens vraiment consciencieux qui nous rappellent, qui demandent notre avis, et à mon avis aussi de combien de patients ils ont en même temps, s'il y en a beaucoup du coup il doit être envoyé vite renvoyé (...) C'est plus l'appréciation au moment où il le voit et le sentiment qu'il en a ".*

MG 7 relate une méconnaissance des structures psychiatriques : *"voilà mais il y a une partie CMP, je connais pas bien les structures même physiquement, c'est un peu gênant ça"* en partie dû à un manque de clarté de l'organisation de ces structures : *" c'est pas du tout clair l'organisation, où sont les CMP, la sectorisation, on se demande même si ça existe. Une urgence psychiatrique je ne sais pas où il faut l'envoyer."*

*C*ertains psychiatres reconnaissent que la réalisation des hospitalisations sans consentement peut mettre les MG en difficulté, notamment de par l'aspect chronophage : *" - Donc c'est vraiment le rôle du médecin généraliste? - Oui, même si je reconnais que c'est parfois*

compliqué, ça prend du temps" PSY 1 et par rapport à la rédaction des certificats qui sont souvent erronés *: " après le fait que le certificat ne soit pas bon au final ça ne change pas grand-chose parce qu'une fois qu'il y a les pompiers, le SAMU qui arrive..."* PSY 6, *" ils sont un petit peu perdus au niveau des certificats(...)"* PSY 3. En ville, le déplacement à domicile pour la gestion des urgences psychiatrique serait rare : *"je parle des médecins surtout dans les petits villages, ici c'est un peu plus difficile il y a peu de médecins qui se déplacent en urgence. Il y en a certains qui reçoivent les urgences*" PSY 4. *"Ils ne font pas beaucoup d'hospitalisations sous contraintes les médecins généralistes"* PSY 7 tout en reconnaissant que ce serait bien que les MG *"s'en mêlent un peu plus"* PSY 7.

Certains psychiatres les aident au niveau de la rédaction des certificats : *"il y en a qui nous contactent facilement qui nous demandent qu'on leur donne un exemplaire sur comment on rédige un certificat surtout les articles et tout ça"* PSY 3, et de l'organisation d'hospitalisation programmée : "- *Dans l'urgence un médecin qui vous contacte de Valdeblore vous n'avez pas trop de mal à lui trouver un lit ? - Alors si c'est urgent, c'est les pompiers, la police, ils arrivent au CAP (...) si c'est pour programmer une dame maniaco-dépressive, elle tient 15 jours là-haut et après je vais lui trouver un lit. S'il y'a pas de grande urgence on a le temps de programmer"* PSY 4.

PSY 3 souligne l'intérêt du CMP qui laisse un psychiatre de permanence à disponibilité des MG : "*Et comme il y a une permanence, s'il y a un médecin qui appelle, on lui passe le médecin de permanence".*

Plusieurs psychiatres (PSY 2, PSY 3, PSY 5) sont joignables en urgences sur leur téléphone portable (cf 6.1.3 Téléphone).

A l'évocation des difficultés exprimées par certains MG lors de l'adressage au CAP, PSY 7 répondit que "le problème c'est que lorsque je faisais encore des gardes aux urgences psychiatriques il y a 10 ans, il pouvait arriver qu'il n'y pas de lit disponible dès le début de la garde"

3.5 Disponibilité des psychiatres pour les patients psychotiques dans le cadre de la prise en charge d'une suspicion de psychose sans critères d'urgences

Pour certains, le délai de prise en charge doit être rapide : *" dans le domaine des grandes maladies comme ça handicapantes, il faudrait que ce soit extrêmement rapide au moins avec une équipe, que le lien soit créé "* MG7, décidé avec le psychiatre, aux alentours d'une semaine : "*S'il n'y a pas d'urgence, c'est laissé à la volonté du psychiatre (...) je pense que quand même, à mon avis, grand maximum une semaine ce serait déjà pas mal "* MG 1.

Pour MG 6, ce délai est satisfaisant : *" - Et donc en libéral ça se passe bien quand vous les adressez, quand vous avez besoin d'un rendez-vous rapidement? - J'ai deux psychiatres qui sont sur répondeur, je leur dis "il faut que vous voyez en urgences Mme untel", je laisse le téléphone, et là dans les 48 heures il la reçoit".*

Pour MG 3 et MG 4, il est impossible d'avoir rapidement une consultation avec un psychiatre directement *: "en première consultation chez le psychiatre ici on a un bon délai de deux à trois mois pour avoir un rendez-vous "*MG3, *" les secrétaires elles font blocage, elles disent "Y'a pas d'urgence ". Mais quand on est psychiatre on a des urgences comme toutes les spécialités (...) finalement c'est impossible d'avoir un rendez-vous en urgence (...) j'ai pas d'autres choix que de les envoyer aux urgences "* MG 4. Mais les IDE des CMP reçoivent rapidement et représentent une alternative fiable : *"ce qui marche par contre c'est d'adresser un patient au CMP et s'il n'est pas vu par un psychiatre, il sera vu par un infirmier parce qu'ils ont des infirmiers de liaison qui sont très bien "* MG3, " *le CMP c'est un peu plus rapide "* MG 4. En revanche, pour MG 1, le délai est satisfaisant car le nombre de psychiatre est suffisant : *"pour un délai d'une semaine, ça dépend, certains psy les prennent en ville, il y en a quand même pas mal des psy ici".*

MG 2 remarque l'intérêt du réseau informel avec suivi conjoint avec un(e) psychiatre pour raccourcir le délai de consultation dans un contexte de manque de psychiatre en libéral *" nous, vu qu'on est dans une maison de santé on a passé une convention avec le CHU et le CMP, on a un psychiatre qui est rattaché au CMP qui consulte une fois par mois ou tous les 15 jours pour les patients en libéral. Donc nous ça nous permet du coup d'avoir un réseau et un*

correspondant, parce que si on passe par la structure (...) on arrive absolument pas à avoir de consultations externes et en libéral les psychiatres ils sont très peu nombreux".

PSY 1 et PSY 2 réussissent à respecter ce délai qui est respectivement de 1 mois *: "Dans le mois - Réussissez-vous à respecter ce délai? - A peu près, je garde des créneaux dans mon agenda pour recevoir les nouveaux patients, et du coup j'arrive à voir les gens souvent un mois après l'appel"* PSY 1. Ce délai est de 10 jours pour PSY2. "*Si c'est urgent mais qu'il n'y a pas de risque, ni pour le patient, ni pour l'entourage, je dirais un maximum de 10 jours*".
Pour PSY 3, les patients sont vus rapidement en entretien avec un infirmier qui évalue le degré d'urgence *"Donc le patient il est reçu par l'infirmier (...), selon ces entretiens infirmiers on évalue les degrés d'urgence"* PSY 3.

Cependant PSY 5 et PSY 7 estiment que le recours aux services d'urgences est le plus adapté quel que soit le type de décompensation de psychose : *"on va dire les choses ce n'est pas possible de gérer un épisode de décompensation psychotique en ambulatoire" PSY 5, " La première réponse est qu'on est pas une structure d'urgence, en cas d'urgence appeler le CAP, surtout si c'est un médecin, qui doit quand même connaître les structures d'urgences. Moi je n'ai jamais été appelée par un MG pour me demander pour un premier rendez-vous pour le voir urgemment" PSY 7.* Parfois, quand la demande vient des infirmières du CMP, il peut néanmoins être vu en ambulatoire *"Et ensuite ce qui se fait et ça se fait fréquemment, les patients qui arrivent d'eux-mêmes, amenés par les infirmières qui nous demandent de le voir vite, alors on le voit vite" PSY 7.*

4. Modalités de recours vers les psychiatres et les structures psychiatriques par les MG dans le cadre d'une suspicion de troubles psychotiques

4.1 Motifs et facteurs influençant ce recours

4.1.1 Personnes à l'origine de la demande

Les patients sont souvent réticents : *"Le plus difficile dans l'adressage c'est de convaincre" MG 3,* ce qui engendre une prise en charge dans l'urgence : *"c'est la famille qui*

d'un coup ne va plus en pouvoir et va amener le patient aux urgences. C'est rare qu'on puisse programmer une prise en charge en consultation en première consultation chez le psychiatre" MG 3, car la psychiatrie est un tabou et elle est associée à la folie : *"le patient très souvent (...) n'accepte pas volontiers d'aller chez le psychiatre pour une raison très simple : psychiatrie égal folie "* et qu'ils n'ont pas conscience de leurs symptômes : *"le psychotique c'est vraiment un trouble de la personnalité donc pour eux, même les traits que vous mettez en exergue ça fait peut être longtemps qu'ils sont comme ça, ils ne trouvent pas ça anormal " MG 2, " le patient c'est très rare qu'il demande des soins, il va venir en disant "je me sens pas bien je sais qu'il y a quelque chose qui ne va pas "quand il est un petit peu conscient il va venir comme ça mais c'est pas lui qui va vraiment demander à aller voir le psychiatre, j'ai jamais rencontré un psychotique qui demande à aller voir le psychiatre jamais " MG 3.* Et donc souvent c'est la famille qui amène le patient en consultation : *"En général, c'est souvent les autres qui l'amènent parce qu'il a des troubles du comportement" MG 2, "La demande je dirais qu'elle vient plus souvent de la famille que du patient" MG 3.*

Cependant, certains patients psychotiques déjà diagnostiqués et traités sollicitent d'eux même l'aide des médecins en cas de décompensation *"j'ai un petit groupe de schizophrène, il y en a une quand elle se sent dissociée, elle est très en demande. Par elle-même, elle appelle son psychiatre"* MG 5.

4.1.2 Motifs d'adressages propres au MG

Pour MG 3, l'adressage se fait dès la suspicion de psychose : *"dès que je sens qu'il y'a quelque chose qui ne va pas "* et pour joindre l'avis du psychiatre à la demande d'ALD *"de plus en plus quand je vais demander une ALD ou un 100 % à quelqu'un qui a un problème psychiatrique grave, le médecin-conseil va me refuser l'ALD ou me demander un avis psychiatrique".*

Pour PSY 6, les MG les adressent souvent pour cadrer des psychotiques équilibrés nomades : "*Oui après il peut aussi arriver que certains MG adressent des patients psychotiques qui*

n'ont pas de psychiatre et qu'il n'y ait pas de caractère d'urgence, que ce soit juste que le MG préfère qu'un psychiatre prenne la main sur ça, c'est arrivé".

4.2 Critères du choix des psychiatres par le MG

4.2.1 Selon le délai de prise en charge

Certains privilégient le délai de prise en charge comme choix du psychiatre lors de l'adressage : Pour MG 3, le CMP est peut être perçu comme plus rapide car disposant rapidement d'un entretien avec un(e) IDE : *"franchement je lui dit qu'il peut aller partout après peut-être que maintenant je dirais plus d'aller au CMP justement parce qu'il y a cette entretien avec l'infirmière, le psychologue qui va pouvoir le recevoir plus rapidement ",* malgré un milieu pouvant être déstabilisant pour les psychotiques moins lourds *: " par contre souvent c'est vrai, les patients, parce qu'il y a une faune tout autour de patients très très atteints qui sont là en hôpital de jour, qui sont là plus ou moins à squatter, ça fait peur ".*
MG 6 en revanche n'adresse pas en CMP car il y a trop de changements d'interlocuteurs et pas de disponibilité en urgences *"Vous adressez jamais en CMP? Ils prennent pas rapidement".*
"Si, j'adresse au CMP, mais pas les psychotiques, parce qu'au CMP c'est pas toujours les même personnes qui les voient".
MG 2 adresse plutôt en psychiatrie libérale car les délais sont plus courts qu'en CMP *"Plutôt libéral parce que même si les délais sont longs, on arrive à avoir des délais un petit peu plus courts."*

Pour PSY 2, le choix du psychiatre d'adressage est important : "*Je pense que le médecin traitant c'est très important qu'il soit là pour assurer (...) qu'il n'envoie pas à n'importe quel psychiatre".*

4.2.2 Selon le mode d'exercice

MG 6 privilégie les psychiatres exerçant en libéral. Cependant MG 6 et MG 5 reconnaissent que la sectorisation est un problème pour l'adressage d'un psychiatre en libéral : "*malheureusement ils sont en ville, tout le monde n'a pas les moyens de ..C'est secteur 2 " MG 6,* "*s'il est en secteur 2 du coup il y a cette limite-là par rapport au patient"* MG 5.
MG 7 privilégie l'adressage vers un psychiatre exerçant en milieu hospitalier *" En lien avec un service hospitalier, ça c'est sûr, ou une clinique ".*
MG 1 privilégie les psychiatres chimiothérapeutes pour les patients psychotiques *: "Vous privilégiriez plutôt un psychiatre porté sur la chimiothérapie ? Oui ".* MG 2 quant à lui privilégie les psychiatres psychothérapeutes.

Pour PSY 6, le MG doit éviter d'adresser les psychotiques vers des psychiatres psychanalystes : " *- Pour toi c'est des patients à orienter (vers qui) (...)? - C'est plus une approche neurobiologique et TCC que psychanalyse du patient".*
Pour PSY 3 *: "la prise en charge des psychotiques lourds doit se faire en CMP".*

4.2.3. Les attentes des médecins traitants

MG 3 attend *" un diagnostic et un traitement",* comme MG 5 qui souhaite également recevoir un courrier : *"- Quelles sont vos attentes de la part du psychiatre lorsque vous adressez un patient pour suspicion de psychose d'un point de vue diagnostic et thérapeutique? - Tout ça et ça c'est fait à peu près, à part le courrier c'est bien géré en tout cas avec le Docteur xxx"* ainsi que MG 2 *et MG 3 : "J'aimerais qu'ils répondent au courrier, j'aurais besoin d'un retour".*
MG 7 attend des psychiatres un avis, une discussion thérapeutique, une nomination diagnostique : *"Un avis de psychiatre, une discussion aussi parfois clinique (...) et qu'on nomme le diagnostic (...) ou pourquoi on hésite entre tel ou tel diagnostic, ça c'est intéressant , l'évolution .. et puis surtout un traitement dont on peut discuter qui apaise ou fasse diminuer la souffrance du malade".*

Pour PSY 2, le MG attend du psychiatre une réassurance, une prise en charge médicamenteuse et de l'environnement familial : *"S'il s'agit d'un patient psychiatrique, le*

médecin traitant attend une prise en charge médicamenteuse mais aussi sans doute une réassurance, une prise en charge un peu de l'environnement familial parce que le psychotique, il a habité rarement chez lui tout seul", ainsi qu'une prévention des nuisances de la psychiatrie : *" peut-être qu'aussi un certain nombre de médecins généralistes, je dirais les aînés, attendent du psychiatre une prévention des nuisances actuelles de la psychiatrie, c'est à dire du patient qui est vu 10 minutes, inondé de médicaments, une ordonnance où il y a 7 ou 8 médicaments avec une loque qui tremble de partout et qui bavasse".*

5. La collaboration entre médecins généralistes et psychiatres

5.1. Importance et besoin de collaboration

Pour MG 2 la collaboration est essentielle car les patients psychotiques ont des difficultés d'observance de leur traitement : *"elle devrait être plus importante parce qu'autant le dépressif accepte plus volontiers sa prise en charge et le suivi thérapeutique, autant le psychotique on a beaucoup plus de mal notamment dans l'observance du traitement".* Et notamment au moment du relai ville hôpital : *"Dans les suites d'une hospitalisation, je pense que c'est important de revoir le patient".* Elle est également importante du fait de la dimension particulière de l'existence pour MG 3 " parce que l*e corps et l'esprit sont très très liés", ", j'aimerais bien qu'il y ait une collaboration plus étroite entre la médecine générale et la psychiatrie, parce que quand le patient est en souffrance dans sa tête il est en souffrance dans son corps ",* et de la nécessaire continuité des soins *" Pour la prise en charge globale du patient et puis aussi à sa bonne prise en charge quand il est aussi hospitalisé, parce que c'est nous qu'on appelle encore une fois quand on ramasse quelqu'un sur la voie publique(...)"* .

Pour MG 6, la collaboration est importante car parfois le MG dépiste des comorbidités intéressantes dans le cadre de la prise en charge psychiatrique : "*il y a des fois on a des idées. - C'est à dire? - Bah des fois on peut voir des choses qu'ils ont pas vu, ou comprendre des choses qu'ils ont pas compris ".*

Pour MG 7, la collaboration est importante comme avec n'importe quel spécialiste : *" - Quel besoin de collaboration vous ressentez avec les psychiatres? - Comme avec un diabétologue, un cardiologue.."* mais elle n'est cependant pas nécessaire si le patient a une bonne

connaissance de sa maladie *"(...)la patiente (...) elle connaît très bien sa maladie elle est capable d'expliquer où elle en est, le traitement, ce qui ne va pas (...) - Finalement il n'y aurait pas besoin que vous ayez plus de contact que ça avec un psychiatre? - Dans un cas comme ça non".* et pour MG 1 elle est importante quelque soit la pathologie psychiatrique : *"En quoi la collaboration médecin généraliste-psychiatre pour cette pathologie est-elle différente que pour les autres pathologies psychiatriques? Il ne doit pas y avoir de différences, elle est nécessaire.*"

Mais ce peut être la sévérité de la pathologie qui construit une apparence d'inutilité: "*Dans la psychose, on a pas beaucoup de relation, c'est ça le truc. Dans les autres pathologies psychiatriques, oui et encore, mais dans la psychose, il n'y en a pas beaucoup,(...) moi je me souviens d'un schizo paranoïde, il n'y avait rien, hein, qui marchait de toute manière alors mais bon on va pas discuter avec le psychiatre, lui aussi il était bloqué comme moi (...) face à quelqu'un qui a une pathologie productive comme ça aussi lourde, je veux dire il n'y a pas vraiment de discussion". MG 1*

Elle est parfois limitée au début de la relation comme une fatalité ; MG5: *"On leur a adressé de façon finie donc ils n'ont plus à collaborer avec nous, parce qu'ils sont déjà dans le bout de chaîne donc il y a même pas à leur en vouloir, c'est la règle (...) Surtout pour la psychose parce que pour la dépression il y a quand même une interaction".*

*C*ette collaboration est centrée somatique pour les psychiatres *" Fondamentale vers nous et nous vers eux. - Et votre besoin de collaboration, l'important c'est pour quoi exactement? - C'est de se faire confiance mutuellement et connaître ses limites, moi je suis incapable de mettre un traitement (...) Il faut que chacun joue dans son domaine "* PSY 4, " *après pour les patients qui ont une psychose chronique où il y a toujours des symptômes résiduels qu'on arrive pas à enlever, bah là oui il y a quand même cette importance de collaboration, qu'on passe pas à côté de quelque chose de somatique qui pourrait être néfaste* " PSY 6, *"Elle est primordiale, on travaille beaucoup avec nos collègues, parce que le côté somatique il est important pour nos patients, on peut pas prendre en charge le corps et le psychisme en même temps des fois"* PSY 3. Elle est aussi centrée patient pour PSY 2 et PSY 5 : *" elle est très importante parce qu'il est essentiel que le patient sente qu'il y a une confiance réciproque" PSY 2, "Je pense que le patient, de savoir qu'il y a ce maillage je dirais, relationnel je pense que ça crée un climat optimal pour qu'il aille bien" PSY 5.*

Pour PSY 7, la collaboration est importante avec toutes les spécialités pour avoir une vision d'ensemble : *"Pour qu'on ait une vision d'ensemble sur tout le traitement c'est bien si on communique tous entre nous que ce soit ORL....".*

Pour PSY 1 la collaboration s'arrête à l'envoi du courrier de retour lors de la première consultation *: "la coordination elle se passe uniquement je dirais la première fois".*

Pour certains psychiatres et MG, elle n'est nécessaire que dans certains cas:

Elle prend tout son sens lorsqu'il s'agit d'un patient polypathologique et ayant des problèmes sociaux, par exemple des patients schizotypiques : *"surtout pour les cas compliqués comme les schizo déficitaires qui se compliquent avec clochardisation, des maladies somatiques, amaigrissement, les schizo déficitaires qui vieillissent, on a besoin d'un MG*" PSY 7. Pour PSY 5 pour lequel elle est importante "*au cas par cas"* et pour PSY 6 elle serait nécessaire surtout pour la gestion des problèmes somatiques : *"Franchement sur les consultations, j'ai pas eu trop de soucis somatiques mais sinon, oui, le point d'appel ce sera toujours ça, je vois pas trop d'autres trucs ".*

Pour PSY 6, elle est importante pour faciliter l'adressage des patients schizotypiques par le MG : *"je pense qu'à mon avis il y a beaucoup de patients qui ont des éléments psychotiques mais qui ne le sont pas forcément encore, qu'il n'y a pas encore forcément d'expression d'élément délirant très franc, et ceux-là oui je pense qu'il y aurait un réel intérêt de collaboration médecin généraliste-psychiatre ".*

Elle s'inscrit aussi dans la prise en charge en urgence pour PSY 1, *"parfois ça permettrait de donner des conseils au MG par téléphone sur des situations délicates ".*

Exerçant dans un établissement privé, il se sent moins investi d'un devoir de collaboration avec les MG que s'il était sectorisé : *"si j'étais psychiatre dans le (secteur) public, j'essayerais beaucoup plus de développer le travail en réseau avec les médecins généralistes de mon secteur, les connaître, les inviter une fois par an pour se rencontrer et essayer de développer davantage le travail en réseau, le relai ville-hôpital à la sortie de l'hospitalisation de sorte que le patient ait rapidement rendez-vous avec son médecin en sortant pour éviter l'interruption de traitement de suivi".*

5.2 Les caractéristiques d'une bonne collaboration

La disponibilité téléphonique pour MG 5 et MG 6, un courrier de retour pour MG 6 : *"Un courrier de retour et en cas d'urgence une disponibilité téléphonique"* et l'empathie du psychiatre pour MG 5 *: "Dans la disponibilité (...) ça dépend de l'empathie psychiatre ".*
Pour MG 7, le patient doit être prise en charge par une équipe de psychiatrie avec laquelle le MG doit collaborer *"pour que le patient, il perçoive un étayage coordonné où il repère qu'il peut compter sur son médecin, l'équipe de psychiatrie, son psychiatre qu'il soit dans une situation d'interlocuteur coordonné et qui le sécurise".*

Plusieurs psychiatres s'accordent sur le fait que la disponibilité téléphonique est la caractéristique indispensable à une bonne collaboration : *"Ben déjà oui une bonne collaboration c'est de pouvoir s'entretenir téléphoniquement avec le médecin (...) c'est à dire que quand vous avez une discussion, même si elle dure 5 minutes à bâton rompu avec un médecin généraliste, vous en apprenez quand même plus que dans un courrier* " PSY 5, "*Le plus facile, c'est par téléphone, la plupart des médecins décrochent, en tout cas des médecins quand il y a un collègue, ils décrochent tout de suite, donc pour moi c'est une règle que tous on applique. - Du moment que cette règle-là est respectée, la collaboration est correcte? - Pour moi oui "* PSY 7, *"Ce qui est indispensable par rapport à un psychotique que je suis c'est que les médecins généralistes savent que s'il y a un problème ils peuvent m'appeler"* PSY 2, "*Le besoin il est d'abord de bien communiquer par rapport aux malades, c'est fondamental (...) et moi je suis pas de la génération mails moi je communique avec ça (téléphone)"* PSY 4, *"S'il y a une situation un peu compliquée il faut décrocher son téléphone pas spécifiquement dans la psychose mais aussi dans la psychose" PSY 5.*

5.3 Difficultés de collaboration

Pour MG 2 et MG 3, c'est la disponibilité *"mais je sais aussi par ma sœur qu'il y a un gros manque de temps" MG 3* et le manque de psychiatre : *"il n'y a pas assez de psychiatre"*

*MG 3, "*c*'est pas que les psychiatres ne veulent pas, c'est qu'ils ne sont pas assez nombreux, c'est qu'ils n'ont pas de disponibilité"* MG 2.

Pour MG 1, c'est l'absence totale de relation avec les psychiatres qui constitue la principale difficulté : *"le problème c'est que la relation avec les psy il n'y en a pas c'est tout",* tandis que pour MG 5, cette absence de relation est présente en particularité avec les psychiatres hospitaliers : "*si le médecin est dans une structure c'est catastrophique on le joindra jamais".*

Pour MG 2 et MG 6, c'est l'absence de courrier : *"Mais quand ils ne sont pas hospitalisés on n'a jamais de retour, ça c'est un truc qui m'horripile à un point vous imaginez pas"* MG 2, et donc de conduite à tenir thérapeutique, qui constitue la principal difficulté à cette collaboration : *"un psychiatre ce serait bien qu'il nous dise "Attention avec madame untel il faudrait que vous surveillez ça ça et ça" jamais, aucun courrier " MG 6.*

MG 5 remarque que les psychiatres n'ont pas de traçabilité de leur consultation : *"le problème c'est qu'ils ne tiennent pas de dossier à jour. D'ailleurs souvent ils écrivent pas".*

Ce biais de collaboration crée un risque aux yeux des généralistes, « *ils ont du diabète, des pathologies cardio-vasculaires, et eux ils rajoutent par-dessus sans me dire*" MG 5.

PSY 4, PSY 3, PSY 1 attribuent les difficultés de collaboration surtout à une méconnaissance des MG par les psychiatres : "*D'abord on communique plus facilement avec les gens qu'on connaît et il y en a plein qu'on connait pas ce qui est dommage"* PSY 1. La disparition des occasions de rencontrer des MG serait en cause pour PSY 4 "*en 78 j'étais jeune interne et jeune assistant (...)on avait 490 lits de maison de retraite 2 fois par semaine et c'est là qu'on a rencontré les médecins généralistes après petit à petit avec la réfection des psychiatres on a laissé tomber les trucs",* quand c'est un turnover trop important des MG qui serait en cause pour PSY 3 : "*c'est les changements des médecins (...) On commence une collaboration, un lien de partenariat et il part pour des raisons familiales ou personnelles comme chez nous".*

Pour PSY *1," le manque de disponibilité"* des MG et des psychiatres *"On a un manque de temps concret pour se parler"* et le fait que le temps dédié à la collaboration ne soit pas rémunéré est un obstacle :*" tout ça nous prend du temps pour lequel on est pas rémunéré."*

PSY 2 conçoit " que les médecins généraliste soit insatisfait du retour par le psychiatre".

6. La communication

6.1 Modalités

6.1.1 Mail

Si MG 2 préfère la communication par mail, le doute quant à la consultation de leur mail par les psychiatres en fait un obstacle à son utilisation : " *sauf que c'est jamais le cas et je suis pas sûr qu'il le voit, qu'il ait un ordinateur".* MG 7 réussi à joindre les psychiatres "*par mail aussi ".*

6.1.2 Courrier

Si pour MG 3 l'adressage se fait *"soit par courrier soit par téléphone je n'ai pas de contact par mail je n'ai pas de fax"* , pour MG 5 l'appel s'associe souvent à un courrier d'adressage "*J'appelle souvent, je fais le courrier".*

Bien que le courrier soit préféré par PSY 3, la communication par mail est perçue comme plus facile mais comme occasionnant des problèmes de confidentialité malgré l'utilisation d'une messagerie sécurisée "*Le mail ça reste plus facile, mais le mail a la question de la confidentialité (...) donc on hésite dans les mails à noter le nom du patient on met "VB, date de naissance".* Elle communique aussi par fax.

6.1.3 Téléphone

MG 2, et parfois MG 5 et MG 3 adressent directement leurs patients par téléphone : *" Comment est-ce que vous les adressez? A qui? Par téléphone tout simplement , en appelant directement le psychiatre"* MG 2, *"Vous adressez par courrier par appel direct? J'appelle souvent je fais le courrier. - Sur son portable ? - Oui même par SMS"* MG 5, "*Par quelles*

modalités envoyez-vous les patients vers les psychiatres en général? C'est soit par courrier, soit par téléphone" MG 3.

En cas d'urgence, MG 3 et MG 6 ne tentent pas de rentrer en contact avec le psychiatre traitant en cas d'urgence car il serait injoignable : *"Non j'arrive pas donc c'est pas la peine.* "MG 6, *"J'y pense même pas parce que je ne le joindrai pas, je vais y penser si c'est un médecin hospitalier (...) ça facilite éventuellement l'hospitalisation*" MG 3.

Pour MG 4, la communication avec les psychiatres par téléphone est "possible mais difficile".

A noter que pour MG 7, les psychiatres libéraux sont plus disponibles par téléphone que les psychiatres hospitaliers : " - *et vous aviez eu du mal à les joindre ? - Non il est libéral, il répond facilement. - Vous trouvez que c'est plus facile de les joindre en libéral qu'à l'hôpital par téléphone ? - Oui parce qu'ils peuvent répondre".*

De manière générale, les appels téléphoniques sont privilégiés par PSY 4 : *"D'abord on communique oralement ".*

Concernant le retour d'information à la suite d'un adressage par un médecin traitant, pour PSY 1, le secret médical est un obstacle à la communication par téléphone : *"je n'appelle jamais un médecin pour lui dire "tiens je viens de voir ton patient" ça serait même contraire au secret médical je pense",* bien que ce soit une modalité qu'il utilise pour communiquer avec les MG dans certains cas. PSY 3 effectue parfois un retour de l'information par téléphone : *"Ben c'est qu'on travaille beaucoup avec les lettres et les comptes rendu donc soit je prends mon téléphone et j'informe mon collègue directement".*

Concernant leur disponibilité téléphonique envers les MG, la communication par téléphone par le biais du secrétariat est facilitée pour les MG : "*Oui par le secrétariat de la clinique, il y a un numéro unique mais ils se signalent en tant que médecin et ils ont moins d'attente au téléphone pour arriver à me joindre" PSY 1, "si c'est un médecin qui appelle on ne laisse pas un médecin au bout du fil" PSY 3.*

Pour PSY 3, en cas de message vocal laissé, ils sont systématiquement rappelés : *" ça arrive beaucoup on fonctionne comme ça, ils nous laissent un message et on les rappelle ".* Cependant, elle reconnaît que le CMP n'est " *pas facile à joindre".*

PSY 7 reçoit les appels des MG directement en consultation : "*si c'est un médecin qui m'appelle, je le prend pendant la consultation".*

PSY 2, PSY 3 et PSY 5 peuvent être contactés sur leur téléphone portable par les MG *: "Oui par téléphone portable, qui est disponible sur internet et aussi parce que quand j'ai ouvert mon cabinet, j'ai envoyé un courrier à tous les médecins avec mon téléphone" PSY 2.* PSY 3 leur transmet son numéro lors de rencontres : *"quand on se rencontre en disant: "Si tu as du mal à me joindre tu peux m'envoyer un gentil SMS et si je travaille je te réponds", '"*mon cabinet c'est un numéro de portable " *PSY 5.*

Concernant la disponibilité des MG pour les psychiatres, PSY 3, PSY 6, PSY 7 réussissent facilement à joindre les MG, par appel direct *"et après on les appelle et souvent ils répondent" PSY 6* ou par le biais de messages vocaux : *"nous on arrive à les joindre facilement, on laisse des messages et ils nous rappellent "PSY 3, "On leur laisse des messages ensuite eux ils me laissent des messages et on réussit à se parler "PSY 7.*

6.2 Lettre d'adressage

6.2.1 Importance et contenu

Comme cité auparavant (paragraphe 6.3.2 Fréquence (du courrier de retour)), PSY 1 et 7 Son absence met en cause la notion de secret partagé. : *" "si je n'ai pas de lettre d'adressage je ne fais pas de courrier de retour parce que sinon je ne suis pas sûr que le patient souhaite même que je prévienne son généraliste " PSY 1.* Pour PSY 7, le courrier d'adressage permet que le patient "*se sente en confiance avec le MG parce qu'il est présenté au psychiatre".*

Pour PSY 2, elle est importante pour recueillir les informations somatiques des patients polypathologiques en vue d'éviter des interactions médicamenteuses : *"il y a des médecins qui m'envoient un dossier complet ce qui est intéressant quand il y a quand même une poly pathologie somatique par ailleurs importante parce que ça m'amène à être particulièrement vigilant au niveau thérapeutique"* .

Pour PSY 7 et PSY 4, le courrier d'adressage est important pour une bonne prise en charge du patient : "*pour que ça se passe bien il faut que le médecin nous fasse déjà un petit résumé "* PSY 4 contenant des informations telles que "*les antécédents familiaux auxquels on a pas toujours accès ou somatiques du patient même des conditions de vie ". PSY 7*

Pour MG 5 et MG 7, MG 3, les antécédents, le diagnostic (MG 5, MG 7), le traitement, les symptômes (MG 7), l'histoire de la maladie (MG 5), les conditions sociales (MG 5) sont mentionnés.
Pour MG 6, MG 7, MG 3 et MG 1, les informations contenues dans le courrier d'adressage sont sélectionnées pour ne pas heurter le patient.
Certains modifient certains mots pour ne pas effrayer le patient *"je mets jamais les motifs exactes de consultations (...) je mets le mot "hallucination" sans mettre le mot délire" MG 1,* "*je vais essayer de mettre des mots qui ne font pas trop peur aux patients, qui ne sont pas trop médicaux "MG 3*, en utilisant le prétexte de nécessité d'une consultation rapide "*et de bien lui expliquer que je mets ça pour qu'il ait un rendez-vous rapidement" MG 3.*
Les informations transmises dans le courrier sont ajoutées avec l'accord du patient pour MG 7 *"on écrit le courrier ensemble"* quelle que soit la spécialité *"même pour un ORL".*
MG 6 complète les informations transmises par téléphone *"je fais un courrier très succinct qui est neutre et un coup de fil sur le répondeur qui explique ça ça et ça".*

Pour MG 5, l'importance d'avoir pleinement conscience de leur pathologie chez les psychotiques rend inutile la sélection d'information chez les patients équilibrés : *"il n'y a pas de patients qui disent : "Non mais ne mettez pas ça " (...) mais surtout les miens qui sont cadrés, ils sont au courant de tout ça. Je passe mon temps à dire que le diagnostic il faut l'accepter, si on l'accepte pas on peut pas guérir ".*
MG 2 ne sélectionne pas non plus les informations dans l'intérêt du patient : "*moi je trouve que tout ce qui est propriété sanitaire du patient ne peut que rendre service au praticien qui va recevoir le patient "* et pour que le spécialiste " *ait une vision global du patient"* et *"par marque de confiance vis-à-vis du confrère".*

6.2.2 Qualité

La qualité du courrier d'adressage est décrite comme étant variable (PSY 1, PSY 2), souvent succincte (PSY 1, PSY 2 PSY 7), avec parfois des erreurs (PSY 1, PSY 7) : "*les médecins qui se proposent d'être exhaustifs et qui écrivent des diagnostics ne sont pas*

toujours sur le diagnostic" PSY 7, parfois sans les antécédents et traitements : "*oui il y a les antécédents et traitements des fois pas forcément on a une simple lettre"* PSY 3, voire *"ridicule"* PSY 7.

Pour PSY 4 en revanche, les courriers d'adressages ne sont pas assez synthétiques : "ils *renvoient à chaque fois les mêmes trucs, on a pas besoin, ce qu'on veut c'est la dernière page, et là ce qu'ils me remettent c'est trop long".*
Plusieurs psychiatres pensent que la qualité des courriers d'adressage a peu d'importance car ils recueillent par la suite les informations qui les intéressent auprès du patient *: "c'est notre travail aussi d'évaluer, de reprendre. On est des médecins avant tout*" PSY 3, " *il est adressé moi je n'ai pas besoin que le médecin généraliste me donne les symptômes* "PSY 7.

6.3 Le courrier de retour

6.3.1 Importance

Le courrier de retour est indispensable pour *"la coordination des soins*" MG 2, "*on ne peut pas suivre un patient correctement si on pas reçu l'information MG 2"* et la continuité des soins "*si j'ai eu quelqu'un au téléphone et que la remplaçante elle ne sait pas le dossier, il y aurait un écrit dans l'ordinateur "* MG 6.
MG 1 reconnaît qu'il apprécie également de recevoir un courrier de retour pour améliorer leur compétences en thérapeutique : "*J'aime connaître les recettes"* MG 1.
Pour MG 2, le courrier de retour est important car le patient n'est pas capable de lui transmettre les informations correctement : *"un patient compliqué je pense qu'il a tout intérêt à nous faire un courrier qui tient la route parce que quand le patient vient me voir et qu'il me livre sa version à lui qui est rarement la bonne....*"

Pour certains psychiatres, le courrier de retour est important pour éviter les interactions médicamenteuses *: "je pense que c'est important parce qu'il y a plein d'interactions"* PSY 7, et pour avertir le médecin traitant en cas de modification de traitement par respect pour lui : "*peut-être un compte rendu quand il y a une modification de traitement ou que t'as un*

élément en plus (...) et je pense que ça doit te saouler quand tu es médecin généraliste quand le traitement n'est pas le même et que tu n'es pas au courant" PSY 6.

6.3.2 Fréquence

Certains rapportent avoir un courrier de retour uniquement en cas d'hospitalisation : *"on l'a souvent le courrier de retour, c'est ça que je veux dire, on l'a pas par le psy, on l'a par la structure" MG 5, "Quand ils sont pas hospitalisés on n'a jamais de retour" MG2, "De la ville il n'y a aucune information qui revient " MG 1,* voire jamais : *"aucun courrier, même nous des fois, ils sont hospitalisés à xxx on a pas de courrier" MG 6.*

Pour PSY 6, la rédaction d'un courrier dans le cadre de la consultation en milieu hospitalier dépend de l'hôpital : *"pour les consultations, j'ai jamais fait un courrier adressé au médecin généraliste (...) Je crois que c'est comme ça là, juste avant j'étais à xxx au xxx où il y a la consultation mémoire et là pour le coup on me disait toutes les consultations ou toutes les 2 consultations ou dès qu'il se passe quelque chose d'informer le médecin généraliste."* Il confirme la rédaction d'un compte rendu systématique dans le cadre de l'hospitalisation *: "En gros, on fait toujours un compte rendu pour HDJ, HDS".*

PSY 5 justifie la rareté du courrier de retour devant la capacité des patients à transmettre l'information par eux même : *"les patients en libéral ils sont grands, ils sont capables de transmettre l'information par eux même ".* La découverte d'une affection somatique justifie la rédaction d'un courrier : *"quand il y a vraiment une information importante, un doute, une inquiétude, la nécessité me semble-t-il de faire un examen complémentaire mais qui relèverait pas forcément de ma.. Là je transmet ou s'il y a un résultat d'IRM ou quelque chose à transmettre sur un diagnostic posé là je vais écrire" PSY 5.*
PSY 4 ne fait un courrier qu'en cas d'évènement *"grave"* comme la maltraitance : *"des infirmières qui sont un peu maltraitantes avec le malade, le malade se confie à moi voilà donc : "Ton personnel il faudrait être un peu plus tolérant"" .*

PSY 7 et PSY 1 n'adressent un courrier de retour qu'en cas de réception d'une lettre d'adressage : *"si je ne reçois pas de lettre, j'envoie pas de réponse" PSY 7, "si je n'ai pas de lettre d'adressage, je ne fais pas de courrier de retour" PSY 1.*

PSY 7 essaie de répondre le plus souvent possible au MG qu'elle connaît : *"J'essaie (...) Pour un MG que je trouve sympa je le fais comme ça par retour confraternel mais parfois j'oublie de faire un courrier"'.*

PSY 3 fait "tout le temps" un courrier de retour.

6.3.3 Contenu

Plusieurs MG sont plus satisfaits du contenu des comptes rendus d'hospitalisation que de consultation : "*De l'hôpital des fois ils sont complets en ville non" MG 1, " - Le courrier de retour de l'hospitalisation vous le trouvez satisfaisant? - Oui à xxx (Hôpital) à Nice ça arrive souvent qu'ils envoient le compte rendu" MG 3, " - Est ce que ça répond à vos attentes les courriers que vous recevez? - De l'hôpital, oui. " MG 6,* mais il s'accordent également sur les délais importants de réception de ce document : "*l'hôpital (...) ils mettent du temps" MG 1, "oui à xxx à Nice (...) ça arrive souvent qu'ils envoient le compte rendu, ils l'envoient un mois et demi ou deux mois après " MG 3.*

La richesse du contenu des courriers de retour en cas d'hospitalisation est confirmée par *PSY 1 et PSY 3 : "Quand c'est un patient qui est hospitalisé, là on lui en dit plus " PSY1, "des retours assez détaillés, on les fait quand le patient est hospitalisé" PSY 3.*

PSY 7 affirme être plutôt succincte dans la rédaction des courriers de retour : "*Je suis moi aussi assez laconique : " J'ai reçu Monsieur x, voici ci joint son traitement"* PSY 7.

PSY 2 ne fait pas de lettre de retour *"je n'ai pas le temps"* mais lorsque les MG le lui demandent, il *"leur transmet (son) dossier dans son intégralité ".*

6.3.4 Sélection des informations

MG 2 n'a pas la sensation que les psychiatres sélectionnent les informations qu'ils lui transmettent : "*Non les psychiatres avec qui j'ai pu discuter, je pense qu'il n'y a pas de frein (à la divulgation d'informations), après il y en a peut-être certains qui veulent, mais je vois pas quel est l'intérêt pour le patient; j'ai pas cette sensation en tout cas".*

Il lit l'intégralité du courrier de retour au patient par honnêteté envers le patient et pour faciliter sa compréhension de sa pathologie : "*Tout, moi systématiquement je lui lis le courrier ou je lui fais un résumé du courrier (..) Parfois les psychiatres osent pas dire au patient qu'il a rien, alors moi quand je reçois la lettre je lui dis. Il faut être honnête avec le patient"* MG 2.

Pour MG 3, quand un courrier est envoyé, les informations sont satisfaisantes : *"- Il ne manque pas de diagnostic par exemple? - Quand ils se donnent la peine de faire un courrier c'est qu'ils mettent des éléments".*

Pour MG 5, les psychiatres généralisent le diagnostic par soucis d'être compris et parce qu'il est difficile d'établir des diagnostics en psychiatrie : "*ils le donnent le diagnostic, mais ils le généralisent. En gros on a l'impression qu'ils se mettent à notre portée, je pense qu'ils ont une certaine humilité dans certains cas. Nous on a une vision organique, il faut toujours qu'on pose un diagnostic. Pour eux le diagnostic n'est pas si important que ça*".

PSY 3 est réticente à transmettre le diagnostic : *"bah "j'ai vu tel patient je lui ai mis ce traitement-là" si j'ai vraiment un diagnostic je ne le note pas dans le courrier "* car il n'y a pas de nécessité à ce que le MG en ait connaissance : "*le médecin traitant, il n'a pas besoin de diagnostic il a besoin juste qu'on soigne le patient* ". La rédaction d'un certificat MDPH peut cependant le justifier en prenant des précautions pour que le patient ne lise pas le courrier : *"S'ils veulent le diagnostic pour compléter un dossier par exemple dossier MDPH la demande de 100 % et tout, ça on peut faire un compte rendu en posant le diagnostic, on le met en confidentiel en mettant le tampon pour être sûr que le patient il ne l'ouvre pas si on parle de certains détails de la maladie " PSY 3*. La pose d'un diagnostic peut prendre du temps *: "on prend le temps avant de poser le diagnostic ".* Pour éviter de blesser le patient, la rédaction de la lettre est parfois faite avec lui : *"moi ça m'arrive de rédiger le courrier avec le patient "Est-ce que ça vous blesse pas si je mets ce mot-là ?" "PSY 3.*

PSY 1 transmet le diagnostic et le traitement : "*Quand c'est en consultation je vais lui dire un mot sur le diagnostic et lui dire le traitement que je propose au patient".*

Le diagnostic est cependant transmis selon l'état d'acceptation que le patient à de sa maladie : *"ça va dépendre des moments d'évolution de leur maladie, quand ils sont stabilisés souvent ils acceptent beaucoup mieux d'en parler"*. Une exception sera faite dans le cadre du délire paranoïaque : "*s'il y a un délire persécutif paranoïaque, je vais éviter de le mettre dans le courrier (...) donc je vais parler plutôt de troubles sensitifs ou de personnalité sensitive*".

Pour PSY 1 et PSY 3, le consentement du patient est indispensable : *" Ça oui, en général je demande toujours l'accord; je ne parle pas au médecin généraliste si le patient n'est pas d'accord, c'est très important ça." PSY 1, "Mais si j'informe le patient j'ai toujours l'autorisation d'appeler son médecin traitant, je ne peux pas le faire s'il ne m'autorise pas . Déjà quand il arrive sur le CMP, il donne l'autorisation de communiquer son dossier médecin traitant."* PSY 3.

La quantité des informations transmises est conditionnée par la connaissance du médecin traitant par crainte qu'il ne divulgue trop d'informations au patient : *"il y a des médecins généralistes qui lisent le courrier comme ça sans filtre et le patient apprend des choses et réagit pas bien quoi, on va faire attention à ce qu'on dit surtout si on connait pas le médecin et qu'on ne sait pas ce qu'il va dire ou va pas dire" PSY 1.*

Pour PSY 7, le délai important pour poser un diagnostic est le plus important obstacle à sa divulgation : "*Vous mettez le diagnostic? Je ne mets pas de diagnostic, pas pour la première consultation, parce qu'en psychiatrie on ne se propose pas de poser un diagnostic dès la première consultation, on se laisse le temps".* Elle utilise les ordonnances pour transmettre des consignes au médecin traitant : "*Moi j'écris en bas de mon ordonnance "à réévaluer le 2e mois par le médecin généraliste" et j'incite les patients à présenter l'ordonnance au MG".*

7. Pistes d'amélioration

7.1 Au niveau de la formation des MG

PSY 1 recommande une amélioration de la formation initiale et continue en psychiatrie :*"je pense qu'il faut renforcer la formation initiale, renforcer la formation continue ".*

Comme cité au paragraphe 3.4.1, pour PSY 6, cette formation devrait porter sur la détection précoce des symptômes schizotypiques.
PSY 2 préconise la réalisation de formations à la conduite d'entretien : *"en formation 2 jours 3 fois de formation à la conduite d'un entretien "* et l'organisation de staff entre MG et psychiatre : *"Oui ce serait très bien, je le faisais d'ailleurs il y avait une association de médecins généralistes et j'ai animé une douzaine de réunions et c'était très intéressant"* ainsi que la réalisation de stage : *"il ne faut pas mettre en place une formation que théorique mais aussi une formation sur la conduite d'un entretien, il faut l'expérimenter, faire des stages, au moins un stage dans un hôpital psychiatrique".*

7.2 Au niveau des relations entre professionnels: les rencontres interdisciplinaires

Plusieurs MG perçoivent un intérêt à des rencontres interdisciplinaires sous forme de formations comme MG 6 qui estime qu'il y a trop peu de formations en psychiatrie proposées en FMC : *"*Ça *peut être un congrès ou un FMC mais en psychiatrie même générale il y a rarement des sujets de FMC*". Ces formations pourraient être sous forme de cas cliniques pour MG 7 *"dans le cadre de la formation en continu par exemple(....) c'est très intéressant, il y a des temps de rencontre, de connaissance physique quoi."* Ça peut être des cas cliniques "*ou thérapeutiques*" pour MG 4, ou des formations : *" un cours sur les traitements antipsychotiques pour si besoin, je pense que parfois on est un peu seul au monde" MG 4.*

MG 3 propose une rencontre annuelle pour décider une ligne de conduite et des objectifs *"déjà si chacun se présentait et posait son questionnement par rapport à la communication, et après, établir une ligne de conduite c'est-à-dire d'abord faire l'état des lieux et ensuite décider quelque chose qui soit réalisable par chacune des parties, en sachant que les uns et les autres n'ont pas beaucoup de temps. On va se voir une fois par an pour évoquer les problèmes, donner des objectifs pour l'année suivante, des objectifs de communication de collaboration ".*
Elle pense également qu'il faudrait une personne pour faire le lien entre les psychiatres et les médecins traitants : "*il faudrait plus de liens avec le médecin traitant, mais qui dit plus de liens dit une personne qui vient dédiée à ça, qui ne serait pas le médecin traitant quoi, non je*

veux dire qu'il faudrait qu'il y ait un secrétariat pour faire le lien", "il y a sur xxx une cellule de suivi de cas complexes qui a été initiée par la ville et donc c'est une assistante sociale de formation et elle s'occupe de coordonner les soins autour de ces cas difficiles ".

MG 4 et PSY 7 proposent que ces rencontres soient organisées par des laboratoires pharmaceutiques : *"au restaurant invité par un labo "*. MG 4, *"Moi je dirais le labo". PSY 7*

MG 5 reconnaît l'intérêt d'une bonne connaissance des médecins entre eux, mais il ne perçoit pas d'intérêt pour des rencontres organisées : *"forcément on travaille plus avec des gens qu'on connaît, avec qui on a l'habitude, du coup le fait de rencontrer quelqu'un et les fameuses journées où on rencontre les psychiatres n'amènera rien."*.

MG 6 et MG 7 sont prêts à aller à ces rencontres.

Cependant plusieurs obstacles à l'organisation de rencontres entre médecins ont été évoqués notamment le manque de temps : "*je ne suis pas sûre, j'ai trois enfants "* MG 4 et le nombre important de formations déjà proposées *: " je fais déjà toutes mes formations toute l'année, je vais pas m'en rajouter, en plus moi souvent je suis invitée à plein de choses, je refuse la moitié "* MG 5.

PSY 5 propose des rencontres par le biais de voisinage, de formations : "*Je dirais des questions de voisinage, des questions de sollicitations par des associations de médecins généralistes, des échanges, leur faire des présentations ".*

PSY 6 propose une formation sur le dépistage de la schizophrénie pour les MG et sur l'amélioration de la disponibilité des psychiatres dans ce cas : "*au niveau de la formation des symptômes qui doivent mettre un peu en alerte et comment faire si on est inquiet sur des symptômes de ce type-là, des choses comme ça et puis peut-être de l'autre côté proposer une consultation rapide si le médecin généraliste à des inquiétudes "* . Il propose également des formations qui consistent à informer les MG des spécialités des psychiatres *"quel psychiatre a quelle spécialité, en gros si le psychiatre est psychanalyste, ça sert à rien de l'envoyer parce qu'il ne font pas de troubles psychotiques. Ce serait pour vous quand vous devez orienter, savoir vers qui orienter."*

PSY 3 serait favorable à l'organisation de journées portes ouvertes pour rencontrer les médecins généralistes : *"on a fait une journée portes ouvertes du CMP (...) et nos collègues médecins généralistes sont venus pour voir comment ça se passe ".*

Comme cité dans le paragraphe 5.1, pour PSY 1, l'organisation par les psychiatres du secteur public de rencontres annuelles avec les médecins généralistes serait pertinente . PSY 6 propose que ces rencontres soient organisées par un CHU : "*ça pourrait être le CHU dans une sorte de campagne de prévention".*

Pour PSY 5, la CPAM est une possibilité : "*la CPAM ça pourrait être quelque chose qui ... Ben disons que la CPAM elle chapote quand même le fonctionnement de la médecine en France, alors bien sûr le fait que ce soit la CPAM, je pense qu'il y en a qui diraient "Ah non je vais pas à une soirée organisée par la CPAM .." - En tout cas - vous la CPAM ça vous paraît une bonne idée? - C'est pas que ça me parait une bonne idée mais c'est que c'est le seul organisme qui supervise on va dire".*

PSY 5 et PSY 7 préfèrent les rencontres informelles : "*le pique-nique de la médecine ..- Vous verriez plutôt des rencontres…? - Informelles",* par le biais de déjeuner : *"Ah bah c'est autour d'un repas informel pas un truc structuré, ça vient comme ça "qu'est-ce que tu as fait comme études, qui tu as rencontré, tu as fait un stage là " voilà c'est comme ça qu'on fait " PSY 4.*

De même que les MG, plusieurs psychiatres ne sont pas disponibles "*avec les enfants non*" PSY 7, *"on a essayé de faire des formations et tout mais les médecins le soir, ils sont fatigués"* PSY 4.

PSY 5 évoque des dissensions chez les MG " *il n'y a pas un consensus de tous les médecins généralistes "* rendant difficile l'organisation de rencontres.

7.3 Améliorer la communication, la transmission d'information

MG 3 propose " *une meilleure communication".*

Certains proposent une plus grande implication des psychiatres dans la rédaction des courriers de retour "*Un petit courrier de temps en temps* " MG 3, *"Qu'ils apprennent à écrire"* MG 6.

MG 3 propose l'utilisation d'autres moyens de communication tel que le mail ainsi qu'une communication plutôt réservée aux patients problématiques : " *il faut trouver un autre moyen de communiquer, qu'on communique que sur les cas à problème, ça veut dire qu'ils nous envoient un mail que s'il y a un soucis "* ou l'envoi annuel d'une fiche de synthèse sur les patients *: "une synthèse de patients annuelle ce serait super ".*

Elle propose également le développement du dossier médical partagé mais pose un problème de confidentialité : *"ou alors il faudrait que ce soit sur le dossier médical partagé, ce serait intéressant mais c'est un peu délicat de mettre ça dessus".*

7.4 Augmentation de la disponibilité des psychiatres et amélioration du réseau

MG 7 propose le passage d'un membre de l'équipe soignante de psychiatrie dans les centres médicaux en zone rurale : *" - Il n'y a pas de psychiatres qui passent dans la maisons de santé une fois de temps en temps? - Non ça ce serait très très bien. Un psychiatre il faut pas être trop gourmand non plus mais une infirmière, une psychologue"* MG 7.
MG 2 souhaiterait *"plus de psychiatres, et surtout la mise en place de réseau efficient".*
et MG 4 une augmentation de leur disponibilité "*qu'ils soient plus disponibles surtout ".*

7.5 Favoriser le suivi par le MG

Pour PSY 1 il serait pertinent de *"développer davantage de consultations systématiques préventives, une fois par an avec un examen clinique cardiovasculaire".*

7.6 Améliorer l'information des MG

MG 7 propose *"d'avoir une espèce d'organigramme de la psychiatrie dans la métropole".*

7.7 Dans la prise en charge des urgences

Comme piste d'amélioration de la gestion des situations d'urgences par le MG, MG 6 propose de pouvoir joindre le psychiatre en urgence *"il faudrait qu'on puisse joindre des équipes psychiatriques d'urgences".*

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1 Forces de l'étude

A notre connaissance, il s'agit du premier travail élaboré sur le thème de la collaboration entre MG et psychiatres dans la psychose. Certaines études réalisées portaient sur la collaboration entre MG et psychiatre de manière générale, dans la dépression ou sur la prise en charge de la schizophrénie par les MG.

Cette étude a permis de recueillir à la fois le ressenti des MG et celui des psychiatres tandis que la plupart des études sur la collaboration entre MG et psychiatres dans la psychose ne se sont concentrées que sur le point de vue des MG. Le point de vue des psychiatres permet notamment de mieux comprendre certaines difficultés de collaboration. Une analyse comparative des ressentis permet d'obtenir des résultats approfondis sur le sujet.

Les échantillons, à défaut d'être représentatifs, sont suffisamment variés pour couvrir au maximum la problématique de la collaboration entre MG et psychiatres dans la psychose.

La pratique des entretiens semi-dirigés a permis de s'adapter au plus près à la question de recherche avec un guide évoluant à partir des éléments nouveaux soulevés au cours des entretiens grâce à sa plasticité. La constitution et l'enrichissement des guides d'entretiens des MG et des psychiatres a été fait "en miroir" c'est à dire que les MG et les psychiatres étaient interrogés en alternance, répondant ainsi aux difficultés de collaboration qu'ont pu rencontrer leur confrère de spécialité différente. Cette méthode a permis d'explorer réellement les difficultés rencontrées dans cette collaboration.

La durée des entretiens, qui était en moyenne de 47 minutes, est également un point fort de cette étude car elle a permis aux médecins de prendre le temps de réfléchir, reformuler, préciser, enrichir leurs opinions et démontre également l'intérêt que ce sujet suscite chez les médecins.

1.2 Faiblesse de l'étude

On peut s'interroger sur l'existence d'un biais d'échantillonnage concernant le recrutement des médecins. Étant donné qu'ils étaient informés par téléphone du sujet de l'étude avant de donner leur accord, certains ont pu refuser par manque d'intérêt pour la psychiatrie.
Cependant, pour pallier à ce biais, nous rappelons que le recrutement avait été effectué de manière raisonnée afin d'obtenir un groupe en variation maximale et une hétérogénéité suffisante.

On peut également reprocher le manque d'expérience de la chercheuse pour mener une étude qualitative. La lecture d'articles, d'autres thèses qualitatives et l'expérience de son directeur de thèse habitué à ce genre d'étude ont cependant permis de pallier à cette faiblesse. Des entretiens tests avaient également été réalisés au préalable afin d'acquérir une expérience suffisante.

La petite taille des échantillons, 7 psychiatres et 7 MG, est à prendre en compte dans le degré de généralisation des données extraites de notre étude.

Il n'y a pas eu de triangulation. Ce principe consiste à valider les résultats par la recherche de leur convergence en variant les techniques de recueil de données.
Les entretiens et l'analyse des données ayant été réalisés par un seul chercheur distinct constitue une limite de cette étude.

Le contexte de terrain sur lequel porte l'étude peut être assimilé à un biais au regard de la diversité des contextes d'exercices en France, d'autant plus compte tenu de la grande

disparité territoriale en termes d'équipements, de professionnels, de moyens et d'organisation en psychiatrie (25).

2. Une méconnaissance entre MG et psychiatres basée sur des projections

2.1 MG/Psychiatre. Le jeu des miroirs

Il ressort de cette étude que les MG et les psychiatres se connaissent peu ou pas, leur connaissance mutuelle se limitant le plus souvent à une connaissance nominale qui dépend de plusieurs facteurs tels que la durée d'installation, la taille de la ville, le turnover des médecins. Quand ils se connaissent, ils n'échangent que peu ou pas. Cette méconnaissance est basée sur des projections, dans lesquelles la formation a une place.

Les MG ont plutôt confiance dans leurs compétences, notamment diagnostiques, malgré une formation continue en général insuffisante car leurs compétences s'améliorent avec la pratique. Cependant ils projettent une difficulté persistante dans la manipulation des antipsychotiques.

Pour la plupart des psychiatres, la formation et les compétences des MG sont globalement insuffisantes mais s'améliorent avec la pratique. Ce contraste pourrait être expliqué par un biais de sélection du fait que la plupart des MG qui ont été interrogés avait une appétence pour la psychiatrie et qu'ils ont donc cherché à améliorer activement leurs connaissances. Plusieurs études ont révélé que les MG souffriraient d'un manque de reconnaissance de leurs capacités et de leur rôle de la part des psychiatres (21).

A l'inverse le questionnement des MG sur le psychiatre est plus sur l'être que sur le savoir. La vision de certains MG sur les psychiatres est mitigée. En effet, s'ils les considèrent parfois enfermés, expéditifs, ils estiment néanmoins entretenir des relations cordiales avec eux. A l'inverse, la vision de la psychiatrie est positive, considérée comme indispensable, difficile et peu reconnue. Cette différence pourrait relever d'une incompréhension du fonctionnement des psychiatres, notamment parce que la prise en charge psychiatrique n'est pas aussi codifiée que la médecine somatique, ce qui ternit leur image malgré un attrait de certains MG pour la psychiatrie.

Le fait que cette différence de conception des soins puisse être en cause dans cette incompréhension mutuelle a été retrouvée dans certaines études (12,26). Pour les psychiatres, elle se base sur la capacité du psychiatre à élaborer au cas par cas des attitudes thérapeutiques, tandis que pour les MG elle se base sur les pratiques recommandées, c'est à dire sur l'Evidence Based Medecine. Cette pratique consiste en "l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient, (…) une pratique d'intégration de chaque expertise clinique aux meilleures données cliniques externes, issues de recherches systématiques » (27). Cependant, l'EBM pose problème "dans une discipline comme la psychiatrie où les affections vont des troubles les plus handicapants et permanents à des variations mineures de niveaux de l'anxiété ou de l'humeur, qui impliquent de multiples étiologies et coexistent souvent avec des troubles somatiques et des problèmes sociaux insolubles."(28) et également par le manque d'étude dans le domaine de la schizophrénie permettant de "préciser le degré de certitude des techniques utilisées dans les différents champs d'application."(29).

On peut voir dans la rareté des rencontres un point de rupture dans la relation MG/PSY facilitant une construction manichéiste des projections réciproques.

La volonté de favoriser les rencontres interprofessionnelles de la part de la plupart des MG et des psychiatres sous différentes formes, notamment sous forme de formations, a été retrouvée à plusieurs reprises dans notre étude et de manière quasi constante dans d'autres études (30)(12). Cependant notre étude et une autre étude (21) ont retrouvé que le manque de disponibilité des MG et des psychiatres était un frein à la participation à ces rencontres.

2.2 Un taux important de patients psychotiques sans médecin traitant malgré un probable changement de vision de la psychose par les MG

La faible proportion de patients psychotiques à avoir un médecin traitant pourrait être expliquée par la maladie en elle-même, l'isolement social qui en découle, les hospitalisations (30). On peut penser que les craintes de certains MG vis-à-vis de ces patients pourraient également être en cause. Cependant, dans notre étude, si des difficultés ont été évoquées, elles semblent avoir un retentissement moindre que dans les études 31, 17 et 32 qui retrouvent de plus grandes difficultés à avoir un médecin traitant. Pour certains MG de notre étude, le rôle

du MG et la collaboration dans le cadre de la prise en charge de troubles psychotiques sont moins importants que pour d'autres pathologies psychiatriques. Cependant, la plupart des MG n'ont pas de réticences malgré une prise en charge parfois compliquée, à l'exception d'une MG, qui en a surtout concernant les psychotiques non équilibrés SDF. Cette différence peut s'expliquer par un changement de la vision de la psychose par les MG mais également par le recrutement de MG particulièrement sensibilisés à la prise en charge des psychotiques et par la réalisation de l'étude dans une région qui comporte une densité de MG bien supérieure à la moyenne nationale (33) .

En effet, la vision des psychotiques par les MG est ambivalente et dépend beaucoup de la gravité de la pathologie. Elle est positive pour les patients équilibrés et négative pour les patients les plus atteints. Cette ambivalence pourrait laisser penser que désormais la psychose n'est plus autant stigmatisée qu'avant, et que pour les MG, la psychose peut être du ressort des MG, mais pour les patients les moins atteints.

L'avis des psychiatres dans notre étude va également dans ce sens. En effet, s'ils remarquent une réticence de la part des MG pour les patients psychotiques les plus lourds, en reconnaissant que la gravité de cette pathologie pouvait rendre impossible la prise en charge par un MG de ville, ils ne la tiennent cependant pas responsable du faible taux de patients psychotiques ayant un médecin traitant. Une psychiatre remarque même une évolution positive des mentalités.

On peut ainsi émettre l'hypothèse que le faible taux de patients psychotiques ayant un médecin traitant en France peut être attribué au nomadisme des patients et à l'indisponibilité des MG et non au manque de volonté des MG dont la vision sur les patients psychotiques pourrait avoir changé.

3. Un rôle essentiel du MG dans la prise en charge initiale

Les MG considèrent que le MG a une place essentielle au moment du diagnostic de psychose car il a une relation privilégiée avec le patient et la famille lorsqu'elle est à l'initiative de la consultation.

Plusieurs psychiatres ont remarqué son rôle essentiel au moment du diagnostic car il peut détecter les premiers symptômes et ainsi améliorer le pronostic de la maladie par une détection précoce.

4. Un adressage difficile

Dans notre étude, le choix d'adressage dans le cas d'une suspicion de psychose sans critère de gravité est conditionné par la nécessité d'un délai rapide.

Le regard plus objectif du psychiatre, notamment pour la pose d'un diagnostic, était perçu comme indispensable au moindre doute, à la différence d'autres pathologies psychiatriques telle que la dépression, où il n'est demandé qu'en cas de difficultés.

Si pour la prise en charge de la dépression, les MG semblent préférer adresser vers un psychiatre qu'ils connaissent (30), dans le cadre de la psychose, ils semblent préférer un délai rapide.

Cependant il semble que cette condition soit difficile à remplir, parfois par manque de disponibilité des psychiatres mais surtout par réticence des patients, secondaire entre autre à une vision négative de la psychiatrie, comme cela avait également été retrouvé dans notre étude et dans une autre (34). Le fait que la disponibilité des psychiatres lors de l'adressage semble variable et non unanimement difficile peut être expliqué par une densité élevée de psychiatres dans les lieux d'installation des médecins interrogés (33). Cela peut également être expliqué par le fait que la psychose est une pathologie pouvant susciter un grand intérêt chez les psychiatres comme l'avait remarqué un MG de notre étude.

Sur la catégorie de psychiatres disponibles le plus facilement en urgence, les avis sont très variables. Cependant, seul le MG ayant travaillé en milieu hospitalier avait l'intention d'adresser ses patients en milieu hospitalier. Ce fait peut être interprété comme un manque relationnel des MG avec l'hôpital. Il peut également être la conséquence de l'absence de mention des psychiatres hospitaliers dans les possibilités de recours psychiatriques dans le guide d'entretien alors que les autres catégories de psychiatres étaient mentionnées.

Il semblerait pertinent d'adresser les patients ayant des troubles psychotiques vers un psychiatre de secteur. En effet, une psychiatre considère que les psychotiques lourds doivent

être suivis en CMP car l'accès à une hospitalisation d'un patient pris en charge en secteur de psychiatrie est plus facile en cas de décompensation. De même, un MG considère indispensable que certains patients psychotiques soient suivis par un psychiatre intégré dans un réseau de soins pour cette même raison.

Dans notre étude, certains MG peuvent parfois contacter les psychiatres traitants, mais cela semble être une minorité car la plupart des MG considèrent que les psychiatres sont très difficiles à joindre dans l'urgence. Ceci conforte le fait que la collaboration et la relation entre psychiatre et MG est importante dans la psychose, notamment pour permettre à cet adressage d'être rapide.

Cependant, certains psychiatres considèrent que le psychiatre traitant n'a pas sa place quelle que soit la décompensation psychotique, car dans ce cas le patient doit être adressé aux urgences.

A noter que, dans notre étude, l'adressage est apparu difficile aussi à cause de la réticence des patients ayant des troubles psychotiques à consulter un psychiatre.

5. L'adressage de patients psychotiques nécessitant une hospitalisation en urgence jugé comme étant un des rôles essentiels mais difficiles du MG

Les MG et la plupart des psychiatres dans notre étude, ainsi que la charte de partenariat entre MG et psychiatres (35), s'accordent sur le fait que la prise en charge des patients psychotiques en urgence, parfois avec l'aide des psychiatres, est du ressort du MG, notamment l'établissement d'un certificat dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement. Les psychiatres et les MG admettent qu'elle est source de difficulté pour les MG. En effet, selon des études, 90% des MG déclarent avoir déjà rédigé un certificat médical d'admission en soins psychiatriques (9). Cependant, la prise en charge des psychotiques en urgence est perçue comme difficile par 76% d'entre eux (11).

Il semble même pour certains psychiatres que ce rôle soit plus du ressort du MG que de celui du psychiatre du fait de la proximité que le MG entretient avec son patient et une psychiatre pense que les MG devraient s'investir davantage dans ce rôle. Un MG affirme même qu'il s'agit du rôle principal du MG dans la prise en charge de la psychose.

Cependant, la charte de partenariat précise que les interventions à domicile doivent être coordonnées conjointement par le MG et le psychiatre (35), ce qui semble être rarement le cas dans notre étude.

Certains MG ont exprimé une forte contrariété et une incompréhension quant à la sortie des urgences sans hospitalisation de patients qu'ils jugeaient en danger, interrogeant dans ce travail plus sur le vécu que l'analyse des procédures. Cependant, devant le ressenti de ces MG, une psychiatre avait évoqué la difficulté à hospitaliser en psychiatrie du fait de l'absence de lit disponible dès le début de certaines gardes (il y a plusieurs années). D'autres études seraient nécessaires pour confirmer ce dysfonctionnement et en rechercher la cause. Il est possible qu'un dysfonctionnement du secteur psychiatrique en soit la cause.

6. Le rôle du MG pendant le suivi et la collaboration entre MG et psychiatres perçu différemment

Des différences de perception entre MG et psychiatres ont été mises en évidence concernant les 3 points abordés par notre guide d'entretien. Cela concerne le rôle du MG et du psychiatre à propos de l'initiation du traitement, le suivi, et le renouvellement des traitements antipsychotiques. Elles ont également été mises en évidence concernant l'intérêt d'une collaboration selon l'aspect de la prise en charge, la sévérité de la psychose, le moment de la prise en charge et la capacité du patient à transmettre les informations médicales le concernant. Et enfin, elles ont été mises en évidence concernant la communication pour laquelle il a pu être constaté que les MG et les psychiatres n' affectionnent pas le même moyen de communication.

Les nécessités ressenties de collaboration de part et d'autre ne sont pas synchrones du fait de la perception différente du patient pour les MG par rapport aux psychiatres avec des représentations probablement différentes. La diversité des appétences communicationnelles et le choix des outils est le reflet d'un groupe d'étude riche mais individualisé par sa taille.

Il ressort néanmoins que les MG souhaitent avoir un rôle et une collaboration qui leur permettent d'être reconnus comme étant le coordinateur des soins du patient afin qu'ils puissent le prendre en charge de manière globale. Quant aux psychiatres, ils avaient plutôt

tendance à vouloir limiter le rôle des MG et leur collaboration avec eux à certaines tâches qui seraient spécifiques au MG telles que la prise en charge somatique ou administrative. Il ressort également des entretiens que la collaboration entre MG et psychiatres dans le domaine de la psychose est apparue comme étant essentielle mais relativement mauvaise.
Pourtant, une collaboration efficace entre MG et psychiatres est indispensable pour la bonne prise en charge des patients psychotiques. En effet, une étude (22) constate qu'avoir des contacts réguliers avec les services de santé mentale pour les MG a eu un impact majeur sur la gestion des sujets atteints de schizophrénie précoce, en particulier sur la réduction des délais d'obtention d'une consultation psychiatrique, sur le niveau d'information, sur le diagnostic et le traitement après l'orientation (22). Elle permet également de donner un sentiment de confiance au patient selon notre étude.

Ces différences de perception peuvent être un des obstacle à une collaboration constructive. D'autres facteurs tels qu'un manque de communication selon les MG et un manque de disponibilité selon les psychiatres ont été retrouvés. Ainsi, il semblerait que "le médecin traitant se voit attribuer une fonction de co-thérapeute sans que les psychiatres ne lui donnent les moyens d'assumer ce rôle et sans que les rôles soient clairement définis", comme évoqué dans l'étude 12.

Pourtant des recommandations encadrent leurs rôles respectifs. Ainsi, selon le guide de l'HAS sur les schizophrénies (36) et la charte de partenariat (35), le suivi somatique des effets indésirables des traitements antipsychotiques incombe aux deux professionnels et les psychiatres doivent assurer la "transmission de l'information"(35) au moment de l'adressage, en cas de suivi ainsi qu'en cas d'entrée et de sortie d'hospitalisation. D'autre part, la collaboration ne se limite pas à la prise en charge somatique et administrative car le MG assure le "suivi médical global du patient" (35).

A noter que le plus jeune psychiatre était le plus à l'aise concernant la prise en charge des pathologies somatiques tandis que les psychiatres les plus âgés semblaient les moins à l'aise. Une pratique hospitalière, une formation récente, sont peut-être des facteurs augmentant la compétence des psychiatres à prendre en charge les patients d'un point de vue somatique.

Par ailleurs, il a été constaté également qu'il n'existe pas de projet thérapeutique partagé, ce qui interroge sur l'efficience du parcours de soins.

7. La lettre d'adressage, élément essentiel pour permettre d'établir une collaboration

Dans notre étude, une lettre d'adressage est importante surtout pour débuter une collaboration mais aussi d'un point de vue somatique dans certains cas et parfois pour mettre le patient en confiance.

En effet, certains psychiatres refusent de collaborer avec le médecin traitant en l'absence de lettre d'adressage, notamment parce qu'elle permettrait de lever le secret médical.

Certains psychiatres soulignent l'importance des informations somatiques y figurant, notamment dans le cas de patients polypathologiques, afin d'éviter les interactions médicamenteuses. Cependant la qualité parfois médiocre des lettres d'adressage ne constitue pas une difficulté pour certains psychiatres qui estiment être souvent dans la capacité de récupérer eux-mêmes les informations. L'intérêt principal semble donc résider dans l'établissement d'une collaboration avec le MG pour certains psychiatres.

8. Une disponibilité téléphonique reconnue comme indispensable mais une opinion divergente entre MG et psychiatres sur l'intérêt du courrier de retour

Il semble exister tout comme pour le rôle du MG et la collaboration, des préférences variées concernant les modalités de communication.

Dans notre étude, les MG semblent attribuer une place très importante à la communication écrite. En effet, pour eux, le courrier de retour est essentiel à la coordination des soins, même limité au courrier de retour d'hospitalisation pour l'un d'eux. D'ailleurs, la plupart ne reçoivent de courriers qu'en cas d'hospitalisation et dont ils sont satisfaits. Il est probable que ce soit dû au fait que la transmission aux MG d'un courrier de retour est perçue comme étant obligatoire en cas d'hospitalisation par les psychiatres et visiblement pas en cas de consultation. A tel point qu'il semble que la collaboration repose sur les courriers d'hospitalisation envoyés au MG dans certains cas.

Cependant, aucun psychiatre ne mentionne son importance parmi les critères d'une bonne coopération. Il n'en est pas de même pour la communication orale à laquelle ils semblent accorder plus d'importance. En effet, dans notre étude et dans d'autres études, la disponibilité téléphonique est indispensable à une bonne collaboration, d'autant plus pour la prise en charge de la psychose aussi bien pour les psychiatres (12) que pour les MG (30). Cette nécessité de disponibilité téléphonique a en effet été retrouvée dans l'étude 12, du point de vue des psychiatres qui jugeaient la communication orale plus efficiente, plus informative que la communication écrite. Cependant, les MG remarquaient des difficultés pour joindre téléphoniquement les psychiatres, il est donc probable que cette contradiction entre la disponibilité des psychiatres perçue par les MG et par les psychiatres eux-mêmes soit secondaire à un biais de sélection de psychiatres particulièrement collaboratifs.

Dans notre étude, la communication avec les psychiatres libéraux semble moins difficile qu'avec les psychiatres hospitaliers. Cette constatation, si elle est avérée, pourrait être expliquée par la proximité géographique du psychiatre libéral et de la secrétaire, et par le fait que plusieurs psychiatres hospitaliers prennent en charge un même patient hospitalisé, rende plus difficile l'identification d'un interlocuteur.

Pourtant, la transmission d'information est recommandée par la charte de partenariat (35) (cf paragraphe 6) et est encadrée par les textes de lois.
En effet, selon l'article 63 du code de déontologie, "Le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible". Le code de déontologie impose également aux médecins de se tenir informés entre eux que ce soit dans le cadre où ils sont plusieurs à le prendre en charge (article 64) ou lorsqu'ils ont été sollicités par le médecin traitant (article 60) (37).
Concernant les difficultés que relevaient les MG à joindre les psychiatres hospitaliers, il est recommandé dans la charte de partenariat (35) que "le secteur de psychiatrie assure au médecin généraliste traitant un accès téléphonique direct à un psychiatre senior de l'équipe".

Quand une communication écrite est choisie, les moyens de communication sont variés. Si le courrier semble le moyen de communication privilégié, il semble que le mail soit perçu comme un moyen de communication intéressant. Mais certains obstacles tels que le manque de confidentialité et un usage peu répandu freinent son utilisation, malgré l'existence de messageries sécurisées qui ne semblent pas convaincre certains médecins.

Les psychiatres interrogés, pour la plupart conscients des difficultés que peuvent avoir les MG à les joindre, semblent avoir trouvé des outils facilitants pour qu'ils puissent les contacter plus rapidement, telle que la transmission de leur numéro de téléphone portable. Ils pensent être ainsi plus facilement joignables que ce qui est apparu du ressenti des MG. Cette contradiction est probablement secondaire à un biais du fait que les psychiatres ayant accepté de participer à l'étude seraient particulièrement coopérants.
Les MG, eux, sont jugés comme étant facilement joignables par les psychiatres.

9. Une absence de retour d'information plurifactorielle

Le manque de temps et d'informations pertinentes à transmettre, ainsi qu'une incertitude concernant la nécessité pour les MG de connaître précisément le diagnostic dans le cadre d'un trouble psychotique, ont été évoqués par certains psychiatres dans notre étude et dans l'étude 12 pour expliquer cette absence de communication.
Cependant, le patient serait malgré lui également une cause de cette absence de communication. En effet, sa capacité à transmettre lui-même les informations a été avancée par certains psychiatres pour justifier qu'ils ne la transmettent pas eux-mêmes.
Pour qu'ils puissent transmettre ces informations au MG, les patients doivent donc avoir la capacité, l'envie et la connaissance du rôle d'intermédiaire qui lui est attribué, ce qui n'est pas le cas selon les MG.
Il serait intéressant de connaître l'avis des patients à ce sujet.

10. Un partenariat nécessaire avec le patient

L'enjeu de l'amélioration de la collaboration est avant tout pour l'amélioration de la prise en charge du patient et pourtant il est curieux de constater, comme dans l'étude 12, que l'avis et l'intérêt du patient ont été peu évoqués au cours des entretiens.

Le désir des psychiatres d'impliquer les patients psychotiques dans la collaboration avec le MG renvoie à la notion de "patient partenaire" qui consiste à impliquer le patient dans sa prise en charge comme s'il était soignant.

En effet, comme décrit dans l'article 38, la notion de "patient partenaire" est "un partenariat entre les intervenants et les patients où ces derniers sont reconnus : 1) pour leurs savoirs expérientiels de la maladie ; 2) comme des membres à part entière de l'équipe, et en cela considérés comme des soignants ; et 3) comme les personnes légitimes pour prendre les décisions les plus adaptées à leur projet de vie."

C'est justement cette notion de partenariat avec le patient que pratiquait une psychiatre de l'étude qui avait déclaré améliorer l'observance de ces patients et la relation médecin-patient en décidant avec ses patients psychotiques d'éventuelles pauses dans le traitement antipsychotique.

On peut en effet penser que ce partenariat augmente l'implication des patients dans leur pathologie ce qui semble particulièrement intéressant dans le cadre de patients atteints de troubles psychotiques. Cette technique pourrait sans doute réduire le déni et l'inobservance de ces patients en les impliquant davantage dans leur prise en charge.

11. Une conception restrictive du secret médical pouvant être un frein à la collaboration

Dans notre étude, nous avons remarqué que certains psychiatres et MG ne transmettent pas toutes les informations dans leur courrier.

Le diagnostic semble être l'information la plus susceptible d'être omise et décrite de façon la plus vague. Plusieurs causes ont été retrouvées pour expliquer cette sélection du diagnostic. Certaines ont été retrouvées aussi bien dans notre étude que dans d'autres études telles que la crainte de stigmatiser le patient (12). Le fait que la pose d'un diagnostic en psychiatrie prend du temps (12), qu'il est mouvant (26) a également été évoqué dans notre étude. Le secret médical, comme dans la thèse 12 dans laquelle les psychiatres voulaient "garder le contrôle de

la transmission d'informations et donner la priorité à la protection du patient et à la confidentialité des échanges, " a également été retrouvé . D'autres causes n'ont pas été retrouvées dans notre étude mais n'ont pas non plus été recherchées telles que le fait que l'impossibilité de mentionner le diagnostic "sans dévoiler au moins un peu de l'histoire personnelle du patient" et le fait que le diagnostic "ne renvoie pas nécessairement à la même réalité psychopathologique pour les psychiatres et les autres médecins" (26). Ainsi, ils ne détermineraient pas le traitement de manière aussi impérative en psychiatrie qu'en médecine somatique (26).
Par ailleurs, certains MG dévoilent la totalité du contenu du courrier de retour devant le patient comme cela a été retrouvé dans notre étude et dans d'autres (12) au risque d'aller à l'encontre du désir du psychiatre. Cette attitude peut expliquer une certaine méfiance de certains psychiatres à transmettre certaines informations au MG, de peur qu'ils les transmettent sans filtre aux patients.

Pour rappel, le secret partagé est autorisé entre professionnels. La loi du 4 mars 2002 (39) stipule que :
« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible ».
Ainsi, vu que logiquement l'autorisation du patient doit être systématiquement demandée, on peut faire l'hypothèse que, même si cette cause n'a été évoquée par aucun psychiatre dans aucune étude, un simple oubli de demander l'autorisation au patient de transmettre ses informations au MG puisse être une explication à la non transmission d'information au médecin traitant.

Cependant, il peut être également légitime de se poser la question de la réelle nécessité de la transmission de ce diagnostic, au vue de l'avis d'une psychiatre et de certains MG de notre étude qui estiment qu'un diagnostic de l'ordre de la psychose sans plus de précision, déduit de la prescription d'antipsychotique, leur semble être suffisant. Mais dans notre étude, d'autres MG souhaitent avoir l'ensemble des informations concernant le patient, notamment dans le cadre de la continuité des soins et en cas d'hospitalisation urgente. Cela paraîtrait concordant

avec l'article 40 du code de déontologie qui considérait "utile qu'il (le diagnostic) soit partagé avec le généraliste dans les cas où ce dernier prend en charge le traitement médicamenteux ou bien si le patient risque de se trouver dans une situation de crise qui imposerait des interventions urgentes" (37) ce qui est le cas de la psychose car le MG peut être amené à gérer des situations urgentes.

Il semble par ailleurs que certaines formalités administratives rendent indispensable, aussi bien pour les MG que pour les psychiatres, la transmission du diagnostic et constituait d'ailleurs un motif de transmission du diagnostic pour les psychiatres.

En outre, les traitements antipsychotiques peuvent également être prescrits dans le cadre d'autres pathologies psychiatriques, ils ne permettent donc pas d'évoquer avec certitude un diagnostic.

Il aurait été intéressant de savoir pourquoi certains psychiatres ne cherchent pas à s'enquérir de l'opinion du patient concernant la question de la divulgation de son diagnostic et de manière générale sur la collaboration qu'il souhaiterait entre son MG et son psychiatre.

12. La particularité du MG exerçant en milieu rural

Les propos d'un MG exerçant un milieu rural témoignaient d'une plus grande aisance dans la prise en charge des patients psychotiques, dans l'adressage et la collaboration avec les psychiatres et d'un plus grand investissement que d'autres MG. Cela a pu être constaté notamment en ce qui concerne la surveillance des effets indésirables des antipsychotiques, les modifications thérapeutiques, le suivi partagé, la collaboration avec la psychiatre qui exerce dans sa maison de santé. L'isolement, la pauvreté des moyens à disposition l'ont sans doute incité à être plus autonome et collaboratif.

13. Pistes d'amélioration

13.1 Une nécessité d'information et de communication.

Les opinions recueillies ont été très diverses dans chacun des 2 groupes aussi bien sur le rôle du MG que sur la collaboration et la communication. On peut penser que des moyens permettant une uniformisation de ces opinions ou du moins une connaissance des attentes respectives permettraient d'améliorer la collaboration. C'est pourquoi, des initiatives visant à favoriser la connaissance des médecins entre eux, à améliorer la communication, à améliorer la formation des médecins et à promouvoir les textes encadrant cette collaboration, ont toute leur place.

13.2 Des rencontres interprofessionnelles

L'organisation de rencontres interprofessionnelles sous forme de staffs, de formations continues proposées par les médecins pourraient être organisées par la CPAM, l'IRPS, les CHU. Ce constat ressort plus d'un vœu pieux que d'une proposition proactive. Certains médecins ont également proposé des rencontres informelles .
Certains médecins ont proposé l'organisation de rencontres par l'intermédiaire des laboratoires, cependant cette solution m'apparaît comme étant peu éthique.

13.3 Réorganiser le système de soins

Les propos d'un psychiatre d'une clinique privé, pour lequel l'organisation de rencontres entre MG et psychiatres ne semble avoir de sens que pour les psychiatres sectorisés, suggèrent qu'une meilleure collaboration entre les secteurs privés et publics en psychiatrie aurait un impact positif sur la collaboration. D'autant plus que la collaboration de certains MG avec les cliniques privées en cas d'hospitalisation a semblé efficiente.
Par ailleurs, la disponibilité des psychiatres reste un obstacle majeur déjà connu (12). Le manque de lit en psychiatrie au sein des hôpitaux publics a été supposé par certains MG devant la difficulté à obtenir une hospitalisation pour des patients adressés au CAP et a été évoqué par une psychiatre.
Cependant, les difficultés d'accès aux soins ne peuvent être expliquées par une diminution des ressources consacrées aux soins psychiatriques, une diminution du nombre de psychiatres ou

du personnel soignant. En effet, les moyens consacrés à la psychiatrie progressent et le nombre de psychiatres n'a cessé de progresser passant de 13200 en 1999 à 15388 en 2018 (33)(40)(25). La densité de psychiatre est même supérieure à la moyenne européenne (2,2 versus 1,1 pour 10 000 habitants tout comme le nombre de lit (9,5 versus 6 pour 10 000 habitants) (41).

Cependant la répartition inégale des moyens expliquerait "les difficultés dans lesquelles se trouvent certains services ou territoires" (25). "L'architecture du dispositif de soins psychiatriques " nécessiterait donc d'être "redessinée pour améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des patients " (25).

Quatre propositions ont été développées par le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques (25).

La première proposition porte sur "l'identification de quatre fonctions à remplir par le dispositif de soins publics et privés, pour exercer les missions qui lui sont confiées : les soins, l'urgence, le soutien partenarial, l'action inter-partenariale". A chacune de ces fonctions devront correspondre "des moyens d'intervention et un dispositif de coordination, territorialisés."

La deuxième proposition, est que "tous les services publics de psychiatrie membres d'une communauté psychiatrique de territoire devraient appartenir à un même groupement hospitalier de territoire" afin "d'organiser une offre de soins ouverte sur un partenariat multiple (médecine somatique, services sociaux, médico-sociaux, éducatifs, usagers…) ".

La troisième proposition consisterait à "réduire le contraste actuel entre offre sectorisée et non sectorisée, en favorisant la diversification de l'offre de soins, tout en maîtrisant les dépenses."

La quatrième proposition propose de "développer les complémentarités entre public et privé".

13.4 Améliorer les moyens de communication entre médecins

Il pourrait être intéressant de développer la téléexpertise (42) et la téléconsultation pour réduire les délais de prise en charge et permettre de rémunérer l'avis des psychiatres ce qui pourrait les inciter à coopérer. En effet, dans notre étude, un psychiatre avait remarqué que la non rémunération de la collaboration pouvait être un frein à son investissement

collaboratif. Depuis février 2019, la téléexpertise “permet à un médecin de solliciter l’avis d’un confrère face à une situation médicale donnée et d’assurer ainsi une prise en charge plus rapide des patients” (42). Elle concerne “les patients pour lesquels l’accès aux soins doit être facilité au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique, dont les patients en ALD”(42), ce qui est le cas des patients psychotiques.
La téléexpertise pourrait être une solution à ce frein. En effet, elle permet une rémunération à hauteur de 20 euros par téléexpertise, dans la limite de 2 actes par an, par médecin, pour un même patient, pour les téléexpertises de niveau 2, c’est-à-dire qui “nécessitent la connaissance préalable du patient par le médecin téléexpert” et qui incluent les “situations médicales complexes” nécessitant une “étude approfondie”. Cette option n’est donc pas possible dans le cadre d’une première décompensation psychotique ce qui semble logique. Elle pourrait cependant être intéressante pour solliciter l’avis du psychiatre traitant d’un patient présentant une décompensation psychotique peu sévère dans un endroit reculé. Sur internet, deux services de psychiatrie proposent des téléexpertises mais exclusivement pour les résidents en EHPAD.

“MSSANTE” est la messagerie sécurisée proposée par l’ordre des médecins à tous les médecins inscrits à l’ordre des médecins et dont il serait intéressant de promouvoir l’existence de manière à ce que les médecins, qui auraient des difficultés à avoir accès à une messagerie sécurisée, en prennent connaissance (43).

Une voie de communication privilégiée, comme par exemple un téléphone portable dédié aux médecins en psychiatrie libérale ou un DECT pour les psychiatres hospitaliers, pourrait être une solution, en particulier concernant les psychiatres hospitaliers avec lesquels la communication semble la plus problématique.
Cette ligne téléphonique pourrait être sécurisée entre professionnels de santé de manière à ce que les médecins puissent être certains de l’identité du médecin qui souhaite le joindre.

Consacrer une plage horaire à la collaboration en étant téléphoniquement disponible, et en informer les différents intervenants pourrait également être une option.

D'autres moyens déjà connus pourraient être développés pour faciliter la communication et la transmission d'informations tels que l'utilisation du dossier partagé, notamment pour substituer la lettre d'adressage. La transmission d'une synthèse annuelle des patients suggérée par un psychiatre est une idée novatrice. La carte vitale permet déjà le partage des traitements remboursés par la sécurité sociale comme l'avait fait remarqué un MG de l'étude.

13.5 Informer les MG sur les troubles psychotiques et sur le fonctionnement de la psychose

Une amélioration de la formation initiale et continue est évidemment suggérée, notamment sur les symptômes débutants, car nous avons vu que le pronostic est plus réservé si le diagnostic est fait tardivement. Une formation sur la conduite d'un entretien psychiatrique avait été suggérée et est novateur car totalement absente de la formation initiale. Une augmentation des places en stage de psychiatrie lors de l'internat de médecine générale semble être bénéfique pour l'acquisition de connaissances et pour une collaboration future.

Seules 2 formations de DPC sur la psychose à l'attention des MG à Paris et à Marseille ont été proposées en 2019, dont une qui a pour but justement d'aider les MG à identifier les symptômes psychotiques discrets. Cela semble peu. Je n'ai par ailleurs trouvé aucune formation en ligne s'adressant au MG.
Le site FUN–MOOC propose des cours en lignes gratuits sur des sujets variés qui peuvent être visionnés de manière fractionnée en fonction de ses disponibilités. Une formation de ce type sur la psychose, de manière à pallier le manque de temps des médecins, pourrait enrichir la formation des MG.

La CPAM pourrait mettre à disposition des MG un organigramme de la psychiatrie dans chaque département.

13.6 Dédier le rôle de collaborateur à une tierce personne

Une MG avait proposé l'idée qu'une personne non médecin soit dédiée à cette collaboration et certains MG proposent une amélioration du relai ville-hôpital. Le poste d'infirmier coordinateur de parcours de soins en psychiatrie existe déjà et a pour rôle, entre autre, d'améliorer la coordination lors de parcours de soins complexes à travers "la Co-construction de projet de soins personnalisé, la liaison ville Hôpital, le développement du réseau et des partenariats" (44). Il pourrait être intéressant que ces postes soient généralisés.

13.7 Promouvoir l'existence de la charte de partenariat et du code de déontologie encadrant cette collaboration.

La charte de partenariat (35), le guide ALD sur la schizophrénie (36) ainsi que les articles 60, 63 et 64 du code de déontologie (37) encadrent la collaboration entre MG et psychiatre.

On peut penser que la diffusion de ces textes permettrait une uniformisation des avis des médecins et donc une amélioration de la collaboration.

Il serait donc intéressant d'en promouvoir la diffusion auprès des MG et des psychiatres.

BIBLIOGRAPHIE

1. Caisse nationale d'assurance maladie. Améliorer La qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. Paris: Cnam; 2018. (cité 25/11/2019) Disponible sur le site https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf

2. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Munk Laursen T. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. The British Journal of Psychiatry 2011. 199 (6) 453-458

3. Fédération française de psychiatrie, Conseil national professionnel de psychiatrie. Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie. Paris, FFP, 2015. (cité 25/11/2019) Disponible sur le site: http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf

4.Hennekens CH1, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. American Heart Journal 2006, 151(5):e8

5.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. 2018. p. 122.

6. Auquier P, Lançon C, Rouillon F, Lader M, Holmes C. Mortality in schizophrenia Pharmacoepidemiology and drug safety 2006;12:839-899 .

7. JT oud M, Meyboo-de Jong B. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. BMC Family Practice 2009, 10 :32

8. AFSSAPS. Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques. 2010 (cité 25/11/2019) Disponible sur le site: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6b3aa2489d62f9ee02e5e6200861b2e0.pdf

9. Carpin Jamila. Décompensation du patient psychotique nécessitant une intervention du Smur: profil du patient et place du médecin généraliste dans le parcours de soins, [Thèse de médecine générale], Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD Des Antilles. Guadeloupe, 2017 (cité 25/11/2019) Disponible sur le site: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01625537/document

10. Dupon Chloé. Patients psychotiques face à leur médecin généraliste: leurs demandes et leurs attentes, Thèse de médecine, Université de Nantes, 2011. (cité 25/11/2019) Disponible sur le site http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/930b1a61-c2a0-4a8e-a94c-e459c9e45d4f

11. Breton Nathalie. La place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie, [Thèse de médecine générale], Université de Limoges, 2005. (cité 25/11/2019) Disponible sur le site: http://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/f22df43e-c010-4a22-b604-d015202f6bc5/blobholder:0/M2005114.pdf

12.Catherine Pierre-Hubert. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : une enquête qualitative, [Thèse de médecine générale], Faculté mixte de médecine et de Pharmacie de Rouen, 2012. (cité 25/11/2019) Disponible sur le site: https://psychaanalyse.com/pdf/POINT%20DE%20VUE%20DES%20PSYCHIATRES%20SUR%20LEUR%20COMMUNICATION%20AVEC%20LES%20MEDECINS%20GENERALISTES%20-%20ENQUETE%20(104%20pages%20-%201,3%20Mo).pdf

13. Haute Autorité de Santé, Programme pluriannuel Psychiatrie et santé mentale 2018-2023, 2018 (cité 25/11/2019) Disponible sur le site: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme_pluriannuel_psy_sante_mentale_2018_2023.pdf

14. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. Am J Psychiatry, 2005 , 162 (10): 1785-804

15.Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. Arch Gen Psychiatry, 2005 Sep, 62, 975-983

16. McDaid D, Park A-La, Lemmi V, Adelaja B, Knapp M. Growth in the use of early intervention for psychosis services: An opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability. London, London school of economics and political science, 2016. (cité 25/11/2019) Disponible sur le site: http://eprints.lse.ac.uk/65630/1/__lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_PSSRU_Growth%20in%20the%20use%20of%20early%20intervention_2016.pdf

17. Montariol P, Guillard M, Bollengier O, Escaffre-Groussard N, Hallouche N, Petitdemande M, Greacen T. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? L'information psychiatrique 2006/10 82: 793-800 cité (25/11/2019) Disponible sur le site: https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2006-10-page-793.htm

18. Simand Mathilde, Windey Claire, Collaboration médecins généralistes et psychiatres : cas particulier du syndrome métabolique sous antipsychotiques atypiques. Thèse de médecine, Faculté de médecine de Grenoble, 2012. (cité 25/11/2019) Disponible sur le site: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00666961/document

19. Gignoux-Froment F. Les antipsychotiques en médecine générale : diagnostic, surveillance et prise en charge du syndrome métabolique, en Médecine. 2009,Thèse de médecine, Université Paris Descartes: Paris. (cité 25/11/2019) Disponible sur le site: https://www.anp3sm.com/wp-content/uploads/2014/06/F-Ginoux-Froment-Les-antipsychotiques-en-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale.pdf

20. Chastagner Anne-Sophie, Analyse de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres: Enquête de pratiques avant l'introduction d'une Charte de partenariat dans le 8ème arrondissement de Lyon. Thèse de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon, 2016. (cité 25/11/2019) Disponible sur le site: http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/f31be33a-086e-4eee-8e9a-007f30b50c16/blobholder:0/THm_2016_CHASTAGNER_Anne-Sophie.pdf

21. Rouault Charlotte. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015 : constats et phénomènes entrant en jeu dans le développement de la collaboration sur le terrain. Thèse de médecine, Université de Grenoble Alpes, 2016 cité (25/11/2019) Disponible sur le site: https://pdfs.semanticscholar.org/fc5d/aa7bb2fe9bcaff786860d3c511c6458ad28a.pdf

22. Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R,Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? A postal survey in South-Western France. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40(11):892-8.

23. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Citee J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». exercer 2009;87:74-9.

24.Aubin-Auger I, Mercier A, BaumannL, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:142-5.

25 . Lopez A Turan- Pelletier G. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Inspection générale des affaires sociales 2017. cité (25/11/2019) Disponible sur le site https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/184000071.pdf

26. Laboutière J-J. Psychiatrie de ville et coordination des soin L'information psychiatrique 2017 93:746-753

27. Nau J Y. Dépasser le réductionnisme de l'evidence-based medicine. Rev Med Suisse 2018. 14:500-501

28. Thurin J M , Thurin M, Briffault X. Évaluation des pratiques professionnelles et psychothérapies. Dans L'information psychiatrique 2006/1 (82):39-47

29. Masson A, De Nayer A, Dubois V, Pirson O, D Application de l'evidence based medicine (EBM) dans la schizophrénie Supplément à Neuron 2008;13(9)

30.Ribaud Stéphanie. Collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres dans la prise en charge de la dépression. 2011. Thèse de médecine générale. Université Henri Poincaré, Nancy. cité (25/11/2019) Disponible sur le site: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_RIBAUD_STEPHANIE.pdf

31.Bohn I, Aubert JP, Guegan M, Guillard M, GreacenT, Lejoyeux M, et al. Patients psychiatriques ambulatoires. Quelle coordination des soins ? Rev PratMG 2007;21(770-771):511-4

32.Norton JL, Rivoiron-Besset E, David M, Jaussent I,Prudhomme C, BoulengerJP, et al. Role of the general practitioner in the care of patients recently discharged from the hospital after a first psychotic episode: influence of length of stay. Prim Care Companion CNSDisord 2011;13(5):PCC.11m01180

33. Ministère des solidarités et de la santé.data. Drees Etudes statistiques. Tableau 7. Densité de médecins par spécialité, modes d'exercice regroupés et zone d'inscription. (cité 25/11/2019) Disponible sur le site:http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3795

34.Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. How do general practitioners manage
subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? A postal survey in South-Western France. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40(11):892-8.

35. Müller C, Druais P-L. Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur, F2RSM Psy, 2014 (cité 25/11/2019) Disponible sur le site: https://www.f2rsmpsy.fr/549-charte-partenariat-médecine-générale-psychiatrie-secteur.html

36. Haute Autorité de Santé. Affection de longue durée Schizophrénies. Juin 2007. (cité 25/11/2019) Disponible sur le site :
https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf

37. Ordre National des Médecins. Code de déontologie médicale 2017. p.17-18. (cité 25/11/2019) Disponible sur le site: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf

38. Flora L, Karazivan P, Dumez V, Pomey M-P. La vision « patient partenaire » et ses implications : le modèle de Montréal. Rev PratMG 2007. 66 :371 - 375

39 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : cité 25/11/2019) Disponible sur le site : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000002041523&cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id

40. Cases C, Salines E. Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage. Revue française des affaires sociales 2004/1:181-204

41. Organisation mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales. 2014. (cité 25/11/2019) Disponible sur le site: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131954/9789240692688_fre.pdf;jsessionid=B200083976AF9FEA646FEA6CB6B67A5D?sequence=1 (en ligne le 23/09/19)

42. Améli. La téléexpertise 2019 cité (25/11/2019) Disponible sur le site: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise

43. Mailiz La messagerie sécurisée proposée par les Ordres de santé. cité (25/11/2019) Disponible sur le site: https://mailiz.mssante.fr/

44. Meyer M-A. Mission IPA – Infirmière Coordinatrice Parcours de Soins 2018. (cité 25/11/2019) Disponible sur le site http://www.ghu-paris.fr/fr/2018/09/03/zdzd/

ANNEXE 1

Guide d'entretien final du psychiatre

Présentation personnelle et rappel des modalités de l'entretien (cf guide d'entretien médecin généraliste)

1) QUESTIONS PRATIQUES :

- Relatives à l'activité des interviewés : [âge? durée d'installation? mode d'exercice ambulatoire hospitalier CMP ou mixte? exercice urbain semi rural ou rural? nombre de patients vus par jour? convention? orientation thérapeutique(générale, psychanalyse neuroscience, TCC?]

- Pratiquez-vous plutôt la chimiothérapie , la psychothérapie, les 2 ?

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

2)RÔLE ET VISION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Quelle est la place du médecin traitant dans la psychose?[diagnostic? gestion? attentes? conception du partage du suivi? prise en charge somatique? Thérapeutique? Urgences? capacités?]

Comment les connaissez-vous? Comment incitez-vous vos patients à avoir un médecin traitant? Quelle est selon vous la vision des médecins généralistes sur la psychiatrie et les psychiatres?

3) RECOURS AU PSYCHIATRE

Quels sont les critères à remplir pour qu'un patient qui vous est adressé par le médecin généraliste pour suspicion de troubles psychotiques soit pris en charge de manière efficiente? Quelle est pour vous une prise en charge optimale d'un patient qui vous est adressé par un médecin généraliste pour suspicion de psychose?

4) COLLABORATION ENTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET PSYCHIATRE

Quel besoin de collaboration avec les médecins traitants ressentez -vous(quelle est l'importance d'une bonne collaboration?)?A quoi correspond pour vous une bonne collaboration?

Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées lors de cette collaboration? Comment les surmonter?

Communication: Recevez-vous un lettre d'adressage? Répond t-elle à vos attentes? Faites-vous un courrier de retour? Quelles informations transmettez-vous?

Comment qualifieriez-vous les relations que vous avez avec les médecins généralistes? Relations différentes par rapport aux autres spécialistes? Quelles sont les pistes d'amélioration?
Que pensez-vous de l'intérêt d'une rencontre interdisciplinaire? "
si oui "comment verriez-vous le déroulé d'une telle rencontre?
Quels sont les critères indispensables à la réalisation et la bonne marche de ce type de rencontres?

ANNEXE 2

Guide d'entretien final du médecin généraliste

1) QUESTIONS PRATIQUES :

- Relatives à l'activité des interviewés : [âge? durée d'installation? mode d'exercice seul ou en association? exercice urbain ou rural? activités annexes? maître de stage?]nb de patient par jour

- Relatives à leur prise en charge de la psychose: [quantité de patients psychotiques pris en charge? type de psychose? Disponibilité pour patients psychotiques?]

- Relatives à leur formation en santé mentale : [opinion sur leur formation en psychiatrie de manière générale et dans la psychose, formation suffisante pour prise en charge de la psychose?]

2)ROLE DU MEDECIN GENERALISTE

Place du médecin traitant dans la psychose?[diagnostic? suivi? attentes? conception du partage du suivi? prise en charge somatique? Urgences? Capacités? thérapeutique?]

3)RECOURS AU PSYCHIATRE

Critère de recours: [moment? raisons? organisation de la prise en charge en urgence]

Demande:[patient? médecin traitant? famille? Réticences? manière de les surmonter?]

Attentes: [diagnostic? thérapeutique?(médicamenteux , psychothérapie) délai de prise en charge? Retour du patient?]

Modalités:[courrier? appel direct? A qui? (CMP , psychiatre libéraux)]

4)COLLABORATION ENTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET PSYCHIATRE

Quel besoin de collaboration avec les psychiatres ressentez-vous(quelle est l'importance d'une bonne collaboration)? Qu'est-ce qu'une bonne collaboration?

Quelles difficultés rencontrez-vous? Comment les surmonter?

Communication: Quelles informations transmettez-vous? Recevez-vous un courrier de retour? répond -il à vos attentes?

Comment qualifieriez-vous les relations que vous avez avec les psychiatres? Relations différentes par rapport aux autres spécialistes? Comment les connaissez-vous? Quelle est votre vision de la psychiatrie et des psychiatres? Quelles sont les pistes d'amélioration?

Que pensez-vous de l'intérêt d'une rencontre interdisciplinaire?"
si oui "comment verriez-vous le déroulé d'une telle rencontre?
Quels sont les critères indispensables à la réalisation et la bonne marche de ce type de rencontres?

RÉSUMÉ

La prise en charge des troubles psychotiques a longtemps été attribuée exclusivement aux psychiatres.
Cependant, aujourd'hui, les patients auraient tout à bénéficier d'une collaboration fructueuse entre médecins généralistes et psychiatres. La morbidité associée à la psychose et à son traitement est multifactorielle et génère une perte de chance importante. Un cadre légal et des recommandations existent pour tenter de définir la place du MG et les modalités de collaboration et de communication avec les psychiatres. Malgré ce constat le parcours de soins reste compliqué et les difficultés de collaboration persistent au détriment de la prise en charge des patients psychotiques.
Quelles sont les attentes, les obstacles et les ressentis des MG et des psychiatres concernant leur collaboration mutuelle pour la prise en charge des patients psychotiques adultes ?

Méthode

Etude qualitative, selon la théorie ancrée, d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes et de psychiatres avec saturation des données après 14 interviews.

Résultats

Il a été constaté que les psychiatres et les MG ont de grandes diversités de conceptions et de perception des rôles et de la collaboration des MG et des psychiatres. Les psychiatres justifient l'insatisfaction des MG quant au peu d'informations qui leur sont transmises par un manque de disponibilité, le questionnement de la pertinence de l'accès à ces informations, ainsi qu'une impossibilité de divulguer le secret médical.

Conclusion

La diversité des conceptions de la place du MG dans la psychose pourrait être à l'origine du clivage des opinions sur la modalité et même l'intérêt de la collaboration des MG et des psychiatres.

Une amélioration de la connaissance des MG et des psychiatres entre eux par le biais de rencontres ainsi que la promotion de la charte de partenariat entre MG et psychiatres pourrait permettre d'améliorer cette collaboration. Le modèle du patient partenaire pourrait être une piste d'amélioration.

Mots clés :

Troubles psychotiques / collaboration / méconnaissance/ interprofessionnel

ABSTRACT

The treatment of psychotic disorders was for a long time the exclusive domain of psychiatrists.
Today, patients have everything to gain from a fruitful collaboration between generalists and psychiatrists. Morbidity associated with psychosis and its treatment is multifactorial and generates a significant loss of chance. A legal framework and recommendations exist to try to define the place of GPs and the methods of collaboration and communication with psychiatrists. Despite this observation, the care path remains complicated and the difficulties of collaboration persist to the detriment of the care of psychotic patients.What are the expectations, the obstacles and the feelings of GPs and psychiatrists concerning their mutual collaboration in the care of adult psychotic patients?

Method

Qualitative study, based on the grounded theory, of semi-structured interviews with general practitioners and psychiatrists with data saturation after 14 interviews.

Results

It has been found that psychiatrists and GPs have a wide variety of conceptions and perceptions of the roles and collaboration of GPs and psychiatrists. Psychiatrists justify MG's dissatisfaction with the little information given to them by lack of availability, the questioning of the necessity for access to this information, as well as impossibility to disclose classified medical information.

Conclusion

The diverse conceptions of the GPs' place in psychosis could be the origin of the difference of opinion on the method and even the interest of collaboration between GPs and psychiatrists.
The improvement of the relationship between GPs and psychiatrists through meetings and the promotion of the partnership charter could help improve their collaboration. The partner patient model could be a means of improvement.

Keywords:

Psychotic disorders / collaboration / ignorance / interprofessional

Titre en anglais: The collaboration between general practitioners and psychiatrists in the care of patients with psychotic disorders

ARTICLE

I - INTRODUCTION

Les troubles psychotiques représentent un vrai défi de santé publique.
De par leur nombre d'abord : en effet, en 2016, il existait une prévalence de 7,3 pour 1000 parmi les assurés sociaux, de patients qui étaient pris en charge pour un trouble psychotique ayant justifié une Affection Longue Durée ou une hospitalisation [1]. De par leur espérance de vie réduite, enfin : les personnes atteintes de maladie mentale sévère ont une espérance de vie réduite de 15 à 20 ans comparée à celle de la population générale [2]. Ceci s'explique par différents facteurs : une prévalence élevée de pathologies addictives, des facteurs iatrogènes [3], un risque suicidaire 2 à 3 fois plus élevé avec 20% de tentatives de suicides [4] [5]. Ils présentent une plus grande fréquence de maladies cardio-neurovasculaires ou de cancers du poumon [1] et sont sujets à une prise en charge plus tardive. Enfin cette population a un faible recours aux soins non psychiatriques et ne bénéficie pas d'une prise en charge somatique adaptée [3] [6].
Les difficultés de collaboration connues entre MG et psychiatres [7] [8] [9] empêchent le MG d'avoir un rôle central dans la psychose, principalement par défaut de communication [10]. Du point de vue des psychiatres, les courriers d'adressage ne sont pas assez informatifs [11].
Selon une étude, les obstacles à cette communication pourraient être une méconnaissance des médecins des MG , de leur rôle et de leurs attentes [8], ainsi que des "spécificités des pathologies psychiatriques telles que la difficulté diagnostique, l'évolutivité et la stigmatisation persistante" [8].
Selon une autre étude, ils admettent aussi un "manque de disponibilité lié à des facteurs politico-démographiques non modifiables à l'échelle du soignant" [9].

Hypothèse et question de recherche

Notre hypothèse est que, la collaboration entre MG et psychiatres étant problématique de manière générale, elle l'est sans doute également dans le cadre de la psychose, avec quelques spécificités liées à la psychose elle-même.

Notre question de recherche porte sur la collaboration entre MG et psychiatres. Quelles sont les attentes, les obstacles et les ressentis des MG et des psychiatres concernant leur collaboration mutuelle pour la prise en charge des patients adultes ayant des troubles psychotiques ?

II – MATERIEL ET METHODES

Une étude qualitative a été menée auprès d'un échantillon de médecins généralistes et de psychiatres installés majoritairement en Provence Alpes Côte d'Azur.

Un échantillonnage raisonné a été effectué en recherche de variation maximale selon les critères suivants : âge, genre, lieu, ancienneté et mode d'exercice. Le recrutement s'est fait par téléphone.

L'unique critère d'inclusion était la présence d'une activité de consultation ambulatoire. Les remplaçants ont été exclus.

Des entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés, guidés par un questionnaire qui explorait : le rôle du MG, l'organisation de la collaboration et la communication. Le questionnaire destiné aux MG comportait en plus les projections sur la psychiatrie, les psychiatres et la psychose. Le questionnaire a été testé auprès d'un MG et d'un psychiatre, puis réajusté afin d'être amélioré.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. Ils ont été enregistrés après accord des participants sur téléphone portable et anonymisés, puis intégralement retranscrits. Ils ont ensuite été analysés par thèmes. Les entretiens et leur analyse ont été réalisés par la même personne, puis relus et commentés par un deuxième chercheur.

III - RESULTATS

Sept MG et sept psychiatres ont été interviewés. Les entretiens se sont déroulés en face à face, sur rendez-vous, au cabinet ou au domicile du médecin. Ils ont duré entre 16 et 80 minutes avec une médiane de 47 minutes.

Quatorze entretiens ont été nécessaires pour obtenir la saturation des données.

Fig 1 : Caractéristiques des MG.

MG	SEXE	AGE	LIEU D'EXERCICE	MODE D'EXERCICE	CONVENTION SECTEUR	NOMBRE DE PATIENTS PSYHOTIQUES	ACTIVITES ANNEXES
1	H	63	Ville entre10000 et 50000 Hab	libérale seul	secteur 1	12	
2	H	54	rural <10000 hab	libérale en association	secteur 1	10 au cabinet 50 en foyer	MSU
3	F	57	Ville entre10000 et 50000 Hab	libérale seule	secteur 2	20	MSU
4	F	35	semi rural ville >100 000 hab	libérale en association depuis 2 ans	secteur1	10/ 1 ou 2 par mois	
5	H	45	ville >100 000 hab	libérale en association	secteur 1	50	
6	F	62	ville >100 000 hab	libérale seule	secteur 1	6	
7	H	61	rural <10000 Hab	libérale en association depuis 6 mois	secteur 1	3	a travaillé en addictologie et médecine pénitentière

Fig 2 : Caractéristiques des psychiatres.

PSY	SEXE	AGE	LIEU D'EXERCICE	MODE D'EXERCICE	CONVENTION SECTEUR	ORIENTATION THERAPEUTIQUE
1	H	60	Grande ville >100 000Hab	clinique	secteur 1	Psychiatrie générale Pas de psychothérapie
2	H	70	Ville entre10000 et 50000 Hab	ambulatoire libérale	secteur 1	Psychiatrie générale
3	F	43	Ile de France ville entre10000 et 50000 Hab	Hospitalière et CMP	salariée	psychiatrie générale psychanalyse neuropsychiatrie
4	H	69	ville >100 000 hab	CMP + ambulatoire libérale Retraité Hospitalier	salarié + secteur 1	psychiatrie générale
5	F	43	Ville entre10000 et 50000 Hab	ambulatoire libérale + HDJ	secteur 2	psychiatrie générale psychanalyse
6	H	28	ville >100000 hab	Hospitalière + CMP	salarié	psychiatrie générale
7	F	40	ville >100 000 hab	CMP	salariée	psychiatrie générale, TCC

1. Psychiatres, psychiatrie et MG : Les projections

La vision de la psychiatrie est positive, considérée comme indispensable, difficile et peu reconnue : MG2 *"je pense que la psychiatrie est l'un des parents pauvres de la médecine"*. La vision des psychiatres est plus mitigée ; si MG7 juge que les jeunes psychiatres sont bien formés et très cultivés « *ont une culture immense à la fois scientifique et ils s'intéressent à la littérature, à l'art, à la société* », d'autres les jugent comme étant parfois enfermés dans leur spécialité, MG6 allant jusqu'à dire qu'ils s'octroient le monopole du patient « *les seuls spécialistes qui pensent être maître du patient* », MG4 qu'ils sont trop chimiothérapeutes « *pas assez dans la thérapie cognitivo-comportementale* ».

Il ressort de cette étude que les MG et les psychiatres se connaissent peu ou pas : MG4*" pas visuellement les noms je connais en général ».*

Cet écueil est globalement partagé par les psychiatres : PSY2 *« je les ai très peu rencontrés physiquement".*

2. Le rôle du MG

Plusieurs psychiatres ont souligné son rôle essentiel au moment du diagnostic car il peut détecter les premiers symptômes et ainsi améliorer le pronostic de la maladie par une détection précoce : PSY6 « *il y a beaucoup de patients qui ont des éléments psychotiques mais qui ne le sont pas forcément encore, (...) ça serait le paradis si les médecins généralistes étaient formés parce qu'à ce moment-là, c'est eux qui les voient (...) Et là oui, la collaboration ce serait trop bien parce que du coup je pense qu'on pourrait éviter des premiers épisodes. Parce qu'une fois que t'as le premier épisode, c'est plus péjoratif pour la suite "*.

Globalement, Il existe un contraste entre la perception du rôle du MG par les MG et par les psychiatres dans le suivi. En effet, pour les premiers, ils ont un rôle central, global, MG6 "*c'est le chef de file de musique"*, MG3 *"le même (rôle) que pour les autres patients" à* la fois de coordination, de dépistage des pathologies somatiques, mais également d'observance des traitements antipsychotiques, MG2 *"Notre rôle chez le psychotique équilibré, c'est d'insister sur l'observance du traitement*". Ce rôle est facilité par la disponibilité, MG2 "*facilement accessible*" et par un vécu particulier de la relation MG2 " *on a souvent plus d'emprise sur le patient que le médecin psychiatre".*

Pour la plupart des psychiatres, le rôle des MG est surtout centré sur la prise en charge somatique, PSY1 "*le généraliste il a quand même un certain nombre de choses à faire au niveau somatique"* et administrative, PSY 4 " *rien que pour le renouvellement du 100 % il faut que ce soit le médecin traitant "*. Il leur est reconnu également un rôle de mise en confiance du patient par son accessibilité, PSY1 " *Si le patient va mal, ils vont plus facilement prévenir le médecin généraliste que le psychiatre* ", d'observance, *PSY1 "lever un peu les réticences par rapport à la maladie mentale et aux traitements"*, voire de dépistage des comorbidités psychiatriques, PSY1 *« on passe souvent à côté de comorbidités (psychiatriques), et donc que le médecin traitant y pense davantage ».*

Cependant, la place du MG dans la prise en charge de la psychose n'est pas une évidence pour certains MG. Ainsi, MG4 *"j'avoue que moi je ne gère pas trop la psychiatrie surtout pour les psychotiques autant tout ce qui est dépressif je le suis mais...".*

Le suivi somatique des effets secondaires liés au traitement antipsychotique n'incombe jamais exclusivement au MG (MG7 et 4) mais aux deux, voire exclusivement aux psychiatres car ce

sont eux les prescripteurs. MG5 *"Ce serait de leur ressort parce que justement, ils arrivent pas derrière, ils rajoutent par-dessus "*. Seul MG2 estime que *" le somatique il faut le laisser au médecin traitant"*.

La plupart des psychiatres estiment que ce rôle est celui des 2, indéterminé, PSY7 *" En principe, une fois par an je fais un bilan général, ensuite si le médecin généraliste a déjà l'habitude de faire des bilans généraux je ne le répète pas"*, ou exclusivement du MG, PSY4 "*non je ne prescris pas (de bilan sanguin) (...) parce ce qu'après je ne saurai pas l'interpréter"*. Seul le jeune psychiatre exerçant à l'hôpital pense que ce rôle peut-être exclusivement celui du psychiatre, PSY6 "*ça dépend du psychiatre parce qu'en gros nous dans le service on est à fond sur le somatique, on essaye de vraiment tout faire au maximum "*.

La prise en charge en urgence par le MG semble faire l'unanimité : MG2 « *C'est la place de tout médecin de premier recours donc c'est l'HDT (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers), oui souvent"* . Cependant MG2 dit avoir rencontré des difficultés à faire hospitaliser les patients psychotiques qui ne sont pas dans des réseaux *"le défaut de lit c'est une catastrophe, on arrive pas ... je parle des patients du libéral parce que les patients qui sont dans une structure, dans un réseau, on arrive plus ou moins à les réorienter dans un réseau lorsqu'ils décompensent »*.

Concernant la notion de délai dans le choix du correspondant, MG3 « *je dirais plus d'aller au CMP justement parce qu'il y a cet entretien avec l'infirmière, le psychologue qui va pouvoir le recevoir plus rapidement "*. Le manque de disponibilité des psychiatres et la réticence des patients complexifient ce parcours.

3. La collaboration

C'est un thème partagé mais vécu différemment. Important du fait de l'inobservance, MG2 "*parce qu'autant le dépressif accepte plus volontiers sa prise en charge et le suivi thérapeutique, autant le psychotique on a beaucoup plus de mal notamment dans l'observance du traitement"* , de la dimension particulière dans l'existence pour MG3 « *parce que le corps et l'esprit sont très très liés"* et de la nécessaire continuité des soins " *quand il est aussi hospitalisé, parce que c'est nous qu'on appelle encore une fois quand on ramasse*

*quelqu'un sur la voie publique". C*ette collaboration est centrée somatique pour les psychiatres : PSY6 "*qu'on passe pas à côté de quelque chose de somatique* ". Elle est aussi centrée patient : PSY5 *"le patient, de savoir qu'il y a ce maillage je dirais, relationnel je pense que ça crée un climat optimal pour qu'il aille bien".* Elle s'inscrit enfin dans la prise en charge en urgence : PSY1 *"parfois ça permettrait de donner des conseils au MG par téléphone sur des situations délicates ".*

Cette collaboration prend tout son sens lorsqu'il s'agit d'un patient polypathologique et ayant des problèmes sociaux, par exemple des patients schizotypiques : PSY7 « *les schizo déficitaires qui se compliquent avec clochardisation, des maladies somatiques, amaigrissement (...) qui vieillissent, on a besoin d'un MG.* ".

Elle est parfois limitée au début de la relation comme une fatalité : MG5 *"On leur a adressé de façon finie donc ils n'ont plus à collaborer avec nous, parce qu'ils sont déjà dans le bout de chaîne donc il n'y a même pas à leur en vouloir, c'est la règle",* PSY1 *"la coordination elle se passe uniquement je dirais la première fois".* Mais ce peut être la sévérité de la pathologie qui construit une apparence d'inutilité : MG 1 "*moi je me souviens d'un schizo paranoïde, il n'y avait rien, hein, qui marchait de toute manière, alors mais bon on va pas discuter avec le psychiatre, lui aussi il était bloqué comme moi (...) face à quelqu'un qui a une pathologie productive comme ça aussi lourde, je veux dire il n'y a pas vraiment de discussion".*

Les difficultés de collaboration sont attribuées surtout à une méconnaissance des MG par les psychiatres, PSY1 "*d'abord on communique plus facilement avec les gens qu'on connaît et il y en a plein qu'on ne connait pas ce qui est dommage",* à un manque de communication, *MG1 "le problème c'est que la relation avec les psy il n'y en a pas c'est tout"* et un manque de disponibilité des psychiatres pour MG2 « *ils ne sont pas assez nombreux, c'est qu'ils n'ont pas de disponibilité"*, dont les psychiatres semblent avoir conscience. Ce biais de collaboration crée un risque aux yeux des généralistes : MG5 « *ils ont du diabète, des pathologies cardio-vasculaires, et eux ils rajoutent par-dessus sans me dire*".

4. La communication

La lettre d'adressage est un élément essentiel pour permettre d'établir une collaboration parfois pour obtenir des informations somatiques sur le patient : PSY 1"*il y a des médecins qui m'envoient un dossier complet ce qui est intéressant quand il y a quand même une poly pathologie somatique par ailleurs importante parce que ça m'amène à être particulièrement vigilant au niveau thérapeutique".* Son absence met en cause la notion de secret partagé : PSY1 "*si je n'ai pas de lettre d'adressage, je ne fais pas de courrier de retour parce que sinon je ne suis pas sûr que le patient souhaite même que je prévienne son généraliste".*

Dans notre étude, au-delà du courrier, la disponibilité téléphonique est indispensable à une bonne collaboration, spécifiquement autour de la psychose : PSY2 *"ce qui est indispensable par rapport à un psychotique que je suis c'est que les médecins généralistes savent que s'il y a un problème ils vont m'appeler".*

L'absence de courrier de retour est jugée par plusieurs MG comme étant une des difficultés principales de collaboration, MG6 *"un psychiatre ce serait bien qu'il nous dise "Attention avec madame untel il faudrait que vous surveillez ça, ça et ça" jamais, aucun courrier "",* MG2 "*quand ils ne sont pas hospitalisés, on n'a jamais de retour, ça c'est un truc qui m'horripile à un point vous imaginez pas ".* Certains psychiatres justifient son absence par une capacité des patients à transmettre eux-mêmes l'information, PSY5 *"les patients en libéral, ils sont grands, ils sont capables de transmettre l'information par eux-mêmes ",* ou par l'absence d'information pertinente à transmettre, PSY5 "*quand il y a vraiment une information importante, un doute, une inquiétude (...) là je vais écrire".* Une réelle incompréhension des rôles peut exister : PSY3 "*le médecin traitant, il n'a pas besoin de diagnostic, il a besoin juste qu'on soigne le patient* ".

La communication orale avec les psychiatres libéraux semble moins difficile qu'avec les psychiatres hospitaliers : MG5 "*si le médecin est dans une structure c'est catastrophique on le joindra jamais".*

5. Les pistes d'amélioration

Elles sont globalement partagées, mais mal identifiées, entre MG et PSY. L'organisation de rencontres interprofessionnelles organisées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) , l'Institut de Recherche en Prévention Santé (IRPS) , les Centre Hospitalier

Universitaire (CHU), sous forme de staff, de formations continues ou de rencontres informelles ont été évoquées par les médecins comme des solutions permettant d'améliorer la collaboration entre MG et psychiatres.

IV – DISCUSSION

1. Forces de l'étude

La collaboration entre MG et psychiatres, spécifiquement pour ce groupe de pathologie, n'a jamais été explorée. Le point de vue du MG seul est le plus souvent examiné, au détriment de celui du psychiatre alors que cette thèse a permis d'explorer les 2 points de vue.

Les échantillons, à défaut d'être représentatifs, sont suffisamment variés pour couvrir au maximum la problématique de cette collaboration dans la psychose.

L'enrichissement des guides d'entretiens des MG et des psychiatres, par des interviews en miroir et en alternance, ainsi que le codage au fil de l'eau a permis d'explorer réellement les difficultés rencontrées dans cette collaboration.

La durée des entretiens médiane de 47 minutes, est également un point fort de cette étude par la richesse de réflexion et de production ainsi autorisée.

2. Faiblesses de l'étude

Il existe un probable biais d'échantillonnage concernant le recrutement des médecins. Étant donné qu'ils étaient informés par téléphone du sujet de l'étude avant de donner leur accord, certains ont pu refuser par manque d'intérêt pour le sujet.

On peut également reprocher le manque d'expérience de la chercheuse pour mener une étude qualitative.

Le fait que les entretiens et l'analyse des données ont été réalisés par un seul chercheur constitue des limites à cette étude.

Le contexte de terrain, sur lequel porte l'étude, peut être assimilé à un biais au regard de la diversité des contextes d'exercices en France.

3. Les projections réciproques, fruit d'une méconnaissance et d'une incompréhension mutuelle.

La vision mitigée des psychiatres contrastant avec une vision positive de la psychiatrie pourrait relever d'une incompréhension du fonctionnement des psychiatres, notamment parce que la prise en charge psychiatrique n'est pas aussi codifiée que la médecine somatique, ce qui ternit leur image malgré un attrait de certains MG pour la psychiatrie.
Cette différence de conception des soins, en cause dans cette incompréhension mutuelle, a été retrouvée dans certaines études [8] [12].

4. Une place essentielle non définie du MG et une collaboration perçue différemment.

Elle sera d'autant plus efficiente que la qualité relationnelle existe déjà dans le suivi des autres pathologies psychiatriques.
Des différences de perception du rôle du MG et du psychiatre ont été mises en évidence concernant l'initiation du traitement, le suivi, et le renouvellement des antipsychotiques. Elles peuvent être un obstacle à une collaboration constructive. Cela rejoint les résultats de la thèse sur le " Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes " [8] qui montre que "le médecin traitant se voit attribuer une fonction de co-thérapeute sans que les psychiatres ne lui donnent les moyens d'assumer ce rôle et sans que les rôles soient clairement définis ."
De même, les nécessités ressenties de collaboration de part et d'autre ne sont pas synchrones du fait de la perception différente du patient pour les MG par rapport aux psychiatres avec des représentations probablement différentes. La diversité des appétences communicationnelles et le choix des outils est le reflet d'un groupe d'étude riche mais individualisé par sa taille.
Pourtant des recommandations encadrent leurs rôles respectifs. Ainsi, selon le guide de la Haute Autorité de Santé sur les schizophrénies [13] et la charte de partenariat [14], le suivi somatique des effets indésirables des traitements antipsychotiques incombe aux deux professionnels. Les psychiatres doivent assurer la "transmission de l'information" [14] au moment de l'adressage, en cas de suivi ainsi qu'en cas d'entrée et de sortie d'hospitalisation, en plus d'assurer " au médecin traitant un accès téléphonique direct à un psychiatre sénior".

D'autre part, la collaboration ne se limite pas à la prise en charge somatique et administrative car il assure le "suivi médical global du patient" [14].
Par ailleurs, dans le cadre de l'urgence, les MG et les psychiatres doivent collaborer dans cette situation : " les interventions à domicile doivent être coordonnées conjointement par le médecin généraliste et le psychiatre [14]", ce qui semble être rarement le cas dans notre étude.
Comme dans deux autres études (8) (9), le manque de psychiatre, de temps des psychiatres ainsi que la sectorisation sont des éléments contextuels indépendants des acteurs.

5. Pistes d'amélioration

L'organisation de rencontres interprofessionnelles proposées par les médecins pourraient être organisées par la CPAM, l'IRPS, les CHU. Ce constat ressort plus d'un vœu pieux que d'une proposition proactive.
Contrairement à ce qui a été évoqué par certains médecins, le taux de psychiatres semble suffisant car il est supérieur à la moyenne européenne [15]. Cependant les moyens sont inégalement répartis et il faudrait une réorganisation du système de soins psychiatriques [16].
Parmi les moyens pouvant contribuer à améliorer la communication, la généralisation de l'utilisation de la téléexpertise, du dossier médical partagé, de la messagerie sécurisée « MSSANTE », la création de lignes téléphoniques réservées aux médecins, semblent des pistes de travail à favoriser.
Une formation en ligne type FUN MOOC sur la psychose, de manière à pallier le manque de temps des médecins, pourrait enrichir la formation des MG.
Un grand absent reste le patient. A l'heure du « patient expert » il est peut-être temps d'essayer de lui redonner la parole pour être l'intermédiaire, actuellement peu cité, au sein de l'équipe soignante.

La promotion la charte de partenariat entre MG et psychiatres pourrait permettre d'améliorer cette collaboration.

Bibliographie

1. Caisse nationale d'assurance maladie. Améliorer La qualité du système de

santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019.
Paris: Cnam; [Internet] 2018. (cité 25/11/2019) Disponible sur le site:
https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf

2. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Munk Laursen T. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. The British Journal of Psychiatry 2011. 199 (6) 453-458

3. Fédération française de psychiatrie, Conseil national professionnel de psychiatrie. Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie. Paris, FFP, [Internet] 2015.5 Disponible sur le site: http://www.psydoc-france.fr/conf%26rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf

4.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. 2018, page p122.

5. Auquier P, Lançon C, Rouillon F et al. Mortality in schizophrenia
Pharmacoepidemiology and drug safety 2006. 15 (12): 839-899

6. AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé) . Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques. [Internet] 2010. https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6b3aa2489d62f9ee02e5e6200861b2e0.pdf

7. Breton N. La place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie, Thèse de médecine, Université de Limoges, 2005.

8. Catherine P-H. Point de vue des psychiatres sur leur communication
avec les médecins généralistes : une enquête qualitative [Thèse d'exercice de médecine]. Faculté mixte de médecine et de Pharmacie de Rouen, 2012.

9. Rouault C. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015 : constats et phénomènes entrant en jeu dans le développement de la collaboration sur le terrain. [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Grenoble Alpes, 2016

10. Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R,Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? A postal survey in South-Western France. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40(11):892-8.

11. Chastagner A-S, Analyse de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres: Enquête de pratiques avant l'introduction d'une Charte de partenariat dans le 8ème arrondissement de Lyon. [Thèse d'exercice de médecine]. Université Claude Bernard Lyon, 2016.

12 Labourière J-J. Psychiatrie de ville et coordination des soins. L'information psychiatrique [Internet] 2017; 93 : 746-753

13. Haute Autorité de Santé - Affection de longue durée Schizophrénies.[Internet] 2007 (cité 5/06/2019) : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf

14. Müller C, Druais P-L. Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur, F2RSM Psy, [Internet] 2014 (cité 25/11/2019). http://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/01/charte-cme-medecine-generale.pdf

15 Organisation mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales.[Internet] 2014. (cité 25/11/2019). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131954/9789240692688_fre.pdf;jsessionid=B200083976AF9FEA646FEA6CB6B67A5D?sequence=1

16 . Lopez A, Turan- Pelletier G. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Inspection générale des affaires sociales. [Internet] 2017 (cité 25/11/2019).
https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/184000071.pdf

Messages utiles pour la pratique

- Les difficultés de collaboration entre MG et psychiatres, dans la psychose, reposent notamment sur une perception très diversifiée et une méconnaissance des attentes respectives des MG et des psychiatres. Un manque de temps réciproque et une interprétation variable du secret médical seraient également en cause.

- L'organisation de rencontres entre MG et psychiatres, la promotion et la création de modes de communication efficients ainsi qu'une réorganisation du système de soins psychiatriques permettraient d'améliorer cette collaboration. La promotion de la charte de partenariat entre MG et psychiatres serait également souhaitable. Le patient partenaire pourrait être une amorce de réponse.

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 moeurs.
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.