



HAL
open science

Comment les médecins généralistes et psychiatres s'adaptent face aux difficultés rencontrées dans le parcours des soins psychiatriques de leurs patients. Une étude qualitative par entretiens individuels dans le département du Puy de Dôme

Justine Fournery, Joffrey Reynaud

► **To cite this version:**

Justine Fournery, Joffrey Reynaud. Comment les médecins généralistes et psychiatres s'adaptent face aux difficultés rencontrées dans le parcours des soins psychiatriques de leurs patients. Une étude qualitative par entretiens individuels dans le département du Puy de Dôme. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03408647

HAL Id: dumas-03408647

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03408647>

Submitted on 29 Oct 2021

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.

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

THESE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

par

FOURNERY Justine
REYNAUD Joffrey

Présentée et soutenue publiquement en Septembre 2021

Comment les médecins généralistes et psychiatres s'adaptent face aux difficultés rencontrées dans le parcours des soins psychiatriques de leurs patients. Une étude qualitative par entretiens individuels dans le département du Puy de Dôme.

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Benoît CAMBON, Département de médecine générale. Faculté de médecine Clermont Ferrand.

Président du jury : Monsieur le Professeur Georges BROUSSE

Membres du jury : Madame le Docteur Catherine LAPORTE

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

THESE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

par

FOURNERY Justine
REYNAUD Joffrey

Présentée et soutenue publiquement en Septembre 2021

Comment les médecins généralistes et psychiatres s'adaptent face aux difficultés rencontrées dans le parcours des soins psychiatriques de leurs patients. Une étude qualitative par entretiens individuels dans le département du Puy de Dôme.

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Benoît CAMBON, Département de médecine générale. Faculté de médecine Clermont Ferrand.

Président du jury : Monsieur le Professeur Georges BROUSSE

Membres du jury : Madame le Docteur Catherine LAPORTE

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT.
VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **FOGLI** Anne
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean- Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOUX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe Cytogénétique	Histologie-Embryologie
M. AVAN Paul l'Image	Biophysique et Traitement de
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves Médicale et Technologies de Communication	Biostatistiques, Informatique
M. BOYER Louis Médicale option Clinique	Radiologie et Imagerie
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique Pathologiques	Anatomie et Cytologie
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et

Réanimation Chirurgicale
 M. BIGNON Yves Jean
 M. BOIRIE Yves
 M. CLAVELOU Pierre
 M. GILAIN Laurent
 M. LEMAIRE Jean-Jacques
 M. CAMILLERI Lionel
 Vasculaire
 M. DAPOIGNY Michel
 M. LLORCA Pierre-Michel
 M. PEZET Denis
 M. SOUWEINE Bertrand
 M. BOISGARD Stéphane
 Traumatologie
 Mme DUCLOS Martine
 M. SCHMIDT Jeannot
 M. BERGER Marc
 M. GARCIER Jean-Marc
 Médicale
 M. ROSSET Eugénio
 M. SOUBRIER Martin
 M. ABERGEL Armando
 Mlle BARTHELEMY Isabelle
 M. RUIVARD Marc

Cancérologie option Biologique
 Nutrition Humaine
 Neurologie
 O.R.L.
 Neurochirurgie
 Chirurgie Thoracique et Cardio

Gastro-Entérologie
 Psychiatrie d'Adultes
 Chirurgie Digestive
 Réanimation Médicale
 Chirurgie Orthopédique et

Physiologie
 Médecine d'Urgence
 Hématologie
 Anatomie-Radiologie et Imagerie

Chirurgie Vasculaire
 Rhumatologie
 Hépatologie
 Chirurgie Maxillo-Faciale
 Médecine Interne

***PROFESSEURS DE
 1ère CLASSE***

M. CAILLAUD Denis
 M. VERRELLE Pierre
 M. D'INCAN Michel
 Mme JALENQUES Isabelle
 M. GERBAUD Laurent
 de la Santé et Prévention
 M. TAUVERON Igor
 Métaboliques
 M. MOM Thierry
 M. RICHARD Ruddy
 M. SAPIN-DEFOR Vincent
 M. BAY Jacques-Olivier
 M. COUDEYRE Emmanuel
 Réadaptation
 Mme GODFRAIND Catherine
 Pathologiques
 M. LAURICHESSE Henri
 M. TOURNILHAC Olivier
 M. CHIAMBARETTA Frédéric
 M. FILAIRE Marc
 Thoracique et Cardio-Vasculaire
 M. GALLOT Denis
 M. GUY Laurent Urologie

Pneumo-phtisiologie
 Radiothérapie option Clinique
 Dermatologie -Vénérologie
 Psychiatrie d'Adultes
 Epidémiologie, Economie

Endocrinologie et Maladies

Oto-Rhino-Laryngologie
 Physiologie
 Biochimie et Biologie Moléculaire
 Cancérologie
 Médecine Physique et de

Anatomie et Cytologie

Maladies Infectieuses et Tropicales
 Hématologie
 Ophtalmologie
 Anatomie – Chirurgie

Gynécologie-Obstétrique

M. TRAORE Ousmane
M. ANDRE Marc Médecine Interne
M. BONNET Richard
M. CACHIN Florent
M. COSTES Frédéric
M. FUTIER Emmanuel
Mme HENG Anne-Elisabeth
M. MOTREFF Pascal
Mme PICKERING Gisèle
M. RABISCHONG Benoît
M. CHABROT Pascal
M. DESCAMPS Stéphane
Traumatologie
Mme HENQUELL Cécile
M. POMEL Christophe

Hygiène Hospitalière
Bactériologie, Virologie
Biophysique et Médecine Nucléaire
Physiologie
Anesthésiologie-Réanimation
Néphrologie
Cardiologie
Pharmacologie Clinique
Gynécologie Obstétrique
Radiologie et Imagerie Médicale
Chirurgie Orthopédique et
Bactériologie Virologie
Cancérologie – Chirurgie Générale

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle
M. FAICT Thierry
de la Santé Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna
M. TCHIRKOV Andréï
M. CORNELIS François
M. LESENS Olivier
M. AUTHIER Nicolas
M. BROUSSE Georges
M. BUC Emmanuel
M. LAUTRETTE Alexandre
Mme BRUGNON Florence
Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain
M. MERLIN Etienne
Mme TOURNADRE Anne
M. DURANDO Xavier
M. DUTHEIL Frédéric
Mme FANTINI Maria Livia
M. SAKKA Laurent
M. BOURDEL Nicolas
M. GUIEZE Romain
M. POINCLOUX Laurent
M. SOUTEYRAND Géraud
M. EVRARD Bertrand
M. POIRIER Philippe
Mme PHAM DANG Nathalie
Stomatologie
Mme SARRET Catherine

Biochimie et Biologie Moléculaire
Médecine Légale et Droit
Pédiatrie
Cytologie et Histologie
Génétique
Maladies Infectieuses et Tropicales
Pharmacologie Médicale
Psychiatrie Adultes/Addictologie
Chirurgie Digestive
Néphrologie Réanimation Médicale
Biologie et Médecine du
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Cancérologie
Médecine et Santé au Travail
Neurologie
Anatomie – Neurochirurgie
Gynécologie-Obstétrique
Hématologie
Gastroentérologie
Cardiologie
Immunologie
Parasitologie et Mycologie
Chirurgie Maxillo-Faciale et
Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles Générale	Médecine
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne Humaine	Nutrition
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel l'Image	Biophysique et Traitement de
Mlle GOUMY Carole Cytogénétique	Cytologie et Histologie,
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia Cytogénétique	Cytologie et Histologie,
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire

Mme MINET-QUINARD Régine
 M. ROBIN Frédéric
 Mle VERONESE Lauren
 Cytogénétique
 M. DELMAS Julien
 Mle MIRAND Audrey
 M. OUCHCHANE Lemlih
 Médicale et Technologies de Communication
 M. LIBERT Frédéric
 Mle COSTE Karen
 Mle AUMERAN Claire
 Mme CASSAGNES Lucie
 M. LEBRETON Aurélien
 M. BUISSON Anthony

Biochimie Biologie Moléculaire
 Bactériologie
 Cytologie et Histologie,
 Bactériologie
 Bactériologie Virologie
 Biostatistiques, Informatique
 Pharmacologie Médicale
 Pédiatrie
 Hygiène Hospitalière
 Radiologie et Imagerie Médicale
 Hématologie
 Gastroentérologie

**MAITRES DE CONFERENCES DE
 2ème CLASSE**

Mme PONS Hanaë
 Développement et de la Reproduction
 M. JABAUDON-GANDET Matthieu
 Chirurgicale
 M. BOUVIER Damien
 M. COLL Guillaume
 M. MAQDASY Salwan
 et Maladies Métaboliques
 Mme NOURRISSON Céline
 M. GODET Thomas
 Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
 M. LACHAL Jonathan
 M. MOUSTAFA Farès

Biologie et Médecine du
 Anesthésiologie – Réanimation
 Biochimie et Biologie Moléculaire
 Neurochirurgie
 Endocrinologie, Diabète
 Parasitologie - Mycologie
 Anesthésiologie-
 Pédopsychiatrie
 Médecine d'Urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine
 M. BAILLY Jean-Luc
 Mle AUBEL Corinne
 M. BLANCHON Loïc
 Mle GUILLET Christelle
 M. BIDEY Yannick
 M. MARCHAND Fabien
 M. DALMASSO Guillaume
 M. SOLER Cédric
 M. GIRAUDET Fabrice
 de l'Image Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène
 Mme LAPORTE Catherine
 M. LOLIGNIER Stéphane
 Neuropharmacologie
 Mme MARTEIL Gaëlle
 M. PINEL Alexandre
 M. PIZON Frank Santé Publique

Biochimie Biologie Moléculaire
 Bactériologie Virologie
 Oncologie Moléculaire
 Biochimie Biologie Moléculaire
 Nutrition Humaine
 Oncogénétique
 Pharmacologie Médicale
 Bactériologie
 Biochimie Biologie Moléculaire
 Biophysique et Traitement
 Médecine Générale
 Médecine Générale
 Neurosciences –
 Biologie de la Reproduction
 Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre
Mme ESCHALIER Bénédicte
Mme RICHARD Amélie
M. TESSIERES Frédéric
Mme ROUGE Laure

Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Georges Brousse

Pour l'honneur que vous nous faites de présider le jury de cette thèse,

Pour votre bienveillance et votre disponibilité.

Veillez recevoir nos sincères remerciements et soyez assuré de notre respectueuse reconnaissance.

A Madame le Docteur Catherine Laporte

Vous nous faites l'honneur de faire partie de ce jury.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre directeur de thèse, Monsieur le Professeur Benoit Cambon

Merci de nous avoir accompagnés tout au long de la rédaction de notre thèse.

Nous tenons sincèrement à vous remercier pour votre disponibilité et pour tous les conseils avisés que vous nous avez prodigués.

JOFFREY

A mes parents et en particulier, à ma mère pour m'avoir donné les moyens de suivre ma voie et pour m'avoir soutenu et écouté depuis toujours et en toutes circonstances, merci du fond du cœur.

A mon frère avec qui je me suis forgé

A mes grands-parents qui ont toujours été présents pour m'accompagner dans mes doutes comme dans mes réussites.

A Remco, ma moitié et mon pilier, reçoit tout mon amour.

Au reste de ma famille, merci de votre soutien

A Achille et à Marianne, à mes côtés depuis le début, vous êtes les meilleurs.

A Sara, Claire, Clara, Antoine, merci d'être vous tout simplement, et merci pour tous les moments que nous avons partagés.

A Carole pour ta bienveillance et ta clairvoyance, à Pilou mon compère avant d'être un confrère, à Mathilde pour tes enseignements et particulièrement à toi Justine, nous avons commencé et achevé nos études ensemble et ce travail est le fruit de notre amitié. Quelle aventure !

A tous mes amis qui m'ont accompagné dans mes études comme dans ma vie personnelle, merci.

A tous les enseignants qui m'ont donné le goût d'apprendre, vous avez toute ma reconnaissance

A mes maîtres de stages, et particulièrement à Laurence, Marie-Laure, François, Thierry et André, que j'admire et qui m'ont fait découvrir et aimer la médecine générale, merci.

Et enfin, merci à Jacquie et Michèle, mes deux petites boules de poils

JUSTINE

A mes parents, qui ont toujours été d'un soutien indéfectible. Vous êtes mes piliers et je ne vous remercierai jamais assez pour votre amour sans limite, la patience dont vous avez fait preuve, et votre encouragement quotidien. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, j'espère vous le rendre au centuple.

A ma grande sœur, merci de m'avoir poussée à entreprendre ces études de médecine. Merci d'être là dans les bons comme dans les mauvais moments et pour la relation de complicité que nous avons construite. Je serai toujours à tes côtés quoi qu'il arrive.

A mon grand-père, mon parrain. Tu m'as transmis tes valeurs et tu resteras un modèle pour moi. Chaque choix que je fais est destiné à te rendre fier. A ma Mamie, merci pour ta gentillesse sans limite. Je te promets de toujours m'occuper de toi.

A mes grands-parents paternels. J'aurais aimé vous connaître plus, et je pense que le choix de la médecine n'y est pas étranger.

Aux autres membres de ma famille, merci pour ces moments passés ensemble qui resteront toujours gravés.

A mon amour, Arnaud, merci pour ta patience durant ces années d'internat. Merci pour ton écoute, pour ta présence et tes mots réconfortants. Tu es l'épaule sur laquelle je peux m'appuyer.

A Célia, Déborah et Lise. Sans vous ces années n'auraient pas été les mêmes. Des amies comme vous, je pense que c'est rare, et je mesure la chance que j'ai de vous avoir. A Manon, merci de m'avoir accompagnée dans ces années d'internat.

A Joffrey, merci pour ces années, pour ton amitié et pour cette thèse qui je trouve clôt symboliquement nos années d'études.

A tous mes enseignants et particulièrement au Dr Cibeer, merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale comme je l'aime. A Corinne, Michèle et Jean Christophe, merci pour votre accueil depuis plusieurs mois et votre énorme gentillesse. J'espère bientôt rejoindre la Maison de Santé avec vous.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	11
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	15
LISTE DES ABREVIATIONS.....	16
RESUME	17
INTRODUCTION	18
METHODE	22
CHOIX DE LA METHODE	22
ÉCHANTILLONNAGE	22
RECUEIL DES DONNEES	23
ANALYSE DES DONNEES	24
RESULTATS	25
MEDECINS GENERALISTES	27
LES CONTRAINTES ET DIFFICULTES	27
LES MOYENS D'ADAPTATION	29
LES PERSPECTIVES D'AMELIORATION	30
PSYCHIATRES.....	32
LES CONTRAINTES ET DIFFICULTES	33
LES MOYENS D'ADAPTATION	34
LES PERSPECTIVES D'AMELIORATION	37
DISCUSSION.....	40
CONCLUSION.....	49
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	50
ANNEXES	53
ANNEXE 1 : RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE CNQS 2010	53
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES MEDECINS GENERALISTES.....	57
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES PSYCHIATRES.....	58
ANNEXE 4 : TABLEAU DES PROPRIETES ET CATEGORIES.....	59
SERMENT D'HIPPOCRATE	60
SERMENT D'HIPPOCRATE	61

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAU I : RESUME DES CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

FIGURE 1: MODELE EXPLICATIF POUR LES MEDECINS GENERALISTES

FIGURE 2: MODELE EXPLICATIF POUR LES PSYCHIATRES

LISTE DES ABREVIATIONS

CNQSP	Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNPP	Conseil national professionnel de psychiatrie
DSP	Dispositif de soins partagés
DGS	Direction Générale de la Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier diplômé d'état
IPA	Infirmier en pratique avancée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
MG	Médecins généralistes
UE	Union Européenne
RPSM	Réseaux précarité et santé mentale

RESUME

Introduction : Les troubles mentaux représentent 25 à 30% de la patientèle en médecine générale. L'espérance de vie des patients souffrant de ces troubles est sensiblement diminuée car la prévalence des pathologies somatiques est plus forte dans cette population. Cependant, dans certains territoires en France, médecins généralistes et psychiatres font face à des difficultés dans le parcours de soins de leurs patients, souvent liées à un défaut de communication entre ces professionnels.

Objectif : Le but était d'évaluer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et les psychiatres dans le département du Puy-De-Dôme et les moyens mis en œuvre par ces derniers pour les surmonter.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par une approche inspirée de la théorisation ancrée à partir d'entretiens semi-directifs conduits auprès de 15 médecins généralistes et 15 psychiatres du Puy-De-Dôme. Les professionnels ont été inclus en faisant varier les critères de sexe, d'âge et de modalités d'exercices.

Résultats : Les médecins généralistes et les psychiatres interrogés ont affirmé avoir conscience des enjeux. Ils disaient s'investir dans la prise en charge de leurs patients par la rédaction de courriers. Les psychiatres reconnaissaient ne pas en faire suffisamment et parfois ne pas recevoir d'informations détaillées de la part des généralistes. Ils ont mis en avant une méconnaissance des attentes de chacun voire des perceptions différentes de la pathologie mentale. Pour faire face aux difficultés, ils ont encouragé le dialogue et les rencontres interprofessionnelles dans différents cadres afin de mieux définir les rôles de chacun dans la prise en charge. Le travail en réseau et la coordination dans le cadre du parcours de soins, ainsi que la responsabilisation du patient et son accompagnement ont été mis en avant.

Conclusion : Le développement du dialogue entre psychiatres et MG permettrait de résoudre certaines difficultés du parcours de soins. L'utilisation de messageries informatiques sécurisées, un numéro de téléphone d'avis et d'orientation en psychiatrie pourraient faire gagner du temps à l'échange entre les professionnels.

INTRODUCTION

Au niveau mondial, l'OMS a établi que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes concernent la psychiatrie (2). Dans une étude réalisée en 2004 (4), la France apparaît en Europe comme le pays le moins bien classé en matière de santé mentale (9^e rang sur 11) alors que le taux de détresse psychique y est pourtant élevé par rapport à ses voisins européens (3^e rang sur 11). Notre pays se situe également parmi les pays de l'UE ayant un des taux les plus élevés de suicides. (3)

Aujourd'hui plus que jamais, le rôle du médecin traitant est essentiel dans le parcours de soins. Il décèle les troubles mentaux et assure, dans la limite de ses compétences, leur prise en charge. Selon la DGS, les troubles mentaux concerneraient environ 25 à 30% de la patientèle de médecine générale (2). Le MG serait d'ailleurs le professionnel le plus consulté en cas de problème psychologique et 47 % des patients déclarent qu'ils continueraient à consulter leur médecin généraliste pour le suivi d'un trouble mental (12). Si le médecin traitant en ressent le besoin, il adresse ses patients au psychiatre. La question de l'orientation vers une prise en charge spécialisée est d'ailleurs au cœur du lien entre la médecine générale et la psychiatrie. Dans une étude publiée en 2011, il a été mis en évidence par le World Psychiatry que les troubles mentaux sévères sont associés à des taux de mortalité deux à trois fois plus élevés qu'en population générale (17). 60 % de la surmortalité mise en évidence serait attribuable à des maladies somatiques, plus prévalentes chez les patients atteints de ces troubles qu'en population générale et à l'origine de complications plus graves. L'espérance de vie d'un patient souffrant de pathologie psychiatrique sévère a été d'ailleurs estimée comme étant 20 % inférieure à celle de

la population générale (18). C'est en ce sens, que le Conseil National Professionnel de Psychiatrie (CNPP) a établi des recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Ces constats mettent en évidence l'importance d'une coordination optimale des soins pour les patients atteints de troubles mentaux.

Plusieurs études ont démontré que les généralistes et les psychiatres semblaient globalement insatisfaits de leur collaboration (7, 10, 11, 13, 19, 20, 23, 24). Les patients eux-mêmes estimaient que la communication entre les acteurs de leur santé était perfectible. (25) La HAS a publié en septembre 2018 (9) un guide présentant l'état des lieux et des outils pour l'amélioration de la coordination entre généralistes et professionnels de santé pour les patients atteints de troubles mentaux. Il est apparu que les échanges de courriers réciproques et les retours d'informations n'étaient pas systématiques. Les demandes des médecins généralistes ne sont pas toujours formulées de manière explicite et les attentes sur les rôles de chacun ne sont pas clarifiées. Les psychiatres et psychologues sont perçus comme étant peu accessibles, que ce soit pour la prise d'avis ou les délais de consultation et d'hospitalisation. Un article de l'Information Psychiatrique mettait d'ailleurs en évidence que les psychiatres libéraux estimaient que 60,7 % de leurs patients consultaient trop tard. Les psychiatres hospitaliers estimaient quant à eux que 52,6% de leurs patients consultaient trop tard (10). Les MG ressentent un besoin de collaboration avec les psychiatres pour 43,3 % de leurs patients présentant un trouble psychiatrique. Ces besoins ne sont pas remplis dans 64,7 % des cas (8).

Depuis plusieurs années, certaines pistes ont été étudiées afin de pallier aux difficultés de communication entre les professionnels de la santé mentale (9, 26, 18). Le CNQSP

a diffusé en 2010 des recommandations sur « Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique ». La synthèse des recommandations est consultable en Annexe 1. En effet, la qualité des courriers échangés entre les professionnels de la santé mentale semble corrélée à une bonne collaboration entre les MG et psychiatres (16). Dans différents travaux (18, 20, 22, 23, 24, 25) d'autres pistes d'amélioration étaient également proposées : rencontres, contacts téléphoniques, messagerie sécurisée, formations des médecins généralistes... Malheureusement, il semble que ces mesures demeurent toujours insuffisantes. Dans une étude (21) retraçant l'avis des MG concernant les recommandations du CNQS, il est apparu qu'aucun MG interrogé ne connaissait au premier abord cette recommandation. Dans une autre étude (19), les psychiatres émettaient des doutes quant à sa mise en œuvre. L'utilisation systématique de courrier après chaque premier adressage du MG leur semblait difficile par manque de temps, et nécessiterait une diminution de la file d'attente de chaque psychiatre et donc l'explosion des délais de rendez-vous déjà jugés trop longs. A la lumière de toutes ces données, il convient de reconnaître que de nombreuses mesures ont été mises en place pour faciliter la coopération entre les MG et les psychiatres. Malgré celles-ci, des difficultés persistent et semblent difficiles à surmonter. La bonne volonté des professionnels n'est pourtant pas en cause, ces derniers ayant bien conscience de la nécessité pour le patient d'obtenir un suivi psychiatrique ou somatique adapté.

Face aux constatations édifiantes sur la santé mentale en France et les difficultés de collaboration des professionnels mises en évidence, il y a un constat d'inefficacité et d'une insuffisance des mesures mises en place jusqu'ici. L'objectif de cette recherche était de d'analyser comment les médecins généralistes et les psychiatres s'adaptent face aux difficultés rencontrées dans le parcours de soins des patients présentant une pathologie mentale.

METHODE

Choix de la méthode

Pour cette étude, nous avons fait le choix d'employer une méthode de recherche qualitative (27) par une approche inspirée de la théorisation ancrée (1) en réalisant des entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes et psychiatres. Cela nous a permis de recueillir le sentiment des praticiens et d'évaluer les obstacles auxquelles ils peuvent-être confrontés dans le parcours de soin de leurs patients atteints de pathologies mentales. Le but étant de mettre en évidence les besoins de ces professionnels et de trouver des solutions pour faire face à leurs difficultés (6).

Échantillonnage

Au vu de la disparité des problématiques concernant la collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres entre les territoires, nous avons choisi de limiter notre enquête au département du Puy-De-Dôme. Cette décision nous a permis de préciser les particularités et les enjeux de ce territoire sur cette question. Nous avons donc recruté les participants à l'étude dans la population des docteurs en médecine générale et en psychiatrie exerçant une activité professionnelle dans le Puy-De-Dôme. Le recrutement a été effectué par le « bouche à oreille », les pages jaunes, l'envoi de mails et appels téléphoniques passés auprès de cabinets médicaux, maisons de santé pluri-professionnelles, services de psychiatrie et instituts médico-sociaux. Afin d'obtenir une plus grande diversité des propos, nous avons souhaité constituer deux groupes en variations maximales sur certains critères (sexe, âge, activité rurale, urbaine ou semi-rurale, professionnel libéral, hospitalier ou mixte, exercice indépendant ou regroupés, etc.) à partir desquels nous avons procédé à une

sélection des participants parmi les professionnels ayant acceptés de nous répondre (5).

Chaque médecin contacté a été informé préalablement aux entretiens de la thématique étudiée et des modalités de l'enquête. Le caractère anonyme et confidentiel leur était garanti. S'ils consentaient à participer, nous pouvions alors convenir d'un rendez-vous.

151 médecins ont été contactés (62 psychiatres et 89 médecins généralistes). Parmi eux, 39 ont acceptés (23 psychiatres et 16 médecins généralistes). Les principaux refus ont été argumentés par le manque de temps. Certains n'ont pas souhaités se justifier. 100 médecins (27 psychiatres et 73 médecins généralistes) n'ont pas essayé de nous recontacter malgré nos numéros et adresses mail laissés à leur disposition.

Recueil des données

Les entretiens semi-dirigés ont été préparés en amont à l'aide de guides d'entretien que nous avons élaboré sur la base d'une revue de la littérature (Annexes 2 et 3). Les grilles d'entretien étaient composées de questions ouvertes classées en quatre parties et d'un court questionnaire descriptif des caractéristiques du médecin interrogé (sexe, âge, pratique, spécialité, etc). Nous avons adapté les questions de cette grille au fur et à mesure de l'avancée de notre recherche pour en affiner la pertinence en fonction des réponses apportées par les participants.

Les entretiens ont été réalisés, selon le choix des participants, en présentiel ou par téléphone avec enregistrement au dictaphone ou en visioconférence avec enregistrement audio par le biais du logiciel informatique « Zoom » après avoir

préalablement reçu l'accord de chacun d'entre eux. Le premier doctorant (JF) s'est chargé de conduire les entretiens avec les médecins généralistes et le second doctorant (JR) avec les psychiatres.

Nous avons mené 30 entretiens sur la période de Mars 2021 à Mai 2021 (15 avec des médecins généralistes et 15 avec des psychiatres). Tous les entretiens ont été enregistrés puis anonymisés et retranscrits sous la forme de Verbatim à l'aide du logiciel « Word » stockés sur clé USB et disponibles à la demande (28).

Notre recherche a été enregistrée auprès de la CNIL en date du 23 janvier 2021.

Analyse des données

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats des deux chercheurs (JF et JR). Après avoir intégré les Verbatims au logiciel « Excel », nous avons entrepris de réaliser un codage axial en regroupant les données en 65 propriétés, elles-mêmes réunies en 9 catégories (Annexe 4). L'étiquetage initial a été conduit à l'aide du logiciel « Excel ». En revanche, l'analyse intégrative et la construction des deux modèles explicatifs ont été réalisés à l'aide du logiciel « Word » (14).

RESULTATS

Au total, 30 entretiens semi-dirigés ont été réalisés. Chacun des deux doctorants a retranscrit intégralement les entretiens qu'il avait mené soit 15 pour l'un et 15 pour le second doctorant. Les entretiens ont été réalisés de mi-mars à mi-mai 2021 et la saturation des données nous a semblé obtenue à l'issue de 12 entretiens pour les médecins généralistes et 11 entretiens pour les psychiatres.

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu d'exercice des médecins généralistes pour 6 participants et en visioconférence pour 9 participants. Les entretiens avec les psychiatres ont été menés en présentiel pour 3 participants, en visioconférence pour 9 d'entre eux et par téléphone pour les 3 autres. La durée moyenne des enregistrements était de 20,65 minutes pour les généralistes et 24,7 minutes pour les psychiatres.

Les profils des personnes interviewées étaient diversifiés tant sur l'âge, le sexe, et la zone d'exercice. Concernant les médecins généralistes, ils avaient entre 33 et 65 ans, avec une moyenne d'âge de 44,4 ans. Parmi les médecins généralistes, 9 exerçaient en milieu urbains et 6 en milieu rural/semi-rural. Ils étaient 6 à exercer la fonction de maître de stage universitaire. Quasiment tous les médecins généralistes interrogés exerçaient leur activité en cabinet de groupe. Parmi les psychiatres, 9 étaient spécialisés en psychiatrie de l'adulte, 1 pratiquait uniquement la pédopsychiatrie et les 5 autres avaient un exercice mixte. Ils étaient 6 à pratiquer une activité uniquement libérale, 5 avaient une double activité libérale et hospitalière et 3 exerçaient leur activité uniquement dans le publique. Un résumé des caractéristiques des participants est présenté dans le tableau I.

Tableau I : Résumé des caractéristiques des participants.

GENERALISTES	SEXE	ÂGE	LIEU D'EXERCICE	MODE D'EXERCICE	DIPLOMES/FORMATIONS	MAITRE DE STAGE UNIVERSITAIRE	MODALITES D'ENTRETIEN
G1	M	34	Semi Rural	En groupe	DU sommeil	non	Visioconférence
G2	M	33	Rural	En groupe	non	non	Visioconférence
G3	M	48	Semi Rural	En groupe	Capacité médecine du sport	oui	Présentiel
G4	F	45	Semi Rural	En groupe	non	non	Présentiel
G5	M	36	Urbain	En groupe	Capacité de gériatrie	non	Visioconférence
G6	M	34	Urbain	Seul	DU acupuncture	non	Visioconférence
G7	F	43	Rural	En groupe	non	oui	Visioconférence
G8	F	39	Urbain	En groupe	DU urgences pédiatriques	non	Visioconférence
G9	M	65	Urbain	En groupe	DU homéopathie	oui	Présentiel
G10	F	49	Semi Rural	En groupe	DU homéopathie	oui	Visioconférence
G11	F	35	Urbain	En groupe	DU pédagogie médicale	oui	Visioconférence
G12	F	38	Urbain	En groupe	non	non	Visioconférence
G13	F	52	Urbain	En groupe	non	non	Présentiel
G14	F	58	Urbain	En groupe	non	oui	Présentiel
G15	M	57	Urbain	En groupe	DU gériatrie, douleur	non	Présentiel

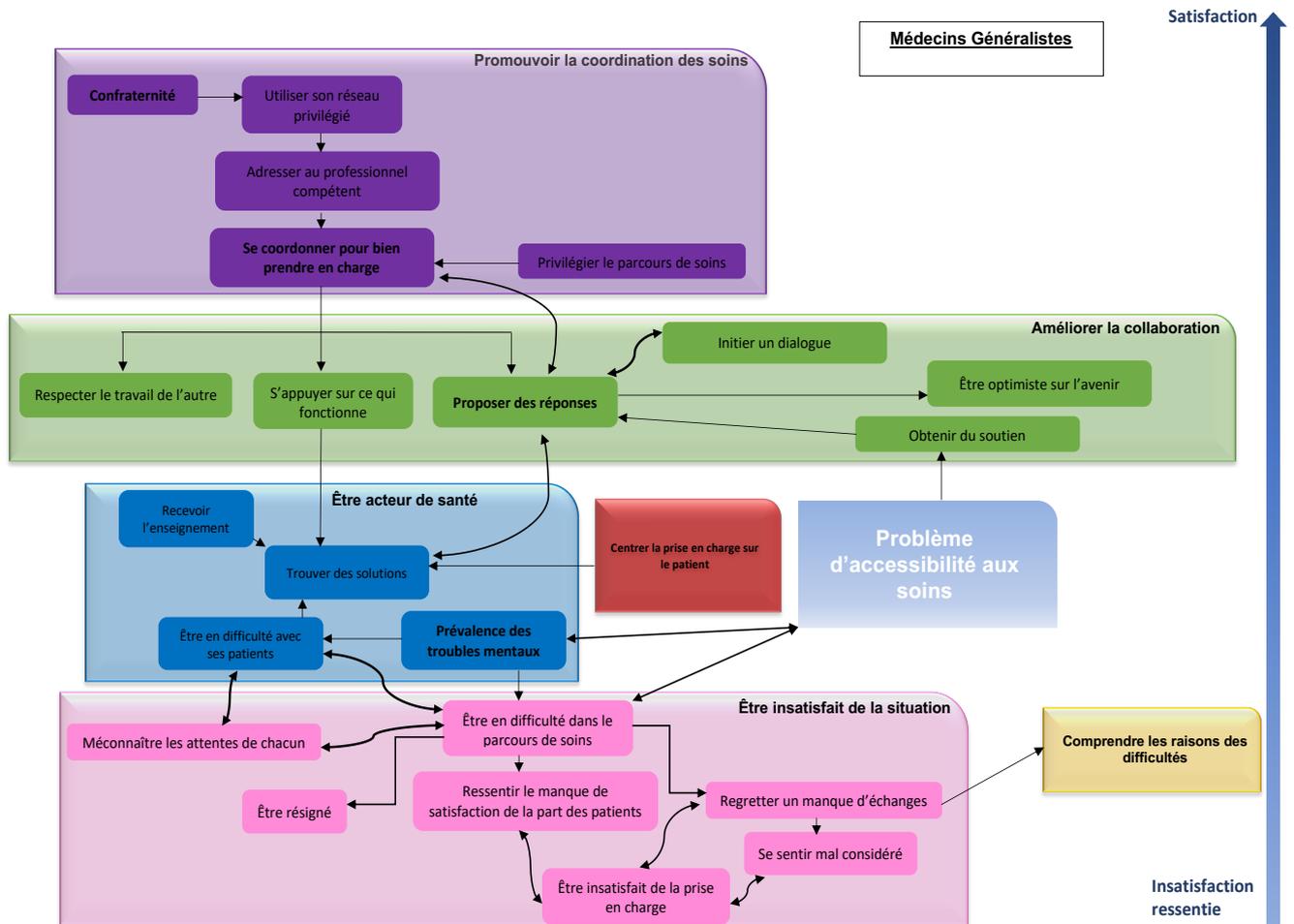
PSYCHIATRES	SEXE	AGE	ACTIVITE	EXERCICE	ENSEIGNEMENT	MODALITES D'ENTRETIEN
P1	F	56	H - L	PP	Oui	Présentiel
P2	F	37	L	PA	Non	Visioconférence
P3	F	32	H	PA	Oui	Visioconférence
P4	F	34	L	PA	Non	Visioconférence
P5	F	35	L	PA	Non	Visioconférence
P6	F	49	L - C	PA	Non	Téléphone
P7	M	62	H - L	PA	Oui	Présentiel
P8	M	58	H - L	PP - PA	Oui	Visioconférence
P9	M	67	L	PA - PP	Oui	Téléphone
P10	M	46	H	PA	Oui	Visioconférence
P11	M	45	H - L	PP - PA	Non	Visioconférence
P12	M	35	H	PA	Oui	Visioconférence
P13	M	64	H - L	PA - PP	Oui	Présentiel
P14	M	54	L	PP - PA	Non	Téléphone
P15	F	43	H - I	PA	Oui	Visioconférence

H : Hospitalier ; L : Libéral ; C : Clinique ; I : Institutions
PA : Psychiatrie Adulte ; PP : Pédopsychiatrie ; Par ordre d'activité

Nous avons tenté d'organiser un focus group réunissant des médecins généralistes et des psychiatres afin de croiser les points de vue et favoriser l'émergence d'idées nouvelles sur la question. Celui-ci n'a pas pu être mené en raison d'un nombre de réponses positives insuffisantes de la part des psychiatres et d'une difficulté à trouver une date commune en période de crise sanitaire.

MEDECINS GENERALISTES

Figure 1 : Modèle explicatif pour les médecins généralistes



Les contraintes et difficultés

Dans l'intégralité des entretiens réalisés, les MG ont évoqué des difficultés de collaboration et de communication avec leurs confrères psychiatres. Ces difficultés revêtaient deux dimensions. Tout d'abord les difficultés sur lesquelles il était difficile d'agir à court terme. Un problème d'accessibilité était notamment ressorti lors de chaque entretien : G10 « *Je pense aussi qu'ils sont très peu nombreux et overbookés, encore plus que nous.* ». Les réticences des patients atteints de troubles mentaux ont

été citées, pouvant également participer à la complexité des relations entre MG et psychiatres : G2 « *Il y a des patients qui sont parfois un peu dans le déni et qui ne maintiennent pas un suivi sur le long terme notamment dans les addictions* ». Une insatisfaction globale concernant les relations entre MG et psychiatres était ressortie des entretiens. Les généralistes relataient notamment des difficultés pour adresser leurs patients aux psychiatres : G10 « *En médecine générale on a souvent un cardio pour qui on sait qu'on aura plus facilement un rendez-vous rapide, pareil pour la gastro mais par contre on n'a pas ça en psychiatrie. Et je trouve que c'est moins facile* ». Ils regrettaient surtout des difficultés de communication et un manque d'échanges avec eux : G13 « *On n'a jamais de courrier. Enfin on en a mais c'est extrêmement rare et du coup c'est quand même compliqué. Donc l'échange on ne peut pas dire qu'il existe.*». Quelques généralistes déploraient certains retours négatifs de la part de leurs patients : G1 « *Le retour des patients après avoir vu le psychiatre n'est pas non plus toujours positif. C'est quand même quelque chose qui remonte assez fréquemment* ». Beaucoup se sentaient parfois exclus de la prise en charge de leurs patients : G11 « *On peut se sentir totalement exclus de la prise en charge, ce n'est pas gratifiant et on peut avoir parfois l'impression d'être la petite main et d'être là uniquement quand il y a quelque chose de pas très intéressant à faire quoi* ». Les MG n'étaient pas toujours non plus satisfaits de la prise en charge de leurs patients : G4 « *Et pour les urgences, à cause des délais, je n'arrive pas à avoir d'avis rapide ce qui fait que j'hospitalise directement, donc c'est pas génial pour les patients forcément* ». Certains MG avaient même évoqué une certaine résignation quant à cette situation : G12 « *C'est quelque chose d'établi finalement* », G1 « *C'est probablement lié à des habitudes et une certaine négligence de part et d'autre* ».

Les moyens d'adaptation

Devant l'augmentation de la prévalence des troubles mentaux en consultation de médecine générale, les MG ont dû s'adapter et trouver des solutions face aux difficultés de collaboration avec leurs confrères psychiatres. La plupart des MG interrogés utilisaient le biais des urgences ou cherchaient à contacter directement le psychiatre par téléphone lorsque la situation l'imposait : G8 « *Vous voyez bien la période dans laquelle on vit, j'en suis à deux hospitalisations sur tentatives de suicide. Donc là en général je passe par les urgences.* », G1 : « *Disons que si cela est vraiment urgent et qu'il y a des signes de gravité, ça m'arrive d'appeler moi-même et je raccourcis le délai.* ». Même si beaucoup la trouvaient insuffisante, la formation était un bon atout pour palier à ces difficultés pour certains MG : G1 « *Comme je suis formé sur le sommeil j'ai été pas mal sensibilisé à cette notion-là du coup et j'essaye d'être plus vigilant sur le plan cardiovasculaire pour mes patients psy.* ». Le fait de préserver la relation médecin malade est apparu comme étant un atout, d'une part pour adresser les patients aux psychiatres : G6 « *J'essaie déjà de demander aux patients auprès de qui ils sont suivis, si ça se passe bien, s'il y a un bon feeling et puis voilà c'est surtout avec le retour des patients.* » mais également pour améliorer leur prise en charge : G11 « *Quand on passe 30 minutes à discuter avec le patient, à l'écouter, ça on le fait. (la psychothérapie)* ». Certains MG préparaient d'ailleurs leurs patients aux difficultés auxquelles ils allaient probablement faire face dans leur parcours de soins : G12 « *Et pour ça je préviens mes patients d'ailleurs que je n'aurai pas de retour.* ».

Afin de favoriser leurs relations avec les psychiatres, les MG affirmaient rédiger systématiquement un courrier lors de l'adressage de leurs patients : G9 « *Personnellement je rédige systématiquement un courrier lorsque j'envoie un patient vers un psychiatre et même pour un psychologue.* ». Ils connaissaient leurs limites et

adressaient leurs patients seulement si nécessaire : G3 « *Mais un syndrome dépressif qui va durer et être assez cogné, je ne vais pas le suivre tout seul.* ». Ils se remettaient également facilement en cause concernant les difficultés relationnelles avec les psychiatres : G10 « *Peut-être que nous aussi on pourrait faire mieux en contactant les psychiatres pour orienter nos patients.* ».

La promotion de la coordination des soins a également été un axe essentiel des solutions mises en évidence par les MG. Les échanges entre associés facilitaient la mise en place de réseaux de correspondants : G14 « *Et les échanges avec mes associés. Donc on en parle de temps en temps de notre réseau de correspondants* » qui permettaient ensuite d'adresser plus aisément leurs patients : G15 « *Voilà après la manière de les avoir c'est de joindre les psychiatres avec qui on a l'habitude de travailler* ». Enfin, les généralistes interrogés étaient unanimes et considéraient tous qu'une bonne coordination des soins permettrait d'optimiser et d'améliorer la prise en charge de leurs patients : G10 « *Je pense que si on avait plus de retour, cela nous aiderait à mieux soigner nos patients.* ».

Les perspectives d'amélioration

La plupart des MG interrogés émettaient des hypothèses sur l'origine des difficultés de communications avec les psychiatres. Les principales mises en évidence étaient l'existence du lien particulier qui pourrait exister entre le psychiatre et son patient, la sensibilité du psychiatre, ainsi que le souhait pour le psychiatre de protéger le secret médical : G14 « *Je pense qu'on touche à un domaine, la psychiatrie, qui fait état de maladies qui ne sont pas toujours bien vécues par le patient et sur lesquelles le patient n'a pas toujours envie de s'épancher. Donc il peut peut-être penser et le psychiatre avec que parfois ça doit rester entre le psychiatre et le patient.* », G5 : « *J'ai*

remarqué aussi que les psychiatres faisaient très attention aux informations qu'ils délivraient et se posent beaucoup de question sur le médico-légal, l'éthique ».

Afin d'encourager les relations entre professionnels, l'intégralité des participants a proposé des pistes d'amélioration. Il convient de souligner la confraternité dont les généralistes ont fait preuve vis-à-vis de leurs confrères G6 : *« Je pense que c'est un vrai manque de temps et non un manque de volonté. »*. L'initiation d'un dialogue était un des axes à privilégier selon beaucoup de MG : G13 *« Cela facilite aussi les échanges quand on prend son téléphone pour appeler quelqu'un qu'on connaît »*.

L'intégralité des généralistes interrogés était favorable à la création d'une adresse mail ou d'une ligne téléphonique d'avis comme cela avait pu être mis en place dans certains services hospitaliers du département : G7 *« Bin par exemple on a plein de services de spé qui sont un peu engorgés et qui nous proposent des numéros d'avis et ça c'est top. On y répond à n'importe quelle heure, on le prépare quand on a terminé nos consultations. Si on l'avait en psychiatrie, ça nous rendrait un service fou. »*. D'autres pistes étaient également abordées avec notamment plus de formations et de rencontres, la création d'un annuaire de psychiatres avec leurs domaines d'expertise, la création d'une consultation psychiatrique de secteur, le développement de la télé-expertise, le remboursement des consultations de psychologues, l'utilisation de grilles d'évaluation pour renforcer la confiance du psychiatre envers la pratique du généraliste... Enfin, plusieurs des généralistes interrogés étaient optimistes sur l'évolution des relations entre MG et psychiatres : G5 *« J'ai remarqué que les jeunes psychiatres sont plus en demande de travail interdisciplinaire alors que les vieux psychiatres ont pris des habitudes de se débrouiller un peu seuls et sont moins dans l'échange »*.

PSYCHIATRES

De manière générale, les psychiatres ont exprimé un sentiment de satisfaction sur la coopération avec les MG : P6 « *Oh ben je n'ai pas de difficulté avec les médecins généralistes* ». Certains, d'ailleurs, justifiaient de la qualité de leur relation par les retours positifs qu'ils ont reçu des MG : P4 « *J'ai toujours un bon accueil. J'ai toujours le sentiment qu'ils sont heureux quand je les appelle* ». Ils ont cependant pointé les contraintes et difficultés pouvant selon eux interférer dans rapports qu'ils entretiennent avec les MG.

Figure 2 : Modèle explicatif pour les psychiatres



Les contraintes et difficultés

Sans surprise, la totalité des psychiatres interrogés a concédé souffrir d'un problème d'accessibilité à leur spécialité : P2 « *On manque de psychiatres. Clairement, moi je ne prends plus de nouveaux patients* » pouvant s'expliquer par une démographie médicale insuffisante associée à une forte demande. Des contraintes structurelles et organisationnelles pourraient majorer les difficultés à accéder à un psychiatre en raison d'une saturation de leur file active notamment en priorisant les patients déjà pris en charge : P15 « *Nous on a été obligé de prioriser en priorisant les sorties d'hospitalisation et moins les adressages par les médecins généralistes libéraux* ». Ou en recevant des patients ne relevant pas de leur spécialité mais qui n'avaient pas accès aux psychologues : P11 « *Les psychologues ne sont pas remboursés, les psychiatres le sont et je pense que beaucoup de gens viennent pour des troubles psychologiques* ». De même, les psychiatres ont admis que le problème démographique affectait également la médecine générale et que certains de leurs patients avaient des difficultés à trouver un médecin traitant : P6 « *c'est la difficulté de trouver {...} des médecins généralistes qui acceptent de nouveaux patients. C'est plutôt assez rare* ». Par ailleurs, il est apparu que le patient lui-même pouvait être son propre obstacle à sa santé du fait de sa psychologie propre : P3 « *Je pense que leur principale difficulté c'est l'observance du patient autant sur le traitement que sur le suivi. Et voilà, je pense que les patients psychiatriques ce sont des patients qui sont très aléatoires* ».

De nombreux psychiatres ont regretté un manque d'échanges, et en particulier une insuffisance de courriers de la part des MG : P4 « *c'est très souvent que l'on va recevoir des patients... je dirais presque soixante-quinze pourcents des gens que je reçois qui viennent sans courrier du médecin généraliste donc ça me fait perdre pas*

mal de temps ». Ils auraient souhaité que ceux-ci soient plus facilement disponibles pour les joindre directement : P1 « *Si je veux les joindre par téléphone, des fois c'est difficile. Donc c'est vrai que ce n'est pas encore super* ». La moitié des praticiens interrogés a estimé qu'il pouvait exister chez certains MG une perception de la pathologie psychiatrique différente de la leur amenant parfois ceux-ci à manquer d'attention vis-à-vis de leurs patients : P2 « *À partir du moment où il y a des pathologies plus d'ordre psychosomatique, là ça devient plus compliqué parce que les gens souvent se heurtent aux « ben c'est dans la tête, ah vous venez encore me voir »* ». Une partie d'entre eux a admis que l'organisation des soins psychiatriques par sectorisation pouvait manquer de clarté pour les MG qui chercheraient alors à trouver d'autres solutions d'adressages pour leurs patients ne pouvant pas être reçus rapidement comme de les envoyer aux urgences : P10 « *Or vous savez la loi de secteur crée des secteurs {...} Et je pense qu'en fait il y a toujours... même si je pense que ça s'est quand même amélioré... il y a un manque peut-être de clarté d'offre de soin des hôpitaux psychiatriques en France* ». Quelques psychiatres ont exprimé un sentiment d'insatisfaction concernant la prise en charge de certains patients en raison d'un suivi insuffisant ou de compétences limitées de la part des MG : P3 « *et puis des fois les traitements effectivement, ce n'est pas... ils essaient des traitements de dernière intention en première intention par exemple* ».

Les moyens d'adaptation

Face aux difficultés, les psychiatres interrogés ont montré qu'ils avaient conscience de la prévalence des troubles mentaux en médecine générale : P11 « *J'ai mon oncle qui est généraliste et qui me dit qu'il y avait trente pourcents de sa patientèle, alors c'est à la louche, où il y avait un trouble d'ordre psychiatrique* ». Pour répondre au mieux à la demande ils ont réaffirmé la place du MG comme pivot du

parcours de soins du patient, ayant les compétences pour initier la prise en charge des pathologies psychiatriques : P5 « *Donc souvent je demande quand même parfois au premier rendez-vous qu'ils se rendent d'abord chez leur médecin généraliste qu'il puisse les orienter vers moi* ». Ils ont reconnu avoir des torts comme de ne pas rédiger suffisamment de courriers ou d'être difficilement accessibles. Cependant, la plupart des psychiatres a affirmé se rendre disponible pour répondre aux MG : P11 « *Voilà j'essaie de cultiver un peu l'accessibilité {...} j'essaie quand même d'accueillir des coups de fil et de répondre systématiquement* ». De même, ils étaient nombreux à déclarer s'investir dans la prise en charge des patients par la rédaction de courriers à des moments clés du suivi : P8 « *En tout cas j'essaie d'écrire, mais je n'écris pas systématiquement. Et je pense que leur difficulté c'est de ne pas avoir de retour* ». Et ce d'autant plus que les patients étaient orientés dans le cadre du parcours de soins : P1 « *Et j'ai l'impression qu'à partir du moment, après, où la personne est orientée, {...} qu'on échange assez facilement quand les médecins traitants ont des questions où quand on a besoin de se parler* ». Fonctionner dans ce cadre a paru indispensable pour les psychiatres interrogés afin de mieux se coordonner avec les MG pour assurer une meilleure prise en charge des patients : P4 « *Je trouve que la seule chose qui peut peut-être un petit peu me manquer c'est ça, c'est cette coordination entre les deux, c'est-à-dire que souvent les patients se retrouvent avec l'ordonnance du médecin généraliste et l'ordonnance du psychiatre* ». En se positionnant comme médecins de seconde ligne, de nombreux psychiatres ont insisté sur leur rôle dans le conseil et l'accompagnement des MG.

A l'inverse, il est arrivé que les psychiatres soient confrontés à des problématiques d'ordre somatique en premier recours : P12 « *Très souvent, en psychiatrie nous voyons des gens qui sont en errance, en nomadisme médical qu'on*

voit d'abord pour la problématique psychiatrique et qui ont bien sûr beaucoup de comorbidités ». Ou plus régulièrement à des demandes de dépannages de traitements hors de leur spécialité. Ils ont avoué se contenter en général de prescriptions courantes, connaissant leurs limites. Au-delà, ils ont pour réflexe d'adresser leurs patients au MG voire directement au spécialiste compétent : P13 « *Donc, très souvent, je demande à mes patients de consulter leur médecin ou un médecin, parfois pour préciser certaines plaintes somatiques, parfois pour des bilans biologiques* ». Ce dans le but de prévenir les risques pour les patients et notamment avant l'instauration de certains traitements : P15 « *Il m'arrive d'adresser directement au cardiologue quand il n'y a pas eu d'électrocardiogramme depuis longtemps pour le suivi, ou même au diabétologue {...} je sais que le médecin généraliste est, alors je dirais, peut-être moins rigoureux sur cet aspect-là (la prévention des risques liés aux traitements psychiatriques)* ». Les participants ont par ailleurs unanimement insisté sur le fait d'œuvrer à responsabiliser leurs patients dans leur suivi par leur MG, prenant parfois le rendez-vous en leur présence : P12 « *Effectivement, c'est comme ça qu'on essaie de les remettre, un peu, sur un chemin aussi de soins de médecine générale. Également, pour la coordination des soins* ». Et s'appuyant sur le lien particulier qu'ils ont avec les malades : P8 « *Il y a sans doute la raison d'être prudent sur ce qu'on avance, même si le secret professionnel sera bien tenu, ce n'est pas le problème, mais de ne pas perdre l'alliance thérapeutique avec le patient {...} Et puis parfois les troubles peuvent être un peu complexes à détailler et à expliquer* ». Finalement, la majeure partie des psychiatres s'est satisfait d'utiliser un réseau privilégié de professionnels de santé pour la prise en charge de leurs patients par habitude de travail, connaissances personnelles ou encore par proximité comme les médecins généralistes intervenant en unité hospitalières de psychiatrie : P4 « *globalement je pense que les médecins*

généralistes adressent toujours vers, peut-être, les mêmes spécialistes ou nous vers les mêmes médecins généraliste ».

Les perspectives d'amélioration

Selon les psychiatres interrogés, la coordination des soins avec les MG nécessiterait deux prérequis. Tout d'abord respecter le travail en définissant le rôle de chacun apparaissait comme indispensable : P5 « *ne pas trop déborder sur les plates-bandes de l'un ou l'autre en fait {...} que chacun fasse vraiment son travail, en fait. Dès qu'il y a des symptômes qui ne sont pas du registre psychiatrique... Et puis qu'aussi le médecin généraliste ait une meilleure compréhension du trouble psychiatrique* ». Cela sous-tendrait que les praticiens aient la même représentation de la pathologie psychiatrique facilitée par les rencontres entre professionnels : P6 « *on pourrait essayer d'organiser un staff aussi pour venir présenter les dossiers {...} Alors, peut-être pas nous en libéral mais sur les CHU peut-être que les assistants, les chefs de clinique pourraient penser à quelque chose comme ça pour pouvoir de temps en temps aussi discuter* ». Une formation commune permettrait aux futurs médecins d'acquérir des bases identiques et une cohérence dans les discours : P13 « *Donc je pense que la formation est une des réponses pour fluidifier les choses {...} on apprend à connaître la discipline de l'autre et la réalité du travail. Je pense que c'est une réponse, et puis la formation des jeunes* ». Secondairement, il est apparu qu'initier le dialogue avec les MG permettait de mieux collaborer : P13 « *j'ai toujours plaisir à échanger avec les collègues {...} c'est vraiment transdisciplinaire. C'est-à-dire que chacun s'enrichit de la pratique de l'autre* ». Cependant, les psychiatres ont pointé le peu de temps qu'ils avaient à dédier aux échanges : P8 « *C'est compliqué aussi en termes de temps, de prendre le temps de faire un courrier, parce que nos consultations durent un certain temps, la description des problèmes est souvent assez longue si l'on*

veut être un petit peu précis ». Pour parer à ce manque, ils étaient nombreux à souhaiter que la communication avec les MG soit plus efficace, notamment en étoffant leurs courriers : P3 « *Donc peut être mieux nous décrire la situation somatique pour qu'on réussisse nous mieux à appréhender les choses, en tout cas plus rapidement* ». De même, ils demandaient à disposer de moyens de communication sécurisés, simples et rapides d'utilisation : P6 « *je trouve que c'est un moyen (mail) assez souple de communiquer {...} Le seul souci c'est que tout le monde, enfin les messageries sécurisées médicales, je trouve, ne sont pas très fonctionnelles, parce que déjà il y en a plusieurs, parce qu'on ne les consulte pas tous les jours, tout le monde ne les consulte pas* », P15 « *Peut-être que le dossier médical partagé ça répond à cela* ».

Pour favoriser le dialogue et la coopération entre les MG et les psychiatres, ces derniers ont proposés des réponses comme la mise en place d'une plateforme d'avis et d'orientation en psychiatrie destinée aux MG : P10 « *ça serait de faire soit une plateforme téléphonique, soit une plateforme internet où les généralistes pourraient poser des questions de... je ne sais pas, sur le traitement, des patients qui souffrent de troubles psychiatriques et qu'on dédie du temps médical pour répondre à leurs interrogations* ». Certains ont déjà mis en place des accès spécifiques pour les MG : P4 « *j'ai essayé de mettre en place justement sur ma plateforme de prise de rendez-vous, un accès spécifique pour les médecins* ». Dès lors, il est ressorti la notion d'un lien direct entre confrères : P8 « *voilà si on pouvait avoir un lien téléphonique, parfois ça serait mieux parce qu'on pourrait s'expliquer sur les choses* ». Ils sont également nombreux à avoir présenté l'intérêt que peuvent avoir certains intermédiaires pour favoriser la relation MG/psychiatre comme les secrétaires : P8 « *La collaboration avec le généraliste... Je pense qu'à l'hôpital elle est plus facile parce qu'il y a un*

secrétariat... moi je n'ai pas un secrétariat personnalisé. C'est une plateforme de secrétaires. Donc elles me font passer des messages éventuellement ». Les infirmières pourraient participer à l'accompagnement du patient dans le parcours de soin : P15 « *on voudrait, vous savez avec ce nouveau métier des IPA (Infirmiers en Pratique Avancée) notamment en psychiatrie, pareil d'essayer {...} d'accompagner le lien entre {...} les praticiens généralistes de ville et les praticiens de psychiatrie hospitalier* ». Enfin, pour les aider à mettre en œuvre les solutions qu'ils ont jugé pertinentes, certains psychiatres ont demandé le soutien des institutions et des pouvoirs publics : P10 « *Donc pour ça (une plateforme d'avis) il faut demander des crédits à l'ARS. Et alors, il faut savoir que c'est très à la mode dans ce qu'ils appellent les fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie. Ça se passe une fois par an, vous déposez un projet à l'ARS, au ministère et on vous alloue des crédits pour développer ce type d'outil* ».

DISCUSSION

L'objectif de cette recherche était d'analyser comment les médecins généralistes et les psychiatres s'adaptent face aux difficultés rencontrées dans le parcours de soins des patients présentant une pathologie mentale. Dans notre étude, les médecins généralistes et psychiatres ont convenu que préserver et entretenir les relations entre eux était la solution à privilégier pour une prise en charge optimale des patients atteints de troubles mentaux. C'était également le moyen le plus efficace pour pallier à leurs difficultés respectives. Ainsi, la promotion de la coordination des soins et l'initiation du dialogue ont été retenues comme étant les deux pivots d'une bonne collaboration entre MG et psychiatres. En effet, les contacts téléphoniques ou les courriers réguliers permettaient d'instaurer un respect et une confiance mutuelle. Les médecins osaient plus facilement contacter leurs interlocuteurs connus et avaient plus de facilités à orienter leurs patients, ceci améliorant considérablement la prise en charge de leurs patients. Ils se sont donc largement accordés sur le fait qu'elles avaient à cœur de préserver et cultiver ces contacts et qu'il s'agissait là du moyen le plus efficace pour pallier aux difficultés relationnelles entre les professionnels de santé.

Ces résultats sont d'ailleurs concordants avec les travaux de la HAS qui publiait en 2018 un guide pour l'amélioration de la coordination entre les généralistes et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux (9). Il s'agissait d'améliorer le diagnostic, le suivi et donc la prise en charge des patients en évitant les ruptures de soins par la promotion d'une meilleure coordination des professionnels de la santé mentale. La coordination des soins était alors placée comme étant l'axe majeur de l'amélioration de la santé mentale en France. Elle permettait d'éviter du fait d'une communication insuffisante, des retards

diagnostiques et thérapeutiques, mais également des erreurs de prescription à l'origine de risques iatrogènes et la transmission d'informations contradictoires au patient pouvant être responsable d'une perte de confiance de la part du patient et d'une rupture dans la continuité des soins. De même, le CNQSP dans leur recommandation de 2010 (16) estimait que l'échange et l'exhaustivité des courriers entre MG et psychiatres était le levier d'une meilleure collaboration entre MG et psychiatres et l'encourageait. Ce résultat démontre ainsi que les MG et les psychiatres ont su s'adapter et trouver eux-mêmes les bonnes solutions pour faire face aux problèmes de démographie médicale et d'accessibilité réduite.

Pour faire face aux difficultés rencontrées, les MG ont cependant déclaré avoir également recours aux services d'urgences, souvent à contre cœur, compte tenu de l'accessibilité réduite des psychiatres. L'intégralité des médecins généralistes déplorait ainsi des difficultés d'accès et des délais importants d'hospitalisation ou de consultation psychiatrique. Les psychiatres eux même regrettaient cette situation, faisant face à une forte de demande de la part des patients. Un résultat qui concorde malheureusement avec plusieurs travaux rédigés ces dernières années (8, 10, 11).

Devant ce problème d'accessibilité croissant déploré par les deux spécialités, la place du MG a été réaffirmée. Ce dernier devenait alors le pivot du parcours de soins. Pour faire face à cette forte demande, les MG ont déclaré réaliser plus de formations sur la psychiatrie et hiérarchiser les adressages vers les psychiatres en fonction de la sévérité des symptômes de leurs patients. En effet, pour les généralistes comme pour les psychiatres, il était essentiel de travailler en réseau et de privilégier le parcours de soins, compte tenu de la prévalence des troubles mentaux. Aujourd'hui,

les généralistes, médecins de première ligne sont en effet plus que jamais confrontés à une prévalence croissante de pathologies mentales (12). Ces résultats sont d'ailleurs en adéquation avec les constats réalisés par le Ministère des solidarités et de la cohésion sociale dans le Plan psychiatrie et santé mentale de 2011- 2015 (2). L'intégralité des généralistes interrogés dans notre étude a déclaré initier des traitements psychotropes, notamment des anxiolytiques ou des antidépresseurs par nécessité. La formation est donc un moyen permettant de palier aux difficultés d'accès aux psychiatres en initiant dans un premier temps une thérapie afin d'éviter un retard de prise en charge des patients. Ce résultat est d'ailleurs confirmé par le travail de Milleret, Gérard, et al. « États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale » », dans *L'information psychiatrique*, (11) pour qui l'optimisation de l'action conjointe du médecin généraliste et des professionnels de la psychiatrie passerait par l'amélioration de la communication, de la formation et du soin en santé mentale en première ligne. Il convient ici de souligner que plusieurs MG interrogés ont observé une augmentation de la prévalence des troubles mentaux dans leurs patientèles depuis le début de la crise sanitaire. Ainsi, si jusqu'ici la formation des médecins généralistes en psychiatrie était exposée comme parfois insuffisante dans de précédentes études (7, 19), il convient d'admettre que ce constat tend à évoluer. Aujourd'hui, les généralistes s'adaptent et ont pris conscience de la nécessité de parfaire leur formation en psychiatrie pour une prise en charge optimale des patients.

Dans cette étude, les psychiatres ont également reconnu être confrontés à des demandes somatiques de la part de leurs patients, ils étaient alors contraints de les adresser au MG ou alors directement à un autre spécialiste. Pour pallier à ces

situations, pouvant parfois faire naître un sentiment d'exclusion chez le généraliste, la responsabilisation du patient était apparue nécessaire. Afin de promouvoir les relations entre MG et psychiatres, les deux spécialités ont déclaré se tenir particulièrement disponibles et être attentifs à l'exhaustivité de leurs courriers. Ces résultats s'inscrivent, avec d'autres études (13, 19, 24), dans une démarche de progrès, sous tendant une évolution des pratiques et un investissement de part et d'autre.

Il convient également de souligner que chaque partie se remettait en question concernant les difficultés de communication mises en évidence afin d'élaborer des pistes d'amélioration. L'ensemble des généralistes a été particulièrement attentif aux raisons pouvant expliquer les obstacles à la rédaction de courriers de la part des psychiatres. La préservation du secret médical (23) et le lien particulier entre le psychiatre et le patient ont été évoqués. Cette remise en question et cette dynamique de compréhension n'ont jusqu'ici jamais été mises en évidence. Nous pourrions donc imaginer qu'après plusieurs années de constats de difficultés et de manque de communication, les MG et les psychiatres sont aujourd'hui dans une dynamique de compréhension des difficultés de l'autre afin de trouver des solutions pérennes. A ce sujet, de nombreuses pistes ont été évoquées, démontrant là encore la volonté d'améliorer la situation de la part des généralistes et des psychiatres. Les participants étaient unanimes sur l'intérêt de la création d'une ligne téléphonique ou d'une adresse email d'avis en psychiatrie. De même, ils encourageaient les formations et les rencontres entre professionnels. Dans différents travaux (18, 20, 22, 23, 24, 25) ces mêmes pistes d'amélioration étaient également proposées. L'intérêt d'intermédiaires comme soutien pour les psychiatres comme les IDE, IPA et secrétaires est également ressortie des entretiens, tout comme la nécessité d'un appui de la part des institutions

publiques. En ce sens, une thèse rédigée en 2012 (13) estimait d'ailleurs que l'outil informatique et la présence d'un secrétariat était plus favorable à la rédaction de courriers exhaustifs et à la communication entre MG et psychiatres. Une autre thèse rédigée en 2018 avait également étudié les recours sollicités par les médecins généralistes pour leurs patients suivis pour des troubles mentaux, mettant en évidence l'intérêt d'un IDE spécialisé en santé mentale en particulier pour les patients entrant dans le soin, mais aussi de psychologues (15).

Bien sûr, certaines difficultés de communication ont été mises en évidence, comme cela a été abordé maintes fois dans la littérature (7, 10, 11, 13, 19, 20, 23, 24, 25). Néanmoins, dans notre étude, nous retrouvons unanimement, un désir d'amélioration de la situation, une remise en question et une dynamique positive émanant de tous les participants.

Il nous a semblé intéressant de recueillir l'avis à la fois des médecins généralistes et des psychiatres sur leur collaboration dans le cadre du parcours de soins des patients atteints de pathologie mentale dans le Puy-De-Dôme, ce qui n'avait jamais été réalisé auparavant. Le sujet a été défini au préalable par une rencontre entre deux médecins généralistes du département de médecine générale de la faculté de Clermont-Ferrand avec trois psychiatres du centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand à laquelle ont été associés les deux doctorants. La question de recherche était ancrée dans l'actualité au vu du contexte de dégradation de la santé mentale en France.

Nous avons constaté un biais de sélection chez les médecins généralistes interrogés concernant les modalités d'exercice de ceux-ci. Ils étaient en majorité

regroupés et très peu avaient une activité rurale. De même, la quasi-totalité des psychiatres ayant accepté de participer exerçait à Clermont-Ferrand ou à proximité directe. A l'inverse, nous avons obtenu une grande variabilité sur les critères de sexe et d'âge pour les deux spécialités. Nous avons inclus à notre étude autant de psychiatres libéraux qu'hospitaliers et quelques pédopsychiatres à activité mixte afin d'obtenir une plus grande diversité des propos. Un biais de confusion pourrait également exister si l'on envisage que les médecins répondeurs étaient peut-être plus enclins à communiquer que les non répondeurs. Enfin, en l'absence d'expérience et bien qu'ayant fait de notre mieux pour rester neutres au cours des entretiens, il est possible que nos paroles ou nos gestes aient pu influencer par moment les réponses des intervenants. Les modalités d'entretiens sont aussi à prendre en considération dans les éventuelles limites de notre étude en notant que la durée moyenne était inférieure à trente minutes puisque les médecins, très occupés, avaient peu de temps à y consacrer. De même, en raison de la situation sanitaire du moment, nous avons dû réaliser une grande partie des entretiens en visioconférence, ce qui créait une certaine distance, pouvant perturber l'implication des intervenants dans leurs confidences.

La validité interne de notre étude s'est vue renforcée par l'obtention de la saturation des données et par une analyse par triangulation. Par soucis d'organisation, nous avons procédé à une répartition des entretiens par spécialité, les médecins généralistes pour un chercheur (JF) et les psychiatres pour l'autre (JR). Nous avons ensuite entrepris l'étiquetage de l'intégralité de nos entretiens ainsi que de 80% des entretiens de l'autre doctorant. Nous avons ensuite confronté nos données afin d'arriver à un consensus d'analyse. Enfin, les résultats ont été discutés avec notre directeur de recherche.

Les modèles explicatifs étant cohérents avec la littérature, cette étude a montré sa crédibilité. Cependant, son utilité réside dans la mise en évidence des mêmes problématiques dans le territoire du Puy-De-Dôme que dans d'autres régions du territoire français. Nous avons recueilli des retours satisfaisant sur nos résultats de la part de certains participants confirmant la pertinence de ceux-ci.

Il serait intéressant, sur le plan de la recherche, de pouvoir organiser un ou plusieurs entretiens collectifs entre médecins généralistes et psychiatres, dans le département, afin de confronter les points de vue et les vécus de chacun dans l'optique de faire émerger des idées et solutions nouvelles. Les professionnels interrogés ayant insistés sur la nécessité de centrer la prise en charge sur le patient, il pourrait également être envisagé de recueillir le ressenti et l'avis des patients eux-mêmes sur leur parcours de soins psychiatriques afin d'étayer ce propos.

Du point de vue de la pratique des MG et psychiatres, les résultats obtenus suggèrent de mieux définir au préalable d'une prise en charge psychiatrique les attentes et les rôles de chacun sur le plan du suivi, des prescriptions médicamenteuses, de la psychothérapie, etc. Ceci pourrait être favorisé par l'initiation d'un dialogue direct au cours de réunions interprofessionnelles permettant d'échanger sur des situations et problématiques médicales ou organisationnelles concrètes par exemple. De même, les échanges indirects, par la systématisation des courriers, paraissent perfectibles. Il pourrait être envisagé la rédaction de courriers plus réguliers par les psychiatres, même succincts, pour tenir informés les généralistes sur des changements de traitements ou des évolutions de la pathologie. Il est également suggéré que les courriers d'adressage des MG soient plus précis concernant la demande et plus complets sur l'état de santé des patients. Le CNQSP avait à ce titre

formalisé des courriers-types en 2010 (Annexe 1) afin d'aider les MG dans leur pratique, mais l'exhaustivité de ces recommandations les rendaient difficilement applicables comme le suggérait une étude réalisée en 2015 (21). Par ailleurs, la communication pourrait être facilitée par une généralisation de l'utilisation de messagerie électronique sécurisée qui semble être un moyen plus souple et plus rapide face aux outils conventionnels que sont le courrier et le téléphone. Le dossier médical partagé peut être également une piste d'avenir pour permettre aux différents professionnels de santé d'accéder facilement aux différentes informations médicales sur le patient.

Concernant l'organisation des soins, il apparaît que les MG manquent peut-être d'informations sur les spécificités de la sectorisation de la psychiatrie et sur les solutions qui peuvent être proposées par les structures et les professionnels de la santé mentale pour fluidifier le parcours de soins des patients (accès à la prise de rendez-vous dédiés aux MG, consultations initiales par un infirmier en psychiatrie, etc). Il conviendrait de mieux communiquer auprès d'eux sur ces différents aspects afin d'améliorer l'orientation de leurs patients. Par ailleurs, avec le soutien des instances administratives publiques, un numéro de téléphone ou une adresse mail d'avis et d'orientation pourrait être mis en place afin de conseiller et d'aiguiller les MG dans la prise en charge de leurs patients atteints de pathologie mentale. Enfin, il serait probablement intéressant d'étudier la reproductibilité sur le territoire de modèles collaboratifs qui ont fait leurs preuves à l'étranger et en France, comme c'est le cas du dispositif de soins partagés (DSP) mis en place en 2000 dans le cadre du réseau de promotion de santé mentale des Yvelines (RPSM 78). Ce dispositif permet aux médecins généralistes d'adresser leurs patients pour une évaluation auprès d'un consultant psychiatre et/ou psychologue. Un projet de soin est ensuite établi en

collaboration avec le MG et proposé au patient avec dans ce cadre spécifique du DSP la possibilité de bénéficier d'un remboursement des séances de psychothérapies par un psychologue de ville. Le médecin généraliste reste le référent du suivi de son patient et peut à tout moment de la prise en charge solliciter le consultant spécialisé du DSP (10).

Enfin, nous suggérerions de développer la formation au cours des études médicales par la promotion des stages en psychiatrie et en médecine générale. Cela favoriserait une meilleure compréhension du fonctionnement de chacun et sensibiliserait les étudiants aux moyens dont dispose chaque spécialité. De même, il paraît important d'encourager la formation continue permettant une mise à jour des connaissances et des rencontres entre professionnels.

CONCLUSION

Pour faire face aux difficultés rencontrées depuis plusieurs années dans le parcours de soins des patients présentant une pathologie mentale, les généralistes et les psychiatres ont dû s'adapter et trouver des solutions. Nos résultats ont mis en évidence que la préservation et l'entretien de relations privilégiées entre MG et psychiatres était le moyen le plus efficace pour pallier à leurs difficultés, de par la relation de confiance qui en découlait. Compte tenu de la forte prévalence des troubles mentaux en médecine générale, d'autant plus croissante depuis le début de la crise sanitaire, les généralistes ont dû s'adapter. Ils hiérarchisaient les adressages de leurs patients en psychiatrie et déclaraient réaliser plus de formations dans ce domaine. Grâce à ces résultats, nous avons constaté que les MG et les psychiatres ont dû s'adapter et trouver eux-mêmes des solutions pour faire face aux problèmes de démographie médicale et d'accessibilité réduite évoluant depuis plusieurs années. Dans cette étude, nous avons mis en évidence les mêmes problématiques dans le territoire du Puy-De-Dôme que dans d'autres régions françaises. Des pistes d'amélioration ont été évoquées par le biais notamment de rencontres entre professionnels pour mieux cerner les attentes de chacun, de courriers réguliers, du développement du DMP, de la promotion de stages en psychiatrie ou de la généralisation de la messagerie sécurisée. Avec l'appui des instances publiques, une adresse mail ou une ligne téléphonique d'avis serait un atout pour les professionnels de la santé mentale du territoire. Pour aller plus loin, il serait intéressant également de se pencher sur l'élaboration d'un dispositif de soins partagés comme cela a pu être fait dans d'autres territoires.

Clermont-Ferrand, le
Pierre CLAVELOU
Doyen - Directeur



UPR de Médecine et des Professions Paramédicales
Service de la formation – Pôle 3
TSA 50400
28, Place Henri-Dunant
63001 Clermont-Ferrand Cedex 1

Clermont-Ferrand, le 12/08/2022
Le Président du Jury
A. Brousse

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) A Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles De La Londe J, Lutsman M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé. GMSanté. 2021.
- 2) Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Plan psychiatrie et santé mentale 2011- 2015.
- 3) Ministère des solidarités et de la santé. Comité stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. Feuille de route, Santé Mentale et psychiatrie. 28 juin 2018.
- 4) Kovess V. The state of Mental Health in the European Union, 2004.
- 5) A Pires A. Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Université d'Ottawa. 1997.
- 6) Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Cairn.Info. Recherche en soins infirmiers. 2010 Sept;102:23-24.
- 7) Dumesnil H., Cortaredona S., Cavillon M., Mikol F., Aubry C., Sebbah R., Verdoux H., Verger P., La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Études et résultats. Septembre 2012 n°810.
- 8) Suybeng, Valéry, and Alexandre Becella. 2018. Étude qualitative sur la relation entre le médecin généraliste et le médecin psychiatre dans le cadre de la prise en charge de la dépression dans la métropole lilloise. Thèse d'exercice : Médecine générale. Université de Lille. 2018.
- 9) Haute Autorité de Santé. 2018. « La coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux ».
- 10) Hardy-Baylé, Marie-Christine, et Nadia Younès. « Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? », L'information psychiatrique, vol. volume 90, no. 5, 2014, pp. 359-371.
- 11) Milleret, Gérard, et al. « États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale » », L'information psychiatrique, vol. volume 90, no. 5, 2014, pp. 311-317.
- 12) Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. BMC Public Health 2007;7:188.

- 13) Binart Ecale, H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. Thèse de doctorat inédite, Université Paris Nord. 2012.
- 14) Quintin JJ. Analyses de données qualitatives, outils de production de données qualitatives et méthode d'analyse. Support de cours. Université Lumière Lyon 2. 2021 Sept.
- 15) Thiesse A, Le médecin généraliste et la santé mentale. Vers quel recours serait adressé le patient : infirmier(e) de pratique avancée, psychologue ou psychiatre ? Thèse d'exercice : Université de Lorraine : Janvier 2018.
- 16) Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie. La coopération Médecins Généralistes - Psychiatres. Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique. Recommandation de bonne pratique. Pacé: CNQSP; 2010.
- 17) De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011;10(1):52-77.
- 18) Fédération Française de Psychiatrie. Conseil national professionnel de psychiatrie. Recommandations de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère ou chronique. Juin 2015.
- 19) Hérisson, Romain, and Benjamin Weil-Dubuc. Que pensent les psychiatres publics de l'EPSM-AL des recommandations de bonne pratique concernant la communication avec les médecins généralistes? Analyse qualitative auprès des psychiatres publics des secteurs de Lille intra-muros. Thèse d'exercice : Médecine générale : Université de Lille : 2015.
- 20) Rouault, C., Chatelard, S., Imbert, P. 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 : Médecine générale : Université de Grenoble : 2016.
- 21) Jombart, Gabriel, and Benjamin Weil-Dubuc. Etude Génépsy: promouvoir la communication MG-PSY : que pensent les médecins généralistes lillois de l'utilisation d'un courrier-type, inspiré des recommandations d'adressage au psychiatre ? Thèse d'exercice : Médecine générale : Université de Lille : 2015.
- 22) Hernu, C. Prise en charge psychiatrique en médecine générale et coopération entre médecins généralistes et psychiatres. Étude qualitative réalisée auprès

de médecins généralistes du secteur de Saint-Quentin. Thèse d'exercice : Médecine générale : Université d'Amiens : 2018.

- 23) Catherine, Pierre-Hubert. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes: une enquête qualitative. Thèse d'exercice : Médecine générale. Université de Rouen. 2012.
- 24) Binart Ecale, H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. Thèse d'exercice : Médecine générale : Université de Paris Nord. 2012.
- 25) Denis-Gaubert, Agathe. Quelle communication les patients désirent-ils entre leur psychiatre et leur médecin généraliste?. Thèse d'exercice : Médecine générale : Université de Rouan. 2014
- 26) Collège de la médecine générale, Conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers spécialisés. Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur. Lille: Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France; 2014.
- 27) Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittiée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d' « Acteur » à « Interdépendance ». Exercer 2009 ;87 :74-9.

ANNEXES

ANNEXE 1 : RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE CNQS 2010



SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

La coopération Médecins Généralistes – Psychiatres

Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique

Septembre 2010

La collaboration entre médecins généralistes et psychiatres est de mauvaise qualité, particulièrement en France. Cette situation a de nombreuses conséquences négatives sur la qualité de prise en charge du patient.

La qualité des courriers échangés reflète la qualité de la collaboration entre professionnels de santé et les données montrent que l'amélioration des courriers échangés influence favorablement la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres.

Les recommandations suivantes répondent aux questions suivantes :

- quelles sont les informations utiles au MG que le psychiatre devrait lui transmettre par courrier après une première consultation d'un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique ?
- Quelles sont les informations que le courrier adressé par le MG lors d'une première demande de consultation au psychiatre devrait contenir pour aider le psychiatre à répondre de manière appropriée ?

Courrier adressé par le MG au Psychiatre

Le courrier d'adressage du Médecin généraliste au psychiatre devrait contenir les éléments suivants :

Les motifs de recours au psychiatre

De nombreuses situations peuvent justifier le recours au psychiatre. Parmi les plus fréquentes, la littérature relève : les demandes formulées par le patient ou son entourage de voir un spécialiste, un tableau clinique peu clair ou une gravité particulière des symptômes, des difficultés spécifiques rencontrées dans la relation thérapeutique, des demandes d'avis diagnostique ou thérapeutique, une demande de suivi spécialisé pour une technique de soins que le MG ne peut pas assurer, une demande de confirmation des choix faits par le MG...

Afin de favoriser la coopération, le motif de consultation doit se formuler sous la forme d'une question qu'adresse le MG au psychiatre.

L'explicitation de cette question permet d'ouvrir une modalité d'échange de type collaboratif puisqu'il oriente la réponse du psychiatre sur un mode non pas académique mais centrée sur la situation particulière présentée par le MG.

Les principaux éléments symptomatiques et l'impression ou les hypothèses diagnostiques du MG

L'information qu'apporte le MG sur les éléments symptomatiques qu'il a repérés est d'une grande importance pour le psychiatre. Le tableau clinique que le psychiatre constatera peut en effet différer et cette variabilité du tableau en fonction notamment du temps ou de l'interlocuteur constitue en soi une information précieuse.

Si le MG souhaite transmettre une information sur son impression ou ses hypothèses diagnostiques, cette information aura été préalablement partagée et discutée avec le patient puisque le courrier pourra être lu par le patient.

Les problèmes de santé somatiques et les traitements en cours.

Les intrications entre les problèmes de santé somatique et psychique sont importantes et complexes.

L'évaluation du problème psychique impose donc de connaître l'état somatique du patient.

Il en est de même en matière de choix thérapeutiques, en particulier pour une gestion optimale des risques de prescription des psychotropes.

Les éléments de l'histoire médicale et psychiatrique

Le MG transmet, avec l'accord du patient, certains éléments de son histoire médicale et psychiatrique.

Il est souhaitable que le courrier du MG résume, s'il possède ces informations les éléments qu'il juge les plus significatifs de l'histoire de la maladie.

Parmi ces informations, les plus fréquemment relevées dans la littérature comme devant être renseignés sont : la date de début des troubles, l'évolution des symptômes, les comportements jugés à risque évolutif comme des actes médico-légaux, une conduite d'addiction ou des comportements suicidaires, les antécédents d'hospitalisation pour le problème psychique, les antécédents familiaux et l'observance aux propositions thérapeutiques.

Parmi les éléments figurent également ceux que le patient aura du mal à livrer au psychiatre et qui sont importants à connaître pour répondre aux questions posées par le MG et orienter la prise en charge.

Les réactions notables liées à des traitements précédemment ou actuellement prescrits pour le trouble psychique

L'information sur les données d'efficacité (succès ou échec d'un traitement) et de tolérance (bonne ou mauvaise tolérance) est importante. Cette information concerne la réponse aux traitements médicamenteux. Cependant, elle peut également concerner d'autres types de thérapeutiques (sismothérapies, traitements psychologiques ...).

Les faits marquants de l'histoire personnelle du patient et de son contexte de vie, familial et/ou psychosocial

Il est souhaitable que le MG informe le psychiatre, s'il possède l'information et **avec l'accord du patient**, des éléments de l'histoire personnelle du patient et de son contexte de vie, familial et/ou psychosocial qu'il juge importants pour la prise en charge.

Cependant, Cette recommandation ne vise pas à inciter le MG à expliquer les troubles du patient par des événements de vie, **mais vise à aider le psychiatre à orienter son entretien** et à faciliter au patient l'expression des événements de son histoire personnelle.

Les modalités du suivi partagé concernant le suivi du problème psychique de son patient

La coopération entre MG et psychiatre impose que la place de chacun puisse être envisagée dans le projet de soins.

Il est donc essentiel que le médecin généraliste, dès son premier courrier, puisse exprimer ses attentes quant à sa place dans le suivi. Lorsqu'il n'a pas d'attentes particulières, il est également important qu'il le signale au psychiatre.

Les suggestions thérapeutiques

Il est important que le MG exprime les pistes thérapeutiques, notamment psychothérapeutiques, qu'il a envisagé ou, le fait qu'il n'en a pas de particulières à soumettre au psychiatre.

Ces suggestions sont une demande formulée au psychiatre d'argumenter le bien fondé ou non de la technique de soins proposée par le MG et d'envisager d'autres ressources thérapeutiques.

Les informations échangées avec le patient pour justifier d'une consultation auprès d'un psychiatre

Le MG informe le psychiatre de ce qu'il a dit au patient pour lui proposer une consultation avec un psychiatre. Cette information facilite l'ajustement du psychiatre au contexte de la demande.

Courrier adressé par le Psychiatre au MG

Les motifs de demandes de consultations sont divers, pourtant, qu'il s'agisse d'une demande d'avis ou d'une demande de suivi spécialisé, les mêmes informations méritent d'être échangées entre le MG et le psychiatre. En effet, lors d'un premier contact avec un psychiatre, savoir qui, du MG ou du psychiatre, est le mieux placé pour prendre en charge le patient s'inscrira dans le projet de soins proposé *in fine* par le psychiatre. D'autre part, **même s'il est finalement décidé que, pour le problème psychique, le patient sera suivi par le psychiatre, le MG reste référent du patient.** Il pourra être interpellé par le patient et, en tant que référent du suivi global, il doit posséder toutes les informations utiles. Le MG est un élément important également d'implication du patient ou de désengagement du patient dans sa prise en charge psychiatrique.

La réponse aux questions du MG

Le psychiatre apporte des réponses aux questions posées par le MG

Cette recommandation est sans doute la plus importante, dans le cadre d'un objectif d'amélioration de la coopération entre MG et psychiatres. Elle impose au MG de formuler, dans son courrier, les questions qu'il pose au psychiatre et au psychiatre de lui répondre.

L'avis diagnostique ou l'énoncé des hypothèses diagnostiques

Le psychiatre précise le diagnostic ou ses hypothèses diagnostiques et les arguments en rapport

Les risques évolutifs immédiats

Le psychiatre informe, si nécessaire, le MG des risques évolutifs immédiats et des éléments de surveillance à mettre en œuvre, tels qu'il a pu les percevoir lors de sa ou de ses consultations

Les facteurs environnementaux

Le psychiatre informe le MG des facteurs environnementaux pouvant avoir un impact, positif (ressources) ou négatif (facteurs de contrainte), sur le devenir du patient et les modalités d'intervention sur eux qui, pour lui, se justifient.

S'inscrivent dans cette rubrique les éléments justifiant d'un arrêt de travail.

Le projet de soins

Le psychiatre informe le MG du projet de soins qu'il propose et l'argumente.

Cette recommandation est distincte de la recommandation suivante qui porte sur l'organisation de la prise en charge et les modalités de suivi partagé qui vont être proposées au MG.

Elle répond à la question du « quoi faire » pour ce patient, c'est-à-dire des ressources thérapeutiques à mobiliser.

L'organisation de la prise en charge

Le psychiatre propose au MG une organisation de la prise en charge du problème psychique intégrant la place du MG. Il argumente ses propositions en y intégrant les attentes formulées par le MG dans son courrier d'adressage.

Par ailleurs, **le psychiatre informe le MG des recours possibles en cas de difficultés**, notamment des modalités selon lesquelles il peut être contacté dans cette prise en charge et les dispositifs de recours en cas d'urgence.

La prescription médicamenteuse

Le psychiatre informe le MG de la prescription médicamenteuse qu'il a éventuellement rédigée au patient ou des modifications de la prescription du MG qu'il propose et argumente ses propositions.

Les éléments de surveillance

Le psychiatre précise les éléments particuliers d'adaptation et de surveillance du traitement pour ce patient et les éléments de suivi de l'état du patient

Cette information est particulièrement justifiée si le MG assure le suivi médicamenteux. Mais, même si le suivi est assuré par le psychiatre, elle reste importante. En effet, le MG peut intervenir auprès du patient, notamment pour d'autres problèmes de santé que le problème psychique ou parce que le patient l'interpelle pour avoir son avis sur le traitement prescrit par le psychiatre.

Les modalités psychothérapeutiques du suivi

Le psychiatre informe le MG des modalités psychothérapeutiques de suivi et les motive.

Cette recommandation de bonne pratique a reçu le label de la HAS. Ce label signifie que cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon les procédures et les règles méthodologiques préconisées par la HAS. Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès du CNQSP.

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES MEDECINS GENERALISTES

Médecins Généralistes

1. Difficultés rencontrées

- Dans quelles situations êtes-vous amené à orienter un patient vers un psychiatre ? Quelles sont les plus fréquentes ?
- A quelles difficultés êtes-vous confronté dans l'orientation de vos patients vers un psychiatre ?
- Pouvez-vous me raconter la dernière expérience et/ou la plus marquante à ce sujet ?
- Selon vous, quelles sont les raisons de ces difficultés de collaboration ?
- Comment vous adaptez vous pour faire face à ces difficultés ?

2. Moyens d'adaptation aux difficultés

- Comment vous êtes-vous organisé au début de votre installation pour orienter vos patients vers un psychiatre lorsque cela vous paraît nécessaire ?
- Quels moyens utilisez-vous habituellement pour contacter les psychiatres ?
- Que pensez-vous de la formation des médecins généralistes en psychiatrie ?

3. Regard sur le parcours de soin des patients atteints de pathologie mentale

- En règle générale que pensez-vous du parcours de soin psychiatrique de vos patients atteints de pathologies mentales ?
- Quel regard portez-vous sur la collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres ?

4. Propositions d'amélioration

- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer les rapports avec les psychiatres et faciliter les échanges ? Comment fluidifier le parcours de soins ?
- Quels sont vos besoins à ce sujet ?
- Auriez-vous quelque chose à rajouter, que nous n'aurions pas abordé lors de cet entretien ?

Caractéristiques du participant (Docteur en médecine générale du Puy de Dôme)

- Sexe, Âge
- Exercice libéral/hospitalier ; seul/regroupé ; rural/urbain/semi-rural
- Nombre d'années d'installation
- Diplômes, formations particulières dans le domaine psychiatrique, psychosomatique
- Enseignant universitaire, maîtres de stage universitaire ou non

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES PSYCHIATRES

Psychiatres

1. Difficultés rencontrées

- Dans quelles situations êtes-vous amené à orienter un patient vers un médecin généraliste ?
- Quand êtes-vous amenés à recevoir un patient orienté par un médecin généraliste ?
- A quelles difficultés êtes-vous confronté dans l'orientation de vos patients vers un médecin généraliste ?
- Pouvez-vous me raconter la dernière expérience et/ou la plus marquante à ce sujet ?
- Selon vous, quelles sont les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins généralistes dans le parcours de soins psychiatriques de leurs patients ?

2. Moyens d'adaptation aux difficultés

- Comment vous êtes-vous organisé pour orienter vos patients vers un médecin généraliste lorsque cela vous paraît nécessaire ?
- Quels moyens utilisez-vous habituellement pour communiquer avec les généralistes ?
- Recevez-vous des patients qui n'ont pas de médecin généraliste ? Que faites-vous dans ce cas-là ?

3. Regard sur le parcours de soin de patients atteints de pathologie mentale

- En règle générale que pensez-vous de la prise en charge somatique des patients que vous suivez ? Est-ce qu'il vous arrive de prescrire un traitement somatique ? Connaissez-vous le médecin généraliste de vos patients ?
- Quel regard portez-vous sur la collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres ?
- Que pensez-vous de la formation/des compétences en psychiatrie des médecins généralistes ?

4. Propositions d'amélioration

- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer les rapports avec les médecins généralistes et faciliter les échanges et comment fluidifier le parcours de soins ?
- Quels sont vos besoins à ce sujet ?
- Que pensez-vous de la mise en place d'une plateforme téléphonique dédiée aux médecins généralistes ?

Caractéristiques du participant (Docteur en psychiatrie du Puy de Dôme)

- Sexe, Âge
- Exercice libéral/hospitalier/institutionnel
- Réseau particulier
- Spécialité
- Enseignant universitaire ou non

ANNEXE 4 : TABLEAU DES PROPRIETES ET CATEGORIES

CATÉGORIES	PROPRIÉTÉS	DEFINITIONS
1. Faire preuve de professionnalisme	Avoir le souci de l'économie	J'évite les dépenses inutiles en santé
	Connaître ses limites	Je reconnais mes limites dans la prise en charge
	Essayer de répondre à la demande des patients	J'essaie de recevoir tous les patients que je peux selon mes disponibilités
	Reconnaître ses torts	J'admets que j'ai moi aussi des torts dans ces difficultés relationnelles
	S'investir dans la prise en charge	Je fais en sorte de tout faire pour une prise en charge optimale de mon patient, comme par exemple rédiger des courriers exhaustifs
	Se rendre disponible pour les MG	J'essaie d'être disponible au maximum pour répondre à mes confrères
	Être à l'écoute du patient	Nous devons placer le patient au centre de la prise en charge en prenant en compte son avis
	Evaluer la situation	Je prends en compte les différents aspects de la prise en charge
	Centrer la prise en charge sur le patient (se préoccuper du patient)	Je préviens mes patients des difficultés auxquelles ils vont devoir faire face, j'ai parfois peur pour eux
	Relation Médecin-Malade	Nous avons une relation privilégiée de confiance avec le patient, un lien particulier
Responsabiliser le patient	Je responsabilise le patient sur sa pathologie et le parcours de soins	
2. Etre acteur de santé	Connaître son interlocuteur	Je prends connaissance du généraliste de mes patients et me fait connaître en cas de reprise de suivi
	Prévalence des troubles mentaux en médecine générale	Les généralistes sont confrontés à de nombreuses situations d'ordre psychiatriques
	Recevoir les plaintes somatiques en psychiatrie	Les patients me sollicitent parfois pour des problématiques somatiques
	Trouver des solutions	Lorsque le généraliste est en difficulté, il s'adapte à l'instant t
	Être en difficulté avec ses patients	Je me retrouve parfois en difficulté avec certains patients et je trouve que je manque de connaissances
	Savoir/Être sachant	J'ai le sentiment d'être bien formé et d'être capable de bien prendre en charge mes patients
	Recevoir l'enseignement	Je réalise des formations régulièrement
3. Promouvoir la coordination des soins	Organiser le suivi	J'accompagne le généraliste à la reprise du suivi, je le conseille
	Privilégier le parcours de soins	J'échange plus facilement dans le cadre d'une orientation
	Se coordonner pour bien prendre en charge	Nous devons nous coordonner sur la prise en charge dans l'intérêt du patient
	Utiliser son réseau privilégié	J'ai des correspondants privilégiés avec qui je travaille régulièrement
	Adresser son patient au professionnel compétent	Lorsque j'en ai besoin ou quand je suis en difficulté, j'adresse mes patients au spécialiste
Confraternité	Je fais preuve de confraternité dans ma pratique courante, et j'échange avec mes confrères	
4. Améliorer la collaboration	Initier un dialogue	Je pense qu'il faut prendre contact les uns avec les autres pour impulser une dynamique collaborative
	Obtenir du soutien	Nous avons besoin d'être accompagnés par les instances publiques (soutien matériel, humain, financier)
	Optimiser les outils de communication	Nous avons besoin de moyens de communication simples, sécurisés et rapides d'utilisation
	Proposer des réponses	Je propose des solutions qui me paraissent judicieuses pour améliorer la collaboration entre MG et PSY
	Respecter le travail de l'autre	Je respecte le travail de mes confrères, chacun reste dans son rôle
	S'appuyer sur ce qui fonctionne	Je connais le fonctionnement de certains systèmes collaboratifs efficaces et je m'en inspire
	Être optimiste sur l'avenir	Je trouve que la collaboration a tendance à s'améliorer
	Dédier un temps spécifique à l'échange	Je dois bloquer un créneau spécifique pour écrire mes comptes-rendus ou téléphoner au généraliste
	Demander une communication efficace	J'ai besoin d'informations précises sur les patients, nous devons nous échanger des données utiles
	Faciliter l'accès	Il nous faut des accès directs entre confrères
	Favoriser les rencontres entre professionnels	Nous devrions nous rencontrer autour de situations pratiques et avoir des échanges confraternels et productifs
	Faire intervenir des intermédiaires	Il existe des intermédiaires à la relation entre MG et PSY (patients, secrétaires, infirmiers, etc)
	Promouvoir une formation commune	Nous devons avoir des bases communes pour mieux nous comprendre
5. Etre insatisfait de la situation	Perception différente des troubles psychiatriques selon la sensibilité des MG / Négligence	La représentation que le généraliste se fait de la psychiatrie peut parfois amener à négliger certains symptômes psychosomatiques
	Demander plus de disponibilité aux MG	Je souhaiterais que les généralistes/psychiatres soient plus disponibles
	Etre insatisfait de la prise en charge	Je ressens parfois de l'insatisfaction quant à la prise en charge de mes patients
	Méconnaître les attentes de chacun	Je ne saurais pas trouver d'explication aux difficultés ressenties ; nous avons parfois du mal à nous comprendre
	Percevoir un manque de clarté de l'offre de soins	J'ai l'impression que les généralistes ne savent pas à quel interlocuteur s'adresser
	Regretter un manque d'échanges	Je regrette que nous n'échangions pas suffisamment entre professionnels de santé
	Se sentir exclu	Je me sens parfois exclu de la prise en charge et j'ai l'impression qu'on ne me fait pas confiance
	Être résigné	Je pense que c'est comme ça, et qu'il n'y a pas grand-chose à faire pour améliorer les choses
	Ressentir le manque de satisfaction de la part des patients	Je trouve que les patients eux-mêmes finissent par ressentir ce manque de communication
	Se sentir mal considéré	Je me sens parfois insuffisamment considéré
Être en difficulté dans le parcours de soins	Compte tenu de l'accessibilité faible, je suis parfois en difficulté pour adresser mes patients	
6. Accepter la situation	Faire part de retours positifs	J'ai des retours positifs de la part des généralistes/psychiatres
	Être satisfait de la coopération / de la prise en charge / de l'organisation	Je suis satisfait de la prise en charge et de mes relations avec mes confrères, j'entretiens de bons rapports avec eux
7. Centrer la prise en charge sur le patient	Être à l'écoute du patient	Nous devons placer le patient au centre de la prise en charge en prenant en compte son avis
	Evaluer la situation	Je prends en compte les différents aspects de la prise en charge
	Se préoccuper du patient	Je préviens mes patients des difficultés auxquelles ils vont devoir faire face, j'ai parfois peur pour eux
	Relation Médecin-Malade	Nous avons une relation privilégiée de confiance avec le patient, un lien particulier
Responsabiliser le patient	Je responsabilise le patient sur sa pathologie et le parcours de soins	
8. Dépendre des contraintes	Dépendre du choix du patient	Nous sommes parfois dépendant de l'observance aléatoire du patient que cela soit en lien ou non avec sa pathologie
	Problème d'accessibilité	Nous faisons face à une forte demande et sommes insuffisamment nombreux (MG et PSY)
	Problème structurel / organisationnel	Il y a un problème structurel de la santé en France
9. Comprendre les raisons des difficultés	Accepter le lien patient - psychiatre	J'accepte que mon patient et son psychiatre aient une relation particulière et qu'il ne puisse pas tout divulguer dans son courrier
	Utiliser son expérience pour tirer des conclusions	D'après mon expérience, j'ai pu observer des faits qui expliquent la situation actuelle
	La divulgation du secret médical	Les psychiatres font très attention aux informations qu'ils délivrent
	La psychiatrie, un moindre degré d'urgence?	Je pense que les psychiatres ressentent moins le degré d'urgence
	L'environnement du psychiatre	Je pense que les psychiatres qui sont en relation directe avec les MG comprennent mieux leurs attentes et sont plus disponibles
Ressentir un moindre intérêt des psychiatres	J'ai l'impression que les psychiatres ont moins d'intérêt pour certaines pathologies et le monde ambulatoire	
La sensibilité du psychiatre	Je pense que les psychiatres peuvent être confrontés à des histoires tragiques dont ils ne souhaitent pas parler pour se protéger	

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

Nom, Prénom :

Signature :

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maitres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom :

Signature :

Comment les médecins généralistes et psychiatres s'adaptent face aux difficultés rencontrées dans le parcours des soins psychiatriques de leurs patients. Une étude qualitative par entretiens individuels dans le département du Puy de Dôme

Résumé :

CONTEXTE Les troubles mentaux représentent environ 25% de la patientèle en médecine générale. L'espérance de vie des patients souffrant de ces troubles est sensiblement diminuée car la prévalence des pathologies somatiques est plus forte dans cette population. Cependant, dans certains territoires en France, médecins généralistes et psychiatres font face à des difficultés dans le parcours de soins de leurs patients, souvent liées à un défaut de communication entre ces professionnels.

OBJECTIF Le but était d'évaluer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et les psychiatres dans le département du Puy-De-Dôme et les moyens mis en œuvre par ces derniers pour les surmonter.

METHODE Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par une approche inspirée de la théorisation ancrée à partir d'entretiens semi-directifs conduits auprès de 15 médecins généralistes et 15 psychiatres du Puy-De-Dôme. Les professionnels ont été inclus en faisant varier les critères de sexe, d'âge et de modalités d'exercices.

RESULTATS Les médecins généralistes et les psychiatres interrogés ont affirmé avoir conscience des enjeux. Ils disaient s'investir dans la prise en charge de leurs patients par la rédaction de courriers. Les psychiatres reconnaissaient ne pas en faire suffisamment et parfois ne pas recevoir d'informations détaillées de la part des généralistes. Ils ont mis en avant une méconnaissance des attentes de chacun voire des perceptions différentes de la pathologie mentale. Pour faire face aux difficultés, ils ont encouragé le dialogue et les rencontres interprofessionnelles dans différents cadres afin de mieux définir les rôles de chacun dans la prise en charge. Le travail en réseau et la coordination dans le cadre du parcours de soins, ainsi que la responsabilisation du patient et son accompagnement ont été mis en avant.

CONCLUSION Le développement du dialogue entre psychiatres et MG permettrait de résoudre certaines difficultés du parcours de soins. L'utilisation de messageries informatiques sécurisées, un numéro de téléphone d'avis et d'orientation en psychiatrie pourraient faire gagner du temps à l'échange entre les professionnels.

Mots-clés :

- Médecins généralistes
- Collaboration
- Coordination des soins
- Psychiatres
- Parcours de soins Psychiatriques