



HAL
open science

Le ressenti du médecin généraliste face au patient psychotique

Anthony Tisin

► **To cite this version:**

Anthony Tisin. Le ressenti du médecin généraliste face au patient psychotique. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03590686

HAL Id: dumas-03590686

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03590686v1>

Submitted on 28 Feb 2022

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 20/10/2021

par

Monsieur TISIN Anthony Bruno Sébastien

Né le 14/08/1988 à Paris XXème (75)

TITRE DE LA THÈSE :

Le ressenti du médecin généraliste face au patient psychotique

Président : Monsieur le Professeur DELAMILLIEURE Pascal

Membres : Madame le Docteur NOEL DE JAEGHER Sophie

Monsieur le Docteur HUMBERT Xavier

Monsieur le Docteur LE GAC Michel / Directeur de thèse

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|-----|---------------------------|---|
| M. | AGOSTINI Denis | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. | AIDE Nicolas | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. | ALEXANDRE Joachim | Pharmacologie clinique |
| M. | ALLOUCHE Stéphane | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | ALVES Arnaud | Chirurgie digestive |
| M. | AOUBA Achille | Médecine interne |
| M. | BABIN Emmanuel | Oto-Rhino-Laryngologie |
| M. | BÉNATEAU Hervé | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| M. | BENOIST Guillaume | Gynécologie - Obstétrique |
| M. | BERGER Ludovic | Chirurgie vasculaire |
| M. | BERGOT Emmanuel | Pneumologie |
| Mme | BRAZO Perrine | Psychiatrie d'adultes |
| M. | BROUARD Jacques | Pédiatrie |
| M. | BUI Thanh-huy Eric | Psychiatrie d'adultes |
| M. | BUSTANY Pierre | Pharmacologie |
| Mme | CLIN-GODARD Bénédicte | Médecine et santé au travail |
| M. | DAMAJ Ghandi Laurent | Hématologie |
| M. | DAO Manh Thông | Hépatologie-Gastro-Entérologie |
| M. | DE BOYSSON Hubert | Médecine interne |
| M. | DEFER Gilles | Neurologie |
| M. | DELAMILLIEURE Pascal | Psychiatrie d'adultes |
| M. | DENISE Pierre | Physiologie |
| Mme | DOLLFUS Sonia | Psychiatrie d'adultes |
| Mme | DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne | Dermatologie |
| M. | DREYFUS Michel | Gynécologie - Obstétrique |
| M. | DU CHEYRON Damien | Réanimation médicale |

| | | |
|------------|-------------------------------|---|
| Mme | ÉMERY Evelyne | Neurochirurgie |
| M. | ESMAIL-BEYGUI Farzin | Cardiologie |
| Mme | FAUVET Raffaële | Gynécologie – Obstétrique |
| M. | FISCHER Marc-Olivier | Anesthésiologie et réanimation |
| M. | GABEREL Thomas | Neurochirurgie |
| M. | GÉRARD Jean-Louis | Anesthésiologie et réanimation |
| M. | GUÉNOLÉ Fabian | Pédopsychiatrie |
| Mme | GUITTET-BAUD Lydia | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| M. | HAMON Martial | Cardiologie |
| Mme | HAMON Michèle | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | HANOUS Jean-Luc | Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire |
| M. | HITIER Martin | Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale |
| M. | HULET Christophe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| M. | ICARD Philippe | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| M. | JOIN-LAMBERT Olivier | Bactériologie - Virologie |
| Mme | JOLY-LOBBEDEZ Florence | Cancérologie |
| M. | JOUBERT Michael | Endocrinologie |
| M. | LAUNOY Guy | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| M. | LE HELLO Simon | Bactériologie-Virologie |
| Mme | LE MAUFF Brigitte | Immunologie |
| Mme | LEVALLET Guénaelle | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| M. | LOBBEDEZ Thierry | Néphrologie |
| M. | LUBRANO Jean | Chirurgie viscérale et digestive |
| M. | MAHE Marc-André | Cancérologie |
| M. | MANRIQUE Alain | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. | MARCÉLLI Christian | Rhumatologie |
| M. | MARTINAUD Olivier | Neurologie |
| M. | MILLIEZ Paul | Cardiologie |
| M. | MOREAU Sylvain | Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie |
| M. | MOUTEL Grégoire | Médecine légale et droit de la santé |
| M. | NORMAND Hervé | Physiologie |
| M. | PARIENTI Jean-Jacques | Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication |
| M. | PELAGE Jean-Pierre | Radiologie et imagerie médicale |
| Mme | PIQUET Marie-Astrid | Nutrition |
| M. | QUINTYN Jean-Claude | Ophthalmologie |
| Mme | RAT Anne-Christine | Rhumatologie |
| M. | REPESSE Yohann | Hématologie |
| M. | REZNIK Yves | Endocrinologie |
| M. | ROD Julien | Chirurgie infantile |

| | | |
|-----|-------------------|---------------------------|
| M. | ROUPIE Eric | Médecine d'urgence |
| Mme | THARIAT Juliette | Radiothérapie |
| M. | TILLOU Xavier | Urologie |
| M. | TOUZÉ Emmanuel | Neurologie |
| Mme | VABRET Astrid | Bactériologie - Virologie |
| M. | VERDON Renaud | Maladies infectieuses |
| Mme | VERNEUIL Laurence | Dermatologie |
| M. | VIVIEN Denis | Biologie cellulaire |

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

| | | |
|-----|----------------------|-------------------------------------|
| Mme | BELLOT Anne | Pédiatrie |
| Mme | CHATELET Valérie | Néphrologie |
| M. | GUILLAUME Cyril | Médecine palliative |
| M. | LABOMBARDA Fabien | Cardiologie |
| M. | LE BAS François | Médecine Générale |
| M. | PIEDNOIR Emmanuel | Maladies infectieuses et tropicales |
| M. | QUEFFEULOU Guillaume | Néphrologie |
| Mme | VILLOT Anne | Gynécologie-Obstétrique |

PRCE

| | | |
|-----|---------------|---------|
| Mme | LELEU Solveig | Anglais |
|-----|---------------|---------|

PROFESSEURS ÉMÉRITES

| | | |
|-----|-------------------------|---|
| M. | DERLON Jean-Michel | Neurochirurgie |
| M. | GUILLOIS Bernard | Pédiatrie |
| M. | HURAUULT de LIGNY Bruno | Néphrologie |
| Mme | KOTTLER Marie-Laure | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | LE COUTOUR Xavier | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| M. | LEPORRIER Michel | Hématologie |
| M. | RAVASSE Philippe | Chirurgie infantile |
| M. | TROUSSARD Xavier | Hématologie |

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|-----|----------------------------|---|
| Mme | BECHADE Clémence | Néphrologie |
| Mme | BENHAÏM Annie | Biologie cellulaire |
| M. | BESNARD Stéphane | Physiologie |
| Mme | BONHOMME Julie | Parasitologie et mycologie |
| M. | BROSSIER David | Pédiatrie |
| M. | COULBAULT Laurent | Biochimie et Biologie moléculaire |
| M. | CREVEUIL Christian | Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication |
| Mme | DINA Julia | Bactériologie – Virologie |
| Mme | DUBOIS Fatéméh | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| Mme | DUPONT Claire | Pédiatrie |
| M. | ÉTARD Olivier | Physiologie |
| M. | GRUCHY Nicolas | Génétique |
| M. | ISNARD Christophe | Bactériologie Virologie |
| M. | JUSTET Aurélien | Pneumologie |
| Mme | KRIEGER Sophie | Pharmacie |
| M. | LEGALLOIS Damien | Cardiologie |
| Mme | LELONG-BOULOUARD Véronique | Pharmacologie fondamentale |
| M. | MACREZ Richard | Médecine d'urgence |
| M. | MITTRE Hervé | Biologie cellulaire |
| M. | MOLIN Arnaud | Génétique |
| M. | SAINT-LORANT Guillaume | Pharmacie |

Remerciements

A mes chères consœurs, à mes chers confrères, à ma chère famille, et à mes chers amis :

Je vous remercie monsieur le Professeur DELAMILLIEURE Pascal, d'avoir accepté de présider le Jury de cette thèse, et de juger mon travail.

Je vous remercie madame le Docteur NOEL DE JAEGHER Sophie, membre du jury, d'avoir répondu favorablement à ma demande, et de l'intérêt que vous porterez à mon travail de thèse.

Sans oublier monsieur le Docteur HUMBERT Xavier, membre du jury : Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande, et de l'attention que vous porterez à mon travail de thèse.

Je remercie mon directeur de thèse, monsieur le Docteur LE GAC Michel. Je vous remercie de vous être proposé spontanément pour cette thèse, et plus particulièrement je vous suis reconnaissant pour votre disponibilité et votre guidance.

Je remercie également tous les médecins généralistes ayant répondu favorablement à ma demande concernant l'enregistrement de ces quinze entretiens.

Je tiens à remercier mes maîtres de stage. Vous m'avez accueilli au sein de vos cabinets pour m'apprendre la médecine générale avec beaucoup d'attention : Dr DUTARET Mathieu , Dr HERFROY Jean-Yves, Dr FRANCOIS Serge, Dr LEMONNIER Dominique, Dr LERAY Eric, Dr CHANTELOUBE Romain.

Je remercie également tous mes seniors en stages hospitaliers : Je vous remercie de m'avoir formé à la pratique médicale.

Enfin, je tiens à remercier chaleureusement ma famille. Mention très spéciale à mes parents, évidemment, qui m'ont conçu, et m'ont transmis de hautes valeurs de respect et de courage, entre autres. Vous m'avez aussi soutenu dans cette aventure qu'est la vie, avec toutes ses anfractuosités.

Pour finir, je vous remercie, mes amis et mes proches, pour votre soutien de tous les jours. Mention spéciale à Gauthier : Je ne suis pas inquiet pour ta brillante carrière de PUPH ! Don't worry !

Deuxième mention spéciale pour Guillaume : je ne suis pas inquiet pour ta brillante carrière en médecine du travail.

Troisième mention spéciale à Sarah : je ne suis pas inquiet pour ton choix de pratiquer cette formidable spécialité qu'est la médecine générale ! Tu verras on y prend goût !

Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

ASP : Abdomen Sans Préparation

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPEA : Centre Médico-Psychologique Enfants et Adolescents

CNH : Certificat de Non-Hospitalisation

COVID : Maladie à coronavirus

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

D4=DCEM4 : 4ème année du Deuxième Cycle des Études Médicales

DPC : Développement Professionnel Continu

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

ECN : Epreuves Classantes Nationales

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAD : Hospitalisation à domicile

HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers

HO : Hospitalisation d'office

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IM : Injection Intra-Musculaire

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IRTS : Institut Régional des Travailleurs Sociaux

IRS : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine

IRSNA : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PH : Praticien Hospitalier

PMD : Psychose Maniaco-Dépressive

PRADO : Programme d'Accompagnement du retour à Domicile

PSLA : Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire

RC : Résultats de Consultation

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

Sars-CoV-2 : Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UHPU : Unité de courte Hospitalisation de Post Urgences

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians : Organisation Mondiale des Médecins Généralistes

WONCA EUROPE : Société Européenne de médecine générale - médecine de famille

INDEX Tableaux et figures

Tableau 1 : Configuration du cabinet des médecins de sexe féminin selon leur exposition au danger

Tableau 2 : Points de la prise en charge à améliorer selon la formation des généralistes à la psychiatrie

Tableau 3 : Rôle dans la prescription de psychotropes selon la formation des généralistes à la psychiatrie

| | |
|--|----|
| Sommaire | |
| Introduction----- | 1 |
| METHODES----- | 2 |
| RESULTATS----- | 2 |
| <u>I / Introduction / Formation :</u> ----- | 2 |
| Présentation----- | 2 |
| Année de la soutenance et durée d'installation----- | 2 |
| Formation----- | 2 |
| Vacation en CHS (Centre hospitalier Spécialisé) ----- | 2 |
| <u>II / Ressenti :</u> ----- | 3 |
| Rôle du généraliste----- | 3 |
| Consultation en cabinet----- | 4 |
| Ressenti au cours des consultations----- | 5 |
| Accompagnement lors des consultations----- | 6 |
| Besoin d'aide----- | 7 |
| Adressage----- | 7 |
| Précautions mises en place liées au sexe du médecin généraliste----- | 7 |
| Médecins de sexe féminin----- | 7 |
| Médecins de sexe masculin----- | 8 |
| Visite à domicile----- | 8 |
| Ressenti au cours des visites----- | 8 |
| Accompagnement lors des visites----- | 9 |
| Besoin d'aide----- | 9 |
| Adressage----- | 10 |
| Précautions mises en place liées au sexe du médecin généraliste----- | 10 |
| Médecins de sexe féminin----- | 10 |
| Médecins de sexe masculin----- | 10 |
| Situation ressentie comme dangereuse en cabinet----- | 10 |
| Configuration du cabinet----- | 11 |
| Scénario de fuite----- | 13 |
| Résultats de consultation----- | 13 |
| Situation ressentie comme dangereuse en visite----- | 13 |
| Mesures mises en place----- | 14 |

| | |
|--|----|
| Impact au contact des psychotiques sur la pratique quotidienne----- | 15 |
| | |
| <u>III / Perspective</u> ----- | 15 |
| Traitements psychotropes----- | 15 |
| Les médecins généralistes acteurs dans la prescription versus les médecins généralistes observateurs ----- | 16 |
| Améliorer l'observance----- | 17 |
| Améliorer la prise en charge----- | 18 |
| Prise en charge de l'entourage des patients psychotiques----- | 20 |
| Culpabilité chez les mères de patients psychotiques----- | 21 |
| Échanges avec les psychiatres et avec le personnel paramédical de psychiatrie----- | 22 |
| | |
| <u>IV / Conclusion</u> ----- | 23 |
| Points de la prise en charge à améliorer----- | 23 |
| Participation à des événements en lien avec la psychiatrie----- | 24 |
| Sujet non abordé au cours de l'entretien----- | 25 |
| Prise en charge des patients psychotiques au cours des soins primaires----- | 25 |
| Augmentation des symptômes psychiatriques----- | 26 |
| | |
| DISCUSSION----- | 28 |
| | |
| <u>I / Modifications apportées au guide d'entretien</u> ----- | 28 |
| Résultats de consultation----- | 28 |
| Culpabilité chez les mères de patients psychotiques----- | 30 |
| | |
| <u>II / Exercice en milieu rural versus urbain</u> ----- | 30 |
| Exercice en milieu rural----- | 30 |
| Exercice en milieu urbain----- | 32 |
| | |
| <u>III / Durée d'installation et impact sur la pratique médicale</u> ----- | 33 |
| | |
| <u>IV / Médecins de sexe féminin versus masculin</u> ----- | 33 |
| Médecins de sexe féminin----- | 33 |
| Médecins de sexe masculin----- | 33 |
| | |
| <u>V / Perspective</u> ----- | 33 |

| | |
|--|----|
| <u>VI / Améliorer l'observance</u> ----- | 34 |
| <u>VII / Définition de l'alliance thérapeutique</u> ----- | 34 |
| <u>VIII / Conclusion de la discussion</u> ----- | 34 |
| Des médecins généralistes motivés pour le changement----- | 34 |
| Comorbidité addictologique----- | 35 |
| Composante économique----- | 35 |
| Limites de l'échantillonnage----- | 35 |
| CONCLUSION----- | 37 |
| <u>I / Formation et points de la prise en charge à améliorer</u> ----- | 37 |
| <u>II / Formation et prescription de psychotropes</u> ----- | 38 |
| Bibliographie----- | 39 |

Introduction

La prévalence des troubles mentaux en consultation de médecine générale est d'environ 25%. Il s'agit principalement des troubles anxieux, des troubles dépressifs caractérisés et des troubles somatoformes. Les patients suivis dans les services de psychiatrie souffrent principalement de troubles psychotiques et de troubles de l'humeur sévères. ⁽¹⁾

Les médecins généralistes paraissent peu sollicités pour les troubles psychotiques, que présente pourtant une partie de leur patientèle, ceci est d'autant plus vrai que la psychiatrie se dirige vers une prise en charge de plus en plus ambulatoire. Le généraliste, avec son rôle pivot, de premier recours, sera sollicité en deuxième ligne après le psychiatre. Et parfois en première ligne lorsque les capacités organisationnelles de la psychiatrie de ville seront dépassées, afin de remplir son rôle de médecin dit « accessible ».

Lorsque le médecin généraliste est en première ligne celui-ci a un rôle d'alerte, avec toutes les spécificités que comporte la prise en charge d'un trouble psychiatrique, qui paraît se distinguer de la prise en charge d'un trouble somatique.

METHODES

Cette thèse a été réalisée selon une étude qualitative, afin de recueillir le plus fidèlement possible le ressenti des médecins généralistes, ce choix est encouragé par l'une des médecins généralistes au cours d'un entretien : « *faire ça c'est ... c'est utile (...) sympa de retrouver une unité, enfin une cohésion tu vois dans la médecine.* » (N1)

Les données ont été exploitées et comparées à l'aide d'un tableur à saisie manuelle. (Annexe N°4)

RESULTATS

I / Introduction / Formation

Présentation

Les entretiens ont été réalisés auprès de quinze médecins (N1 à N15), tous spécialistes en médecine générale, parmi eux, dix médecins ont un exercice libéral exerçant en groupe, trois médecins ont un exercice libéral exerçant seul, deux médecins ont un exercice salarié.

Parmi les médecins recrutés, sept sont de sexe masculin, et huit sont de sexe féminin.

Année de la soutenance et durée d'installation

Les médecins interrogés ont soutenu leur thèse entre 1985 et 2020, et ont une durée d'installation comprise entre 18 mois et 32 ans.

Formation

Concernant leur formation en lien avec la psychiatrie, elle est réalisée principalement au cours de stages en service psychiatrique en tant qu'externe ou en tant qu'interne.

La plupart du temps elle est ressentie comme bénéfique : « *m'immerger dans le monde de la psychiatrie(...) évidemment intéressant.* » (N7).

L'un d'entre eux paraît impacté par un stage réalisé en pédopsychiatrie, lui ayant permis une autre vision du handicap : « *la cour des miracles quoi ! (...) pas à proprement de la psychiatrie, c'était du handicap. Mais ça m'a, comment dire, euh, ça te donne un autre regard sur le handicap tu vois.* » (N8) ; une autre médecin juge cela : « *très intéressant.* » (N11).

Par ailleurs les stages permettraient d'explorer un panel élargi des troubles psychiatriques : « *me former (...) troubles anxieux (...) syndromes dépressifs (...) quelques découvertes d'état psychotique.* » (N7)

L'un des médecins interrogés n'aurait « *pas été enthousiaste.* » (N13), ne se ressentant que peu ou pas intégré dans l'activité du service de psychiatrie : « *je ne servais à pas grand-chose dans ce service-là, où on ne pouvait pas assister aux entretiens, parce qu'on dérangeait, parce que ça faisait trop de monde, on avait juste les staffs.* » (N13)

Concernant une autre expérience, vécue elle aussi en stage : « *c'était complètement perturbant.* » (N2) ; celle-ci aurait pour conséquence : une difficulté de se projeter dans la même situation en cabinet : « *je ne sais pas comment j'aurai pu gérer.* » (N2)

Vacation en CHS

Concernant les vacances en centre hospitalier spécialisé (CHS), la plupart des refus sont liés à l'incompatibilité des vacances avec l'activité au cabinet des généralistes :

- « *mon emploi du temps, moi ça ne collait pas.* » (N4)
- « *charges de travail qui sont quand même importantes !* » (N9)
- « *ne correspond pas du tout à mes ... à mon planning c'est ingérable quoi !* » (N12)

Lorsque l'une des médecins est interrogée, elle ne connaît pas l'existence des vacances en CHS. (N5)

Une autre médecin interrogée, par ailleurs, n'éprouvait pas l'envie d'y participer. (N7)

Où bien les vacances ne correspondaient pas à leurs attentes en terme organisationnel. (N2)

Cependant lorsque les vacances sont réalisées, celles-ci semblent ressenties comme bénéfiques :
« *bah c'était intéressant.* » (N1)

Les vacances en CHS pourraient avoir par ailleurs un retentissement sur les généralistes y participant, avec une certaine démotivation concernant les soins : « *Il ne reste plus grand chose (...) peu de chagrin quoi.* » (N1)

Cette même médecin constate également un retentissement sur l'équipe psychiatrique : « *un moment où j'ai plus pratiquement plus soigné les soignants que les malades.* » (N1)

Cependant les vacances permettraient une diversification des pratiques médicales : « *moins fatiguant de faire une visite dans un service hospitalier que d'assurer une consultation.* » (N1)

La médecin généraliste salariée en CHS se sentirait utile, par ailleurs : « *l'espérance de vie augmente !* » (N15)

II / Ressenti

Rôle du généraliste

Le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques serait de rétablir une égalité dans la prise en charge : « *comme un patient normal (...) normalement non psychotique.* » (N1)

L'accessibilité, ainsi que la disponibilité du médecin généraliste sont plutôt mises en avant :

- « *porte d'entrée facile.* » (N2)
- « *entre deux, ils n'ont pas rendez-vous bah je les prends.* » (N5)

Cependant la formation semble jugée comme non satisfaisante : « *si on avait une bonne formation.* » (N2)

Par ailleurs, la situation est jugée paradoxale car il y aurait un « *gros déficit en psychiatres.* » (N2)

Le médecin généraliste pourrait se définir comme un guide :

- « *réorienter vers des structures.* » (N3)
- « *Un rôle de canalisation, de soutien.* » (N5)

Le médecin généraliste peut aussi avoir un lien fort, de confiance avec les patients psychotiques, ainsi qu'auprès de l'entourage et des structures où le patient psychotique reçoit des soins :

- « *lien important avec le patient, avec l'hôpital, et avec la famille.* » (N7)
- « *un rôle central (...) coordonner (...) confier (...) plus proche (...) un lien plus fort.* » (N4).

Le médecin généraliste peut réaliser un travail en coopération avec le médecin psychiatre :
« *suivis par les centres médico-psychologiques(CMP) (...) j'en vois pas mal.* » (N11)

Lorsqu'un autre médecin généraliste est interrogé, celui-ci propose quant à lui, de privilégier et d'établir un lien fort entre le médecin et le patient : « *établir un lien de confiance.* » (N9)

Le rôle peut être global par ailleurs : « *un rôle sur le long terme (...) un rôle de dépistage.* » (N6).

Le rôle du généraliste trouverait son intérêt dans le suivi du traitement : « *surveillance peut être biologique (...) si le traitement semble coller quoi ! (...) surveillance somatique.* » (N12)

Ce rôle se poursuivrait tout au long de l'histoire de la maladie : « *deux solutions (...) deux cas de figure (...) face à quelqu'un de délirant, ou bien tu vas assurer le suivi d'une personne qui a eu des épisodes délirants.* » (N8)

Toutefois, le médecin généraliste peut se trouver en difficulté associée à un "isolement" et une inertie dans la prise en charge : « *difficile (...) isolés (...) trois heures après.* » (N10)
Le soin est perçu comme plus délicat auprès de patients psychotiques : « *Ce qui est psychotique (...) plus délicat.* » (N11)

Aussi, ce rôle auprès de patients psychotiques peut être ressenti comme agréable : « *une place entière (...) j'aime bien la prendre.* » (N13) ; et permettrait également de développer l'empathie du médecin : « *fortement biaisée, euh, par l'expérience (...) reconnaissance de la souffrance psychique.* » (N14)

Par ailleurs, ce rôle est bien résumé chez la médecin généraliste salariée en CHS : ce rôle resterait : « *Vaste ! Varié et très important !* » ; et par ailleurs utile : « *l'espérance de vie augmente !* » (N15)

Ce rôle rejoindrait la définition de la médecine générale : « *c'est voir le patient dans sa globalité et pas que sur son plan psychiatrique.* » (N15)

L'affranchissement de la peur du médecin généraliste est permis grâce à l'expérience : « *pas de difficultés (...) je les connais depuis longtemps.* » (N1)

Malgré tout, le sentiment de peur/difficulté reste présent au cours des épisodes de décompensation : « *dans un état de ... vraiment de décompensation c'est très difficile et c'est même ingérable.* » (N1)

Consultation en cabinet

Il existerait une difficulté de cohabitation entre les patients psychiatriques et non psychiatriques dans la salle d'attente :

- « *les autres patients qui commencent à carrément à partir ou à avoir peur.* » (N1)
- « *j'avais la salle d'attente pleine ! Et, j'ai dû sortir pour expliquer à mes patients que ... en fait, bah il ne se passait rien, hein ! C'était juste une crise de la dame.* » (N11)

Parfois, le comportement du patient psychotique peut contraster avec des idées reçues du médecin généraliste : « *une heure et demie à attendre (...) ce qui m'avait quand même épaté c'était quand même sa patience quoi (...) cette compliance quoi (...) pas compliants. Euh pfff je n'ai pas cette impression-là.* » (N1)

Lorsque l'une des médecins est interrogée, elle aurait su se montrer attentive envers sa patientèle : « *J'essaie d'être vigilante.* » (N4)

L'attention peut également se porter sur la prise en charge globale : « *m'intéresser au motif autre, en premier ! (...) toujours des questions sur leur ressenti, sur leur état moral, leur humeur (...) jeune patient (...) schizophrène.* » (N6)

Malgré cela il peut exister une appréhension vis à vis des épisodes de décompensation : « *peut-être moins à l'aise.* » (N4)

L'une des explications à cette appréhension pourrait être son manque de formation ?

Les symptômes psychotiques compliqueraient la prise en charge : comme ici la présence d'hallucinations auditives qui interfèrent avec la consultation : « *les voix parasitent la consultation.* » (N5)

Auprès d'un autre généraliste, la consultation en cabinet aurait permis de lutter contre le repli social lié à la pathologie, et de lutter également contre les difficultés liées à l'offre de soins : « *on a vu les gens décrocher (...) son frère vient me le "montrer".* » (N9)

Au cours d'une autre consultation en cabinet, lorsque l'un des médecins est interrogé, il évoque son adhésion au délire du patient : « *ça a marché.* » (N9) ; dont l'objectif serait de contenir le patient, afin d'obtenir son adhésion à la prise en charge.

La comorbidité addictologique et psychotique est constatée à plusieurs reprises par les médecins interrogés :

- c'est le cas par exemple d'un patient délirant après une prise de toxiques (consommation de cannabis) : « *Il avait des voix.* » (N10) ;
- c'est aussi le cas chez « *un jeune patient (...) schizophrène.* » (N14) avec une comorbidité addictologique : consommateur de cannabis, lui aussi : « *gros fumeur de joints.* » (N14)
- Ce même médecin constate à nouveau une comorbidité addictologique auprès d'un autre patient : consommateur de cannabis et d'alcool : « *quarante "balais" (...) psychotique (...) gros fumeur de joints (...) qui "tise".* » (N14)

Les symptômes psychotiques peuvent être discrets, cependant ils paraissent avoir été perçus par cette généraliste : « *psychotique qui va être délirant à bas bruit.* » (N15)

L'hypothèse de la sensibilisation à la pathologie psychotique chez cette médecin pourrait trouver son origine dans sa pratique salariée en CHS.

Au cours de la consultation avec la patiente présentant une psychose maniaco-dépressive (PMD), en décompensation maniaque : le médecin serait parvenu à conserver son calme afin de contenir la dame, puis a su rassurer les patients, apeurés de sa salle d'attente : « *expliquer à mes patients que ... en fait, bah il ne se passait rien (...) juste une crise de la dame.* » (N11)

D'autres médecins interrogés évoquent la prise en charge :

- d'« *un patient schizophrène.* » (N12),
- ainsi que d'« *une jeune fille de 15 ans (...) elle était bien psychotique !* » (N13)

Ressenti au cours des consultations

La communication entre le médecin généraliste et le patient psychotique peut être modifiée par la maladie psychique : « *avoir ce lien (...) cette communication complètement différente.* » (N1)

Par ailleurs, le médecin généraliste peut s'adapter à la personnalité et à la spécificité du patient psychotique, ceci peut impacter la prise en charge : « *il fume, il vit moins longtemps. Euh il ne va pas vouloir.* » (N1)

Mais aussi, le médecin généraliste peut se laisser impressionner par le gabarit du patient : « *en plus c'était un grand gaillard d'1m80, 90kg !* » (N2)

Ceci a pu être observé auprès d'une autre généraliste, qui, en plus d'être impressionnée par le gabarit, semble impressionnée par la présentation du patient : « *il fait deux mètres de haut, euh, avec un style un peu gothique, des clous sur les chaussures là.* » (N7)

Et par ailleurs, l'un des médecins a pu être impressionné par le regard de son patient ayant des troubles psychotiques : « *je n'oublierai jamais son regard.* » (N14)

Cependant, le médecin généraliste peut conserver un bon souvenir de ses échanges avec le patient psychotique : « *un bon contact.* » (N4)

Ou bien il peut conserver un ressenti positif : « *la relation médecin-patient (...) hyper enrichissante.* » (N6)

Une autre médecin décrit par ailleurs de la curiosité tout en abordant la situation sereinement : « *un peu de fascination (...) pas de peur.* » (N5)

Par ailleurs, un médecin décrit une bonne connaissance de ses patients : « *Là il y a quelque chose (...) qui ne fonctionne pas, qui ne va pas ! Qui n'est pas normal. Et en période de décompensation et là c'est pour moi la difficulté c'est de leur dire (...) sans les brusquer et sans les braquer quoi.* » (N6)

Il existerait un sentiment de peur : « *toujours dans la peur, on ne sait jamais.* » (N7)

Il peut exister un ressenti de difficulté pour le médecin :

- « **un peu en difficulté.** » (N8)
- « *c'est compliqué (...) des problèmes.* » (N9)
- « *C'était chaud.* » (N14)
- « **Ah bah j'étais un petit peu, effectivement, en difficulté.** (N11)

Mais aussi il peut exister un manque de moyens : « *un petit peu démunie.* » (N7)

Ce ressenti peut être amélioré par l'apaisement du patient, avec un sentiment de réussite : « *mais j'ai su apaiser la patiente et m'arranger pour qu'elle accepte de partir avec les ambulanciers.* » (N11)

La perte de contrôle de la situation/consultation paraît ressentie comme inconfortable : « *assez inconfortable quand c'est toi, normalement, qui maîtrise.* » (N8)

L'alliance thérapeutique avec le patient aurait permis de traiter le patient : « **on a réussi, il n'a pas voulu voir de psychiatre !** » (N10)

La parole peut être utilisée comme un moyen thérapeutique : « *Et personne n'arrivait à rien faire et je parlais ... Voilà je m'entretenais un peu.* » (N11)

Ceci ayant permis une adhésion du patient au programme de soins : « *et le patient partait de son propre gré euh ... à l'hôpital quoi ! Mais ça c'est des belles petites victoires.* » (N11)

Par ailleurs, le médecin peut percevoir la situation comme atypique, contrastant avec les patients non psychotiques : « *bien vécu, ça m'a plus amusé (...) ça changeait un peu du profil classique !* » (N12)

Aussi, un autre médecin, ayant une longue durée d'installation, a pu manifester une forte empathie pour sa patiente psychotique : « *J'étais embêté pour elle ! (...) Je me suis tout de suite projeté sur son futur !* » (N13)

Ceci met en évidence le fait que son expérience lui a permis de bien intégrer la notion de médecin de famille.

Concernant la médecin salariée en CHS, celle-ci semble soigner son attitude : « *garder une certaine distance.* » et reste vigilante sur les accompagnants : « *attention aussi avec qui on se fait accompagner.* » (N15)

Accompagnement lors des consultations

La majorité des médecins interrogés évoque l'absence d'accompagnants :

- « *Il était seul.* » (N1)
- « *La plupart du temps, seul(e)(s) quoi !* » (N6)
- « *Il était seul !* » (N12)

Lorsque les patients sont accompagnés, il s'agit principalement des parents :

- « *ses parents.* » (N7)
- « *les parents (...) qui me l'amenaient.* » (N13)

- « *Sa mère l'avait rapatrié.* » (N14)

Besoin d'aide

D'une part, les médecins peuvent être aidés par la famille du patient :

- C'est le cas dans cette prise en charge : « *son frère qui l'a emmené, donc en effet il y a toujours la famille qui donne toujours le petit coup de pouce.* » (N1)
- Par ailleurs, cette même généraliste souligne l'importance de la famille et le rôle du médecin de famille qui prend tout son sens (il connaît le patient, son entourage ainsi que tous les intervenants tels que paramédicaux etc...)
- De ce fait, la famille est vue ici dans un sens plus large : « *les ambulanciers (...) connaissent les patients (...) équivalent de famille.* » (N1)
- Un autre exemple d'aide familiale, ici, le médecin est aidé par le frère du patient qui forme un lien entre le patient et le généraliste : « *raccrocher les wagons.* » (N9)

D'autre part les médecins peuvent être aidés par l'avis ou la prise en charge par un psychiatre :

- « *Avec son psychiatre.* » (N5)
- « *j'ai contacté la psychiatre.* » (N7)

Ceux-ci sont majoritairement contactés par téléphone :

- « *donné un coup de fil.* » (N13) ;
- « *dégainé mon téléphone.* » (N14)

Quand ils ne sollicitent pas d'aide, les médecins généralistes peuvent instaurer un traitement

- afin de : « *passer le cap ...* » (N10)
- « *géré tout seul.* » (N14)

La prise en charge de la médecin salariée en CHS est facilitée par la présence de psychiatres dans les locaux : « *l'évaluation psy.* » (N15)

Adressage

Les médecins ont souvent recours à l'hospitalisation :

- « *hospitalisation en péril imminent.* » (N7) ;
- « *le centre de pédopsychiatrie (...) prise assez rapidement !* » (N13)

Précautions mises en place liées au sexe du médecin généraliste

Médecins de sexe féminin

Concernant l'organisation des consultations au cabinet : lorsque l'une des médecins est interrogée, celle-ci propose de donner rendez-vous au patient psychotique à un moment précis du planning : « *jamais le soir toute seule (...) jamais en fin de soirée.* » (N1)

D'une part, l'une d'entre elles prévoit de se défendre avec des moyens de fortune : « *j'essaierai de balancer mon ordinateur sur la tête du patient(rires).* » (N2)

D'autre part, deux d'entre elles, s'arment :

- « *toujours une bombe à poivre dans mon sac.* » (N2) ;
- « *spray anti agression.* » (N5).

Deux d'entre elles ne mettent pas de précautions en place. (N3 et N6)

Ensuite lorsque l'une des médecins est interrogée, elle envisage d'alerter les confrères/collègues : « *je crie !* » (N4).

Enfin, l'une d'entre elles envisage l'aide de tiers et des forces de l'ordre : « *ambulanciers (...) trois (...) gendarmes (...) policier.* » (N7)

Les mesures restent spécifiques concernant la médecin salariée en CHS : « *minimum deux ... PTI (...) dispositif aussi de sécurité, d'appel.* » (N15)

Médecins de sexe masculin

Dans la plupart des cas, les médecins de sexe masculin ne mettent pas de précautions en place, comme par exemple chez ce généraliste homme, qui semble plutôt dans l'insouciance : « *non il n'y en avait pas mais je ne l'ai pas non plus imaginé hein !* » (N8)

C'est aussi le cas chez un autre généraliste : « *coincé (...) plus la clef...* » (N9)

Les médecins généralistes peuvent également éviter de se retrouver seuls dans une situation de danger, l'un d'entre eux compte sur la « *solidarité entre confrères.* » (N10)

Deux des médecins interrogés évitent la présence d'objets au cabinet pouvant servir d'armes :

- « *jamais eu d'objet contondant disponible.* » (N10) ;
- « *être transformés en arme.* » (N11)

Un autre médecin homme adapte sa tenue vestimentaire « *jamais de cravate.* » (N10)

Visite à domicile

Les visites à domicile concerneraient davantage une patientèle plutôt jeune :

- « *une bouffée délirante, chez une jeune femme (...) comportement un peu bizarre.* » (N8)
- « *30-35 ans (...) sa voisine qui lui avait jeté un sort.* » (N8)
- « *jeune patient, d'à peine trente ans (...) peut être 25 ans (...) schizophrène connu.* » (N13)

Lorsque l'une des médecins (N1) est interrogée elle exprime la sensation d'être démunie face à une situation d'urgence : « *démunis parce qu'en fait on est pris par les rouages du système.* »

Elle souligne par ailleurs le manque de communication de la part des confrères psychiatres : « *jamais informés.* »

Celle-ci confie sa prise de précautions pour sa propre sécurité : « *je vais chez monsieur untel.* »

Les nouveaux modes d'admission en psychiatrie induiraient une complexité médico-légale : « *plus compliqué, ouai plus procédural.* »

Elle évoque par ailleurs que l'on attendrait du médecin généraliste de la disponibilité : « *nous avoir (...) sous le coude.* »

Il existerait une notion de pression exercée sur cette médecin généraliste : « *grosse pression (...) grosse demande de par (...) la loi (...) des gendarmes, ou des maires, des gens qui ont peur.* » (N1)

Quand une autre médecin est interrogée, elle évoque une situation de visite avec un doute diagnostique dans un contexte addictologique (alcoolisation) : « *Je n'ai pas su vraiment si c'était elle qui était en train de décompenser.* » (N2)

La pathologie psychotique serait une difficulté pour communiquer avec le patient : « *il n'entend pas ce qu'on lui dit.* » (N6)

L'un d'entre eux a dû gérer les angoisses du patient étroitement liées au délire : « *un monsieur (...) en grande souffrance.* » (N9)

Les patients paranoïaques seraient considérés comme psychotiques : « *une paranoïaque.* » (N11)

L'un des médecins n'est pas en mesure d'évoquer de visites de patients psychotiques. Puisqu'il aurait fait le choix de limiter les visites, et ceci, en général pour tous ses patients : « *très peu de visites.* » (N10)

Ressenti au cours des visites

Le médecin généraliste pourrait manquer de moyens au cours des visites : « *un peu démunis.* » (N1)

Le ressenti au cours des visites peut s'apparenter à une blessure psychologique pour le médecin : « *je me suis senti agressée par ce monsieur.* » (N2)

Aussi, la réalisation de visites à domicile peut susciter de la peur :

- « *toujours dans la peur.* » (N7)
- « *un petit peu peur (...) une agression.* » (N11)
- ce dernier ayant déjà été agressé : « *agressé, oui, par des psychotiques.* »

Lorsque l'une des médecins généralistes accompagne sa patiente au CHS, qui est prise en charge ensuite sur place, ceci lui procurerait ensuite « *un soulagement.* » (N6)

Par ailleurs, l'empathie est utilisée en tant qu'aide à la prise en charge : « *Qu'on te vienne en aide.* » (N8)

Malgré un exercice rural, lorsque l'un des médecins est interrogé, il évoque la facilité d'intervention à domicile permise grâce à la faible distance entre le cabinet et le domicile du patient : « *dans le village.* » (N9)

Aussi, l'un des généralistes ressent de l'étonnement face à un comportement incohérent d'une patiente au cours d'une visite : « *peur d'être observée (...) aucun vis à vis !* » (N11)

Enfin la complexité de la prise en charge est mise en avant par deux médecins interrogés :

- « *compliqué.* » (N13)
- « *C'était compliqué.* » (N14)

Accompagnement lors des visites

L'intervention peut avoir lieu en présence du(de la) conjoint(e) : « *son mari qui s'occupait d'elle* » (N1)

L'intervention peut concerner le couple en lui-même : « *le discours du monsieur justement qui nous avait appelé pour nous dire que sa femme n'allait pas bien, il n'était pas très très cohérent quoi ...* » (N2)

La famille du patient psychotique est témoin des difficultés qu'implique sa pathologie au quotidien : « *faire confiance à la fois et voilà, aux gens qui sont là. Et même à la famille.* » (N1)

Les visites à domicile peuvent avoir lieu auprès de patient(e)s vivant seul(es) :

- « *il était retranché.* » (N14)
- Tout comme auprès d'une « *patiente paranoïaque* », vivant « *seule* ». (N11)

Les patients peuvent également être accompagné par la fratrie : « *accompagné par son frère.* » (N8)

Parfois, le voisinage peut être une aide potentielle : le patient est aidé par sa voisine. (N9)

La visite peut avoir lieu chez les parents de patients psychotiques : « *vivait chez ses parents.* » (N13)

Enfin, les visites peuvent être effectuées avec l'intervention des forces de l'ordre : « *avec les gendarmes, et les policiers.* » (N7)

Besoin d'aide

Les médecins généralistes peuvent intervenir à domicile avec l'aide d'intervenants extérieurs :

- « *le maire, donc on a dû appeler les pompiers, les gendarmes.* » (N1)
- « *j'ai appelé les pompiers.* » (N2)
- « *avec les gendarmes, et les policiers.* » (N7)

Par ailleurs, la famille serait témoin des difficultés impliquées par la pathologie psychotique au quotidien, de ce fait, la famille en plus d'être une aide pour le patient, serait fortement impactée par la maladie : « *c'est l'épuisement.* » (N1)

Lorsque l'un des médecins est interrogés, il confie avoir été aidé, indirectement, par les intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux : « *des staffs (...) assistante sociale (...) l'infirmier (...) le psy (...) la voisine.* » (N9)

Aussi, lorsque l'un des médecins est interrogé, celui-ci déclare n'avoir pas eu besoin d'aide, et a donc effectué la prise en charge seul : « *je lui ai fait un DROLEPTAN.* » (N13)

Enfin, un autre médecin semble peu marqué par une éventuelle visite : « *je ne m'en rappelle plus trop.* » (N14)

Adressage

Les médecins généralistes intervenant pour des visites à domicile ont recours à l'hospitalisation, souvent via les urgences :

- « hospitalisée en psy. » (N1)
- « le couple a été emmené aux urgences. » (N2)
- « fait hospitaliser. » (N7)
- « sur l'antenne psychiatrique des urgences. » (N8)
- « je l'ai fait hospitaliser. » (N13)
- « fait hospitaliser. » (N14)

Précautions mises en place liées au sexe du MG

Médecins de sexe féminin

La médecin généraliste peut préciser son itinéraire de visite à son mari seulement concernant les patients psychotiques : « qu'il sache quand même que j'y suis allée (...) une habitude un peu de sécurité (...) Ce que je ne fais pas bien sûr avec mes autres patients. » (N1)

L'une des précautions mises en place peut être la limitation des visites : « les visites à domicile c'est EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), HAD (Hospitalisation à domicile). Point barre. » (N2)

Il peut s'agir également de soigner la communication avec le patient : « C'est désamorcer. » (N4)

L'une des précautions mises en place peut être de se faire aider par les forces de l'ordre : « avec les gendarmes, et les policiers. » (N7)

Deux des médecins de sexe féminin ne se sentent pas concernées par le danger :

- « Pas de mesures mises en place. » (N3)
- « Que des super vieilles dames, euh... Pénibles ! Elles ne sont pas dangereuses ! » (N5)

Médecins de sexe masculin

Les visites sont réalisées sans précautions.

Le danger paraît relativisé : « ça peut arriver. » (N9)

L'un d'entre eux ne se sent pas concerné par le danger du fait de l'exercice rural : « en milieu rural (...) pour éviter tout ça. » (N8)

Aussi, on ne constate pas de précautions mises en place malgré un vécu de visite dangereuse : « une hache (...) en la bondissant ! » (N9)

La précaution peut aussi être de ne pas intervenir à domicile : « aucune raison que nous nous déplaçons. » (N10)

Aussi, l'un d'entre eux reste vigilant, sans mesures de précautions particulières mises en place, hormis l'instauration d'un climat de confiance avec le patient : « proximité (...) échanger (...) à l'écart (...) mettre en confiance (...) prises de risque (...) vigilance. » (N11)

Situation ressentie comme dangereuse en cabinet

La situation est ressentie comme dangereuse avec des patients présentant des troubles de la personnalité de type "paranoïa" : « des patients qui sont plutôt paranoïaques. Donc jusqu'où ils sont psychotiques ... » (N1)

Aussi, le médecin côtoie le patient dans la vie de tous les jours, y compris en dehors du cabinet et après l'hospitalisation, cette proximité peut être source d'inquiétude : « on les voit, en faisant des courses, en ... » (N1).

Par ailleurs, les médecins généralistes se sentent en difficulté avec la présence de comorbidités addictologiques :

- « les patients qui sont à la fois schizophrènes et sous l'emprise des drogues dures. Là ça part vraiment. » (N1)

Au point que la prise en charge se brise : « *Il faut vraiment s'en débarrasser.* » (N1)

Et devienne un échec : « *c'est vrai que du coup, là c'est un abandon* » (N1).

- « *en sevrage (...) nous menacent.* » (N10)
- La consommation de drogue est perçue comme une difficulté et une dangerosité potentielle par l'un des généralistes interrogés : « *Je me suis trouvé des fois, un peu en difficulté (...) Je savais que c'était un mec, un de mes jeunes patients il n'était pas délirant mais si, quand même délirant. Il parlait beaucoup de religion et de trucs comme ça, et lui c'était au cabinet, et me tutoyant, tu vois, la familiarité. Mais c'est un gamin que je connaissais, pas le mauvais bougre. Bon, c'était un gamin, bon qui avait eu un peu maille à partir, euh, avec les gendarmes, avec des conneries de gamin. Un peu de drogue, il me semble quand même un peu (...) un peu en difficulté.* » (N8)
- C'est ensuite la perte de contrôle de la situation/consultation qui est ressentie comme inconfortable : « *assez inconfortable quand c'est toi, normalement, qui maîtrise.* » (N8)

Il peut exister un sentiment de peur et de solitude : « *c'est la peur (...) on est tout seuls.* » (N1)

En présence d'un doute diagnostique, le médecin peut se sentir en danger en présence de violence verbale :

- « *je ne suis pas sûre que ça soit psychotique comme truc (...) commencé à me traiter de tous les noms (...) sur le moment, je n'étais pas fière hein !* » (N2)
- « *il a été agressif verbalement* » (N3).

En réponse à la violence, les médecins peuvent adresser le patient : « *on redirige.* » (N10)

Mais également ils peuvent apaiser le patient par la parole : « *une agressivité recadrée (...) finalement il y a une construction.* » (N12)

Le médecin décrit par ailleurs une intolérance à la frustration manifestée par des dégâts matériels : « *Mais il a cassé la vitre* » (N2).

Un autre médecin décrit « *une situation conflictuelle* » (N7).

Également, il peut y avoir un ressenti d'inconfort et de la difficulté plutôt que du danger : « *assez inconfortable (...) assez perturbant (...) en difficulté* » (N8).

Avec des patients psychotiques présentant des problèmes d'observance, l'un des médecins décrit avoir eu peur d'être agressé : « *n'étaient pas dans l'observance (...) peur d'être agressé* » (N11).

Cette peur de l'agression paraît exacerbée par la présence d'armes :

- « *objets contondants* » (N11).
- Les armes peuvent être factices : « *J. mon vieil associé, lui, une fois il a été ... un mec qui avait pointé une arme sur lui. Une arme, enfin un pistolet qui n'était pas un vrai, parce qu'il voulait récupérer son permis.* » (N8)

D'autre part, l'un des médecins relativise la situation : « *des menaces, des choses, mais rien qui m'ait fait craindre pour moi.* » (N13)

Un autre médecin considère le « *patient psychotique* », comme un « *danger potentiel* » (N14).

Configuration du cabinet

La localisation du cabinet en centre-bourg paraît rassurante pour le médecin : « *pas isolé du tout, c'est en plein dans le bourg.* » (N1)

La plupart des cabinets ne sont pas configurés pour fuir :

- « *pas forcément eu mon mot à dire (...) fenêtres factices qui ne s'ouvrent pas (...) on est au deuxième étage.* ». Celle-ci se trouvant prise au piège : « *mon bureau il est contre le mur (...) le*

patient entre la porte et moi (...) les cabinets communiquent deux par deux (...) une porte entre les deux (...) l'autre porte elle est sur l'autre versant. » (N2)

- « *bloquée. » (N3)*
- « *on ne peut pas ! (...) un peu bloquée. » (N4)*
- « *tu ne peux pas sauter par la fenêtre. » (N5)*
- « *coincée derrière mon bureau. » (N6)*
- « *On était piégés. » (N8)*
- « *coincé (...) fait comme un rat (...) plus la clef. » (N9)*
- Une porte d'entrée et d'une porte de sortie sont présentes, cependant la salle d'examen est dans une "impasse" : « *porte d'entrée pour les patients (...) une porte derrière (...) pour les médecins (...) pas d'issue. » (N8)*
- « *pas d'issue de secours non ! » (N12)*
- « *coincé derrière mon bureau. » (N13)*
- « *pas du tout de configuration. » (N14)*

Quand les cabinets sont configurés pour fuir en cas de danger :

- Il peut s'agir d'une pièce intermédiaire : « *une toute petite pièce entre les bureaux (...) une double sortie. » (N1)*
- Mais aussi la fuite peut s'effectuer par les ouvertures du cabinet vers l'extérieur :
 - par « *la baie vitrée. » (N5)*
 - ou bien par la fenêtre : « *par la fenêtre, de plain-pied. » (N10)*

Par ailleurs la présence des confrères ou des collègues se veut rassurante :

- « *à proximité du secrétariat (...) je crie. » (N7)*
- « *tu es là encore ? » (N10)*

Enfin c'est parfois le contenu du cabinet qui préoccupe le médecin : il peut être vidé de tout objet pouvant être utilisé comme arme : « *ne rien avoir (...) être transformés en armes. » (N11)*

Les propos de la médecin généraliste salariée en CHS sont à considérer indépendamment des autres configurations, puisqu'il ne s'agit pas d'un cabinet, mais d'une structure de soins, étudiée et adaptée aux situations de crise : « *la première porte qui donne dans le couloir (...) un SAS. » (N15)*

Au cours des différents entretiens, lorsque nous abordons la configuration du cabinet pour fuir en cas de nécessité. Il en résulte que les médecins de sexe féminin confrontées au danger organisent plus volontiers leurs cabinets : (Tableau 1)

| | Confrontation | Organisation du cabinet |
|----|----------------|---|
| F1 | Confrontée | Cabinet organisé |
| F2 | Confrontée | Cabinet non organisé mais médecin armée* |
| F3 | Peu confrontée | Cabinet non organisé |
| F4 | Confrontée | Cabinet non organisé |
| F5 | Confrontée | Cabinet semi organisé** mais médecin armée*** |
| F6 | Confrontée | Cabinet non organisé**** |
| F7 | Confrontée | Cabinet organisé***** |

* «bombe à poivre»

** alterne entre un bureau organisé pour la fuite et un autre non organisé

*** «bombe à poivre» dans le bureau non organisé

**** «coincée derrière mon bureau» cependant est sensibilisée. Expérience de confrère, «j'ai organisé mon bureau pour pouvoir sortir de mon bureau et avoir la porte à côté » «C'est comme ça après que j'y ai repensé»

***** (fuite par la fenêtre) et scénario en visite (voiture garée dans le sens de la marche) «je me gare» «toujours demi-tour»

Scénario de fuite

Les scénarios de fuite concernent une fuite par les ouvertures du bâtiment donnant sur l'extérieur :

- « *l'issue de secours* ». (N1)
- « *une baie vitrée où je peux partir* ». (N6)
- « *une fenêtre pas très loin de mon bureau (...) que je pourrai utiliser* ». (N7)
- « *par la fenêtre* ». (N10)
- « *sauter par la fenêtre !* » (N12)
- « *fuir par ici* ». (N14) (*le médecin généraliste montre la porte fenêtre*)

La fuite ferait parti de la prise en charge : « *La fuite, une solution, la mienne.* » (N1)

Deux d'entre eux envisagent de se défendre et de fuir ensuite :

- « *mettre juste un coup de poivre dans les yeux, et courir quoi...* » (N2)
- « *Ou assommer le patient et descendre les escaliers.* » (N12)

Certains médecins généralistes n'envisagent pas de scénario :

- « *pas du tout.* » (N3)
- « *je ne l'ai pas fait.* » (N13)

Par ailleurs, il existerait un certain "détachement" concernant le scénario de fuite : « *il n'y en n'avait pas mais je ne l'ai pas non plus imaginé.* » (N8)

De plus, l'une des médecins généralistes envisage d'alerter les professionnels du cabinet : « *je crie (...) j'alerte.* » (N4)

Enfin, les propos de la médecin généraliste salariée en CHS sont à nouveau à prendre en considération de façon indépendante, puisqu'elle évoque des mesures spécifiques aux soins de patients hospitalisés : « *Ne jamais lui tourner le dos et toujours, euh, être proche de la sortie !* » Celle-ci ne considère pas ces mesures comme un scénario : « *scénario, non.* » (N15)

Résultats de consultation

Le Dictionnaire des Résultats de consultation® (DRC) regroupe les cas, de fréquence régulière, qu'un médecin généraliste rencontre en moyenne au moins une fois par an.

L'ensemble des Résultats de consultation (RC) représente plus de 97% des situations cliniques prises en charge en médecine de premier recours.

En pratique, un médecin généraliste rencontre chaque RC au moins une fois par an, soit dans environ 1 cas pour 4000 consultations (activité moyenne du médecin généraliste français).⁽²⁾

La plupart des généralistes interrogés ne se sentent pas familiarisés avec les RC :

- « *Je ne saurai pas !* » (N3)
- « *Je ne vois pas de quoi tu parles !* » (N5)
- « *je ne connais pas !* » (N6)
- « *Pas du tout !* » (N7)
- « *trop compliqué.* » (N12)
- « *ça ne me dit rien du tout.* » (N13)
- « *Euh, non, non.* » (N15)

Situation ressentie comme dangereuse en visite

Les généralistes interrogés intervenant à domicile peuvent ressentir de la peur et du danger, celle-ci semble exacerbée par la présence d'armes à feu au domicile des patients, pouvant être perçue comme une menace indirecte :

- « *des armes à feu, donc là c'est vrai qu'on se méfie.* » (N1) ;
- « *Ne rentrez pas comme ça je suis armé !* » (N4)

- « un fusil (...) échappé belle (...) fou furieux (...) compliqué. » (N9)
- Par ailleurs, le médecin généraliste peut être menacé et contraint : « sorti le fusil ; Assis toi, maintenant on discute ! » (N13)

Aussi, le danger peut être ressenti en présence d'une arme blanche : « une hache (...) ça a été (...) rustre. » (N9)

Parfois, ce sont les symptômes qui sont perçus comme dangereux, pouvant impliquer de la peur ou de la prudence ressenties par le médecin :

- « patiente avec des idées suicidaires (...) de la peur. » (N3)
- « le cas du psychotique en pleine agitation hein ! (...) rester dans la vigilance. » (N11)

La fuite, la limitation ou l'absence d'intervention font partis de la prise en charge :

- « je ne viens pas moi ! » (N1) ;
- « un des seuls pour qui je faisais vraiment des visites à domicile systématiques. » (N2)
- « hyper dangereux (...) aucune raison que nous nous déplaçons. » (N10)

Aussi, le médecin généraliste peut se sentir en danger en présence d'une addiction, ou être impressionné par le gabarit du patient : « un patient (...) schizophrène (...) addiction à l'héroïne (...) très grand (...) pas très à l'aise en tant que jeune femme. » (N7)

De plus, l'un des médecins ayant été agressé physiquement, qui aurait « pris un coup de pied. » (N8), parvient à relativiser les conséquences : « il a été maîtrisé » (N8).

D'autres médecins quant à eux évoquent l'absence de danger au cours des visites :

- « pas eu non plus ! » (N12) ;
- « j'ai eu ? Non ! » (N14)
- « Non, même pas. » (N15)

Mesures mises en place

Lorsque l'une des médecins est interrogée, celle-ci confie qu'elle prévient son entourage de son itinéraire de visite : « à mon mari là je vais chez monsieur untel. » (N1)

Aussi, une prise de recul est constatée, afin de renforcer l'analyse de la situation avec objectivité : « ne pas répondre instinctivement. » (N1)

Par ailleurs, la féminisation de la profession semble être un point fort, ceci permettrait de se « servir » de l'image de la femme pour désamorcer une situation de conflit : « l'image de la femme pour apaiser l'agressivité. » (N1)

Une autre mesure constatée peut concerner le stationnement du véhicule : « je me gare (...) toujours demi-tour. » (N7)

L'une des mesures peut concerner la limitation des visites :

- « les visites à domicile c'est EHPAD, HAD. Point barre. » (N2)
- ou bien la délégation de la prise en charge : « appeler la gendarmerie et le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente). » (N10).

Aussi, la zone géographique de l'installation est considérée par l'un des médecins, comme une mesure à part entière : « ce choix que j'ai fait de la médecine en milieu rural. » (N8)

D'autres médecins, quant à eux, ne mettent pas de mesures en place :

- « Pas de mesures. » (N3)
- « Est-ce que je l'ai fait en visite ? Euh ... Non non. » (N6)

La communication est également considérée comme une mesure à part entière :

- « C'est désamorcer. » (N4)
- « toujours en train de se demander, si ce qu'on va dire ou ne pas dire. » (N13)

Enfin, l'agression est perçue comme un phénomène en marge et l'un d'entre eux incite à être vigilant : « tous les cinq ans ou tous les dix ans (...) vigilant. » (N11), mais ne propose pas pour autant de mesures à mettre en place.

Impact au contact des psychotiques sur la pratique quotidienne

L'expérience hospitalière permettrait une remise à niveau des connaissances de la thérapeutique, notamment l'usage des psychotropes. Ainsi, les neuroleptiques les plus récents présenteraient moins d'effets secondaires que les plus anciens : « *des molécules (...) avec beaucoup moins d'effets secondaires. Mieux tolérées (...) plus de syndrome parkinsonien.* » (N1)

De plus, la prise en charge de patients psychotiques permettrait une amélioration des capacités relationnelles et communicationnelles du médecin : « *réflexes d'apaisement.* » (N11)

L'expérience clinique en cabinet ou en visites permettrait elle aussi une remise à niveau : « *on s'adapte (...) sur le tas.* » (N9)

Par ailleurs il y aurait un autre impact positif : l'expérience au contact des patients psychotiques amènerait à une ouverture d'esprit et une "dé dramatisation", notamment de la schizophrénie :

- « *jamais eu quelqu'un qui vient me menacer délibérément, alors dans ce cas-là ce n'est pas un schizophrène hein. C'est un patient normal.* » (N1)
- « *risques inhérents à notre métier !* » (N13)

L'expérience pendant les stages, qui permettrait de « *voir l'avant-après.* » (N2) amènerait l'une des médecins généralistes à un questionnement : « *je m'efforce à me poser la question de (...)* » (N2).

Les médecins interrogés effectuent un rapprochement entre les troubles psychotiques de patients pris en charge dans le passé, et des symptômes jugés atypiques nouvellement constatés chez d'autres patients :

- « *ils sont bizarres ou ... est-ce qu'il n'y a pas quelque chose derrière qui pourrait expliquer cette bizarrerie.* » (N2)
- « *peut-être pas que de la dépression (...) ça me rappelle tel bonhomme, euh, psychotique.* » (N5)

Aussi, les médecins peuvent se montrer plus prudents depuis la prise en charge de patients psychotiques :

- « *plus ... En alerte !* » (N4)
- « *il faut qu'on reste quand même vigilants !* » (N7)

Par ailleurs, d'autres médecins peuvent considérer que les patients psychotiques ont peu voire aucun impact sur leurs pratiques :

- « *une pathologie marginale (...) la psychose.* » (N8), c'est ici la faible prévalence des troubles psychotiques qui est ainsi mise en avant.
- « *je ne pense pas* » (N3)

D'autre part, la proximité semble angoissante à vivre pour l'une des généralistes : « *une proximité qui est néfaste pour notre relation de soignant.* » (N6)

De plus, la prise en charge de patients psychotiques serait une meilleure priorisation et un meilleur adressage : « *essayer de comprendre (...) un deuxième coup de fil (...) pour qu'ils le prennent en charge.* » (N10)

Enfin, de par son expérience auprès de patients psychotiques, l'un d'entre eux paraît plus serein et plus à l'aise dans la prise en charge : « *La peur ? Non !* » (N14)

III / Perspective

Traitements psychotropes

Il existerait un "effet de mode" dans la prescription : « *perdu de mode pendant un temps, on voit passer les modes en fait.* » (N1)

Les médecins interrogés peuvent se sentir peu ou non familiarisés avec la prescription de psychotropes :

- « à un moment on va être vite limités. » (N2)
- « Pfout ... Pas beaucoup ! (...) souvent dans le VIDAL. » (N4)
- « Euh non, à part le RISPERDAL, la RISPERIDONE. » (N8)

Par ailleurs, certains peuvent se sentir familiarisés :

- « appris donc pendant mon internat. » (N7)
- « c'est plus l'expérience que j'ai eu en prison, des ordonnances des psychiatres ! » (N5)
- « sédatif, mais je n'en prescrit jamais (...) le TERCIAN, oui c'est un neuroleptique. » (N12)
- « je pense ouai ! » (N13)
- « familiarisé avec ? Oui ! » (N14)

D'autre part les médecins peuvent se montrer sélectifs concernant les classes thérapeutiques :

- « ça dépend lesquels. » (N3)
- « Probablement pas les antipsychotiques "purs", un peu moins que les antidépresseurs et hypnotiques. » (N6)
- « du LOXAPAC ou de l'HALDOL (...) traitement en urgence. » (N10)
- « m'adapter (...) aux nouveautés. » (N11)

Aussi, les médecins interrogés resteraient vigilants sur la iatrogénie :

- « en donner le moins possible et le moins longtemps possible. » (N7)
- « on voit à peu près (...) On va chercher (...) pas noyés. » (N9)
- « la possibilité d'un trouble de décompensation. » (N10)

L'un des médecins confie effectuer sa propre formation continue : « comme tout le monde en formation dessus (...) Mise à jour (...) On observe. » (N11)

Au cours de l'un des entretiens, un médecin revendique son indépendance dans la prescription : « lecteur émérite de "Prescrire" (...) je ne reçois pas les labos. » (N14)

Et par ailleurs celui-ci reste prudent quand il effectue des choix thérapeutiques : « la paix sociale avec les benzos, les anti-dépresseurs ou les neuroleptiques je m'en méfie aussi ! » (N14)

Enfin, les propos de la médecin généraliste salariée en CHS sont à prendre en considération de manière indépendante, celle-ci évoque l'exigence concernant ses connaissances thérapeutiques, qui semblent être étroitement liées à sa pratique hospitalière : « Ouai quand même ! (...) Je me dois d'être familiarisée pour les surveillances ! » (N15)

Les médecins généralistes acteurs dans la prescription versus les médecins généralistes observateurs

Certains médecins peuvent être définis comme acteurs dans la prescription de psychotropes :

- « je me sens de tenter des choses. » (N2)
- en utilisant l'euphémisme suivant : « un petit traitement à base de neuroleptiques. » (N10)

D'autres médecins, par ailleurs, peuvent se contenter d'être observateurs dans la prescription :

- « jamais à bidouiller les trucs si c'est quelqu'un d'autre qui prend la main. » (N1)
- « pas du tout décisionnaire. » (N4)
- « pas prescripteur de ça. » (N8)
- « renouvellement. » (N12)

Aussi, certains se montrent à la fois acteurs et observateurs dans la prescription :

- « *ça m'arrive de débiter (...) ça m'arrive de renouveler.* » (N3)
- « *renouvellement ou d'adaptation de posologie. Et quelques fois d'initiation.* » (N6)
- « *toujours le psychiatre référent (...) pas rentrer dans l'escalade thérapeutique.* » (N7)

Parfois la position du médecin par rapport à la prescription trouve ses limites selon la forme galénique ainsi que selon la restriction de la prescription des médecins généralistes par rapport aux médecins "spécialistes".

Ainsi, l'un d'entre eux se définit comme acteur dans la prescription pour les traitements per os : « *je les connais, je les utilise !* » (N13) ; et par ailleurs celui-ci se définit comme observateur pour les traitements injectables : « *les formes retard (...) instaurés par les psychiatres.* » (N13)

La position du médecin évolue également selon la classe thérapeutique envisagée.

L'un d'entre eux se décrirait comme observateur dans la prescription de neuroleptiques : « *jamais de primo-prescription de neuroleptiques.* » (N14)

Et par ailleurs celui-ci se décrirait comme acteur dans la (dé)prescription de benzodiazépines :

« *succès de "dé-prescription".* » (N14)

De plus certains médecins peuvent être plutôt observateurs avec malgré tout le souhait de devenir acteur dans la prescription, mais ceci n'est pas réalisé du fait d'une contrainte horaire : « *il faudrait qu'on ait une formation (...) mais comme ce n'est pas le cas, ou exceptionnellement.* » (N9)

Enfin les propos de la médecin généraliste salariée en CHS sont à nouveau à prendre en considération indépendamment, celle-ci se décrit facilement comme observatrice : « *les psychiatres sont là pour ça !* » (N15)

Ceci serait probablement influencé par la proximité physique des psychiatres, puisqu'ils travaillent quotidiennement dans la même structure.

Améliorer l'observance

Le premier axe d'amélioration de l'observance concernerait la thérapeutique.

Lorsque l'une des médecins est interrogée, elle évoque la rigueur nécessaire au cours de la prescription : « *si la molécule marche (...) d'être très exigeant.* » (N1)

Même si l'observance semble déjà améliorée avec les neuroleptiques à forme "retard" : « *le plus utile c'est les formes retard injectables (...) un grand progrès.* » (N11)

Le deuxième axe d'amélioration de l'observance concernerait la communication entre le médecin généraliste et son patient :

- « *mise en confiance (...) bonne explication du traitement (...) obtenir une écoute.* » (N11)
- Une négociation peut s'établir afin d'obtenir l'accord du patient, ce qui rendrait la décision partagée : « *des compromis quand même avec le malade dans la prescription.* » (N1)

Le troisième axe d'amélioration de l'observance concernerait la relation médecin-patient :

- « *en créant un lien de confiance.* » (N2)
- « *c'est l'alliance thérapeutique.* » (N6)
- « *alliance thérapeutique (...) par la confiance.* » (N13)
- « *lui faire confiance.* » (N7)

L'amélioration de l'observance passerait également par la relation entretenue avec l'entourage du patient : « *voir aussi avec la personne de confiance.* » (N3)

Une bonne relation médecin-patient permettrait une compliancé du patient par rapport à la prescription : « *un patient qui est complètement adhérent à la prescription.* » (N7)

L'observance pourrait aussi être améliorée en soignant les relations entre médecins généralistes et médecins spécialistes ou autres intervenants de la prise en charge :

- « *que les psychiatres nous envoient les compte rendus.* » (N4)
- « *les consultations régulières avec le psychiatre, ou l'infirmier psy.* » (N12)

Le quatrième axe d'amélioration de l'observance serait d'accorder une attention particulière aux demandes psychiatriques : « *quand même assez "traître" la psychiatrie en général.* » (N2)

Le cinquième axe d'amélioration de l'observance serait de se montrer disponibles et réactifs pour les patients psychotiques :

- « *je suis là entre deux !* » (N5)
- « *les voir le plus régulièrement possible.* » (N7)
- « *renouvellements plus courts, plus fractionnés.* » (N4)

Le sixième axe d'amélioration de l'observance serait de limiter la iatrogénie et les effets secondaires des traitements : « *évidemment un anti-dépresseur, qui donne des nausées des vertiges ... Bah on peut être sûrs qu'il va pas le prendre !* » (N7)

Le septième axe d'amélioration de l'observance serait de redonner de l'autonomie au patient :

- « *la manière de gérer son traitement.* » (N7)

Il pourrait s'agir aussi de resituer le patient au centre de la prise en charge ; notamment en renforçant l'offre de soins psychiatriques :

- « *qu'ils existent différemment (...) rouvrir des lits.* » (N9)
- « *si on veut améliorer l'observance : on n'a qu'à améliorer la prise en charge.* » (N14)

Le huitième axe d'amélioration serait de renforcer l'offre de soins psychiatriques : « *une antenne du CMP à proximité.* » (N10)

Lorsque l'un des médecins est interrogé, il évoque la création d'un PRADO (Programme d'Accompagnement du retour à Domicile) psy' : « *un PRADO psychiatrique !* » (N12).

D'autre part, un autre généraliste affirme que le généraliste n'aurait pas de rôle à jouer dans l'amélioration de l'observance : « *pas non plus du domaine de la médecine générale !* » (N8)

Enfin, les propos de la médecin salariée en CHS sont à prendre en considération de manière indépendante, celle-ci étant confrontée quotidiennement à la psychiatrie, de ce fait davantage sensibilisée à la surveillance du traitement : « *gérer au mieux les effets secondaires* » (N15).

Améliorer la prise en charge

Dans un premier temps, l'amélioration de la prise en charge serait permise par l'amélioration de la formation des généralistes :

- « *par la formation médicale.* » (N6)
- « *on devrait nous imposer un passage en psychiatrie, justement pour voir l'avant-après.* » (N2)

Dans un second temps, l'amélioration de la prise en charge serait permise par l'amélioration de l'accès aux soins pour les patients :

- « *plus facilement aux consultations.* » (N3)
- « *l'accès à la psychiatrie soit plus facile !* » (N7)

Troisièmement, l'amélioration de la prise en charge passerait également par l'amélioration de la communication entre les généralistes et les structures ainsi qu'avec les psychiatres :

- « *Une meilleure communication psychiatre-médecin traitant.* » (N5)
- « *bonnes relations entre la médecine de ville et puis ces structures spécialisées.* » (N8)
- « *l'améliorer par (...) un meilleur échange entre le spécialiste et le médecin généraliste.* » (N10)
- « *meilleure coordination et une meilleure communication avec les psychiatres.* » (N11)

- « *que les psychiatres nous envoient les compte rendus* » (N4).

Aussi, la prise en charge pourrait être améliorée par des mesures centrées sur le patient : Il pourrait s'agir de mettre en place une surveillance pour protéger le patient et son milieu. Ceci contrasterait avec la démarche d'autonomisation du patient, qui semblerait être la dynamique actuelle en psychiatrie :

- « *on te surveille (...) c'est à l'inverse de tout ce qu'on a dit avant.* » (N1)
- « *un PRADO psychiatrique !* » (N12).

De plus, l'écoute par le généraliste centrée sur le patient paraît être une mesure à part entière : « *la médecine générale et la psychiatrie sont les spécialités qui sont les plus proches.* » (N1)

Sans oublier, que l'amélioration de la prise en charge passerait par la lutte contre les addictions : « *tout se mélange. Le cocktail entre je te mets un injectable mais je te prends de la cocaïne.* » (N1)

Également, la prise en charge serait améliorée par l'éducation thérapeutique faite par le médecin généraliste. En effet, les patients arrêteraient leur traitement quand ils ressentent une amélioration : « *on va bien, donc on n'en a plus besoin (...) ils vont mieux, ils sont guéris, les médicaments les ont guéris.* » (N1)

C'est aussi la différence de rythme des consultations de généralistes et de psychiatres qui pourraient expliquer leurs divergences dans la prise en charge : « *la psychiatrie c'est lent, la médecine générale c'est rapide (...) pas dans la même vitesse.* » (N1)

De plus, l'amélioration de la prise en charge passerait par l'amélioration de la fonction et des conditions de travail du médecin généraliste :

- Lorsque l'un des médecins est interrogé il propose de redonner un rôle de soignant au médecin généraliste : « *rôle du médecin généraliste (...) se restreint (...) un simple gratte-papier.* » (N11)
- « *D'avoir plus de temps !* » (N9)

Ceci passerait par la révision de la tarification à l'acte : « *actes au temps passé (...) course à l'acte (...) revalorise les activités dans un sens (...) d'efficacité et d'utilité.* » (N11)

Les fonctions et les conditions de travail du médecin psychiatre seraient, elles aussi, remises en question. En effet, lorsque l'un des médecins est interrogé, il propose d'améliorer la coordination entre les psychiatres, les infirmières en psychiatrie et le médecin généraliste : « *ils se substituent (...) psychiatres (...) glissements de tâches.* » (N11).

Et de ce fait, il propose de revoir la démarche de glissement de tâche qui serait délétère pour la relation médecin-patient : « *glissements de tâches (...) fait reculer le lien médecin-patient.* » (N11)

Enfin, de façon plus globale, la psychiatrie semble être un enjeu de santé publique fort :

- « *En investissant dans la santé mentale (...) Il faut des gens pour soigner les gens !* » (N14)
- « *Augmenter le potentiel de médecins psychiatres, d'infirmière de psychiatrie, de psychologues.* » (N13)
- « *une psychiatrie qui soit moins sinistrée (...) un secteur psychiatrique efficient.* » (N8)

L'enjeu pourrait concerner l'organisation géographique de la psychiatrie : « *repenser (...) dans les secteurs psychiatriques (...) faire des choses intéressantes.* » (N11)

Il pourrait également s'agir de renforcer l'offre de soins "mobiles", tout en encourageant l'autonomisation des patients : « *mieux que ce soit les équipes d'infirmière psy qui aillent chez le patient.* » (N1)

L'un des freins évoqués à la prise en charge serait la composante économique : « *l'accès au psychologue soit pris en charge !* » (N7)

La médecin salariée en CHS, propose, quant à elle d'« *arrêter avec nos préjugés* », et de renforcer « *la prise en charge sociale* » (N15).

Malgré les spécificités de son exercice, cette médecin conserverait une vision globale de la prise en charge du patient.

Cette vision globale lui est probablement héritée de sa formation de médecin généraliste.

Prise en charge de l'entourage des patients psychotiques

La prise en charge de l'entourage, relève des compétences du médecin généraliste selon la définition européenne de la médecine générale de la société européenne de médecine générale/médecine de famille : la WONCA Europe (acronyme signifiant World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Europe)

La WONCA Europe étant la branche européenne de la WONCA (l'Organisation mondiale des collèges nationaux, académies, et associations académiques de médecins généralistes).

« Les compétences fondamentales de la Médecine Générale - Médecine de famille : La définition de la discipline comme de la spécialité doit mettre en évidence les compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. "Fondamental" signifie essentiel à la discipline, indépendamment du système de santé dans lequel ces définitions sont appliquées. Comme discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques doivent être considérées comme fondamentales : a) Contextuelle : utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture b) Comportementale : basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique c) Scientifique : adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité. » ⁽³⁾

Dans sa prise en charge de l'entourage, le médecin peut se montrer ambivalent : « *ça l'entourage c'est une plaie (...) les gens bienveillants (...) je les considère comme des soignants.* » (N1) ;

Ceci est aussi constaté auprès d'un autre médecin interrogé, qui, quant à lui, met en opposition l'entourage aidant et l'intègre à la prise en charge : « *entourage de proximité qui permet de suivre et de contrôler sa situation.* » (N10)

En opposition à l'entourage qui n'est pas aidant, et dans cette situation, le médecin délègue la tâche auprès du CMP référent : « *pas du tout de contrôle (...) enquête qui doit être faite par le CMP.* » (N10)

Dans la majorité des cas, le médecin tente de soigner sa communication auprès de l'entourage :

- « *Il faut faire passer le message ! C'est le mal du siècle la communication.* » (N2)
- « *Un rôle d'explication (...) quelque fois d'alerte.* » (N6)

Aussi, le médecin généraliste aurait un rôle pivot dans la prise en charge de l'entourage :

- « *un vrai rôle d'accompagnement à jouer* » (N2).
- « *hyper important(...) réassurance(...) point central* » (N4).
- « *le rôle de lien* » (N7).
- « *très important* » (N13).
- « *les aider à mieux vivre (...) à comprendre* » (N11).
- « *traduire, écouter, parfois orienter (...) associations de patients* » (N14).

C'est parfois, un rôle de substitution au psychiatre que remplit le médecin généraliste :

- « *prise en charge importante (...) et qui n'est pas du tout pratiquée par les psychiatres.* » (N11)
- « *pas fait comme ça devrait l'être !* » (N13)

La première médecin généraliste interrogée constate que la pathologie psychotique aurait un lourd impact sur l'entourage : « *les conjoints souvent ... ils n'en peuvent plus.* » (N1)

Parfois, il n'y a pas de prise en charge à effectuer auprès de l'entourage, puisque celui-ci n'est pas présent :

- « Ça n'existe pas ! » (N5)
- « ses enfants sont partis (...) compliqué en famille (...) pas de famille. Ou elle est loin. » (N9)

D'autre part, il existerait des difficultés avec les intervenants à visée sociale, et les directeurs d'école : « les trucs sociaux autour. Où là aussi, on galère. » (N1)

Par ailleurs, l'un d'entre eux constate la violence, la peur et la perte de confiance dans la cellule familiale du psychotique, le médecin généraliste a donc seulement un rôle d'observateur : « Perte de confiance (...) très perturbant (...) peur que ça récidive. » (N8)

La médecin salariée en CHS propose d' « écouter aussi : la famille ». (N15)

L'un des freins à la prise en charge de l'entourage serait le secret médical :

- « Qu'est-ce qu'on a le droit de dire à la famille ? » (N3)
- « un peu compliqué au niveau du secret médical. » (N12)

Culpabilité chez les mères de patients psychotiques

La problématique de la culpabilité n'a pas été abordée chez trois des quinze médecins généralistes interrogés, puisque la question ne faisait pas partie du guide d'entretien (N9, N10 et N11).

Le sentiment de culpabilité chez les mères de patients psychotiques est constaté auprès de nombreux médecins interrogés :

- « les mères qui restent (...) la mère ne peut pas abandonner son enfant (...) j'aurai du venir plus vite. » (N1)
- « elle culpabilisait pas mal. » (N4)
- « elle a encore une culpabilité mais ... Voilà, ça, du coup on essaye de travailler là-dessus. » (N6)
- « Qu'est-ce qu'on a manqué ? Euh, qu'est-ce qu'on lui a donné comme maladie ? » (N7)
- « culpabilité de ne pas avoir vu les choses. » (N13)
- « Oui ! Oui ! » (N14)
- « ouai, il y en a, mais pas tous ! (...) ils n'en sont pas à se poser des questions comme ça. » (N15)

Parfois, les mères sont absentes ou non aidantes :

- « c'était plus un rejet que vraiment une culpabilité ou autre. » (N2)
- « le patient psychotique était venu seul aux urgences. » (N3)
- « J'en n'ai pas rencontré ! » (N5)
- « mères absentes ». (N12)

Les limites du rôle maternel auprès des patients psychotiques se trouveraient dans un sur-investissement des mères dans leurs rôles, ainsi, le rôle de la mère de patients psychotiques dépasserait la "maternalisation" habituelle observée chez les mères de patients non-psychotiques : « des sur-mères » (N1).

L'autre limite du rôle maternel se trouverait dans la délégation de tâches qui semble trop importante : « Oui, parce que, c'est une alliance au début parce que ça arrange tout le monde de reconfier à quelqu'un quand même. » (N1)

De ce fait, le rôle de la mère resterait à considérer avec précaution : « pathologique euh ... à un certain moment. » (N1)

Par ailleurs, chaque parent aurait le même rôle dans une famille de patients psychotiques : « pas de (...) distingo ». (N8)

Échanges avec les psychiatres et avec le personnel paramédical de psychiatrie

Les échanges écrits sont jugés insuffisants en termes de quantité et de qualité :

- « *Mais non, je ne crois pas avoir jamais reçu de courrier d'un psychiatre ! (...) jamais eu de retours.* » (N2)
- « *ça reste rare (...) dû réclamer plusieurs fois.* » (N3)
- « *il manque un retour.* » (N4)
- « *j'envoie des courriers je n'ai pas de réponse !* » (N5)
- « *les courriers c'est rarissime ! Rarissime !* » (N6)
- « *J'en reçois pas beaucoup, euh, du tout, même !* » (N7).
- « *assez peu de courriers. Moins que je devrai en avoir !* » (N12)
- « *je ne reçois jamais rien !* » (N14)

Ceci contrasterait avec les échanges écrits dans le passé :

- « *vraiment détaillaient tout.* » (N8)
- « *trois lignes (...) habitués au courrier de psychiatres (...) de 3 pages (...) ça n'existe plus ça.* » (N1)

C'est parfois le délai de la réponse écrite qui est jugé trop lent : « *Je reçois les comptes rendus d'hospitalisation (...) un petit peu tardivement !* » (N7)

Aussi, il existerait une "rétention" d'informations par les psychiatres concernant l'histoire de vie des patients : « *est-ce que le psychiatre partage ça ?* » (N8)

Par ailleurs, concernant les échanges écrits, lorsque l'une des médecins est interrogée elle fait preuve, quant à elle de satirisme : « *Ils savent écrire ? Non blague à part.* » (N2)

Les échanges oraux seraient dans l'ambivalence :

- « *très gentils, très sympas* » (N2)
- « *du tout* » (N7)
- « *plutôt sympathique (...) c'est rare quoi (...) vraiment dans l'urgence.* » (N9)
- « *la seule relation que j'ai établi avec un psychiatre, là c'était un peu plus conflictuel.* » (N2)
- « *un coup de téléphone qui permet d'avoir une information ou qui permet d'apporter un élément sur la situation qu'on vit.* » (N10)

Les échanges qu'ils soient écrits ou oraux, peuvent être sources de tension majeure entre les professionnels de santé :

- « *toujours difficile (...) psychiatrie très fermée.* » (N11)
- « *c'est difficile de ... d'avoir des relations avec des personnes qui pensent qu'on n'a pas notre place.* » (N13)

Cette tension pourrait mener à une déshumanisation des échanges. (N1)

Par ailleurs, l'ambiguïté du rôle du médecin généraliste peut mener à des conflits avec des personnels paramédicaux, comme dans l'exemple suivant d'un conflit avec une infirmière de psychiatrie : « *j'ai évalué, j'ai mon diplôme de médecine (...) pas que ça se passe comme d'habitude.* » (N1)

Afin de pallier ces difficultés, c'est parfois la famille qui se charge d'assurer la communication, comme par exemple pour faire part du devenir du patient lorsque la communication de l'hôpital semble "défaillante" : « *les familles qui nous appellent.* » (N1)

Mais aussi, le patient peut, parfois, être l'intermédiaire dans la communication entre les professionnels : « *ils reviennent me dire comment ça s'est passé. Et ... ça vient des patients.* » (N2)

Il existerait plusieurs freins à une bonne communication entre les professionnels :

- il peut s'agir d'une instabilité organisationnelle de la structure de soins, comme par exemple un correspondant qui ne reste pas de façon pérenne, d'où la difficulté de créer un lien : « *On n'accumule pas le bénéfice du lien.* » (N1)
- il peut s'agir d'une contrainte horaire : comme dans l'exemple d'une erreur de diagnostic, qui n'a pas pu être signalée au psychiatre par le médecin généraliste : « *pas pris le temps.* » (N1)

Les propos de la médecin généraliste salariée en CHS sont à prendre en considération de manière circonspecte, puisque les psychiatres sont, par définition, présents dans la structure : « *quotidiennes, cordiales (...) sur le même terrain !* » (N15)

Les propos du médecin exerçant en PSLA (Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire), du fait de la présence d'une antenne du CMP sur place, sont eux aussi à prendre en considération de manière circonspecte : « *hyper joignables.* » (N4)

IV / Conclusion

Points de la prise en charge à améliorer

Fréquemment évoquée au cours des entretiens, c'est la formation qui serait à améliorer :

- « *que je fasse une formation !* » (N3)
- « *que je sois plus formée.* » (N4)
- « *me former plus.* » (N6)
- « *plus de connaissances.* » (N9)
- « *améliorer sa formation.* » (N13)

Le frein à cette formation serait la contrainte horaire du médecin généraliste :

- « *c'est toujours une question de temps hein !* » (N2)
- « *il faut du temps.* » (N3)
- « *d'avoir plus de temps.* » (N7).

Cette contrainte horaire serait également présente chez les médecins spécialistes : « *J'aimerais bien essayer de travailler avec les psychiatres (...) ils n'ont pas le temps.* » (N14)

D'autres généralistes font part d'une motivation à travailler en équipe avec les psychiatres :

- « *gérer avec des staffs pluridisciplinaires (...) le médecin généraliste (...) peut être amené à être appelé (...) c'est bien.* » (N10)
- « *demander à rencontrer les psys.* » (N2)

Lorsque l'une des médecins généralistes est interrogée, celle-ci propose également de prendre en compte la fragilité liée à la pathologie du schizophrène : « *plus attentifs avec les patients schizophrènes.* » (N1)

Lorsque l'un des médecins est interrogé, il se questionne sur la prévention en soins primaires : « *quelle prévention ?* » (N8)

Celui-ci émet l'hypothèse que la prise en charge et le suivi du patient psychotique ne serait pas du ressort du médecin généraliste : « *il faut un suivi.* » (N8)

Par ailleurs, lorsqu'un autre médecin est interrogé, il évoque la communication entre les professionnels de la santé, qui serait un point de la prise en charge à améliorer : « *la réponse : elle ne vient jamais ! assez choquant !* » (N11)

Les points de la prise en charge à améliorer seraient la création de soins "mobiles" réactifs ainsi qu'une meilleure communication : « *PRADO psy et puis une consult' : un courrier quoi !* » (N12)

Participation à des événements en lien avec la psychiatrie

La majorité des médecins interrogés souhaiterait effectuer une formation organisée par les psychiatres, ces derniers seraient alors perçus comme des guides concernant la prise en charge :

- « *C'est ça une formation, ou ne serait-ce qu'un vrai échange avec les psys, qu'ils nous disent qu'est-ce qu'on peut faire en fait !* » (N2)
- « *par des psychiatres, sur des cas concrets (...) Qu'on sache quoi faire en cas de tel symptôme.* » (N3)

Les médecins généralistes souhaiteraient que la formation soit organisée sous forme de soirée et/ou repas, notamment organisés par des visiteuses médicales de l'industrie pharmaceutique :

- « *à l'ancienne (...) les visiteuses (...) on mange ensemble (...) un maillage.* » (N1)
- « *une soirée où ils nous font un petit topo (...) des psychiatres du coin.* » (N4)

Or, les échanges seraient laconiques dans les lieux et événements d'échanges : « *vraiment est-ce qu'on échange ?* » (N2)

Par ailleurs, les échanges au quotidien, ainsi que les ressources humaines médicales seraient plus importants que la formation :

- « *c'est vraiment des échanges qui manquent. Une formation aussi, mais des échanges principalement.* » (N2)
- « *un médecin psychiatre qui pilote (...) c'est ça qui est important.* » (N10)

Les échanges pourraient se faire localement, via les CMP par exemple :

- « *faire des rencontres avec des psychiatres du CMP.* » (N5)
- « *quelque chose qui se fait localement.* » (N6)

Aussi, les événements pourraient prendre la forme de groupes de pairs : « *oui pourquoi pas (...) groupes qualité.* » (N7)

Les événements pourraient être en lien et validants pour le DPC (Développement Professionnel Continu) :

- « *formations médicales pures* » (N6).
- « *Sous forme de formation validante pour le DPC quoi !* » (N10)

Lorsque l'un des médecins généralistes est interrogé, il envisagerait la formation en lien avec la psychiatrie comme un enrichissement de sa culture personnelle : « *Par intérêt.* » (N9)

Deux médecins, parmi les généralistes interrogés ne montrent pas d'intérêt concernant un éventuel événement :

- « *Non.* » (N8)
- « *je fuis.* » (N12)

L'un des médecins interrogés est satirique et revendicatif dans ses propos : « *une manif pour avoir plus de personnes !* » (N13)

L'un des freins à la participation à des événements en lien avec la psychiatrie serait la contrainte horaire, aux conséquences économiques apparemment non négligeables :

- « *pas le temps (...) intéressé par plein de choses (...) revenu suffisant pour payer.* » (N11)
- L'exercice salarié serait plus propice à la possibilité de se former ou de participer à des événements : « *salarié pour avoir ce temps hein !* » (N11)

La médecin salariée en CHS participe déjà à des événements : « *la seule formation que je fais (...) soin somatique en psychiatrie.* » (N15)

Sujet non abordé au cours de l'entretien

Plusieurs médecins ne se prononcent pas. (N2 ; N3 ; N4 ; N6 ; N7)

L'un d'entre eux se montre hésitant et ambivalent sur ce point : il y aurait « *beaucoup de choses à dire (...) rien ne vient.* » (N11)

Plusieurs médecins reviennent sur les qualités humaines requises pour la pratique médicale :

- L'une d'entre elle fait part de ses inquiétudes concernant la psychiatrie de "demain". (N1)
- L'un d'entre eux souligne l'importance de l'empathie : « *avoir de l'empathie !* » (N8)

Aussi, l'isolement social serait à l'origine de certains troubles psychiatriques : « *critères socio-économiques au rouge ! (...) ça favorise certainement les maladies psychiatriques ! Ou les décompensations en fait !* » (N5)

Par ailleurs, le rôle du généraliste serait essentiel dans le parcours de soins psychiatriques : « *psychiatrie basique (...) mais essentielle.* » (N8)

L'interrogatoire jouerait un rôle primordial dans la pratique médicale : « *si tu ne te questionnes pas.* » (N8)

De plus, on attendrait du médecin qu'il guide le patient afin qu'il décrive son mal-être : « *les aider (...) à verbaliser les choses !* » (N8)

La limite serait la pudeur des émotions/sentiments du patient : « *pire que de se mettre à nu.* » (N8)

Également, ce médecin revient sur la notion de somatisation : « *Ce que les gens expriment par leur corps (...) Mettre des mots sur des souffrances.* » (N8)

Il est évoqué la mise en place de mesures aidantes pour les patients psychotiques, dans la thématique de l'art ou en lien avec la zoothérapie : « *il n'y a pas d'art (...) mettre du beau (...) avec les animaux ! Equithérapie.* » (N9)

C'est aussi, la sécurité des cabinets qui semble ressentie comme insuffisante : « *augmenter la sécurité des cabinets médicaux (...) Est-ce que le médecin doit prendre des risques ?* » (N10)

Afin de lutter contre ce phénomène, ce même médecin propose une coopération entre les services de psychiatrie et la médecine générale, afin de repérer les patients à risque de décompensation : « *mieux connaître les personnes à risque (...) un retour (...) de l'unité psychiatrique locale.* » (N10)

Lorsque l'un des médecins est interrogé, il propose de rester vigilant concernant la santé mentale des praticiens : « *on parle beaucoup du burn-out des médecins.* » (N12)

Concernant l'organisation du système de soins actuel, il y aurait malgré tout une relative efficience : « *sectorisation (...) ça, il n'y a pas de problème.* » (N14)

Enfin, la médecin salariée en CHS propose de déstigmatiser la psychiatrie : « *que le regard des médecins change sur les patients psychiatriques !* » (N15)

Prise en charge des patients psychotiques au cours des soins primaires

Plusieurs médecins interrogés insistent sur la communication :

- « *garder en tête la communication entre tous les professionnels.* » (N4) ;

- « une bonne communication entre les psychiatres et les médecins généralistes seraient le bienvenu. » (N5)
- « avoir de meilleurs échanges. » (N11)
- « avoir des rapports avec les gens qui les suivent ! » (N14)

Aussi, l'éducation thérapeutique serait perçue comme un outil afin que le patient gagne en autonomie : « les éduquer à...à prendre en charge leurs soins. » (N1)

C'est, semble-t-il, le début de la prise en charge qui serait difficile : « C'est compliqué ! (...) c'est le début qui est compliqué. » (N2)

Il faudrait, selon plusieurs médecins interrogés, renforcer la formation du généraliste :

- « on a besoin d'une formation. » (N3)
- « un module "prise en charge/urgences" en psychiatrie. » (N10)

La déstigmatisation de la psychiatrie améliorerait la prise en charge selon l'un d'entre eux : « la vision qu'on peut avoir d'eux ... En phase de décompensation peut être néfaste pour eux. » (N6)

Plusieurs médecins interrogés n'ont rien à ajouter concernant la prise en charge : (N8, N9)

- « Non. » (N7)
- « pas beaucoup de recul. » (N12)
- « Euh ... non ! » (N15)

Par ailleurs, lorsque l'un des médecins est interrogé, il émet l'hypothèse que la prise en charge ne relèverait pas de la médecine générale : « cabinet du médecin généraliste n'est sûrement pas le lieu. » (N13)

Enfin, l'un des axes de travail d'amélioration de la prise en charge serait d'investir pour la santé mentale en France : « le parent pauvre. » (N10)

Ainsi, ceci permettrait de constater moins "d'errance" au cours de la prise en charge des patients psychotiques. Avec des limites identifiées telles que « les libertés individuelles » qui « font obstacles. » (N11)

D'un point de vue sociétal, le changement dans la prise en charge paraît urgent et indispensable : « attendre qu'on arrive à des catastrophes. » (N11)

Augmentation des symptômes psychiatriques

Il y aurait une augmentation des symptômes psychiatriques dans le contexte actuel de pandémie liée au virus Sars-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) :

- « il y a une augmentation (...) tellement des troubles anxieux qu'ils deviennent hostiles à la médecine. » (N1)
- « en ce moment dans la période COVID, oui ça c'est évident, là avec ce confinement... On a eu beaucoup de gens, j'ai eu des suicides. » (N11)

Le constat de l'augmentation des symptômes psychiatriques différerait selon l'affinité du médecin pour la pratique de la psychiatrie, ainsi que selon sa durée d'installation :

- « Alors est-ce que c'est en augmentation ? Non ! Bon j'en vois peut-être un peu plus parce que j'ai mûri avec le temps ! » (N11)
- « plus de parts dans notre activité professionnelle. » (N13)
- « on les cherche on les trouve ! » (N10)
- un médecin récemment installé confie qu'il n'a « pas assez de recul. » (N7)

D'autres médecins n'ont pas constaté d'augmentation de l'incidence des troubles psychiatriques :

- « je n'ai pas eu de nouveau. » (N5)
- « pas l'impression ! » (N14)

Enfin, il y aurait une psychiatriation de la société : « *choses qu'on a psychiatisé.* » (N8). Ce qui peut avoir influencé également les résultats.

Cette communication contrasterait avec celle des autres spécialistes, c'est le cas par exemple de certains cardiologues qui peuvent répondre "dans la minute". De ce fait : la communication semble être un paramètre à améliorer entre les médecins généralistes, les psychiatres et les patients.

DISCUSSION

I / Modifications apportées au guide d'entretien

Le guide d'entretien a été modifié concernant différents items :

Résultats de consultation

La première raison trouve sa justification dans la difficulté d'établir un diagnostic précis. Les premiers médecins interrogés ayant évoqué des difficultés concernant le diagnostic :

- « *Je ne sais pas s'il est cluster B ou quoi que ce soit, mais moi je peux vous dire qu'il est paranoïaque* ». (N1)
- C'est aussi l'exemple de la démence qui pourrait être perçue comme un trouble psychotique : « *dément et qui avait des hallucinations* ». (N3)
- Le diagnostic peut parfois être flou, comme au cours d'une visite à domicile ressentie comme dangereuse : « *et le type est devenu "fou furieux". Alors, je ne sais pas s'il était "fou furieux". Mais, je ne l'ai pas vu hein, après, mais je ne sais pas s'il est devenu "fou furieux"* ». (N9)
- L'un des médecins utilise l'ancienne nomenclature « PMD » des troubles bipolaires : « *Ce qu'on voit davantage en quantité, quand même davantage c'est les PMD.* » (N11).

La deuxième raison trouve sa justification dans le fait que le diagnostic aurait pris plus d'importance dans la pratique de la médecine générale :

- « *Des fois, des jeunes viennent, et me disent : "Je suis schizophrène, je prends un traitement, je viens pour mon renouvellement."* » (N1)

La troisième raison trouve sa justification dans l'importance du sens des mots :

- A la question : « *Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?* » ; Lorsque l'un des médecins est interrogé, il revient sur la sémantique : « *psychotique pour moi c'est le délirant hein (...) le délire, c'est le schizophrène.* » (N8)
- C'est le même constat auprès d'un autre médecin interrogé : qui revient également sur la sémantique : « *Définition (...) pas toujours évidente (...) Donc, ça, je pense que je ne suis pas le seul à penser ça.* » (N10)
- Ce même médecin évoque par ailleurs les diagnostics "masqués" : « *on peut très bien gommer, euh, la vision psychiatrique de sa pratique de médecine de ville. Et on peut traiter un mal de dos, euh, des céphalées avec des antalgiques. Alors qu'une prise en charge psychologique est beaucoup plus ... efficace et adaptée. Et quelqu'un qui est en souffrance au travail. Euh si vous ne mettez pas le doigt sur la souffrance au travail, et ben ... vous passez à côté.* » (N10)

Même si, de manière générale, le médecin généraliste aurait un rôle dans le diagnostic initial mais également dans le suivi :

- « *deux solutions (...) deux cas de figure(...) face à quelqu'un de délirant, ou bien tu vas assurer le suivi d'une personne qui a eu des épisodes délirants.*» (N8)
- Ce même médecin n'éprouverait pas de difficultés pour émettre le diagnostic de psychose : « *c'est relativement simple de faire le diagnostic (...) un comportement tout à fait euh ... aberrant ...* » (N8)
- Celui-ci fait part de ses incertitudes : « *tout dépend de la nature du délire, je suppose.* » (N8)
- Puis, ce même médecin revient sur ses propos concernant le diagnostic : « *Et le diagnostic est relativement simple à faire, même pour une personne qui n'est pas médecin.* » (N8)

- Par ailleurs, il insiste sur un autre diagnostic : « Elle avait un comportement un peu bizarre. Et c'était une bouffée délirante. » (N8)
- Ensuite, celui-ci évoque un diagnostic de psychose : « Euh, "schizo", j'ai un patient qui a fait un délire (...) Le bon vrai délirant (...) Je ne sais pas si c'est la règle chez les psychotiques, mais il avait encore certaines notions, tu vois, du monde extérieur. » (N8)
- Ce même médecin fait part d'une nouvelle hésitation : « un de mes jeunes patients il n'était pas délirant mais si, quand même délirant. » (N8).
- Mais aussi, il relate une incertitude à nouveau : « je ne sais pas s'il n'a pas été déclaré psychotique lui. Mais enfin bon, c'est, quand même, je ne sais pas comment ils appellent ça ! » (N8)
- Puis, ce même médecin revient sur sa certitude diagnostique : « Tu vas en faire le diagnostic, assez rapidement, et a priori, je dis bien a priori, et puis après ce n'est pas de ton ressort ! Ce n'est pas de ton ressort. » (N8)
- Ensuite, ce même médecin hésite sur la classification : « Mais, je ne parle pas de la bouffée délirante, hein, je parle du psychotique hein, du schizophrène. » (N8)
- Mais aussi, il évoque la classification des pathologies, en réponse à la question : « Pouvez-vous me parler de la qualité de vos échanges ? » Celui-ci répond : « Mais, là aussi c'est l'évolution des choses ! Hein ! C'est le codage des actes, c'est le codage des pathologies. » (N8)
- Et celui-ci reprend l'exemple de la fibromyalgie afin d'évoquer les difficultés liées au diagnostic qui en découlent : « La fibromyalgie, la fibromyalgie ! Quel fourre-tout quand même hein ! Tu vois ! Bon, on a mis un nom sur un ensemble de symptômes, t'aurais appelé ça, euh ... somatisation anxio ... enfin névrotique, que c'était pareil hein ! La fibromyalgie, on ne sait toujours pas ce que c'est hein ! » (N8)
- Par ailleurs, ce même médecin évoque l'exemple d'une maladie rare/orpheline : « je veux dire Marfan tu sais ce que c'est, la maladie d'Ehler Danlos. Euh, pfff ... Comme la fibromyalgie ! » (N8)

La précision du diagnostic demeure importante à la fois pour le médecin, mais aussi pour le patient, et renforcerait le lien médecin-patient :

- « Alors, après qu'on mette un nom sur des pathologies, euh ... est-ce qu'on ne s'est pas un peu gourés quoi ! Est-ce que ... dire aux gens, clairement : "Ben écoutez, voilà..."

« Il ne faut pas dire aux gens : "C'est dans votre tête(...)" ou : "Ce n'est rien (...)" vous n'avez rien (...)" bah c'est complètement idiot ! (...) "euh, ben qu'est-ce que je f*** là ? " » (N8)

Par ailleurs ;

Les troubles de la personnalité seraient perçus comme des troubles psychotiques :

A la question : « Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ? » ; l'un des généralistes répond : « Ce qui est plus difficile évidemment c'est toujours les paranoïaques. » (N11)

De plus ;

Suite à la question : « Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ? » Ce même médecin revient sur la nomenclature : « c'est surtout les déprimés hein ! Qu'on peut mettre dans les dépressions névrotiques ou psychotiques également ! » (N11)

Enfin ;

Lorsque l'un des médecins est interrogé, il évoque une visite à domicile d'un patient psychotique, il associe un trouble neurologique à un trouble psychotique : « un Korsakoff. » (N14)

De ce fait ;

Le guide d'entretien a été modifié, et la question suivante a été ajoutée dans une seconde version : « Êtes-vous familiarisé avec les résultats de consultation ? » (Annexe N°2)

Il est intéressant de se questionner par ailleurs si la notion de résultats de consultation est connue par les médecins généralistes les plus anciens, puisque c'est une notion encore peu répandue. Et c'est par ailleurs le résultat de la réflexion des généralistes investis dans la formation initiale et continue.

Culpabilité chez les mères de patients psychotiques

Lorsque la première médecin est interrogée concernant la prise en charge de l'entourage de patients psychotiques, et notamment du rôle de la mère du patient dans la prise en charge, celle-ci fait le constat suivant : « *la culpabilité (...) j'ai des tas de mère qui me disent : alors oui j'aurai dû venir plus vite (...) se sentir responsable de tout.* » (N1)

Compte tenu de ce constat, et afin d'explorer la culpabilité chez les mères de patients psychotiques, la question suivante a été ajoutée dans une seconde version au guide d'entretien : « - Avez-vous constaté une culpabilité chez les mères de patients psychotiques ? » (Annexe N°2)

Le guide d'entretien en Annexe n°1 a donc été soumis aux médecins suivants : N1, N8, N9, N10, N11. Le guide d'entretien en Annexe n°2 a été soumis aux médecins suivants : N2, N3, N4, N5, N6, N7, N12, N13, N14, N15.

II / Exercice en milieu rural versus urbain

Les relations entre les médecins généralistes et leurs patients semblent être différentes selon le type d'exercice, rural ou urbain.

Aussi, il existerait un clivage entre la prise en charge en milieu rural, avec apparemment peu de moyens à disposition, et la prise en charge en milieu urbain, où l'accessibilité aux structures psychiatriques paraît plus aisée.

Exercice en milieu rural

En milieu rural, les moyens paraissent insuffisants.

Ces moyens insuffisants ne sont pas sans conséquences sur le plan humain ainsi que sur le plan de la prise en charge.

Sur le plan humain :

- Une grande souffrance peut être observée au cours du premier entretien : « *le secteur, c'est la misère (...) ça fait peau de chagrin (...) j'ai plus pratiquement plus soigné les soignants que les malades.* » (N1)
- Parfois, le médecin généraliste peut manquer de moyens au cours des visites : « *un peu démunis.* » (N1)
- Le manque de moyens peut également induire une mise en difficulté : Concernant son ressenti, un autre généraliste rural se décrit en difficulté, isolé, avec également une certaine inertie dans la prise en charge : « *difficile (...) isolés (...) trois heures après* » (N10).
- La difficulté pourrait émaner de la présence d'armes à feu en milieu rural : Le médecin généraliste pouvant être pris en otage et menacé : « *Cette expérience avec un fusil de chasse chargé pendant 3-4 heures devant moi dans une caravane.* » (N13)
- A l'opposé, cette présence d'arme à feu n'est pas évoquée au cours des entretiens par les médecins interrogés exerçant en milieu urbain. (N11, N2, N5, N14, N15)

Sur le plan de la prise en charge :

- Concernant le fonctionnement des services psychiatriques : celui-ci est perçu comme « *déliquescent* » (N1).

- L'une des médecins confie s'être sentie : « *un petit peu démunie.* » (N7)
- Concernant son ressenti, un autre généraliste rural se décrit en difficulté, isolé, avec également une certaine inertie dans la prise en charge : « *difficile (...) isolés (...) trois heures après* » (N10).

Lors d'un exercice en milieu rural et semi rural, il est constaté différents moyens d'adaptation des pratiques :

- Afin de lutter contre ce manque de moyens, le médecin tente de renforcer le lien entre le généraliste et le patient. Il peut s'agir par exemple, de privilégier une relation de qualité. (N2)
- Mais aussi, le médecin rural peut instaurer une proximité avec le patient, et organise des consultations régulières. (N3)
- Bien que souvent éloigné des structures de soins, le médecin généraliste rural peut être perçu comme un guide. (N3)
- Par ailleurs, le médecin rural assumerait son rôle entier de médecin dit "de famille". (N1 et N13)
- L'exercice en milieu rural permettrait une proximité qui semble moteur dans la prise en charge. (N9)
- Aussi, la prise en charge paraît, quant à elle plus tardive en milieu rural. (N10)
- Lorsque l'un des médecins ruraux est interrogé, il évoque qu'il n'a pas eu besoin d'aide, et a su gérer seul la situation par l'usage de sédatifs : « *je lui ai fait un DROLEPTAN.* » (N13)
- C'est, par exemple, l'aménagement concernant la dispensation du traitement : comme la mise en place d'une consultation systématique au cabinet pour l'injection dite "retard". (N1)
- Un autre moyen d'adaptation serait d'établir une alliance thérapeutique avec le patient, qui aurait permis au médecin interrogé de prendre un rôle de suppléant du psychiatre, sans l'aide de celui-ci. Ceci ayant été permis par l'usage de neuroleptiques oraux. (N10)
- Aussi, le médecin généraliste peut solliciter l'intervention d'« *infirmières psychiatriques à domicile.* » (N9), permettant temporairement de résoudre des « *problèmes* ». (N9)
- Un autre moyen d'adaptation à la pratique rurale est constaté dans l'un des entretiens, où le médecin généraliste peut jouer le rôle "d'ambulancière" et se propose d'accompagner son patient au CHS. (N4)
- Cette même médecin rurale propose de voir les patients plus fréquemment.
- L'une des autres médecins propose elle aussi un « *suivi renforcé* ». (N7)
- L'une des médecins rurales propose de soigner la relation médecin-malade. (N6)

Le médecin rural, interlocuteur "privilegié" du patient et de sa famille, jouerait un rôle central, la définition du médecin de famille prendrait ici tout son sens, ainsi il connaît le patient, son entourage ainsi que tous les intervenants tels que paramédicaux, etc... La famille est définie ici dans un sens plus large : « *les ambulanciers (...) connaissent les patients (...) équivalent de famille.* » (N1)

Cependant, malgré l'éloignement géographique, la structure psychiatrique resterait accessible :

- « *le centre de pédopsychiatrie (...) prise assez rapidement !* » (N3)
- Toutefois, lorsque l'un des médecins généralistes ruraux est interrogé, il confie être parvenu à adresser son patient : « *psychiatre référent puis hospitalisation* ». (N5)
- Ceci étant, malgré l'éloignement, dû au milieu rural, l'un d'entre eux parvient à rediriger son patient vers les urgences : « *on redirige* ». (N10)

Ces réponses mettent en avant le fait que, parfois, même si le généraliste rural reste éloigné des structures psychiatriques, ces dernières peuvent répondre favorablement à la demande de prise en charge.

La configuration géographique permettrait malgré tout une proximité, avec une certaine facilité d'intervention à domicile, permise par la faible distance entre le cabinet et le domicile du patient : « *dans le village* ». (N9)

Mais aussi, le généraliste interrogé exerçant en milieu rural se mobilise, il est aidé par les intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux avec lesquels ils effectuent des staffs : « *des staff (...) assistante sociale (...) l'infirmier (...) le psy (...) la voisine* ». (N9)

Cette réponse met en avant le fait que, parfois, même si le généraliste rural reste éloigné des structures psychiatriques, ces dernières peuvent répondre favorablement à la demande de prise en charge.

Cependant, l'un d'entre eux n'envisage pas le recours aux visites à domicile (pourtant fréquentes en milieu rural) : « *Ne pas intervenir (...) aucune raison que nous nous déplaçons* ». (N10)

Concernant la proximité du médecin rural dit « de famille » auprès de ses patients, cette proximité paraît angoissante à vivre pour lorsque l'une des généralistes est interrogée : « *une proximité qui est néfaste pour notre relation de soignant* ». (N6)

Celle-ci aborde l'accessibilité, et suggère que : « *l'accès à la psychiatrie soit plus facile !* ». Mais évoque aussi le problème du coût : « *l'accès au psychologue soit pris en charge !* » (N7)

C'est ainsi, qu'il propose de renforcer l'offre de soins en psychiatrie : « *une psychiatrie qui soit moins sinistrée (...) un secteur psychiatrique efficient* ». (N8)

Il propose, pour pallier l'éloignement, de renforcer les relations et les échanges entre les structures spécialisées et le généraliste : « *bonnes relations entre la médecine de ville et puis ces structures spécialisées* ». (N8)

Le médecin interrogé, rural, évoque le manque de moyens, et propose de remettre le patient au centre des intérêts en renforçant l'offre de soins psychiatriques : « *qu'ils existent différemment (...) rouvrir des lits* ». (N9)

Lorsqu'un autre médecin rural est interrogé, celui-ci propose pour améliorer la prise en charge : « *Les consultations régulières avec le psychiatre, ou l'infirmier psy* ». (N12)

Et par ailleurs, il évoque la création d'un PRADO psy : « *un PRADO psychiatrique !* » (N12)

Un autre médecin propose de renforcer la démographie médicale et paramédicale, à savoir : « *augmenter le potentiel de médecins psychiatres, d'infirmières de psychiatrie, de psychologues* ». (N13)

Exercice en milieu urbain

La prise en charge paraît efficiente en milieu urbain, permise par la présence des CMP à proximité. Plusieurs médecins généralistes exerçant en milieu urbain, évoquent quant à eux un travail en coopération avec le psychiatre avec une certaine fluidité :

- « *suivis par les CMP (...) j'en vois pas mal* ». (N11)
- « *Avec son psychiatre* ». (N5)

Une proximité peut s'installer entre le patient et le médecin généraliste exerçant en milieu urbain. Lorsque l'un des médecins urbains est questionné sur : « *Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?* » Celui-ci propose de favoriser une communication ainsi qu'une relation médecin-patient de qualité : « *mise en confiance (...) bonne explication du traitement (...) obtenir une écoute* ». (N11)

Les points communs entre médecins ruraux et médecins urbains sont les suivants :

- la proximité créé avec leurs patients, en milieu urbain : « *Un rôle de canalisation, de soutien* ». (N5)
- la disponibilité pour le patient, en milieu urbain : « *entre deux, ils n'ont pas rendez-vous bah je les prends* ». (N5)

- La proximité géographique des spécialistes en milieu urbain n'améliorerait pas pour autant la communication entre les professionnels de santé : « *La réponse : elle ne vient jamais ! assez choquant !* » (N11) ; « *Une meilleure communication psychiatre-médecin traitant.* » (N5)

III/ Durée d'installation et impact sur la pratique médicale

La durée d'installation aurait un impact important sur la pratique médicale.

En effet, les médecins avec une plus longue durée d'installation paraissent plus à l'aise dans la gestion de situations dites "difficiles". En développant notamment l'empathie nécessaire à cette prise en charge : « *Qu'on te vienne en aide.* » (N8)

Ceci contrasterait avec les difficultés évoquées par une jeune médecin généraliste, plus récemment installée, et qui semble dépassée par les événements : « *démunis parce qu'en fait on est pris par les rouages du système.* » (N1)

IV/ Médecins de sexe féminin versus masculin

Concernant les mesures mises en place en cas de danger, il est constaté que celles-ci diffèrent selon le sexe du médecin. Les médecins de sexe masculin sont plus enclins à modifier le cabinet, notamment les objets présents, tandis que les médecins de sexe féminin craignent davantage le comportement des patients, et de ce fait, réorganisent leur agenda.

Médecins de sexe féminin

Les médecins de sexe féminin prendraient davantage de précautions lors de leurs visites à domicile. Lorsque l'une des médecins de sexe féminin est interrogée, celle-ci évoque qu'elle transmet son itinéraire de visite à son mari quand il s'agit de patients psychotiques : « *qu'il sache quand même que j'y suis allée (...) une habitude un peu de sécurité (...) Ce que je ne fais pas bien sûr avec mes autres patients.* » (N1)

Les médecins de sexe féminin paraissent manifester davantage de peur que les médecins de sexe masculin, lorsqu'il s'agit de se retrouver seule dans une situation de danger au cabinet : « *jamais le soir toute seule (...) jamais en fin de soirée.* » (N1)

Médecins de sexe masculin

Tandis que les médecins de sexe masculin interrogés peuvent être dans l'insouciance et ne pas mettre en place de mesures spécifiques au cabinet : « *coincé (...) plus la clef...* » (N9) ; « *non il n'y en avait pas mais je ne l'ai pas non plus imaginé hein !* » (N8)

Les médecins de sexe masculin n'évoquent pas non plus de mesures spécifiques lors des visites. (N9, N10, N11, N12, N13, N14)

V / Perspective

Les symptômes psychiatriques seraient "noyés" dans les autres symptômes : « *des symptômes que je pensais qu'on trouvait que dans les bouquins ! Du coup, on les voit, et ça fait une expérience en fait ! Et, après on peut y penser quand on voit d'autres patients tu vois ! Tu dis : Ce n'est peut-être pas que de la dépression.* (N5) »

Il peut être intéressant de s'interroger si ces difficultés sont inhérentes à la médecine générale. Ceci souligne l'importance de conserver une approche globale et pragmatique en médecine générale.

Concernant la problématique du suivi des patients :

- « *les consultations régulières avec le psychiatre, ou l'infirmier psy.* » (N12)
- « *un PRADO psychiatrique !* » (N12)

Ceci souligne l'importance d'un suivi de qualité et régulier pour les patients psychotiques. La création d'un PRADO psychiatrique demeure une idée intéressante.

VI / Améliorer l'observance

Selon plusieurs médecins interrogés, l'amélioration de l'observance passerait par l'obtention d'une alliance thérapeutique :

- « *c'est l'alliance thérapeutique, mais euh ... Ouai l'avantage de la médecine générale c'est qu'on peut faire une alliance sur le long terme ! Justement. Euh en leur expliquant.* » (N6)
- « *Alors ça : c'est très clair ! Il n'y a qu'une seule manière d'améliorer l'observance d'un patient psychotique et psychiatrique en général, c'est uniquement par une alliance thérapeutique. Et l'alliance thérapeutique elle vient par la confiance que les gens nous font. D'être là pour les aider. Et vraiment de les aider. Et pas forcément vouloir leurs faire faire des choses.* » (N13)

VII / Définition de l'alliance thérapeutique

Dans ce contexte, il est intéressant de redéfinir les termes d'alliance thérapeutique et d'adhésion thérapeutique :

« L'adhésion thérapeutique est essentielle dans la prise en charge thérapeutique de la maladie mentale et, en particulier, dans la schizophrénie. Améliorer l'adhésion thérapeutique s'inscrit dans une meilleure prise en charge médicale, comme l'Organisation mondiale de la santé le recommande. L'enjeu auprès des patients atteints de trouble schizophrénique se situe dans l'optimisation de la prise en charge initiale afin d'obtenir une rémission complète et durable et, dans le long terme, de diminuer les rechutes et la chronicisation du trouble.

L'adhésion thérapeutique se définit comme le suivi effectif et précis par le patient des prescriptions médicales. Le vocabulaire médical fournit, d'ailleurs, des termes nuanciant cette définition ; les termes « d'observance » et de « compliance » (un anglicisme) suggèrent une approche descriptive et globalisante du comportement des patients. Ils impliquent, pour le patient, une position passive. Le terme « contrat thérapeutique » évoque la réciprocité négociée, mais peut aussi se comprendre comme contrainte et immuabilité. **Alors que le terme « alliance thérapeutique », moins stigmatisant, désigne la volonté d'engagement forte de l'équipe soignante en partenariat avec le patient.** Il n'y a pas de standard consensuel pour définir une adhésion adéquate : un ratio d'environ 80 % de suivi des prescriptions signifie pour plusieurs auteurs qu'une alliance thérapeutique est acceptable pour une période de 18 mois, exemple souvent donné en référence dans les pathologies chroniques. » ⁽⁴⁾

VIII / Conclusion de la discussion

Des médecins généralistes motivés pour le changement

Les médecins sont motivés pour participer à l'amélioration de la prise en charge des patients psychotiques, c'est par exemple :

- L'un des médecins qui se propose de participer à des staffs pluridisciplinaires : « *gérer avec des staff pluridisciplinaires (...) le médecin généraliste (...) peut être amené à être appelé (...) c'est bien.* » (N10)
- Le médecin généraliste peut avoir conscience de son rôle dans le suivi du traitement et assumer ses responsabilités : « *surveillance peut être biologique (...) si le traitement semble coller quoi ! (...) surveillance somatique.* » (N12)
- Le médecin généraliste a conscience de l'évolution des recommandations : « *perdu de mode pendant un temps, on voit passer les modes en fait.* » (N1)
- Le médecin généraliste envisage d'« *améliorer sa formation* » (N13) ainsi que de se : « *dégager du temps.* » (N13)

- « *c'est à nous aussi, en tant que médecins généralistes de savoir aussi, bien les prendre en charge.* » (N7)

Cette motivation trouverait cependant ses limites :

- dans la formation initiale insuffisante : « *on devrait nous imposer un passage en psychiatrie, justement pour voir l'avant-après.* » (N2)
- dans la complexité de la prise en charge : Selon l'un d'entre eux : « *le cabinet du médecin généraliste n'est sûrement pas le lieu.* » (N13)

Comorbidité addictologique

La comorbidité addictologique constatée pas plusieurs médecins, stigmatiserait par ailleurs la population "psychiatrique", ce phénomène est bien illustré dans les propos de l'une des médecins généralistes : « *je me suis intéressée à certains reportages, là, qui s'immergeaient dans des services fermés. Euh, et c'est vrai qu'ils montraient au public un petit peu la difficulté du personnel, hein, avec des patients psychotiques, de leurs familles, des dérives, bah des consommations de drogue, d'alcool ou autre.* » (N7)

Par ailleurs, elle propose de mieux sensibiliser la société face à cette problématique « *Donc c'est bien, hein, de ... un petit peu de familiariser les gens avec ça.* » (N7)

Ceci demeure une piste de travail intéressante.

Composante économique

La problématique du coût économique est abordée par plusieurs médecins interrogés :

- « *Que l'accès au psychologue soit pris en charge !* » (N7)
- « *Dans le quartier là, il y a beaucoup de précarité, c'est un quartier, euh bon il y a tous les critères socio-économiques au rouge ! Donc il y a beaucoup d'isolement social ! Et que, du coup, ça favorise certainement les maladies psychiatriques ! Ou les décompensations en fait ! C'est plus, ce contexte-là, de la précarité.* » (N5)

Ces propos soulignent le fait que les conditions socio-économiques pourraient induire une souffrance psychologique.

De ce fait, l'exploration de la composante économique aurait pu être une piste de travail intéressante en l'insérant dans le guide d'entretien.

Limites de l'échantillonnage

Les médecins recrutés pour les entretiens de cette thèse font partie d'un carnet d'adresses de médecins remplacés en cabinet de médecine générale.

D'autant plus que leurs patientèles sont connues par l'auteur.

De ce fait, le recrutement des médecins peut avoir été impacté selon leur sensibilité à la psychiatrie.

Cette sensibilité peut être influencée par plusieurs paramètres, qu'il s'agisse :

- des expériences de vie particulières : l'un des médecins évoque par exemple, l'expérience d'un collègue suicidé (dont le diagnostic n'est pas précisé), qui aurait induit pour lui une certaine réticence à suivre les patients psychotiques : « *pas trop trop envie de les suivre (...) mon tuteur de médecine (...) il a fini par se suicider !* » (N12). Ses propos sont donc à considérer en prenant compte de cette expérience de vie.
- de la vision qu'a le médecin généraliste de la psychiatrie, qui peut être réductrice : « *poser quelques questions pour voir si tout va bien... Il n'y a pas besoin d'être psychiatre.* » (N2)

Un autre biais peut être constitué par le lieu de réalisation de l'entretien : l'environnement peut avoir influencé le recueil ainsi que l'analyse des données : qu'il s'agisse des domiciles (N1, N2, N3, N4, N6, N7, N8, N10, N12, N13) ou des cabinets (N9, N11, N14) ou bien du CHS pour la médecin N15.

Il y a par ailleurs un biais de mesure, concernant la médecin, généraliste de formation, exerçant actuellement en tant que PH (Praticien Hospitalier) en CHS psychiatrique (N15). Celle-ci ne répondant pas aux critères de soins primaires. Néanmoins, son expertise est d'une grande utilité pour l'analyse des données.

Quand un médecin généraliste a été contacté par téléphone, après sélection au hasard dans l'annuaire téléphonique, celui-ci a émis un refus pour les raisons suivantes : « *cela ne m'intéresse pas, et je pense que ma contribution serait nulle !* »

CONCLUSION

I / Formation et points de la prise en charge à améliorer

Lorsque les médecins interrogé(e)s sont formé(e)s à la psychiatrie, ils (elles) n'évoquent pas la formation dans les points de la prise en charge à améliorer, a contrario lorsque les médecins interrogé(e)s ne sont pas formé(e)s à la psychiatrie, ils (elles) évoquent la formation dans les points de la prise en charge à améliorer, ce qui montre une certaine motivation à se former lorsqu'ils(elles) estiment que leur formation est laconique. (Tableau 2)

| Médecin | Formation | Points de la prise en charge à améliorer |
|---------|-----------------------------------|--|
| N1 | formée | n'évoque pas la formation |
| N2 | formée | n'évoque pas la formation |
| N3 | très peu formée | souhaite améliorer sa formation |
| N4 | non formée | souhaite améliorer sa formation |
| N5 | non formée | la formation est citée dans les points faibles « absence de formation » |
| N6 | non formée | souhaite se former |
| N7 | formée | n'évoque pas la formation |
| N8 | non formé | n'évoque pas la formation* |
| N9 | non formé | souhaite se former mais contrainte horaire |
| N10 | formé(formation continue) | veut continuer de se former via le DPC(n'évoque pas la formation initiale) |
| N11 | formé | n'évoque pas la formation |
| N12 | formé | n'évoque pas la formation |
| N13 | formé | évoque la formation et pointe du doigt la contrainte horaire |
| N14 | formé | n'évoque pas la formation |
| N15 | non formé(apprend sur le terrain) | n'évoque pas la formation |

* probable biais car médecin retraité

L'une des médecins formées à la psychiatrie, propose pour ceux qui ne le sont pas : « on devrait nous imposer un passage en psychiatrie, justement pour voir l'avant-après. » (N2)

II / Formation et prescription de psychotropes

Les médecins généralistes interrogé(e)s sont plus volontiers acteur(trice)s dans la prescription de psychotropes lorsqu'ils(elles) sont formé(e)s à la psychiatrie : (Tableau 3)

| Médecin | Formation | Observateur(trice) ou acteur(trice) de la prescription |
|---------|-----------------|--|
| N1 | formée | observatrice |
| N2 | formée | actrice |
| N3 | très peu formée | observatrice et actrice |
| N4 | non formée | observatrice |
| N5 | non formée | plus observatrice qu'actrice |
| N6 | non formée | observatrice et actrice* |
| N7 | formée | observatrice et actrice |
| N8 | non formé | observatrice |
| N9 | non formé | observateur** |
| N10 | formé | acteur |
| N11 | formé | acteur |
| N12 | formé | observateur |
| N13 | formé | observateur et acteur *** |
| N14 | formé | observateur et acteur **** |
| N15 | non formé | observatrice |

*«renouvellement ou d'adaptation de posologie. Et quelques fois d'initiation» (sauf les antipsychotiques car non formée?) :

« Probablement pas les antipsychotiques "purs", un peu moins que les antidépresseurs et hypnotiques. »

**souhaite devenir acteur dans la prescription

*** observateur pour l'injectable et acteur pour le per os

**** observateur(neuroleptiques) acteur(benzodiazépines)

La formation initiale paraît inadaptée, cependant les médecins interrogé(e)s semblent motivé(e)s pour se former afin d'obtenir une prescription optimale des psychotropes.

Ceci semble d'autant plus important que la consommation de médicaments psychotropes en France est l'une des plus importantes d'Europe. Les Français occupaient, en 2015, la deuxième place parmi huit pays européens (Allemagne, Danemark, Espagne, Italie, Norvège, Royaume-Uni, Suède) pour la consommation des benzodiazépines, soit 20 % de moins que leurs homologues en Espagne mais 5 fois plus qu'en Allemagne, pays le moins consommateur. ⁽⁶⁾ En 2010, selon les données de production et de vente déclarées par les États, la France arrivait en deuxième position après la Belgique pour les hypnotiques, tandis que, pour les anxiolytiques, elle était en sixième position après le Portugal, la Belgique, l'Espagne et plusieurs pays du centre de l'Europe. D'autres sources de données placent également la France parmi les pays de tête. En revanche, l'utilisation des psychostimulants (méthylphénidate - Ritaline® - et modafinil - Modiodal®) reste marginale en France et très inférieure à celle de nos voisins européens. La France ne se démarque pas s'agissant des antipsychotiques, mais l'usage des régulateurs de l'humeur, bien que rare, y est plus fréquent. ⁽⁷⁾ Concernant les adolescents, 10 % des 15-16 ans en France, contre 6 % dans la quarantaine de pays européens participant à l'enquête Espad, déclarent avoir déjà consommé des tranquillisants et sédatifs sans prescription au cours de leur vie en 2015 ⁽⁸⁾. ⁽⁵⁾

Bibliographie

- (1) Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique. (page consultée le 08/09/2021). Référentiel de Psychiatrie et Addictologie, [en ligne]. <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-psy-addicto-AESP.pdf>
- (2) Société Française de Médecine Générale. (page consultée le 17/09/2021). Le dictionnaire des résultats de consultation, [en ligne]. http://www.sfmng.org/theorie_pratique/outils_de_la_demarche_medicale/le_dictionnaire_des_resultats_de_consultation_-_drc/
- (3) Département Universitaire de Médecine Générale Paris XIII. (page consultée le 18/09/2021). La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille Wonca Europe 2002, [en ligne]. https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
- (4) Charpentier A, Goudemanda M, Thomas P. L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie/Therapeutic alliance, a stake in schizophrenia. L'Encéphale 2009 ; (35) : 80—89
- (5) Observatoire français des drogues et des toxicomanies. (page consultée le 08/09/2021). Synthèse thématique : médicaments psychotropes, [en ligne]. <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psychotropes/#conso>
- (6) Richard N, coordinatrice. Benard A, Billioti De Gage S, et al., rédacteurs. (Membres de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament). État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Saint-Denis : ANSM ; 2017. Rapport d'avril 2017.
- (7) Inserm (dir.). Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2012, XII-586 p. - (Expertise collective). - <http://hdl.handle.net/10608/2072>
- (8) The Espad Group, ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Lisbon, EMCDDA, ESPAD, 2016, 99 p.

Annexes

Annexe N°1

I Introduction / Formation

Je réalise cet entretien dans le cadre de ma thèse ayant pour thématique la psychiatrie en médecine générale et plus particulièrement la prise en charge du patient psychotique.

Je cherche à répondre à la question suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes face aux patients psychotiques ?

Mon directeur de thèse est le docteur LE GAC Michel, médecin généraliste retraité à ISIGNY SUR MER, enseignant de médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et du temps que vous m'accordez.

Cet entretien est anonyme, enregistré afin de le retranscrire mot à mot, m'y autorisez-vous ?

Pouvez-vous vous présenter ?

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?

Depuis combien d'années êtes-vous installé ?

Pourriez-vous définir votre mode d'exercice ?

Quand vous étiez interne, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

➤ *Pouvez-vous m'en parler ?*

Depuis que vous êtes thésé, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

➤ *Pouvez-vous m'en parler ?*

Au cours de votre formation avez-vous effectué un stage en psychiatrie ? Durant l'externat ? Durant l'internat ?

Si non, pourquoi ?

Après votre thèse, avez-vous été sollicité pour des vacances/consultations somatiques dans une structure dédiée aux troubles psychiatriques comme par exemple avant une hospitalisation d'un patient en CHS ?

➤ *Y avez-vous donné suite ?*

➤ *Si non, quel fut l'objet de votre refus ?*

➤ *Si oui, quel fut votre ressenti lors de votre intervention dans ce type de structure ?*

II Ressenti

Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?

➤ *En cabinet :*

➤ *Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient présentant des troubles psychotiques qui vous a marqué ?*

➤ *Ou la dernière consultation avec un patient psychotique ?*

- *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*
- *Qu'avez-vous ressenti ?*
- *Avez-vous eu besoin d'aide ?*
- *A qui avez-vous pu adresser le patient ?*

➤ *En visite :*

- *Pouvez-vous me raconter une visite à domicile d'un patient psychotique qui vous a marqué ?*
- *Où votre dernière visite d'un patient psychotique ?*
- *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*
- *Qu'avez-vous ressenti ?*
- *Avez-vous eu besoin d'aide ?*
- *A qui avez-vous pu adresser le patient ?*

Pouvez-vous me parler d'une situation en cabinet ressentie comme dangereuse ?

- *Parlez-moi de la configuration de votre cabinet pour fuir en cas de nécessité.*
- *Avez-vous élaboré un scénario pour fuir une situation inconfortable ou dangereuse ?*
- *Si oui, avez-vous élaboré ce scénario avant d'être confronté à ladite situation ? Ou bien après y avoir été confronté ?*

Pouvez-vous me parler d'une situation en visite ressentie comme dangereuse ?

- *Parlez-moi des mesures que vous avez mis en place pour fuir ou affronter ce type de situation ?*
- *Les avez-vous mises en place avant d'être confronté à une telle situation ?*
- *Ou bien après ?*

Votre expérience au contact des patients psychotiques a-t-elle eu un impact sur votre approche de la psychiatrie au quotidien ?

III Perspective

Pouvons-nous parler des traitements psychotropes :

- *Êtes-vous familiarisé avec les molécules à visée psychiatrique ?*
- *Quelles sont vos habitudes de prescription ?*
- *Pourquoi avez-vous fait le choix de ces molécules ?*
- *Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?*
- *Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients psychiatriques ?*
- *Quels sont les points forts de ce qui est proposé actuellement ?*
- *Quels sont les points faibles ?*
- **Pouvez-vous me parler de votre prise en charge de l'entourage de patients psychotiques ?**

- *La prise en charge concernait-elle son/sa conjoint(e) ?*

- *La prise en charge concernait-elle ses enfants ?*
- *La prise en charge concernait-elle ses parents ?*
- *Que pensez-vous du rôle de la mère du patient dans la prise en charge ?*

- Concernant vos échanges avec vos confrères psychiatres :

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les confrères psychiatres. Et des courriers que vous recevez de leur part.

- *Pouvez-vous me parler de la qualité de vos échanges ?*
- *Pouvez-vous me parler de la fréquence de vos échanges ?*
- *Vous sentez-vous bien informé du devenir de vos patients psychiatriques ?*

-Parvenez-vous à rencontrer aisément vos confrères en cas de difficulté ?

- *Parvenez-vous à les contacter aisément ?*

IV Conclusion

- Quels sont les points que vous pourriez améliorer concernant la prise en charge du patient psychotique ?

- Est-ce qu'à la suite de notre discussion il vous semble utile de participer à des événements en lien avec la psychiatrie ?

- *Si oui : quel genre d'événement vous intéresserait ?*
- *Si non : Pourquoi ?*
- *Est-ce que vous pourriez échanger avec des psychiatres, des travailleurs sociaux ou des associations*

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter d'un sujet dont on n'a pas discuté ?

Avez-vous quelque chose à ajouter sur la prise en charge des patients psychotiques en soins primaires ?

Dernière question :

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ?

Annexe N°2

I Introduction / Formation

Je réalise cet entretien dans le cadre de ma thèse ayant pour thématique la psychiatrie en médecine générale et plus particulièrement la prise en charge du patient psychotique.

Je cherche à répondre à la question suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes face aux patients psychotiques ?

Mon directeur de thèse est le docteur LE GAC Michel, médecin généraliste retraité à ISIGNY SUR MER, enseignant de médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et du temps que vous m'accordez.

Cet entretien est anonyme, enregistré afin de le retranscrire mot à mot, m'y autorisez-vous ?

Pouvez-vous vous présenter ?

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?

Depuis combien d'années êtes-vous installé ?

Pourriez-vous définir votre mode d'exercice ?

Quand vous étiez interne, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

➤ *Relance possible : Pouvez-vous m'en parler ?*

Depuis que vous êtes thésé, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

➤ *Relance possible : Pouvez-vous m'en parler ?*

Au cours de votre formation avez-vous effectué un stage en psychiatrie ? Durant l'externat ? Durant l'internat ?

Si non, pourquoi ?

Après votre thèse, avez-vous été sollicité pour des vacances/consultations somatiques dans une structure dédiée aux troubles psychiatriques comme par exemple avant une hospitalisation d'un patient en CHS ?

➤ *Relances possibles :*

➤ *Y avez-vous donné suite ?*

➤ *Si non, quel fut l'objet de votre refus ?*

➤ *Si oui, quel fut votre ressenti lors de votre intervention dans ce type de structure ?*

II Ressenti

Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?

➤ *Relances possibles :*

➤ *En cabinet :*

➤ *Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient présentant des troubles psychotiques qui vous a marqué ?*

- *Ou la dernière consultation avec un patient psychotique ?*
- *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*
- *Qu'avez-vous ressenti ?*
- *Avez-vous eu besoin d'aide ?*
- *A qui avez-vous pu adresser le patient ?*

➤ *En visite :*

- *Pouvez-vous me raconter une visite à domicile d'un patient psychotique qui vous a marqué ?*
- *Ou votre dernière visite d'un patient psychotique ?*
- *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*
- *Qu'avez-vous ressenti ?*
- *Avez-vous eu besoin d'aide ?*
- *A qui avez-vous pu adresser le patient ?*

Êtes-vous familiarisé avec les résultats de consultation ?

Pouvez-vous me parler d'une situation en cabinet ressentie comme dangereuse ?

- *Relances possibles :*
- *Parlez-moi de la configuration de votre cabinet pour fuir en cas de nécessité.*
- *Avez-vous élaboré un scénario pour fuir une situation inconfortable ou dangereuse ?*
- *Si oui, avez-vous élaboré ce scénario avant d'être confronté à ladite situation ? Ou bien après y avoir été confronté ?*

Pouvez-vous me parler d'une situation en visite ressentie comme dangereuse ?

- *Relances possibles :*
- *Parlez-moi des mesures que vous avez mis en place pour fuir ou affronter ce type de situation ?*
- *Les avez-vous mises en place avant d'être confronté à une telle situation ?*
- *Ou bien après ?*

Votre expérience au contact des patients psychotiques a-t-elle eu un impact sur votre approche de la psychiatrie au quotidien ?

III Perspective

Pouvons-nous parler des traitements psychotropes :

- Êtes-vous familiarisé avec les molécules à visée psychiatrique ?
- Quelles sont vos habitudes de prescription ?
- Pourquoi avez-vous fait le choix de ces molécules ?
- Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?
- Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients psychiatriques ?
- Quels sont les points forts de ce qui est proposé actuellement ?
- Quels sont les points faibles ?
- Quelle place occupez-vous dans la prescription ?
- Quel est le rôle du généraliste dans la prise en charge de l'entourage des patients psychotiques ?

- *Relances possibles :*

- *La prise en charge concernait-elle son/sa conjoint(e) ?*
- *La prise en charge concernait-elle ses enfants ?*
- *La prise en charge concernait-elle ses parents ?*
- *Que pensez-vous du rôle de la mère du patient dans la prise en charge ?*

- Avez-vous constaté une culpabilité chez les mères de patients psychotiques ?

- *Concernant vos échanges avec vos confrères psychiatres :*

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les confrères psychiatres. Et des courriers que vous recevez de leur part.

- *Relances possibles :*
- *Pouvez-vous me parler de la qualité de vos échanges ?*
- *Pouvez-vous me parler de la fréquence de vos échanges ?*
- *Vous sentez-vous bien informé du devenir de vos patients psychiatriques ?*

- Parvenez-vous à rencontrer aisément vos confrères en cas de difficulté ?

- *Relance possible : parvenez-vous à les contacter aisément ?*

- *Pouvez-vous me parler de vos relations avec les infirmières spécialisées en psychiatrie ?*

IV Conclusion

- Quels sont les points que vous pourriez améliorer concernant la prise en charge du patient psychotique ?

- Est-ce qu'à la suite de notre discussion il vous semble utile de participer à des événements en lien avec la psychiatrie ?

- *Relances possibles :*
- *Si oui : quel genre d'événement vous intéresserait ?*
- *Si non : Pourquoi ?*
- *Est-ce que vous pourriez échanger avec des psychiatres, des travailleurs sociaux ou des associations ?*

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter d'un sujet dont on n'a pas discuté ?

Avez-vous quelque chose à ajouter sur la prise en charge des patients psychotiques en soins primaires ?

Dernière question :

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ?

N1 I Introduction / Formation

Je réalise cet entretien dans le cadre de ma thèse ayant pour thématique la psychiatrie en médecine générale et plus particulièrement la prise en charge du patient psychotique.

Je cherche à répondre à la question suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes face aux patients psychotiques ?

Mon directeur de thèse est le docteur LE GAC Michel, médecin généraliste retraité à ISIGNY SUR MER, enseignant de médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et du temps que vous m'accordez.

Cet entretien est anonyme, enregistré afin de le retranscrire mot à mot, m'y autorisez-vous ?

« Oui, oui bien sûr pas de problème. »

Pouvez-vous vous présenter ?

« Euh, bah oui, donc moi je suis médecin généraliste dans un secteur rural depuis 2006, je suis installée, euh voilà j'ai une patientèle assez classique de médecine de campagne hein, avant j'ai travaillé longtemps en Seine Saint Denis, en région parisienne. Puisque j'ai fait mes études là-bas. Et puis voilà, j'ai travaillé longtemps en psychiatrie, parce que pendant mes études je faisais des remplacements d'infirmière psy' à l'hôpital Saint Anne à Paris pour faire un peu de ... de financer les études. Et puis là, j'ai travaillé pendant 2 ans et demi avec l'équipe de V. (nom de ville) pour faire la médecine générale dans le service. Et depuis, mon passage, le service a fermé. Je ne sais pas s'il y a un lien, ou si le secteur a été modifié pour des raisons politiques et économiques quoi, comme toujours voilà. »

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?

« En 2003. »

Depuis combien d'années êtes-vous installée ?

« 14 ans. »

Pourriez-vous définir votre mode d'exercice ?

« Rural. »

Quand vous étiez interne, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Euh, du coup, moi je savais que j'allais faire de la médecine générale, à l'époque on ne passait pas systématiquement le concours de l'internat. Et, même moi, si j'étais dans une fac, euh, très, euh ... poussée sur les concours, hein. Moi, je ne voulais pas faire de concours du tout, et du coup, j'ai fait mes ... j'avais choisi très spécifiquement les stages même pendant l'externat. Donc j'ai fait un externat pendant 4 mois, à l'époque on faisait 4 mois non-stop, hein, c'est un peu modifié par rapport à vous. Donc j'ai fait 4 mois de stage dans un service qui s'appelait la CMME. Je ne sais plus ce que c'était. C'était le professeur S. L. (nom de soignant), à l'époque, à l'hôpital Saint Anne. C'était un hôpital de semaine, on recevait les patients, et on avait pour but avec les internes de faire les entretiens tous les jours de la semaine et ensuite de présenter au staff pour aboutir entre guillemets à un diagnostic. Et après, voilà, soit les patients étaient réorientés dans les services, soit ils étaient pris en charge par les secteurs. J'ai beaucoup aussi travaillé sur les secteurs, parce qu'à l'époque les externes de médecine pouvaient

faire des remplacements. Euh, donc voilà, tout le système de secteur, le CPOA, tout ça. De ce fait, j'ai connu ça. Voilà, moi je connais le fonctionnement de la psychiatrie d'avant. Alors, en ce moment, ça a quand même beaucoup changé. Ça n'existe quasiment plus, pour moi hein. Par rapport à ce que j'ai connu quoi. Parce que là le secteur, c'est la misère. Bon, c'est une petite remarque hein, c'est le vécu quoi hein. Quand on a connu euh des prises en charge vraiment avec des appartements thérapeutiques, les secteurs, les pfff., c'était l'accueil d'urgence, enfin tout ça. Les prises en charge nocturnes, les patients qui restaient que la nuit, qui rentraient. Alors ça se fait encore un tout petit peu mais c'est vraiment pour ne pas lâcher quoi. Parce qu'autrement, c'est fini quoi. Il ne reste plus grand chose. Ouai, ça fait peau de chagrin quoi, c'est vraiment la peau de chagrin. On attend qu'ils remplacent ça par quelque chose d'autre. A suivre. »

Depuis que vous êtes thésée, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

Au cours de votre formation avez-vous effectué un stage en psychiatrie ? Durant l'externat ? Durant l'internat ?

Après votre thèse, avez-vous été sollicitée pour des vacations/consultations somatiques dans une structure dédiée aux troubles psychiatriques comme par exemple avant une hospitalisation d'un patient en CHS ?

« C'est ça, en fait, ils ont appelé, enfin c'était complètement déliquescents déjà, hein, c'est à dire qu'il n'y avait même pas de psychiatre tous les jours donc ils ont trouvé. Moi, à cette époque-là, comme je travaillais beaucoup euh, je commençais à être poussive au niveau de la consultation. Parce que je commençais à être « gavée » vraiment. Puis, quand j'ai reçu le courrier j'ai dit « Tiens ! Pourquoi pas ! ». C'est tombé à un bon moment parce que moi ça m'arrangeait de sortir de mon cabinet. Euh, parce que malgré tout c'est moins fatiguant de faire une visite dans un service hospitalier que d'assurer une consultation. C'est pas du tout, euh, c'est différent. Et, du coup ça s'est fait comme ça. Sauf, que bon, euh, je suis arrivée à un moment où j'ai plus pratiquement plus soigné les soignants que les malades. Bon, bah c'était intéressant, moi j'ai ... mais c'était voué à l'échec quoi. Parce qu'en fait voilà : la volonté de fermer le service par l'ARS (Agence Régionale de Santé) était telle que ... globalement, du coup, voilà, c'était la fin d'un parcours. Et du coup c'était vraiment très lourd quoi. Parce qu'avec des patients ... ce n'était pas une coopération entre la psychiatrie et la médecine générale. C'est surtout qu'il n'y avait quasiment plus de prise en charge psychiatrique, tellement l'équipe avait été laminée et attendait la fin. Et puis moi, j'arrivais, motivée, à faire ce que je fais tous les jours quoi, donc ce n'est pas une difficulté, de faire, euh ... Pour moi ça ne me paraissait pas difficile. Donc, ça faisait un contraste. L'idée c'était vraiment d'essayer de remettre en mouvement quelque chose, de redonner de la dynamique. Donc, voilà, par ce biais-là, parce que voilà, moi je ne peux pas faire ... je ne peux pas faire ... la psychiatrie ce n'est pas mon travail ! Donc, on sait très bien qu'il y a besoin de toute façon de la médecine générale en psychiatrie. Moi je pense que ça, c'est une évidence. Euh, mais, euh, du coup en fait voilà, on savait que le temps était compté. Donc et puis voilà, après il y avait d'autres petites choses. »

II Ressenti

Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?

« Moi je le vois exactement comme pour les autres patients. Donc, ça, c'est vraiment évident, c'est qu'on doit prendre en charge les psychotiques pour leur santé, donc, physique principalement. Exactement comme un patient normal, enfin normalement non psychotique. Et, c'est là, la difficulté, c'est de se redire que c'est un patient, qui est un patient comme les autres ! C'est à dire qu'il ne vient pas nous voir comme il voit son psychiatre. Bon, il est avec sa curatelle ou je ne sais quoi, nous on fait la médecine entre guillemets du corps. Même si bien sûr, il y a un lien affectif, parce qu'on soigne les gens très longtemps. Qu'on connaît les familles, que donc, du coup il y a une grande proximité mais je pense qu'il faut vraiment garder cette ligne-là. Et une fois qu'on garde la ligne du soin, ça me paraît simple. Mais, c'est vrai que je sais que vraiment ce que je dis là, ça paraît simple mais, en fait c'est très compliqué à appliquer. Parce que moi, je n'ai pas de difficultés avec les patients schizophrènes. Parce que je les connais depuis longtemps. Euh, donc vraiment

d'avoir fait des nuits, d'être avec les gens toute la nuit, de faire les soins. Voilà, de distribuer les médicaments et de faire ça. Bah voilà, ça aide beaucoup puisqu'en fait ça enlève toutes les peurs, enfin, pas complètement. Parce que, quand les patients sont dans un état de ... vraiment de décompensation : c'est très difficile et c'est même ingérable. Mais, en fait, pour nous, on est censés surtout faire tout le travail entre les crises. Et y'en a quand même pas autant que ça, les gens sont quand même bien stabilisés sous traitement. »

➤ *En cabinet :*

➤ *Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient présentant des troubles psychotiques qui vous a marqué ?*

« Euh ... (silence). Bah y'en n'a pas tant que ça en fait. On a des patients qui ... C'est souvent ... Bah forcément, quand le patient est en crise entre guillemets. C'est à dire qu'il y a une vraie souffrance psychique. Ce qui est compliqué c'est d'essayer de l'étayer quoi, de le contenir, et puis de retrouver ... donc il faut laisser vider. Alors, ça peut être un peu long et si on laisse trop ... ça part mal. Donc vraiment une histoire, après il y a aussi tout ce qui ... Donc ça c'est quand même l'exception parce qu'en fait, ce qu'il va se passer : c'est que le patient vient, il est en crise, il met le bazar dans la salle d'attente, on essaye de le contenir, il repart. Donc, c'est rare, moi je n'ai jamais eu un patient qui est venu et qui vraiment a posé un souci quoi. Ce n'est jamais arrivé, parce qu'il y a cette familiarité du lieu. Hein, c'est leur cabinet de médecine générale, c'est comme les gens viennent et disent : « Moi je viens du cabinet de B. (nom de ville) depuis 30 ans. ». Donc, ils ne viennent pas voir un médecin, ils ne viennent pas voir une personne, ils viennent au cabinet. C'est leur cabinet. Et autrement, c'est surtout, bah la ... moi ce qui m'a ... ce qui, là par exemple : je suis un patient schizophrène qui a 60 et quelques années. Donc il venait systématiquement au cabinet pour faire son injection d'Haldol parce que ça avait été fait comme ça avec mon confrère, qui est mon prédécesseur. Et donc, ce patient je me souviens la première fois, je l'ai rencontré, il était dans la salle d'attente. Donc, c'est sur rendez-vous mais lui il venait, lui il vient quand il veut. Sauf, que moi je ne le connaissais pas donc je me disais : « Mais c'est qui ce gars ? » Et il est resté pendant une heure et demie à attendre. Ensuite, j'ai demandé quand même à ma collègue : « Oui, oui c'est pour toi c'est monsieur lala ! » Donc ce qui m'avait quand même épaté c'était quand même sa patience quoi, y'a pas un patient qui aurait attendu comme ça ! Sans rien demander, sans rien faire, lui, il attendait gentiment. Voilà il s'était préparé pour son injection et il attendait. Et ça c'est ... donc c'est du coup ce qui m'a frappé c'est ... voyez c'est cette complaisance quoi. Parce qu'on dit toujours que les patients schizophrènes ne sont pas compliants. Euh pfff. Je n'ai pas cette impression-là, donc ça, c'est quand même assez étonnant. Après, euh, voilà des anecdotes j'ai du mal à trouver des trucs. Puis bon bah, c'est surtout les problèmes quand, justement ils font un infarctus ou qu'ils ont un problème, euh ouai un problème somatique. Où, on est toujours en train de se dire. Euh faut que je le préserve un peu parce que tout de suite, l'angoisse monte énormément, et ils sont toujours là, rétifs, ils se mettent en retrait. « Mais nan, mais nan ! ». Et donc, voilà c'est le fait d'avoir ce lien, enfin cette communication complètement différente. Là, c'est complètement à l'inverse d'un patient standard qui va venir et qui a des douleurs, on fait le diagnostic tout de suite, la personne qui, en général est adaptée. Et là, ce n'est pas adapté, donc là c'est compliqué. Bah oui parce que du coup il faut convaincre, mais à la fois ce n'est pas en donnant des arguments vraiment médicaux qu'on arrive à les convaincre, c'est vraiment dans la confiance, donc faut être ... là il faut vraiment les prendre et puis les guider. Plus, beaucoup plus que quelqu'un, à qui on va dire : « Voilà monsieur vous avez une douleur thoracique rétrosternale machin voilà, vous fumez, donc voilà vous allez aller aux urgences. » Et là c'est vrai que je pense que c'est le nœud du problème de la prise en charge, parce que du coup on a tendance toujours à pas vouloir voir parce que ça va être compliqué de mettre en route. Donc lui, non il est schizophrène, il fume, il vit moins longtemps. Euh, il ne va pas vouloir, il va mettre le bazar à l'hôpital. Voyez, on anticipe des trucs en fait qui sont loin d'être systématiques. »

➤ *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*

« Il était seul. »

- *Qu'avez-vous ressenti ?*
- *Avez-vous eu besoin d'aide ?*

« Euh, bah de l'aide ... je l'ai convaincu, euh, et puis en fait ça s'est fait hein, donc là ce qui s'est passé c'est que c'est son frère qui l'a emmené, donc en effet il y a toujours la famille qui donne toujours le petit coup de pouce. On va rarement, voyez, avec une ambulance. Parce que là, ça ne va pas aller trop bien quoi. Ça dépend parce que quand l'ambulance vient, qu'on les connaît bien aussi les ambulanciers. D'abord, ils connaissent les patients, ça peut faire équivalent de famille. Mais c'est vrai quand il y a quelqu'un de la famille ... »

- *En visite :*
- *Pouvez-vous me raconter une visite à domicile d'un patient psychotique qui vous a marqué ?*

« Bah là, c'est souvent, alors, à domicile, c'est toujours beaucoup ... soit on y va en routine et c'est la même chose que la consultation. Sauf que des fois je dis quand même à mon mari : « Là je vais chez monsieur untel ce matin qu'il sache quand même que j'y suis allée ! Parce que, voilà, c'est une habitude un peu de sécurité, voilà, malgré tout. Ce que je ne fais pas, bien sûr avec mes autres patients. Après, bah voilà si on est appelé en urgence, euh, alors du coup, euh, c'est toujours voilà, c'est toujours les familles. C'est rarement le patient ou alors ça va être l'équipe mobile de psychiatrie, qui est dans la panade parce qu'il faut un certificat donc il faut trouver un médecin de bonne compliance, pour essayer de venir faire la paperasserie. Euh, donc voilà quand c'est à domicile. Bah j'avais une dame comme ça, quand elle était vraiment en crise, je me souviens parce que depuis elle est décédée. Et, euh voilà c'est le maire qui avait appelé parce que voilà elle menaçait de se tuer. Euh elle avait presque mis, elle avait vraiment, elle avait un peu saccagé la maison, elle s'était enfermée. Voilà, donc là dans ce cas-là c'est ... bah on est un peu démunis parce qu'en fait on est pris par les rouages du système hein. C'est à dire il y a le maire euh, les gendarmes. Ouai, à l'époque ce n'était pas ... parce que c'était vraiment au début où je me suis installée. C'était toujours les modes HO (Hospitalisation d'Office), HDT (Hospitalisation à la demande d'un tiers), ce n'était pas tout le système qu'ils ont mis en place, qui est un peu plus, euh, un peu plus compliqué, ouai plus procédural, ouai. J'avais cru comprendre que c'était pour faciliter, euh, ce genre de choses. Mais en fait, nous, ce qu'on voit c'est qu'ils aiment bien nous avoir quand même sous le coude comme avant, alors qu'ils auraient des moyens autres de le faire, notamment par les directeurs d'hôpitaux. Ou des choses comme ça, je n'ai pas l'impression, alors souvent on nous reproche : « Oui vous ne connaissez pas ! » Alors, oui on ne les connaît pas, puisque on ne le fait pas tous les quatre matins. Euh, qu'on ne nous a jamais informés, ne serait-ce qu'un petit courrier, un mail, quelque chose comme ça voyez. Donc, en fait la dame avait été hospitalisée en HO, voilà pour mise en danger surtout de sa personne, parce qu'elle était vraiment complètement hallucinée. En fait, bon, c'était une ... pfff ... une vieille schizophrène quoi, enfin comment dire, voyez ! Du coup, moi je la voyais à 70 ans, donc si vous voulez je ne connaissais pas bien l'histoire du départ. Tout ça, ça se perd au fil du temps, puisque les gens déménagent. Alors, du coup nous on repère bien que ce sont des patients qui ont vraiment une partie délirante, mais c'est toujours abâtardi par les traitements. C'est donc là, voilà en plus d'un autre côté, pour nous, pour moi personnellement, étant un peu à la vieille école, je n'ai pas forcément, moi, besoin d'un diagnostic précis ! Parce que bonant malant pour nous, loin dans la campagne, à faire de la médecine générale, le diagnostic je m'en « fous » un peu quoi. Voilà, mais nous réellement et puis je vous dis que quand le temps passe, c'est comme quelqu'un qui a eu l'appendicite, si vous voulez, il ne s'en souvient plus, ce n'est plus le sujet. Euh, donc on ne se retrouve plus avec des gens un peu déficitaires, peu délirants ! Mais parano', souvent, euh, persécutés donc ça donne un peu plus un truc, ce qu'on appelait plus des psychoses hallucinatoires chroniques. Je ne sais pas comment ça s'appelle maintenant ... mais bon ... démence ... »

- *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*

« En fait, non alors, elle vivait avec son mari, mais en fait elle était mariée mais ils ne vivaient plus ensemble depuis longtemps mais c'est son mari qui s'occupait

d'elle. Ils n'avaient jamais pu divorcer puisque, elle, étant reconnue euh déficitaire enfin incapable de décisions enfin juridiques. Elle ne pouvait pas signer d'acte de divorce mais il s'est toujours occupé d'elle. Et, en y repensant, bah des patients comme ça j'en avais eu d'autres aussi à V. (nom de ville), non mais j'y repense parce qu'il m'avait donné un petit vase son mari, un bougeoir. C'est drôle parce que y'en a un qui m'a donné un vase parce que je m'étais occupé de sa femme comme ça dans un moment critique. Et, en effet, bon ça avait été bénéfique pour la patiente, hein. Ce n'était pas de l'interner pour faire plaisir au mari, hein, ce n'était pas ça. Et puis, l'autre je ne sais pas, il m'a donné un bougeoir, je ne sais pas pourquoi et du coup j'y pense, je me dis c'est bizarre. Oui oui, il y a toujours ... c'est, c'est ... moi je n'ai jamais eu, euh comme on peut avoir dans les suicides, hein, une grosse pression euh de la famille, et tout ça là. Là, on est tous dans le même bateau, c'est ça qu'on ressent. Enfin mais bon, c'est que moi, il faut que vous en interviewiez d'autres. Parce qu'il y a peut-être un biais, un gros biais. »

- *Qu'avez-vous ressenti ?*
- *Avez-vous eu besoin d'aide ?*

« Ah oui, donc là du coup le maire, donc on a dû appeler les pompiers, les gendarmes, puisque dans le bled il y avait encore la gendarmerie, maintenant on ne pourrait plus parce que les gendarmes, ils sont regroupés sur A. (nom de ville), ou alors en fonction de mon secteur, je vais avoir à faire à deux gendarmeries. Et là, quand on appelle, bah c'est mort, là, quasiment, enfin c'est ... il n'y a plus ce côté solidaire de tous les corps d'état. On ne fait pas vraiment partis de l'état mais quand même. Il n'y a plus ça, donc c'est un peu vide quoi, c'est abrasé, on est à l'os. Donc là, bon, on arrive toujours, avec les ambulanciers, ou les pompiers du coin c'est des volontaires donc on se connaît, on arrive quand même à trouver ... les régulateurs du SAMU ne veulent tellement pas s'occuper de ce genre de trucs. Là, du coup ils deviennent subitement assez compréhensifs et on obtient les choses plus facilement. Bah c'est ... c'est le sentiment déjà, d'être la dernière roue du carrosse, donc il y a une espèce plutôt d'injustice. Enfin, parce que là ça fait un peu aussi persécutée. Hein, mais bon, euh c'est, c'est ... pas agréable d'être appelée comme ça, d'être mise sous pression, on nous dit ce qu'il faut faire, donc on est aussi un objet. C'est ... c'est désagréable, après ça ne peut pas tellement être autrement. Parce que c'est une crise donc le médecin de famille, c'est ... c'est la bonne maman ou le bon papa qui vient : « Allez, sois sage, on y va et ... et ... et c'est vrai que c'est ça qui marche. Voilà, mais c'est vrai que c'est ... voilà il y a toujours un ... on est dérangés, parce que ce n'est jamais le bon moment, bon ça c'est la faute à personne. Quoique, des fois on se dit quand même qu'ils auraient pu m'appeler plus vite, que ça fait deux heures qu'ils galèrent. Ou quand c'est les services hospitaliers. Euh, quand c'est pour aller à V. (nom de ville) parce qu'ils ne trouvent pas un seul médecin, et qu'on m'appelle moi parce que j'étais en psy. Il y a ma secrétaire qui fait le ... le ... bulldog et qui dit : trouvez quelqu'un d'autre, quoi. Bah parce que voilà, on ne peut pas faire, on ne peut pas tout faire, bah voilà, il y a tous ces sentiments-là. »

- *A qui avez-vous pu adresser le patient ?*

« Voilà, elle avait été hospitalisée en psy, alors là en plus à l'époque c'était facile parce que V. (nom de ville) c'est 12 kms, alors, là maintenant c'est complètement différent puisque la patiente je vais l'adresser quand même à V. (nom de ville). Mais, euh, l'équipe de somatique et l'hôpital de Vire et l'E. (nom d'établissement) ne sont pas les mêmes donc il y a forcément, c'est toujours ... voilà, c'est un peu ... voyez. Donc, on sait que quand on le fait on prend le risque que ça échoue du fait de la double tête. Ce n'est déjà pas simple, c'est moins fluide, parce que là quand on avait obtenu, de dire : « Allez, vous montez on y va, vous y allez ils vont s'occuper de vous, vous les connaissez. » Donc une fois que la personne était dans l'ambulance ou dans la voiture de la famille on savait qu'après ça allait se dérouler. Là, y'a toujours ce petit truc de dire ils vont éliminer mon certificat ou ... et puis la personne va ressortir et demain j'ai le même problème en pire. Donc, il y a aussi cette petite insécurité. Euh, voilà. Parce que ça demande quand même un effort énorme de prendre en charge ça ! Ce n'est pas difficile intellectuellement, mais ça prend du temps, de l'énergie. Il y a quand même toujours du ... c'est très stressant malgré tout parce que on n'aime pas non plus hospitaliser quelqu'un sous contrainte. Oui, et puis si on ... si on ... quand on y réfléchit on se dit : « Bon

allez, voilà quel argument tu as. Euh il y a une grosse pression parce qu'il y a une grosse demande de par, euh ... de la loi, euh ... des gendarmes, ou des maires. Des gens qui ont peur eux, voilà. Et puis nous, on essaie quand même d'être justes. Et à la fois on ne voit pas tous les problèmes donc faut suivre aussi. Il faut faire confiance à la fois et voilà aux gens qui sont là. Et même à la famille, parce qu'on n'est pas tout le temps avec le patient. Donc, euh ... voilà, oui mais ... des fois on sent bien qu'il y a quand même voilà une pression parce que en fait, ça a peut-être été pire d'autres jours mais que là, c'est l'épuisement. Aussi il faut y aller. C'est souvent larvé quoi, ça dure, ça dure, ça dure et à un moment on arrive à ... »

Pouvez-vous me parler d'une situation en cabinet ressentie comme dangereuse ?

« Bah alors là, c'était surtout, euh, avec des patients qui sont plutôt paranoïaques. Donc, jusqu'où ils sont psychotiques c'est différent quoi. Ouai, c'est plutôt les troubles de la personnalité. Je ne sais pas s'il est cluster B ou quoi que ce soit, mais moi je peux vous dire qu'il est paranoïaque, ça on le repère assez vite. Euh, et là, c'est sûr que ce n'est pas clair. Et puis les toxicomanes, mais ça c'est plutôt quand j'étais en Seine Saint Denis. Ouai les patients, alors les alcooliques, rarement, parce qu'ils sont ... parce que l'alcool ça les ... ça ne leur donne pas une énergie monstrueuse. Euh ... mais c'est sûr qu'alors les patients qui sont à la fois schizophrènes et sous l'emprise des drogues dures ... Là ça part vraiment, là il faut les prendre par la peau du c**, et on les met dehors quoi, sans être, là y'a rien à faire quoi. Il faut vraiment s'en débarrasser. Il faut les faire partir. Non, mais voilà mais ça ... il ne faut vraiment pas que la situation se dégrade. Ouai, alors c'est vrai que du coup-là c'est un abandon parce que voilà. Mais, moi, voilà j'ai eu un patient comme ça hein qui est arrivé après, bon après, de toute façon en plus je le connaissais de l'hôpital. Puisque du coup, après on connaît tous les schizophrènes du coin. Donc on les voit, en faisant des courses, en ... donc voilà quand il arrive dans la salle d'attente en commençant à hurler et dans un état physique pas possible. Donc qu'il sent mauvais, enfin voilà, qu'il est dans un état terrible, les autres patients qui commencent à carrément, à partir ou à avoir peur. C'était ce qu'il s'est passé, je l'ai mis dehors, j'ai dit : « Voilà W. (nom de patient) tu reviendras. Tu reviendras un autre jour, là ce n'est pas possible. Hop, au revoir ! » Mais c'est ... c'est ... Ça fait très peur ! Ah oui, oui c'est la peur, parce que c'est ... il n'y a pas de ... c'est la peur, euh, ce n'est pas une peur comment dire définie, de quelque chose de précis. C'est qu'on sent que là il n'y a pas de moyen d'accroche. Y'a rien, et donc courage, fuyons ! Faut pas perdre de ... moi je pense avec l'expérience qu'il faut même pas encourager. C'est à dire il faut le filer aux autres quoi. C'est à dire que le malade, là de toute façon. Mais c'est incroyable. Enfin ce n'est pas possible. On n'a aucun moyen, on est tout seul. On sent qu'on n'a pas de moyen d'accroche on sent qu'il n'y a rien. C'est à dire qu'il faut le filer aux autres quoi. Ce n'est pas possible quoi, on n'a aucun moyen, on est tout seuls. On n'a pas de moyen thérapeutique, de dire : « Je vais lui faire une injection de ce ... je ne sais pas quoi. » Moi j'ai un peu de valium dans ma trousse, au cas où pour les épilepsies, mais vraiment on n'a rien. Si on n'a rien, c'est aussi parce que ce n'est pas le bon chemin quoi. Faut pas faire ça quoi, comme si je voulais faire une thrombolyse d'un patient qui avait un infarctus. Nan, mais c'est exactement pareil. Ce n'est pas possible. Donc, oui, c'est vraiment la peur, bon et puis la peur aussi d'exposer les autres patients. Quoique, en général, ils viennent le soir quand il y a moins de monde. Donc moi, je dis à ma secrétaire : « Untel, untel, untel, tu ne me le mets jamais le soir toute seule. Enfin jamais en fin de soirée. Il faut vraiment au moins doubler le rendez-vous. » Ça, c'est un truc, euh ... des habitudes dont on ne se rend même plus compte. Mais ça, c'est aussi avec les paranos hein, là par contre on en a eu, ils cassent des affaires dans le bureau quoi. Euh, pfff... je n'sais pas s'ils sont en crise ? Oui ils sont en crise, certainement, et puis alors moi, je suis une femme, donc je ne ressens peut-être pas les choses de la même manière, donc je pense que le patient parano en profite quand c'est une femme. Alors, c'est un patient auquel je pense qui était parano, qui était un ancien militaire, enfin tout ce qui va bien. Euh, par exemple, il avait menacé les infirmières. Donc, je leur avais dit, donc, elles étaient venues me voir, puisqu'elles faisaient des soins après une chirurgie. J'ai dit : « Vous n'y allez plus ! » Immédiatement, dire : « Votre comportement n'est pas normal, débrouillez-vous ! » C'est ça, parce que de toute manière, il n'est pas en danger, puisqu'il a tout ce qu'il veut, il peut trouver une

solution, mais voilà c'est la seule solution assez rapide et voilà, peut-être pas vraiment efficace mais que j'ai trouvée. La fuite, une solution, la mienne ! »

➤ *Parlez-moi de la configuration de votre cabinet pour fuir en cas de nécessité.*

« Chez nous, c'est cool, ça ce n'était pas forcément fait exprès, mais en fait c'est un pavillon « Phénix® » qui avait été construit à l'époque par les collègues. Et il y avait dans un côté, il y a une entrée centrale avec une partie à droite où c'était le kiné, maintenant ils ont revendu donc c'est une dame qui habite là. Donc, il y a quand même quelqu'un qui habite dans le cabinet. Il y a un lieu d'habitation, donc ça ce n'est pas mal. C'est dans une petite zone, bon ce n'est pas isolé du tout, c'est en plein dans le bourg. Et puis donc les patients passent devant le bureau de la secrétaire, après il y a une grande salle d'attente. Il y a le bureau des infirmières en face de la salle d'attente. Et le bureau des ambulanciers, où ils ne sont jamais, mais c'est entre guillemets leur boîte aux lettres. Là, on s'en sert en ce moment pour les patients COVID. Et puis, il y a nos deux bureaux qui sont face à face et il y a une toute petite pièce entre les bureaux. C'est petit hein, et en fait c'était une ancienne salle de radio, et donc ça fait un petit carré entre nos deux bureaux et en fait à l'extérieur, derrière ce petit local de radiologie, il y avait une sortie. Donc, en fait nous on a une double sortie. Donc, si je veux je ferme la porte de mon bureau et je sors sur le parking par l'extérieur. Déjà, les deux bureaux quand même, on peut communiquer puisqu'en fait c'est ... voilà, ça nous arrive de passer d'un bureau à l'autre. A travers, sans passer par la salle d'attente. Sans passer par le lieu ouvert. Et puis, il y a cette sortie, je ne l'ai jamais utilisée. Je l'ai utilisée une fois parce que, pour l'anecdote, euh, parce que j'avais une mère et son fils qui sont fâchés depuis des lustres et des lustres. Et ils avaient pris la bonne idée de prendre un rendez-vous l'un après l'autre. La mère, ne voulant pas croiser son fils, elle est passée par la porte et je lui ai fait donc disparaître la mère et le fils. Mais j'ai dit « Écoutez, votre mère est sortie par l'extérieur. » Je lui ai quand même dit parce que sinon ... j'aurai quand même fait de la magie, il aurait dit qu'en fait j'avais fait disparaître sa mère, mais en fait non, elle était sortie. C'était cocasse. »

➤ *Avez-vous élaboré un scénario pour fuir une situation inconfortable ou dangereuse ?*

« C'est l'issue de secours, même en Seine Saint Denis, où j'avais eu un patient qui avait mis une grenade sur le bureau, on n'a pas utilisé de sortie, les patients partent. Parce que, quand ils viennent vers nous c'est quand même qu'ils sont mal, c'est rare qu'ils viennent avec un projet, enfin y'en a certainement eu, mais moi je n'ai jamais eu ça. C'est surtout des patients qui vont mal, ils commencent à s'agiter, à errer et puis ils vont vers les personnes qui peuvent les aider, même si c'est inadapté enfin. Moi, je n'ai jamais eu quelqu'un qui vient me menacer délibérément, alors dans ce cas-là ce n'est pas un schizophrène hein. C'est un patient normal ! »

➤ *Si oui, avez-vous élaboré ce scénario avant d'être confrontée à ladite situation ? Ou bien après y avoir été confrontée ?*

Pouvez-vous me parler d'une situation en visite ressentie comme dangereuse ?

« Euh, non, non c'est souvent, on a plutôt peur que le patient passe à l'acte, c'est arrivé qu'on ait des gens qui, à la campagne, ils ont beaucoup de fusils de chasse. Donc ils ont des armes à feu, donc là, c'est vrai qu'on se méfie toujours. Il y a quand même toujours cette notion, puisque nous, ils se suicident au fusil de chasse, donc, euh ... mais là encore une fois c'est d'autres types de pathologies. C'est l'agriculteur alcoolique, pas très développé intellectuellement qui se retrouve euh, stressé, en difficulté, et puis, qui, qui, et on arrive avant le certificat de décès, voyez. Bon, si on arrive au certificat de décès, là on ne craint pas grand-chose ! Mais, c'est arrivé que les gendarmes nous appellent en disant : « Y'a untel il nous menace de trucs, euh ... » Et bah faut pas voir ça avec moi ! Hein, moi j'arrive avec

ma petite sacoche et mon truc quoi ... Nan, et puis quand vous avez cinq gendarmes, euh, trois ambulanciers puis qu'on vous appelle vous pour faire un miracle. Euh, moi je ne fais pas de miracle, moi. Donc, je ne viens pas moi. »

➤ *Parlez-moi des mesures que vous avez mis en place pour fuir ou affronter ce type de situation ?*

« En fait c'est anticiper, ouai il faut anticiper parce que c'est vrai que on apprend à toujours répondre à tout ce qu'on nous demande quand on est étudiants, hein c'est une formation quand même militaire, quand même assez, peut-être un peu moins maintenant. Mais, vraiment, euh, nous c'était très militaire hein. On a eu des services où c'était les filles, les internes et les externes en jupe et les garçons en pantalon, hein. Bon, après, moi je pense qu'il y a une utilité. Parce que ça forme des gens quand même qui sont endurcis, à la rigueur et puis durs au mal comme disent les gens de la campagne. Donc, ça c'est utile, mais du coup le travers, c'est qu'on a le réflexe, hein, quand je dis le réflexe c'est quelque chose d'extrêmement rapide, de répondre à ce qu'on nous demande sans prendre le temps. Là, vraiment de comprendre, parce que maintenant c'est un peu différent. Du coup, avant il y avait quand même, on demandait, mais, euh, chacun faisait son travail. Et que, maintenant c'est : on va aller chercher la personne. Le bon client, celui, on sait qu'il répond même si rien n'est organisé autour. C'est pour ça que je ne réponds plus pareil. Parce que je me suis rendu compte que voilà, c'est ... là du coup on devient inadaptés, donc apprendre à évaluer la situation et ne pas répondre instinctivement. Oui il faut apprendre à ... voilà y'a des moments où c'est possible donc c'est facile pour nous, on fait ça voilà, on répond tout de suite. Mais, là, maintenant c'est plutôt dès qu'on nous demande quelque chose de l'extérieur qui ne vient pas directement du patient, on se méfie du coup, bah, des confrères. Ouai et puis il y a une méfiance. Voilà, on est plus méfiants et du coup on analyse un peu plus. On prend le temps de comprendre ce qu'il se passe. C'est plus de la médecine de guerre : « Où on y va, allez-y ! » là, on ne réfléchit pas. C'est bien je réfléchis maintenant. Quand on a tiré comme ça un peu les conclusions de ce qui s'était passé à peu de frais hein, parce que moi je n'ai jamais eu de problème physique, euh, voilà bon. Parce que bon, je pense qu'en étant une femme on est toujours un peu dans une position de danger quand même. Hein, euh du coup on a appris ça depuis tout petit, toute petite. Hein, c'est vrai que ... oui et puis du coup on ne se confronte pas quand on voit que ça tourne mal. Il y a le coté où on dit : « Attends, euh, je pourrai être ta mère, euh, je pourrai être ta sœur ! » Voyez, là, du coup on se sert de l'image de la femme pour apaiser l'agressivité. Et ça, c'est presque inconscient, je pense parce que c'est vrai que voilà quand on est gamins, enfin, voilà on évite de sortir, euh, dans un endroit où il fait noir, enfin c'est encore vrai hein je pense ! »

➤ *Les avez-vous mises en place avant d'être confrontée à une telle situation ?*

« Une situation dangereuse : Bah y'en a pas, c'est à chaque fois dans des petits moments, des choses, euh, voilà ... moi j'essaye d'anticiper moi je suis super méfiante de base ! »

Votre expérience au contact des patients psychotiques a-t-elle eu un impact sur votre approche de la psychiatrie au quotidien ?

« Euh, bah, oui oui évidemment, donc, déjà le fait d'avoir travaillé à l'hôpital ça m'a remis un peu à niveau sur les molécules, ce qu'ils faisaient parce que moi j'étais restée sur le temps d'avant. Bon il y a des choses bonnes et des choses moins bonnes. Voilà, les choses bonnes, c'est vraiment, euh, voilà quand même des molécules qui sont beaucoup plus, avec beaucoup moins d'effets secondaires. Mieux tolérés, pas sur le plan biologique mais au moins sur le plan physique hein, plus de syndrome parkinsonien. Les malades sont moins ... euh, il y a un fonctionnement cérébral qui est bien meilleur, enfin nous on s'en rend compte parce que voilà ils viennent pour des petites choses. Voyez, des trucs, je ne sais pas, pour des petits problèmes de peau, voilà des petites choses comme ça. Donc on se rend bien compte, même si nous on n'a pas lu les études, on ne fait pas de ... mais c'est simplement dans le contact de la personne. Oui, voilà et les patients le disent, moi je vois bien quand même que les patients, alors la différence que ça fait, c'est qu'avant on ne disait pas forcément

à un patient qu'il était schizophrène. Euh, maintenant ce qui est bizarre, c'est que les patients vont venir. Des fois, des jeunes viennent, et me disent : « Je suis schizophrène, je prends un traitement, je viens pour mon renouvellement. » C'est comme quand j'entends : « J'ai une maladie d'Alzheimer, je viens vous voir pour mon suivi. » La demande a changé, donc il y a plein de choses en effet sur les médicaments, sur le contact, la parole est beaucoup plus libérée, donc ça me paraît plus simple de dire que : « Là, ce que vous me racontez, ce sont des choses qui n'existent pas. » Voyez, donc parler du délire avec le patient schizophrène ça paraît plus facile. Même avec des vieux patients, mon vieux patient, maintenant ce n'est pas moi qui vais à son domicile, je ne lui fais plus ses injections, c'est l'infirmier qui le fait. Euh voilà, c'est complètement différent. Avant, il y avait vraiment : laisser le patient comme dans du coton quoi, c'est à dire tout le monde tournait autour mais il n'y avait pas un accès direct entre le médecin, le malade et sa maladie quoi. Là maintenant, on fait une petite équipe à trois et puis ça ne va pas si mal que ça. Les gens qui habitent à la campagne, ils ont envie d'être autonomes, sinon ils habiteraient à la ville. Donc, ce n'est déjà pas des tempéraments qui vont dire : « Je vais aller au CMP, euh ... faire du tricot ou je ne sais quoi. » Là, je suis dure avec les gens du CMP, non mais c'était très bien l'art-thérapie, d'ailleurs ils n'en font plus, c'est bien dommage parce que les coloriations et les, comment on appelle ça, les mandalas. Ce n'est pas ce que j'appelle de l'art-thérapie. Mais bon, ouai parce que le CMMS c'était la clinique des maladies mentales et de l'encéphale. Vous regarderez, ils avaient une vidéothèque géniale, donc les cours c'était : on passait des vidéos avec un ou deux psychiatres, le patient, les films dataient des années 70, donc c'était le psychiatre avec la barbe, le pantalon à patte d'eph, la clope. Le malade : pareil, ça clope. Et c'est extraordinaire ce truc-là. Et là, du coup, il y avait deux équipes à Sainte Anne, c'était le début de la psychiatrie scientifique avec les IRM (Imagerie par Résonance Magnétique), les IRS (Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine) et tout ça. Et puis la CMME où ça restait la psychanalyse. Oh ! Gros mot qu'il ne faut plus dire du tout, l'art-thérapie, toutes les thérapeutiques autres. Tout ce qui était comportementalisme et tout ça. »

III Perspective

Pouvons-nous parler des traitements psychotropes :

- Êtes-vous familiarisée avec les molécules à visée psychiatrique ?

« Oui plutôt à l'hôpital, parce qu'autrement, on gardait des vieux réflexes. Ou c'est vrai qu'il y a des molécules qui sont, et qui seront toujours, je vois, le TERCIAN c'est quand même une molécule qui nous aide vraiment bien. Mais ça avait perdu de mode pendant un temps, on voit passer les modes en fait, même en cardio. On voit : « Tiens ça, ça apparaît ! » et puis hop, ça re disparaît et puis ça revient ! Tout ça, comme on est au bout de la route. On voit euh ... tiens ! ça, ça apparaît et puis hop ça re disparaît puis ça revient, donc on observe en fait, c'est ça on est souvent en spectateurs des choix thérapeutiques, parce que d'abord on n'a pas les connaissances. Et puis nous ce qui compte : c'est que nous, le patient soit pris en charge, c'est à dire qu'on sente qu'il y ait une efficacité. Donc, on ne commence jamais à bidouiller les trucs si c'est quelqu'un d'autre qui prend la main. Après, moi, voilà quand euh ... quand il n'y a pas de possibilité et bah on a des molécules qui nous sauvent la mise. C'est vrai, que même les IRS c'est quand même, euh, on est quand même contents de les avoir. Voilà, parce que l'ANAFRANIL, et puis ... pfff ... voilà nous, moi j'étais vraiment dans le passage des vieux médicaments qui étaient euh ... qui rendaient les malades : des malades psychiatriques quoi, même s'il n'y avait que ça ! Donc on faisait avec. Mais là, maintenant on a des patients qui ont une maladie psychiatrique. Mais du coup, qui redeviennent vraiment, euh ... des patients lambda. Du fait, aussi, des molécules. C'est à dire du regard qu'ont les psychiatres, les jeunes psychiatres envers eux, et le fait qu'il n'y ait plus rien, de toute manière à un moment il faut qu'ils se débrouillent hein. Ils ont un instinct de survie aussi les patients. Et voilà, et la molécule qui fait qu'on accède beaucoup plus au patient. »

- Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?

« Bah déjà si la molécule marche, le malade il prend son traitement. Donc déjà c'est d'être très exigeant. Le fait, d'obtenir la bonne molécule, la bonne dose, donc c'est à dire de vraiment être, je pense à l'instauration pendant quelques semaines. Euh, de vraiment trouver ce qui va au patient. Pas forcément ce qu'il est vraiment prêt à accepter, c'est à dire peut-être faire un compromis, faire des compromis quand même avec le malade dans la prescription. Et puis, pas le lâcher quoi, pas le lâcher trop tôt, pour qu'il ait son traitement, c'est le sien, et on avance. Alors, le coup de demander aux infirmières de ville d'aller leur donner systématiquement leur médicament ce qui est très à la mode. C'est inadapté, parce que les infirmières de ville elles ne connaissent pas la psychiatrie, elles se retrouvent toute seule avec des gars qu'on sort de l'hosto avec des traitements monstrueux. Elles en ont peur, elles n'ont aucun moyen de faire pression sur le malade pour qu'il prenne ses médicaments. Donc c'est pour faire plaisir, euh c'est médico-légal un peu. Voyez, ce n'est pas la démarche de soin, il vaudrait mieux que ce soit les équipes d'infirmière psy qui aillent chez le patient. Euh voyez là ça, ça ne marche pas quand même, j'ai vu qu'on avait essayé de mettre ça en place mais alors en plus c'est hyper désagréable pour le malade, parce que c'est dire, euh : « On lui dit que tu peux sortir, ça va mieux, le traitement il est bien mais on te met quelqu'un parce qu'on te surveille. » Donc c'est à l'inverse de tout ce qu'on a dit avant. C'est comment faire un truc qui casse tout quoi. Juste parce que la psychiatrie a peur de lâcher son malade, et à la fois elle le f*** dehors. Bon voilà, il y a toujours un truc qui, mais moi, c'est ce que j'ai observé moi, ponctuellement hein, heu on voit ça beaucoup dans plein de choses, dans les maternités. Où c'est la sécu qui appelle pour le rendez-vous du troisième jour, parce que on veut faire sortir la mère et l'enfant le jour de la naissance. Bah j'estime que si on dit, cette femme-là, voilà ce couple-là, peut sans difficulté gérer. Je ne vois pas pourquoi c'est la sécu qui nous appelle pour prendre un rendez-vous. Donc voyez ce n'est pas que la psychiatrie. C'est, on est ouvert mais on surveille. Moi je trouve que les patients ils prennent leurs médicaments quand ça marche bien et qu'il n'y a pas d'effets secondaires, ils le prennent. Je pense qu'il faut qu'on soit bons quoi, dans le choix, et puis voilà de dire, se dire que ça va cheminer un moment. Alors après, réellement je trouve qu'ils le prennent beaucoup plus. C'est quand il y a de la toxicomanie, où, là, bah je trouve que c'est ingérable, on ne peut rien faire, oui et puis là du coup tout se mélange. Le cocktail entre je te mets un injectable, mais je te prends de la cocaïne euh ... Pfff. Ce n'est pas facile du tout. Après, c'est vrai que ça peut arriver, parce que en fait ce n'est pas qu'ils ne prennent pas, parce qu'ils en ont peur, ni parce qu'ils oublient, c'est parce que à un moment ils vont bien, et ils font comme tous les patients, comme tous les gens. C'est à dire : « On va bien, donc on n'en a plus besoin. » « Bah euh, j'en n'ai pas besoin de mon traitement pour la tension, puisqu'elle est bien, docteur. Et mon cholestérol il est bien, docteur. » J'entends ça toute la journée. J'en n'ai pas besoin, et c'est des gens qui sont censés pas être délirants. Donc en fait, quand ils vont bien, euh, c'est vrai que régulièrement, ils arrêtent, du coup ils se déstabilisent, et puis ils reprennent. Moi, je le vois comme ça. Bah ils vont mieux, ils sont guéris, les médicaments les ont guéris ! Bah, oui, mais c'est assez compréhensible, et je vous dis là, qui est-ce qui m'a fait ça encore l'autre jour ? Heu je ne sais plus pour quel médicament, mais le patient m'a dit : « Oh bah j'ai arrêté pendant 15 jours, parce que je trouvais que ça allait mieux, mais là il faudrait que vous me le redonniez, voyez. » Voilà, donc je pense que c'est aussi dans le ... et ... voilà ... soit, je vous dit de toute façon le malade n'est déjà pas convaincu donc il les prend déjà pas à l'hôpital, il les cache ... il fait toute une affaire enfin c'est l'enfer, donc il sort, là c'est mort. Alors c'est vrai qu'il y a des gens qui ont besoin de l'injectable parce que du coup ils ne prennent pas en charge leur traitement. Ils ne veulent pas et ça leur va bien. Et puis bah après, c'est quand ils sont ... alors s'ils sont toxicomanes, là c'est ... ou alcoolique ... bah là, pfff ... ça fait un cocktail ... pfff. Il n'y a rien qui marche, et puis après, bah, c'est juste, voilà ils vont mieux. Et du coup, ils arrêtent. »

- Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients psychiatriques ?

« Je dirai juste sur le somatique, hein parce que c'est quand même ça. Et ça, c'est vraiment d'être convaincu que le malade il faut le soigner pareil, il faut le dépister pareil. Bah c'est oui, c'est de dire mais quelle est la justification de ne pas faire un dépistage colo-rectal à un patient qui est schizophrène ? C'est quoi la justification, ah bah il ne va pas vouloir. Il ne va pas comprendre, alors ne pas

comprendre, c'est faux, parce qu'il va absolument comprendre. Et ... pareil, euh ... puis je me suis dit que j'ai vu quand même des grosses catas à l'hôpital hein ... Des diagnostics de cancer, j'en ai fait je ne sais pas combien. Ah bah, oui parce que là du coup euh ... on a trop découpé, donc le patient schizophrène il va se retrouver, euh ... alors par contre on va lui faire le scanner cérébral pour être sûr qu'il n'ait pas une tumeur, des trucs, c'est bon, tout le monde n'a pas une tumeur du cerveau. Par contre, se dire, il fume comme un pompier, alors les vaccins, les dépistages du HIV. Euh il y avait plein de choses qu'on avait soulevé. Plein d'équipes, hein, il n'y a pas que moi, mais ça nous vient vite à l'esprit parce qu'en fait nous : Qu'est-ce qu'on fait avec les gens ? Nous, on les vaccine, euh ... On fait quand même de la prévention sur des choses et on ausculte, on palpe. Alors, on m'a beaucoup reproché d'examiner les malades. Mais, moi je ne peux pas faire, je ne peux pas exercer la médecine sans examiner les malades. Mais alors, en psychiatrie il n'y a pas de table d'examen, quasiment. Il y en a quand même dans les trucs ... Mais ce n'est pas une habitude. Euh, demander une écho, alors, bah oui mais les radiologues ils ne vont pas être contents, machin. Mais, voyez, on anticipe en fait, on ne se dit pas : « Bah voilà on fait une écho, sans avoir, bah voilà, on fait une écho, machin... Et puis s'il y a un problème, et bien, on adapte. C'est tout de suite ça, il y aura un problème. Il y a une auto-censure des médecins. Ah, oui alors après en médecine générale c'est compliqué parce qu'il ne faut pas en avoir dix quoi sinon y passe sa vie quoi. Alors en avoir un ou deux, ça va. Du coup ça se passe bien mais il y a la quantité en effet, et le problème c'est qu'après bah les gens se passent le mot. Les malades ils vont dire : bah va voir le docteur machin euh, tu vas voir elle va t'écouter ou des petites choses comme ça parce que... Euh ouai, mais dans les services, le médecin généraliste qui passe il n'est pas là juste pour faire le médico-légal et, et ... faire, parce que le psychiatre il ne veut pas se charger de ça alors qu'il a vu qu'il avait un problème. Bah, je pense qu'il y a aussi une dynamique, enfin un travail en équipe. Parce que moi, j'ai toujours pensé que la médecine générale et la psychiatrie sont les spécialités qui sont les plus proches. Parce que les psychiatres, comme nous, sont obligés de se charger des malades pendant des années et des années et des années. Ils n'en peuvent plus. Hein, il y a ce côté dans la durée, il y a le côté famille, heu ... et puis que le ... le psychiatre c'est presque le généraliste des schizophrènes. Il est obligé de tout assumer. Et pendant un temps, ça ne se faisait pas trop mal. Et maintenant, ils ne veulent plus qu'assurer la psychiatrie, mais sauf qu'on n'est pas assez en équipe pour ... notamment dans les effets secondaires des médicaments. Parce que moi, forcément à un moment je dis là, à un moment il va falloir se calmer sur les neuroleptiques, parce que là, euh ..., là on tombe dans les effets secondaires. Et là, bah du coup, bah voilà on peut être un peu en opposition. Après, ce n'est pas ... ce n'est pas ... des choses, ce n'est pas une guerre, hein ... non plus. Mais bon. Mais, c'est à dire que voilà, bonant lamant alors en plus la psychiatrie c'est lent, la médecine générale c'est rapide. Donc on n'est pas dans la même vitesse. »

- Pouvez-vous me parler de votre prise en charge de l'entourage de patients psychotiques ?

« Oh là là, oh bah ça l'entourage c'est une plaie hein. Euh ... bah déjà l'entourage, enfin assez vite, il disparaît. Donc, on a soit les gens bienveillants. Donc là, ce n'est pas dur hein, ils sont bienveillants. Alors, moi, réellement je travaille en équipe avec eux, je les considère comme des soignants. Parce que, de toute façon on ne va pas faire de l'hypocrisie dans le sens où on a besoin d'eux. Eux, ils sont prêts à donner, le malade il a confiance parce qu'il y a tout ce qui est, euh, secret médical, tout ce bazar-là. Là, bah là, moi, je n'ai pas d'état d'âme. Alors, à partir d'un moment, voilà je n'ai pas d'état d'âme, il faut bien avoir ciblé le truc hein. Parce qu'autrement, c'est euh ... autrement quand il se trouve qu'on a un voisin qui amène ou des trucs comme ça, on dit vous restez dans la salle d'attente ... Parce que là, quand même des ... des ... c'est vraiment très délicat, soit c'est une évidence, c'est une personne vraiment de confiance. On le voit tout de suite, ou après. Bah du coup, on ferme un peu la porte. Oh, on peut se faire un peu avoir, mais, régulièrement on a des problèmes hein, un peu judiciaires hein avec ce genre de trucs hein. »

- *La prise en charge concernait-elle son/sa conjoint(e) ? ses enfants ? Ses parents ?*

« C'est pfff... alors, la difficulté c'est les enfants quand il y en a plusieurs, parce qu'ils ne vont justement pas être d'accord par principe. Ça, on le voit même avec les gens âgés, donc c'est des histoires de famille. Donc chacun tire la couverture à lui, en manipulant le médecin le maximum ou les soignants pour des choses qui n'ont rien à voir avec le patient, enfin avec la maladie. Euh, soit c'est le conjoint, alors euh, les conjoints souvent : ils n'en peuvent plus. Et ils ont envie de partir. Et puis, après, bah des fois il y a les employeurs aussi, qui peuvent nous appeler bah parce qu'ils sont démunis euh ... Voyez, il est ivre au travail ou des trucs comme ça, c'est très rare, mais ça arrive. Du coup, pareil, euh pff ... on est obligés de rester entre deux eaux c'est à dire à la fois d'essayer d'aider à ... parce que l'employeur, lui il est quand même coincé aussi quoi. C'est parce que ... il est responsable de ce qui peut arriver à son employé. Euh ... et puis autrement, bah autrement c'est tous les trucs sociaux autour. Où là aussi, on galère hein des fois, avec les tutelles, les curatelles, euh, les directeurs d'école ... voyez, tous les trucs ... tous les trucs où, subitement ils veulent avoir plein d'informations sur des choses, maintenant on a des coups de fils, alors maintenant c'est ... on est obligés de dire, non, enfin on ne répond pas. Ah bah, là on est obligés de filtrer parce que nous c'est « open bar » hein. On nous appelle euh ... mais moi j'essaie de passer par le malade. Après, ce qu'il y a toujours, c'est le temps ! Parce que comme c'est long. Dans le temps, les ... les ... casse pied s'épuisent. Ils ne restent plus, ça filtre ! Le temps ça filtre ! Et qu'il y a quand même beaucoup de gens de bonne volonté. C'est juste quand il y a les crises, les gens voilà, quand ils ont un schizophrène qui, qui est en crise, c'est dur, ils cassent dans la maison, euh, ils crient, ils ont peur, ils n'en peuvent plus, ils en ont marre et puis on les refuse à l'hosto quoi. Parce que, l'hôpital dit, ah non mais là ça va. Alors, c'est vrai que l'hôpital n'est pas là non plus en théorie pour, euh ... pour faire ce que la famille demande. Mais, à la fois on n'a vraiment pas tous les éléments quand on est enfermés dans un hôpital, il faut quand même sortir un peu. »

➤ *Que pensez-vous du rôle de la mère du patient dans la prise en charge ?*

« Bah, c'est vrai que c'est souvent les mères qui restent, parce que souvent du coup, euh, avec les schizophrènes, euh, les couples explosent et la mère se sent, euh, c'est la mère, la mère ne peut pas abandonner son enfant, c'est un peu cette idée-là. Et, et en plus donc je pense il y a en effet l'abandon, qu'on m'a abandonné. C'est à dire ne pas pouvoir rendre son enfant bien. Enfin quoi. Alors, on a du boulot là-dessus hein. Et puis, bon après, euh, euh bah du coup après c'est un obstacle aussi, parce que du coup la personne est quand même majeure, donc va trouver son autonomie. Donc, on appelle les mères quand c'est pour récupérer. On le voit beaucoup avec les autistes. A la limite, ce qu'il nous pose le plus problème maintenant ce n'est pas les schizophrènes, c'est les autistes. J'y pense là, parce que je pense à une mère là, oh là là, sa fille était autiste et elle tapait tout le monde. C'était une patiente de l'hôpital et il n'y a pas de structure et puis, c'est ... c'est une maladie qui n'est pas stabilisée. Pourtant, la schizophrénie maintenant qu'on a un traitement chronique efficace, et euh, donc voilà la mère ... c'est des sur-mères quoi là ces mères-là, sauf qu'après ça devient une espèce de monstre qui pose problème quoi. Oui, parce que, c'est une alliance au début parce que ça arrange tout le monde de reconfier à quelqu'un quand même. Bah, de confiance. On sait que la personne ne va pas abandonner, elle va toujours être là, alors on fait ça et comment passer ... Arriver à garder un lien, avec la mère tout en introduisant, le fait qu'elle est pathologique euh, à un certain moment. Et du coup, nous on se dit que nous ... bah c'est un peu pareil. C'est à dire qu'à vouloir trop faire comme on veut dans le traitement du malade. Jusqu'où, on ne devient pas la mère du malade ? Enfin surtout quand on est une femme. Ouai, là, ça, et puis surtout, souvent des fois on est persuadés qu'on a raison dans un truc et en fait on ne laisse jamais assez le malade être libre ; malgré tout. On ne tolère pas le ... le ... voyez, à dire ... fonctionner bien c'est quand même difficile. Et puis, en plus la culpabilité, parce que, moi je vois, c'est vrai c'est incroyable. A chaque fois même pour des toutes petites choses, j'ai des tas de mère qui me disent : alors oui j'aurai dû venir plus vite. Ah, bah oui mais il avait juste le nez qui coule, voyez ... je ne sais pas pourquoi, systématiquement ... Oui, et puis se sentir responsable de tout, bah oui là il prend un peu moins son traitement. Ou il a voulu aller à tel endroit. Ou il veut faire du sport. Ou même, je vois là, pour les permis de conduire. Permis de conduire du

schizophrène, on m'a fait toute une affaire. Parce que, on avait une jeune, et euh ... bah je lui ai dit, Charlène si tu veux travailler si tu veux un truc il faut que tu passes ton permis de conduire. Bah qu'est-ce que je n'avais pas dit là ? Oui mais voyez, tous les petits trucs qui sont de la vie courante. C'est des grosses choses pour la psychiatrie. Oui et puis je pense c'est pareil, c'est la protection, protéger les gens donc ils ne sont plus malades avec leurs médicaments. Ça suffit bien mais il faut qu'on soit hyper exigeants de faire beaucoup plus en fait, mais jusqu'où c'est à nous de le faire, jusqu'où on peut être juste être le catalyseur qui aide, euh je ne sais pas. Mais du coup voilà, la relation avec la mère, moi c'est par exemple avec le schizophrène que je vois là tout le temps euh, c'est sa sœur qui m'appelle. Parce qu'en fait, lui il a failli tuer ses parents. Donc le délire c'était de tirer sur ses parents, le truc hyper violent, et tout ça, et euh, du coup c'est la sœur qui fait la personne de confiance. Qui habite à Paris, mais alors du coup comme elle est loin, euh, elle gère à distance via un autre frère. Et là, du coup c'est pas mal parce que le fait qu'il y ait la distance, bah ce n'est pas extrêmement pratique, mais à la fois il faut faire avec. Donc on est obligés de faire des compromis et le patient est plus libre. »

- Concernant vos échanges avec vos confrères psychiatres :

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les confrères psychiatres. Et des courriers que vous recevez de leur part.

« Alors euh, on ne reçoit jamais de courrier. Quand on reçoit des courriers, euh, bah du coup ce n'est pas un courrier, dans le sens où c'est une classification DSM. Euh c'est trois lignes, alors on était habitués au courrier de psychiatres, euh de 3 pages, à l'ancienne, avec un peu de discussion, sur un éventuel diagnostic ou pas. Parce que, et, et, donc ouai ça n'existe plus ça. Le contenu a changé et en plus il a disparu pendant des années. Avant, ici on avait fait, avec monsieur F. (nom de soignant), qui était chef de service à V. (nom de ville), ça se passait niqel, c'est à dire, que voilà le truc normal hein des fois prendre des accords, ou, et après bah lui comme il a été malade, euh il a arrêté, enfin il a arrêté, repris, l'équipe s'est crrr. Parce qu'il tenait en fait hein. C'est ça, c'est parce qu'on sait que la médecine ça peut se faire avec des personnalités fortes qui veulent tenir, autrement ça finit par mourir. Avec une volonté, parce qu'il sait que c'est utile, qu'autrement rien n'est utile statistiquement si vous regardez, alors surtout en psychiatrie. Pour arriver à démontrer qu'il y a quelque chose qui est utile. Puisque c'est que de la vie quoi, ce n'est pas mesurable. Et, après, bah, on n'a plus de courrier du tout, euh là on reprend un peu des courriers avec le docteur A. (nom de soignant), avec qui j'ai travaillé, donc de toute manière, bon j'avais déjà rôlé. On fait des petits efforts. Mais euh, voyez, par exemple, les trucs, donc le courrier c'est bien symbolique, parce que ce qu'il nous pose problème c'est quand même que si, moi, j'appelle par exemple pour pouvoir hospitaliser un malade, alors que j'ai travaillé dans le service. On se connaît, il me dit : ah oui mais S. (nom du médecin interviewé) il faut d'abord que le malade soit vu aux urgences par l'infirmière pour qu'elle évalue s'il faut que le malade me voie. Je lui ai dit : « Moi j'ai évalué, j'ai mon diplôme de médecine. J'ai fait une évaluation, donc je ne veux pas que ça passe par un sous-fifre. » Voyez, mais quand même c'est comme ça, ça je sais bien que, c'est parce que je pense que c'est une histoire de nomenclature, des trucs administratifs etc ... Tout ça mais toujours est-il que, ils n'ont pas la capacité de dire : « Très bien je vais répondre à ton malade. » Parce que je ne vais pas le faire, ce plan-là tous les quatre matins, qu'il y a plein de gens qui vont, euh, faire le petit circuit. Mais, si je prends la peine de prendre mon téléphone, c'est bien que je ne veuille pas que ça se passe comme d'habitude. Pas pour des raisons personnelles, mais pour des raisons de situation. Parce que, ça ne peut pas, parce qu'en effet j'ai besoin d'un avis sur le diagnostic, sur la prise en charge, je n'ai pas besoin de savoir si le malade a un problème psychiatrique, ça je le sais. Donc, euh, pour l'instant c'est un peu comme ça, et à la fois nous, on ne joue plus le jeu non plus hein parce que faire des courriers longs. Ou en questionnant, en demandant, en faisant des trucs, on ne le fait plus non plus. On fait des torchons, je vous adresse monsieur ... Un bon, on fait un bon pour psychiatre quoi. Non, mais quand je dis un bon, non mais c'est ça ... Je vous adresse monsieur machin pour syndrome dépressif, voilà je ne vais pas euh ... passer une demi-heure à faire un courrier, en argumentant, en pesant des choses parce que pareil, il y a une espèce de ... de pré-

jugement quoi. Je ne sais pas comment dire, on n'est pas à l'aise tout à fait d'adresser nos malades. C'est à dire que si on évoque un diagnostic ou quelque chose, on sait qu'on va être, ça va être systématiquement un peu le contraire de ce qu'on va avoir dit, remis en cause, donc parfois, on se dit : « Bon, ils se débrouilleront avec ça, ça ils savent faire ça mieux que nous. Mais ce n'est pas une bonne attitude ça par contre. Donc, euh, voilà, il y a quand même, moi j'ai quand même, euh, ouai, une crainte, une crainte de ... une crainte surtout en plus que notre comportement pourrait, euh, agir sur la prise en charge du malade, que du coup il y ait tellement un clivage entre le psychiatre et le médecin généraliste que, ce serait possible que le malade ne bénéficie pas de tout ce qui ... ouai, voilà, c'est bizarre comme truc mais c'est un peu ça. Voilà, c'est vraiment de se dire, il y a une tel, euh, c'est tellement un monde du coup qui se recroqueville et à la limite c'est vrai qu'on a quand même reçu des tas de fois des courriers, je pense, là, à un courrier de Saint Lô d'une interne, j'avais dit je l'appellerai parce que ... Mais donc, elle avait fait un courrier en disant que : il n'y avait pas de signe suicidaire chez le malade, et il s'est pendu le lendemain de son retour. Bon, j'ai dit : « Toi il va falloir que tu modifies. » Mais enfin, voyez, je n'ai pas pris le temps. Alors que j'aurai du, parce que ce n'était pas le problème que le malade se suicide. Moi, je n'ai pas de soucis avec ça mais c'était qu'on avait tellement galéré à l'envoyer et que, en trois jours on puisse considérer que son syndrome dépressif était terminé. Ce n'était pas possible, quatre jours d'hospitalisation je crois qu'il avait fait. Voilà je sais que je ne l'aurai pas appelé dans le sens où je devrai le faire, faudrait que je le fasse quand même un jour, bon je ne vais peut-être pas la retrouver. Parce que je me suis dit : voilà, il faut qu'ils aient ces infos-là. Bah oui mais alors du coup on fait les fantômes nous ... »

- *Pouvez-vous me parler de la qualité de vos échanges ?*
- *Pouvez-vous me parler de la fréquence de vos échanges ?*

« Super ponctuels, bah c'est nous, c'est vraiment quand on commence à ... ouai ouai, voilà c'est vraiment que dans ce cadre-là quoi. Moi, je n'ai pas de contacts avec des psychiatres de ville, il n'y en a quasiment pas. Après, il y a le docteur C. (nom de praticien) là, qui s'était installé mais comme on a travaillé ensemble à l'hôpital je sais que je ne lui demanderai pas un avis à cette personne là, mais parce qu'on se connaît et parce que voilà, et que on ne travaille pas pareil. Voilà c'est ça, c'est un choix. »

- *Vous sentez-vous bien informée du devenir de vos patients psychiatriques ?*

« Euh ... Bah, c'est les familles qui nous appellent en disant : « Tiens il est sorti » Ouai c'est les familles, mais ça, c'est dans tous les services hein. A part la réanimation, en réanimation, on est bichonnés je peux vous le dire. Ouai et puis même souvent les réanimateurs, souvent les internes ils appellent en disant que : « Voilà on a votre malade, est-ce que vous pensez que cela vaut le coup, enfin je résume, est-ce qu'on peut le réanimer ou pas ? » Ils ont une certaine facilité. À téléphoner. Bah eux, ils sont quand même assez pratiques, c'est pareil ça va vite et quand on doit vite travailler et être entre guillemets, donc, du coup, qu'on doit aller vite et être efficaces. Bah, du coup on communique hein, eux s'ils ont un malade, ils se disent : « On l'intube ou on ne l'intube pas. » Il faut qu'ils aient les infos tout de suite. Qu'en psychiatrie, bah on se dit ... c'est sa douzième hospitalisation. Je me souviens de ça, quand j'étais externe, alors 25ème hospitalisation de monsieur machin on faisait des observ', donc euh ... comment dire, indication de l'hospitalisation. Euh ... partie civile, marié machin, la scolarité. Enfin c'est tous les événements de vie des observ', ah bah c'était lent hein ! »

-Parvenez-vous à rencontrer aisément vos confrères en cas de difficulté ?

« Ah bah ça, ça dépend de nous donc si on veut, on peut, donc là, ça ne dépend plus d'eux. Donc voilà, ça c'est si on n'y arrive pas c'est qu'on, oui c'est que ... voilà. Oui, et puis il n'y a jamais d'opposition, c'est à dire on ne m'a jamais dit : « Je ne veux pas te parler ou ... » Non, non, mais voilà il faut reconnaître que si on demande, si on retrouve un fonctionnement normal, on ... on ... arrive à faire des choses. Mais, disons que ça ne cumule pas sur un changement voyez, donc on va

téléphoner, on va être contents. C'est parler avec Dr ... ou même un psychologue. Mais après pfff ... on recommence de zéro quoi. On n'accumule pas le bénéfice du lien, alors que souvent voyez sur les courriers on met : « Cher ami ... » Ouh, euh, voyez du coup on va se connaître. Donc, une fois qu'on se connaît on ne fait pas comme si on ne se connaissait pas quoi. »

IV Conclusion

- Quels sont les points que vous pourriez améliorer concernant la prise en charge du patient psychotique ?

« Bah, c'est d'être encore plus, euh, encore plus exigeante dans ce que je fais-moi. Ouai, la rigueur, euh la motivation, euh. Jamais laisser tomber comme on ferait avec euh ... Donc ne pas se laisser user par l'accumulation de consultations. D'autant plus que ce sont, et se rappeler que ce sont des patients vulnérables. Donc là, on a encore moins d'excuses. On doit être plus attentifs avec les patients schizophrènes. Même si, euh, ouai, l'exigence oui, et puis aussi du coup d'un peu militer pour le patient parce que du coup on sait qu'il y a des ... il y a des ... il y a : appeler le radiologue pour lui dire, voilà : « Je t'envoie monsieur. » Là, par exemple, chez le cardiologue j'avais fait un courrier en disant que comme il le savait. C'était difficile de le convaincre. Mais, si on prenait le temps on y arrivait. La preuve parce que je l'avais adressé. Donc je l'avais mis dans le courrier du cardiologue pour le mobiliser un peu. Du coup, il me dit : « Ah ouai il faudrait peut-être qu'on lui fasse une coro. » Puis en fait le malade, il est allé à l'hôpital j'ai mis dans le courrier qu'il ne voulait pas faire sa coro, mais que là, il était prêt, donc je l'hospitalisais et ils lui n'ont pas fait sa coro. Parce que, il fallait l'envoyer à C. (nom de ville), oui pour la petite histoire sauf qu'il en a besoin. Ils pourraient le stenter, ce patient-là. Ah, bah on va continuer, là, là il était mieux donc j'ai dit bon. Ils m'ont dit que ça allait bien aller avec les médicaments, donc, voyez, j'ai bien compris ça, voyez, c'était ... ils ont bien entendu, enfin bien lu ce que j'avais marqué dans la lettre. Ils avaient les comptes rendus du Dr L. (nom de soignant), cardiologue donc, qui confirmait mes dires mais ils ne sont pas passés à l'acte. Parce qu'il est schizophrène, ça, j'en suis convaincu. Ça aurait été n'importe qui d'autre, ils l'envoyaient mettre ses deux-trois stents, et puis en route Simone. Mais le patient va dire : « Oh, mais c'est bien comme ça. Mais en fait non, parce que ça l'angoisse quand même énormément, c'est ça aussi comme il n'y a pas la demande du malade, on se cache derrière ça, il n'a rien demandé, il ne veut pas, évidemment il ne veut pas parce que tout ce qu'on va lui demander de toute façon, ce qu'il veut c'est être chez lui, il ne veut rien. Mais c'est là, c'est ça en fait le nœud, c'est ça le patient ne veut pas donc on est dans la liberté du malade euh ... Donc machin, alors ça c'est bon, ça pour rien f***** c'est l'idéal, et le fait qu'on soit vraiment convaincus que ça puisse l'aider. Moi, lui faire faire un pontage, je ne sais pas si j'irai jusque-là, mais dire : « Franchement le stent on peut l'envisager, et, et ... c'est toujours ça, mais ça demande tellement d'énergie. A convaincre, que du coup les gens abdiquent. Alors quand on a un ou deux malades, ça va. Bah, si on en a dix, et puis voilà, des jeunes schizophrènes de 25 ans, on en a, donc on va les avoir un moment, alors si on ne fait rien, surtout que là, quand même, les nouveaux neuroleptiques pour donner du diabète et monter le cholestérol. Euh, bonjour hein. Donc, parce qu'on a quand même ça hein. On n'a pas encore mesuré, enfin mesuré véritablement le ... le problème de ça, parce que ça tombait mal que ça tombe sur des gens qui fument, voyez, qui sont sédentaires. Donc ça, pour potentialiser c'est sûr, ouai voilà, mais ça c'est sûr qu'il faut se méfier de ça, beaucoup, plus le stress quand on ausculte le patient, moi j'étais quand même, du coup, euh ... vraiment, euh ... marquée par le fait qu'ils ont des tachycardies, donc le patient est très figé, il est là, en hospitalisation, on l'ausculte. Et là, tac tac tac. Quand le neuroleptique commence à faire effet. Tout d'un coup, pfou, la fréquence cardiaque diminue, et ça aussi je le vois aussi quand même chez mes patients quand ils sont dépressifs, ils disent : « ça va, ça va. » Bon, bah je vais regarder, bon bah je les ausculte, et le cœur nous aide énormément pour ça. Parce qu'en effet il y a un peu l'émotivité ... et chez les schizophrènes c'est encore plus vrai, parce qu'ils ne sont vraiment pas capables de dire ce qu'ils ressentent, surtout en hospitalisation. Parce que là, ils sont complètement euh ... mal, et on le voit très bien avec ça, c'est pour ça qu'en effet la médecine générale et la psychiatrie ça ne peut pas fonctionner autrement, mais à toi je te le dis là, parce que voilà ... Non, mais, c'est des discussions qu'on ne peut pas forcément avoir. Voilà, merci d'être venu. »

- Est-ce qu'à la suite de notre discussion il vous semble utile de participer à des événements en lien avec la psychiatrie ?

« Moi, je n'aime pas ces trucs-là, faudrait vraiment que ... non mais les cours, les trucs comme ça. Ça, ça me ... autant moi, voilà moi j'y suis retournée vers la psychiatrie. Si je veux aller vers la psychiatrie j'y vais quoi. Je suis comme les schizophrènes : si je veux y aller, j'y vais ! Mais euh pfff ce n'est pas des lieux, oui oui mais ce n'est pas des lieux vraiment. Ouai, mais vraiment est-ce qu'on échange dans les trucs d'échange ? Je ne sais pas, et puis voilà moi j'aime faire des tas d'autres trucs, mais une fois déjà que je me suis occupée des tas de patients. Après je n'en veux plus quoi. Parce que ça ne va pas me résoudre mes trucs quoi. Mais là, par exemple de faire ça, c'est ... c'est utile, tu vois, c'est bien, parce que je le fais. Oui, et puis je le fais parce que moi je trouve ça sympa, qu'un étudiant demande quelque chose, vienne, euh ... c'est pour ça que j'ai dit la maison. Parce que je trouve que ouai, pour essayer de se dire que c'est quand même sympa de retrouver une unité, enfin une cohésion tu vois dans la médecine. Donc, je ne sais pas si les ... si les groupes ... certainement si, si parce que je vois quand on faisait les petits repas tu vois avec les labos, moi je ne suis pas du tout à faire les ... mais nous, dans les campagnes, comme ça en fait on se retrouvait entre médecins. Donc, en fait, même les visiteuses, voilà c'était juste pour que les vieux ... les vieux schnocks comme nous on mange ensemble un jour. On se cause, tu vois, c'était ... donc, on ne parlait pas de médecine en fait. Mais, le fait de se connaître. Euh, le fait qu'il y ait un maillage, c'est très intéressant ça, c'est sûr que ça change tout. Que quand c'est de l'anonymat. Ça ne marche pas l'anonymat. Voilà, bah après je dis non, mais, euh, parce que, voilà, parce qu'il faut répondre. Jene sais pas ça dépend de ce qu'on ... moi je ne ferai rien enfin ... tu vois je ne serai pas dans une démarche active parce que je l'ai fait, et que ... ça coûte beaucoup hein. Ça m'a coûté beaucoup d'énergie, de résistance, parce que je te passe tous les trucs désagréables et durs hein. C'est vraiment s'exposer. Ouai, c'est vraiment mouiller la chemise pour entre guillemets pas un copec. Parce que nous on parle, ce n'est pas comme quand tu es chef de service de psychiatrie, que t'as l'aura machin. Ce n'est pas le professeur machin. Nous, on part, on est les petits canards. Déjà, on est blacklistés. Donc t'arrives, tu tapes un peu dans le truc, oh, bah je le savais, je l'ai fait délibérément, je savais que c'était ponctuel et tout ça. Mais, euh, pfff... il y a des moments quand même, ça coûte, et ça perturbe. Donc, à un moment, je dis : tu vois, je suis en train de jardiner. Il faut que je répare mon tuyau, euh ... »

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter d'un sujet dont on n'a pas discuté ?

« Et bah moi, ce dont on n'a pas parlé, c'est quand même la psychiatrie de demain, moi si tu veux, ça m'intéresserait de me dire : « Est-ce qu'enfin, on va ... », on a perdu la psychiatrie, tu vois, réellement, une spécialité extraordinaire. Des humanistes, comme ce n'est pas permis. Et là, euh, on n'entend pas une mouche voler quoi. Bah, c'est à dire qu'on ne nous dit pas dans quelle direction on va pour la psychiatrie. Là, on fait de la psychiatrie de niveau zéro quoi. C'est à dire, on a des molécules, ça marche bien, au revoir a tchao. Qu'est-ce qu'on fait du reste ? Qu'est-ce que c'est le reste ? C'est quoi le rôle du psychiatre ? On a l'impression que le psychiatre est là et fait du tri. « En effet, comme avec les MST, voilà quand on ... on organise le tri. Euh, on étiquette, on traite, et après le problème est réglé, alors, c'est vrai que c'est nettement mieux avec les médicaments, mais est-ce qu'on ne peut pas faire un peu plus ? Et ... et ... nous ça nous servira pour tous, ça sert à la société pour tout ça. Ils ne sont pas actifs, j'ai l'impression, donc, mais actif ce n'est pas de s'agiter et de faire des choses dans le soin du malade, de chaque malade. Les patients, ils adoraient leurs psychiatres. C'était vraiment, et puis voilà, le patient, il n'invente pas des choses, ce n'est pas que le psychiatre. Euh, c'est vraiment qu'ils admiraient leurs psychiatres. Euh, mais une admiration, pas de peur, ni de choses comme ça. Sincères. C'est à dire, se dire c'est des êtres humains qui sont quand même, euh, qui ont la classe quoi. Et là, oh ! ça nous manque ! »

Avez-vous quelque chose à ajouter sur la prise en charge des patients psychotiques en soins primaires ?

« Et bah, euh, pfff ... Je pense qu'il faut les éduquer à ... à prendre en charge leurs soins. Et puis ouvrir ça, c'est à dire, comme le malade, il doit prendre en charge sa psychiatrie : il doit prendre en charge ses autres soins. Ils n'ont pas qu'une maladie, et c'est peut-être considéré maintenant qu'avec les traitements, c'est certes une maladie. Mais voilà, bon après, voilà après, c'est stabilisé, donc euh ... »

Dernière question :

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ?

« Ah oui, mais les gens, mais les gens sont ... euh, oui il y a une augmentation, il y a des ...des troubles anxieux ça c'est sûr, beaucoup beaucoup de troubles anxieux, heum. Ouai des troubles anxieux. Les gens viennent vers nous un peu comme si on était un peu des phares. Voyez, ils nous disent des choses. Nous on en peut plus hein, parce que on entend tellement de c*****. Euh... il y a une hostilité quoi. Hein c'est à dire en fait c'est tellement des troubles anxieux qu'ils deviennent hostiles à la médecine. Surtout dans le thème actuel quoi. Il y a de l'hostilité. »

N2 I Introduction / Formation

Je réalise cet entretien dans le cadre de ma thèse ayant pour thématique la psychiatrie en médecine générale et plus particulièrement la prise en charge du patient psychotique.

Je cherche à répondre à la question suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes face aux patients psychotiques ?

Mon directeur de thèse est le docteur LE GAC Michel, médecin généraliste retraité à ISIGNY SUR MER, enseignant de médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et du temps que vous m'accordez.

Cet entretien est anonyme, enregistré afin de le retranscrire mot à mot, m'y autorisez-vous ?

« Écoute j'hésite, bah oui, non vas-y ! »

Pouvez-vous vous présenter ?

« Alors *. B. (nom du médecin interrogé), comme tu le sais, je suis diplômée depuis novembre 2019, bon j'ai soutenu ma thèse pendant mon internat et bon, je me suis installée directement dans un centre de santé, donc je suis médecin généraliste ambulatoire salariée, je crois que c'est ça le titre complet. »

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ? « 2019. »

Depuis combien d'années êtes-vous installée ? « 18 mois. »

Pourriez-vous définir votre mode d'exercice ? « Plutôt rural, parce que moi je suis sur A. (nom de ville). C'est rural, après je suis en centre de santé donc il y a des gens qui confondent ça, un peu avec des dispensaires. Rural, en zone urbaine en fait. Avec une population parfois un peu compliquée. On est en zone d'action prioritaire, donc ça veut tout dire. »

Quand vous étiez interne, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Vraiment une formation en lien avec la psychiatrie ? Euh ... Ouai, si quand même quand je suis passée en pédiatrie il y avait un pédopsy' qui nous avait proposé de nous faire des cours plutôt sur la pédopsy'. Après, voilà c'était deux fois deux heures. C'est déjà ça ! »

Pouvez-vous m'en parler ?

Depuis que vous êtes thésé, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Alors, c'est un peu éloigné de la psychiatrie, mais j'ai fait une formation en ligne d'addictologie, voilà c'est cousin un peu éloigné de la psychiatrie. »

Au cours de votre formation avez-vous effectué un stage en psychiatrie ? Durant l'externat ? Durant l'internat ?

« En addicto', si tu comptes l'externat, oui, j'ai fait 11 semaines en pédopsy' à B. (nom de ville) dans le centre de référence. Et, pendant l'internat, j'ai fait 9 mois en addicto', c'est à dire un semestre où j'ai fait que de l'addicto' et un semestre où c'était couplé addicto'/post urgences. »

Après votre thèse, avez-vous été sollicitée pour des vacations/consultations somatiques dans une structure dédiée aux troubles psychiatriques comme par exemple avant une hospitalisation d'un patient en CHS ?

« Après, comme je te disais, quand je cherchais le travail pour changer d'orientation, on m'avait aussi orientée vers le centre psy de L. (nom de ville) où ils cherchaient justement un médecin somaticien. Et, voilà au final, après ça ne

s'est pas fait parce que les horaires, les jours, enfin ce n'était pas un temps plein donc c'était compliqué de s'organiser. C'est ça, c'était des vacances, ils avaient besoin d'une demi-journée toutes les 2 semaines et, non, une journée complète toutes les deux semaines et les autres semaines c'était juste une demi-journée. Donc, du coup, moi, je cherchais un poste un peu plus péreïn donc c'était compliqué de dire oui. »

II Ressenti

Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?

« Et ben, héhé, c'est là où ça se corse, bah en fait je trouve ça, un peu ... Enfin ce que je trouve assez paradoxal, c'est que, je crois que, c'est mon avis hein, c'est que je pense que mine de rien, on est quand même une porte d'entrée facile. Euh, c'est à dire que si on avait une bonne formation et qu'on était à l'aise avec tout ce qui est psy'. Enfin toutes les psychoses etc ... euh je pense que les parents ... Parce qu'il y a beaucoup de psychoses, de mémoire, qui se déclenchent au niveau de fin d'adolescence, jeune adulte. Donc, je pense que les parents auraient facilement plus tendance à nous solliciter, si on était à l'aise avec le sujet et que, du coup, on arrivait à bien se positionner en tant que référent. Et je trouve cela d'autant plus dommage que ... je crois savoir aussi qu'il y a des gros déficits en psychiatres et que, en fait, en plus, bah ... Quand, justement j'étais passée en pédopsy pendant l'externat, ils nous avaient expliqué que les gens viennent consulter pour des névroses. Alors, que c'est sur les psychoses qu'on est bons. Au niveau des molécules et qu'on arrive plus facilement à gérer une schizophrénie qu'une bipolarité. Enfin, c'est ... que c'est ça, il y a plus de recherche, plus de molécules, plus de trucs. Et je pense que, une fois que le dépistage a été convenablement fait et que ... comment dire... voilà, que le plan de soins est à peu près établi, on aurait un rôle facilitant à jouer. Enfin, pour faire des renouvellements et poser quelques questions pour voir, si tout va bien ... il n'y a pas besoin d'être psychiatre, enfin je ne pense pas ... »

➤ *En cabinet :*

➤ *Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient présentant des troubles psychotiques qui vous a marqué ?*

« Heu, ah oui ... oui ... ah, bah ça, en plus, ça remonte à l'externat et c'est vrai que j'étais aux urgences psy', parce que du coup quand tu étais en pédopsy' tu faisais des urgences psy', adultes. Et justement, bah on m'avait envoyée pour faire l'examen somatique de l'entrée. Donc, déjà ... je ne te dis pas, c'était mon deuxième stage d'externat donc j'étais en 4ème année, comme ça, en mode qu'est-ce que je f*** là, je ne sais pas. Et je me retrouve à rentrer dans la chambre d'un mec, attaché sur son lit, qui me montre sa chevalière. Une chevalière bien carrée avec deux barres parallèles. Et, qui m'explique que : « Vous voyez, ce trait là c'est l'attaque vers Dieu, et Dieu il dirige l'attaque vers nous. Moi je contrôle l'attaque qui monte. Et si j'attaque, lui il répond, donc je peux détruire le monde : vous pouvez me détacher ? » J'ai dit non ! Mais c'est vrai que ... c'était complètement perturbant. Ça, c'est vraiment le cas caricatural mais bon c'était en effet un ... alors c'était un trouble schizophrénique, ce n'était pas, je crois une schizophrénie vraie mais c'était ... Enfin avec des délires messianiques. Voilà, c'était ... en fait, il avait arrêté ses traitements. Donc il était en décompensation et la famille avait appelé parce qu'il était en train de tout casser dans la maison ... »

➤ *Avez-vous eu besoin d'aide ?*

« Bah vu qu'il était déjà attaché, donc ça allait ! (rires). Mais, c'est vrai que, si je me dis que s'il avait débarqué comme ça dans mon cabinet, euh, à me raconter euh, son histoire, vraiment je ne sais pas comment j'aurai pu gérer. En plus, c'était un grand gaillard d'1m80, 90kg ! »

➤ En visite :

- *Pouvez-vous me raconter une visite à domicile d'un patient psychotique qui vous a marqué ?*

« Alors une visite à domicile d'un patient psychotique, est-ce que j'en ai ? Parce que ça, c'est vrai que c'est ... c'est plus spécifique, euh je ... (longue hésitation) en fait ce n'était pas vraiment pour elle que je ... enfin pour lui que je venais, c'était pour elle. Mais en soi, voilà, le discours du monsieur justement qui nous avait appelé pour nous dire que sa femme n'allait pas bien il n'était pas très très cohérent quoi ... Enfin, donc je me rappelle que sur le coup je me suis dit que ... je me demande s'il n'était pas en train de décompenser un petit truc ... ou il était peut-être juste « bourré » hein. Je n'ai pas la preuve. Mais, en gros il n'arrêtait pas de dire qu'elle le trompait tout le temps, qu'il savait pertinemment qu'elle se fichait de ... lui, et puis là tout à coup : elle va s'enfermer dans la salle de bain : « Mais qu'est-ce que ... enfin ... je ne vois pas pourquoi » Et, c'est vrai que même moi, je me suis senti agressée par ce monsieur, donc je me suis dit que ... Enfin je n'ai pas su vraiment si c'était elle qui était en train de décompenser ou si c'était le monsieur qui n'en pouvait plus, ou si c'était lui qui était en train de décompenser. Et elle qui essayait de se protéger. Et, du coup bah j'avoue que vu les circonstances j'ai expliqué à monsieur, que moi je n'allais pas défoncer la porte. Donc j'ai essayé de parler avec madame, et en fait là, elle m'a dit : « Non mais là, je me sens vraiment, vraiment pas bien ». Mais, si vous voulez que je sorte, il faut qu'il y ait les pompiers. » Donc je suis sortie et j'ai appelé les pompiers. Et c'est en fait l'attitude de madame, qui me semblait en fait assez calme, enfin assez calme par rapport à la situation, assez apaisée par rapport à la situation, qui m'a fait me dire que en fait si ça se trouve c'est elle qui avait peur. Si ça se trouve je suis passé complètement à côté que c'est lui qui était en train de décompenser. Et voilà, je n'ai pas eu la fin de l'histoire parce que le couple a été emmené aux urgences. Voilà ! »

Êtes-vous familiarisée avec les résultats de consultation ?

« J'essaye, après, familiarisée je ne sais pas. Donc je ne sais pas »

Pouvez-vous me parler d'une situation en cabinet ressentie comme dangereuse ?

« Euh oui, alors euh ... J'en ai une en tête, après voilà, je ne suis pas sûre que ça soit psychotique comme truc. Bah, en fait c'était un jeune, 23, 24 ans pas beaucoup plus, qui venait pour son renouvellement de traitement « normal ». Alors après, c'était quoi ... des anti-histaminiques et, enfin bah voilà, ce n'était pas grand-chose de dingue sur le papier. Euh, bah c'était d'ailleurs la première consultation que je faisais avec lui. Et, du coup le mec il me demande : « Oui est-ce que vous pouvez me donner du DOLIPRANE ? ». Bon bah sur le moment je lui dis : « Oui il y n'y a pas de souci, pourquoi ? Parce que vous avez des douleurs ? » Il me dit : « Non c'est pour en avoir un petit peu sous le coude. » Et, du coup, bah en fait, je n'avais pas beaucoup de monde après, alors j'en ai profité pour faire un petit peu d'éducation. Pour expliquer que : « Bah en soi, ce n'est pas que je ne veux pas donner du DOLIPRANE aux gens qui m'en demandent, mais à un moment, enfin c'est deux euros à la pharmacie. » Et je pense que la sécu, elle a bien d'autres problèmes à régler que de gérer le stock de ce monsieur-là. Et bah j'ai essayé de lui expliquer que, bah, si je n'avais pas de raison médicale, il n'avait pas d'antécédents, il n'avait pas de douleurs, là maintenant tout de suite donc ce n'était pas la peine de charger son ordonnance. Donc, pour dire qu'il avait des ordonnances. Je pense que bon, j'ai essayé de prendre l'exemple de la sécu. C'est lui qui a abordé la sécu en premier, en disant : « Mais à quoi ça sert la sécu, sinon ? ». Donc du coup j'ai essayé de lui expliquer que ça paierait la chimio de sa grand-mère un jour peut être ! C'est, enfin, bon je ne l'ai pas dit comme ça mais voilà c'était l'idée de dire qu'il y a quand même beaucoup de maladies qui coûtaient très très chères. Que, peut-être que lui, un jour, il serait concerné et qu'il sera bien content dans 20-25 ans s'il a de gros problèmes de santé d'avoir encore l'assurance maladie à disposition pour lui payer toute ou partie de ses soins. Et, donc il a commencé à me traiter de tous les noms en me disant que, enfin c'est bon, si je n'ai pas envie de faire mon travail je n'ai qu'à partir. Et du coup bon, j'ai réussi à peu près à rester ... euh, calme face à la situation, en lui disant que de toute façon c'était lui qui était chez moi, là, maintenant tout de suite, parce que le cabinet c'est chez moi. Et, que ben moi je ne

changerai pas d'avis. S'il n'est pas d'accord, c'est à lui de partir, et en fait il est parti et j'ai entendu un énorme « boum », après. Et, en fait les secrétaires m'ont dit qu'il a tapé dans l'ascenseur. Mais, genre suffisamment pour que ça ait résonné dans tout le bâtiment, même les étages en dessous ils sont montés pour voir qu'est-ce qu'il se passait. Ils ont barricadé l'ascenseur parce qu'ils ont dit : « Mais il a cassé la vitre, il a ... » Bref, ce monsieur là je ne l'ai pas revu parce que du coup il a été blacklisté du cabinet. Mais, sur le moment, je n'étais pas fière hein ! J'avoue que ... »

➤ *Parlez-moi de la configuration de votre cabinet pour fuir en cas de nécessité.*

« Et bah, il n'est pas bien fait ! Parce que, après c'est ce que je te disais, du coup je n'ai pas forcément eu mon mot à dire pour cette configuration-là. Parce que, en fait, donc du coup, quand tu rentres dans le cabinet, donc par la porte, mon bureau il est contre le mur, mais du coup il y a le patient entre la porte et moi. Et, en fait les cabinets communiquent deux par deux, donc, avec une porte entre les deux. Mais, le problème c'est que l'autre porte, elle est sur l'autre versant. Alors, après, on a des fenêtres mais c'est des fenêtres ... Déjà c'est des fenêtres factices, qui ne s'ouvrent pas ! Et, ensuite on est au deuxième étage en fait, donc ce n'est pas ... Donc, en soi je pense que si, d'aventure je devrai m'enfuir de mon cabinet, j'essaierai de balancer mon ordinateur sur la tête du patient(rires), enfin c'est le mieux que j'ai trouvé là ... »

➤ *Avez-vous élaboré un scénario pour fuir une situation inconfortable ou dangereuse ?*

« Après j'ai dit l'ordinateur, enfin je sais que c'est une habitude que j'ai gardé de mon père qui est un peu un stressé de la vie ! J'ai toujours une bombe à poivre dans mon sac. Donc, c'est qu'en soi, plutôt que de balancer l'ordinateur, parce que ça coûte cher un ordinateur, peut être essayer de mettre juste un coup de poivre dans les yeux, et courir quoi ... »

Avez-vous élaboré ce scénario avant d'être confrontée à ladite situation ? Ou bien après y avoir été confrontée ?

« Euh(hésitation). Bah, c'était après l'épisode, on en avait reparlé avec d'autres collègues et on s'était tous rendus compte que, en fait, on n'avait pas de moyens de s'enfuir, parce que en fait tous les cabinets sont à peu près de la même façon, donc, en fait t'as les deux portes, le patient au milieu, et ton bureau. Donc, en soi, quel que soit le médecin on se fait coincer. »

Pouvez-vous me parler d'une situation en visite ressentie comme dangereuse ?

« Euh, alors, dangereuse, je ne sais pas ! Mais où je m'étais fait ... senti agressée en tout cas verbalement, euh ça m'est arrivée. Enfin c'était euh, en plus c'était chez un couple, où c'était surtout le monsieur qui avait du mal à se déplacer, un insuffisant respiratoire euh, BPCO (Bronchopneumopathie Chronique Obstructive), insuffisant cardiaque, insuffisant d'à peu près tout ce que tu veux ! Donc, c'était un des seuls pour qui je faisais vraiment des visites à domicile systématiques, parce que je savais que c'était compliqué pour lui de se déplacer. Et, en fait, en soi, c'était surtout sa femme qui gérait les ordonnances, et du coup elle me donne l'ordonnance de renouvellement. Et puis, après elle me sort, une fois après que j'ai terminé, que j'ai signé, que j'ai donné, elle me donne une nouvelle ordonnance en disant : « Alors oui, et puis il y a le neurologue qui a donné ça, que ... » Donc, je commence à lui faire remarquer que bon ... la prochaine fois ça serait bien de me sortir toutes les ordonnances en même temps. Pour pas que ... Parce qu'en plus, l'ancienne ordonnance, j'avais pris de la place pour mettre le tampon et la signature. Mais j'aurai très bien pu, euh, tout mettre sur la même. Tu vas finir par croire en écoutant ton enregistrement que je ne pense qu'à l'argent. Mais, en fait, c'est juste question de praticité, parce que bah les ordonnanciers, les tampons, le temps qu'on les reçoive, euh ... Des fois, ça peut prendre plusieurs semaines. Mais bon, passons, donc j'ai fait la remarque en disant que : « La prochaine fois : essayez de tout sortir d'un coup pour pas que, enfin pour que je sache où je vais. Parce que là, ça faisait presque un deuxième motif, parce que, forcément en fait elle me sort le truc en me disant : « le neurologue il a prescrit ça ». Donc, ça sous-entend qu'il faut demander : « Bah pourquoi il est allé voir le neurologue ? » Parce

que je ne le savais pas suivi par un neurologue. « Pourquoi, enfin, qu'est-ce qui s'est passé ? Qu'est-ce qu'il vous a dit, est-ce qu'un compte rendu m'a été envoyé ? » Etc ... Donc, je recopie l'ordonnance et puis là, elle m'en sort une troisième enfin là, je lui dis : « Là, maintenant on va s'arrêter. Enfin ... A un moment, je ne suis pas là juste pour distribuer des ordonnances. » Et, en fait elle s'est mise à pleurer. Donc, j'étais là en train de dire : « Non, mais enfin ... ». Je n'ai pas compris pourquoi elle se mettait à pleurer comme ça. Alors, que c'est moi qui aurais dû pleurer en fait ! (rires) Mais bon, passons ... Donc, je lui ai dit : « Mais madame ne le prenez pas comme ça, c'est juste que, enfin, je viens de vous faire la remarque en plus, que je veux avoir tous les éléments en début pour savoir qu'est-ce que je fais ! Et, vous me dites, oui oui, vous me ressortez un nouveau truc derrière ! » Et puis, en fait, là elle s'est levée, elle s'est mise à me crier dessus en me disant : « Mais nan, l'ancien médecin il ne faisait pas ça et puis on n'a jamais eu de problèmes avec lui, et puis ... euh je ne comprends pas pourquoi est-ce que vous êtes comme ça avec nous. Alors que, sachant que ... le monsieur il avait fait une décompensation de BPCO, deux semaines avant et qu'il ne voulait pas aller à l'hôpital donc j'ai du tout gérer en externe. J'avais tout fait ... J'étais allée chez eux tous les soirs pendant presque dix jours, peut-être pas quinze jours, donc voilà, là ça c'était calmé, donc j'en profitais aussi de mon contrôle pour faire le renouvellement. Donc là, c'est moi qui me suis un petit peu énervée en disant : « Puisque c'est comme ça vous rappelez l'ancien médecin et puis voilà. » Et donc, du coup j'ai fermé ma sacoche et je suis partie, enfin je me suis levée pour partir et en fait elle m'a poursuivie dans la rue en disant : « Et moi, mes ordonnances à moi ? Et mes ordonnances à moi ? Donc, une fois que j'étais dans la rue et qu'elle avait ameuté tout le voisinage, parce que forcément, hein, quand on a un voisin qui crie comme ça je pense que n'importe qui sortirait ne serait-ce pour voir simplement ce que c'est. Donc, une fois que j'avais mon public là et que je me sentais mal à l'aise. Je lui ai montré le cabinet qui était au bout de la rue et je lui ai dit : « Voyez madame, vous avez pu me poursuivre jusque-là, pour vos ordonnances vous allez traverser la rue et on se retrouve au cabinet et je suis partie. Mais, j'avoue que je n'étais pas bien, hein. Et là, j'ai réussi à fuir. »

➤ *Parlez-moi des mesures que vous avez mis en place pour fuir ou affronter ce type de situation ?*

« Ah, bah du coup, c'est vrai que suite à ... C'est vrai que ce n'était pas ma première mauvaise expérience de ... de visite. Enfin, après c'était plus des patients qui abusaient de ma gentillesse, que, de vraiment de situation où je me sentais en danger on va dire. Donc, là, bah, en fait suite à ça, j'ai pris l'excuse qui est vraie, hein, que je n'ai pas beaucoup de temps pour les visites à domicile. Donc, maintenant les visites à domicile c'est EHPAD. HAD. Point barre. Les autres : c'est cabinet. »

Votre expérience au contact des patients psychotiques a-t-elle eu un impact sur votre approche de la psychiatrie au quotidien ?

« Euh, bah oui, quand même je pense ! Je pense que oui, les quelques-uns que j'ai vu en stage. Euh, j'ai quand même eu la chance en passant dans différents services et en voyant différents ... différents psychiatres mine de rien. De voir l'avant-après et en fait c'est vrai que je pense qu'il y a cette ... enfin je ne dis pas que j'ai une sensibilité particulière. Mais, le fait que : voir une fois que le traitement est bien en place, bien géré, bien toléré ... Euh c'est une autre personne en fait qui est derrière. Enfin une fois qu'on a enlevé la maladie ... Et, en fait je pense que c'est pour ça que ... Maintenant, en tout cas où j'essaye quand je vois des gens, qu'on va poliment qualifier d'étrange ... Je ... Enfin, au moins je m'efforce à me poser la question de : « Est-ce qu'ils sont étranges parce qu'ils sont bizarres ou ... est-ce qu'il n'y a pas quelque chose derrière qui pourrait expliquer cette bizarrerie et, qui vaudrait le coup d'être un petit peu exploré. Après, voilà, je ne dis pas que j'arrive à dépister tous les ... tous les gens psychotiques que je vois hein ! Mais, c'est vrai que j'essaye ! »

III Perspective

Pouvons-nous parler des traitements psychotropes :

« On peut, mais à un moment on va être vite limités je pense(rires) »

- Êtes-vous familiarisée avec les molécules à visée psychiatrique ?

« Euh pfff (long soupir), j'avoue que, à part, ouai, tout ce qui est antidépresseur, ouai ... les médicaments que j'ai pas mal manipulés en addictologie et tout ce qui est LOXAPAC ou ... euh, traitement un peu d'urgence ... Aux urgences, je ne sais pas, je recopie bêtement les ordonnances et j'ai une notion, un petit peu, après s'il faut regarder un petit peu ce que c'est, enfin j'essaie de regarder pendant, mais ... »

- Quelles sont vos habitudes de prescription ?

- Pourquoi avez-vous fait le choix de ces molécules ?

« En fait, au début quand les gens arrivent avec une ordonnance, alors les gens souvent quand ils sont bien équilibrés je peux parler un petit peu et je leur demande depuis combien de temps ils le prennent et ... Ou alors ça m'est souvent arrivé d'avoir des consultations de patients justement psychotiques qui étaient accompagnés par des infirmiers du CPO. Du centre psychiatrique. Et, du coup bah là c'est vrai que on a un échange différent. Parce que l'infirmier, il a quand même beaucoup d'informations à me confier. »

- Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?

« Après, je pense que c'est quand même assez « traître » la psychiatrie en général, c'est le genre de choses, où, comme je te disais : une fois que le traitement est bien en place, après, là pour le coup je parle bien des dépressions légères, celles qu'on arrive vraiment à calmer avec euh ... quelques molécules, bah les gens se sentent mieux, donc ils ne se sentent plus malades parce qu'ils se sentent de nouveau eux-même. Et donc c'est, je pense, que c'est vraiment en créant un lien de confiance, pour que, en fait ils aient suffisamment confiance en nous pour nous croire quand nous, on dit, que s'ils arrêtent, ça va mal se passer ! Après, je sais que malgré ce lien de confiance ... Euh ... J'ai régulièrement des gens qui essaient quand même d'arrêter leur médicament. Et, qui m'appellent en pleurs, deux jours après la consultation : « Je n'ai pas pris mon médicament hier. Je ne vais pas bien ! Qu'est-ce que je fais docteur ? » « Tu prends ton médicament ! » Après, quelque part, voilà, je comprends qu'ils fassent l'expérience et c'est un peu frustrant de se dire que bah ... justement : « Je vous l'avais dit ». « Bah, pourquoi tu ne m'as pas cru ? » « Mais oui, c'est ... je me sens mieux ! Donc, pourquoi prendre un médicament ? » C'est compliqué après, j'entends ! »

- Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients psychiatriques ?

« Je pense qu'il ne faudrait vraiment alors peut-être pas nous former, parce qu'on a déjà beaucoup de choses à apprendre mais au moins démystifier la psychiatrie. Enfin, je ... moi je faisais partie au S. (nom d'association) des gens qui défendaient, euh, bec et ongle le fait qu'on devrait nous imposer un passage en psychiatrie, justement pour voir l'avant-après, pour que ... bah on se rappelle que c'est une maladie, enfin que ce sont des maladies. »

- Quels sont les points forts de ce qui est proposé actuellement ?

- Quels sont les points faibles ?

« Bah, je pense que dans la prise en charge psychiatrique en général, les points forts c'est qu'il y a des ... notamment tout ce qui est CMP, les services d'urgences psy. Les ... c'est quoi, c'est la maison des ados. Enfin les CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), les choses comme ça ... Enfin, il y a des services qui sont vraiment dédiés pour ça, et en soi parfois il faut chercher un peu mais on arrive quand même parfois à trouver une réponse vraiment spécifique, euh, pour la psychiatrie, parce que c'est vrai que, un patient, euh, délirant ou dépressif qui arrive aux urgences. Enfin aux urgences générales je veux dire, il n'est pas bien reçu mais je pense que c'est ça. C'est comme : oui, pour revenir sur ce que je disais tout à l'heure, comme les gens connaissent mal ces trucs-là. Bah l'un des systèmes de défense que je pense, répandu, c'est qu'on les rejette, enfin on a peur donc on les rejette. Le point faible c'est la réaction des urgentistes, le point fort c'est qu'il y a vraiment des endroits pour shunter les urgences classiques. »

- Quelle place occupez-vous dans la prescription ?

« Euh ... Je signe ! (rires) Bah blague à part, après comme je te dis en addicto' je me sens un petit peu à l'aise donc ça m'arrive d'initier des sevrages simples hein. Je ne me lance pas dans des sevrages de cocaïne ou autres mais pour tout ce qui est tabac et parfois pour des consommations pas très très importantes d'alcool mais quand même problématiques, je me sens de tenter des choses. Pour tout ce qui est dépression, crise d'angoisse etc ... Aussi c'est des sujets que je maîtrise un peu, donc euh ... Je me sens d'essayer d'instaurer des choses. C'est vrai que, après, c'est ... Je me sens vite limitée pour tout ce qui est psychose, même le dépistage de l'autisme. J'essaye de le faire, mais en moi-même je sais pertinemment que je suis contente de ne jamais en avoir trouvé parce que c'est ... voilà. »

- Quel est le rôle du généraliste dans la prise en charge de l'entourage des patients psychotiques ?

« Bah, je pense qu'on a quand même un rôle d'accompagnement au moins, et ça c'est un message que j'essaie de faire passer mais je crois que ça ne marche pas trop, bon en même temps je ne suis pas installée depuis 30 ans hein. Mais c'est de dire à l'entourage, qu'eux aussi ils ont le droit de craquer, ils ont droit de demander à venir, euh, nous consulter, nous, en tant que médecin. Même si c'est juste pour parler pendant 20 minutes, et bien : « Oui, tu viens, tu lâches ton sac, tu le vides. Et puis voilà, ce n'est pas parce que ton conjoint, ta conjointe, ton enfant, ton parent est psychotique que toi, tu dois être son roc jusqu'au bout, enfin ... » C'est ... je pense qu'on a un vrai rôle d'accompagnement à jouer aussi pour eux. Il faut faire passer le message ! C'est le mal du siècle la communication ! »

- Avez-vous constaté une culpabilité chez les mères de patients psychotiques ?

« Bah après, bah, enfin je ... je te dis là où j'ai vu le plus de patients psychotiques vrais, c'est quand j'étais passée en pédopsychiatrie. Il y a peut-être un petit biais à ce niveau là ... Mais c'est vrai que, au final les mères on ne les voyait pas trop ! Donc, on voyait des gens de la famille. Parfois le père, mais les mères, on ne les voyait pas. Alors, après, enfin j'en avais parlé avec mon interne qui me disait que souvent les mères elles venaient au moment où il y avait moins de gens dans le service. Et, si, il y en a une que j'ai vu mais, elle, ce n'était pas la mère de l'année, à mon sens ! Mais, c'était plus un rejet que vraiment une culpabilité ou autre, mais bon, après je crois que le diagnostic venait tout juste de tomber. Bon, en même temps, oui le diagnostic venait de tomber mais il y avait quand même des signes avant-coureurs hein ! C'était un jeune de 17 ans qui s'était fait renvoyer déjà de 3 établissements scolaires différents pour des moments de violence ou autre. Et, enfin il y avait eu un médecin qui avait dit que c'était peut-être des crises clastiques justement ! Mais bon, elle, je pense que, elle ... enfin ... pour ne pas lui jeter complètement la pierre, je me dis que c'est peut-être le système qui a failli, et elle du coup qui en avait marre ! »

- Concernant vos échanges avec vos confrères psychiatres :

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les confrères psychiatres. Et des courriers que vous recevez de leur part.

« Ils savent écrire ? Non blague à part, euh ... C'est vrai que quand j'étais en stage à l'hôpital et que de temps en temps on les croisait dans le couloir, ils étaient très gentils, très sympas tout ça. Mais non, je ne crois pas avoir jamais reçu de courrier d'un psychiatre ! Alors je me rappelle en avoir écrit quelques un ! Je n'ai jamais eu de retours, ou alors c'est les patients qui me disaient euh oui, alors j'ai rendez-vous avec monsieur machin, madame machin. Et si, on va dire la seule relation que j'ai établie avec un psychiatre, là c'était un peu plus conflictuel, c'est à dire que j'avais mis la patiente sous anti-dépresseurs. Euh, la semaine d'après il y avait eu un désistement, donc elle avait pu avoir un rendez-vous chez le psychiatre qui avait changé la molécule, elle était revenue la semaine d'après parce qu'elle ne supportait vraiment pas la molécule, enfin elle avait des ... nausées, des troubles digestifs, enfin des trucs qui n'avaient rien à voir avec sa pathologie. Enfin, mais

qui faisaient partis des effets secondaires du médicament. Donc, je suis repassée sur la première molécule qui, au final, à mon sens n'avait pas eu le temps d'agir. Et puis, comme ... la deuxième était mal tolérée, et donc ... au renouvellement d'après. Enfin, le renouvellement d'après c'était le psychiatre qui l'avait fait, et deux mois après quand j'avais revu la patiente j'ai vu qu'il avait encore changé la molécule pour revenir sur celle que j'avais enlevé. Donc, j'avoue que à ce moment-là j'ai abandonné, je me suis dit qu'il faut qu'il y en ait un de nous deux qui soit plus intelligent que l'autre. Donc j'ai décidé de laisser comme ça ! Mais après, j'avais essayé, je me rappelle avoir appelé le C. (nom d'établissement) justement pour voir s'il n'y avait pas une explication logique et rationnelle. Mais, il ne m'avait jamais répondu, enfin il devait me rappeler ... ça fait 8 mois ! J'attends ! »

➤ *Pouvez-vous me parler de la qualité de vos échanges ?*

« Bah écoute ... euh, mes échanges, ouai je te dis en tant que personne, les quelques psy' que je connais, ils sont très gentils et ... on papote bien au billard de l'internat et à la pause-café, mais ... Dans le cadre professionnel, des échanges clairement j'en n'ai pas ! Enfin, donc euh ... je ne peux pas les qualifier ! »

➤ *Pouvez-vous me parler de la fréquence de vos échanges ?*

➤ *Vous sentez-vous bien informée du devenir de vos patients psychiatriques ?*

« Non, c'est ça, c'est quand les patients, en général les patients, mes patients ils sont gentils, donc les patients que j'adresse au psy souvent ils sont reconnaissants quoi, parce que c'est beaucoup de névroses donc, au moins ils ont une écoute ! Donc, ils reviennent me dire comment ça s'est passé. Et ... ça vient des patients. »

- Parvenez-vous à rencontrer aisément vos confrères en cas de difficulté ?

« Bah c'est un petit peu compliqué quand même hein ! Mais je te dis souvent, enfin avant parce que là je crois avec le covid, là il y a eu quelques départs de psys dans la région. Déjà qu'il n'y en avait pas beaucoup mais avant c'est vrai que quand on voulait absolument rencontrer un psychiatre, il fallait aller à l'internat de l'hôpital ! Et il y a un baby-foot, il y a un billard, il y a une TV avec le câble, il y a du café dégueulasse mais ... on arrivait quand même à en croiser un ou deux de temps en temps ! »

- *Pouvez-vous me parler de vos relations avec les infirmières spécialisées en psychiatrie ?*

« Bah après, ça, c'est vrai c'est ce que je te disais tout à l'heure contrairement aux psychiatres, donc je vais commencer à croire que c'est une légende urbaine. Ceux, en tout cas qui sont venus en consultation avec certains patients un petit peu limites. Euh, ça s'est très bien passé et au contraire il y avait vraiment un vrai échange et un vrai intérêt à ce que certains patients soient accompagnés ! »

IV Conclusion

- Quels sont les points que vous pourriez améliorer concernant la prise en charge du patient psychotique ?

« Je pense que, en vrai si je voulais vraiment bien faire les choses ça serait, oui, de peut-être forcer un peu la porte du C. (nom d'établissement), enfin des centres psys de la région, pour vraiment demander à rencontrer les psys. Et, à discuter, à leur dire que moi je suis prête à travailler avec eux, mais c'est juste que ... Je n'ai pas toutes les cartes. Donc, j'ai besoin qu'ils m'aident à les aider ! Mais après, c'est toujours une question de temps hein ! En plus, là, moi je suis sur le départ donc je ne vais pas non plus révolutionner le monde maintenant ! »

- Est-ce qu'à la suite de notre discussion il vous semble utile de participer à des événements en lien avec la psychiatrie ?

« Euh oui complètement, de toute façon c'est ce que je te dis hein, je pense que c'est un domaine qu'on connaît mal, déjà parce qu'il est un peu moins développé que les autres déjà, je crois. Mais, je pense que c'est toujours intéressant d'avoir des formations et des événements d'autant que là, en plus depuis que la crise est arrivée, nous avons tous un équilibre psychique fragile. Voilà, donc je pense que c'est toujours bon à prendre. Dans ce genre de domaine ! Mais parce que là c'est

cette ambiance là, mais bon on n'est pas à l'abri que, dans cinq ans il y ait autre chose »

➤ *Quel genre d'événement vous intéresserait ?*

« C'est ça, une formation, ou ne serait-ce qu'un vrai échange avec les psys, qu'ils nous disent qu'est-ce qu'on peut faire en fait ! Enfin, qu'on se mette d'accord sur qui fait quoi ! Mais bon, pour revenir sur mon histoire de ... bah la dame dont j'ai changé trois fois de traitement. Peut-être que, ce médecin là il estime que ce n'est pas à moi d'instaurer ce traitement antidépresseur, il n'y a pas de souci, mais dans ce cas-là qu'il me le dise ! Et, je vais lui envoyer tous mes patients dépressifs, enfin qui ont une petite baisse de moral et il va voir s'il pense toujours la même chose, mais bon. Mais, blague à part oui je pense que c'est vraiment des échanges qui manquent. Une formation aussi, mais des échanges principalement. »

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter d'un sujet dont on n'a pas discuté ?

« Là, comme ça je pense que ça ne me vient pas, je pense qu'on a fait pas mal de trucs »

Avez-vous quelque chose à ajouter sur la prise en charge des patients psychotiques en soins primaires ?

« C'est compliqué ! Et non voilà après c'est ça, c'est, je pense que c'est le début qui est compliqué. Mais, c'est parce que je ne suis pas à l'aise avec ça. Enfin je n'ai pas toutes les « armes » quoi. Et puis voilà »

Dernière question :

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ?

« Récemment, oui, enfin en plus, je fais un peu de régulation, de permanence de soins, oui ça je ne l'ai pas dit, donc j'étais en première ligne pendant les deux premiers confinements. J'avais, euh ... deux jours de régulation par semaine. Et ... mais le nombre d'appels qu'on avait juste pour des moments de ras le bol, des crises d'angoisse, chez des gens qui, avant, étaient considérés comme équilibrés. C'est assez monstrueux ! Mais bon voilà, ça nous passera ! »

N3 I Introduction / Formation

Je réalise cet entretien dans le cadre de ma thèse ayant pour thématique la psychiatrie en médecine générale et plus particulièrement la prise en charge du patient psychotique.

Je cherche à répondre à la question suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes face aux patients psychotiques ?

Mon directeur de thèse est le docteur LE GAC Michel, médecin généraliste retraité à ISIGNY SUR MER, enseignant de médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et du temps que vous m'accordez.

Cet entretien est anonyme, enregistré afin de le retranscrire mot à mot, m'y autorisez-vous ?

« Oui, oui, il n'y a pas de souci ! »

Pouvez-vous vous présenter ?

« Alors euh J. *. (nom du praticien), médecin généraliste installée depuis un peu plus de deux ans à V. (nom de ville). Euh est-ce qu'il y a besoin de mon âge ? »

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ? « 2017. »

Depuis combien d'années êtes-vous installée ? « 2,5 années. »

Pourriez-vous définir votre mode d'exercice ?

« Semi-rural avec des consultations sur rendez-vous, quelques visites le midi ou pas. J'interviens un petit peu à la maison de retraite de V. (nom de ville). Euh, voilà je reçois en moyenne 25 patients au cabinet par jour. Et je travaille 4,5 jours par semaine. »

Quand vous étiez interne, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Pas du tout. »

Depuis que vous êtes thésée, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Non plus. »

Au cours de votre formation avez-vous effectué un stage en psychiatrie ? Durant l'externat ? Durant l'internat ?

« Non plus, sauf en pédiatrie à S. (non de ville). J'ai vu quelques hospit' de pédopsychiatrie. Et, du coup c'est limité hein ! »

Après votre thèse, avez-vous été sollicitée pour des vacations/consultations somatiques dans une structure dédiée aux troubles psychiatriques comme par exemple avant une hospitalisation d'un patient en CHS ?

« Non. »

II Ressenti

Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?

« Je pense qu'il doit savoir le réorienter vers des structures à laquelle il peut s'adresser. »

➤ *En cabinet :*

➤ *Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient présentant des troubles psychotiques qui vous a marqué ?*

« Ouai, je ne sais même pas si je vais en avoir. Euh, je ne sais même pas si j'en ai eu en fait. Euh alors, si, peut être un seul, je vois un monsieur, un vieil homme, mais dément et qui avait des hallucinations. Mais, qui ne lui faisaient pas peur, donc c'était très facile à gérer, on a juste surveillé quoi. Mais, je crois que c'est le seul. Et puis, ça ne fait que deux ans que je suis installée aussi. Alors, si, mais ça remonte, au tout début de mon externat, euh, une garde aux urgences. Donc je suis rentrée dans le box pour le recevoir, et il m'a dit : « J'ai envie de tuer. Voilà, je suis repartie(rires). C'était une des premières gardes aux urgences, hein ! Du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de C. (nom de ville) »

➤ *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*

« Il était tout seul. »

➤ *Qu'avez-vous ressenti ?*

➤ *Avez-vous eu besoin d'aide ?*

« Ah, je ne m'en rappelle plus par contre. Et c'est peut-être ce qu'il me fait aussi ... enfin je ne me suis pas trop intéressée à la psychiatrie, parce que lui dès le début il m'a fait peur en fait. »

➤ *En visite :*

➤ *Pouvez-vous me raconter une visite à domicile d'un patient psychotique qui vous a marquée ?*

« Et bah non ! »

Êtes-vous familiarisée avec les résultats de consultation ?

« Je ne saurai pas ! »

Pouvez-vous me parler d'une situation en cabinet ressentie comme dangereuse ?

« Il faut que je réfléchisse(rires). Dangereuse ? Je crois que j'ai des consultations plus classiques, hein ! Au cabinet ou en visite ? Euh pfff... dangereuse, après, peut-être pas mais j'avais eu un patient qui était mécontent, parce que sur une ordonnance j'avais mis, tu sais, non remboursable sur des médicaments. Qu'il voulait prendre pour aller à l'étranger en fait. Il a été assez agressif quand même, je l'ai fait rentrer dans le bureau pour qu'on s'explique et il a été agressif verbalement, pas physiquement, verbalement. Pas de peur, ça, c'est sûr je n'ai pas eu peur. Par contre, j'ai été déçue parce que c'est un patient que j'appréciais et sa réaction ça m'a étonnée, ouai ! »

➤ *Parlez-moi de la configuration de votre cabinet pour fuir en cas de nécessité.*

« Je serai bloquée(rires). Parce que le bureau, il est à l'opposé de la porte et le patient serait entre la porte et le bureau. J'ai une fenêtre juste derrière moi, mais... assez haute. Après, on est rarement seuls au cabinet donc il suffit de crier et il y a un collègue qui arrive quoi. »

➤ *Avez-vous élaboré un scénario pour fuir une situation inconfortable ou dangereuse ?*

« Ah, pas du tout, non ! (Rires) »

Pouvez-vous me parler d'une situation en visite ressentie comme dangereuse ?

« Euh ... (long soupir), si, peut être sur une garde. Une patiente avec des idées suicidaires et qui ne voulait pas se faire hospitaliser. Là, j'étais ... Je ne savais pas comment faire ! Bah déjà, peur de l'approcher, là il y avait de la peur, ouai ! »

➤ *Parlez-moi des mesures que vous avez mis en place pour fuir ou affronter ce type de situation ?*

« Pas de mesures mises en place. »

Votre expérience au contact des patients psychotiques a-t-elle eu un impact sur votre approche de la psychiatrie au quotidien ?

« Non, je ne pense pas. »

III Perspective

Pouvons-nous parler des traitements psychotropes :

- Êtes-vous familiarisée avec les molécules à visée psychiatrique ?

« Ça dépend lesquelles ! (Rires). On utilise souvent les mêmes hein ! »

- Quelles sont vos habitudes de prescription ?

« Euh que les psychotropes ? Euh, en anxiolytiques j'utilise surtout le SERESTA ! »

- Pourquoi avez-vous fait le choix de ces molécules ?

« Parce qu'en gériatrie on l'utilise beaucoup, et du coup, bah je l'utilise facilement un peu pour tout le monde. Des fois l'ALPRAZOLAM, mais beaucoup moins souvent ! Et les autres c'est très rare en fait, c'est souvent celui-ci. Euh... »

- Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?

« Sur son traitement ? Comment on peut améliorer l'observance... Bah en refaisant le point régulièrement en consultation, déjà. Après s'il vient avec une personne de confiance, on peut voir aussi avec la personne de confiance ! Mais je pense que souvent ils sont quand même seuls ! »

- Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients psychiatriques ?

« Alors je pense qu'il faudrait avoir accès plus facilement aux consultations psychiatriques. Ce n'est pas toujours facile ! Parce que ... Bah souvent on envoie aux urgences euh, du CHU, ou de B. (nom de ville) où ils vont avoir un avis psychiatrique. Il faudrait ouai, quelque chose en ville, de plus accessible en fait. Voilà, pour ceux qui n'ont pas de psychiatres, après, ceux qui ont des psychiatres : on peut toujours essayer d'appeler, mais, ceux qui n'en ont pas euh ... »

- Quels sont les points forts de ce qui est proposé actuellement ?

« En psychiatrie ? Si, j'avais vu passer un document sur ... ceux qui avaient fait une tentative de suicide, il y a un ... c'est VIGILAN'S je crois, qui suit, ça c'est pas mal ! Après, d'autres points forts. Euh ... Je n'en sais rien ! »

- Quels sont les points faibles ?

« Ce n'est pas très accessible les consultations psy'. Et pire, nous, en milieu semi-rural. Et pour envoyer des gens des fois au CMP par exemple à A. : ils ont des délais énormes, hein ! Et pour avoir fait aussi récemment une demande pour une jeune fille, de consultation au CHR (Centre Hospitalier Régional), et bien c'était compliqué hein ! ça a été très compliqué, ouai ! »

- Quelle place occupez-vous dans la prescription ?

« Pour tout ce qui est psychiatrie, hein ? Bah ça m'arrive de débiter un traitement, comme ça m'arrive de renouveler un traitement ! Et alors généralement, pour les gens qui ont déjà un traitement psy, je modifie euh ... quasiment jamais ce qui est prescrit par le psychiatre ! Voilà. »

- Quel est le rôle du généraliste dans la prise en charge de l'entourage des patients psychotiques ?

« Après, c'est compliqué comme question, parce que ... qu'est-ce qu'on a le droit de dire à la famille ? Si on a l'accord du patient, moi je veux bien essayer d'appeler

la famille et de discuter avec eux, mais il faut encore avoir l'accord du patient ! Moi, je contacterai facilement la famille avec un accord. »

- Avez-vous constaté une culpabilité chez les mères de patients psychotiques ? (Non concernée, le patient psychotique était venu seul aux urgences)

- *Concernant vos échanges avec vos confrères psychiatres :*

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les confrères psychiatres. Et des courriers que vous recevez de leur part.

« Euh ... (rires) J'en ai déjà eu quelques-uns au téléphone mais ça reste rare ! Parce que, ce n'est pas le gros des motifs qu'on a en fait, en consultation. Et les courriers, c'est parfois compliqué à récupérer ! Là, j'avais ... Enfin il y a un an à peu près, j'avais deux patientes qui étaient sorties d'hospitalisation de psychiatrie à B. (nom de ville). Et, pour avoir les compte-rendu c'était compliqué. Il y avait des traitements en plus, du LEVOTHYROX, par exemple, qui avait été introduit. Je n'avais pas ... Enfin je ne sais pas pourquoi, je n'avais pas de ... bilan/sang à l'appui. Enfin ça a été compliqué, j'ai dû réclamer plusieurs fois ... »

➤ *Pouvez-vous me parler de la qualité de vos échanges ?*

« Une fois reçus, après oui, j'en été satisfaite hein ! »

➤ *Pouvez-vous me parler de la fréquence de vos échanges ?*

« Oulà oui ! Je ne pense même pas une fois par mois. Je pense. Oh non ! C'est plus rare ouai. »

➤ *Vous sentez-vous bien informé du devenir de vos patients psychiatriques ?*

« Bah, pas forcément du coup parce que je suis obligée de réclamer, euh, à distance de la sortie ! »

- Parvenez-vous à rencontrer aisément vos confrères en cas de difficulté ?

« C'était quoi la question ? Aisément ? D'accord ... Les confrères psychiatres ? J'en n'ai jamais rencontré ! (rires) »

- *Pouvez-vous me parler de vos relations avec les infirmières spécialisées en psychiatrie ?*

« Alors, je les avais vues sur des gardes aux urgences par exemple. Et bah ... ça s'est toujours bien passé, parce que je pense que de toute façon, c'est elles qui font des bilans euh ... en première quoi ! »

IV Conclusion

- Quels sont les points que vous pourriez améliorer concernant la prise en charge du patient psychotique ?

« Bah, faudrait que je fasse une formation ! (rires) Après, ce n'est pas que ça ne m'intéresse pas, c'est que, il faut du temps quoi, mais euh ... Pourquoi pas hein ! Parce que, je pense que j'aurai plein de choses à apprendre ! »

- Est-ce qu'à la suite de notre discussion il vous semble utile de participer à des événements en lien avec la psychiatrie ?

« Oui ! »

➤ *Quel genre d'événement vous intéresserait ?*

➤ *Est-ce que vous pourriez échanger avec des psychiatres, des travailleurs sociaux ou des associations ?*

« Euh, bah peut être plus par des psychiatres, sur des cas concrets hein ! Qu'on sache quoi faire en cas de tel symptôme euh ... Voilà ! »

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter d'un sujet dont on n'a pas discuté ?

« Pas forcément, non ! (Rires) »

Avez-vous quelque chose à ajouter sur la prise en charge des patients psychotiques en soins primaires ?

« Bah, je pense qu'on a besoin d'une formation hein ! C'est ce que je disais. Parce que, moi, je pense que je serai très très vite en difficulté, en fait. Donc, heureusement que j'en n'ai pas des masses dans ma ... dans ma patientèle, parce que je pense que je serai vite en difficulté ! Oui, et puis je pense que j'aurai vite peur, euh ... »

Dernière question :

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ?

« Euh ... je pense que oui, après, moi c'est difficile parce que je n'ai pas trop de recul, je suis installée, que depuis deux ans ... Mais ... Je pense que oui ! Là j'ai eu le cas d'une, euh, d'une jeune fille. Même deux jeunes filles, hein ! Deux jeunes filles et ça faisait longtemps que je n'avais pas eu de consultation, euh ... De ce type-là ! Donc oui ! Je pense que oui ! Oui ! »

N4 I Introduction / Formation

Je réalise cet entretien dans le cadre de ma thèse ayant pour thématique la psychiatrie en médecine générale et plus particulièrement la prise en charge du patient psychotique.

Je cherche à répondre à la question suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes face aux patients psychotiques ?

Mon directeur de thèse est le docteur LE GAC Michel, médecin généraliste retraité à ISIGNY SUR MER, enseignant de médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et du temps que vous m'accordez.

Cet entretien est anonyme, enregistré afin de le retranscrire mot à mot, m'y autorisez-vous ?

« Pas de problème ! »

Pouvez-vous vous présenter ?

« Du coup je suis médecin généraliste, installée depuis 2 ans et demi à V. (nom de ville). Donc j'exerce en milieu semi-rural et aussi j'ai une activité de médecin de la douleur. A l'hôpital d'A. (nom de ville). »

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ? « 2018. »

Depuis combien d'années êtes-vous installée ? « 2 ans et demi. »

Pourriez-vous définir votre mode d'exercice ? « Semi-rural. »

Quand vous étiez interne, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ? « Pas du tout. »

Depuis que vous êtes thésée, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Non ... euh ... non, pas du tout ! »

Au cours de votre formation avez-vous effectué un stage en psychiatrie ? Durant l'externat ? Durant l'internat ?

« Non. »

Pourquoi ?

« Parce que je n'ai pas eu l'occasion, et ce n'est pas quelque chose qui m'attirait en particulier. Donc, je pense que c'est pour ça ! »

Après votre thèse, avez-vous été sollicitée pour des vacations/consultations somatiques dans une structure dédiée aux troubles psychiatriques comme par exemple avant une hospitalisation d'un patient en CHS ?

« Bah il n'y a pas longtemps j'ai été sollicitée à A. (nom de ville), ils voulaient faire des appartements thérapeutiques, et ils avaient besoin d'un médecin généraliste ! Donc, on était deux sur le poste, mais en fin de compte euh ... au niveau de mon emploi du temps, moi ça ne collait pas ! Voilà, donc il fallait rajouter une journée en plus et ce n'était pas possible ! C'est un autre médecin qui fait ça ! »

II Ressenti

Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?

« Euh ... je pense qu'il a un rôle central ! Euh pour coordonner un petit peu les soins, le suivi. Euh il a un rôle aussi peut être de confident. Plus, plus simplement que quand le patient voit le spécialiste ! Euh, ouai plus proche ! On a un lien plus fort je pense ! Et, il va, enfin j'ai des exemples, j'en ai dans ma patientèle, hein ! Quand ça ne va pas, ils vont nous le dire à nous. Ils ne vont pas aller le dire au psychiatre alors qu'ils ont vu le psychiatre, trois ou quatre jours avant ! Donc, il y a vraiment le lien ! Ouai ouai ! »

➤ *En cabinet :*

➤ *Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient présentant des troubles psychotiques qui vous a marqué ?*

« Euh, qu'il soit en crise ou « normal ». Bah j'en ai un, un monsieur là, qui a ... enfin j'en ai même deux qui ont une trentaine d'années, qui sont psychotiques tous les deux ! Euh, bah souvent, ils viennent pour des petits ... plutôt pour des choses somatiques pour le coup ! Euh, parce que le renouvellement tout ça, c'est fait par le psychiatre. Mais on aborde souvent le côté psychiatrique quand même ! Leur pathologie, le traitement, est-ce qu'ils le prennent bien. J'essaie d'être vigilante là-dessus ! Souvent, quand ils ne le prennent plus, c'est drôle, ils le disent à nous, mais ils ne le disent pas aux ... à l'infirmier qui les suit ! Ou aux autres interlocuteurs ! Voilà, c'est vraiment ça en fait. Non, mais je pense que j'ai ... avec ces deux-là ça se passe plutôt bien ! Euh par contre, je sais que le jour où ils vont être en crise, euh, je serai peut-être moins à l'aise quoi ! C'est ça, en fait ! »

➤ *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*

« Non, seul. »

➤ *Qu'avez-vous ressenti ?*

« Bah je n'étais pas mal à l'aise ! Enfin, ça s'est bien passé en fait ! Ouai, ouai ouai ! Il y a eu un bon contact, parce que c'est un monsieur qui revient régulièrement me voir ! Donc, je pense que ça passe bien quoi ! »

➤ *Avez-vous eu besoin d'aide ?*

« Non, non non ! »

➤ *A qui avez-vous pu adresser le patient ?*

« Pour l'instant, il suit bien son traitement tout ça, après je sais qu'une fois, il m'avait dit qu'il le prenait moins bien. J'avais passé un coup de fil à son infirmier du CMP ! Qui avait revu derrière et il l'avait rassuré, il avait repris son traitement correctement. »

➤ *En visite :*

➤ *Pouvez-vous me raconter une visite à domicile d'un patient psychotique qui vous a marqué ?*

« Euh, j'en n'ai pas à domicile ! Je t'avoue qu'en fait, quand on va à domicile avec S. (nom de consœur du cabinet), S. est allée une fois pour ce patient-là, justement dont je parlais, et c'était pour l'hospitaliser d'office. Et c'est la seule fois où on est allés à domicile et on a dû appeler le maire, les gendarmes, tout ça. Et du coup, à domicile en fait on évite d'y aller ! On les fait venir parce qu'on se sent rassurés. Il y a les collègues à côté. »

➤ *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*

« Il était tout seul. »

Êtes-vous familiarisée avec les résultats de consultation ?

« Oui ça, ça va ! Ouai ouai, ouai ouai ! »

Pouvez-vous me parler d'une situation en cabinet ressentie comme dangereuse ?

« Comme dangereuse ? Euh, bah ... (hésitation) dans le sens, où moi, je me suis sentie en danger ? Physiquement ou ... oui bah j'ai déjà eu le cas une fois un monsieur qui est arrivé en retard à sa consultation. Trois quart d'heure de retard ! Bon, je lui ai fait remarquer qu'il était en retard mais ça faisait trois fois qu'il venait en retard pour ses renouvellements ! Et du coup, pour la troisième fois je lui ai dit : « Bah monsieur, à la limite prenez un autre horaire si cet horaire-là ne correspond pas ! Et en fait, il s'est fâché, il m'a agressé, il m'a dit euh ... : que ce n'était pas une « petite médecin généraliste » qui venait de s'installer et qui travaillait que deux jours par semaine qui devait lui expliquer ... Mais il a été très violent dans ses paroles ! Et bah du coup, je l'ai viré de la consult' quoi ! Du non-respect en fait ! Et puis je me suis sentie un peu humiliée quoi ! Parce qu'il y avait sa femme qui était là en plus ! Et qui n'a osé rien dire, bah je pense que (j'évoque le sentiment de peur) ... De la réaction de son mari en fait ! Ouai ouai ! »

➤ *Parlez-moi de la configuration de votre cabinet pour fuir en cas de nécessité.*

« Bah on ne peut pas ! En fait, euh, moi quand tu rentres, enfin, ils ont la salle d'attente ici, tu rentres ... Ils vont à mon bureau et après il y a un mur et après ils vont pour être examinés. Donc, en fait pour ressortir bah je suis un peu bloquée quoi ! Ouai, s'il est au bureau je suis obligée de passer devant lui ! »

➤ *Avez-vous élaboré un scénario pour fuir une situation inconfortable ou dangereuse ?*

« Euh ... (hésitation) bah, pfff ... je crie ! (Rires) Je pense que je crie ! Les secrétaires entendent et ouai j'alerte ouai ! Et puis, bah quitte à ... bah tu sais tu décroches le téléphone ! Tu fais le numéro d'un des collègues et puis il va peut-être entendre au bout du fil qu'il y a quelque chose qui ne va pas quoi ! Sinon, je passe par la fenêtre hein ! Parce qu'on est au plain-pied donc, euh ... »

➤ *Avez-vous élaboré ce scénario avant d'être confronté à ladite situation ? Ou bien après y avoir été confronté ?*

« Bah justement, avec ce fameux monsieur là, je m'étais dit, euh ... (j'évoque le ressenti désagréable) ouai c'est ça ! »

Pouvez-vous me parler d'une situation en visite ressentie comme dangereuse ?

« Oui, un monsieur, euh ... qui est décédé maintenant ... un vieux monsieur chez qui on allait à domicile ! Qui était insuffisant respiratoire, donc sous oxygène. Qui avait dit que : Enfin qui faisait n'importe quoi ! Alcoolique, aussi ! Et en fait sur sa porte c'était marqué : « Ne rentrez pas comme ça je suis armé ! » Effectivement il avait une arme à feu quand on rentrait dans la maison. Donc, ce n'était pas très, euh, après voilà tu arrondissais les angles avec lui ça se passait bien. Mais, euh, ce n'était pas très rassurant ! Voilà ! Oui c'était vraiment dans la campagne ! »

➤ *Parlez-moi des mesures que vous avez mis en place pour fuir ou affronter ce type de situation ?*

« (j'évoque la communication) Ouai ! Ouai ! C'est désamorcer ... Après il n'a jamais été agressif, ni rien ! »
(J'évoque le fait qu'elle était prévenue) « Ouai, il l'avait marqué sur la porte ! »

Votre expérience au contact des patients psychotiques a-t-elle eu un impact sur votre approche de la psychiatrie au quotidien ?

« Bah ouai ... je suis peut-être plus ... en alerte ! De certains petits symptômes, de gens qui vont ... je me dis : « Est-ce qu'ils ne vont pas décompenser bientôt ou

pas ? » Des petites choses comme ça ! (J'évoque le fait que ça l'a mise en état d'éveil) Ouai, c'est ça ouai ! »

III Perspective

Pouvons-nous parler des traitements psychotropes :

- Êtes-vous familiarisée avec les molécules à visée psychiatrique ?

« Pffou ... Pas beaucoup ! Franchement, euh ... je regarde souvent dans le VIDAL hein ! Ouai ! Je ne suis pas très à l'aise quoi ! »

- Quelles sont vos habitudes de prescription ?

« Et puis, si j'ai un doute j'appelle un psychiatre en fait ! »

- Pourquoi avez-vous fait le choix de ces molécules ?

« C'est aussi par habitude ! En fait, c'est un peu grâce au centre anti-douleurs en fait, il y a une psychiatre dans la structure. Et, une fois par mois on fait un staff avec elle. Et, j'avoue que de temps en temps, je lui pose des petites questions et elle, elle me dit : « Bah, cette molécule-là elle va être plus adaptée pour telle ou telle chose. »

- Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?

« Et bah, je pense avec un ... déjà faire des renouvellements pas sur trois mois, des renouvellements plus courts, plus fractionnés ouai. Euh, peut-être qu'il faudrait que les psychiatres nous envoient les comptes rendus des consultations pour qu'on sache nous, où on en est parce qu'en fait au final on sert à renouveler le traitement. Mais, on ne sait pas en fait ce qu'on fait, pourquoi on le fait. Et puis fractionner, et que dans l'intervalle ils voient l'infirmier psy' régulièrement aussi, je pense ! Bah c'est toujours un travail d'équipe. »

- Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients psychiatriques ?

« Bah, en recevant les comptes-rendus ! (rires). Bah, en fait du coup je me suis déjà même fâchée avec des psychiatres parce qu'on n'a pas les comptes-rendus ! Et c'est la galère ! En tout cas : le CMP d'A. (nom de ville) c'est impossible d'avoir des comptes-rendus ! Une fois sur deux, ils sont faxés quand même ! Et il faut rappeler pour dire : « Vous ne nous l'avez toujours pas faxé ». Enfin tu vois ... »

- Quels sont les points forts de ce qui est proposé actuellement ?

« Au niveau du suivi tu veux dire ? Ou au niveau de la prise en charge ? Bah je pense que les infirmiers psy' tout ça qui sont présents, qui sont sur le terrain c'est bien ! Je crois qu'il y a l'hôpital de jour aussi ! Euh, qui renforce aussi dans le coin, qui est bien ! Bah, j'ai en tête, là, mon jeune patient, je sais qu'il y va et ça le contient bien ! Des choses comme ça je pense que c'est important ! (J'évoque la présence des antennes à V.) il y en a une aussi à V., ça existe toujours aussi ouai ! Donc ça c'est bien ! »

- Quels sont les points faibles ?

« Le manque de compte rendu, de communication ! Tout simplement ! Après ils ont mis en place ... par exemple à A. (nom de ville). T'as des créneaux d'urgence qui se libèrent tous les 24h. Donc, si t'appelle, si t'as besoin, ça par contre ils sont hyper réactifs là-dessus ! Donc, ça c'est bien. Il ne faut pas dire que tout est nul. Mais ... ça c'est bien ! »

- Quelle place occupez-vous dans la prescription ?

« Bah, je ne suis pas du tout décisionnaire en fait, je renouvelle le traitement du psychiatre ! Bah, de temps en temps quand je vois que ça ne va pas du tout et que je

sais que je ne peux pas avoir un rendez-vous plus vite, je vais modifier un peu le traitement, mais voilà, c'est un peu, c'est plus rare ! Ouai ! »

- Quel est le rôle du généraliste dans la prise en charge de l'entourage des patients psychotiques ?

« Bah, c'est hyper important en fait ! Je pense, euh ... on fait de la réassurance je pense, de l'entourage, euh ... on les guide aussi pour leur dire il vaut mieux aller dans ce sens-là ou pas. Enfin, on a un point encore central je pense ! Là-dedans, c'est clair ! »

- Avez-vous constaté une culpabilité chez les mères de patients psychotiques ?

« Euh (hésitation) ouai, quand même après, mon patient là, c'est compliqué, sa maman vient de décéder d'un cancer, donc euh, mais, euh, elle culpabilisait pas mal quand même de la situation de son fils ouai ! »

- *Concernant vos échanges avec vos confrères psychiatres :*

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les confrères psychiatres. Et des courriers que vous recevez de leur part.

« Bah, on va dire qu'en soit les relations elles sont bonnes parce qu'au téléphone tout ça ils sont hyper joignables, mais il manque un retour de ce qu'il se passe derrière en fait ! »

➤ *Vous sentez-vous bien informée du devenir de vos patients psychiatriques ?*

« Ouai, il faut aller chercher les infos ! »

- Parvenez-vous à rencontrer aisément vos confrères en cas de difficulté ?

« Oui. »

- *Pouvez-vous me parler de vos relations avec les infirmières spécialisées en psychiatrie ?*

« Bah, là c'est très bien. C'est même eux, limite, c'est eux qui vont nous faire plus de comptes rendus que les psychiatres en fait ! On a souvent un petit mot : « J'ai vu monsieur untel ... bon ça c'est bien ! »

IV Conclusion

- *Quels sont les points que vous pourriez améliorer concernant la prise en charge du patient psychotique ?*

« Bah il faudrait que je sois plus formée, je pense, sur les prescriptions vraiment ! C'est ça qui pêche ! Et limite qui va peut-être me donner de l'assurance peut être pour oser modifier des traitements de temps en temps quoi ! »

- *Est-ce qu'à la suite de notre discussion il vous semble utile de participer à des événements en lien avec la psychiatrie ?*

« Ça peut être, même une soirée, où ils nous font un petit topo. Enfin, ça peut même peut être venir des psychiatres du coin parce qu'ils nous connaissent ! Comme ça on voit un peu comment ils travaillent aussi. Ça, ça peut être intéressant. »

➤ *Est-ce que vous pourriez échanger avec des psychiatres, des travailleurs sociaux ou des associations ?*

« Si eux, ils rentraient dans le suivi du patient ? Ah bah oui oui, carrément, ça peut être intéressant ! Oui, parce qu'il n'y a pas que le médical chez ces gens-là, il y a le social, il y a la prise en charge globale, ouai, c'est clair ! »

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter d'un sujet dont on n'a pas discuté ?

« Bah, non ! Non non ! »

Avez-vous quelque chose à ajouter sur la prise en charge des patients psychotiques en soins primaires ?

« Bah, je pense que ça se déroule bien mais que voilà, il faut garder en tête la communication entre tous les professionnels ! Voilà, c'est ça, ouai ! »

Dernière question :

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ?

« Oh oui ! Depuis le COVID, avec les confinements, c'est impressionnant ! C'est surtout chez des jeunes. Euh, on va dire 18-30 ans quoi, et on en a de plus en plus ! (J'évoque les troubles anxieux, les troubles dépressifs) Un peu des deux quand même, ouai ! Il y en a plein c'est impressionnant ! Et des gens, oui, où on n'allait pas suspecter ça, euh, quelques mois avant quoi. Ouai, ouai, c'est clair. »

N5 I Introduction / Formation

Je réalise cet entretien dans le cadre de ma thèse ayant pour thématique la psychiatrie en médecine générale et plus particulièrement la prise en charge du patient psychotique.

Je cherche à répondre à la question suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes face aux patients psychotiques ?

Mon directeur de thèse est le docteur LE GAC Michel, médecin généraliste retraité à ISIGNY SUR MER, enseignant de médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et du temps que vous m'accordez.

Cet entretien est anonyme, enregistré afin de le retranscrire mot à mot, m'y autorisez-vous ?

« Bien sûr ! »

Pouvez-vous vous présenter ?

« A. *, médecin généraliste, installée depuis décembre 2014 dans le quartier de la *. J'ai travaillé pendant 3 ans en prison en tant que médecin généraliste avant, donc les psychotiques je connais, un peu ! Enfin je suis juste généraliste mais je les fréquente au quotidien ! »

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?

« En 2013. »

Depuis combien d'années êtes-vous installée ? « 7 ans. »

Pourriez-vous définir votre mode d'exercice ?

« Urbain, sur rendez-vous, 20 minutes par rendez-vous parce que c'est long ! Parce qu'il y a des problèmes sociaux, toujours qui parasitent les consultations. Euh, je ne travaille pas tous les jours ! C'est ça, en gros. »

Quand vous étiez interne, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Ah pas du tout ! Parce que ce n'était pas au programme ! Parce que ce n'était pas dans les stages ! Le seul truc qui se rapprochait de la psychiatrie, c'était un stage euh, en prison ! C'est là que j'ai trouvé que c'était cool ! Mais en fait, moi je restais dans mon poste de généraliste, ouai. »

Depuis que vous êtes thésée, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Non. »

Au cours de votre formation avez-vous effectué un stage en psychiatrie ? Durant l'externat ? Durant l'internat ?

« Bah non rien du tout hein ! Bah pareil, parce que je n'avais pas de stage en psychiatrie, proposé, que je devais choisir ! »

Après votre thèse, avez-vous été sollicitée pour des vacations/consultations somatiques dans une structure dédiée aux troubles psychiatriques comme par exemple avant une hospitalisation d'un patient en CHS ?

« Pas du tout, non ! Non, non, mais je ne savais même pas que c'était possible ! »

II Ressenti

Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?

« Un rôle de canalisation, de soutien, euh de ... bah le soutenir dans sa prise en charge ! Lui dire qu'il ne faut pas arrêter les neuroleptiques parce que ça va mieux ! Ouai, en gros c'est ça, d'essayer de les tenir ! Euh après, bah, on en perd de vue hein ! Les psychotiques, bah je ne les vois plus ! Je ne sais pas où ils sont, soit ils sont en prison, soit ils sont hospitalisés, soit ils sont, bah ... dans d'autres pays ! Je ne sais pas, mais enfin on est là, s'ils sont là ... moi j'ai quelques patients psychotiques, ils arrivent entre deux, ils n'ont pas rendez-vous, bah je les prends. Bah ouai, s'ils sont là c'est que ça ne va vraiment pas ! Il faut le faire, tant pis, bah je ... suis en retard ! Je me donne le temps, tout à fait, exactement, oui oui ! »

➤ En cabinet :

➤ *Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient présentant des troubles psychotiques qui vous a marqué ?*

« Euh oui, tout à fait ! Un patient qui a disparu. Euh, qui entend des voix, qui a des hallucinations auditives. Euh ... Évidemment ce n'est jamais des voix sympa, hein, ils ne disent pas : « T'es merveilleux », ils disent : « C'est horrible, il faut que tu tues les autres, euh il faut que tu te tues ! Euh bah du coup, euh, c'est embêtant ! En plus les voix parasitent la consultation ! C'est à dire qu'il a vraiment une attitude d'écoute ! Mais bon, dieu merci je suis une femme, alors apparemment, parfois, être une femme ça protège ! Parce que du coup lui c'était des voix juste contre les hommes ! Euh ... et puis bah je lui ai dit de reprendre son traitement neuroleptique, que c'était vraiment bien le LOXAPAC par exemple. Et j'ai réussi à obtenir un rendez-vous euh ... avec son psychiatre parce qu'il attendait que ça pour une hospit' dans la semaine hein ! Euh parce que du coup, rapide ouai, mais je n'ai pas fait de HO ou de trucs comme ça parce que du coup il était venu, il était demandeur de soins ! Donc, je savais au moins qu'il allait jouer le jeu de prendre le traitement et puis il fallait que ça soit cadré dans les prochains jours ! Il fallait qu'il y ait un programme court ! Et du coup il a été canalisé, ensuite il a été hospitalisé. »

➤ *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*

« Il était seul, ouai ! »

➤ *Qu'avez-vous ressenti ?*

« Bah toujours un peu de fascination ! Ouai, carrément, parce que c'est ... euh ... c'est vraiment perturbant. Moi, je ne suis pas psychotique et je ne peux pas vivre ce qu'ils vivent ! Et, qu'il ait, vraiment, euh, des voix, ou avec l'attitude d'écoute. Enfin, c'est, on se rapproche des films quoi ! Je n'ai pas, je n'ai pas de peur ! Parce que, du coup, les patients psychotiques que je suis, bah ils ont : on a un bon contact, on a une relation de confiance en fait ! Donc, du coup, je ne me sens pas en danger ! Et je pense c'est important ça ! Ils pourraient, hein, à tout moment ... ils pourraient, mais ils viennent me voir spécifiquement, enfin je ... donc du coup ... moi je n'en ai pas trente-six mille hein ! J'ai une petite patientèle, mais enfin, du coup ... »

➤ En visite :

➤ *Pouvez-vous me raconter une visite à domicile d'un patient psychotique qui vous a marqué ?*

« Une visite à domicile ? Je n'ai pas fait ! Je n'ai pas eu ! Non, mes psychotiques sont bien portants, ils se déplacent ! Ils viennent en consultation, ils ont des jambes et ils trouvent l'endroit tout seuls ! C'est des gens seuls, souvent, hein ! Je n'ai pas ... je n'ai pas de psychotiques accompagnés quoi ! »

Êtes-vous familiarisée avec les résultats de consultation ?

« J'ai envie de te dire tout de suite : non hein ! Je ne vois pas de quoi tu parles ! (rires). Non, je ne vois pas ce que tu veux dire ... ouai, on est à la ramasse du coup. »

Pouvez-vous me parler d'une situation en cabinet ressentie comme dangereuse ?

« Oui, bah du coup, en cabinet ? De ville ? Dangereuse ? (hésitation). Non, j'ai déjà eu des mecs qui g*****, euh qui m'ont menacée, euh ... physiquement, mais qui, euh ... partaient en claquant la porte, en me traitant de s***** tout ça ... Et, mais j'étais

vraiment soulagée qu'ils partent ! Des poètes ! Qui n'étaient pas contents, souvent en lien avec des addictions ! Euh, notamment des addictions officielles, genre ... : « Je veux mes deux comprimés d'HAVLANE par jour, je ne comprends pas que vous en mettiez que un ! » Je pense à certains patients là, euh je ne comprends pas pourquoi vous ne me renouvelez pas mon ZOLPIDEM et mon ZOPICLONE ... En même temps ! » Des trucs comme ça, en fait ! Euh, après, euh ... en danger ? Non ! Non, parce que du coup il y a des gens, euh les toxicomanes, les samedi matin, tu sais, on fait des consultations libres ... donc parfois il y a des toxos qui tentent ! Euh, je veux mon SUBUTEX ou mon SERESTA, tout ça. Je dis « Bah non ! » Mais ils ne haussent pas le ton parce que du coup, bah, je suis claire là-dessus. Et ils sentent que je ne vais pas ... que je n'ai pas peur quoi ! Ouai, du coup ils partent ! Bah je ne sais pas, mais en fait, comme c'est clair dans ma tête, bah du coup, même s'ils haussent le ton, bah moi je ne le fais pas ! Puis je reste gentille ! (rires). Je leur dis : « Voilà vous êtes gentil mais bon ... j'ai envie d'aller voir ailleurs quoi ! Non, j'ai eu peur dans des situations en prison parce que effectivement les mecs en « taule » ils sont beaucoup plus violents ! Mais euh là, ça va ... »

➤ *Parlez-moi de la configuration de votre cabinet pour fuir en cas de nécessité.*
« Alors ici, c'est cool c'est le bureau que j'ai que le mardi matin, donc on peut faire ça (la médecin interrogée montre la baie vitrée). Mais de là-haut (en parlant du bureau à l'étage) et bah, je suis bloquée, désolée pour toi, tu vas me remplacer : c'est bloqué ! Y'a qu'une porte d'entrée qui est la porte de sortie, tu es au premier étage, tu ne peux pas sauter par la fenêtre : tu te pètes les chevilles ! Mais, j'ai un spray anti-agression, euh ... au fond de mon tiroir, en fait c'est mon conjoint qui m'a offert ça, bah du coup quand même la ***** (nom de quartier) t'es une fille, il me l'a offert ! Euh, elle doit être périmée, au fond du tiroir derrière les gâteaux, tu vois ! (rires). Donc, euh, bon ... »

➤ *Avez-vous élaboré un scénario pour fuir une situation inconfortable ou dangereuse ?*

« Pas du tout ! Je ne fuis pas moi ! (rires) »

Pouvez-vous me parler d'une situation en visite ressentie comme dangereuse ?

« Non ! Non, les visites c'est que des super vieilles dames, euh ... pénibles ! Elles ne sont pas dangereuses ! (rires) »

Votre expérience au contact des patients psychotiques a-t-elle eu un impact sur votre approche de la psychiatrie au quotidien ?

« Euh, peut être ! Parce que du coup, euh, j'ai vu des symptômes que je pensais qu'on trouvait que dans les bouquins ! Du coup, on les voit, et ça fait une expérience en fait ! Et, après on peut y penser quand on voit d'autres patients tu vois ! Tu dis : « Ce n'est peut-être pas que de la dépression ce bordel, c'est peut-être un autre truc, euh... » Après, je n'ai pas les armes psychiatriques, mais du coup parfois, ça peut se mettre à clignoter dans ta tête en se disant : « Ah ouai, ça me rappelle tel bonhomme, euh, psychotique euh ... : « Il faudrait peut-être voir un psychiatre rapidement ! »

III Perspective

Pouvons-nous parler des traitements psychotropes :

« Ah bah oui, mais alors là, ouai vas-y ! Ah, j'ai fait des essais hein ! Je suis joueuse ! »

- Êtes-vous familiarisée avec les molécules à visée psychiatrique ?

« Non ... Je fais « nimp » ! (rires) Non, bon bah après c'est en fonction du feeling, de l'humeur du jour et du patient. Non, après c'est plus l'expérience que j'ai eu en prison, des ordonnances des psychiatres ! Et puis, je voyais les effets vraiment pratiques de ... de ce que ça donnait ! Que je fais avec certains patients qui me semblent agités par exemple ! Ouai, une agitation psychique ! Tu te dis : « Bah faut peut-être les apaiser un peu : « Mais non, les neuroleptiques, euh ... j'ai eu beaucoup

de syndromes parkinsoniens, extra-pyramidaux. « Bon allez voir un psychiatre finalement !

- Quelles sont vos habitudes de prescription ?
- Pourquoi avez-vous fait le choix de ces molécules ?

« C'est à dire ? Par rapport à ? Oui bah, en gros je renouvelle, hein ! « Oh le LOXAPAC on ne va peut-être pas trop augmenter les doses, le TERCIAN c'est pareil ! Après, parfois je peux augmenter le TERCIAN pendant une semaine pour voir ! Et puis je revois la patiente ou le patient en disant :« On se revoit quand même ! Mais c'est plus, euh, je n'ai pas d'habitude ! Je n'ai pas un tableau, euh ... ouai je me sens angoissée là. (rires) »

- Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?

« Bah moi, ce que je fais c'est que je les revois régulièrement ! Mais, sans trop les braquer, parce que, quand on voit trop quelqu'un en tant que médecin, nous on ne les écoute plus au bout d'un moment ! Il faut trouver le juste équilibre ! Mais, je pense qu'il faut des projections quand même, pas à trop long terme quand même pour les renouvellements, euh, pour ... :« Vous voyez le psychiatre tous les deux mois, bah je suis là, entre deux ! Pour les tenir quoi ! Sans trop se fatiguer nous ! Parce qu'ils bouffent de l'énergie ces patients-là ! Ils sont évidemment toujours en train de vouloir tout changer et de tout déséquilibrer »

- Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients psychiatriques ?

« Une meilleure communication psychiatre-médecin traitant, ça ça serait un truc de ouf quoi ! ça serait vachement bien qu'on ait des petits courriers, parce que moi je leur fais des courriers aux psychiatres ! « Je ne comprends rien, ou alors je la trouve quand même vachement ralentie ! Elle est vide, enfin il y a des trucs, euh, pfff ... Et je n'ai pas de réponse ! Bah, ouai, c'est trop triste quoi ! Je veux dire voilà, on a un patient entre les deux ... Euh ... Nous on les voit vachement les patients, les psychiatres je ne sais pas comment ils appréhendent leurs patients les psychiatres ! Mais bon, j'ai des gens, enfin tu vas les croiser cet été parce que du coup, je les vois régulièrement, euh, et là j'ai dit : « Vous êtes sûr que vous n'avez pas trop dosé le truc quoi ? Parce que c'est un zombie quoi ! Comme dans les films. Elle avance comme ça ... Mais bon elle ne veut plus mourir quoi ! (rires). »

- Quels sont les points forts de ce qui est proposé actuellement ?

« Les points forts ? Les points forts par rapport aux psychiatres ? Je ne sais pas s'il y a des points forts! (rires). Euh si, on a peut-être des neuroleptiques retards ! Ah ouai, ça c'est cool, parce que vraiment pour les patients, pour qui c'est compliqué ... en piqûre ou ... du coup ça permet de tenir, ça ! C'est un point fort ! Ça, c'est bien !

- Quels sont les points faibles ?

« Bah franchement l'absence de communication, euh, qui est pesante avec des psychiatres, notre absence de formation ou alors j'ai séché les cours mais je n'ai pas l'impression ! Je ne sais pas ... euh, je ne sais pas ... et puis ... ouai les stages en psychiatrie ça serait pas mal pour les généralistes hein ! Clairement ! Parce que ça reste théorique dans les bouquins, euh, c'est super drôle quand tu vois les cas cliniques machin ... Mais le patient en vrai, euh, c'est une expérience physique en fait ! C'est ... un ressenti ! Tu as ... enfin je ne sais pas, c'est impressionnant ! Je pense que c'est une expérience corporelle en fait. »

- Quelle place occupez-vous dans la prescription ?

(J'évoque le renouvellement cf supra) « Bah on ne fait que ça. Et, parfois on se dit : « Ah, c'est, quand même : « On fait un demi comprimé et on voit, et puis bon ... bah non, en gros c'est ça ! Je ne me vois pas initier du TERCIAN, mais ça je l'ai fait pour un patient, bah parce qu'il ne voulait pas voir de psychiatre, et qu'il commençait à avoir des ... Il avait vraiment un discours, vraiment, paranoïaque euh, ésotérique euh, mystique, euh ... Je me suis dit : « Bah p***** c'est chaud ! » Bah, du coup je lui ai donné de l'HALDOL, mais c'est vrai que du coup il avait un syndrome extra-pyramidal, euh, il marchait à petit pas il était là :« Ahhhhh ». Je me suis

dit : « C'est bon ça suffit, j'appelle l'E. (nom d'établissement) » Après bon voilà, bon voilà quoi.»

- Quel est le rôle du généraliste dans la prise en charge de l'entourage des patients psychotiques ?

« Bah ils sont seuls mes psychotiques ! Ils sont seuls ! Et d'ailleurs, c'est ... isolement social quoi ! C'est des gens seuls, ils n'ont pas d'amis, pas de famille, ils sont en rupture complète en fait ! Donc, en fait, je ne vois personne, bah non, je n'en vois pas ! Y'en n'a pas ! Ça n'existe pas ! »

- Avez-vous constaté une culpabilité chez les mères de patients psychotiques ?
« J'en n'ai pas rencontré! (rires) »

- *Concernant vos échanges avec vos confrères psychiatres :*

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les confrères psychiatres. Et des courriers que vous recevez de leur part.

« Oui, euh, les relations alors c'est très simple, j'envoie des courriers je n'ai pas de réponse ! Euh, enfin, j'envoie, je les donne aux patients, alors après c'est toujours pareil : « Vous êtes sûr que vous avez bien donné l'enveloppe ? » Donc : « Oui ». Et pas de réponse, et puis on ne peut jamais les avoir au téléphone hein ! C'est vraiment le parcours du combattant après, bon c'est l'organisation qui est comme ça hein ! « Il n'est pas là, il est au CMP » ou « Il n'est pas là il est à l'E. (nom d'établissement) ». Et puis en fait, bon, ils ne les trouvent jamais! (rires). Mais j'en ai eu quelques fois au téléphone hein ! Parce que du coup je travaille beaucoup avec le bâtiment N. (nom d'unité spécialisée). Euh, et du coup, bah c'est toujours les mêmes psychiatres ! Et puis, bah en gros, généralement, euh, au téléphone c'est très cordial. Ça se passe bien et puis : « De toute façon pour votre patient on ne peut pas faire grand-chose ! » « Bisous. » On vous les rend chez vous, euh, voilà quoi ! C'est tout. »

➤ *Pouvez-vous me parler de la fréquence de vos échanges ?*

« Bah fréquence, euh ... une fois par an ! Quand c'est vraiment un bon jour hein ! »

- *Pouvez-vous me parler de vos relations avec les infirmières spécialisées en psychiatrie ?*

« Et bah, je ne sais pas ! Voilà ! Inconnues ! Les patients ils sont contents ! Bon ils sont toujours un peu déçus parce que ce n'est pas le psychiatre, quand même quoi ! Bah du coup, c'est elles qui sont en première ligne hein ! Mais après, euh, déjà, on n'a jamais les noms, les gens ne retiennent pas, ou un prénom. Et puis bah voilà quoi ! »

IV Conclusion

- Est-ce qu'à la suite de notre discussion il vous semble utile de participer à des événements en lien avec la psychiatrie ?

« Bah, éventuellement, oui ! Des repas payés par des labos et tout ? Le labo TERCIAN? (rires). Bah non je ne sais pas ! Il doit y avoir de l'argent, hein ! Ah, je suis désolée(rires). Non, mais je ne sais pas, des rencontres éventuellement, euh je n'en sais rien, après nous, on va construire un pôle de santé, et euh ... dans l'absolu, comme on a tous des patients ... on a beaucoup de patients psy. Notamment, si on pouvait faire des rencontres avec des psychiatres du CMP. On aimerait mettre une antenne du CMP, pour pouvoir partager en fait nos expériences en fait. Parce que, comme tu dis, c'est une expérience, euh ... il y a le para-verbal, il y a la relation, il y a ... bah c'est une expérience physique ! Et, en fait le psychiatre il la vit aussi ! Et, du coup ce partage autour des ressentis et puis de la prise en charge. Je pense que tout simplement le médecin généraliste n'est pas armé, on se reçoit des trucs, euh ... Ouai, on ne sait pas trop analyser, euh, après il y a l'intuition qui

marche vachement aussi en médecine. Mais, c'est vrai que du coup les psychiatres, ils raisonnent avec des tableaux : « Alors, ça, voilà, c'est ... TERCIAN ... Telle dose ... ok ». Bon, voilà, plus ça quoi. »

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter d'un sujet dont on n'a pas discuté ?

« Bah du coup, non, juste que dans le quartier là, il y a beaucoup de précarité, c'est un quartier, euh bon il y a tous les critères socio-économiques au rouge ! Donc il y a beaucoup d'isolement social ! Et que, du coup, ça favorise certainement les maladies psychiatriques ! Ou les décompensations en fait ! C'est plus, ce contexte-là, de la précarité. Des gens seuls, ils sont seuls ! Ils sont seuls à crever ces gens-là, c'est trop dur quoi, enfin on ne peut rien faire ! On ne va pas les promener chez nous hein ! Mais euh ... pfff ... »

Avez-vous quelque chose à ajouter sur la prise en charge des patients psychotiques en soins primaires ?

« Alors, une bonne communication entre les psychiatres et les médecins généralistes seraient le bienvenu ! J'espère que des psychiatres ne vont pas lire la thèse, mais bon ! Ah, si tu vas mettre des psychiatres dans ton jury de thèse ? Ah oui, mais juste ils envoient un courrier une fois par an, même pour une synthèse quoi : « Le patient est super stable, on ne touche pas aux neuroleptiques, il marche à petit pas mais on s'en fout, d'accord, ok, il bave mais ce n'est pas grave ! » Enfin qu'ils nous disent un peu, on est quand même embêtés, on est des êtres humains, nous, on est des généralistes ! Les psychiatres je ne dis pas qu'ils ne sont pas humains, mais euh ... je ne sais pas quoi ! On traite le quotidien des gens quoi ! Bon j'arrête, je parle un peu trop ... »

Dernière question :

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ?

« Bah, mes patients sont assez stables dans la limite, où je ne prends plus de nouveaux patients ! (rires). Et que mes patients psy, bah ils étaient déjà psy au tout début ! Et que je n'ai pas eu de nouveau, euh, ah, merci, j'avais l'impression d'être dans un jeu télévisé ! »

N6 I Introduction / Formation

Je réalise cet entretien dans le cadre de ma thèse ayant pour thématique la psychiatrie en médecine générale et plus particulièrement la prise en charge du patient psychotique.

Je cherche à répondre à la question suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes face aux patients psychotiques ?

Mon directeur de thèse est le docteur LE GAC Michel, médecin généraliste retraité à ISIGNY SUR MER, enseignant de médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et du temps que vous m'accordez.

Cet entretien est anonyme, enregistré afin de le retranscrire mot à mot, m'y autorisez-vous ?

« Tu as mon autorisation, c'est bon ! »

Pouvez-vous vous présenter ?

« Oui, moi je suis F*.*. *(nom de la généraliste), je suis médecin généraliste à A. (nom de ville), depuis 6 ans maintenant, j'ai 36 ans, euh voilà, je suis mariée, j'ai deux enfants, euh j'ai fait mes études à C. (nom de ville). Depuis ma petite section maternelle ! (rires). »

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ? « 2014. »

Depuis combien d'années êtes-vous installée ? « 6 ans. »

Pourriez-vous définir votre mode d'exercice ?

« Mode d'exercice libéral dans un milieu rural ! »

Quand vous étiez interne, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Non ! »

Depuis que vous êtes thésée, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Non plus ! »

Au cours de votre formation avez-vous effectué un stage en psychiatrie ? Durant l'externat ? Durant l'internat ?

« Non ! »

Si non, pourquoi ?

« Je n'ai pas le souvenir que c'était dans la liste des choix »

Après votre thèse, avez-vous été sollicitée pour des vacations/consultations somatiques dans une structure dédiée aux troubles psychiatriques comme par exemple avant une hospitalisation d'un patient en CHS ?

« Non ! »

II Ressenti

Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?

« Alors, dans la prise en charge... C'est un rôle sur le long terme. Peut-être un rôle de dépistage dans un premier lieu. Un rôle de dépistage, diagnostic, et après de suivi sur le long terme. Et en fait détecter les phases aiguës en plus, euh ... Pour moi c'est les plus compliqués à avoir à prendre en charge ! A peu près ! »

➤ En cabinet :

- *Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient présentant des troubles psychotiques qui vous a marqué ?*

« Alors, pour te raconter une consultation, alors si c'est pour un motif autre... Je vais d'abord m'intéresser au motif autre, en premier ! Et en général, après, je pose toujours des questions sur leur ressenti, sur leur état moral, leur humeur à ce moment-là. Sur les événements difficiles familiaux ou autres qu'ils ont pu vivre sur ces derniers temps, et puis une réévaluation sur leur retentissement quotidien. S'ils dorment bien, si l'appétit reste bon, s'ils arrivent à maintenir un lien social avec le travail, et leur traitement. Mais en général ça vient après ! »

- *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*

« La plupart du temps, seul(e)(s) quoi ! »

- *Qu'avez-vous ressenti ?*

« Alors en phase de ... Enfin pour un patient psychotique qui est plutôt en période calme, sans décompensation, c'est plutôt l'avancée de la relation, c'est l'évolution de la relation médecin-patient. Et là qui est hyper enrichissante parce que du coup on peut suivre leur évolution, en phase aiguë, ce que je ressens c'est plus la difficulté de faire ressentir le problème au patient. De lui retranscrire et lui dire : « Là il y a quelque chose » qui ne fonctionne pas, qui ne va pas ! Qui n'est pas normal. Et en période de décompensation et là c'est pour moi la difficulté c'est de leur dire sans les brusquer et sans les braquer quoi. »

- *Avez-vous eu besoin d'aide ?*

« Oui ! A plusieurs reprises en fait ! »

- *A qui avez-vous pu adresser le patient ?*

« J'ai dû adresser des patients, il y a un patient qui a des troubles psychotiques, en fait avec un délire hallucinatoire et la difficulté c'est que ce patient là il n'a pas de ... Enfin il ne se met pas en danger, il n'est ni dangereux pour lui, ni dangereux pour les autres. Et il refuse tout suivi, il refuse tout suivi et tout traitement ! Voilà et sauf qu'il a toujours ses hallucinations permanentes et donc une fois j'ai dû appeler un psychiatre qui m'a dit « Il faut l'hospitaliser de toute urgence. Le problème c'est que le patient fait 1m90, et peut être 40 kg de plus que moi et donc je ne peux absolument pas le contraindre à ... Donc là j'ai eu besoin d'appeler le psychiatre, mais je n'ai pas pu avoir de réponse ! Euh, et après j'ai eu d'autres patients qui ont été hospitalisés en phase aiguë, où là c'était l'hospitalisation d'urgence. C'est ça. »

➤ En visite :

- *Pouvez-vous me raconter une visite à domicile d'un patient psychotique qui vous a marqué ?*

« Heu ... Alors oui il y en a plusieurs, j'ai un patient, mais qui peut, qui a eu des phases aiguës très légères qui a une psychose chronique depuis très longtemps. Et du coup c'est ... Alors pour le suivi somatique comme psychiatrique c'est très compliqué parce qu'il n'entend pas ce qu'on lui dit et, donc en visite en fait je fais mon examen clinique habituel, j'essaie de lui expliquer. Mais en fait ça s'abrège assez vite ! Parce que du coup son discours est tellement incohérent que c'est ... c'est ... voilà, je n'ai pas beaucoup d'échanges en fait. Souvent je regrette parce que je me dis qu'il mériterait plus de temps. Bah après je réfléchis ... Mais j'en vois un, mais j'ai sans doute d'autres visites à domicile pour des patients comme ça. Ça peut être des patients en garde ou qu'on suit au long cours ? Ouai j'avais une autre visite en garde, pour le coup avec une dame d'une soixantaine d'années à peu près. Et là j'avais été appelée parce qu'en fait elle menaçait ses voisins euh... Au couteau, et donc en fait on a discuté, les pompiers étaient déjà sur place, la gendarmerie était déjà sur place. Alors du coup, ça c'était déjà une anecdote mais moi j'arrivais juste avec ma petite valise et les autres étaient tous avec leur gilet pare-balles(rires). Et en fait on a réussi à discuter sans problème et finalement à l'emmener dans le camion des pompiers pour qu'elle puisse partir euh... »

- *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*

« Elle était toute seule à domicile, dans un foyer logement pour personnes âgées, et c'était une dame qui était suivie hein, pour un éthylysme chronique. Elle était

euh... Elle faisait partie de l'équipe des alcooliques anonymes, donc il y avait aussi les équipes des alcooliques anonymes. Et il se trouve qu'une de ces personnes-là était une de mes patientes, en plus, en fait sa marraine de l'association était une de mes patientes aussi, et j'avais énormément échangé justement sur son sevrage OH et c'était intéressant de la voir elle, dans l'action pour aider les autres, là c'était autre chose. »

➤ *Qu'avez-vous ressenti ?*

« En fait finalement l'aider, parce qu'on lui a enlevé le couteau des mains et puis euh... En plus en douceur, donc ça c'était plutôt pas mal. Et après le seul truc c'est que je ne sais pas du tout ce qu'elle est devenue, parce que c'était en garde et ce n'était pas une patiente habituelle. Oui c'était même plus compliqué que ça parce que ... Euh en fait elle avait accepté de monter dans le camion des pompiers mais elle ne voulait aller que à A. (nom de ville) qui « était encore un service d'urgence. Et donc j'avais dû aller avec elle jusqu'aux urgences d'A. (nom de ville) et ensuite appeler le service de psychiatrie qui nous avait dit « Bah oui on a une place à tel endroit, ouai je ne me souvenais plus de ça. Et ... Du coup, et en fait là-bas en fait le médecin des urgences était là : « Mais bon écoute, laisse tomber je m'en occupe ! Et la personne que j'ai eu aux urgences psychiatriques m'a dit « Bah oui oui c'est bon on la prend tout de suite ! Ça voilà, ça a été un ... ça a été aussi un soulagement quand même ! »

Êtes-vous familiarisée avec les résultats de consultation ?

« Oui, alors ça je ne connais pas ! Tu vois, je ne connais pas. Oui ... »

Pouvez-vous me parler d'une situation en cabinet ressentie comme dangereuse ?

« Alors, je réfléchis ... Je peux avoir un petit temps de réflexion ? Donc dangereuse ? Euh ... pff ... En fait je pense que j'ai eu quelques situations, alors si une situation qui n'est pas forcément dangereuse pour moi. Heu en fait c'était un... Je voyais une dame en consultation, heu ... Et qui venait me demander un certificat, alors attends je te dis des bêtises. Non, elle venait pour un examen pour ses enfants. Et en fait elle s'était trompée d'heure de rendez-vous, donc elle a attendu en salle d'attente. Et pour une fois j'étais à l'heure hein ! Alors que d'habitude je suis toujours en retard, et en fait son mari qui a des troubles, euh... Des troubles psy en fait a débarqué en catastrophe dans le cabinet en hurlant ! Il avait sa petite fille en fait de deux ans dans les bras et il était tellement en furie que en fait il a failli lui cogner la tête, mais violemment contre le mur quoi ! Et il a hurlé au point que, du coup tous les autres médecins du cabinet sont sortis de leur consultation, sont venus dans mon bureau de consultation pour dire à sa femme « Bah écoutez, là c'est votre mari, ça ne va pas ! » Et donc après quand je lui ai dit que c'était l'heure de consultation et qu'il s'était trompé, il est reparti. Et en fait sa femme m'a dit après que ... Ouai, elle savait très bien qu'il pouvait la tuer ! Mais qu'à côté de ça, il avait des moments tellement bien, qu'elle restait avec lui et qu'elle ne changerait pour rien au monde. Et en fait je l'ai revue deux ans après elle m'a redemandé un certificat pour, en fait c'était très bizarre ... Pour que je décrive ce qu'il s'était passé, pour qu'elle puisse prouver tu vois ... Deux ans après, et en fait elle, enfin il était en démarche judiciaire parce qu'il avait eu un accident et en fait, pour elle ses troubles psychotiques étaient liés à l'accident. Ça n'avait rien à voir hein, mais, et donc en fait elle me demandait un certificat pour que je décrive ce qu'il s'était passé. Pour devant le tribunal en fait, pour montrer qu'il avait un retentissement encore maintenant ! C'était quand même ... tordu... En fait j'ai juste décrit ce qu'il s'était passé ! Et en disant qu'il avait mis en danger sa fille euh... Voilà, après, je ne suis pas sûre que ça lui ait servi, je pense que ça lui a plutôt desservi même. Après en fait on ne les a pas revus pendant très longtemps au cabinet, sauf deux ans après, où elle est revenue en fait me demander ce truc-là ! Mais ce n'était pas forcément un danger. Enfin parce que ça nous a fait peur, parce qu'il a vraiment hurlé, et le danger était plutôt pour sa fille quoi. Pour sa fille, sa femme et son fils parce que du coup, en l'occurrence je pense que ce n'est pas que maintenant qu'il est comme ça hein.

Une situation dangereuse pour moi ? Heu... C'est plutôt des gens qui ont des bizarreries on va dire, des étrangetés, mais je n'ai pas eu de danger imminent ! En tout cas, et le seul truc c'est que voilà ... quand des gens ont des bizarreries, je dis toujours à la secrétaire de donner un rendez-vous en pleine journée, et pas le soir, ou alors quand il y a un truc comme ça : j'appelle... Euh c'est bête hein, mais j'appelle mon mari et je lui dis « Écoute, si je ne t'ai pas appelé dans tant de temps, heu, tu viens au cabinet ! Voilà, c'est des trucs comme ça ! Voilà ! »

➤ *Parlez-moi de la configuration de votre cabinet pour fuir en cas de nécessité.*
« Heu alors, la configuration ... Pour pouvoir partir ... Heu, j'ai ... En fait l'entrée de la salle d'attente est différente de la sortie. J'ai quand même une baie vitrée où je peux partir, et je suis au rez-de-chaussée. Le seul souci c'est que si je suis coincée derrière mon bureau, là-bas du coup je ne peux pas partir, j'ai qu'un seul mode de passage. Voilà, on va dire ça comme ça. »

➤ *Avez-vous élaboré un scénario pour fuir une situation inconfortable ou dangereuse ?*

« Non ! Non j'avais juste envie de changer la place de mon bureau ! (rires). Voilà ! Ce que je n'ai pas fait hein, mais euh... »

➤ *Avez-vous élaboré ce scénario avant d'être confronté à ladite situation ? Ou bien après y avoir été confronté ?*

« Non c'était après un ... C'était une de mes amies qui m'avait raconté un truc qui leur était arrivé dans son cabinet. Ouai, et en fait je ne sais pas pourquoi on en avait parlé à plusieurs médecins généralistes, oui c'est ça et en fait une de ses associées une fois s'est retrouvée devant quelqu'un qui lui a dit euh ... « Si vous ne me prolongez pas mon arrêt de travail, il y a une histoire de divorce je pense en fait, oui ils devaient passer devant le tribunal pour la garde des enfants, si vous ne me prolongez pas mon arrêt de travail je me coupe les veines. Et elle lui a dit non, parce que c'était juste pour le tribunal et en fait il a sorti un couteau à pain et il s'est réellement tranché les veines dans le cabinet, et en fait du coup ce médecin-là était euh... Enfin il y avait du sang partout quoi hein... Et il était paniqué, et a appelé mon ami qui nous en parlait. Qui a débarqué, et ensuite l'autre amie qui était là elle m'a dit : « Bah moi de toute façon j'ai organisé mon bureau pour pouvoir sortir de mon bureau et avoir la porte à côté. » C'est comme ça après que j'y ai repensé. Voilà. »

Pouvez-vous me parler d'une situation en visite ressentie comme dangereuse ?

« En visite ... Euh pfff... Je ne crois pas (hésitation). Non... Il n'y en a pas qui me viennent en tête ! Voilà il n'y en a pas qui me viennent en tête ! »

➤ *Parlez-moi des mesures que vous avez mis en place pour fuir ou affronter ce type de situation ?*

« Ouai. Est-ce que je l'ai fait en visite ? Euh ... Non non non »

Votre expérience au contact des patients psychotiques a-t-elle eu un impact sur votre approche de la psychiatrie au quotidien ?

« Alors en fait probablement, enfin je pense qu'il est en train d'en avoir un. Euh ... Surtout une patiente qui, en fait a un lien un peu indirect. En fait, et qui connaît mes parents et mes beaux-parents. Toute la famille en fait la connaît, et en fait ça donne une proximité qui est néfaste pour notre relation de soignant, et du coup je me dis qu'il faut que je sois de plus en plus distante, avec ces patients-là. En fait pour elle, et notamment pour elle il faut que je cadre les choses quoi. Donc je pense que c'est en train d'avoir un impact, ouai, au fur et à mesure du ... Du temps ! »

III Perspective

Pouvons-nous parler des traitements psychotropes :

« Oui. »

- Êtes-vous familiarisée avec les molécules à visée psychiatrique ?

« Alors les plus courants. Probablement pas les antipsychotiques « purs », un peu moins que les antidépresseurs et hypnotiques. »

- Quelles sont vos habitudes de prescription ?

- Pourquoi avez-vous fait le choix de ces molécules ?

« Heu alors pour le choix des molécules, en fait pour les anxiolytiques, par exemple, en premier, les anxiolytiques, heu en fait en habitude de prescription je... En premier je vais commencer par de l'ALPRAZOLAM, et euh... En commençant d'abord le soir, au coucher et en augmentant si vraiment... Avec la possibilité d'en avoir la journée au moment des crises d'angoisse. Si, après l'ALPRAZOLAM ne suffit pas, je vais plutôt alterner entre BROMAZEPAM ou SERESTA plus chez les personnes âgées. Heu voilà, globalement, c'est ça, le ... Pour les hypnotiques et les troubles du sommeil. Heu... En fait j'essaye d'en initier le moins possible, enfin souvent c'est des renouvellements chez des gens qui en avaient déjà depuis longtemps. Et dans ce cas-là, ils ont en général du ZOPICLONE, du ZOLPIDEM, quelques-uns ont encore du TEMESTA mais pas beaucoup ... Mais j'essaie d'en initier le moins possible. Et euh ... Après pour les anti-dépresseurs ... En fait, ouai ça va dépendre des troubles associés en fait. Si c'est des troubles anxieux forts ou s'il y a des TOC associés en plus ... Euh donc en fait entre la PAROXETINE ... En fait avant j'utilisais plus de SEROPRAM et SEROPLEX que maintenant. Je ne sais pas pourquoi, hein, je pense, peut être que pour plusieurs patients ça n'a pas été ... convaincant et maintenant c'est vrai que je vais parfois plus utiliser la PAROXETINE ou de la VENLAFAXINE. Heu il y a aussi de la FLUOXETINE en plus, c'est ça et les anti-psychotiques alors, j'ai un peu de mal à les initier, quelques fois j'initie un peu de RISPERDAL, mais souvent ... Euh c'est quand même après avis du psychiatre ! Et les autres anti-dépresseurs, c'est pareil, c'est avec l'avis du psychiatre euh... Du coup SEROPRAM et SEROPLEX je les utilise moins parce que j'ai eu moins de ... Enfin je pense que j'ai eu des expériences où ça n'a pas ... Où je n'ai pas eu de réponse, peut-être. Voilà, après le ... De ce qui est VENLAFAXINE, je l'utilise pas mal en fait pour des patients qui ont des syndromes douloureux chroniques, souvent avec un syndrome dépressif associé, donc voilà il y a cette double utilisation. Les... Pour les anxiolytiques, l'ALPRAZOLAM c'est la rapidité d'action ! Et donc du coup le soulagement peut être plus rapide de la crise d'angoisse. L'inconvénient c'est que du coup ça n'a pas d'effet sur du très long terme donc c'est un peu ça qui... Qui est dommage ! Euh pour les hypnotiques en fait j'essaye d'en initier le moins possible, enfin les somnifères, parce qu'on n'arrive pas ... On a beaucoup de mal à les sevrer après ! Et les anti-psychotiques, en fait c'était vraiment en fait, quand je les initiais, c'était vraiment en phase aiguë mais en général chez des gens chez qui il n'y a pas de danger imminent parce que sinon je demande l'avis du psychiatre euh... En ville. Ouai, j'avais un peu de RISPERDAL, et puis le LOXAPAC je ne l'ai jamais initié par exemple. J'ai des patients qui en ont, et notamment une dame... Une dame âgée mais qui a des troubles cognitifs associés, et donc là ce n'est pas moi qui l'ai initié. J'ai essayé de le rebaisser, et heureusement ils vont dans mon sens aussi ... Les psychiatres vont dans mon sens (rires). Voilà. »

- Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?

« Euh c'est une bonne question, c'est l'alliance thérapeutique, mais euh... Ouai l'avantage de la médecine générale c'est qu'on peut faire une alliance sur le long terme ! Justement. Heu en leur expliquant, mais l'explication, quelques fois quand ils sont dans une période euh... Calme, l'explication va être probante ! Dans une période plus agitée, ça va être compliqué. Donc ouai, voilà, alors après d'autres patients psychotiques qui ont la délivrance par la pharmacie. Euh par les infirmières ... Ouai. »

- Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients psychiatriques ?

« Alors par la formation médicale ! Peut-être par la communication sur les troubles psychiatriques, euh... Pour la population générale, je pense, parce que c'est tellement méconnu euh... ça et alors probablement le dépistage, parce que c'est ...

Enfin je suis sûre que dans les troubles psychotiques il y a des patients qui auraient pu être détectés très très jeunes en fait ! Très jeunes ! Alors c'est dur parce que je rajoute un peu un ... Mais j'ai une patiente qui a... En fait qui a des troubles bipolaires. Et cette patiente-là, elle a peut-être 21 ou 22 ans maintenant, mais je suis persuadée qu'elle les avait déjà, toute petite en fait. Toute petite, et en fait moi je l'ai connu elle avait, euh ... Elle devait avoir quatorze ans peut être quand j'ai commencé à remplacer dans ce cabinet-là. Et en fait elle a une personnalité histrionique donc, une fois pour un vaccin... Un rappel de DTP elle a fait toute une scène dans la salle d'attente. Les autres personnes étaient complètement effarées ! Et en fait je me dis : « Elle, on aurait pu la détecter plus tôt alors sauf que du coup, moi je l'avais vu ce trouble de la personnalité. Un peu atypique, mais le temps de lui faire comprendre et lui faire admettre les choses... Euh... Et bah ça a été long. Et en fait j'ai réussi parce que ... Euh... Parce qu'en fait maintenant elle est au Luxembourg et elle m'appelle toujours pour avoir des consultations téléphoniques. Alors je donne des avis, mais je lui dis « Il faudrait quand même que tu aies quelqu'un ! » Et en fait elle me décrivait les trucs et au bout d'un moment, j'ai fini par lui dire : « Mais tu sais, en fait je pense que c'est des troubles bipolaires. » Et ... En fait c'était le moment où elle a réussi à l'entendre, parce que c'était ça et donc elle a accepté d'aller voir le psychiatre et maintenant elle a son suivi avec son psychiatre régulier, euh... Mais au bout de sept ans, peut être six-sept ans ... Heu... Mais en fait avant, je suis persuadée, enfin elle avait eu des périodes d'anorexie-boulimie avant l'âge de 10 ans ! Quand même donc je pense que ça aurait pu être remarqué plus tôt en fait ! Mais ça, et après peut être qu'ils l'avaient remarqué mais lui faire comprendre et faire comprendre aux parents c'est peut-être aussi, euh... Assez compliqué, euh... »

- Quels sont les points forts de ce qui est proposé actuellement ?

« Heu alors les points forts, je pense que ... ça va être trop dur là je pense qu'en ce moment, il y a beaucoup de manques mais euh... Les points forts, je dirai, déjà ... en fait l'hospitalisation pour la mise en sécurité. Ça c'est un point fort, et quelques fois qui rassure les patients. C'est peut-être un des arguments, qui fait qu'on arrive à avoir leur accord pour une prise en charge hospitalière. Euh... Après c'est dur quoi. Les CMP sont très bien, mais malheureusement ils ont trop peu de possibilités de soins, parce que les CMP sont vraiment bien, oui ! Je pense qu'il y en aurait peut-être d'autres ! Non mais je pense que ça vient peut-être de notre secteur géographique aussi ! On a changé de secteur, avant on était affiliés à V. (nom de ville) où du coup il y a eu beaucoup de changements, et on a changé de secteur, pour B. (nom de ville) depuis 2 ans, à peu près je crois que c'est ... Environ un ou deux ans et donc là on commence à reprendre un suivi psychiatrique, mais avant qu'on change, heu on avait plus aucun psychiatre euh... référent, donc on disait aux gens d'aller à C. (nom de ville) voir un psychiatre libéral mais ils n'y allaient jamais en fait, ils n'y allaient pas du tout ! Alors si, les infirmières du CMP étaient vraiment top, vraiment très bien. Mais on n'avait pas d'après quoi ! On n'avait rien du tout, donc c'est pour ça que pour nous, ça a été très dur ! Et l'autre côté négatif c'est que quand quelqu'un prenait en charge, nous on n'a pas de retour ! On a aucun courrier en fait. Voilà, on n'a rien du tout. »

- Quelle place occupez-vous dans la prescription ?

« Heu... Dans la prescription ... Alors, vraiment pour les patients psychotiques, pas forcément avec un syndrome dépressif... un syndrome anxio-dépressif. Plutôt psychotique : Heu dans la prescription ça va être, alors principalement le renouvellement ou d'adaptation de posologie. Et quelques fois d'initiation de traitements ... Mais euh plutôt euh... Plutôt d'adaptation en fait sur le long terme : plutôt d'adaptation de traitement. »

- Quel est le rôle du généraliste dans la prise en charge de l'entourage des patients psychotiques ?

« Heu, alors ... Un rôle d'explication peut être, plutôt d'explication, quelque fois d'alerte mais c'est difficile avec le secret médical... Pour ça et ... Euh du coup tu vois cette patiente qui avait des ... des ... boulimies-anorexie avant 10 ans, en fait quand on a dit ça à sa maman, bah ça l'a soulagée en fait ! C'était un soulagement

parce qu'elle me dit : « Je vois, je sais pourquoi j'avais des problèmes euh... C'était compliqué avant. Voilà, peut être le rôle d'explications, oui c'est ça... »

- *La prise en charge concernait-elle son/sa conjoint(e) ?*
- *La prise en charge concernait-elle ses enfants ?*
- *La prise en charge concernait-elle ses parents ?*

« *Les parents principalement, les parents euh... Je réfléchis ... Ouai les parents ! Principalement, quand j'ai eu l'entourage, oui c'est plutôt les parents !* »

- Avez-vous constaté une culpabilité chez les mères de patients psychotiques ?

« Heu une fois, pour un jeune. Dont le diagnostic vient d'être posé. Et elle est vraiment encore dans la période, ouai, d'acceptation... Donc elle a encore une culpabilité mais ... Voilà, ça, du coup on essaye de travailler là-dessus, et de... voilà, elle n'a rien à avoir, enfin c'est pas sa façon d'être et d'élever ses enfants qui a changé quelque chose ! »

- *Concernant vos échanges avec vos confrères psychiatres :*

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les confrères psychiatres. Et des courriers que vous recevez de leur part.

« Et bah les courriers c'est rarissime ! Rarissime ! Après, les échanges ... Heu alors jusqu'au changement de secteur on n'en avait aucun. Ah si, j'avais pour le patient qui avait ce délire hallucinatoire, là, j'avais une fois la psychiatre qui m'avait dit « Bah faut l'hospitaliser » mais voilà ça n'avait pas été plus loin. Maintenant, euh, en fait on n'a pas de retour si tu veux des patients suivis euh... Sur le secteur de B. (nom de ville). Mais ça m'est arrivé une fois d'appeler euh... D'appeler un des psychiatres et qui m'a très bien reçu au téléphone. Qui m'a très bien expliqué ce qu'il en était, pourquoi il avait pris telle ou telle décision de traitement, et telle décision d'intégrer la famille, enfin... Là, l'échange était très bien ! Vraiment bien ! Après j'en ai peu d'autres, et euh... Alors ça du coup c'est le secteur public. Et si, j'ai quand même euh... Avec une psychiatre libérale : Qui suit peut-être deux de mes patientes : elle m'a quand même régulièrement appelé pour me demander mon avis et pour ... Donc voilà l'échange est positif et je sais que là, je dois la rappeler justement pour quelqu'un d'autre. »

- *Pouvez-vous me parler de la qualité de vos échanges ?*

« Pas mécontente, mais ce n'est pas très détaillé quoi ! »

- *Pouvez-vous me parler de la fréquence de vos échanges ?*

- *Vous sentez-vous bien informé du devenir de vos patients psychiatriques ?*

« Non, bah pendant leur hospitalisation en fait surtout. Après, on n'a pas de courrier de consultation, non plus. Mais s'il y a pas de changement majeur, euh, pourquoi pas mais ça serait pas mal qu'ils nous écrivent quand ils détectent un truc qui pourrait changer ou si on doit faire une adaptation de dosage ou un truc comme ça voilà ! Ça, ça manque un petit peu quoi ! Mais c'est surtout les courriers d'hospitalisation qui sont... Enfin qui manquent vraiment beaucoup quoi ! »

- Parvenez-vous à rencontrer aisément vos confrères en cas de difficulté ?

« Je ne les ai jamais rencontrés ! »

- *Parvenez-vous à les contacter aisément ?*

« Bah quand je les ai contactés pour des difficultés importantes, là enfin celui que j'avais eu il m'avait répondu sans problème euh... Ouai ! »

- *Pouvez-vous me parler de vos relations avec les infirmières spécialisées en psychiatrie ?*

« Et bah, c'est plutôt bien, enfin c'est un bon échange en fait ! Quand moi j'ai besoin, je les appelle ! Quand elles ont un truc ... Qu'elles conseillent quelque fois

des adaptations de traitement aussi, on le fait et ça se passe bien ! Ce n'est pas très souvent, mais ça se passe bien ! »

IV Conclusion

- Quels sont les points que vous pourriez améliorer concernant la prise en charge du patient psychotique ?

« Alors déjà peut être me former plus tu vois ! (rires). C'est déjà ça ! Euh en fait comme on disait tout à l'heure ... Aussi garder une distance euh... nécessaire avec ces patients-là ! Euh... Et puis, comment est-ce qu'on peut faire ... Comment je pourrai améliorer euh... C'est ouai ... En fait c'est difficile : peut-être dans l'explication, alors prendre encore plus de temps ça va être difficile parce que c'est déjà des consultations qui prennent beaucoup beaucoup de temps ! Mais euh... Dans l'explication en fait, dans ma façon de m'exprimer en étant plutôt plus directe. Ça pourrait être un truc qui pourrait aider je ne sais pas ! Voilà ! »

- Est-ce qu'à la suite de notre discussion il vous semble utile de participer à des événements en lien avec la psychiatrie ?

« Oui c'est déjà une question que je me posais en fait ... Alors ça peut être des formations médicales pures hein, et puis euh... Après, alors euh... ça, ça peut être le lien avec les acteurs locaux en fait des secteurs psychiatriques ! On avait initié un truc avec le CMPEA (Centre Médico-psychologiques Enfants et Adolescents) pour des enfants, là à A. (nom de ville). Mais c'est quelque chose qui s'est arrêté avec l'épidémie ! Mais euh, mais je pense que c'est à creuser parce que le ... Pareil pour la pédiatrie ... En fait dans notre secteur on est aussi très déficitaires ! Donc voilà, enfin participer à quelque chose qui se fait localement aussi ! Ouai ça peut être intéressant ! »

➤ *Quel genre d'événement vous intéresserait ?*

➤ *Est-ce que vous pourriez échanger avec des psychiatres, des travailleurs sociaux ou des associations ?*

« Alors justement ce qu'on avait fait avec le CMPEA, c'était ... Il y avait les acteurs sociaux, il y avait les enseignants, il n'y avait pas de ... Est-ce qu'il y avait des 'pédopsy' ? (*s'interroge*). Si, il y avait des 'pédopsy', il y avait des infirmières psy' et c'était vraiment tout le monde ensemble et c'était ça qui était intéressant justement ! Et initié par le ... psychiatre du CMPEA en fait, c'est lui qui avait initié ça ! Donc avec tous les acteurs euh... »

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter d'un sujet dont on n'a pas discuté ?

« Rien d'autre, non. »

Avez-vous quelque chose à ajouter sur la prise en charge des patients psychotiques en soins primaires ?

« Heu ... Je réfléchis, hein ! Est-ce qu'on peut ajouter un autre truc euh... Non peut-être je pense que c'est difficile pour les soignants, comme pour les patients, parce que ils ne sont pas toujours très bien considérés non plus, euh... Alors en soins primaires, quand c'est une relation qu'on a depuis longtemps en général on les considère bien et comme maintenant voilà... Comme on les connaît ... Heu en soins primaires durant l'urgence, je pense que ce n'est pas toujours le même truc ouai... Je pense que la vision qu'on peut avoir d'eux ... En phase de décompensation peut être néfaste pour eux en fait ! Il faut qu'on fasse attention à ça ! »

Dernière question :

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ?

« Là je n'arrive pas à chiffrer hein ! Ouai ! Je n'arrive pas à chiffrer ... Depuis l'épidémie ou même pas ces dernières années ? Non, alors je ne pense pas qu'il y ait une augmentation majeure ! Heu peut être du coup ... Peut-être que en fait avec le temps, ces patients, on en a diagnostiqué d'autres, euh, en plus, et juste pendant l'épidémie. Il y a quand même plus de difficultés justement chez des jeunes confinés, des étudiants confinés dans leurs appartements, euh, tout seuls. Là il y a une période, où en fait on en a parlé avec une des associées justement parce qu'on en

voyait quand même beaucoup ! Qui étaient vraiment très mal, là il y a eu vraiment... C'était un ... Ce n'était pas au moment du premier confinement, ouai c'était le deuxième confinement et la période de couvre-feu aussi ! Là on s'en est parlé en se disant « On en a quand même eut plusieurs là en 15 jours...euh ». Ouai plutôt la population étudiante à ce moment-là ! »

N7 I Introduction / Formation

Je réalise cet entretien dans le cadre de ma thèse ayant pour thématique la psychiatrie en médecine générale et plus particulièrement la prise en charge du patient psychotique.

Je cherche à répondre à la question suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes face aux patients psychotiques ?

Mon directeur de thèse est le docteur LE GAC Michel, médecin généraliste retraité à ISIGNY SUR MER, enseignant de médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et du temps que vous m'accordez.

Cet entretien est anonyme, enregistré afin de le retranscrire mot à mot, m'y autorisez-vous ?

« Et bah très bien, je t'autorise ! »

Pouvez-vous vous présenter ?

« Euh donc je suis le docteur *. J. (nom du médecin généraliste), médecin généraliste à V. (nom de ville). Euh donc j'exerce au sein du PSLA de V. (nom de ville) depuis 2016. Euh, et je partage ma patientèle avec le Dr *. M. (nom de sa consœur). Voilà »

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ? « En 2013 »

Depuis combien d'années êtes-vous installée ? 5 ans

Pourriez-vous définir votre mode d'exercice ?

« Alors j'ai un mode d'exercice plutôt rural hein, on a une patientèle qui vit à la campagne. Où on a une activité plutôt euh... Polyvalente, on réalise des visites, on travaille aussi à l'hôpital local de V. (nom de ville), euh en SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) et donc en soins palliatifs. Et puis donc on accueille aussi des étudiants en médecine, internes, externes de tous les niveaux. Euh voilà donc c'est plutôt une activité variée, où on fait aussi bien de la pédiatrie, que de la gynéco, que de la psychiatrie ! »

Quand vous étiez interne, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Et bah oui j'ai réalisé donc un stage de six mois, euh... à l'UCPU (nom de service) d'E. (nom d'hôpital) à C. (nom de ville). Donc l'unité de crise et de post urgences. Euh sous la direction du Dr C. (nom de praticien hospitalier). Donc j'ai pu me former, et m'immerger dans le monde de la psychiatrie. Euh... C'était évidemment intéressant, exclusivement de la psychiatrie. Puisque là, je faisais aussi un peu de médecine en même temps. Mais euh ... voilà j'ai pu vraiment me former à ... notamment donc les troubles anxieux, les syndromes dépressifs et puis euh ... quelques découvertes d'état psychotique. »

Depuis que vous êtes thésée, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Euh non, pas depuis ! Je fais ma formation finalement, euh ... tous les jours au cabinet ! (rires). Mais nan je n'ai pas fait de diplôme ou autre, supplémentaire, peut être que ça viendra ! Peut-être pour les adolescents notamment, je ne sais pas mais euh ... Pas pour l'instant ! »

Au cours de votre formation avez-vous effectué un stage en psychiatrie ? Durant l'externat ? Durant l'internat ?

« Alors quand j'étais externe, j'ai eu un stage à E. (nom d'établissement) en unité euh... en unité un petit peu de psychiatrie générale hein, hospitalisation libre ou sous contrainte. Donc c'était un stage de 8 semaines. Euh en sixième année. Euh, mais euh ... voilà c'était surtout au cinquième semestre d'internat. J'ai passé six mois. Alors on était deux internes, j'étais la seule interne en médecine générale. Et avec moi, j'avais donc un cointerne de psychiatrie. Euh l'unité, l'UCPU donc c'était dix lits de patients qui étaient sous hospitalisation libre. Il n'y avait pas d'hospitalisation sous contrainte. Et puis la plupart des patients, parce que ... voilà, cette unité est très spécifique, il y a des règles d'admission, pour que

vraiment il y ait une prise en charge optimale. Euh, pour ces patients, euh ... pas de patients connus psychotiques, pas de patients connus sur des troubles euh ... psychiatriques notamment dépressifs ou bipolaires. C'était vraiment l'unité de post-urgences. Donc essentiellement des gens qui venaient des urgences d'un petit peu toute la région. Euh ... donc j'avais, euh, des patients que je suivais, je faisais des entretiens euh ... soit seule, enfin en dirigeant seule avec une infirmière, soit avec le Dr C. (nom de praticien hospitalier) qui était le chef de service. Euh ... Et puis en même temps on a eu aussi une formation par, euh, le Pr. D. (nom de praticien hospitalier), qui nous donnait des cours toutes les semaines. Et des mises en situation psychiatriques. Je ne faisais pas de garde, euh, en psychiatrie, parce qu'on estimait que c'était peut-être un petit peu compliqué pour moi. Euh ... mais voilà, pendant ces six mois-là, j'ai suivi des patients, malheureusement des fois des gens qui ont fait une tentative de suicide. Et puis qui sont revenus. Euh des fois, euh aussi malheureusement des découvertes de schizophrénie, euh ... chez des jeunes qui avaient eu une crise suicidaire auparavant. Donc, euh, vraiment, euh ... une formation très riche. Euh quelques fois un peu spécialisée, mais justement c'était bien de les aborder en étant immergée dans cette ambiance-là, oui. »

Après votre thèse, avez-vous été sollicitée pour des vacances/consultations somatiques dans une structure dédiée aux troubles psychiatriques comme par exemple avant une hospitalisation d'un patient en CHS ?
« Non, en fait, je ne me suis pas tellement intéressée, c'est vrai à ... on ne m'a pas sollicitée et je ne me suis pas intéressée, parce que je voulais vraiment me dédier à la prise en charge de la psychiatrie chez mes patients. En fait. »

II Ressenti

Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?

« Alors chez le patient psychotique euh ... contrairement à justement à la formation que j'ai eue avant. Euh ... chez des personnes, qui euh ... voilà, jusqu'à présent n'étaient pas étiquetés psychotiques. Je pense que notre rôle est assez difficile, parce que euh ... on n'est pas forcément habitués, euh à des situations où le patient effectivement a des procédés, euh ... interprétatifs ou délirants. Euh ... en milieu ambulatoire, en ville, donc on a toujours un rôle un petit peu difficile, mais indispensable, notamment avec l'entourage, la famille, en tant que médecin traitant justement. En général les patients psychotiques, qu'on suit souvent les parents ... les enfants ... les amis proches ... et, le lien qu'on doit avoir il est primordial pour pouvoir identifier les moments un petit peu de décompensation, de dégradation, ou au contraire d'amélioration pour pouvoir un petit peu juger, euh ... bah finalement des conduites à tenir chez ces patients-là, c'est primordial de connaître donc, le patient, son traitement, et puis euh ... aussi, de pouvoir avoir un lien avec l'hôpital, avec son psychiatre, ce qui est pas toujours évident ! Mais euh ... c'est vraiment un cas à part dans la psy ... dans la psychiatrie, oui, en médecine de ville, oui pour nous. Parce que voilà, il y a le côté euh ... justement un peu ambivalent, c'est nous, on est là pour les soigner, pour les aider, alors somatiquement, quelques fois psychologiquement. Mais on a un frein qui est euh ... justement les épisodes où il y a malheureusement des dégradations, des décompensations, mais en tout cas voilà, on a un rôle je pense de lien important avec le patient, avec l'hôpital, et avec la famille. »

➤ *En cabinet :*

➤ *Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient présentant des troubles psychotiques qui vous a marqué ?*

« Alors malheureusement, j'ai ... malheureusement j'ai eu trois fois, euh l'occasion de faire des hospitalisations sous contrainte, euh ... chez des patients, donc chez qui j'avais découvert des ... voilà vraiment un glissement ... des signes de décompensation, et surtout des familles qui m'ont ... qui m'alertaient et ... notamment un jeune patient, euh ... d'une quarantaine d'années, schizophrène connu depuis une vingtaine d'années, euh ... suivi par un médecin à A. (nom de ville), avec des épisodes un petit peu de ... bizarreries récentes, vraiment on sentait que il commençait à y avoir un dérapage et puis ses parents sont venus me prévenir. Euh bah de son état, de son aggravation et des craintes qu'ils avaient pour lui et pour les autres. Euh ... donc à chaque

consultation j'essayais un petit peu de le ... bah voilà, de chercher des indices qui me feraient penser voilà qu'il y a peut-être des choses à améliorer, ou à identifier ... Euh, et puis un jour en fait il est venu en consultation, j'étais toute seule, c'était le soir, heureusement ce n'était pas le dernier patient, mais il est venu en me demandant euh ... de lui renouveler son ordonnance, alors que je lui avait expliqué que c'était euh ... dorénavant son psychiatre ... euh qui allait lui renouveler puisqu'en fait il ne suivait rien de ce qu'on lui dit. Donc là il s'est fâché, bon faut savoir qu'il fait deux mètres de haut, euh, avec un style un peu gothique, des clous sur les chaussures là. Je me suis dit « Euh, pfff, super ! » Donc j'avoue que quand il s'est levé vers moi et qu'il m'a dit : « Je veux mon ordonnance ». Je lui ai donné. Je lui ai donné ! Et immédiatement après, j'ai ... euh ... j'ai contacté la psychiatre qui m'a dit « Oui effectivement il va falloir l'hospitaliser sous contrainte ! Je vous laisse le soin de le faire ! Je me suis sentie ... c'était ma première hospitalisation sous contrainte, je me suis sentie un petit peu démunie parce que j'aurais espéré qu'elle me dise comment il fallait faire parce que c'était la première fois que je le faisais. Et euh ... j'ai la chance euh ... j'ai mon associé à l'époque qui était en fin de carrière, qui m'a expliqué qu'il fallait évidemment, euh, pas y aller toute seule parce que là j'allais le faire sous forme de visite. Euh ... et d'être accompagnée ... J'ai même demandé à ma sœur qui est dans la police : « Qu'est-ce que j'ai le droit de faire ou pas ? Parce que ... Parce que ... Je ne me voyais pas arriver toute menue là, devant lui. Et donc, j'ai organisé ça, euh ... en aillant prévenu les ambulanciers au préalable de se garer devant chez lui. En prévenant les gendarmes, d'être à côté, et puis il y avait même un policier municipal, qui le connaissait très bien, qui m'a dit « Bah je vous accompagnerai ». Ça s'est très mal passé évidemment, il a ... voilà il a agressé les trois gendarmes, les deux ambulanciers et le policier. Finalement voilà, on a réussi à le mettre dans l'ambulance et puis à partir, et il a été hospitalisé longuement, mais, j'en veux un peu quand même au psychiatre. Euh parce que je lui avais dit : « Mais comment ça se passe concrètement ? » Elle me dit : « Mais ne vous inquiétez pas c'est très facile, je vous expliquerai. » Et elle m'a envoyée une infirmière de ... bah qui fait les situations urgentes, mais la pauvre elle n'avait rien sur elle. Parce que on aurait pu éventuellement utiliser un traitement, euh ... ou autre, donc voilà ! Ça s'est bien fini mais j'ai trouvé voilà que c'était une situation presque culpabilisante quand on y pense, donc de revenir à ça ... je l'ai fait donc en hospitalisation en péril imminent. Parce que les parents étaient très très atteints par cette situation-là. Et je ne voulais pas les rajouter en faisant une demande de tiers, dans ces cas-là. Bon, là je te parle d'une situation, heureusement, ce n'est pas tous les jours (rires). Mais bon voilà c'était une situation qui m'a marquée puis qu'après du coup, j'ai eu d'autres hospitalisations sous contrainte, j'étais un peu rodée, et euh ... ce n'est jamais une situation plaisante du tout ! Sur les trois que j'ai faite, il y en a une qui, du coup n'a jamais voulu me revoir ! Euh j'ai compris hein ! Et sur les trois, j'ai une fois sollicité le fils du patient, c'était un monsieur très âgé, heu bon voilà c'est souvent ... voilà on met la famille un petit peu à l'écart pour pas trop les solliciter dans ce cadre-là. Mais ouai c'est des situations un peu difficiles quand même. Les hospitalisations sous contrainte, à chaque fois ont été à domicile. Ouai parce que d'un point de vue logistique c'était plus simple. Euh. Même si, du coup ça demande à chaque fois, euh ... l'intervention ... Une fois l'intervention des gendarmes pour une dame donc qui avait vraiment un délire de persécution important. Et elle avait agressé sa fille, et elle avait essayé de l'étrangler. Donc elle avait essayé de l'étrangler juste avant que j'arrive. Donc j'ai trouvé ça « sympa » (rires). Bon, les gendarmes étaient cachés derrière et m'avaient dit : « Et s'il y a un problème : Appelez-moi ! Appelez-nous ! » Donc j'ai dit : « Il faut venir ! ». Quand j'ai senti que ça commençait à chauffer, ils l'ont interpellée, donc c'est difficile en fait de voir ... on est vraiment dans une situation qui est rarement conflictuelle sauf là ! Hein, euh ... heureusement que ça ne se passe pas comme ça avec tous les psychotiques mais bon ... malheureusement, voilà les trois fois on en est venus à ça. Euh, et la troisième fois donc c'était un monsieur très âgé, avec un délire de persécution, sur son fils. Euh ... avec un risque de passage à l'acte, aussi bien auto-agressif, qu'hétéro-agressif, du coup euh ... Là ça a été plus simple presque, parce que ce monsieur, ayant des pathologies ... des comorbidités, je lui ai ... bah je lui ai menti, et je lui ai dit qu'il allait aller aux urgences, pour faire un bilan somatique mais qui n'était pas celui-là. C'est vrai qu'on n'est jamais très à l'aise sur ça ! C'est à dire qu'on détourne un peu, on sait que c'est pour leur bien, mais ils ne nous en veulent pas d'ailleurs ! Le jeune, là que j'avais fait hospitaliser avec les

gendarmes, et les policiers, il avait été très agressif et aujourd'hui il revient sans problème. Alors je t'avouerai que les consultations juste après, j'étais accompagnée, toujours dans la peur, on ne sait jamais, mais, bon, heureusement c'est très rare ! C'est très très rare ! »

Êtes-vous familiarisée avec les résultats de consultation ?
« Pas du tout ! Non pas du tout ! »

Pouvez-vous me parler d'une situation en cabinet ressentie comme dangereuse ?
« Alors dangereux dans le sens où j'avais peur pour ma personne ou ... Éventuellement pour euh ... euh, j'avais eu donc là, donc je parlais avec le patient qui m'avait, vraiment particulièrement marquée, après euh, j'ai eu, euh ... un jour une situation conflictuelle, avec un patient, où, oui, j'ai eu peur, hum ... je remplaçais à l'époque à O. (nom de ville). Et j'ai vu un patient, qui a été, euh ... voilà j'ai commencé toujours par la phrase habituelle : « Qu'est-ce qui vous amène ? ». Et puis il m'a répondu : « Mais qu'est-ce qui m'amène ? c'est ridicule comme question, on ne dit pas ça ! Ça m'amène ! Je ne viens pas faire le marché ! » Bon bah je lui ai dit : « Écoutez, c'est juste pour amener la conversation, dites-moi ce qui vous embête alors ! Bah lisez mon dossier, c'est écrit dessus ! Euh, et puis euh ... après euh ... voilà il est monté dans les tours, je me rendais compte qu'en fait je subissais la consultation et je me disais : « Mais euh ... Jusqu'où ça va aller ? Je me suis vraiment, ouai, posé la question, euh ... de comment je vais arrêter ça parce que c'est sûr je ne vais pas le soigner ! Mais comment je peux arrêter ce monsieur qui m'agresse, et qui en plus, vraiment, n'arrête pas de me dévaloriser ! Alors ça je m'en fiche, mais comment je vais m'extirper de cette situation ? » Donc je me suis levée, je me suis dirigée vers la sortie et je lui ai dit de sortir, évidemment, il n'a pas voulu. Euh, et puis euh ... du coup euh ... j'ai dû sortir, moi du bureau, et lui dire de toute façon c'était terminé, je ne voulais pas d'une situation comme ça. Il a commencé à crier dans le couloir, en disant qu'il allait euh ... enfin il m'a menacée. Donc oui j'ai eu peur aussi même pour l'entourage parce que j'étais une jeune secrétaire qui entendait ça, qui ne savait pas du tout quoi faire. Et puis à un moment voilà, je me suis dit : « Allez vas-y ! On ne va pas aller à l'affrontement mais maintenant il faut que tu arrives à, vraiment le faire sortir, tu n'arriveras pas à l'apaiser, c'est terminé ! » Et donc il m'a menacé : il m'a dit qu'il porterait plainte. Euh ... il a fini par comprendre que de toute façon, voilà c'était terminé, moi je n'étais plus en danger, j'étais sortie de mon bureau. Euh ... il a fini par partir en hurlant, mais euh ... donc un patient qui n'était pas dans un état ... psychologiquement soit très mal, soit délirant, mais euh ... voilà chez un patient qui était euh ... juste un c** en fait ! Mais, euh ... et du coup après ... cet épisode-là, je me suis dit euh ... il faut vraiment qu'on ait un moyen de ... si jamais vraiment il n'avait pas voulu ... si jamais euh ... à sortir ou quoique ce soit ... comment on fait dans notre bureau ? Ça c'est une question à laquelle je pense souvent ! Il était seul ouai !

➤ *Parlez-moi de la configuration de votre cabinet pour fuir en cas de nécessité.*
« Alors en fait, j'ai en tête l'histoire d'un de mes confrères, mais je crois que c'était à peu près à cette époque-là ! Un confrère au sud de C. (nom de ville). Euh qui a un patient schizophrène, qui vient au cabinet ... Euh qui lui tend une lettre, euh je ne sais pas si tu avais entendu parler de cette histoire, euh ... voilà qui s'assoit et qui donne la lettre à son médecin, le médecin ouvre, et puis voit : « Cher docteur, excusez-moi de ce que je vais vous faire ... et donc là il sort un couteau ! Un poignard ! Donc et puis il lui saute dessus pour l'agresser. Donc, euh ... le collègue a réussi, enfin il s'est débattu pas trop longtemps, mais surtout avait une fenêtre à proximité, il l'a ouverte et il a sauté. Il est allé se réfugier à la gendarmerie, les gendarmes sont arrivés sur place ... euh, il avait saccagé le bureau. Donc c'est vrai que quand j'ai entendu ça ... euh je crois que c'était à S. (nom de ville). Je ne me rappelle plus ... au sud de C. (nom de ville). Mais à peu près 2013, 2014. Et c'est vrai que quand j'avais entendu ça, je m'étais dit : « Mais oui, il faut absolument qu'on ait une ... une ... manière de faire. Alors, euh, j'ai une fenêtre pas très loin de mon bureau. Que je pourrai ... voilà ... que je pourrai utiliser si jamais ça m'arrivait ! Euh ... cependant cette fenêtre, euh ... arrive vers une porte qui est fermée, mais bon j'ai toujours ma clé sur moi. Bon après voilà ... c'est vrai que ... la manière de faire ... je pense qu'il faut qu'on ait, euh ... voilà une fenêtre à

proximité ... au cas où, parce que mine de rien, il y a de plus en plus d'agressions physiques, ou verbales. Euh ... je suis à proximité du secrétariat, vraiment mon bureau il est juste derrière, donc euh ... si je crie euh ... Ma secrétaire m'entendra et bon... Encore faut-il qu'elle soit en capacité de m'écouter ! Qu'elle n'ait pas, voilà du monde autour ou quoique ce soit. Parce que ... Voilà ouai le téléphone ... le temps de faire ... d'appeler le collègue : pas possible ! Mais euh ... voilà ... Je pense que la configuration ... C'est la proximité d'une fenêtre au cas où ... Je suis vraiment au rez-de-chaussée ... Je n'ai pas beaucoup à sauter normalement ! (rires). Il est juste derrière, juste derrière en fait les secrétaires. Ma porte elle est vraiment juste à droite, derrière. »

Pouvez-vous me parler d'une situation en visite ressentie comme dangereuse ?
« Oui ... oui ... ça aussi, j'en avais eu une. Tu vas dire que j'ai vraiment des situations ... J'étais remplaçante à V. (nom de ville). Euh ... un patient, euh... schizophrène avec un fils qui présentait des troubles similaires. Donc le patient avait une cinquantaine d'années, son fils ... 25-30 ans ! Euh ... addiction à l'héroïne, euh ... il avait d'ailleurs des ... je me rappelle, des gros troubles trophiques au niveau des deux membres supérieurs et il avait des mains terribles ! Alors, très grand, jeune, et puis avec un contact toujours particulier, je n'étais pas très à l'aise en tant que jeune femme face à ... face au fils ! Euh donc avec son père il n'y avait pas de problèmes, il avait un traitement assez lourd donc disons qu'il était plutôt tranquille. Euh ... et puis un jour euh ... la secrétaire de l'époque euh ... m'envoie en visite là-bas, j'aurai du, a posteriori, refuser mais euh... Bon j'y suis allée. Et là je suis arrivée, j'étais avec ma petite jupe, là, il faisait beau, et j'arrive dans cet appartement... Euh, et, euh... Il y avait, je me rappelle, plein de bouteilles de rosé tout autour de l'appartement... ouai... c'était incroyable, des bouteilles plus ou moins pleines, et puis il me dit : « J'ai mal au dos, donc c'est pour ça que je ne pouvais pas me déplacer. Donc je vais dans sa chambre, bon ça sentait une odeur terrible ! Et je lui dis : « Ah et votre fils n'est pas là ? » Et il me dit : « Bah, si si ! Je vais l'appeler si vous voulez ». Je lui dis : « Non non, c'était juste pour savoir ! Et donc euh... Je l'examine, je finis de l'examiner, et puis je rédige l'ordonnance assez vite parce que je me dis : « Bon je ne suis vraiment pas à l'aise ! » Et il me dit : « Si si ! Je vais quand même appeler mon fils, euh ... donc là il l'appelle, lui, il arrive, et euh ... je vois ce grand type, là, devant moi, et juste à côté ils avaient un sabre qui était euh ... comment, euh ... Bah sur le mur là ... suspendu sur le mur et je me suis dit : « Mais attends, mais ce n'est pas possible ! Donc j'ai pris toutes mes affaires assez rapidement et puis je suis partie, clairement j'ai dévalé les escaliers super vite et il n'y a pas eu d'agression du tout ! Mais, à un endroit où je me suis dit : « Mais qu'est-ce que je suis allée faire là-bas ? ». Parce-qu'en fait j'aurai pu être dans une situation catastrophique. Bon après on peut toujours interpréter ce qu'on veut, mais là ... euh ... de l'alcool ... Est-ce que le fils était en état d'ébriété ? Alors je sais aussi, qu'il a une addiction à l'héroïne. Et qui présente des troubles euh ... voilà, je n'étais pas à l'aise, je l'ai dit à la secrétaire et au médecin que je remplaçais, que, en fait là, j'avais été vraiment dans une situation que personne ne mérite d'avoir ! Euh, et du coup, évidemment ça ne s'est pas répété ... après c'est la difficulté d'être remplaçant aussi c'est que ... on découvre des fois a posteriori. Mais c'est quand même au personnel du pôle, aussi, de se méfier ! Hein, même s'il ne faut pas cataloguer les gens loin de là. Mais bon, il peut y avoir quand même des situations qui peuvent dégénérer.

➤ *Parlez-moi des mesures que vous avez mis en place pour fuir ou affronter ce type de situation ?*

Hummm ... en visite ... euh ... maintenant je me gare toujours ... voilà je fais toujours demi-tour pour être prête à repartir. Ça, c'est systématique, euh ... j'ai toujours les clefs sur moi ... et en fait j'ai acheté une petite bombe à poivre, que d'ailleurs, je dois changer certainement. Euh parce que voilà, je pense que, vraiment en cas de nécessité, d'urgence : je l'utiliserai, je ne l'ai heureusement encore jamais utilisée ! Euh, je suis maintenant, toujours, euh ... A côté de la porte, quand j'examine les gens, alors on peut quand même aller dans leurs chambres. Je demande toujours aussi s'il y a quelqu'un, d'autre, que la personne, qu'il peut y avoir ! Humm ... il y a aussi les animaux, c'est vrai que des fois, les chiens : « Il est très gentil ». Oui enfin ils sont toujours très gentils avant de mordre, hein je crois !

Même si j'adore les chiens, euh voilà ... Je fais toujours un peu attention, et c'est vrai que voilà, je groupe aussi maintenant mes visites et je suis en compagnie toujours d'un externe la plupart du temps, sauf visite urgente. Mais la plupart de mes visites je suis avec quelqu'un ! Mais euh ... voilà, j'essaye comme ça un petit peu de ... même si je n'ai pas envie de voir le mal à chaque fois que je vois mes patients, mais c'est des petites choses comme ça, inconsciemment, que j'ai mis en place.

➤ *Les avez-vous mises en place avant d'être confronté à une telle situation ?*

➤ *Ou bien après ?*

« Oui et puis des situations, où, voilà, on arrive, en fait il y a plusieurs personnes, on ne connaît pas trop les gens. Ça peut être des gens, où il y a finalement en fait des gens ... Quatre ou cinq jeunes qu'on ne connaît pas, mais qui n'ont pas forcément, du coup, euh, du tout, de problèmes de comportement, mais on se dit : « Ah bah là, tiens, j'aurai peut-être dû faire attention, j'ai laissé mon sac là, n'importe comment, euh ... non en fait j'aurais dû ... J'aurais dû faire attention ! Et voilà. »

Votre expérience au contact des patients psychotiques a-t-elle eu un impact sur votre approche de la psychiatrie au quotidien ?

« Euh ... Oui et non ... Euh ... Oui parce que justement, euh ... quelques fois on ... Comme on est proches de nos patients, on se dit toujours qu'il ne peut rien nous arriver ... qu'ils seront toujours supers avec nous, qu'ils seront toujours dans la bienveillance, comme nous on l'est envers eux. Et, euh, en fait, à part ces situations là où, justement, soit il y a eu conflit, malgré eux, hein, parce que, pour certains ils n'étaient pas dans leur état normal. Soit avec des gens, euh ... oui ... bah ... peut être dérapent un petit peu ... euh ... et là, de façon un petit peu plus intentionnelle, je dirai que ... oui ça m'a conforté dans l'idée qu'il faut qu'on reste quand même vigilants ! Et que on l'apprenne aussi aux étudiants qu'on a ! De ... d'avoir toujours un regard assez ouvert. C'est à dire que voilà, non jugeant, et en même temps très alerte et surtout ... Surtout de bien écouter. De rappeler la femme, euh, le cousin, la meilleure amie de telle personne. Qui a laissé un message en disant qu'elle s'inquiétait pour cette personne psychotique parce que ... C'est ... Souvent évidemment euh ... L'entourage qui nous prévient. Et qui nous permet ensuite quand on voit le patient en consultation ... De se faire aussi notre idée ! Euh ... et en même temps ... non ça n'a pas forcément trop changé parce que je reste quand même persuadée que on a la chance d'être, en tant que médecin traitant, du coup euh... Plus proches d'eux et je dirai que ... Le lien privilégié il est très important ! Je pense notamment au patient là, qui a vraiment décompensé, qui avait été extrêmement agressif quand il avait été en épisode délirant, euh sur sa décompensation. Et aujourd'hui quand il vient, euh ... Il s'excuse, euh ... des fois de me déranger ou ... Quand euh ... il voit, pour d'autres problèmes de santé physiques, un spécialiste, il vient me revoir à chaque fois en me demandant s'il faut qu'il fasse telle ou telle prise en charge, donc euh ... je me dit « Euh ... bah c'est ... finalement le lien il a pas du tout été brisé au contraire ! Et euh ... il a bien compris pourquoi je l'avais fait. Je ne reviens pas trop sur le sujet. Parce que je n'ai pas envie non plus de réveiller quelque chose pour lui qui est peut-être difficile, euh ... qui est peut-être aussi difficile pour moi ! Mais euh ... j'essaye voilà de toujours être neutre évidemment, mais c'est très enrichissant finalement d'avoir des patients psychotiques, parce que ... surtout quand ils vont mieux, quand on arrive à les aider, les sortir d'une situation difficile, mais par contre des fois c'est vrai que c'est très ... chronophage aussi ! Quand vous avez, ouai, une hospitalisation sous contrainte ... Bah c'est, ouai, plusieurs heures de temps passé à faire ça, dans un après-midi, ce n'est pas grave c'est comme ça ! C'est le jeu ! Mais euh ... bon ... du coup euh ... quand j'ai une sensation d'une situation qui va dégénérer, maintenant, voilà ... je laisse un laps de temps où je vais être tranquille, je réorganise les choses. Comme ça je ne suis pas dépassée par les événements et puis ... et puis voilà, il faut peut-être finalement l'avoir vécu pour être à l'aise avec ça ! Et puis même un peu des fois ... c'est désespérant parce que je pense à ce patient, euh ... il a un problème prostatique et il me demandait l'autre jour : « Mais comment je ferai du coup : j'aurai plus d'enfants ? Je serai stérile ? » Et dans ma tête je me disais : « Mais mon pauvre en fait ! Bah non en fait il n'aura jamais d'enfants, pas parce qu'il a des problèmes prostatiques mais parce que malheureusement sa maladie est tellement envahissante que ... Bah il n'a pas accroché euh ... intime avec une femme... parce que voilà, et ... des fois c'est vraiment très triste parce que ... sa maladie : l'a vraiment isolé de tout

le monde et c'est quand même difficile ! Alors en plus ce jeune patient ... enfin il a une quarantaine d'années mais ... euh ... ce patient, euh ... sa mère s'est beaucoup battue pour lui, son père avait des troubles bipolaires, donc il prenait un peu plus de recul euh ... là-dessus, et sa mère malheureusement, est décédée l'année dernière. Une dame qui était vraiment très gentille et j'avais peur justement que ce patient décompense. Pas du tout ... Mais on a senti en plus que ... en plus il se sentait de plus en plus isolé ! Donc euh ... non ce n'est pas simple ! Ce n'est pas simple ! Alors après heureusement, l'hôpital propose des ateliers thérapeutiques, des ... des ... des réunions de groupe qui lui permettent, voilà de se retrouver avec des personnes euh ... dans la même situation, mais c'est quand même une maladie qui est terrible hein ! »

III Perspective

Pouvons-nous parler des traitements psychotropes :
(Acquiesce)

- Êtes-vous familiarisée avec les molécules à visée psychiatrique ?

« Oui ! »

- Quelles sont vos habitudes de prescription ?

- Pourquoi avez-vous fait le choix de ces molécules ?

« Euh ... mes habitudes de prescription ? C'est à dire quelle famille je peux utiliser ... quelle, euh ... et ... psychotropes pour les psychotiques ou de manière générale ? Alors en fait de manière générale, bon j'ai appris donc pendant mon internat, justement, les prescriptions de psychotropes donc évidemment toujours euh... les molécules euh ... on essaye d'en donner le moins possible et le moins longtemps possible ... Que ce soit pour les troubles anxieux ou les troubles du sommeil. Euh ... après ... pour les ... traitements anti-dépresseurs chez les dépressifs chroniques ou pour des psychotiques avec des neuroleptiques, euh ... là on sait très bien que malheureusement : il ne faut pas rentrer dans l'escalade thérapeutique ! Mais euh surtout sur ces pathologies-là, de toute façon j'ai toujours le psychiatre référent ... que je contacte, en cas d'échec, d'aggravation ou au contraire d'amélioration :
« Est-ce qu'on ne peut pas améliorer les choses ? Euh... voilà, alors la gériatrie aussi... C'est, je crois le plus compliqué pour moi parce que ... on sait très bien la nécessité euh... de bien identifier par exemple les syndromes dépressifs chez la personne âgée ! Ou même les délires de persécution ou autre... et en même temps de pas majorer les confusions ! Ou les risques de chute ! Donc euh ... je dirai que ... pour les troubles du sommeil, les anxiolytiques, vraiment des psychotropes à demi-vie courte, sur des durées de prescription les plus courtes possibles, essayer quelques fois quand on sent que les patients peuvent être adhérents sur des troubles mineurs, euh... de l'homéopathie, de la phytothérapie ... de la mélatonine pour les troubles du sommeil ! Euh ... et puis c'est vrai qu'alors là je vais partir des psychotropes mais la psychothérapie ou la sophrologie, l'hypnothérapie ... voilà les gens y adhèrent bien et finalement quand on connaît des personnes, avec qui on a l'habitude de travailler : c'est très bien ! J'ai eu des personnes avec qui je n'avais pas l'habitude de travailler : j'ai eu des retours catastrophiques et là je me suis dit :
« Aïe ! Bon il faut que nous on reste ouverts à ce genre de possibilités ! Parce que ça fait beaucoup de bien et ça permet quelques fois d'alléger l'ordonnance. Oui, c'est vrai. Mais dans mes confrères hein des fois « Ahlala euh ... l'autre il est allé voir ... Pfff ... Nan mais après je ne leur dit pas euh ... d'aller voir un magnétiseur ou je ne sais plus quoi heu ... Mais quand ils ont un espace de parole qu'ils ont trouvé avec cette personne là ... Bah tant mieux ! Et pour les troubles du sommeil, ça ça fonctionne quand même très bien ! D'aller travailler un petit peu sur l'origine du trouble du sommeil. Et finalement, pas aller médicaliser le trouble ! »

- Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?

« Alors je pense que par rapport à l'observance : quand c'est un patient qui est complètement adhérent à la prescription, qu'il y voit un bénéfice, euh on peut du coup lui faire confiance euh, dans la manière de gérer son traitement. Je pense qu'il faut les voir le plus régulièrement possible. Pour proposer à chaque consultation, euh l'efficacité, la tolérance du traitement ... Parcequ'évidemment un anti-dépresseur, qui donne des nausées des vertiges ... Bah on peut être sûrs qu'il ne va pas le prendre ! Parce que je le comprends aussi, mais il faut lui expliquer aussi sur l'efficacité qu'il y a un laps de temps ... Avant son efficacité pleine ... Donc ça,

vraiment, à la première consultation d'introduction du traitement, je leur explique bien, je leur fais des petites courbes pour leur expliquer. Euh ... je leur explique qu'ils peuvent me joindre s'il y a un problème avec le médicament. Et puis je les vois toujours à un mois. Et euh, à chaque renouvellement ensuite je leur propose euh ... Et bien quand je pense que c'est le moment de diminuer progressivement. De tout leur écrire, et de leur expliquer pour certains, voilà quand je sais, pour certains, qu'ils sont bien cortiqués, et qu'ils vont comprendre, euh, de remonter d'un pallier s'il y a besoin, enfin vraiment je les accompagne. Pour ceux, plus âgés, ou euh ... qui ont vraiment des difficultés je demande à leur infirmière habituelle, voilà, de leur préparer leurs médicaments. Que je suis sûre qu'il y ait une bonne prise, et que l'infirmière peut dire s'il y a un souci. »

- Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients psychiatriques ?

« Bah que l'accès à la psychiatrie soit plus facile ! Que l'accès au psychologue soit pris en charge ! Que ce soit en CMP ou surtout, évidemment en libéral ! Parce qu'on a des excellents psychologues avec qui on travaille mais, quand même pas rarement, il y a un frein économique, euh et moi je trouve ça très dommage parce que je pense qu'on pourrait diminuer la médication ! En leur proposant des prises en charge adaptées. C'est clair ! Et des gens qui ont sauté le pas. Bah ils disent : « Bah ça m'a coûté 50€ mais je ne le regrette pas ! Mais en même temps tout le monde ne peut pas mettre 50€ à chaque fois ! Les CMP, bah malheureusement la difficulté d'accès ! Alors pour les adultes, mais pour les enfants c'est encore pire ! Pour les personnes âgées, ou pour les personnes déficientes, auditives, notamment ! Il y a un vrai problème ! Et l'épidémie de COVID nous a montré aussi qu'à distance que ça ne marchait pas aussi bien ! Nous on propose le passage, euh, des infirmiers à domicile. Avec coup de fil aussi au préalable. Ça, ça fonctionne très bien ! Et euh, dans ces cas-là, on met en place, euh, ce qu'on appelle la PTA, notre plate-forme territoriale d'appui. Euh, qui fonctionne très très bien ! Il y a une secrétaire qui gère tout ça ! Pour s'assurer par exemple de l'observance du traitement avec l'infirmière, du passage de l'infirmier, et puis de la consultation avec le psychiatre s'il y a ! Même la gestion du transport, enfin ... voilà parce que ce n'est pas la question d'assister les gens mais quand ils sont mal. Ce n'est pas dans cette situation là où on aura le meilleur, euh, résultat pour organiser ... Après, heureusement qu'on a des structures comme celles-là pour nous aider. Parce que si je devais appeler, euh, toutes les structures à chaque fois ça serait compliqué ! Mais, euh, rendre la prise en charge du psychologue gratuite, ça ça serait super ! Vraiment du psychologue qui a l'habitude, euh, voilà, de traiter, enfin les psychothérapies de soutien, ou la TCC, ça c'est vraiment important quoi ! Alors on a le système Vigilan's à A. (nom de ville) qui ... ouai c'est plutôt bien, alors ce que je regrette c'est qu'ils nous envoient un courrier : « Alors on a essayé de joindre monsieur machin ... » Euh il n'a pas répondu mais sauf que je reçois le courrier 3 semaines après ! Donc si je l'avais reçu instantanément ... Quand il ne répond pas ... J'aurai pu, moi de mon côté, demander ! Je ne leur en veux pas, ils ont certainement plein de choses à faire, mais ... du coup ...

- Quels sont les points forts de ce qui est proposé actuellement ?

« Les points forts, bah pfff... euh les points forts finalement, euh ... c'est nous qui les construisons, donc c'est vraiment, euh, le lien qu'on essaye d'avoir entre la ville et l'hôpital ! Euh ... avoir un réseau quand même ... on a le docteur B. (nom de psychiatre) depuis qu'il est arrivé, qui nous a fait un annuaire ! Sur, voilà, les différents intervenants qu'on peut solliciter quand on a besoin. Et pas passer par la secrétaire ou autre. On a la chance aussi d'avoir, bah, déjà rien qu'un système de santé, où les gens peuvent être pris en charge ! Euh, globalement sans discrimination, ça c'est important ! Euh, la chance comme ça des structures médicales, des pôles de santé où on est plusieurs aussi à réfléchir. Sur ces prises en charge là, on a la chance voilà d'avoir des ... des infirmiers qui viennent à domicile, des médecins engagés aussi dans tout ça ! Donc je pense que voilà ... En ayant créé, et en ayant dynamiser avec des médecins volontaires pour faire tout ça ... Oui on arrive quand même à faire un ... un lien pour le patient entre l'hôpital et la ville ... Même si l'hôpital reste quand même un symbole pour le patient, euh... terrible ! Voilà, mais euh... Globalement il y a quand même voilà, un lien qui est fort entre nos cabinets et l'hôpital, quand on a, voilà des bons intervenants.

- Quels sont les points faibles ?

(cf supra sur les coûts) Et puis en plus manque d'accessibilité qui explose, avec le covid hein ! L'isolement ... euh ... les troubles anxieux ... les ... vraiment les personnes âgées, euh, seules, qui souffrent ! Terriblement ! Et puis même, euh ... les ruptures de soins aussi hein ! Dans les ... dans les suivis psychologiques et dans les suivis psychiatriques ! Je dirai même aussi dans les hospitalisations ! Au plus fort de la pandémie quand on voulait hospitaliser un patient ... c'était très compliqué ... il y avait une mesure de service un petit peu euh ... d'entre deux là ... et d'ailleurs un jour j'avais appelé *. B. (nom de psychiatre), euh, qui donc est le chef de service qui me dit : « Mais c'est quoi ? Comment on fait là ... On peut plus hospitaliser quelqu'un ! Il me dit bah on a des protocoles en psychiatrie, comme on n'est pas très à l'aise avec le côté physique ... maladie physique ... et bien il y a vraiment un rempart qu'on a mis ... Euh ... et lui-même en était désolé parce que ... Il y avait des ruptures de soins, euh, latents quoi euh. C'est, c'était vraiment très compliqué ! Donc que toutes ces complications, euh, ça va laisser des séquelles ! Qu'il faudra, bah voilà, euh, guérir par la suite ! Et puis la plupart des patients qui ont pris entre 4 et 10 kg ... »

- Quelle place occupez-vous dans la prescription ?

« Humm, en général : j'initie pas mal de traitements, euh, avant un avis ! Euh ... pour des situations classiques ! Que je peux suivre ... en ville ! Peut-être plus que certains de mes collègues parce que ... j'ai l'habitude en ayant vu beaucoup ! Euh, en revanche : les traitements neuroleptiques j'en n'initie pas ! Parce que là c'est, il faut évidemment faire un diagnostic précis ! Pas passer à côté, alors moi je vais faire le bilan somatique, mais euh, jamais d'initiation ... de traitement neuroleptique ! Quand on est en situation urgente, Euh, qu'il y a par exemple, euh, un risque auto-agressif, euh ... avec un refus de soins mais qu'il n'y a pas, voilà, d'hospitalisation comme ça, euh, à faire, en général j'appelle le psychiatre ! Qui me demande, qui me propose d'initier quelques fois une molécule, euh, neuroleptique mais il va évidemment voir le patient très rapidement, euh, donc je suis à l'aise sur l'initiation de choses classiques ... L'adaptation, l'arrêt ! Mais, euh, voilà sur tout ce qui n'est pas pathologie psychotique ou tout ce qui n'est pas de la psychiatrie, euh, comme de la bipolarité, ou des syndromes dépressifs sévères ! Euh, pour lesquels, euh, vraiment j'ai un échec. »

- Quel est le rôle du généraliste dans la prise en charge de l'entourage des patients psychotiques ?

« Euh, bah alors là, euh, on est presque, certains diraient qu'on est leur sauveur parce que là je crois que c'est ... j'exagère quand je dis sauveur mais ... pour eux, quelques fois ils voient ça comme le dernier espoir ! Dans une situation, où, euh ... ils sont vraiment, euh, très très démolis, démunis ! Euh, on peut même l'apparenter aux ... démences hein ! Hein vraiment c'est les mêmes difficultés qu'on a ! Euh, donc on a vraiment le rôle de lien comme on disait tout à l'heure, mais surtout, euh, on va devoir, euh, aussi les surveiller eux... Les aider eux, les soutenir, parce que euh, je crois qu'il y a autant de travail, voire plus de travail à faire pour l'entourage que pour le patient lui-même ! C'est ... ça aussi c'est notre avantage ! En tant que médecin de famille, c'est que : on les connaît bien ! Après il faut faire très attention aussi à respecter le secret médical ! Là il faut faire très attention à ça je pense ! Parce que quelques fois, euh, croyant bien faire dans l'entourage proche, on peut avoir des gens, effectivement qui sont en situation de détresse, le mari, le fils, le compagnon ou la compagne, mais, euh, attention aussi à l'entourage qui, des fois s'inquiète, mais qui des fois on doit faire attention à ce qu'on dit ! Donc je pense que ça c'est important ! Des fois on a l'impression quand la situation elle est compliquée avec les psychotiques notamment, on peut peut-être un peu plus dire de choses, alors euh, c'est important de recueillir les informations de l'entourage et de ne pas forcément le divulguer aux patients parce que sinon évidemment on va mettre l'entourage en porte à faux, mais il faut quand même faire très attention à ce qu'on a le droit de dire ou pas ! Je pense que ça c'est important ! Mais, euh, oui ! On a vraiment un gros travail, euh, avec l'entourage. »

- Avez-vous constaté une culpabilité chez les mères de patients psychotiques ?

« Oui ! Oui ! Oui parce que chez les parents en général, et a fortiori chez la mère ... Il y a vraiment, euh : « Qu'est-ce qu'on a fait ? Qu'est-ce qu'on a manqué ? Euh, qu'est-ce qu'on lui a donné comme maladie ? Euh, ça c'est un gros travail, euh, souvent d'ailleurs les mères qui verbalisent beaucoup la culpabilité et pour

lesquelles on sent qu'il y a vraiment une grande souffrance ! Euh ... bah du coup évidemment je les adresse à ... un psychologue que je connais, avec qui je travaille. Pour, euh, pour pouvoir travailler là-dessus ! Je le fais, et puis, euh, et puis vraiment quand il faut aller, euh, de manière très spécialisée avec le temps parce que les consultations en psychiatrie elles ne nous prennent pas un quart d'heure. Mais du coup quand on sent qu'il faut vraiment travailler sur l'enfance, là, je vais déléguer. »

- *Concernant vos échanges avec vos confrères psychiatres :*

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les confrères psychiatres. Et des courriers que vous recevez de leur part.

- *Pouvez-vous me parler de la qualité de vos échanges ?*
- *Pouvez-vous me parler de la fréquence de vos échanges ?*
- *Vous sentez-vous bien informé du devenir de vos patients psychiatriques ?*

« Je n'en reçois pas beaucoup ! (rires) J'en reçois pas beaucoup, euh, du tout, même ! Je reçois les comptes rendus d'hospitalisation. Toujours, euh ... très précis ... j'ai tout, euh... alors je les reçois un petit peu tardivement ! Je reçois le papier : « Votre patient est hospitalisé, euh, trois semaines après, alors, en général je suis au courant ! Si je ne suis pas au courant c'est que j'étais en vacances ou autre, mais euh, les échanges, bah, comme je te le disais, avec le chef de service, ils sont très bons il a voulu instaurer, voilà un annuaire pour les avoir, après, euh, il y a certains psychiatres, mais ça c'est comme n'importe quelle spécialiste, où on sait malheureusement que là, on n'aura pas d'aide ... on aura pas beaucoup de contacts parce que il y a des gens qui ne sont pas joignables ou qui sont, voilà, mais globalement, euh, on a tout intérêt de toute façon à conserver, euh, ces bons contacts là. Quand j'ai des patients qui me demandent, euh, voilà le psychiatre me demande de le prendre en SSR à V. (nom de ville). Parce que c'est dommage de l'hospitaliser à P. (nom de ville). Euh, aucun problème, voilà on est ... Et puis en contrepartie le psychiatre, régulièrement réévalue la situation avec des infirmières qui viennent. Au SSR, ils font une réunion et puis ils parlent des cas ... ils me retranscrivent après, toujours de manière précise, donc euh, le contact des fois un petit peu particulier avec certains, mais euh, globalement euh, on a pas mal d'échanges mais c'est souvent par téléphone ! Les comptes rendus de consultation, on en a peu, voire pas ! Ça c'est vrai ! Ouai, dommage... »

- *Parvenez-vous à rencontrer aisément vos confrères en cas de difficulté ?
Parvenez-vous à les contacter aisément ?*

« Euh oui... Ouai on peut les contacter facilement ! Quand, euh, je les comprends hein, j'appelle, ils ne me répondent pas immédiatement, je peux tout à faire comprendre donc je laisse un message assez précis... Je leur donne mes coordonnées personnelles, comme ça ils n'ont pas à passer par mon ... secrétariat qui, des fois, met beaucoup de temps à répondre, et ça c'est normal parce qu'il y a pas mal de choses à gérer ! Donc globalement, j'ai toujours un retour ! Que ce soit les psychiatres hospitaliers ou de ville d'ailleurs ! J'ai eu le cas hier, euh, je l'ai appelé sur l'heure de midi, il m'a répondu une heure après. Il m'a rappelé c'était très clair. Bon bah voilà, donc très bien ! »

- *Pouvez-vous me parler de vos relations avec les infirmières spécialisées en psychiatrie ?*

« Alors euh, globalement : les infirmiers, je dis infirmiers parce qu'on a deux hommes euh, qui viennent à V. (nom de ville), là qui, dont un qui fait les visites à domicile, qui nous envoie un petit mail régulièrement, là, on a un très bon contact ! Mr B. (nom de soignant). Vraiment très sympa, très disponible ... Euh : Très bien ! Quand j'adresse aux urgences, j'appelle toujours, euh, le service des urgences pour dire que j'envoie un patient ! Et en même temps je demande à parler à l'infirmier, euh, pour que, voilà il ait un petit peu tous les éléments ! Donc c'est souvent des contacts téléphoniques ! En direct ou des fois différés. Quelques fois des mails, voilà où on explique pas mal de choses. »

IV Conclusion

- Quels sont les points que vous pourriez améliorer concernant la prise en charge du patient psychotique ?

« Euh, ce qui serait bien ça serait d'avoir plus de temps (rires), je ne vais pas du tout dire : « Ah je suis parfaite ! Je fais tout très bien, je pense encore une fois : d'avoir, euh, d'être immergée dans le milieu ça m'a beaucoup aidée ! J'ai vraiment vu la différence et puis, euh, à améliorer c'est, euh, je pense vraiment se rendre disponible sur : notamment, au niveau de l'entourage ! Je le dis des fois à mes secrétaires, voilà, comme cette famille-là : « N'hésitez pas à me dire ! Mais, euh, d'être réactif vis à vis de ça ! Ça c'est important ! J'essaye de l'être ! Mais des fois c'est peut-être, euh, voilà, après ça c'est d'ordre personnel aussi c'est des fois, euh, toujours arriver à sentir quand un patient va moins bien. Euh, bah il n'est pas trop tard justement ! Mais, euh, bon ça c'est, on ne peut pas, on ne peut pas être parfaits ! Mais bon toujours rester vigilants ! »

- Est-ce qu'à la suite de notre discussion il vous semble utile de participer à des événements en lien avec la psychiatrie ?

« Et bah oui pourquoi pas tu vois ! Tu vois : c'est important, euh, dans le cadre de nos formations. Là, je vois qu'on va avoir un petit planning sur, euh, rencontrer, sur différents thèmes. Mais je crois qu'on a un thème de psychiatrie ! Donc, euh : alors à l'époque quand on faisait des groupes qualité, euh, on avait invité le docteur B. (nom de psychiatre) aussi, et tu vois ça fait longtemps. Je me dis qu'il faudra qu'on ... Qu'on refasse ça ! Euh, parce que c'est ... c'est important de garder le lien ! Ça, c'est sûr et puis aussi de se mettre à jour ... puisque tu vois je te parle de mon stage ... mais c'était en 2013 ! Donc, euh, il y a plein de nouvelles choses certainement formidables ! Mais c'est vrai dans toutes les spécialités ! Et puis, la psychiatrie, je pensais l'autre jour en regardant, euh, certains reportages sur la psychiatrie : on tape très fort sur la psychiatrie ! Sur la prise en charge, voilà des hospitalisations sous contrainte, euh, tu vois on en parle beaucoup ! Alors, certainement, à raison hein ! Parce que moi, du coup, je me dis : je me suis intéressée à certains reportages, là, qui s'immergeaient dans des services fermés. Euh, et c'est vrai qu'ils montraient au public un petit peu la difficulté du personnel, hein, avec des patients psychotiques, de leurs familles, des dérives, bah des consommations de drogue, d'alcool ou autre qui ... Donc c'est bien, hein, de ... un petit peu de familiariser les gens avec ça. Mais, la psychiatrie en général, a une mauvaise image, et euh, c'est pour ça que c'est à nous aussi, en tant que médecins généralistes de savoir aussi, bien les prendre en charge parce que le patient, psychotique ou pas, quand il a des problèmes psychiatriques : il ne va pas oser voir un psychiatre. Il va voir son médecin traitant, donc c'est à nous aussi de bien savoir les ... ouai les choper, les identifier et les aider ! Parce que, si, tout de suite on leur dit « Écoutez, ouai, voilà, je vous envoie voir un psychiatre ! » Ou : « Allez au CMP ! » Bah, c'est ... c'est important d'améliorer l'image qu'on leur donne aussi de ça ! »

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter d'un sujet dont on n'a pas discuté ?

« Non, non mais je ne vois pas ! C'était très bien ! »

Avez-vous quelque chose à ajouter sur la prise en charge des patients psychotiques en soins primaires ?

« Non ! »

Dernière question :

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ?

« Euh, je n'ai pas assez de recul. Avec mon expérience, pour le dire ! Par contre, je pense que, ça m'avait marquée d'ailleurs quand j'étais en psychiatrie, un jeune de 15 ans qui était venu pour une crise suicidaire, sur une consommation de cannabis importante. Et, euh, et je me souviens du chef de service qui me disait : « On va assister, très certainement, malheureusement à une catastrophe psychiatrique sur les consommations de cannabis. Euh, entre autres, hein, et d'autres drogues. Mais bon, le cannabis est un peu banalisé, surtout en plus alors en ce moment avec la légalisation sur les drogues. Je, je vois quand même chez certains patients, euh, consommateurs ...

Quelques fois on a des petits délires de persécution, des petites bizarreries dans le comportement. Euh, qui ne sont pas, euh, voilà, tout de suite du ... Des troubles psychotiques avérés et importants mais, euh, je pense que : Notamment par rapport à ça, on risque d'avoir, euh ... Je pense, des ... des crises à ce niveau-là ! »

N8 I Introduction / Formation

Je réalise cet entretien dans le cadre de ma thèse ayant pour thématique la psychiatrie en médecine générale et plus particulièrement la prise en charge du patient psychotique.

Je cherche à répondre à la question suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes face aux patients psychotiques ?

Mon directeur de thèse est le docteur LE GAC Michel, médecin généraliste retraité à ISIGNY SUR MER, enseignant de médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et du temps que vous m'accordez.

« Donc, pour l'instant tu en as recueilli combien d'entretiens ? Donc c'est le deuxième c'est ça ? Et tu dois en recueillir combien ? Et tu vas solliciter tes autres maîtres de stage ? Et donc tu vas te dém*** pour avoir des médecins d'âges différents, des hommes, des femmes, en fait ? Parce que c'est important aussi ça, que ça ne soit pas que des hommes, que ça ne soit pas que des femmes. Et puis d'âges différents aussi. Voilà, si l'enseignement a été différent ... »

Cet entretien est anonyme, enregistré afin de le retranscrire mot à mot, m'y autorisez-vous ?

Pouvez-vous vous présenter ?

« Bonjour je me présente, Dr D., né en 1956 à C. (nom de ville). Et euh, donc j'ai exercé la médecine générale pendant euh ... 32 ans, enfin j'étais installé 32 ans et je ... euh, voilà je suis rentré en médecine, en première année de médecine en 1975. Et, à l'époque c'était 7 ans donc j'ai terminé en 1982, j'ai fait 3-4 ans de remplacement et puis je me suis installé en 1986 à M. (nom de ville), et j'y suis resté 32 ans, voilà.

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?

« 1985. »

Depuis combien d'années êtes-vous installé ?

« 32 ans. »

Pourriez-vous définir votre mode d'exercice ?

« Médecine générale en milieu rural. »

Quand vous étiez interne, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Alors, pas véritablement mais mon premier stage d'étudiant en médecine, d'externe, ça a été le service de psychiatrie infantile du B. (nom d'établissement) de C. (nom de ville). Et je peux te dire alors là, déjà, euh ... premier stage, tu sais, et tu avais un choix dans l'amphi, euh, alors euh, machin : tel stage ; machin ... ; D. (nom du médecin interrogé) : psychiatrie ! Bravo, ouai ! Et puis donc j'ai débarqué dans le service des enfants de ... du B. (nom d'établissement) de C. (nom de ville). C'était la cour des miracles quoi ! La cour des miracles ! Donc tu imagines, c'était, euh ... donc fin des années 70, les enfants qui étaient là-dedans ils étaient, euh ... tu avais des ados quoi voilà c'est ça, c'était des ados ... une quinzaine d'années quoi. Et, euh, pfff... les $\frac{3}{4}$, pour ne pas dire la plupart, c'était des cas d'anoxie néonatale

hein, ce n'était pas des pathologies psychiatriques à proprement parler. C'était des souffrances néonatales quoi, hein. Donc, euh ... avec des handicaps très très lourds, très très lourds, ce n'était pas à proprement de la psychiatrie c'était du handicap. Mais ! ça m'a, comment dire, euh, ça te donne un autre regard sur le handicap tu vois, tu, euh ... quand tu les côtoies et bien voilà, tu ... tu n'as plus ce côté un peu horrifié que tu peux avoir quand tu débarques dans le service. Hein, mais j'avais la trouille, ça braillait, euh ... ça braillait, ça puait la p****, ça puait la m****. Les ... les ... éducateurs là-dedans ils étaient héroïques. Il y a un truc qu'on allait faire, c'était très drôle, on les amenait à la piscine, et alors, euh ... tu sais des piscines scolaires quoi. Donc, tu avais des groupes scolaires, des gamins de leur âge grosso m****, qui étaient là et euh ... qui ne voulaient pas vider la piscine, et nous, dès qu'on est arrivés ... La piscine se vidait là, euh c'était un moment ... vraiment un régal. Les mecs voilà dans l'eau tout ça, tu sais ... il n'y avait que des garçons, il n'y avait pas de fille, comment dire, ouai il n'y avait pas de filles. Ouai, ouai, la récréation, c'était poilant ! Donc, ce n'est pas en lien direct avec la psychiatrie, si tu veux ... mais, euh ... ça m'a fait connaître un peu mieux le handicap on va dire. »

Depuis que vous êtes thésé, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Non, non. »

Quel fut l'objet de votre refus ?

« Bah je n'ai pas fait de formation autre, par ailleurs ... J'ai fait un diplôme de médecine du sport, parce que bah tout le monde le faisait quasiment. Après, j'ai fait une formation sur l'ostéopathie, euh ... parce que j'avais remplacé la médecine qui faisait le rebouteux qui faisait de l'ostéo. Voilà donc je me suis un peu intéressé à ça, et puis, euh, quoi d'autre ... Voilà, c'est principalement les formations que j'ai fait au cours de mon exercice hein. Euh pfff ... »

Après votre thèse, avez-vous été sollicité pour des vacations/consultations somatiques dans une structure dédiée aux troubles psychiatriques comme par exemple avant une hospitalisation d'un patient en CHS ?

« Non ... Non ... sur P. (nom de ville) tu as ... Donc, c'était la plupart du temps ... c'était les médecins de ville, de P. (nom de ville), et puis ensuite ils ont eu des médecins généralistes attachés ouai. »

II Ressenti

Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?

« Alors, euh ... psychotique pour moi c'est le délirant hein ... voilà. Parce que peut être qu'il faut définir, hein, euh ... la psychose. Hein, c'est le délire, c'est le schizophrène, d'accord, hein ! Euh, bah ... ce n'est quand même pas la pathologie la plus fréquemment rencontrée en médecine générale. Hein, tu as deux solutions, comment dire ... Deux cas de figure. Ou bien, tu es face à quelqu'un de délirant, ou bien tu vas assurer le suivi d'une personne qui a eu des épisodes délirants. Face à quelqu'un qui fait un épisode délirant, bah tu le détectes assez vite quand même hein ... c'est ... c'est relativement simple de faire le diagnostic d'une ... d'une psychose. Quand la personne te dit que la télé lui cause, hein et bon voilà qui a un comportement tout à fait euh, aberrant. Bon j'ai quelques cas, oui, j'ai quelques cas où j'ai été, où je suis intervenu dans des épisodes psychotiques, bouffées délirantes, ou vraiment épisodes de psychose hein. Euh bah là, ce n'est pas compliqué, hein enfin ce n'est

pas compliqué. Euh pfff ... comment j'ai fait, j'ai réussi à faire hospitaliser les gens, alors est-ce que c'est un tour de force de faire hospitaliser les gens ? Bah, euh, tout dépend de la nature du délire, je suppose, hein voilà. Je ne sais pas si tu as quelqu'un qui vient d'agresser une autre personne, euh, physiquement, avec un couteau, ou qui a tenté de le tuer, ou qui a tué une personne parce qu'il est dans un délire. Euh, là, voilà, ce n'est pas, c'est si tu fais intervenir, je pense les forces de l'ordre, ça ne m'est jamais arrivé. Mais, euh, sinon bon si c'est un ..., quelqu'un qui dit que la télé lui parle de ... machin bidule ... et tu vois qu'il est en souffrance parce que souvent c'est accompagné d'une angoisse très importante. Et bah, là tu ... tu arrives à convaincre la personne que ... Il faut qu'elle consulte parce qu'on va s'occuper d'elle. Parce que on va apaiser ci, on va apaiser ça, ou on va essayer de résoudre son problème, donc l'épisode délirant : je n'ai jamais été mis en difficulté mais c'est pour ... c'est pour te dire aussi que : c'est ce que j'étais en train de te dire en préambule. C'est que ce n'est pas fréquent hein. Ce n'est pas fréquent. C'est quand même une pathologie, euh, le schizophrène. C'est, euh, je ne sais pas, en nombre de cas, euh, en nombre de cas de psychiatrie, c'est, c'est une infime partie quand même de ce que tu vas rencontrer en médecine générale. Par rapport aux angoissés, par rapport aux dépressifs, par rapport ... Tu vas rencontrer beaucoup de névroses et très peu de psychoses ! Donc, ce n'est presque pas du domaine de la médecine générale, tu ... Et le diagnostic est relativement simple à faire, même pour une personne qui n'est pas médecin. Attends, mais euh, mon voisin il déconne complètement. Il me dit qu'on parle de lui à la télé, euh, que Dieu lui est apparu. »

➤ *En cabinet :*

- *Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient présentant des troubles psychotiques qui vous a marqué ?*
- *Ou la dernière consultation avec un patient psychotique ?*

« Alors, au cabinet je ne sais pas ... en visite, oui. La première fois, où, euh ... Comment dire j'ai ... J'ai vu une ... c'était une bouffée délirante. Chez une jeune femme qui était, dans une, euh ... Monitrice de colonie de vacances c'était à Q. (nom de ville), mignonne petite nénette là d'une vingtaine d'années, 18 ans peut-être. Qui a donc, la nature de son délire je ne me rappelle plus trop. Mais bon, c'était le directeur de la "colo" qui m'avait appelé, parce qu'il disait qu'elle avait un comportement un peu bizarre. Et c'était une bouffée délirante. Euh, "schizo", j'ai un patient qui a fait un délire, un type de ... qui ... on va dire de 30 ans, peut-être 30-35 ans. Euh, la mère "Brenzing", euh le père, euh ... déficitaire et donc des enfants, qui, je pense ont eu une enfance assez compliquée. Malgré tout, ils sont deux frères, l'autre frère n'est pas du tout délirant et semble avoir, euh, un comportement ... ne semble pas avoir souffert psychologiquement quand tu le vois, que tu l'entends parler. Mais, celui-ci, donc : il a dû renoncer à son métier parce qu'il a une ... euh, des lombalgies tu vois, donc il était plâtrier ou maçon, maçon et lombalgique donc obligé de renoncer à son métier. Pas bien dans sa vie professionnelle, je pense parce que ce n'était pas le métier qu'il avait choisi, pas bien dans sa vie personnelle, parce que seul, et certainement très inhibé comme garçon. Et donc, il avait, semblait-il, euh, essayé de contacter ... Je me demande s'il n'avait pas contacté une voyante, tu vois, ou un site de rencontres, des machins. Et le mec s'est trouvé envahi par des ... sa boîte aux lettres ... par des ... par des médiums, par des voyants, par des ci ... par des ça ... Et il a perdu complètement pied, et, euh, donc il était persuadé que c'était sa voisine qui lui avait jeté un sort. Le bon vrai délirant, je suis intervenu, parce que c'est ... pour le faire hospitaliser mais c'était un garçon que je connaissais, alors il était, tu vois ... Je ne sais pas si c'est la règle chez les psychotiques, mais il avait encore certaines notions, tu vois, du monde extérieur. C'est à dire qu'il savait qui j'étais, voilà, et j'ai réussi à le faire hospitaliser. Je l'ai envoyé sur l'antenne psychiatrique des urgences quoi ; en argumentant sur ce ... voilà sur sa souffrance. En lui disant : « Je vois bien que tu n'es pas bien, je vois bien que tu souffres, je vois bien que tu es angoissé. Et bien, il faut

absolument euh ... tu ne peux pas rester comme ça, il faut absolument que tu te fasses soigner quoi. Qu'on te vienne en aide quoi ! ». Hein, en jouant sur ce registre-là, quoi. C'est ce qui a réussi à le ... comment dire, à le décider, hein, voilà ... »

➤ *Etait-il seul ou accompagné d'un proche ?*

« C'est son frère, oui. Donc il a été accompagné par son frère. »

➤ *Avez-vous eu besoin d'aide ?*

« Non ... Ah bah si, oui ... S'il avait été seul, j'aurai eu besoin d'aide, oui. Bien entendu. Il aurait fallu une tierce personne, et surtout une personne de confiance, voilà, quand tu ne te sens pas bien, je pense que voilà, si tu as une personne de confiance : tu es tout de suite plus facile à convaincre quoi, tu vois ! »

➤ *En visite :*

- *Pouvez-vous me raconter une visite à domicile d'un patient psychotique qui vous a marqué ?*
- *Ou votre dernière visite d'un patient psychotique ?*
- *Etait-il seul ou accompagné d'un proche ?*
- *Qu'avez-vous ressenti ?*
- *Avez-vous eu besoin d'aide ?*
- *A qui avez-vous pu adresser le patient ?*

Pouvez-vous me parler d'une situation en cabinet ressentie comme dangereuse ?

(long silence) « Bah écoute, j'ai été plutôt épargné moi, j'étais plutôt épargné, des menaces, euh ... verbales. Ouai, bah un peu, tu vois dans le couloir des choses comme ça ! Un patient qui repart mécontent ou parce que tu ne lui as pas donné raison ou ... Mais physiquement, je n'ai jamais été agressé. J'ai pris une fois un coup parce que c'était un mec qui était bourré et qui, à 4 heures du mat', voilà, voulait tuer son père. Bon, alors évidemment c'était un bestiau, ils étaient dessus, bon ... à l'époque tu intervenais pour des trucs comme ça en garde. Voilà, maintenant c'est le SAMU, ou le SAMU t'envoie les ambulanciers se faire casser la g*****, mais nous on intervenait. Donc, ta seringue de DROLEPTAN, donc j'ai pris un coup de pied, j'ai mes lunettes qui avaient valsé. Enfin bon, bref, mais euh, me faire agresser, non, physiquement non, verbalement oui ! Bah comme tout le monde hein, t'imagines pfff ... une fois un delirium tremens chez un patient, mais il n'était pas du tout agressif, pas du tout agressif. Alors là, le gars-là, lui, il voyait des gens armés dans la cour. Et puis donc la maison, la maison dans laquelle il était, c'était euh ... il pensait que c'était un bateau qui avait rompu ses amarres quoi. Et donc si je m'approchais de lui et ben, on allait faire chavirer la maison quoi. Là aussi, j'ai réussi à le faire hospitaliser sans trop de difficultés. Alors, comment je m'y suis pris, et bien, j'ai réussi à là ... probablement, euh ... Et là aussi tu vois, tu avais la peur, en jouant sur ce registre-là quoi. Et puis, à l'époque, si tu veux, les ambulanciers, ils étaient un peu moins ... le mec on le connaissait, l'ambulancier le connaissait tu vois. Donc tu embarques le mec, tu ... il n'y a pas, euh, on ne se pose pas de questions, à savoir s'il est consentant je pense, ou est-ce qu'il n'est pas consentant. À savoir s'il faut lui faire ci, ou est-ce qu'il faut lui faire signer une décharge. Voilà, tu le chopas et puis direction P. (nom de ville) quoi. Ce n'était pas un mauvais bougre, hein. Il n'était pas méchant, il n'était pas agressif, donc tu vois je n'ai jamais eu affaire à un patient agressif. Je me suis trouvé des fois, un peu en difficulté avec des mecs qui commençaient ... et j'en avais un là, notamment, qui parlait fort avec qui ? Je savais que c'était un mec, un de mes jeunes

patients il n'était pas délirant mais si, quand même délirant. Il parlait beaucoup de religion et de trucs comme ça, et lui c'était au cabinet, et me tutoyant, tu vois, la familiarité. Mais c'est un gamin que je connaissais, pas le mauvais bougre. Bon, c'était un gamin, bon qui avait eu un peu maille à partir, euh, avec les gendarmes, avec des conneries de gamin. Un peu de drogue, il me semble quand même un peu, et puis et donc il terrorisait un peu ... il terrorisait un peu sa grand-mère chez qui il couchait. Parce que, il s'était fait viré de chez lui parce qu'il f***** le b***** et il parlait fort, il me prenait un peu à parti. Il m'interrogeait, en fait, il inversait les rôles tu vois, et ... c'était ... c'était ... ça peut être assez inconfortable quand c'est toi, normalement, qui maîtrise. Toi, tu es le mec qui sait, tu vois, tu as ton bureau et puis tu as la personne que tu interrogues. Et lui, il me scrutait, il inversait les rôles pour me mettre un peu en difficulté, quoi, tu vois, pour me mettre en difficulté ! Alors, je ne sais pas s'il n'a pas été déclaré psychotique lui. Mais enfin bon, c'est, quand même, je ne sais pas comment ils appellent ça ! Oui c'était assez perturbant quand même. Et il a eu à faire à une de nos remplaçantes, euh ... qui a eu un peu de difficulté aussi avec lui, tu vois. Parce que quand tu connais le contexte, moi je connaissais le contexte familial notamment. Donc, quand tu lui parlais : « Ta grand-mère a peur. » Il me répondait : « Mais elle a peur de quoi, elle a peur de quoi ? » Bon un peu agressif tu vois, bon c'est une des rares fois où je me suis senti en difficulté, voilà. Ou alors, les autres je les ai bien occultés et oubliés mais, mon associé lui c'est ... J. mon vieil associé, lui, une fois il a été ... un mec qui avait pointé une arme sur lui. Une arme, enfin un pistolet qui n'était pas un vrai, parce qu'il voulait récupérer son permis. »

➤ *Parlez-moi de la configuration de votre cabinet pour fuir en cas de nécessité.* (rires) « Pour en revenir à mon premier cabinet, là tu étais pris ! Si tu avais un mec qui voulait te sauter au cou, là c'était très difficile de s'en barrer. Pas dans un bunker, mais tu n'avais pas trop d'issue, hein, à part une fenêtre, mais qui était de l'autre côté du bureau, hein, mais tu imagines ! Tu imagines ton bureau vraiment coincé le long du mur, le mec il poussait le bureau. Euh, on était piégés, ouai. Dans notre nouveau cabinet, euh, ce n'est pas, ce n'est pas dans ce but là, mais il y a effectivement une porte d'entrée pour les patients, pour le public. Et puis une porte derrière, pour les ... pour les médecins, les gens qui y travaillent. Mais regarde, t'as un mec qui te coince dans ton bureau, tu n'as pas d'issue hein. »

➤ *Avez-vous élaboré un scénario pour fuir une situation inconfortable ou dangereuse ?*

« Un scénario pour m'enfuir, non il n'y en avait pas, mais je ne l'ai pas non plus imaginé hein ! Maintenant, s'il faut faire une sortie ... (rires) »

Pouvez-vous me parler d'une situation en visite ressentie comme dangereuse ?

« Non, non : le mec qui m'a f**** un coup de ... un coup de pied, bah en fait il y avait du monde autour, il a été maîtrisé. Mais, attends, je réfléchis, mais ... (long silence) ... non ! »

➤ *Parlez-moi des mesures que vous avez mises en place pour fuir ou affronter ce type de situation ?*

Pas de mesures mises en place

« Ah bon, ils s'arment ? Bah tu vois que c'est mon choix, ce choix que j'ai fait de la médecine en milieu rural c'était pour ... euh ... pour éviter tout ça. Pour rien au monde je n'aurai voulu exercer en région parisienne. Tu vois, en banlieue ... où les

mecs se font voler, euh ... voilà ... leur argent ... à l'époque : c'était des carnets à souche tu sais, pour les toxiques, les ordonnances. Enfin bon, où le mec se fait agresser pour tout ce qui est morphiniques. Ouai, ça ne m'est jamais arrivé ça !

Mais donc dans ces cas-là je comprends, que, effectivement, mais là, c'est ... on n'est plus dans le cadre de ton ... de ta thèse là, c'est dans un cadre beaucoup plus général, où tu peux être confronté à des gens beaucoup plus violents. Mais quel est l'intitulé de ta thèse ? Mais tu dis que ce n'est pas toujours dans la ... violence. La violence elle n'est pas toujours uniquement dans la psychose ? Alors, donc comment tu vas articuler ça ? Comment tu vas présenter ça ? Bah oui, parce que ... être plus général ... Et parmi les causes de violences potentielles il y a la psychose. Parce que là tu t'écartes, tu vois quand tu me demandes si j'ai une porte de ... pour m'échapper d'une situation dangereuse. Ça, on n'est plus dans le cadre de la psychose ! Bah c'est trop restrictif à ce moment-là ! Je vois bien le médecin face à une situation violente, euh, oui : je vois le sujet ! Après, les médecins face à la psychose : je vois le sujet ! Mais ce n'est pas ... voilà, d'abord ça serait trop, euh ... réduire la psychose à la violence ! Hein, si tu fais ta thèse dans le cadre, enfin si le sujet de ta thèse c'est la violence dans les cabinets médicaux et dans l'exercice de la médecine générale. Oui, ça, ça me paraît plus comment dire, euh ... enfin plus pertinent ! Ce n'est pas à moi de te dire ce qui doit être fait. Mais ... le cadre va être plus large ! Parce que, il n'y a pas que les psychotiques qui sont dangereux hein ! Tous les c***** qui ont bu un coup. Tous les ... euh, les abrutis que tu ne veux pas recevoir, parce que leur gamine soi-disant a de l'asthme. Enfin bon, tu vois la gamine qui "hihihihi" (imitation). Et tu ne le reçois pas en urgence, il g***** dans le couloir, il te traite de tous les noms. Euh, voilà, bande de m****, c***** , voilà, ça, oui ça c'est vrai ! C'est assez fréquent, hein ! C'est fréquent, hein ! Mais, on n'est plus dans le cadre de la psychose ! »

Votre expérience au contact des patients psychotiques a-t-elle eu un impact sur votre approche de la psychiatrie au quotidien ?

« Non, non, parce que c'est quand même, dans une carrière de médecin généraliste, c'est quand même, euh, ça reste une pathologie marginale, hein, la psychose ! Tu t'en rappelles parce que ... Parce que ce n'est pas fréquent, et aussi parce que c'est vraiment hors du commun, quoi, les propos délirants, les ... Mais, euh, ce n'est pas ... c'est si peu fréquent ! Que ça ne va pas avoir beaucoup d'impact dans ton exercice. Quelqu'un qui est délirant, tu es bien désarmé, toi, pour le prendre en charge. Tu vas en faire le diagnostic, assez rapidement, et a priori je dis bien a priori, et puis après ce n'est pas de ton ressort ! Ce n'est pas de ton ressort. Euh, toute la pathologie ... que ce soit la névrose, euh, voilà, toutes les pathologies névrotiques, alors là ça remplit les cabinets de médecine générale ! Hein, avec des plaintes somatiques qui masquent toutes ces névroses quoi. Donc, la psychose c'était moins de dix épisodes enfin je ne mesure pas, mais tu vois c'est vraiment très peu dans l'activité d'un médecin généraliste, hein, il me semble ! Je ne sais pas ce que ce que tu auras comme écho, mais, j'imagine que tu as déjà un peu potassé le sujet, euh, c'est une pathologie rare hein ! »

III Perspective

Pouvons-nous parler des traitements psychotropes :

« Oui ! »

- Êtes-vous familiarisé avec les molécules à visée psychiatrique ?

« Euh, non, à part le RISPERDAL, la RISPERIDONE. Après, il y a plein de médicaments qui étaient utilisés qui, je pense, ont disparu. Les neuroleptiques déjà un peu anciens, que les gens prenaient au long cours, per os ou en injectable. L'Haldol, l'haloperidol, c'est ça, hein ... l'Haldol, voilà c'était le médicament de référence dans le délire, hein ! C'est un des premiers, je pense, hein, d'ailleurs ... le DROLEPTAN, le DROLEPTAN, qu'on utilisait, euh ... alors je ne sais pas quel est le principe actif du DROLEPTAN. Ça existe encore le DROLEPTAN ? (M. se saisit du dictionnaire des médicaments) Bah c'est surtout que ça avait vachement d'effets secondaires, hein ! ça avait vachement d'effets secondaires le DROLEPTAN ! ça donnait des hypotensions, euh, mais, on avait tous une seringue de DROLEPTAN dans notre mallette, hein ! (En lisant le dictionnaire des médicaments) DROLEPTAN : est-ce que ça serait le DROPERIDOL ? 853 (numéro de page) ... C'est ça, DROPERIDOL, HALOPERIDOL, DROPERIDOL. Donc, à l'heure actuelle je pense qu'ils prescrivent beaucoup de ... et de la RISPERIDONE aussi non ? Hein ? Non ? Ah, oui, ça revient à la mode l'Haldol ? Bah oui ça revient à la mode, c'est toujours pareil l'Haldol ... on l'a ... on l'a ... comment dire, euh ... un peu décrié, même beaucoup décrié, hein ! "Ah lala ! Camisole chimique ! Camisole chimique !" Le RISPERIDONE paraissait plus moderne mais, probablement, l'Haldol ça agit très vite quoi ! Et puis, tu as toutes les formes injectables après euh ... retard, ouai ... »

- Pourquoi avez-vous fait le choix de ces molécules ?

« Ah, bah moi je ne suis pas prescripteur de ça, du tout hein ! Bah moi, je ne l'étais pas hein ! Voilà, on dans un autre cadre. Euh ... dans la gériatrie, à la rigueur, chez un sujet délirant, agité euh ... Mais ce n'est pas de la prescription de médecine générale ça, les neuroleptiques hein ! Non ! La RISPERIDONE, ouai ! Parce que je te dis que l'HALDOL était décrié, maintenant je pense que l'HALDOL ça peut aussi, mais aussi, agir aussi bien, et ... mais bon tu as des modes comme ça ! Ah, oui mais le CLOPIXOL, c'est plus dans les hallucinations, non ? Hein, les maladies à corps de Léwy, les choses comme ça, hein ? C'est le LEPONEX, là, non ? Ah non ? Non, mais ce n'est pas des médicaments que tu prescrites les neuroleptiques ... C'est des médicaments, euh ... ou alors, vraiment c'est ... qu'il ne peut pas être vu par un spécialiste rapidement ... ou, euh ... Mais, pour moi, ce n'est pas une prescription de médecine générale hein ! »

- Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?

(M. cherche dans son dictionnaire des médicaments)

« CLOPIXOL ! Alors : CLOPIXOL, c'est le nom du médicament ! CLOPIXOL, FLUANXOL, alors FLUANXOL, c'est du FLUPENTIXOL et le CLOPIXOL, c'est du ... ZUCLOPENTHIXOL, antipsychotique ou neuroleptique, d'éthioxanthène. ORAP ! C'est prescrit aussi ça ! DOGMATIL ! Le SULPIRIDE ! C'est prescrit, euh ... on ne le prescrivait pas trop. Comme, euh, on prescrivait aussi le Dogmatil dans certains troubles fonctionnels digestifs. Le TIAPRIDAL ! Ça aussi ! Tiens, voilà, ça alors voilà c'est ... TIAPRIDAL ! C'était un médicament principalement prescrit en médecine générale ! Chez les gens un peu irritables, tu vois ! Tu vois, un peu agressifs ! RISPERIDONE, bah ... non hein. OLANZAPINE, ah bah c'est ça, l'OLANZAPINE c'est le QUETIAPINE ... ZYPREXA, ouai ! ABILIFY ! Ouai, ça c'est un neuroleptique beaucoup prescrit aussi, il me semble ! Le LOXAPAC ... non, ce n'est pas des médicaments, euh ... donc TIAPRIDAL, ouai ! D'accord, on prescrivait ça ! Le SOLIAN, ouai ! HALDOL, DIPIPERON, non ... LARGACTIL, NOZINAN, non. TERCIAN ! Bah, non hein ! Et bah, là non plus, je pense que ça n'est pas non plus du domaine de la médecine générale ! Le suivi de ces patients, il doit être assuré par la psychiatrie quoi ! Après, c'est des patients que tu vas voir, pour d'autres problèmes ! Le psychotique, il va faire une otite, il va faire une

pneumonie, il va avoir mal au bide, il va se faire un lumbago. Euh, voilà, il va se tordre la cheville ! Tu vas les revoir ces patients ! Mais leur suivi, ce n'est pas du domaine de la médecine générale ! On n'est pas formés pour ça ! Les ... notamment les traitements au long cours, tu vois, c'est ça ! En fait, pfff ..., c'est le ... c'est quand même s'assurer, enfin je vais résumer les choses, peut-être de façon un peu triviale, et ... et faire un raccourci. Mais, un psychotique, un mec délirant, une personne délirante, elle a besoin de neuroleptiques et probablement de neuroleptiques au long cours si ce n'est à vie ! Sauf contre-indication médicale, qui ferait que : on ne peut plus lui prescrire tel ou tel médicament. Mais, je ne parle pas de la bouffée délirante, hein, je parle du psychotique hein, du schizophrène. Donc, c'est des gens qui ont des traitements au long cours et le médecin généraliste ne peut pas assurer ça ! Mais même pas ! Même pas ! Mes délirants, je pense les pathologies lourdes psychiatriques, c'était le psychiatre qui renouvelait hein, et ça paraît logique ! Oui, mais par défaut ! Par défaut, mais ce n'est pas ta mission ! Hein, ce n'est pas ta mission première ! Tu vas le faire pour dépanner ! Bien entendu ! Alors, quand même ... je relativise, des renouvellements tu vas en faire voilà, des renouvellements, tu en fais ! Mais pas la prescription initiale ! Et pas le suivi non plus ! Pas le suivi ! Ouai ! »

- Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients psychiatriques ?

« En ayant une psychiatrie qui soit moins sinistrée ! Ce n'est pas le rôle du médecin généraliste ! De détecter, oui ! De dépister, oui là encore ! Hein, tu vois ce rôle de ... de terrain, hein ! De premier recours. Mais après, la psychose ce n'est pas ... ce n'est pas le travail du médecin généraliste, hein ! Donc il faut il faut un secteur psychiatrique efficient, et puis, bien entendu, comme beaucoup, mais ça ne concerne pas que la pathologie mentale. Ça va être ... tout ce qui est pathologie au long court ... avoir un lien (structure et médecine générale), euh, comment dire, entretenir ses relations, ses bonnes relations entre la médecine de ville et puis ces structures spécialisées, quoi ! Hein ! Que ... on puisse facilement avoir recours au spécialiste, et euh, et l'avoir au téléphone, et voilà quoi ! Ce lien entre la médecine de ville, et puis euh et puis les structures hospitalières, ou autres. Mais, euh, pfff ... améliorer ce n'est pas parce que, enfin, connaître un minimum les effets secondaires des médicaments neuroleptiques, ça ce n'est pas inutile ! Voilà ! Si tu vois un patient qui a des effets secondaires, c'est de savoir les identifier ! Voilà, et échanger ! Communiquer, le transmettre, euh, au spécialiste, qu'il n'a pas nécessairement, lui, vu, ou perçu. Mais après, oui, connaître les effets secondaires, ça c'est c'est plutôt, oui, de notre domaine ! Euh, repérer les effets secondaires du médicament ! Oui ! Voilà, voilà, bah tous les effets, euh, donc, les syndromes parkinsoniens avec les neuroleptiques, euh, bon tu as plein d'autres pathologies, des pathologies oculaires, des pathologies prostatiques ... Les associations avec d'autres médicaments ... la dépression respiratoire, les ... Donc ça, oui, ça je pense oui, mais donc ça fait partie de la pharmaco hein ! »

- Quels sont les points forts de ce qui est proposé actuellement ?

« Du psychotique ? Les points forts ? Ben, non mais quand tu vois la façon ... dont la médecine se ... pour moi, hein s'est quand même dégradée ! Hein ! L'offre de soins ! Au niveau de l'offre de soins, je ne parle pas de la compétence des gens, voilà, je parle de l'offre de soins ! Et bah, voilà quoi ! La psychiatrie c'est ... ça a été toujours un peu le parent pauvre, hein, ils ont du mal à recruter des médecins ! Et donc, c'est ça le problème hein ! Exactement ! Parce que des points forts je n'en vois pas ... mais ... bon ... »

- Quels sont les points faibles ?

- Pouvez-vous me parler de votre prise en charge de l'entourage de patients psychotiques ?

(Long silence) « En règle générale ? Et ben, je pense que c'est très perturbant, dans une cellule familiale ! Parce que ... bah parfois il y a de la violence, tu as toujours peur que ça récidive ! Perte de confiance ! A tous les niveaux, j'imagine que, un mec qui a eu un épisode délirant, s'il a des gamins, sa femme va se dire : « Est-ce que je fais ... il veut embarquer les gamins, euh ... faire du ... aller faire du bateau avec les gamins, 8 jours ... Euh, est-ce que je lui laisse ? Est-ce que, tu vois ! Perte de confiance ! Tu imagines ! La peur ! La perte de confiance, la crainte de la récidive, enfin bref, ce n'est pas anodin, hein ! Une pathologie psychiatrique lourde, comme ça, dans une maison, donc l'entourage, il est parfois, parfois il minimise aussi ! Voilà, tu as toutes les attitudes. Pas, euh : « Ouai, bof, ce n'est pas grave »

- *La prise en charge concernait-elle son/sa conjoint(e) ?*
- *La prise en charge concernait-elle ses enfants ?*
- *La prise en charge concernait-elle ses parents ?*
- *Que pensez-vous du rôle de la mère du patient dans la prise en charge ?*

« Alors je ne ferai pas de ... comment dire ... de distinguo entre la mère, le père euh ... non je ne vois pas quel est le ... quel est le rôle le plus influent. Qu'il y aurait de la part d'une mère ou d'un père si ce n'est que dans beaucoup de famille : c'est la mère qui assure l'éducation des enfants, dans la famille traditionnelle patriarcale : le papa va à la "chasse" et ramène à manger à sa femme et à ses enfants, et la femme s'occupe de la hutte, de la case, de la grotte, nettoie et puis élève les petits. Donc peut-être qu'elle est plus dans ce rôle affectif qu'on lui dédie ou qu'on lui ... qu'on lui accorde quoi ! Oui mais non, parce qu'un père peut être tout aussi affectueux et aussi prévenant et aussi préoccupé par ses enfants ... qu'une mère. C'est le rôle que la société lui, je pense ... (hésitation) lui dédie ! Qui fait que la mère a peut-être plus d'importance dans l'éducation des enfants, mais ça ne devrait pas être le cas. Ce qu'on constate dans notre société, c'est la mère qui s'occupe des gamins, c'est la mère, qui, regarde : en médecine générale, qui amène les enfants ? C'est la mère, voilà ! Souvent ! Très souvent ! Bon, maintenant tu as des papas, parce qu'ils ont aussi ... le schéma classique c'était papa part à la chasse, et maman reste à la maison. Bon, maintenant les femmes travaillent donc euh ... mais malgré tout, elles travaillent, mais en plus elles doivent assumer ce rôle. Mais, c'est la société qui veut ça, je ne sais pas pourquoi ! Je ne vois pas d'autres explications ! »

- Concernant vos échanges avec vos confrères psychiatres :

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les confrères psychiatres. Et des courriers que vous recevez de leur part.

« Bah rien de particulier, par rapport aux autres confrères, je pense qu'il y a des bons en psychiatrie, quand même, ils ont, je pense. A la différence de certains spécialistes, ils ont ... l'histoire de vie du patient qui est plus importante, donc ça, ça a beaucoup changé. Quand je vois les comptes rendus qu'on recevait il y a ... il y a 30 ans ou 25 ans si tu veux : les mecs voilà, ça ... vraiment, détaillaient tout, quoi, de l'histoire de vie du patient. Bon maintenant, euh, monsieur machin fait un épisode délirant. « Toc ». « Prise en charge : pif paf pouf » « suivi » voilà, « et hop » hein. Donc, mais dans toutes les disciplines c'est pareil, je pense, on fait des comptes-rendus de plus en plus circonstanciés, euh, tu vois : « symptômes/pathologie/traitement. » ; « pif, paf, pouf. » Voilà, on ne fait plus

trop de laïus quoi. L'histoire de vie de la personne, elle, va rentrer beaucoup en ligne de compte en psychiatrie, pour autant : est-ce que le psychiatre partage ça avec le généraliste ? Je ne suis pas sûr ! »

➤ *Pouvez-vous me parler de la qualité de vos échanges ?*

« Mais, là aussi c'est l'évolution des choses ! Hein ! C'est le codage des actes, c'est le codage des pathologies, c'est, euh, pour les lettres : nos échanges sont moins littéraires. On faisait, tu vois, ce n'est plus :

« summary/machin/truc/sommaire/conclusion. » Avant, on faisait un peu, voilà ... on faisait un peu de littérature. »

➤ *Pouvez-vous me parler de la fréquence de vos échanges ?*

➤ *Vous sentez-vous bien informé du devenir de vos patients psychiatriques ?*

« La fréquence, alors la fréquence ... des fois, tu n'as aucune nouvelle des patients ! Des fois tu n'as aucune nouvelle des patients. Mais comme dans tous les domaines ! Euh dans toutes les pathologies chroniques, tu n'es pas tenu au courant ! Alors, si tu ne vois pas le patient pour autre chose, tu ... euh ... ouai ... tu n'es pas tenu au courant ! »

- Parvenez-vous à rencontrer aisément vos confrères en cas de difficulté ?

- *Parvenez-vous à les contacter aisément ?*

« Alors, à les rencontrer : non ! à les joindre : oui ! Mais bon, après il faut se rendre sur place, voilà c'est arrivé à l'époque que : il y ait des EPU, tu sais ... Donc pour présenter tel ou tel médicament ... Donc les labos faisaient parfois des réunions, ou des sociétés tu vois, ou des associations de formation médicale continue qui invitaient des psychiatres. Mais, voilà, donc tu avais l'occasion de les rencontrer à ce moment-là, mais autrement : non ! Si tu ne tombais pas sur un dispensaire ou sur un hôpital : tu n'avais pas d'occasion de les rencontrer, hein ! Oui, et puis bon, par contre, bon si tu étais e*****: tu avais la possibilité de prendre le téléphone et puis d'appeler le médecin référent, ou l'antenne psychiatrique ! Maintenant, c'est très pratique, hein ! Hein, c'est l'antenne psychiatrique des urgences là... »

IV Conclusion

- **Quels sont les points que vous pourriez améliorer concernant la prise en charge du patient psychotique ?**

« Voilà : Qu'ils puissent les suivre plus efficacement, je pense que c'est ça. Bah écoute, je vais te donner un exemple très précis : c'est un de mes cousins, schizo, connu. Euh, donc il avait un suivi psychiatrique, euh, avec un traitement neuroleptique. Donc il avait déjà été hospitalisé à plusieurs reprises, pathologie bien installée, mais à peu près maîtrisée avec un traitement neuroleptique bien suivi. Et puis, il fait un petit AVC (Accident Vasculaire Cérébral), donc son psychiatre décide de lui diminuer son traitement neuroleptique, sauf qu'ils n'ont pas assuré le suivi. Il s'est remis à délirer, il s'est remis à ... il a étouffé sa mère, ma tante, ouai. Ouai, sa mère était à la maison de retraite, il a un fils : un fils qui est lui-même schizophrène, et il était persuadé que, en tuant sa mère, il allait sauver son fils quoi ! Que sa mère était responsable du délire de son gamin. Et que, en tuant sa mère, il allait guérir son fils quoi. Bah, il a tué sa mère, il l'a étouffée quoi. Tout ça parce que ... il avait une pathologie délirante connue, qu'on

lui a modifié son traitement, ce n'est pas, c'était légitime qu'on veuille modifier son traitement. Mais, on l'a perdu ... on l'a perdu de vue. Et donc, pendant ce temps-là, il s'est mis ... il s'est de nouveau mis à délirer ! Donc, c'est l'exemple type. C'est dans une grande ville, tu vois c'était à P. (nom de ville), il n'était pas là dans la pampa. Il n'était pas à S. (nom de ville) ou à F. (nom de ville). Il était dans une ville où il y a l'hôpital, et où il allait consulter régulièrement, et où il avait déjà un historique assez « cogné ». Et donc, là, évidemment, il a fait de la prison. Mais rapidement, il a été renvoyé sur le secteur psychiatrique, bouclé, un secteur bouclé, machin bidule, et puis progressivement ils ont levé les barrières. Et ils l'ont autorisé à rentrer chez lui, donc, et j'espère cette fois-ci avec un autre suivi. Pour ne pas que ça récidive. Donc, dans les rues tu as des gens qui sont délirants qui n'ont jamais été traités. Tu as des gens qui sont traités et qui ne posent aucun problème. Et tu as des gens qui ne sont pas bien traités et qui sont susceptibles de poser les problèmes, euh, des dangers potentiels. Bah oui, c'est essentiel, quoi hein ! Donc, dépister, euh ... tu ne peux pas dépister ! Est-ce qu'il y a des facteurs prédictifs à la schizophrénie ? Non ? Est-ce que tu vas pouvoir détecter avant qu'un épisode délirant se soit installé, que la personne est à risque de délire ? A ma connaissance, non ! Donc tu vois, quelle prévention ? Quelle prévention ? Donc agir sur la prévention, voilà je ne sais pas trop quel levier, en tout cas au niveau de la médecine générale : tu as intérêt à être attentif à ce que disent les gens de l'entourage proche de la personne sur son comportement. Mais, un épisode délirant, en général, ça ne passe pas inaperçu : c'est ce que je disais tout à l'heure, hein ! Après, hein ... et la prise en charge, pour moi, elle n'est pas du domaine du médecin généraliste ! Voilà ! C'est ... il faut, ... un délirant ... il faut un suivi parce que, on sait qu'ils ne sont pas tous dangereux, mais ils sont potentiellement dangereux. Mon cousin, précédemment il ne s'était pas montré spécialement dangereux. Mais là, son délire ... ce n'était pas ... est-ce que c'est toujours les mêmes ? Je n'en sais rien, moi, ce qu'ils ont hein ! Est-ce que c'est les mêmes délires qu'ils font ? Mais souvent, dans les ..., tu as ... bah ... c'est les paranoïaques ; hein ... donc les gens sont persuadés que quelqu'un leur en veut : le voisin ... Il y a un truc à Cherbourg, là, un type, enfin c'est une histoire ... si je la résume : Un type qui vient rendre visite à une personne dans un immeuble. Et manque de bol, il se goure d'étage, il sonne à l'étage en dessous, il est tombé sur un délirant, le mec l'a trucidé, lardé de coups de couteaux et euh ... On a retrouvé le mec en bas, devant l'immeuble en train de danser sur le cadavre du mec qu'il avait tué quoi ! Bon, bref tu te dis là c'est c** : tout ça pour une histoire d'étage quoi ! Et donc, ça peut arriver à tout le monde hein ! Tomber sur un fou, un délirant, un psychotique et puis pour peu que le mec soit agressif pfff... »

- Est-ce qu'à la suite de notre discussion il vous semble utile de participer à des événements en lien avec la psychiatrie ?

« Non. »

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter d'un sujet dont on n'a pas discuté ?

« Bah ! Concernant la psychiatrie, euh ... (long silence) nous, on fait vraiment de la psychiatrie basique, mais, mais, basique, mais, mais, essentielle ! Euh ... je pense que, si on fait bien son travail hein, voilà ! Si ce n'est pas :

- « Voyez je ne dors pas bien ! »

- « Bon, ben je vous donne un somnifère... »

- « Euh, j'ai mal là ! »

- « Et ben, je vous donne un médicament pour le dos ... »

« Euh ... Si tu ne vas pas questionner un peu, toi, te questionner : pourquoi il n'a rien ? Et pourquoi il vient me voir tous les 15 jours ? Bon, il n'a pas l'air très gai le gars, là ! Qu'est-ce qui se passe ? Et, voilà ... si tu ne te questionnes pas, et si tu ne questionnes pas les gens, et si tu ne vas pas chercher ... Peut-être les aider, aussi à verbaliser les choses ! Parce que bien souvent les mots, ils sont, ce qu'on disait hein ... les gens somatisent, mais c'est là-dedans que ça se passe ! Et si tu ne tires pas le fil, tu ne les aides pas ! Tu ne les aides pas ! Il y en a certains qui ne veulent pas en entendre parler. Mais pour autant, tu en a pleins qui ont besoin de parler, de vider leur sac, de dire "p***** voilà mon mari me tape dessus". "J'ai un problème avec un gamin", c'est que des trucs euh, pfff ... Nous on gère ça au quotidien, si on est, et comme tu disais : ce que tu disais est tout à fait juste : avoir de l'empathie ! Mais aussi, savoir se dire : peut-être que cette personne ne va pas bien, parce qu'elle n'est pas bien dans sa tête ! Si tu ne te poses pas la question, à mon avis : tu passes à côté de plein de choses en médecine générale ! Ce que les gens expriment par leur corps, et parfois qui n'arrivent pas à verbaliser, à dire tout simplement ! Tout simplement hein ! Mettre des mots sur des souffrances, des ressentis, des choses qui viennent de l'enfance, parfois. J'ai eu une consultation extraordinaire avec un patient : un type "pas très aimable", bon... 70 ans, 75 ans ... genre vieux c**, pas sympa, le mec qui vient, et donc ben déjà, bougon le "pépère", mais il faisait du vélo, et puis il se fait "balancer" par une bagnole. Et donc, euh ... il a, pour lui, des séquelles terribles de son accident : il en veut énormément au mec qui l'a bousculé en voiture, à double titre : parce qu'il en conserve des séquelles, et aussi parce que le mec ne s'est pas assez préoccupé de lui, tu vois, déjà. Et le type me faisait ch***: "J'ai mal, j'ai mal depuis que je suis tombé, j'ai mal ci, j'ai mal ça, j'ai mal au dos". Tu fais une radio du dos : pourri d'arthrose, tu vois : tu lui dis : Écoutez ! Voilà monsieur, oui vous pouvez avoir des séquelles de votre accident ! Maintenant : l'arthrose elle, elle ne vient pas de l'accident ! L'arthrose, elle vient de votre métier d'agriculteur, et ci et ça ... Et je ne marchais pas dans ... dans ce qu'il me disait quoi ! Et un jour il me faisait tellement ch***, parce qu'il voulait toujours aller voir le rhumatologue machin bidule ... "C'est quoi le problème ? Qu'est-ce qu'il y a ? Qu'est-ce que vous avez ? Qu'est-ce que vous avez, en clair euh ... enfin je ne l'ai pas dit comme ça : à venir me faire ch***, hein ? Pour vos douleurs ! C'est quoi le problème ? Bon vous avez fait une chute, mais bon voilà quoi si vous avez de l'arthrose ce n'est pas la chute ! Et alors le mec s'est déballé, il m'a dit : « Mais écoutez, monsieur, donc docteur, voyez-vous euh ... Mes parents étaient sur une ferme euh ... Moi j'aurais pu faire des études, mais euh ... » Qu'est-ce qu'il avait donc ? Il a dû être chef de famille assez rapidement. Et il me dit : ma mère est morte d'un cancer de l'estomac quand j'avais une quinzaine d'années, et j'ai encore ses cris de douleur dans la tête ! Ensuite, je suis parti en Algérie, guerre d'Algérie ! » Où il a dû voir des trucs pas très sympas ! Il est revenu sur la ferme. Exploitant agricole, il ne s'est jamais marié, une vie de m**** quoi, une vie de souffrance, mais qu'il a ravalé ... ravalé ... par le boulot, incapable d'exprimer ça quoi ! Et donc, en plus, on l'avait bousculé en vélo tu vois ... Bon alors là c'était la fin des haricots quoi ... Donc il m'a déballé ça, et il a changé de médecin ! Il a changé de médecin ! Il est allé voir T. (prénom de confrère) pour ne plus qu'on lui pose de questions. Mais j'avais ma réponse ! Bah euh ... je l'ai presque poussé dans les cordes quoi ! Voilà je lui ai dit « Mais c'est quoi ? Qu'est-ce qu'il y a ? Comme ça ... Mais vraiment comme ça ... Et pourquoi vous venez me faire ch*** tous les 15 jours ? On fait des examens et vous n'êtes pas contents, et ci ... et ça ... : « C'est quoi ? Qu'est-ce qu'il y a ? » Et le mec il te raconte sa vie de m**** quoi ... sa vie de m****, et de souffrance morale tu vois ! Bon, c'est assez démonstratif de ... de ce que la ... comment dire ... la médecine générale te réserve assez fréquemment comme situation ! Mais il a changé de médecin ! Il n'était pas content que je le ... que je le démasque, tu vois ! C'est assez rare, mais lui, voilà, il n'était pas content que je l'aie démasqué, et que ... et que ... je l'ai obligé à se déboutonner à ce point. A se mettre à nu tu vois ... c'était ... c'était pire

que de se mettre à nu, tu vois, que de se mettre à poil. Je l'ai obligé à se mettre à poil ! Voilà et il ne voulait plus que je l'em**** avec ça, donc il a changé de médecin. Après il était, enfin... je pense que ça aurait changé nos relations tu vois, je pense qu'il m'aurait moins fait ch*** et j'aurais été plus dans l'empathie pour ce patient, que je me disais c'est un emmerdeur ! C'est un vieux c**, un sale c** et un emmerdeur ! Tu vois ! Je n'avais pas d'empathie pour ce mec-là ! Après qu'il m'ait ... après qu'il se soit déboutonné, qu'il se soit foutu à poil j'avais beaucoup plus d'empathie ! Même si, c'est un sale c**. Mais je savais pourquoi ! Entre autres ... entre autres ... j'avais une explication à son comportement ! Bon, tu dis ... quand tu disais que tu as fait médecine par amour de l'humanité ... et bah c'est là où sont les limites de l'humain. Tu vois, euh ... tu vois, de mon_amour moi ... Moi, je n'aime pas tout le monde ! Je le reconnais ! Euh ... je n'aurais jamais pu être curé ... ou euh ... aussi : je ne porte pas de jugement, mais je m'emm**** pas avec les c*** et les mauvais quoi. Hein, voilà, et, euh, dans mon exercice c'était un peu la même chose ! Je t'ai ... euh, j'ai du mal avec des patients, et je leur disais clairement : "Écoutez, moi je ne peux pas, je ne peux pas vous soigner, ce n'est pas possible, je ne peux pas vous soigner ! Trouvez quelqu'un qui vous écoute ! Trouvez quelqu'un qui va trouver grâce à vos yeux ! Mais là, vraiment on est mal barré quoi ! » Mais bien sûr, tu dois soigner les gens, quel que soit ton opinion sur la personne, ce n'est pas ... mais en médecine générale tu peux aussi un peu choisir hein ! Quelqu'un qui te fait ch***, quelqu'un qui ... dont tu n'aimes pas l'état d'esprit, la moralité, là tu as le droit de lui faire sentir ou de lui dire, et lui faire comprendre que : il sera mieux soigné ailleurs ! De pas : « p**** je vais le recevoir ohlala ! » Donc, oui, euh, d'accord, on fait médecine c'est pour être ... comment dire ... pour soigner nos congénères, hein, pour soigner voilà ! Pour être dans le soin, dans le ... dans l'attention, l'empathie, mais, pas pour soigner tout le monde quoi. Voilà, je ne suis pas curé. Tu vois, les gens qui disent la médecine c'est un sacerdoce, pour moi, non ! C'est une profession, un métier, un métier exigeant, un métier très prenant, très enrichissant, mais ce n'est pas un sacerdoce, on n'est pas curés ! Hein ! Voilà ! »

Avez-vous quelque chose à ajouter sur la prise en charge des patients psychotiques en soins primaires ?

« Non. »

Dernière question :

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ?

« Bah, il y a plein de choses qu'on a psychiatrisé : le burn-out, tu vois ... le harcèlement au travail, des notions comme ça ! Euh ... ça existe ! Bien sûr, que ça existe ! Mais, on en a fait des ... des ... pathologies, des pathologies, euh ... dans lesquelles les gens se retrouvent. La fibromyalgie, la fibromyalgie ! Quel fourre-tout quand même hein ! Tu vois ! Bon, on a mis un nom sur un ensemble de symptômes, t'aurais appelé ça, euh ... somatisation anxio ... enfin névrotique, que c'était pareil hein ! La fibromyalgie, on ne sait toujours pas ce que c'est hein ! On sait que les ... que les ... comment dire : que l'attention que tu portes à la personne l'améliore et que les antidépresseurs fonctionnent ! Alors y a un autre truc là, c'était comment il s'appelle, comment il s'appelle B. (nom de confrère) qui était en médecine interne sur C. (nom de ville) qui détectait des maladies d'Ehler Danlos à "tire-larigot". Pareil la maladie d'Ehler Danlos, hein ... je veux dire Marfan tu sais ce que c'est, la maladie d'Ehler Danlos. Euh, pfff ... Comme la fibromyalgie ! Alors, après qu'on mette un nom sur des pathologies, euh ... est-ce qu'on ne s'est pas un peu gourés quoi ! Est-ce que ... dire aux gens, clairement : « Ben écoutez, voilà ... » Il ne faut pas dire aux gens : « C'est dans votre tête. » ou : « Ce n'est rien. », « Vous n'avez rien. », bah c'est complètement idiot, « euh, ben qu'est-ce que je f*** là ? »

N9 I Introduction / Formation

Je réalise cet entretien dans le cadre de ma thèse ayant pour thématique la psychiatrie en médecine générale et plus particulièrement la prise en charge du patient psychotique.

Je cherche à répondre à la question suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes face aux patients psychotiques ?

Mon directeur de thèse est le docteur LE GAC Michel, médecin généraliste retraité à ISIGNY SUR MER, enseignant de médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et du temps que vous m'accordez.

Cet entretien est anonyme, enregistré afin de le retranscrire mot à mot, m'y autorisez-vous ?

Pouvez-vous vous présenter ?

« Je suis F. (nom du médecin interrogé), j'ai 54 ans, je suis généraliste à S. (nom de ville). Je suis installé avec mon épouse, dans un cabinet de couple, et on est là depuis 23 ans. Voilà, donc c'est une « clientèle » rurale. Donc, de gens qui sont très fidèles et avec un bon contact avec les proches et les familles, ça c'est important ! Ça peut être important pour la psychiatrie notamment. On est moins anonymes qu'en ville quand même, c'est à dire on sait qui appeler, pas toujours mais parfois !

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?

« 1996. »

Depuis combien d'années êtes-vous installé ?

« 23 ans. »

Pourriez-vous définir votre mode d'exercice ?

« Rural. »

Quand vous étiez interne, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Non. »

➤ *Pouvez-vous m'en parler ?*

Depuis que vous êtes thésé, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Non plus. »

➤ *Pouvez-vous m'en parler ?*

Au cours de votre formation avez-vous effectué un stage en psychiatrie ? Durant l'externat ? Durant l'internat ?

« Non. Alors après, ça aurait été certainement intéressant. Mais je n'ai pas choisi, parce que, je pense qu'on se sent un peu démunis. Et puis y'a quand même aussi ... On se sent peut-être des fois un peu ... On se demande quand même si on va être à la hauteur quand même. Il y a quand même une appréhension, quand même ... Ce n'est pas tellement de se recevoir des coups, euh, des choses comme ça ... ce n'est pas ça ... c'est d'être complètement illégitime. Donc ça je pense que c'est ... »

Si non, pourquoi ?

Après votre thèse, avez-vous été sollicité pour des vacances/consultations somatiques dans une structure dédiée aux troubles psychiatriques comme par exemple avant une hospitalisation d'un patient en CHS ?

« Oui, alors on a été sollicités par le service de V. (nom de ville), pour faire au moins un peu de médecine générale dans le service de psy. Donc j'ai une collègue qui a répondu favorablement. Euh, moi j'avais hésité mais c'est vrai que ... mais justement on en avait parlé ensemble. Donc, et le problème c'est que : je ne voyais pas comment je pouvais, euh, articuler cette activité avec mon activité quoi, c'est ça ! On a déjà des charges de travail qui sont quand même importantes ! Quand moi je ne travaille pas, bah moi j'ai besoin de me vider la tête ! Donc autrement, je sens que ça ne pourrait pas durer éternellement, quoi, donc j'ai vraiment besoin de faire un break ! Et je ne voulais pas me mettre en surmenage quoi, hein ! Donc bon, voilà, donc c'est vrai que ... je crois qu'on a besoin. Et puis, c'est vrai que ... alors : Pourquoi combler le vide ? D'une pénurie qui est organisée quand même, depuis euh ... C'est ça, c'est qu'on nous demande finalement de tendre le filet, alors qu'on a été très peu nombreux à avoir le concours. Et qu'il n'y a pas assez de soignants ! Voilà ! Il n'y a pas assez de soignants ! Donc, en fait on nous demande de faire un truc dans lequel on ne connaît pas grand-chose ! En prenant des risques pour les patients, hein, donc peut-être pour nous. Euh parce que nous, si on fait mal un truc, on y pense hein ! Donc j'ai dit non ! J'ai dit non ! »

II Ressenti

Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?

« Ah ! Alors, moi je pense qu'il faudrait qu'on essaye de ... d'établir un lien de confiance, avec le patient. Et, le fait justement qu'on ne soit pas dans une structure ça peut, parfois, l'aider à savoir que : il n'est pas au même endroit que là où il est soigné d'habitude. Voilà, ouai, parfois, euh, parfois on a un rapport plus ... plus ... comment dire ... plus immédiat quoi ! Il y a moins d'appréhension, ouai, voilà c'est ça, parfois ça peut marcher ! Donc, pour un patient qui n'est pas dans l'agressivité, qui est juste, euh, dans la souffrance quoi ! Donc, le fait qu'il nous connaisse, qu'on s'occupe d'eux depuis longtemps, euh ... On a quand même comme une espèce de ... d'attitude un peu, comment dire, de ... protectrice vis à vis ... donc, ça ils peuvent le ressentir. Ouai, j'allais dire paternaliste quoi. Oui mais voilà, mais je suis d'accord, on peut dire ça, oui oui oui ... Mais je suis d'accord, donc ça, des fois ils le ressentent et donc si on arrive, attention parce que ça ne dépend pas que de nous, hein ... Si on arrive à instaurer ça, ça peut aider à ce qu'on décroche le téléphone et qu'ils acceptent une consultation quand il y a besoin ? Quoi, voilà, en fait c'est ça. C'est donc, que nous, on doit plutôt être un levier pour amener le patient quand vraiment ça ... quand il est en danger quoi ! Donc ça, ça peut marcher ! »

➤ *En cabinet :*

➤ *Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient présentant des troubles psychotiques qui vous a marqué ?*

« Ouai, alors moi, j'ai un monsieur, qui est ... très inquiet, qui ne veut pas faire d'exams. Qui, euh, qui veut, alors ça, c'est compliqué parce que maintenant il a une fibrillation auriculaire et maintenant il faut le mettre sous anticoagulants. Euh, donc, euh ... euh ... là avec ce monsieur, moi j'ai eu des problèmes. Parce qu'à un moment donné il n'y avait plus de possibilité pour que les infirmiers psy aillent voir les patients en ville. Et on a vu les gens décrocher. Donc, le monsieur, lui, il s'est replié sur lui-même, on l'a récupéré, parce que son frère s'en occupe et vient de loin, me le « montrer » de temps en temps. On a réussi à reprendre un suivi, euh, à raccrocher les wagons pour un suivi, euh, chez lui, avec quelqu'un qu'il accepte et qui ... qui ... se rend sur place, mais il y a eu à un moment donné où il n'y avait plus de possibilités. Donc ça, là, on a vraiment l'impression que c'est terrible ! Donc là le patient, quand il vient, bon il est très agité, enfin il est très agité ! Il est

très, euh, il saute du coq à l'âne. Enfin bon, voilà, il essaye de plaisanter, avec moi, de presque être un peu familier, quoi, enfin bon lui il est psychotique et il pense qu'il est « enceinte ». Donc c'est un monsieur qui a 60 ans. J'ai essayé de lui expliquer qu'à son âge on ne pouvait pas être enceinte. J'ai essayé de lui faire comprendre que les hommes ne pouvaient pas « tomber enceinte » ; Mais ça, ce n'était pas possible. Donc, euh, il est envoûté, il est ... bon ... alors j'ai dit qu'à son âge : il ne pouvait plus être enceinte, donc euh ... ça a marché, un peu, enfin le temps ... Enfin, j'essaie de trouver ... des choses, avec lesquelles il puisse adhérer quoi. Donc, mais, c'est vraiment un patient psychiatrique hein, enfin psychotique lui ! Je me souviens, mais pas dangereux, par contre, hein ! Mais très douloureux, mais là en plus il est un peu dans la nature donc là, il m'a rappelé ce matin, je vais peut-être le revoir ! Mais il vient à reculons ! Il a très peur que je l'envoie à l'hôpital, finalement, l'autre jour il est allé aux urgences, ça s'est très bien passé. »

- *Ou la dernière consultation avec un patient psychotique ?*
- *Était-il seul ou accompagné d'un proche ?*
- *Qu'avez-vous ressenti ?*
- *Avez-vous eu besoin d'aide ?*

« Alors pour lui ça marche, mais attention ... lui, c'était pour un problème, euh, somatique. D'accord, mais quand il y a eu nécessité de revoir les infirmiers, euh, ça ne marche pas toujours, parce que lui ne veut pas forcément aller dans une structure hospitalière ! Bon, et après il y avait un patient, alors c'était la bonne époque, il y avait un service de psychiatrie sur V. (nom de ville). Avec un patron là, qui était très très chouette à l'époque, hein ! Bon il y avait vraiment un patron du service. Je ne dis pas que ça marche à tous les coups, mais là, ça marchait. Et, je ne me rappelle plus son nom, bon il a dû arrêter parce qu'il a fait un gros pépin de santé. Ouai.D. (nom du confrère) quelque chose ... mais, euh, bon, là on se donnait rendez-vous. Alors ça, ça dépend de l'investissement de chacun, moi je ne suis pas parfait, mais j'essaie quand même quand je vois que ça « déconne » trop. Alors, c'était un monsieur, bon lui il est décédé, il était dans une toute petite baraque, où l'infirmier venait régulièrement pour lui administrer de l'Haldol ou des choses comme ça. Lui aussi, il était envoûté, il était en grande souffrance parce qu'il entendait à la télé les extraterrestres, qui venaient le visiter. Très délirant, très angoissé. Et là, on allait à V. (nom de ville), on avait des consultations pluridisciplinaires, pour aller avec lui, pour essayer de le convaincre quand il y avait besoin de l'hospitaliser. On l'a fait hospitaliser d'ailleurs, voilà, et donc du coup ça se passait bien, mais ça demandait énormément de temps. Et à l'époque, moi j'étais un jeune médecin, c'est à dire que je n'avais pas autant de monde qu'aujourd'hui ! Ce que j'ai pu faire à l'époque, peut être que j'essaierai de le refaire ! Euh, non mais voilà, si on trouve, on peut toujours, mais enfin, c'est de plus en plus difficile ! Oui, et de temps ... Parce qu'en fait, il faut que j'aille à V. (nom de ville) et il faut rester au moins une heure ... facile hein ... Un truc comme ça, ce n'est pas en 5 minutes, bon, que ça se fait. Il faut revenir, donc moi, ma matinée est « bouffée » quoi. J'avais prévu de ne pas faire de visites ce jour-là, ou très peu, bon il y avait toujours un truc qui tombait. Alors, j'y arrivais, mais on ne peut pas faire ça pour tout le monde ! Euh, et on y est allé plusieurs fois ! On y est allé deux ou trois fois, bon. Mais, euh, c'est compliqué, voilà, et pourtant c'était bien ! Ça avait vraiment permis de l'aider, de reprendre un suivi. De ... voilà ... ça avait fait avancer les choses ! Mais, attention à l'époque il y avait des infirmiers qui venaient à la maison. Alors, je crois que ça a été repris, là, depuis quelques temps et il y avait surtout un ... Mais ça ce n'est de la faute à personne. Mais après, il y a eu un roulement, un turn-over monstrueux ... C'est à dire : qu'il n'y a pas eu de suivi ... Alors, pour des gens qui sont en souffrance : aller raconter ses souffrances à quelqu'un, six mois après c'est quelqu'un d'autre, trois mois après, c'est encore quelqu'un d'autre. Ça n'a pas arrêté, c'est à dire que quand ce médecin est parti, là ... Pour raison de santé, là, ça fait 20 ans ! Ou 18 ans, ou un truc comme ça ! 15 ans, admettons, au moins ! Après, ça n'a pas arrêté de changer quoi ! C'est ça ! On voit vraiment qu'il n'y a pas de ... bases solides, oui, c'est ça, et ça ce n'est grave pour les patients ! C'est très très grave ! Alors, ce n'est pas partout, parce que à S. (nom de ville), moi j'ai des patients qui sont suivis par le même psychiatre depuis ... depuis très longtemps ! Donc, ils n'ont pas changé, en l'occurrence chez nous, et ce n'était pas une mauvaise qualité des soignants, ce n'est pas ça ! On en a vu défiler, euh, au moins une dizaine ! Hein, d'accord, qui ne sont pas là, qui sont tous

partis ! Et là, c'est dur, c'est très très dur quoi ! Surtout que c'est sectorisé la psychiatrie, donc, euh, vous ne pouvez pas changer, on vous impose, entre guillemets quelqu'un. Et puis, euh, s'il n'y a que lui, il n'y a que lui, quoi, hein ! Donc, euh, et ça c'est difficile aussi, ça, j'ai toujours trouvé ça très difficile ! Il y a un manque de moyens ! Parce qu'on peut quand même mettre le doigt sur le manque de moyens, grave ... le manque de moyens très très grave ! »

➤ En visite :

➤ *Pouvez-vous me raconter une visite à domicile d'un patient psychotique qui vous a marqué ?*

« Alors celui dont je vous parle, celui pour lequel on avait fait une réunion collective ... Euh ... C'était chez lui, que je voyais à domicile, ouai des staffs ouai ... On essayait ... Enfin il y avait l'assistante sociale je crois, il y avait euh... il y avait l'infirmier... Il y avait le psy, il y avait moi ... Et il y avait la voisine qui s'occupait de lui ... Donc il y avait du monde quand même hein ! Bon voilà, et bien sûr le patient. Et après, lui, donc j'allais presque exclusivement chez lui. Et par contre, bon bah c'était la chance qu'il y avait : ... C'est que c'était dans le village. Donc, bon... Après l'autre monsieur, je le vois souvent en consultation, ici, et c'est son frère, maintenant, qui peut me l'amener. Et j'ai le numéro du frère si vraiment ... que j'appelle si ça déconne ! Donc c'est quand même plus compliqué qu'une consultation quand même, plutôt qu'un patient qui n'a pas ces problèmes-là quoi. »

Pouvez-vous me parler d'une situation en cabinet ressentie comme dangereuse ?

« Alors, c'était mon premier remplacement. Je suis rentré dans une maison, je n'ai pas trouvé le bonhomme, je suis ressorti, je croyais que je m'étais trompé et après il y a eu les gendarmes, il y avait un fusil ! Donc, je crois que je l'ai échappé belle ! Il était avec sa mère, donc la dame ne savait plus, elle était complètement apeurée et le type est devenu « fou furieux ». Alors, je ne sais pas s'il était « fou furieux ». Mais, je ne l'ai pas vu hein, après, mais je ne sais pas s'il est devenu « fou furieux » parce que ... il a vu tout le monde arriver. Je ne sais pas qui a appelé les gendarmes, hein ce n'est pas moi. Mais, je crois que c'est le cabinet pour lequel je travaillais, je crois, qui a pris la décision d'appeler les gendarmes parce qu'ils le connaissaient. Ils s'en doutaient qu'il y avait un pépin quoi. Et donc, est-ce que c'est ça qui l'a excité, mais enfin, ça a duré des heures, et il avait pris son fusil. Ça a été compliqué quoi ! Non, je ne me suis jamais vraiment senti menacé, moi ! Après, j'ai un copain à qui s'est arrivé, qui est allé voir quelqu'un en garde : le type a sorti son fusil et lui a couru après. Donc, « heureusement », il était handicapé, il était en fauteuil roulant, mais enfin ça ne l'empêchait pas quand même, d'aller, euh, de ... enfin il a eu peur ! Il a eu peur, il a « détaillé » rapidos quoi. Si, j'ai un type qui m'a menacé avec une hache. En visite. Mais bon, je le connaissais ! J'ai pensé que c'était, bon, je n'ai pas bougé et puis ça s'est bien passé quoi. Mais, euh, bon, mais alors après, c'est vrai que ce qu'on fait sur le coup, euh, on ne se rend pas compte quoi. Donc, j'y suis même retourné après, j'avais oublié mes clefs, donc j'y suis retourné. Et ça a été, il n'était pas tout seul, il était avec sa femme. Mais, c'était un mec un peu, euh, pfff ... rustre, là ! Ouai, un peu, comment dire ... : il s'exprimait comme ça. Mais bon qu'est-ce qui aurait pu ... Enfin bon, il ne s'est rien passé, je l'ai senti comme ça. Mais, il avait quand même une hache dans les mains. Et il avançait sur ma voiture en la bondissant ! Ouai, il y a des trucs ... on sait bien que ça peut arriver ! »

➤ *Parlez-moi de la configuration de votre cabinet pour fuir en cas de nécessité.*

➤ *Avez-vous élaboré un scénario pour fuir une situation inconfortable ou dangereuse ?*

« Non, non, moi je suis coincé, je suis « fait comme un rat », là, moi, bah, oui mais je n'ai plus la clef, euh là, je ne peux pas ... »

Votre expérience au contact des patients psychotiques a-t-elle eu un impact sur votre approche de la psychiatrie au quotidien ?

« Ah, je crois qu'on fait ... on improvise, hein ! Ah, ouai je crois, je pense, après on demande des avis. Des ... voilà, on se renseigne un peu. Euh, les traitements on les voit passer un peu à l'hôpital quand on fait nos études. Bon ça, à la limite, ce n'est pas trop une découverte. Et que ... on s'adapte ... on ne connaît pas tous les effets secondaires, qu'est-ce qui est mieux ... Et puis on voit quand même des nouveautés, quoi, qui sont arrivées. Mais, euh, par contre euh, pour, bah je crois que ... Euh, pfff ... On se forme sur le tas, oui ! Mais est-ce que ce n'est pas la seule façon ? Je me demande si, finalement, pour notre niveau à nous, qui ne sommes pas des spécialistes, c'est à dire qu'on n'a pas l'expertise. Si on voudrait faire des prescriptions, évidemment qu'il faudrait qu'on ait une formation. Euh, voilà, ça, d'accord ... mais comme ce n'est pas le cas, ou exceptionnellement ... voilà, je pense que c'est le mieux. »

III Perspective

Pouvons-nous parler des traitements psychotropes :

- Êtes-vous familiarisé avec les molécules à visée psychiatrique ?

« Je ne dirai pas familiarisé, mais on ... on voit à peu près ce que c'est, on regarde ... Par exemple, il y a des nouveaux, là, il y a ABILIFY, ou des choses comme ça. Donc, on voit un peu. Pour les effets secondaires, bah on essaye quand même de mettre un problème en rapport avec un effet secondaire d'un traitement lourd comme ça ... On va chercher, quand même, si ce n'est pas un effet secondaire, on va quand même ... on essaye ... Mais après, voilà, on a besoin d'outils quand même hein ! On n'a pas le truc comme ça, euh ... On n'est pas « hyper » familiarisés, mais on n'est pas complètement noyés non plus. »

- Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?

« En lui offrant un cadre de ... une offre de soins bien plus importante que ce qu'il y a quoi ! Bien plus importante ! Et alors, après, ça, c'est des idées comme ça. Mais, si c'est des gens comme ça, qui ont besoin d'être considérés, d'être rassurés. Or, le problème c'est que : On a tellement de boulot, qu'il faut : régler ... régler ... régler ... Donc est-ce qu'on a un moment pour s'asseoir avec eux ? Je ne dis pas que je le ferai moi ! Mais dans une structure, est-ce que ça ne serait pas bien de ... qu'ils existent ! Donc, qu'ils existent différemment que comme des malades ! Voilà, donc et je pense que malheureusement on n'a pas du tout, du tout, ce qu'il faut ! Et ça, ça n'est la faute de personne, hein ! Donc je pense qu'il faut absolument rouvrir des lits, il faut absolument « créer » des médecins et des soignants qui puissent s'occuper de ces patients. »

- Pouvez-vous me parler de votre prise en charge de l'entourage de patients psychotiques ?

« Bah, le premier monsieur, c'était, euh, il avait un frère aussi, avec qui j'ai, souvent on essaye de communiquer avec la famille. Et puis de dire aux familles qu'on fait ce qu'il faudrait pour que le patient soit protégé, voilà quoi ! C'est surtout ça en fait, quoi ! Après, j'ai un monsieur qui, lui il avait une psychose maniaco-dépressive. Euh, donc j'arrivais ici, alors lui, par contre il a rechuté un peu ! Mais de façon moins importante qu'au début quand je suis arrivé ici. Et au début quand je suis arrivé ici, alors j'avais réussi, parce que j'avais ... j'étais peut-être ... je ne sais pas ... j'étais nouveau. On l'a fait hospitaliser, alors depuis, c'est ... fidélité « plus plus ». Il est bien équilibré par son traitement, et euh, bon un jour il a déconné, il a été mis en ... il a eu des problèmes de santé, qui l'ont fatigué. Il a peut-être un peu moins pris son traitement et ça a rebasculé quoi ... Euh, donc lui ... sa femme, je suis sa femme, donc qui était très inquiète. Qui m'avait alerté quoi sur

le fait que ça n'allait pas quoi. Et ses enfants, ses enfants sont partis maintenant il m'avait téléphoné à cette occasion, parce que ça allait les angoisser, parce qu'ils se demandaient s'il fallait qu'il vienne aux repas de famille. Enfin bon, c'était quand même, euh, ils avaient peur pour leur mère aussi, parce que la première fois ça avait quand même été assez cogné. Et la deuxième fois, bon ça s'est bien résolu. Bon, alors oui les familles nous sollicitent quoi hein ! Après, ils n'ont pas toujours des familles. Les gens ils les ont lâchés quoi hein ! C'est rare, enfin, quoi ! Là, ils sont deux frères, les deux ils ont une psychose maniaco-dépressive, les deux sont mariés, les deux ont des enfants, les deux ne sont pas trop mal équilibrés. Bon, euh, ça va ... bon, bon, mais des gens qui ont des hallucinations graves, des euh ... des schizophrénies. C'est compliqué en famille, enfin quand c'est très très grave. Les autres personnes, ils n'ont pas de famille. Ou elle est loin, ouai ouai ! »

- Concernant vos échanges avec vos confrères psychiatres :

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les confrères psychiatres. Et des courriers que vous recevez de leur part.

« Courriers, échanges, euh ... bah c'est plutôt sympathique. Euh, et le problème c'est que ... c'est rare quoi. Voilà, hein, après quand on a vraiment besoin, oui on a quelqu'un, hein ! Mais, c'est vraiment dans l'urgence, quand on a un truc, c'est rare quoi. Heu, de toute façon, moi, le problème c'est : qui appeler ? Euh, si j'avais quelqu'un qui suivait les gens en continu, j'appellerai ! Mais là, pour l'instant, je n'ai pas encore eu de ... Si j'appelle quand vraiment j'ai un pépin, j'appelle, mais j'ai toujours l'impression que ça roule ! D'accord ? Donc, ça ne me donne pas trop envie d'appeler non plus. Parce que je n'ai pas l'impression que ... je vais tomber sur quelqu'un qui connaît bien le patient. Qui va pouvoir me donner une perspective ou un truc comme ça. Voilà, donc, et il y a toujours l'infirmière de liaison, qu'on arrive à contacter déjà ! Euh bon, ça, ça donne une sécurité quand même ! Et puis il y a exceptionnellement le psychiatre, exceptionnellement ! Mais plus, justement parce qu'on a l'impression que ... alors c'est peut-être un tort, mais que, un jour c'est lui, un jour ça sera un autre quoi ... »

IV Conclusion

- Quels sont les points que vous pourriez améliorer concernant la prise en charge du patient psychotique ?

« A mon niveau à moi ? D'avoir plus de temps ! Mais ça je ne pourrai pas ! Euh ... et puis, bah, peut-être d'avoir plus de connaissances. Mais bon, comme tout le monde quoi, oui, oui, voilà ! »

- Est-ce qu'à la suite de notre discussion il vous semble utile de participer à des événements en lien avec la psychiatrie ?

- *Si oui : quel genre d'événement vous intéresserait ?*
- *Si non : Pourquoi ?*
- *Est-ce que vous pourriez échanger avec des psychiatres, des travailleurs sociaux ou des associations*

« Ça peut être intéressant, après indispensable, non je ne pense pas, non je ne pense pas ! Euh, à notre niveau, nous on est plutôt relais quoi. Voilà, donc, et moi je ne serai jamais psychiatre et surtout pas, il ne faut absolument pas ! Parce que, le danger, c'est penser qu'on est capables alors qu'on ne l'est pas hein ! Voilà, donc euh, non, je pense que : formation oui ! Par intérêt, mais pour faire des choses, euh, voilà, non à la limite, moi je pense ma pratique, euh, elle me va ! La formation je la fais moi-même. »

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter d'un sujet dont on n'a pas discuté ?

« Eh bien, peut être ... il n'y a pas d'art, voilà il n'y a pas de choses ... Alors je ne sais pas, peut-être que ça ne serait pas pour eux, mais, peut-être, si on leur montrait un peu quelque chose ... de la beauté ! Quoi, voilà ! quelque chose comme ça ! C'est des gens qui vivent ... on a l'impression que c'est chiche leur vie, ce n'est pas ouvert, quoi, hein, du tout ! Ouai ! Pauvreté culturelle, pauvreté « intellectuelle » parfois ! Et ça, c'est dommage, voilà, ça serait beau de mettre du beau quand même. Oui voilà, donc ça, ça manque ! Des trucs aussi en contact avec les animaux ! Equithérapie, voilà, quelque chose qu'on pourrait sentir. Voilà, avoir un moment de bonheur quoi ! »

Dernière question :

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ?

« Non, pas trop, mais par contre on est dans un milieu protégé quand même, on est dans une petite campagne. Euh, les gens ont tous un petit peu de choses, de quoi manger. Euh, enfin, attention quand je dis tous, euh ... pas forcément ! Enfin je pense que, voilà, vraiment, la misère des villes, la misère sociale ... Doit faire décompenser énormément ! Alors là, avec le COVID, les gens deviennent ... les alcooliques ont tendance à rechuter ... Et voilà, donc, le cannabis ... euh, sûrement, enfin j' imagine. Et c'est ce qu'on entend, peut être que ça va faire décompenser quand même pas mal de gens. L'anxiété il y en a beaucoup, c'est sûr qu'il y en a énormément ! »

N10 I Introduction / Formation

Je réalise cet entretien dans le cadre de ma thèse ayant pour thématique la psychiatrie en médecine générale et plus particulièrement la prise en charge du patient psychotique.

Je cherche à répondre à la question suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes face aux patients psychotiques ?

Mon directeur de thèse est le docteur LE GAC Michel, médecin généraliste retraité à ISIGNY SUR MER, enseignant de médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et du temps que vous m'accordez.

Cet entretien est anonyme, enregistré afin de le retranscrire mot à mot, m'y autorisez-vous ?

Pouvez-vous vous présenter ?

« Donc O. (nom du médecin interrogé), médecin généraliste à V. (nom de ville), pôle santé libéral ambulatoire et universitaire. »

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?

« 1987. »

Depuis combien d'années êtes-vous installé ?

« 1990. »

Pourriez-vous définir votre mode d'exercice ?

« C'est un exercice semi-urbain, semi-rural, donc euh, oui c'est plus dans cet esprit-là. »

Quand vous étiez interne, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Aucune. »

Depuis que vous êtes thésé, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Même après non, je n'ai pas eu de formation à la psychiatrie. Simplement, j'ai été sensibilisé par le suicide et j'ai suivi la formation qui était organisée par la MSA sur la prise en charge des gens en crise suicidaire. Et après, j'ai fait une autre formation de trois jours qui était sur la post crise suicidaire qui était faite par madame S. qui était une canadienne, qui était venue pour faire la formation en France. Enfin, qui, au cours de son année obligatoire où elle n'avait pas le droit de travailler ... Mais ce sont des années sabbatiques entre guillemets, qu'ils sont obligés de prendre au Canada. Et, ça leur permet de se ressourcer, de voir autre chose, de prendre du recul. Ce qu'on ne fait pas du tout en France, il y avait G. (nom de praticien) qui était là, c'est lui le responsable de la psychiatrie à P. (nom de ville). Voilà G. qui est très bien et puis, voilà ! Sinon, je suis aussi animateur de groupes qualité. Et puis enseignant à la fac. Dans le cadre de la prise en charge d'étudiants dans des groupes : les GAAP, quoi. Voilà. »

➤ *Pouvez-vous m'en parler ?*

Au cours de votre formation avez-vous effectué un stage en psychiatrie ? Durant l'externat ? Durant l'internat ?

« Non pas du tout ! Et ... la formation psychiatrie au cours des études de médecine à C. (nom de ville). Elle était euh, pfff. Non mais on avait des cours mais elle était très succincte. Et si mes souvenirs sont bons, mon chef de service était très malade. On a eu des cours qui étaient, ouai, euh, pfff ... ouai très légers. Moi, je n'ai pas

de souvenirs, disons, c'est comme la diabéto ... la diabéto, ça a été fait « par-dessus la jambe », la psychiatrie ça a été fait « par-dessus la jambe » quoi ! »

Après votre thèse, avez-vous été sollicité pour des vacances/consultations somatiques dans une structure dédiée aux troubles psychiatriques comme par exemple avant une hospitalisation d'un patient en CHS ?

« Pas du tout, non pas du tout. »

II Ressenti

Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?

« Ben, déjà, pour moi, la définition du psychotique elle n'est pas toujours évidente à prendre en compte. Donc, ça, je pense que je ne suis pas le seul à penser ça. Nous, on va plutôt travailler sur nos patients dépressifs pour lesquels il faut faire du repérage. Les psychotiques, si mes souvenirs sont bons, et c'est au cours de crises, de décompensation qu'on est amenés à les prendre en charge. Et ça, ça a toujours été difficile, car, au cours des gardes, on est complètement isolés, on appelle le SAMU : ils n'en n'ont rien à « fiche ». Et parfois, si on a le numéro de P. (nom de ville) : « Euh on va vous envoyer quelqu'un ! » Et trois heures après, quelqu'un arrive dans une petite 4L : « Bon bah faut prendre une ambulance ! ». Enfin c'était ... c'est des mauvais souvenirs de ... oui, oui c'était il y a 20-30 ans : c'était lamentable quoi ! On ne savait pas... On ne sait pas les prendre en charge quoi ! »

➤ En cabinet :

- *Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient présentant des troubles psychotiques qui vous a marqué ?*
- *Où la dernière consultation avec un patient psychotique ?*

« J'en n'ai pas un souvenir précis, parce qu'il me semble qu'une décompensation euh ... quelqu'un qui était pas bien ... Bah, ça remonte à très longtemps quoi ! (long silence) Est-ce que j'ai eu ... un, peut-être, qui n'était pas bien, c'était quelqu'un qui ... ça fait un bon moment que j'en ai eu un ... Qui a dû, à une époque, consommer du cannabis et qui avait peut-être une fragilité. Et il n'était pas, donc je le voyais plus, euh, dans son suivi post-sevrage. Et c'était quelqu'un qui avait du mal à appréhender, euh, le quotidien. Il avait des voix, de temps en temps, il était sollicité par ... Donc on a réussi, il n'a pas voulu voir de psychiatre ! Donc, un petit traitement à base de neuroleptiques, ça a pu permettre de passer le cap. Et, c'est tout, comme souvenir du dernier que j'ai vu. Sinon est-ce qu'il y en avait d'autres ? Euh ... Bien sûr il y en a d'autres qui sont des gros patients psychotiques qui sont suivis par des psychiatres, euh ... Et, derrière on était là pour renouveler le traitement, mais il n'y avait pas de chose particulière, mais c'était surtout les psychiatres qui les suivaient. Voilà, c'est tout ce que ... »

➤ *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*

➤ *Qu'avez-vous ressenti ?*

➤ *Avez-vous eu besoin d'aide ?*

➤ *A qui avez-vous pu adresser le patient ?*

➤ En visite :

- *Pouvez-vous me raconter une visite à domicile d'un patient psychotique qui vous a marqué ?*

« Non, c'était en cabinet, parce qu'on fait très peu de visites, pour la simple raison : c'est que, le suivi d'un patient, c'est avec un dossier médical ! Et un dossier médical, comme nos dossiers sont informatisés, c'est impossible de l'emmener. Je ne vois pas pourquoi, un médecin généraliste irait faire des visites alors que les spécialistes ne vont jamais faire de visites ! Le patient se déplace toujours vers un

spécialiste. Nous, on a une spécialité : la médecine générale, donc on est au même niveau. Donc si on a besoin de voir des patients : ils se déplacent ! Donc, il n'y a aucune raison d'aller faire des visites. Les visites sont liées à des personnes qui ont un handicap, et qui ne peuvent pas se déplacer. Et encore, on a un pôle santé avec accessibilité pour personne handicapée, donc, tout est fait pour ! Les tables d'examen sont faites pour ! Il n'y a aucune raison, comme ça on ne voit que les patients alités. »

Pouvez-vous me parler d'une situation en cabinet ressentie comme dangereuse ?

« Ressentie comme dangereuse ... (long silence) en cabinet, euh, non je n'ai pas de souvenir précis. Sauf quelqu'un qui nous avait f**** la pression, euh, mais c'était quelqu'un qui était en sevrage, ouai d'addicto'. La personne qui arrive vers 18h-19h, qui nous menace parce qu'il a un train à prendre. Qui n'est pas connu, on ne va pas pouvoir le prendre en charge, quoi. On lui demande d'aller aux urgences, donc on redirige, non, mais je n'ai pas de souvenir ... précis, on est toujours attentifs, nous, à des noms qu'on ne connaît pas, à des gens qui paraissent un peu exigeants. « Est-ce que tu es là encore à telle heure ? » Pour éviter de se retrouver dans des situations compliquées. Mais non, je n'ai pas de souvenir précis, récent. »

- *Parlez-moi de la configuration de votre cabinet pour fuir en cas de nécessité.*
- *Avez-vous élaboré un scénario pour fuir une situation inconfortable ou dangereuse ?*
- *Si oui, avez-vous élaboré ce scénario avant d'être confronté à ladite situation ? Ou bien après y avoir été confronté ?*

Pouvez-vous me parler d'une situation en visite ressentie comme dangereuse ?

« Et ben en visite, si elles sont peu nombreuses : j'ai eu vent d'une situation où il y a eu, un jour, quelqu'un qui avait un sabre et qui était hyper dangereux, et la collectivité, euh ... Un adjoint au maire a du vouloir, que, des médecins se déplacent. Et bah, si la personne est dangereuse ... Il fallait appeler la gendarmerie et le SAMU. Il n'y avait aucune raison que nous nous déplaçons. Et, a priori, c'était quelqu'un qui était psychotique et il décompensait. Donc, euh, ça c'était il y a peut-être 5 ans, ouai ! On nous demandait de venir en visite, mais c'était à la demande d'un élu. Il lui a été répondu que cette personne était dangereuse et qu'il fallait qu'on fasse le nécessaire, mais je ne vois pas un médecin se mettre en danger dans une situation pareille ! On n'est pas là pour ça ... »

- *Parlez-moi des mesures que vous avez mis en place pour fuir ou affronter ce type de situation ?*

« Fuir ... euh, il y a toujours la possibilité de fuir, oui ! Élaborer, c'est déjà ne pas être ... ne pas se montrer agressif, c'est la première chose ! Toujours essayer de comprendre, éventuellement reformuler et puis se dégager tranquillement pour aller vers la porte. Et puis partir ou alerter un de ses collègues quoi. Donc, la première chose, euh ... éventuellement appeler un confrère avec son téléphone en lui donnant un message clair, précis d'une situation complexe, et s'il pouvait venir écouter aussi, euh ... Et là, a priori, entre nous, c'est une chose qui marche quoi. Ouai, solidarité entre confrères et puis éviter de se retrouver seul avec quelqu'un de dangereux. Moi, je n'ai jamais eu d'objet contondant disponible, donc, sur la table. Et puis, je ne porte jamais de cravate pour cette raison. Donc c'est plus dans cet esprit-là, et élaborer un scénario pour passer par la fenêtre, oui je l'ai ... puisque c'est de plain-pied, oui, c'est toujours possible ! »

Votre expérience au contact des patients psychotiques a-t-elle eu un impact sur votre approche de la psychiatrie au quotidien ?

« Euh, bah disons que le psychotique ... essayer de comprendre si on se trouve devant quelqu'un qui décompense ... D'essayer de voir, si le propos est délirant et d'essayer d'obtenir son adhésion à une thérapeutique ou à une consultation, ça a toujours été ...

Et se faire accompagner par les ambulanciers pour un entretien, et derrière c'était passer un deuxième coup de fil, soit aux urgences, soit au CMP pour qu'ils le prennent en charge. Mais moi, j'ai ... élaboré ça, oui, mais jamais eu de ... »

III Perspective

Pouvons-nous parler des traitements psychotropes :

« Ah ! Alors qu'est-ce qu'on peut dire ? Bah, disons que ... à part euh ... ce qu'on faisait à l'époque, on avait du LOXAPAC ou de l'HALDOL dans notre sacoche quand on faisait des gardes. Donc, on faisait ce genre de traitement en urgence et puis hop on envoyait ... Bah je peux dire qu'à une époque on prenait des risques parce qu'il y avait toujours la possibilité d'un trouble de décompensation sous ce traitement. On l'a fait, on avait du LOXAPAC, c'est vrai. Et puis, rapidement, on a pris le pli de ne plus gérer ces choses-là ; et de laisser le SAMU prendre en charge. Ils avaient du mal aussi à comprendre, donc, euh, rester sur place pendant deux heures, trois heures pour gérer un psychotique. Euh, ce n'est pas ... ce n'est pas ma « tasse de thé » ! Moi, je cherche surtout à ne pas gérer ce genre de situations ! Donc, les traitements d'urgence, oui ! Mais les traitements de fond ... plus chroniques, c'est plus le psychiatre qui gère. Et nous, si on voit que ça déconne un petit peu on fait un petit mot et on renvoie la personne vers le psychiatre. »

- Êtes-vous familiarisé avec les molécules à visée psychiatrique ?

« Pas plus, que ça parce que je n'ai pas eu de formation ad hoc de ce côté, et c'est plus les courriers des psychiatres qui font état de ma formation continue si on peut dire. »

- Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?

« L'observance ? Ouai ? Bah je pense que la première chose c'est que, et je pense que ça c'est une bonne chose : c'était d'avoir une antenne du CMP à proximité de nous. Qui nous permet de nous... soit d'être le relais pour le CMP. Soit le CMP nous permettait de voir les choses sous un autre angle. Donc, il est vrai que ... bah ça c'est ... le CMP ... Avoir un infirmier du CMP qui vienne, euh... visiter dans notre bureau ; euh quand ils sont là, un patient qui ne va pas bien : ça nous permettait d'anticiper et de ne pas perdre euh... Et puis donc il y avait un rendez-vous qui était pris sur A. (nom de ville) ou P. (nom de ville) et qui permettait d'avoir un meilleur suivi. Ça permettait d'avoir un meilleur suivi. Donc c'est arrivé une ou deux fois ce genre de choses. Non ce n'était pas l'équipe mobile. C'était parce qu'il y avait un CMP à V. (nom de ville) qui fonctionnait bien, il a été supprimé, et puis là le Dr B. souhaitait ouvrir une ... euh ... des consultations de routine, une fois ou deux fois par semaine donc sur le pôle santé. »

- Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients psychiatriques ?

« Comment on peut l'améliorer ? Je pense qu'on peut l'améliorer par, déjà, un meilleur échange entre le spécialiste et le médecin généraliste ; C'est à dire euh ... savoir qu'il y a une consultation qui a eu lieu, même si c'est un courrier bref, laconique qui dit j'ai revu untel euh ... Il est stable, son traitement voilà ... J'ai modifié ou pas, son traitement, ce qui permet de savoir si ça va évoluer dans le bon sens et qu'on ne le verra pas. Soit, si on le voit, la modification de traitement a été, comment dire, pas adaptée à la situation quand il l'a vu. Ou il y a un événement intercurrent quoi. Mais globalement, la meilleure prise en charge c'est l'échange entre le patient et le médecin, mais aussi le médecin du terrain, le médecin généraliste, le médecin traitant et l'unité psychiatrique. Voilà, c'est avant tout l'échange. »

- Quels sont les points forts de ce qui est proposé actuellement ?

- Quels sont les points faibles ?

- Pouvez-vous me parler de votre prise en charge de l'entourage de patients psychotiques ?

« Alors, ça dépend si la personne a un entourage de proximité qui permet de suivre et de contrôler sa situation. Soit, il n'y a pas du tout de contrôle et c'est l'entourage, voisinage qui appelle, et qui ne sait pas du tout gérer. Ça, pour moi, c'est une enquête qui doit être faite par le CMP. Une enquête de terrain. Et, ce n'est pas notre fonction de gérer ça, c'est un travail de ... d'infirmier. Euh, et qui doit faire son enquête localement. Moi je n'ai pas ... mon job ça va être thérapeute, et pas, euh, enquêteur. Je peux apporter un élément : éventuellement, je pense que untel, untel est positif dans la prise en charge. Mais, euh, ce n'est pas, je pense qu'on ... Non, non ! Le médecin qui faisait tout avant, c'est chronophage, et puis, euh ... on s'occupe peut-être de choses qui ne sont pas évidentes à gérer et qui peut nous « enquiquiner » après. »

- Concernant vos échanges avec vos confrères psychiatres :

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les confrères psychiatres. Et des courriers que vous recevez de leur part.

« Avec les psychiatres, oui, c'est parfois un coup de téléphone qui permet d'avoir une information ou qui permet d'apporter un élément sur la situation qu'on vit, qui n'est pas bonne quoi. Mais, si la situation est bonne, on ne fait pas d'échange, quoi. Non, non il y en a qui nous le reproche, hein. « Alors ? Vous ne m'avez pas appelé pour me dire si mon analyse était bonne ? ». Non, non, si je faisais ça, ça serait très compliqué dans mon emploi du temps. »

IV Conclusion

- Quels sont les points que vous pourriez améliorer concernant la prise en charge du patient psychotique ?

« Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ? Déjà, je pense que l'évolution qui est mise en place, où on a une antenne avec un CMP local, ou des consultations par infirmier. Euh, du CMP, euh, ça je trouve que c'est très bien. D'avoir un relais éventuellement, par les infirmières libérales pour la prise des traitements et qui pourrait éventuellement relayer une information ou une surveillance. Ça, c'est ce que propose le Dr B. : C'est donner la main aux libéraux qui sont sur le terrain, de pouvoir apporter une information de suivi. Euh, déjà, ça, je pense que ça serait très bien. Et que les infirmiers du CMP soient disponibles aussi pour des visites, et ça à mon avis c'est ce que veut faire le Dr B. Je trouve que c'est très bien, et puis derrière, euh, le Dr B. peut gérer, de façon euh ... parce qu'ils ne sont pas très nombreux les psychiatres ! De gérer avec des staffs pluridisciplinaires le suivi d'un patient. Le médecin généraliste peut éventuellement être amené à être appelé, à être interrogé, ça, aussi c'est bien. Si aussi, il voit le patient ou pas. Mais, à mon avis, c'est ce que fait le Dr B., il veut déléguer certaines situations, pour ... bah il ne peut pas être partout ! »

- Est-ce qu'à la suite de notre discussion il vous semble utile de participer à des événements en lien avec la psychiatrie ?

« Bah, je pense que la psychiatrie est le parent pauvre de la médecine générale. Et, surtout euh, on a l'impression que les psychiatres sont ... inaccessibles. Alors que, ils ne peuvent pas être partout ! Et l'évolution qui se fait dans le S.(localité) fait que : la discussion et le suivi est de meilleure qualité. Donc ça, ça apporte un plus sur le suivi et donc, ça permet de renforcer, de conforter un peu notre position de médecin, euh, traitant. Et d'apporter un plus. Donc, le fait d'avoir un médecin psychiatre qui pilote mieux le suivi, permet au médecin généraliste d'être plus rassuré de savoir que des situations plus compliquées. Avec la présence d'infirmiers du CMP qui peuvent, eux, intervenir plus facilement. Et peut-être une équipe mobile, oui, de psychiatrie qui serait peut-être, euh ... Volante, une équipe volante qui permet d'aller plus rapidement contrôler. Mais, je pense que c'est ça qui est important, donc, pour moi, c'est ça, après qu'il y ait des formations adaptées, euh, je pense que c'est important aussi hein ! Sous forme de formation validante pour le DPC quoi ! On a une profession très intéressante, parce que d'années en années on enrichit son savoir, on le renforce, on élimine certaines choses qui paraissent

obsolètes, hein. Et qui le sont vraiment, et puis après, bah on va rebondir sur autre chose. Et puis, à un moment donné ce qui avait été obsolète revient un petit peu au goût du jour, mais amélioré par la position d'une nouvelle approche du problème. Et, parfois, ça aide, donc en fait, c'est ... et au bout d'un certain temps, on se dit : c'est l'expérience ! Mais il faut s'appuyer sur des références quand même scientifiques quoi, pour être efficace hein ! Non, non rien n'est acquis, ça c'est sûr, on peut le dire ! »

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter d'un sujet dont on n'a pas discuté ?

« Euh pfff. (*Hésitation*) donc c'est augmenter la sécurité des cabinets médicaux, et ça, c'est, je pense que c'est une bonne question. C'est peut-être mieux connaître les personnes à risque qui sont dans notre patientèle et qu'il faudrait euh ... Sur lesquelles on devrait être un peu plus vigilants. Donc ça c'est peut-être aussi un retour de ... de la ... de l'unité psychiatrique locale, qui pourrait nous permettre de savoir ça. Euh, voilà, est-ce qu'il faut appeler le médecin généraliste quand il y a une décompensation ? Est-ce que c'est notre rôle d'être présent ? Euh, voilà, c'est des questions qu'on peut toujours se poser et ... Sur un plan juridique est-ce qu'on est condamnable si on n'intervient pas ? Ça, c'est ... voir un petit peu la limite de tout ça. Est-ce que le médecin doit prendre des risques pour se faire « trucidé » ou pas quoi ? Ah, bah oui, ça a toujours été notre questionnement quand on est amené à voir quelqu'un, qui ne va pas bien, qui est « dérangé » hein ! »

Avez-vous quelque chose à ajouter sur la prise en charge des patients psychotiques en soins primaires ?

« Bah, je pense que ... je n'ai pas le souvenir qu'en GAAP on ait eu à gérer ce genre de choses. Et, ça n'a pas été une question, euh, qui a été, euh, sur mes dix années de GAAP je n'ai pas le souvenir d'avoir eu cette question qui a été traitée. Et, donc je crois que pour les étudiants, ça serait bien qu'il y ait un module « prise en charge/urgences en psychiatrie ». Voilà, je pense que ça peut être utile ! C'est une grosse « part ». Et, parfois, je pense que c'est, et avec les internes, quand on a des internes en premier niveau-là, en phase socle, j'ai vu des internes complètement, euh, changés lorsque, en tant que médecin tuteur, médecin universitaire, entre guillemets maître de stage. Le fait de poser deux ou trois questions sur les troubles psychiques : « Est-ce que le moral va bien ? » Sans être aussi direct que ça, mais ... « Est-ce que le sommeil est de qualité ? » et « Comment ça se passe au boulot ? » Euh ... : « Comment ça se passe à la maison ? » Et puis, que d'un seul coup, la personne commence à « ouvrir une petite brèche » et s'effondrer. Euh, et puis en fait, le mal de dos, le mal de tête était en rapport avec ça. Pour moi, ça a été des éléments importants dans ma pratique et je trouve que la psychiatrie c'est le parent pauvre parfois. »

Dernière question :

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ?

« Quand on les cherche, on les trouve ! C'est un petit peu ça. C'est ... on peut très bien gommer, euh, la vision psychiatrique de sa pratique de médecine de ville. Et on peut traiter un mal de dos, euh, des céphalées avec des antalgiques. Alors qu'une prise en charge psychologique est beaucoup plus ... efficace et adaptée. Et quelqu'un qui est en souffrance au travail. Euh si vous ne mettez pas le doigt sur souffrance au travail, et ben ... vous passez à côté. Donc, pour moi, bah, quand on cherche on trouve, et voilà, et je pense qu'il faut toujours avoir une question sur l'aspect psychique des choses. Même si ça déstabilise un peu les gens, ça permet éventuellement de les faire comprendre que ... On a bien exploré tout et que on n'est pas que ... à faire du somatique. Non justement, notre formation elle est là, et c'est explorer tout quoi ! Ce n'est pas que des chiffres d'une prise de sang c'est ... global, tout à fait ! »

N11 I Introduction / Formation

Je réalise cet entretien dans le cadre de ma thèse ayant pour thématique la psychiatrie en médecine générale et plus particulièrement la prise en charge du patient psychotique.

Je cherche à répondre à la question suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes face aux patients psychotiques ?

Mon directeur de thèse est le docteur LE GAC Michel, médecin généraliste retraité à ISIGNY SUR MER, enseignant de médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et du temps que vous m'accordez.

Cet entretien est anonyme, enregistré afin de le retranscrire mot à mot, m'y autorisez-vous ?

« Euh, oui d'accord ! »

Pouvez-vous vous présenter ?

« Oui, si c'est anonyme, euh ... Ah d'accord, d'accord, donc Dr A., médecine générale, installé à C. (nom de ville) en ville donc. Médecine de ville, voilà, donc, euh, je ne sais pas : il faut répondre à des questions ? Ou, euh ... »

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?

« Oh là, c'est assez récent quand même, c'est 2004, ouai »

Depuis combien d'années êtes-vous installé ?

« Installé là depuis 2006, dans ce cabinet. »

Pourriez-vous définir votre mode d'exercice ?

« Urbain. »

Quand vous étiez interne, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Oui, j'ai fait un stage en psychiatrie, en centre psychiatrique, stage d'externe, en fait à E. (nom d'établissement) »

Depuis que vous êtes thésé, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Avec, d'ailleurs, des pointes en psychiatrie, avec le Dr Z. (nom de praticien hospitalier), je l'ai connu de son vivant quoi, c'était très intéressant. Pardon la question, c'était ? Alors en lien avec la psychiatrie, est-ce que j'ai fait quelque chose ? Euh en FMC, non ! Non, non je réfléchis, j'ai failli faire mais non ! »

Après votre thèse, avez-vous été sollicité pour des vacations/consultations somatiques dans une structure dédiée aux troubles psychiatriques comme par exemple avant une hospitalisation d'un patient en CHS ?

« Euh, oui j'ai envisagé de le faire, mais je ne me suis jamais engagé, non ! J'ai fait autre chose. Oui ... Ah oui ... sollicité ? Je n'avais pas compris la question ... sollicité pour faire une consultation ponctuelle, c'est ça ? Ce n'est pas, pour être, euh ... salarié ? Régulières ? Des consultations régulières ? Ah oui, c'est ça, j'avais bien compris ! Je craignais de ne pas avoir compris mais c'est ça ! J'ai bien répondu alors, oui, oui. »

II Ressenti

Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?

« Euh, bah, le problème du psychotique : On a une prise en charge obligatoire de tout ce qui est névrotique, hein ! Au quotidien ! ça, c'est évident. Ce qui est psychotique c'est quand même plus délicat à suivre. Ce qu'on voit davantage en quantité, quand même davantage c'est les PMD. D'autant que, les PMD c'est quand même, une, euh ... il y a différents degrés et même au cours de l'évolution, hein, de la vie ... Il peut y avoir des passages aigus, ça peut être les simples petits troubles de la personnalité et jusqu'aux grandes crises d'état maniaque ou de l'état dépressif profond. Et, ça peut avoir des aspects monophasiques aussi ! Et donc : les gens qui ont des grosses répercussions, euh ... sociales, du fait de leur état. Qui peuvent, par moment, ne plus travailler euh, voilà. Ceux-là, qui ont un suivi psychiatrique : on a ce suivi mixte, hein avec les spécialistes. Les psychotiques profonds, enfin ceux qui sont normalement pris en charge et suivis par les CMP évidemment, on a tendance à ne pas trop les voir ! Ceci dit, euh, moi j'en vois pas mal parce que j'ai quand même un assez bon contact en psychiatrie. Et puis que la psychiatrie ça m'intéressait relativement, hein ! Ce n'est pas pour rien, que c'est mon premier certif' que j'ai passé, et puis des stages, enfin voilà, qui m'intéressaient. Voilà, choisis. Euh, donc j'essaie toujours de faire une prise en charge, et un suivi, et un soutien psychologique de tous ces patients que je peux avoir. Euh, et donc notamment avec les PMD ça se passe bien ! Ce qui est plus difficile évidemment c'est toujours les paranoïaques, alors j'en envoie pas mal ! Et, je suis ceux qui ne sont pas du tout pris en charge par le CMP, hein. Et qui finissent parfois par l'être, mais c'est toujours difficile de travailler avec les psychiatres, hein ! Il y a quand même cette tendance à avoir cette psychiatrie très « fermée ». Et, on n'a pas du tout de contacts et d'échanges avec les psychiatres. Alors, quand bien même moi je m'occupe toujours des patients ! C'est ce qui prime avant ! Avant tout, et en psychiatrie, ça ne me gêne pas de ... je ne m'abstiens pas de ... « toucher » à des traitements, éventuellement, et à en instaurer, régulièrement ! Euh plus facilement avec les psychoses maniaco dépressives, parce qu'il y a ces fluctuations et ça, ça nous appelle à faire des changements ! Parfois, il faut être assez rapide, euh ... Et avant d'avoir accès aux spécialistes ... Euh, bon pour les psychotiques, paranoïaques, c'est quand même plus délicat et plus difficile. On les accompagne plus qu'on ne les soigne, voilà, parce qu'ils sont déjà opposants. Et, bon, euh ... on essaye de les mener vers le spécialiste et des structures psychiatriques pour les prendre en charge plus globalement, parce qu'il y a toujours un problème social. Et, quand ils décompensent, euh, la relation avec le psychiatre je crois quand même que c'est ça qui est assez difficile. Ce qui se passe souvent avec les gens qui sont pris en charge en CMP : Les psychiatres ont tendance à scinder, euh, les prescriptions entre somatique et psychiatrique. Et, on a un interdit, euh, avec certains psychiatres, de « toucher » à la moindre prescription d'ordre psychologique. Et, on doit s'intéresser qu'au somatique, avec l'accord et avec les pharmaciens du coin quoi ! Avec certains pharmaciens, hein, voilà, donc, qui ne distribuent pas, qui refusent. Alors là, je pense qu'il y a un petit problème de déontologie, c'est à dire qu'ils refusent de délivrer nos prescriptions. Voilà, donc ça c'est un problème, moi, je ne peux pas rentrer en conflit, je pense qu'il y a un problème systémique, et d'organisation. Parce que, pour moi, évidemment, le médecin de ville, le médecin généraliste omnipraticien c'est avant tout un médecin qui devrait s'appeler médecin coordonnateur ! Alors là, c'est bien difficile de l'appeler médecin coordonnateur ! Parce qu'on ne peut pas coordonner grand-chose à l'heure actuelle. Et, notamment avec le domaine de la psychiatrie où il y a quand même si peu de communication, que, voilà ... J'ai quelques psychiatres qui me font des lettres, hein, parfois. Des courriers, mais ce sont toujours les mêmes. Et qui permettent quand même d'y voir plus clair dans ce qu'il se passe pour le patient. Sinon, on peut avoir accès au traitement, voir ce qu'il se passe et les modifications du traitement : le patient nous le communique. Mais, euh, rien de direct de la part du psychiatre ! Voilà ! »

- En cabinet :
- *Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient présentant des troubles psychotiques qui vous a marqué ?*
- *Ou la dernière consultation avec un patient psychotique ?*

Une femme, une patiente que je suis depuis longtemps et ... qui, un jour a eu son accès maniaque et qui s'est déshabillée devant moi et qui voulait euh ... m'entraîner dans la salle d'examen ! « On s'allonge sur le ... » Voilà qui hurlait ... qui poussait des cris, et puis j'avais la salle d'attente pleine ! Et, j'ai dû sortir pour expliquer à mes patients que ... en fait, bah il ne se passait rien, hein ! C'était juste une crise de la dame. Et puis son mari n'était pas loin en voiture, donc, il est venu la chercher, et puis on l'a hospitalisée. Et puis voilà, c'est ça. »

➤ *Qu'avez-vous ressenti ?*

« Ah ! Bah j'étais un petit peu, effectivement, en difficulté mais j'ai su apaiser la patiente et m'arranger pour qu'elle accepte de partir avec les ambulanciers. Et réussir à l'apaiser malgré son délire. Ça m'est arrivé à plusieurs reprises, hein ! D'hospitaliser des gens psychiatriques, et appeler en urgence avec je ne sais combien de pompiers autour euh ... Les policiers, là. Et personne n'arrivait à rien faire et je parlais ... Voilà, je m'entretenais un peu et le patient parlait de son propre gré, euh ... à l'hôpital quoi ! Mais, ça, c'est des belles petites victoires. »

➤ *En visite :*

➤ *Pouvez-vous me raconter une visite à domicile d'un patient psychotique qui vous a marqué ?*

➤ *Ou votre dernière visite d'un patient psychotique ?*

« A domicile, j'en fais peu, hein. Donc si, aussi, oui, psychotique, j'avais une visite à domicile, c'était, oui, une paranoïaque qui est au dernier étage d'une tour de C. (nom de ville). Et qui avait mis toutes ses armoires devant les fenêtres, parce qu'elle avait peur d'être observée. Mais, c'était une des plus grandes tours de C. (nom de ville) : il n'y avait aucun vis à vis ! Donc ça, c'était vraiment ... Et puis, j'avais toujours un petit peu peur qu'il y ait un délire. Et que ... et d'avoir une agression, parce que j'ai déjà été agressé, oui, par des psychotiques, en ville. »

Pouvez-vous me parler d'une situation en cabinet ressentie comme dangereuse ?

« Oui, ça m'est arrivé parfois d'avoir des gens du CMP, psychotiques, mal équilibrés, qui n'étaient pas dans l'observance. Comme ça arrive bien souvent, y compris leurs injections. Et qui étaient dans leur délire devant moi, et que j'arrivais à peine à apaiser et qui pouvaient prendre d'un instant à l'autre des proportions ... J'avais toujours peur d'être agressé. De voir ... D'autant plus que ces personnes avaient des objets contondants sur elles, enfin. Ce qui m'a fait toujours prendre des mesures. Je fais toujours attention dans le cabinet, je fais toujours attention de ne rien avoir ! Qui ne soit ni miroir, ni voilà ... Qui peuvent se transformer ... être brisés ... et être transformés en arme. Avec les psychiatriques, donc il faut avoir ce souci en tête. Voilà, ça peut arriver une fois tous les cinq ans ou tous les dix ans, mais c'est un réel danger quand même. Il faut être vigilant, voilà. »

Pouvez-vous me parler d'une situation en visite ressentie comme dangereuse ?

« Alors, en visite, euh ... Oui, en visite, j'ai eu, bah, c'est ... c'est ... le cas du psychotique en pleine agitation hein ! Qu'il fallait hospitaliser en garde et que j'ai dû apaiser. Mais, c'est vrai qu'il faut quand même avoir une proximité avec la personne « perturbée » pour qu'elle puisse construire dans son champ de conscience, la proximité pour pouvoir échanger avec elle. Donc, à portée de ses réactions, hein, donc, et, parfois il faut aussi se mettre un peu à l'écart des personnes et des pompiers pour pouvoir échanger avec, la mettre en confiance et ça, c'est des prises de risque qu'on a ! Il faut rester dans la vigilance mais voilà c'est ça. »

Votre expérience au contact des patients psychotiques a-t-elle eu un impact sur votre approche de la psychiatrie au quotidien ?

« Euh oui, bah, on peut impliquer après, toutes les façons, tous ces réflexes d'apaisement qu'on peut avoir de façon générale avec des personnalités un petit peu ... Qui s'emportent ou, qui sont ... euh, caractériels, voilà c'est ça. Hum ... »

III Perspective

Pouvons-nous parler des traitements psychotropes :

« Oui, oui oui ! »

- Êtes-vous familiarisé avec les molécules à visée psychiatrique ?

« Oh, bah je suis censé être comme tout le monde, j'ai toujours des petites habitudes et puis j'essaie de m'adapter à ... voilà, aux nouveautés, au fil du temps, oui ! »

- Quelles sont vos habitudes de prescription ?

« Que je change d'ailleurs, hein je ne les garde pas ! Je suis censé être, comme tout le monde en formation dessus hein ! Voilà je remets en cause les choses. Mise à jour, oui. Voilà, et puis il y a la pratique aussi ! On observe, on se fait une idée du traitement aussi ! »

- Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?

« Ah ! Bah alors, l'observance c'est avant tout : Il faut qu'il y ait une mise en confiance. Une bonne explication du traitement, il faut arriver à obtenir une écoute, hein ! Tout est variable selon les patients mais la ... le ... l'outil le plus utile c'est les formes retard injectables, hein ! Ça, c'est indéniable, hein ! C'est un grand progrès, les neuroleptiques retards ... »

- Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients psychiatriques ?

« Euh, comment on pourrait l'améliorer ? Oui, bah, c'est ça : je pense qu'il nous faudrait une meilleure coordination et une meilleure communication avec les psychiatres. Euh, je trouve déplorable que cette communication, enfin ils utilisent plutôt comme intermédiaire les infirmiers psychiatriques, qui en viennent même parfois, à nous appeler, euh ... A critiquer nos ordonnances, hein ! Ça m'est arrivé ! Euh oui oui bien sûr ! Donc bon c'est, et ils se substituent un petit peu par manque de personnel médical psychiatrique, aux psychiatres. Et bien souvent, il y a des glissements de tâches ! Et là, il faudrait quand même une meilleure coordination, et ça les aiderait je pense aussi, eux, dans leur prise en charge des patients chroniques. Voilà, il faudrait repenser toute cette systémique de ... au moins en ville, et je pense en lien avec le semi-rural aussi ! Il y a dans les secteurs psychiatriques ... Je pense qu'on peut faire des choses intéressantes, mais pour peu qu'on revalorise les activités dans un sens euh ... non pas pécunier, mais ... d'efficacité et d'utilité du médecin omnipraticien ! Mais, aujourd'hui, on est vraiment dans une démarche inverse ! C'est à dire que plus le temps passe, et plus on ronge, on détériore les qualités de prise en charge que pourrait apporter le médecin, sous prétexte de surmenage, euh, on opère des glissements de tâches vers les infirmiers, pharmaciens. Et, on perd toute notre activité de soins, et de relations-patients essentielles quoi, à travers ça. C'est aussi : chaque glissement de tâche fait reculer le lien médecin-patient et les capacités de coordination. Ouai, on fait plus de la substitution au rôle du médecin, qu'à ... qu'on ne communique avec lui ! Je veux dire par là, que la psychiatrie : ça peut être un bon exemple de ce qui ... D'une dérive ... Qui, peut s'étendre à tous les domaines ... Puisqu'on est omnipraticiens ... Autour de la médecine générale quoi ! Parce que là, on a aujourd'hui, dans bien des spécialités hein ! Le diabète, pour le diabète, dans l'endocrinologie, bah on a maintenant des associations qui prennent en charge. On a, et pour divers ... ça ne me vient pas en tête, il y a énormément de sous-traitance ! Hein, qui est réalisée aujourd'hui, et au détriment de la relation médecin-patient et d'une coordination avec le médecin qui devrait avoir lieu et qui n'existe plus ! On se substitue au médecin plutôt qu'on ne travaille avec lui, quoi ! Voilà, il y a cette mise à l'écart permanente qui fait que le rôle du médecin généraliste, peu à peu se restreint ! A devenir un simple « gratte-papier », quoi ! Si on ne fait pas d'examen, donc, pour se sortir de là : il faudrait mieux coordonner quoi, revoir la systémique. Et puis, faire des actes au temps passé et non pas des actes systématiques, quel que soit le temps passé je crois que ce n'est pas ... que ça, ça ne va pas du tout, ça, ça entraîne une course à l'acte et ça fait bouillir la marmite quoi, je veux dire et puis, au lieu de faire du bon soin de qualité quoi. Hum ... »

- Pouvez-vous me parler de votre prise en charge de l'entourage de patients psychotiques ?

« Euh, alors l'entourage des patients psychotiques, là aussi, il y a quand même des aidants qui sont en souffrance hein. Et là, effectivement, il y a toujours cette prise en charge importante, oui. Qu'on fait nous, et qui n'est pas du tout pratiquée par les psychiatres, hein ! En ville : ils ne les voient pas, hein : l'entourage ! Il est toujours à l'écart, en souffrance et on est là pour récupérer un petit peu les choses, effectivement. Enfin, moi, c'est ce que je fais. Et, pour, euh, les aider à mieux vivre ces moments-là et à comprendre aussi ce qu'il se passe. Car, ils n'ont pas d'explications non plus ! Et il faut bien souvent se livrer à ça ouai ! »

- *La prise en charge concernait-elle son/sa conjoint(e) ?*
- *La prise en charge concernait-elle ses enfants ?*
- *La prise en charge concernait-elle ses parents ?*

« Alors, évidemment, les premiers souffrants sont les conjoints/conjointes ou les parents ! Et voilà ! C'est ça, les plus proches quoi ! »

IV Conclusion

- Quels sont les points que vous pourriez améliorer concernant la prise en charge du patient psychotique ?

« Euh, bah, euh ... pfff ... Et puis, bah, quand bien même, je parlais aussi des médecins institutionnalisés, là ... Mais il y a aussi des médecins, privés, hein de ville, avec lesquels, là aussi, les choses sont assez fermées ! Puisque si on nous demande euh ... On nous demande une, euh ... Des courriers ou un contact, en général dans les autres spécialités. Euh ... avant une consultation, là en l'occurrence, on demande avant tout une demande et une démarche du patient hein ! Voilà, donc euh ... Ils court-circuitent complètement notre intervention quoi ! Voilà, et ça, c'est un peu dommage ! Voilà, parce que la plupart des consultations de ville où on s'attendrait, quand on envoie un courrier à avoir la réponse : elle ne vient jamais ! On en n'a pas ! Voilà. Donc, et ça aussi c'est assez choquant ! Parce que, même d'un point de vue déontologique ... euh ... un médecin est censé communiquer, euh ... Et répondre au médecin qui lui adresse un patient ! Voilà, qui le sollicite oui ! »

- Est-ce qu'à la suite de notre discussion il vous semble utile de participer à des événements en lien avec la psychiatrie ?

« Alors oui, moi, tout m'intéresse, mais, je n'ai pas le temps, quoi ! Je suis vraiment intéressé par plein de choses ! Énormément de choses, y compris en psychiatrie, mais le temps manque hein ! Il faudrait, oui, presque être salarié pour avoir ce temps hein ! Ce temps de formation qu'on perd, si ... on est obligés, bah dans le domaine libéral hein, de, comme c'est mon cas, de courir pour essayer de travailler et d'avoir le revenu suffisant, pour payer quoi ! Plutôt que d'emprunter, parce que c'est ... On en est là parfois hein ! Enfin en ce qui me concerne ! »

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter d'un sujet dont on n'a pas discuté ?

« Euh, pfff ... oui, là, dans l'immédiat, rien ne me vient, mais il y a beaucoup de choses à dire mais bon ... »

Avez-vous quelque chose à ajouter sur la prise en charge des patients psychotiques en soins primaires ?

« Euh, pfff ... Oui si ce n'est que : je pense qu'on pourrait un petit mieux organiser les choses et qu'il y ait moins d'errance des patients. Hein, comme souvent ça arrive de par la pathologie, c'est certain. Mais ... on pourrait, je pense faire beaucoup mieux ! Et, euh, mais bon, il y a toujours des choses qui naturellement font obstacle hein ! C'est à dire les libertés individuelles, euh, bon il faut attendre qu'on

arrive à des catastrophes pour pouvoir hospitaliser les gens. Et ... il faudrait dans le suivi, plutôt ... voilà, donc, avoir de meilleurs échanges avec les structures spécialisées et les spécialistes libéraux de ville ! Parce qu'il faudrait que ça rentre un petit peu dans les pratiques courantes et que ça devienne une évidence ! Une habitude, mais je pense que ça ne le sera pas tant qu'on ne fera pas du médecin, euh, généraliste et omnipraticien un médecin coordonnateur ! Ça, c'est mon ressenti vraiment ouai ! Parce que, d'eux-mêmes les spécialistes ne resteront ... Et puis c'est plus profond que ça hein ! Là on touche au problème, surtout du médecin généraliste ! Ce qui manque aux confrères spécialistes c'est la connaissance du médecin omnipraticien et de son rôle. Et je pense que, si on utilisait le mot coordonnateur, ça heurterait davantage les esprits aujourd'hui. Et puis, pour moi, par rapport au recul que j'ai par rapport aux études, c'est que les ... ce qui manque à tous les confrères là, qui se forment pour des spécialités ... euh, alors c'est toujours en hospitalier. Donc, ils ne connaissent pas la ville si ce n'est que dans un remplacement quand ils vont dans un cabinet de médecine de ville spécialisée. Mais, au cours de leur cursus, ils apprennent à s'envoyer entre eux les patients et il n'y a jamais de médecin coordonnateur dans l'hôpital, de médecine générale. Et, je pense qu'il faut une place pour la médecine générale dans l'hôpital, en général. Avec des rôles de médecin coordonnateur. Là, et pour que les collègues apprennent à travailler avec les médecins coordonnateurs. Je pense que : il faut repenser un petit peu la systémique de l'hôpital et la systémique de la médecine de ville. Pour moi, c'est ça, ouai ! Il faut qu'il y ait des médecins, comme on a des infirmières coordinatrices dans les services, il faut qu'il y ait des médecins. Certes les patrons, les spécialistes, les chefs de service. Il faut qu'il y ait aussi des médecins qui soient là pour se charger un peu de la coordination entre les services. Et, que ça permette aux internes un peu de se consacrer à autre chose, et aux externes d'être un peu mieux formés. D'avoir un référent aussi. »

Dernière question :

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ?

« Alors, ces dernières années ? Ces derniers temps ? Période COVID ? Ah oui, alors pour moi j'en ai toujours eu, euh ... pas mal ! Dans une proportion de ma patientèle, parce que j'ai un bon contact, je pense, avec toutes les personnes en difficulté. Qu'elles soient névrosées ou psychotiques. Euh, et euh ... alors est-ce que c'est en augmentation ? Non ! Bon, j'en vois peut-être un peu plus parce que j'ai mûri avec le temps ! Heureusement, c'est le côté positif de ... C'est de mûrir un peu et ça me permet d'avoir un contact plus fort, plus simple, plus facile. Et donc, d'être plus efficace, je pense hein ! Et donc, j'ai augmenté sans doute la patientèle. Et « fidélisé » ce genre de patientèle mais je ... mais non, je n'ai pas l'impression, alors, il y a une grosse augmentation des ... comment dire ... En ce moment dans la période COVID, oui ça c'est évident, là avec ce confinement ! On a eu beaucoup de gens, j'ai eu des suicides, enfin des diverses ... Euh, qui décompensent quoi ! Donc, c'est surtout les déprimés hein ! Qu'on peut mettre dans les dépressions névrotiques ou psychotiques également, et là, avec des passages à l'acte, hein ! J'en ai vu, hein, mais euh, et sans compter, bien sûr en EHPAD : les glissements, les syndromes de glissement et beaucoup plus ... J'ai vu surtout des décès de cet ordre-là ! Plutôt, et rien, non-COVID hein ! Enfin, mais, voilà ! C'est plutôt les dépressions qui augmentent ! Dans la société je dirai, plutôt que le nombre de psychotiques. Après, il y a aussi les troubles liés aux addictions aussi ! »

N12 I Introduction / Formation

Je réalise cet entretien dans le cadre de ma thèse ayant pour thématique la psychiatrie en médecine générale et plus particulièrement la prise en charge du patient psychotique.

Je cherche à répondre à la question suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes face aux patients psychotiques ?

Mon directeur de thèse est le docteur LE GAC Michel, médecin généraliste retraité à ISIGNY SUR MER, enseignant de médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et du temps que vous m'accordez.

Cet entretien est anonyme, enregistré afin de le retranscrire mot à mot, m'y autorisez-vous ?

« Ah, oui, oui, il n'y a pas de problèmes ! »

Pouvez-vous vous présenter ?

« Ouai, donc moi je suis M. *, je suis médecin généraliste installé depuis fin août/début septembre 2020. Euh, j'étais externe à R. (nom de ville), interne à C. (nom de ville), et euh, comment dire j'ai fait du remplacement depuis 2018, voilà, toute fin ... novembre 2017, euh j'ai remplacé dans la M. (nom de département), essentiellement sur des remplacements réguliers. Et puis voilà, j'ai décidé de m'installer puisque mon épouse et moi on avait pour projet de faire un cabinet individuel, avec elle comme assistante médicale et euh, voilà donc, euh, essentiellement, bah sinon je suis breton de base, et puis sinon je suis normand depuis 7 ans quoi ! Je ne sais pas si j'ai d'autres choses à dire. »

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ? « Alors c'était mai 2020. »

Depuis combien d'années êtes-vous installé ? « Moins d'un an. »

Pourriez-vous définir votre mode d'exercice ?

« Euh, alors, médecine générale libérale avec un diplôme inter-universitaire d'ostéopathie de C. (nom de ville) depuis mai 2019. »

Quand vous étiez interne, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Non ! »

Depuis que vous êtes thésé, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Non plus ! »

Au cours de votre formation avez-vous effectué un stage en psychiatrie ? Durant l'externat ? Durant l'internat ?

« Euh ouai en externe ! Quatrième année ou cinquième année, c'était en psychiatrie adulte, à ..., je crois que c'était à E. (nom d'établissement), centre E., non je confonds ... C'était au CHU de R. (nom de ville). Et bien en fait c'était sectorisé par zone géographique, donc il y avait de tout en fait ! Et bah je trouve qu'il y a peu de moyens. De moyens financiers, ça fait vraiment vétuste, euh ... ça fait vraiment partie pauvre de la médecine quoi ! Et puis sinon euh ... pfff ... c'est glauque quoi ! Je trouve. Et puis du coup des gens qui ont des pathologies moins graves que d'autres, se retrouvent mélangés avec d'autres, qui peuvent peut-être se faire agresser euh ... par les autres patients, donc je ne sais pas s'il faut sectoriser par maladie, ou par secteur, mais ça me paraissait un peu « bizarre » du coup. »

Après votre thèse, avez-vous été sollicité pour des vacations/consultations somatiques dans une structure dédiée aux troubles psychiatriques comme par exemple avant une hospitalisation d'un patient en CHS ?

« Par l'hôpital psychiatrique ? Euh au B. (nom d'établissement) par exemple ? Euh si, ils m'ont demandé euh dans T. (nom de ville) si je pouvais euh, être ... en exercice mixte avec la partie du centre autiste. A T. (nom de ville) mais ça ne correspond pas du tout à mes ... à mon planning c'est ingérable quoi ! Je venais de m'installer donc ce n'est pas possible quoi ! Il y a déjà un psychiatre qui s'en occupe. Voilà. En fait c'est la psychiatre qui fait la somatique de ces patients-là, parce que personne ne le fait hein ! »

II Ressenti

Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?

« Euh, je dirai, euh ... surveillance du suivi avant tout, quand les consultations sont bien faites. Ce n'est pas toujours facile d'avoir les comptes rendus psychiatriques donc euh, moi j'aime bien, moi ça me rassure parce qu'ils peuvent raconter ce qu'ils veulent. Euh, surveillance peut être biologique des médicaments, parce que, je crois que les psychiatres le font quand même. Euh pour certains médicaments, euh, bipolaires et autres, lithium notamment, dépamide, enfin voilà, dépakine, euh voilà. Et puis sinon, euh, surveillance somatique mais bon, pfff, quand il y a des tentatives de suicide ils sont hospitalisés de toute façon. Et puis, mais euh, et puis, euh, Pfff, je dirai surtout le ... vérifier le suivi ! Moi je ne me sens pas très compétent là-dessus euh, ouai ! Et puis demander quand même s'ils ont des hallucinations tout ça, je parle des psychotiques, des hallucinations, des délires, si le traitement semble coller quoi ! »

➤ *En cabinet :*

➤ *Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient présentant des troubles psychotiques qui vous a marqué ?*

« Alors j'en n'ai pas eu pour l'instant ici, mais euh ... c'était à C. (nom de ville) en remplacement, euh, dans les deux années précédentes et c'était un patient schizophrène, euh, sous injection mensuelle, je crois, de neuroleptiques. Et je crois qu'ils avaient baissé un petit peu son traitement euh, alors il était dans un délire, euh, après c'est plus trop euh, les items d'internat sont loin. C'était un délire plutôt paranoïaque, euh, comment dire, sectorisé sur ... sur tout ce qui était service secret américain, qui voulait le faire taire et voulait savoir la vérité sur le monde, enfin voilà il était calme, et pas du tout agressif, mais ... il était plutôt blasé de se sentir incompris quoi ! »

➤ *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*

« Il était seul ! Donc moi du coup je suis allé dans son sens pour ne pas le contrarier. Mais je n'ai pas cherché à le convaincre du contraire, parce que de toute façon c'est perdu d'avance, je pense ! Donc du coup j'ai émis quelques doutes, j'ai essayé de voir surtout s'il critiquait son délire. Pas vraiment, mais il était un peu ... il doutait de lui-même quand même ! Il était un peu blasé, il doutait de lui-même. Il pensait qu'il avait raison mais qu'à la fois il essayait de se convaincre le contraire lui-même, il ne se révoltait pas vraiment. »

➤ *Qu'avez-vous ressenti ?*

« Bah intérieurement, je crois que c'est un peu drôle quelque part, parce que c'est vrai que c'est ... c'est quelque chose de pas habituel. Euh, après, ça s'est passé naturellement et, sans agressivité. Donc, euh, je l'ai plutôt bien vécu, ça m'a plus amusé qu'autre chose, enfin tout en voulant bien sûr, euh, faire mon rôle. Avant tout, mais intérieurement, ça changeait un peu du profil classique ! »

➤ *Avez-vous eu besoin d'aide ?*

« Non, pas du tout, non non ! J'ai fait un renouvellement d'ordonnance classique, donc ça n'a pas duré très longtemps ! »

➤ *A qui avez-vous pu adresser le patient ?*

« Il était suivi, ouai, il n'était pas en liberté. Il était cadré. »

➤ *En visite :*

➤ *Pouvez-vous me raconter une visite à domicile d'un patient psychotique qui vous a marqué ?*

« Ça je n'ai pas eu l'occasion, ouai, je n'ai pas eu l'occasion ! Je n'ai pas fait de ... Je n'ai quasiment jamais fait de visites en fait, en tant que remplaçant. »

Êtes-vous familiarisé avec les résultats de consultation ?

« Ah de la SFMG, alors ça je ne le fais pas, par contre parce que je trouve que c'est trop compliqué, je préfère faire une nomenclature à moi-même, identique, et que je recherche par mot-clé par le logiciel. Parce qu'il me le permet en fait ! Ouai ! Non mais je me suis posé la question, mais en fait, euh, je crois que sur mediclick® ou ... les trucs comme ça il faut mettre le mot sinon on ne le trouve pas ! Mais là, moi je ne fais pas ça, puisque medistory me permet la recherche par mot-clef. Globalement, je ne sais pas si c'est toujours fiable mais : ça marche ! »

Pouvez-vous me parler d'une situation en cabinet ressentie comme dangereuse ?

« Euh ... (longue hésitation), alors euh, je ne suis peut-être pas comme les autres. Je n'ai pas eu vraiment, euh, je n'ai pas eu, euh, quoique : non je n'ai pas eu ! Par contre, euh : une agressivité recadrée, euh voilà, plus pour des gens qui ont à la limite, qui sont en souffrance et qui nous le fiche un peu dans la figure, mais qui, une fois recadrés s'excusent et puis finalement il y a une construction quoi ! »

➤ *Parlez-moi de la configuration de votre cabinet pour fuir en cas de nécessité.*

« Ah, bah, sauter par la fenêtre ! Du premier étage ! Ou assommer le patient et descendre les escaliers. Non je n'en ai pas, c'est vrai que je n'ai pas d'issue de secours non ! Dans le prochain cabinet non plus ! »

➤ *Avez-vous élaboré un scénario pour fuir une situation inconfortable ou dangereuse ?*

« Le prochain, bah, il sera proche du cimetière en plus ! Je pourrai sauter par la terrasse dans le cimetière. Au deuxième, plus haut encore. Près du cimetière. »

Pouvez-vous me parler d'une situation en visite ressentie comme dangereuse ?

« Eh bien, j'en n'ai pas eu non plus ! Non ! Je n'ai pas eu le chien qui me court après ou des choses comme ça. Ouai, non je n'ai pas eu encore ! »

Votre expérience au contact des patients psychotiques a-t-elle eu un impact sur votre approche de la psychiatrie au quotidien ?

« Euh ... (hésitation) pfff ... Non ! Non ! C'est, pour moi, j'en n'ai quasiment pas en fait ! Ouai ! Je ne sais pas pourquoi, mais je me demande même si j'en ai là, je ne suis même pas sûr en fait. Ah, si j'en ai un, je crois, mais il est complètement calme. Ouai ce qui fait que je n'ai pas trop trop envie de les suivre, c'est que aussi, j'ai eu mon tuteur de médecine, un mec qui était ultra brillant hein ! Et puis ultra bosseur, qui avait eu quasiment 20 au bac. Euh, qui avait été major ou vice-major la première année, et puis il s'est ... il s'est suicidé. Euh, parce que donc il m'a soutenu pendant 1 an et puis après bah lui il a continué ses études et tout ça, ça se passait brillamment encore ! Il n'avait pas de vie personnelle hein ! Il était en couple mais les deux, c'étaient des gros bosseurs, euh comment dire, ils étaient vides de tout plaisir à côté de la médecine quoi, il n'y avait que le boulot quoi. Donc c'était une machine et bon, frustré certainement parce qu'il a fini par se suicider ! Après un an d'internat en psychiatrie. Et c'est quelqu'un qui voulait, je

pense, peut être tout maîtriser, et tout faire parfaitement, et je pense qu'il n'a pas pu, il s'était fait une idée de la psychiatrie, je pense : « Je vais changer les choses etc. ... » Et, en fait je pense qu'il a dû être complètement déçu et tellement prendre sur lui, je pense, la souffrance des autres. Que : je pense, que lui-même devait en avoir énormément, et je pense qu'il a dû se foutre en l'air pour ça quoi, hein ! Il avait marqué : « La psychiatrie m'a tué. » Apparemment, sur son mot. Et puis sa famille disait : « Ah, tu étais tellement brillant ! Tellement ci, tellement ça, il n'y avait que ça qui revenait quoi ! Notamment c'est vrai quoi, donc l'éducation derrière n'était pas du tout tournée vers l'équilibre et le plaisir quoi ! Donc, euh ... C'est pour ça que je me suis dit la psychiatrie, si j'en fait euh, je suis assez anxieux en plus de base ! Euh, assez anxieux-obsessionnel, donc, euh, je me suis dit : « Je n'ai pas envie de péter un câble quoi ! Voilà »

III Perspective

Pouvons-nous parler des traitements psychotropes :

« Oui ... »

- Êtes-vous familiarisé avec les molécules à visée psychiatrique ?

« Hum(hésitation). Pas beaucoup ! Non non, plus les ... comment dire, les ... attends d'ailleurs le TERCIAN, oui c'est un neuroleptique ça, non ? TERCIAN, LOXAPAC globalement c'est ceux que je connais ! Pour les sédatifs, plutôt. On les utilise en sédatif, mais je n'en prescris jamais. C'est très rare. Voilà, c'est surtout ça. Mais je n'en prescris quasiment jamais ! »

- Pourquoi avez-vous fait le choix de ces molécules ?

« L'habitude ! Ouai de ce que j'ai pu entendre dans mes stages. Plutôt les prescrire de temps en temps pour les patients agités dans les services. »

- Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?

- Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients psychiatriques ?

« Euh, par les consultations régulières avec le psychiatre, ou l'infirmier psy. Euh, euh, bah sinon, bah c'est compliqué. Parce que s'ils décrochent, à moins de les hospitaliser, je pense que c'est impossible, de les cadrer quoi ! Je pense ! Pour moi c'est un suivi régulier, et puis, euh, peut-être faire un carnet à la limite ! Qu'est-ce qu'on pourrait faire par exemple ? Qui n'est pas fait peut-être ? Peut-être, si on n'a pas toujours les courriers, peut être au moins faire un carnet de suivi. Euh, un peu comme dans les PRADO quoi ! PRADO psy., c'est vrai qu'il y a des PRADO et, peut-être faire un PRADO psy., un PRADO psychiatrique ! Surtout avec l'infirmier qui passe à la maison aussi, et à mon avis ça peut être ... ouai je ne me suis jamais posé la question ! Mais, maintenant que tu me la poses, parce que, comme pour les sages femmes avec les enfants, tu vois, les nouveaux nés, euh, PRADO, je crois, orthopédie, euh, cardio, endocrino, ils ont chacun ... C'est vrai que la psy ils n'ont peut-être pas. Mais pourtant je pense que ce serait peut-être plus utile que les autres, limite, je pense. Parce que les autres voient leur généraliste, mais les autres, « pys » ... (j'évoque l'errance des patients) Ouai, je pense ! Et puis distribution, pardon, euh des médicaments journaliers par l'infirmier quoi. A intégrer peut-être dans un PRADO justement. »

- Quels sont les points forts de ce qui est proposé actuellement ?

- Quels sont les points faibles ?

« Alors, euh, je n'ai pas trop de connaissances là-dessus. Euh, quand même, euh, un hôpital, vraiment des hôpitaux qui sont vraiment dédiés à la psychiatrie, ça, c'est quand même, euh, pas mal, et qui font que ça quoi ! Euh, des équipes ambulatoires peut être, je ne sais pas si ça existe vraiment, mais pour les Alzheimer notamment ! Mais ce n'est pas vraiment des psychotropes. Je ne sais pas trop, euh, moi je verrai plutôt du négatif, parce qu'il n'y a pas assez de psychiatres, peut être ! C'est le gros problème là, à S. (nom de ville) il n'y en a quasiment pas ! Surtout en

libéral ! Ils vont tous à l'hôpital et, du coup à S. (nom de ville) il n'y a plus de psychiatre libéral quoi ! Pour absorber, comment dire, les patients à peu près stables ! C'est vrai, que, voilà, on les envoie que « chez les fous » quoi, tous ! Parce qu'il n'y a pas de possibilités intermédiaires, euh ... peut être plus de praticiens libéraux pour absorber tout ce qui ... Bah voilà, je pense que l'hôpital, ça devrait être réservé plutôt aux gens « durs » quoi ! Je pense ! Ouai donc favoriser l'ambulatoire, ça, ça serait ... »

- Quelle place occupez-vous dans la prescription ?

« Eh bien renouvellement, une fois qu'il n'y a plus de suivi psy ! C'est juste ça, et puis, euh, retourner vers le psy, si ... si ça ne le fait pas trop quoi ! Ouai, c'est quelque chose qui me fait un peu peur, ouai, moi j'ai surtout peur des suicides ! Donc je préfère qu'ils soient suivis au max ! Par les psychiatres. C'est quelque chose que je ne peux pas trop maîtriser chez les patients, encore leur dire, euh, « Allez faire une écho, faire des trucs, euh ... » (j'évoque la perte de contrôle) Ouai ça me fait un peu peur en fait ! C'est la gravité du geste quoi ! Enfin quelque chose qui me fait un peu peur quand même. Je n'ai pas envie de porter cette responsabilité et me dire : « je suis en week-end mais je pense à tel patient qui peut ... je suis le seul à m'en occuper ! Euh ... » Moi je préfère qu'il soit suivi, euh, par l'hôpital, euh, ou par un psychiatre mais je n'ai pas envie de gérer ça ! Ça me stresse trop ! »

- Quel est le rôle du généraliste dans la prise en charge de l'entourage des patients psychotiques ?

« Eh bien, souvent, enfin ceux que j'ai vu ils n'avaient pas beaucoup d'entourage en fait ! Ouai, donc c'est vrai que je ne sais pas quoi répondre ! Un peu le profil marginal. Et sinon oui, j'aurais aimé demander comment va, euh, le patient. Lorsque ses proches arrivent, mais sans non plus briser le secret médical, je ne sais pas où est la limite quoi ! Parce qu'ils ont des moments de libre arbitre, ils ont des moments de délire, donc c'est, quand ils ont des délires, on peut légitimement parler de ça aux proches ! Et quand ils ne délirent pas, ça ne concerne pas les autres. Donc c'est vrai que c'est un peu compliqué au niveau du secret médical je pense que c'est un peu compliqué ! Parce qu'encore, un « vieux » qui ne capte plus rien, et ... c'est les enfants qui s'en occupent quoi, tout le monde le comprend, mais ... un jeune pas facile hein ! »

- Avez-vous constaté une culpabilité chez les mères de patients psychotiques ?
(non concerné : mères absentes)

- Concernant vos échanges avec vos confrères psychiatres :

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les confrères psychiatres. Et des courriers que vous recevez de leur part.

« Alors, je n'ai pas beaucoup de courriers, je trouve que j'ai assez peu de courriers. Moins que je devrai en avoir ! Il y en a moins d'un sur deux quoi ! Euh, j'ai l'impression que c'est un peu quand ils veulent. Peut-être l'informatique ne suit pas, là-bas, je ne sais pas, pour les messages MSSANTE® ou autre ... Ou peut être que ça ne les intéresse pas ! Peut-être qu'ils considèrent que ça n'a rien à voir avec nous ! J'ai l'impression qu'ils sont un peu exclus et que nous, ils nous excluent ! Euh, après, euh, je ne les rappelle pas non plus spécialement, parce que je n'ai pas tellement, pas tellement géré là-dessus en fait. Mais si je devais renvoyer quelqu'un dans le circuit je pense que je les contacterai !

➤ Vous sentez-vous bien informé du devenir de vos patients psychiatriques ?

« Non non pas trop, mais euh, en fait c'est souvent sur les ordonnances des patients qu'ils ne me racontent pas qu'ils sont suivis alors que ce n'est pas le cas ! »

- Parvenez-vous à rencontrer aisément vos confrères en cas de difficulté ? -
Parvenez-vous à les contacter aisément ?

« Alors je n'ai pas eu à les contacter encore ! Mais je pense que ça doit être compliqué. Sinon je pense qu'ils sont un peu volants dans plusieurs services, et ce n'est pas comme un cardiologue qui est dans son service de cardio ! Là souvent, ils font de l'addicto., ils font des trucs, ils sont dispatchés, des horaires peut être plus cool aussi ! Je ne sais pas ! Je crois qu'ils sont assez cool quand même, hein ? 35 heures ouai je pense, pas plus ! Je pense que dans services de médecine, là c'est un peu différent ! Peut-être pas, mais ... enfin non, c'est le même système hospitalier, donc euh ... »

- *Pouvez-vous me parler de vos relations avec les infirmières spécialisées en psychiatrie ?*

« Et bah, en fait jamais vues et jamais entendues ! Non c'est toujours par l'intermédiaire des patients ! »

IV Conclusion

- *Quels sont les points que vous pourriez améliorer concernant la prise en charge du patient psychotique ?*

« Eh bien, euh, je pense : cette idée-là de carnet peut être, le carnet, parce que c'est vrai qu'il n'y a pas besoin de courriers en permanence quoi, euh, PRADO psy et puis une consult' : un courrier quoi ! A l'hôpital, vraiment, une meilleure information du médecin gé'. Et puis, euh, sinon, un semainier ou carrément une délivrance journalière par l'infirmière quoi. Tant pis il faut mettre les moyens, ça ne coûte pas trop cher non plus ! Ça coûte moins cher que de repartir à l'hosto hein ! Ouai, vraiment, accentuer la relation, enfin le suivi infirmier je dirai ! Alors après peut être pas par les infirmiers psy' hein, par les infirmiers libéraux je pense ! Je pense ! Peut-être qu'ils aient une formation aussi un peu, là-dessus, je ne sais pas, s'ils ne le sont pas ! Les signes d'alerte. Euh : Qu'est-ce que c'est qu'un délire ? Des choses comme ça ! »

- *Est-ce qu'à la suite de notre discussion il vous semble utile de participer à des événements en lien avec la psychiatrie ?*

« Eh bien, alors moi c'est vrai que, je ... je fais un peu ce genre de choses, par contre, euh, plutôt lire des choses là-dessus si j'ai envie, mais en fait moi je m'informe vraiment quand je suis confronté plus au problème, c'est un petit peu mon défaut. Voilà, c'est que quand j'en n'ai pas l'intérêt concret du moment, parce que je ne suis pas, tu vois, « psychiatrique ». Je ne vais pas le faire, par contre après je suis sérieux et consciencieux, donc je le ferai après si j'en ai vraiment besoin. Si je suis bloqué je regarderai ! J'ai plus accentué pédiatrie pour l'instant, j'ai fait deux formations pédiatrie, mais, psychiatrie je n'ai pas fait, après, c'est vrai qu'il y a tellement de choses à faire ! Et comme c'est quelque chose que je fais très peu du coup, je ... ce n'est pas ma priorité ! Pour l'instant ! Après tu en trouveras peut-être dans ma patientèle que je n'ai pas diagnostiqué ! »

➤ *Est-ce que vous pourriez échanger avec des psychiatres, des travailleurs sociaux ou des associations ?*

« Alors je suis assez, euh, comment dire, assez sauvage ! Ces trucs-là, ouai c'est vrai que j'ai tendance à me dire : « Ouai c'est bien ! Les autres le font et je lis les comptes rendus, euh, ouai je ne suis pas un passionné des associations, des réunions, c'est vrai que tu vois, plutôt lire, ouai, lire des recos là-dessus ! Ouai par contre c'est bien ! C'est bien que ça existe ! C'est vrai que je préfère privilégier ma vie de famille, ou les loisirs à côté ! »

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter d'un sujet dont on n'a pas discuté ?

« Euh, et bien alors, peut être euh, on parle beaucoup du burn-out des médecins, moi je fais attention justement ! Avec le fait justement de ne pas me submerger d'autres choses tu vois à côté, de faire que médecine, c'est vrai que j'ai plutôt un planning

assez retenu pour ça. C'est assez intensif la journée quand même, mais je dois faire 45 heures, tu vois la semaine ! Comme beaucoup de jeunes maintenant, je pense ! Euh, mais les 70 heures je péterai un plomb et je pense que peut être que les médecins ont besoin de ... Peut être, euh, d'avoir un peu plus de soutien ou un bilan. Peut-être avec un psychiatre je ne sais pas, au bout de quelques années, euh ... ! Bah il n'y a pas de médecine du travail en fait ! En médecine générale, je ne crois pas, hein ! Bah en fait ça serait plus ça en fait, ouai la médecine du travail en fait. Globalement ! Qui inclut justement, pourquoi pas le dépistage des troubles psychotiques notamment chez ... les généralistes. Bon normalement, on est censés être validés, mais tu as vu comment ça se passe hein ! Ouai, euh : « Salut est-ce que tu peux me signer ça ? » Euh, dans le service : « Bon bah ça va t'es à peu près normal, euh, tiens c'est bon ... » « Il est apte à la médecine. » Ouai, je pense à la médecine du travail, ouai, pour la suite, ouai ! »

Avez-vous quelque chose à ajouter sur la prise en charge des patients psychotiques en soins primaires ?

« Eh bien, euh ... (longue hésitation). Je ne sais pas trop. Bah je ne sais pas, peut-être, ça serait bien que je trouve un truc ! Euh, non, bah je me disais plus le côté PRADO et puis, effectivement certaines choses à revoir peut-être, je n'ai pas beaucoup de recul, c'est vrai que là-dessus. Je pense que j'ai à ajouter que je suis encore très jeune, très jeune libéral et qu'en tant que remplaçant, bah, c'est vrai, que tu ne suis pas les gens au long cours, donc tu te dis, voilà : « Soit celui qui est impliqué il sait tout faire », en se disant : « Si ce n'est pas fait à l'avenir ... » Moi j'avais un peu ce côté-là. A vouloir, et puis bon bah c'était des remplacements réguliers, donc je me disais, il faut que la patientèle je la fidélise un petit peu tu vois ! Euh il y avait du coup des gens qui venaient me voir tout le temps, d'autres qui ne revenaient pas certainement. Quand je loupais, je pense à une pneumopathie, bah c'est mon collègue qui rattrapait derrière le lendemain ou le surlendemain. Quand il y a des cas trop lourds. Euh, je leur disais rapidement : je bottais en touche quoi, tu vois ! Enfin je te donne des idées, mais, c'est vrai que tu n'as pas la responsabilité du patient sur le long cours quoi ! Tu sais que tu es de passage plus ou moins longtemps, et puis si c'est des cas trop compliqués, tu sais que ton prat' il les connaît mieux. Les psychotiques j'en n'ai peut-être pas vu beaucoup, c'est pour ça aussi, il y a peut-être une relation médecin-patient peut être un petit peu différente aussi. Je ne sais pas ! Et donc c'est pour ça que je n'ai pas une grande expérience de tout ça et je pense que, un praticien en fin de carrière a plus de recul là-dessus je pense. Sur les difficultés de suivi, euh ... »

Dernière question :

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ?

« Alors, euh, je ne sais pas, là c'est pareil, il y a peut-être un biais de sélection. Mais euh, je ne sais pas ! J'entends qu'avec la COVID il y a plus de souffrance pour tout le monde, mais, psychique, pour autant la psychose c'est plus lourd, c'est lié à « une maladie du cerveau », donc, oui là je sens qu'avec la COVID il y a beaucoup de gens qui en ont marre ouai ! Plutôt dépressifs, ouai des gens qui avaient peut-être des soucis avant et c'est un peu en plus quoi ... Ouai, je sens un peu quand même, ouai une tension et puis ça va peut-être se libérer si un peu tout le monde se vaccine ! C'est quand même bien ! »

N13 I Introduction / Formation

Je réalise cet entretien dans le cadre de ma thèse ayant pour thématique la psychiatrie en médecine générale et plus particulièrement la prise en charge du patient psychotique.

Je cherche à répondre à la question suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes face aux patients psychotiques ?

Mon directeur de thèse est le docteur LE GAC Michel, médecin généraliste retraité à ISIGNY SUR MER, enseignant de médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et du temps que vous m'accordez.

Cet entretien est anonyme, enregistré afin de le retranscrire mot à mot, m'y autorisez-vous ?

« Ah, oui ! Sans problème ! »

Pouvez-vous vous présenter ?

« Ouai, je m'appelle J**, je suis à C. (nom de ville). Euh, j'ai 61 ans, 62 ans l'année. Je me suis installé en 1989 et je n'ai eu qu'un mode d'exercice : l'exercice libéral. J'ai souhaité par ailleurs à un moment donné m'orienter vers la médecine manuelle, et donc j'ai passé un DU de médecine manuelle et ostéopathique. Et j'étais très vite aussi été confronté à des problèmes de communication, et j'ai découvert l'entretien motivationnel, et c'est quelque chose d'assez important pour moi parce que ça m'a permis de travailler autrement. Et maintenant je fais partie des gens qui l'enseignent, ça fait aussi parti un petit peu de mon activité, je suis également maître de stage. Et je compte prendre ma retraite d'ici 1 an, un peu plus d'1 an maintenant. »

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ? « 1989. »

Depuis combien d'années êtes-vous installé ? « 32 ans. »

Pourriez-vous définir votre mode d'exercice ? « Milieu semi-rural. »

Quand vous étiez interne, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Pas directement, déjà en tant qu'externe, je suis passé à E. (nom d'établissement). Mais en tant qu'interne je n'ai pas eu de stage vraiment orienté psychiatrie. »

Pouvez-vous m'en parler ?

« J'ai ressenti que je ne servais à pas grand-chose dans ce service-là, où on ne pouvait pas assister aux entretiens, parce qu'on dérangeait, parce que ça faisait trop de monde, on avait juste les staffs, euh voilà. C'est un stage où je n'ai pas été enthousiaste en tout cas. »

Depuis que vous êtes thésé, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Ouai, j'ai fait pas mal de soirées avec un psychiatre, on avait un groupe de pairs qui était animé par lui pendant plusieurs années, où on a abordé quand même beaucoup de thèmes de la psychiatrie, oui ! C'est Dr B. »

Au cours de votre formation avez-vous effectué un stage en psychiatrie ? Durant l'externat ? Durant l'internat ?

(Oui cf supra)

Après votre thèse, avez-vous été sollicité pour des vacances/consultations somatiques dans une structure dédiée aux troubles psychiatriques comme par exemple avant une hospitalisation d'un patient en CHS ?

« Jamais. A part les mesures de, par les gendarmes, des fois des convocations pour quelqu'un qui était interné, qui était en garde à vue. C'était la seule occasion où j'ai pu être amené à être confronté à des personnes délirantes, très ponctuellement en fait, mais jamais dans ma fonction directe. »

II Ressenti

Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?

« C'est une bonne question ! Je le vois comme quelqu'un qui, sûrement qui est, à même de faire le diagnostic, en tout cas d'évoquer le diagnostic ! Parce que ce n'est pas toujours si simple que ça et, je pense qu'on est quand même les personnes les mieux placées parce qu'on voit les gens, et on les revoit et on a souvent la famille qu'on soigne, donc voilà on est quand même assez bien placés pour faire le diagnostic de psychose en tout cas ! Euh, alors, dans la prise en charge aiguë, euh, je dirai dans les épisodes purement délirants, c'est quand même très compliqué à prendre en charge à domicile et on a quand même très souvent recours à l'hospitalisation, on passe quand même vite la main aux spécialistes, et aux services spécialisés. Par contre, pour la prise en charge après en psychothérapie de soutien, en évaluant et en adaptation des traitements. Non je pense qu'on a une place entière et que ça fait partie de ... En tout cas : moi j'aime bien la prendre et comme je fais pas mal de com', euh je ne suis pas du tout embêté avec les psychotiques, avec les délirants, il s'entend bien qu'on ne peut pas faire de l'entretien motivationnel avec quelqu'un qui est délirant ! Mais en dehors des épisodes de délire, non, on peut tout à fait travailler avec eux, avancer avec leur pragmatisme, avancer avec pas mal de choses ! Donc non, je pense au contraire être assez utile et j'aime bien ! »

➤ *En cabinet :*

➤ *Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient présentant des troubles psychotiques qui vous a marqué ?*

« Alors, oui je peux t'en raconter une, c'était une jeune fille de 15 ans qui était, qui me paraissait plutôt bien dans sa peau. Euh, mais qui avait un petit décrochage scolaire, et, dont les parents étaient un petit peu inquiets, voilà et qui me l'amenaient plus pour faire un bilan parce que en fait ils la trouvaient fatiguée, pas bien, et je sais comment je ... Enfin je me rappelle comment je suis arrivé au diagnostic de psychose ! Car, mais c'était très drôle d'ailleurs parce que je n'étais pas du tout parti là-dessus au départ, et à un moment donné dans l'entretien elle me disait, euh : « Au lycée, je n'arrête pas de me faire bousculer et tout ... » Je lui fais : « Pourquoi ? ». Elle me fait : « Parce que quand je suis au lycée il y a des carreaux, et je suis obligée de marcher que sur les carreaux noirs ! Bah ça dérange les gens et du coup bah des fois ils me poussent et je me mets en colère ! Parce que, je veux marcher sur les carreaux noirs ! » Et je lui ai dit : « C'est quand même fou de rentrer dans la psychose comme ça quoi ! » (rires) Et elle était bien psychotique ! Malheureusement ! Elle avait été bien sûr, évaluée en pédopsychiatrie. Je ne prends pas en charge une enfant seule, avec des troubles psychotiques sur un diagnostic. Quand je prends en charge des patients psychotiques ce n'est jamais seul ! J'ai toujours un psychiatre référent. »

➤ *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*

➤ *(Accompagnée de ses parents cf supra)*

➤ *Qu'avez-vous ressenti ?*

« Ah c'est très ... C'est surtout que j'étais encore assez jeune à cette époque-là ! J'étais embêté ! J'étais embêté pour elle ! Parce que c'était une gamine que je connaissais, que j'aimais bien. Et, je la voyais dans la difficulté d'un seul coup !

Pour se projeter, pour avancer. Avec les traitements lourds, enfin j'ai tout de suite imaginé, je me suis tout de suite projeté sur son futur ! »

➤ *Avez-vous eu besoin d'aide ?*

« Pour vivre ce moment-là ? Non ça va ça a été (rires). Non je savais très bien que j'avais le centre de pédopsychiatrie. Voilà j'ai donné un coup de fil, et elle a été prise assez rapidement ! Mais ça a été, elle n'était pas en délire, il n'y avait pas d'urgence non plus ! Ce n'était pas quelqu'un où on était dans une grande urgence ! Je voulais une confirmation du diagnostic et je voulais une prise en charge thérapeutique, surtout qu'à quinze ans, les neuroleptiques, bon on y regarde à deux fois quand même ! Ils n'ont pas regardé longtemps ! »

➤ *En visite :*

➤ *Pouvez-vous me raconter une visite à domicile d'un patient psychotique qui vous a marqué ?*

« Ah oui tout à fait, par contre, ça se passait à L. (nom de ville) c'était un jeune patient, d'à peine trente ans, à l'époque il avait peut-être 25 ans. Qui était schizophrène connu, et qui était en période délirante. Il était en période délirante, il voulait tuer tout le monde, sa mère était complètement dépourvue. Euh ... le B. (nom d'établissement) ne se déplaçait pas pour aller chercher les gens sans avis médical, en tout cas ! J'y ai été, c'était compliqué parce qu'il était vraiment très énervé, violent ! Et donc bah je lui ai fait un DROLEPTAN, et puis je l'ai fait hospitaliser. »

➤ *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*

« Il était chez lui, à son domicile, il était incapable d'aucune autonomie, il vivait chez ses parents. Après il a été dans des maisons, il a été mis en soins, en hôpital de jour, avec un appartement thérapeutique mais ça n'a jamais fonctionné. Et il a fini par se suicider. »

➤ *Qu'avez-vous ressenti ?*

« Euh, il y avait un peu d'appréhension parce que c'était quand même ... il y avait de la violence ! Euh, pour moi, pour les autres, ce n'est pas commun quand même comme consultation déjà ! Et puis la violence ne fait pas parti de mon quotidien déjà, ce n'est pas quelque chose que j'appréhende forcément de manière sereine. Euh, je ne suis pas non plus taillé pour me battre avec un mec qui fait deux têtes de plus que moi ! Euh, donc, non non, je ne suis pas serein dans ces moments-là ! Même si je sais ce que je dois faire, je ne suis pas serein ! Cette expérience avec un fusil de chasse chargé pendant 3-4 heures devant moi dans une caravane ! »

Êtes-vous familiarisé avec les résultats de consultation ?

« Ça ne me dit rien du tout, non non je ne connais pas ! C'est encore un truc qui manque à ma connaissance et c'est, une lacune de ma formation continue. Ce truc-là, je n'en ai jamais entendu parler. Tu sais bien que mon vieux logiciel je l'ai fait moi-même et il n'a pas intégré tout ça ! (rires) il n'y a que ce que j'y mets dedans ! »

Pouvez-vous me parler d'une situation en cabinet ressentie comme dangereuse ?

« En cabinet, tu veux ? Alors, c'est ... j'en ai une aux urgences mais ce n'est pas au cabinet non plus, quand j'ai travaillé à l'hôpital. Je n'ai jamais eu de situation dangereuse dans mon cabinet. En tout cas pas au point où je me sois senti vraiment en danger. Des situations un peu, où le ton est monté, où y'a eu, euh, voilà ! Peut-être des menaces, des choses, mais rien qui m'ait fait craindre pour moi. Alors peut être que j'ai une certaine dose d'inconscience, je n'en sais rien ! Mais, non, j'avais l'impression que, voilà, je n'étais pas sur des gens qui étaient délirants à ce moment-là. Donc c'était ... il y avait moyen de parler, de raisonner, de faire

descendre les choses : voilà ! Le délirant, c'est complètement différent ! Parce qu'il est quand même complètement imprévisible. »

➤ *Parlez-moi de la configuration de votre cabinet pour fuir en cas de nécessité.*

« C'est complètement impossible ! Je suis, euh, derrière mon bureau, et il y a un tout petit passage. Je suis vraiment coincé derrière mon bureau. Ça n'a pas été étudié, j'ai mis des grilles aux fenêtres pour pas que les voleurs rentrent, et pour pas que je puisse sortir aussi ! (rires) Non je n'ai pas de sonnette, j'ai rien du tout. Je fais confiance à ma bonne étoile, et au fait que la probabilité que ça m'arrive elle n'est quand même pas si grande ! Parce que, quand même c'est peu de généralistes qui se font ... tuer dans leurs cabinets, par des psychotiques ! Donc, statistiquement, je me dis que je peux faire ma carrière sans que ça m'arrive et je ne vais pas m'angoisser de ça ! Après, c'est peut-être pas idiot, aussi, d'y réfléchir ! Voilà, ce n'est pas ce que je veux dire, moi je ne l'ai pas fait, mais ça ne me choque pas que certains le fassent ! »

Pouvez-vous me parler d'une situation en visite ressentie comme dangereuse ?

« Alors, oui, là je peux te dire, j'ai été appelé pour, dans une caravane, pour quelqu'un qui n'était pas très bien. Euh je suis rentré sans me méfier ! Et il a sorti le fusil et il m'a dit : « Assis toi, maintenant on discute ! » Et il était complètement délirant ! Complètement délirant ! Alors ça s'est fait avec la bouteille de calva ! Il fallait que je boive autant que lui, et il me racontait tout son délire. Donc, ben j'étais très jeune, hein ! J'étais dans le tout début de mon installation ! Les pompiers ont été avertis, les gendarmes sont arrivés, mais tout le monde est resté dehors hein ! Et puis j'ai bu du calva, j'en buvais un pendant qu'il en buvait cinq ! Et puis, j'ai attendu qu'il tombe ! ça a duré, ouai, presque trois heures ! Là, tout seul avec lui dans la caravane, avec le fusil chargé en face de moi ! Là j'ai eu de la peur ! J'ai eu de la peur parce que je savais qu'il pouvait tirer n'importe quand. Euh, qu'il ne fallait surtout pas que ... Ni que j'alimente le délire, mais ni non plus que je le contrarie ! Euh ça c'était une situation très très complexe ! On est toujours en train de se demander, si ce qu'on va dire ou ne pas dire, d'ailleurs, si on ne répond pas, comment ça va être interprété. Et, non non, c'est un moment, vraiment pas un bon souvenir ! Mais les gendarmes ne m'ont pas fait souffler dans le ballon avant que je rentre, ils m'ont laissé repartir avec ma voiture ! »

Votre expérience au contact des patients psychotiques a-t-elle eu un impact sur votre approche de la psychiatrie au quotidien ?

« Pas du tout, ah pas du tout ! Pas du tout ça fait partie des aléas, ça fait partie des choses qui font partie de notre métier, au même titre que, de drogués, au même titre que ... Voilà, le gars qui veut nous braquer notre machin ou notre caisse ! Euh, pff ... Non, non ! Ça fait partie des expériences qui peuvent être du coup : compliquées à vivre, mais qui font partie des risques inhérents à notre métier ! Comme prendre une voiture quand on va faire une visite ! Voilà, donc ce risque je ne l'ai pas évalué comme quelque chose de très important, et surtout pas comme quelque chose d'angoissant dans ma pratique quotidienne ! Il était intégré comme faisant partie des choses. Alors après, bon, j'ai essayé quand même de faire en sorte d'avoir un minimum de connaissances pour savoir gérer ces situations-là ! Euh, ce qu'il faut éviter de faire, ce qu'il faut faire, pour ça je me suis quand même un petit peu renseigné. Et, pour éviter de me retrouver, voilà, on est bien d'accord que chez le délirant, avec lui, il n'y a pas grand-chose à faire ! »

III Perspective

Pouvons-nous parler des traitements psychotropes :

« Bien sûr ! »

- Êtes-vous familiarisé avec les molécules à visée psychiatrique ?

« Oh, je pense ouai ! »

- Quelles sont vos habitudes de prescription ?

« Actuellement ? Bah tout dépend de quoi on parle ! Si on parle de l'accès délirant, ou si on parle des prises en charge des psychoses chroniques ! »

- Pourquoi avez-vous fait le choix de ces molécules ?

« Bah de toute façon pour les psychotiques, la base du traitement reste les neuroleptiques et que je suis beaucoup plus sur les nouveaux neuroleptiques. Dans la mesure où ils sont quand même beaucoup mieux tolérés ! C'est à dire les tous derniers, ABILIFY, RISPERDAL etc... Euh, j'utilise aussi le LOXAPAC une fois de temps en temps, et les anciens nous rendent encore service. Le TERCIAN, par exemple chez les gens qui ont des syndromes parkinsoniens, parce qu'on est un peu limité sinon. Enfin, voilà, non je pense que je les connais, je les utilise ! Euh, les tout vieux comme l'HALDOL rendent encore des services, voilà et les formes retard peuvent aussi être intéressants, sous forme injectable dans certains profils. Donc là, les formes retard ce n'est pas moi qui les instaure ! Ils sont instaurés par les psychiatres. Mais je les connais en tout cas ! Généralement, de mon côté, à mon niveau de médecin généraliste ce qui rentre en premier cran, c'est l'efficacité bien sûr ! Mais avant tout la tolérance ! Moi ce qui m'embête le plus dans la prise en charge des psychotiques : c'est que, comment dire, ça : la volonté de supprimer tout épisode délirant et toute dangerosité fait qu'on arrive à des doses de neuroleptiques qui transforment les gens en plante verte, hein, voilà ! Avec des mouvements hyper ralenti, un cerveau hyper ralenti ! Et je ne pense pas que ça soit notre rôle, voilà ! Donc je suis plutôt à essayer de voir comment on peut trouver les neuroleptiques, les moins, j'allais dire les moins toxiques, avec le moins d'effets secondaires, les moins iatrogènes tout en gardant une certaine efficacité. Quitte à les associer d'ailleurs ! Quitte à en associer plusieurs avec des petites doses. Voilà en tout cas, euh ... j'ai toujours été étonnamment surpris de la part de quelques psychiatres des doses de médicaments et de neuroleptiques entre autres qu'on peut mettre à une personne. Je ne suis pas certain qu'ils accepteraient de prendre ce qu'ils lui donnent ! J'ai bien dit pour certains, je ne mets pas tout le monde dans le même sac hein ! Je pense qu'il y a cette responsabilité, vis à vis de la société aussi, qui fait qu'on ne veut pas d'accident ! Qu'on sait que, potentiellement les psychotiques, sont des gens dangereux pour eux, mais aussi pour les autres ! Et que ... on a tendance à aller au-delà du traitement. Et, à visée, vraiment, sécuritaire, hein, on dit que c'est pour le bien de la personne ! Pour ne pas qu'elle se fasse du mal. Je ne suis pas du tout d'accord avec ça, quelqu'un qui ne peut plus vivre, qui ne peut plus réfléchir du tout normalement. Euh, ni même bouger normalement. On est plus dans une survie que dans une vie et je ne suis pas sûr que ça ait grand sens ! Voilà, en tout cas c'est mon point de vue, vu que tu me le demandes ! »

- Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?

« Alors ça : c'est très clair ! Il n'y a qu'une seule manière d'améliorer l'observance d'un patient psychotique et psychiatrique en général, c'est uniquement par une alliance thérapeutique. Et l'alliance thérapeutique elle vient par la confiance que les gens nous font. D'être là pour les aider. Et vraiment de les aider. Et pas forcément vouloir leurs faire faire des choses. Donc la personne psychiatrique : elle doit garder son choix, elle doit garder son autonomie, et elle a son mot à dire dans sa prise en charge. Si on fait ça, euh, on améliore de façon extraordinaire l'observance, même pour les psychotiques. Pour les anti-dépresseurs, je dirai que ça fait 5 ans que je n'ai pas prescrit un anti-dépresseur ! Et ils m'ont tous été demandés par le patient ! Je les ai évoqués avec eux, on a parlé de ce que ça pouvait apporter et, c'est toujours eux qui ont ... je leur ai dit : « Si vous pensez qu'on en est là, on le mettra ! » Je ne parle pas de ... de la personne qui est suicidaire hein ! Où, là, bien sûr on est dans l'HDT, on est dans un traitement. Euh, ce n'est plus moi qui gère. Je parle du dépressif qui n'est pas à haut risque suicidaire, je ne prescris pas d'anti-dépresseur tant que les gens n'ont pas dit : « Je pense que j'en ai besoin ! C'est une manière un petit peu différente d'aborder les choses en tout cas, et, je pense que ça participe énormément au non-arrêt du traitement et à la tolérance du traitement ! Car plus un traitement est imposé, ou en tout cas je dirai largement suggéré, en disant aux gens : « Bon vous n'avez pas trop le choix ! » Plus il y a d'effets secondaires ! (Rires) »

- Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients psychiatriques ?

« Ça c'est très simple, il faut augmenter le potentiel de médecins psychiatres, d'infirmière de psychiatrie, de psychologues. Pour, simplement que, on ait du temps à leur consacrer, et si on avait plus de temps on serait peut-être un peu moins dans la pharmacopée, à des grosses doses, et peut être qu'on pourrait essayer de faire du travail autre, parce que contrairement à ce qu'on dit, le psychotique est tout à fait accessible à la psychothérapie ! Je veux dire, dans l'évolution de sa maladie : la psychothérapie a une vraie part ! Et, comme tu le disais aussi : l'adhésion au traitement est primordiale justement pour éviter les épisodes délirants. Un patient qui a bien compris sa maladie. Qu'on a bien éduqué sur sa maladie, qui a compris que ses épisodes délirants ils étaient dangereux pour lui, dangereux pour les autres. Qu'ils étaient destructurants pour sa vie à venir et même pour son envie de faire des choses, et que, plus il y en aurait et plus ça serait compliqué pour lui après. Il est tout à fait capable de dire : « Mon traitement a des effets secondaires mais je comprends l'intérêt et je vais le prendre ! Parce que je ne veux pas revivre ça ! Donc on peut parler, on peut raisonner, on peut construire avec un psychotique ! En dehors des périodes de décompensation délirante. Alors pas tout le temps parce que c'est vrai qu'il y a toujours ce problème de concentration. Aussi, d'apragmatisme, c'est à dire faire les choses, et c'est toujours compliqué de mettre en œuvre pour le psychotique. Ça fait partie de sa maladie. L'apragmatisme, ouai, ça s'appelle ! Ça fait partie des symptômes de la schizophrénie. Et donc ça n'aide pas à la prise en charge ! Évidemment, ces symptômes-là ! Et, au même titre qu'un dépressif qui est complètement dans une sorte de catatonie, euh, qui ne réagit plus et c'est difficile de parler avec lui, d'avoir sa concentration, et de travailler. Mais ce n'est pas pour ça que c'est impossible ! »

- Quels sont les points forts de ce qui est proposé actuellement ?

- Quels sont les points faibles ?

« De ce qui est proposé actuellement ? Et bah y'en a pas de points forts actuellement ! On est toujours dans la pharmacopée on n'a rien fait de nouveau, on n'a fait aucune étude génétique. Malgré, qu'on sache que c'est une maladie familiale. On n'a rien au niveau du génome. On n'a rien actuellement, et je ne sais pas, parce que je ne me suis pas renseigné. Je ne suis pas certain qu'il y ait, même, beaucoup de recherches là-dessus, en ce moment. Non non, on avance euh, on est restés à l'âge de pierre ! (rires). En tout cas dans ce que j'en connais, moi, et dans ce que j'ai lu. Évidemment il y a peut-être des gens sûrement dans des endroits pour qui, c'est ... c'est quelque chose d'important et qui cherchent ! En tout cas je n'en ai pas entendu parler, et pas parvenu jusqu'à mes oreilles par le biais de l'information et de l'information que je peux chercher moi. Et que je n'ai pas cherché de manière spécifique non plus. Voilà je n'ai pas été rechercher, s'il y a des études en cours, là-dessus. C'est une bonne question d'ailleurs, qui mériterait d'être posée ! »

- Quelle place occupez-vous dans la prescription ?

« Alors, la plupart du temps ça reste quand même des renouvellements ! Bah euh, soit parce que, comme en ce moment la psychiatre référente est enceinte et elle est en arrêt de maternité, et que personne ne veut faire le renouvellement des ordonnances. Ce qui pose parfois des gros problèmes d'ailleurs, parce qu'il y a certaines ordonnances que je ne peux pas renouveler. Parce que moi, je ne prescris pas ces médicaments à ces doses-là, parce que je ne sais pas ce qu'ils donnent à ces doses là et que je ne les connais pas. Donc ça m'arrive de dire non ! Sur certains renouvellements, les envoyer vers le psychiatre, mais moi je ne donne pas les médicaments à cette dose-là ! Moi je ne sais pas les prescrire à cette dose-là. Et même si on me dit : « Non il faut juste recopier l'ordonnance du psychiatre. » Je fais : « Non non, moi j'ai une part de responsabilité lorsque je prescris et je ne le fais pas ... Quand c'est raisonnable, bien évidemment que je le fais, volontiers, pour ... ne pas laisser les gens dans l'embarras ! Euh, dans l'initiation je dirai que, dans les personnalités psychotiques, euh, n'ayant pas fait de gros épisodes de délire mais où on sent quand même que cette composante est importante. Je pense à certains gamins qui ont fumé du « hasch » qui ont un petit peu décompensé. Euh, sans qu'il y ait eu des trucs, je n'ai pas forcément envie de les psychiatriser ceux-là. Et ça m'arrive

de prescrire des neuroleptiques sur des durées, allez, quelques mois pour voir ce que ça donne, de les réévaluer. Et puis, éventuellement, de leur proposer, éventuellement d'être suivis. Euh, si, vraiment il y a une addiction importante. Euh, ouai, par un centre, pour essayer de faire les deux en même temps où ils peuvent à la fois être vus pour leur problème d'addiction et en même temps pour les troubles psychotiques sous-jacents. Mais c'est pareil, ça reste, euh, que s'ils veulent, c'est à dire que je n'impose pas tu vois, tant qu'il n'y a pas d'urgence : Je n'impose pas de soins ! Comme je n'impose pas le traitement non plus ! Mais, souvent ils l'acceptent ! C'est assez surprenant ! Parce qu'ils ne sont pas si bien que ça en fait ! Et puis bon, euh, ça peut même arriver aussi, de ... quand je suis bien énervé, quand je trouve que quelqu'un est vraiment trop « mou » et pas bien, de dire : « On pourrait peut-être en arrêter un là, quand même, pour voir ce que ça donne ! » Ça fait partie de mes prescriptions de neuroleptiques, de rediminuer certaines doses ! Bah oui, je pense que c'est justement que, l'ajustement thérapeutique fait partie de la thérapeutique. De dire : ça peut peut-être le faire avec moins de médicaments, c'est une question qui n'est pas sottise ! Enfin à mon sens ! »

- Quel est le rôle du généraliste dans la prise en charge de l'entourage des patients psychotiques ?

« Bah il est très important, là par contre ! Parce que ce n'est souvent pas fait par la structure psychiatrique ! Non pas, parce qu'ils n'en sont pas capables ou qu'ils ne savent pas le faire ou qu'ils n'ont pas envie de le faire. Mais là, ils n'ont vraiment pas le temps ! Euh, ils n'ont déjà pas le temps de soigner les patients ! Donc, la famille est très compliquée pour eux, à prendre en charge. En tout cas, ce n'est souvent pas fait, ou tellement rapidement que ce n'est pas fait comme ça devrait l'être ! Donc oui, notre rôle il est complet, c'est un rôle d'écoute et d'explication de la pathologie. Quand ils n'ont pas bien compris, c'est un rôle de soutien, aussi. Parce que c'est forcément difficile de vivre avec, euh, un proche psychotique, avec à la fois l'inquiétude, à la fois l'inquiétude pour soi, pour lui et puis la projection dans l'avenir. Euh, de ce que ça va donner, donc y'a forcément beaucoup de questions ! Et il faut savoir écouter ça, et il faut savoir être présent, et amener l'information quand il y en a à amener ! Et puis être authentique, aussi quoi ! Donner une information claire. Parler aussi des différentes associations de soutien, enfin voilà tout ce qui peut aider les gens, et les groupes de paroles. Non, je pense que la parole elle est très importante. Et qu'elle n'est pas souvent, euh, il n'y a pas souvent assez de place pour les proches. Et puis, il y a aussi une sorte de pudeur de l'entourage, à parler des choses, parce que : « Bon moi, ce n'est pas grand-chose à côté de lui ! »

- *La prise en charge concernait-elle son/sa conjoint(e) ?*
- *La prise en charge concernait-elle ses enfants ?*
- *La prise en charge concernait-elle ses parents ?*

« Ça dépend des cas ! C'est à dire que : quand c'est un enfant qui est psychotique : la prise en charge elle est plutôt pour les parents, parfois les frères et sœurs. Euh, quand c'est un adulte c'est souvent le conjoint, quand il y en a un ! Ou les aidants principaux ! Voilà, qui sont les plus sollicités ! Euh, il y a sûrement d'autres personnes qu'il serait utile d'aider mais qu'on n'a pas forcément identifié comme tel ! Voilà, c'est ça aussi ! A moins que les gens se manifestent, et puis c'est, encore une fois : on n'aide que les gens qui demandent de l'aide ! Quelqu'un qui n'en veut pas, on ne peut pas l'aider ! »

- Avez-vous constaté une culpabilité chez les mères de patients psychotiques ?

« Bah disons que ... il y a soit la culpabilité de ne pas avoir vu les choses, c'est à dire d'avoir laissé évoluer des situations, euh sans les avoir vues ! Mais c'est vrai un petit peu pour toute pathologie ! C'est à dire c'est simplement à un moment, que la maman, ou le papa qui se dit : « attends il a dit dix fois qu'il avait mal à la tête, on a dit que ce n'était rien. » Voilà ou le gamin qui a dit : « Je n'ai pas le moral ça ne se passe pas bien et que : on n'a pas été chercher plus loin, et qu'on

s'aperçoit qu'il a été harcelé ou autre. Bah voilà, donc toutes ces prises en charge : les parents culpabilisent quand ils n'ont pas vu, euh, les choses se faire. Alors que ce n'était pas toujours évident de les voir d'ailleurs, et donc ce côté culpabilité, il vient du fait aussi que c'est inhérent aussi au rôle du parent de protéger les enfants ! Et que c'est aussi quelque part : « On n'a pas fait ... On n'a pas rempli notre rôle ! Enfin le rôle que la société nous donne, euh, voilà, alors que c'est souvent tout à fait faux ! On le remplit au mieux et puis tout simplement ce n'était pas facile de tout voir et puis les circonstances font qu'on n'a pas forcément vu. Donc, oui, la culpabilité elle existe, mais je dirai qu'elle est sûrement plus liée à l'image sociétale du rôle du père et de la mère. Que, à des erreurs, ouai, réellement, ou au fait que les choses puissent être d'origine génétique. Et qu'on ait transmis les choses par nos chromosomes, ça arrive de temps en temps ! Le sentiment de culpabilité pour les schizophrènes. En se disant : « Voilà, est-ce qu'ils vont tous être comme ça ? Euh, vous vous rendez compte, on en a fait deux ! Alors que le premier n'était pas bien, enfin voilà ... ça c'est des choses qu'on entend ! »

- *Concernant vos échanges avec vos confrères psychiatres :*

« Alors c'est tout l'un ou tout l'autre ! Ou j'ai réussi à créer un vrai lien, et je peux prendre le téléphone, et en parler avec eux. (J'évoque la psychiatre en congé de maternité). Non, non, mais là, elle a tout à fait le droit d'avoir ... et puis avec elle je n'ai quasiment pas de ... je n'ai pas de compte rendu, je n'en n'ai jamais ! Euh, le seul reproche que je ferai, mais c'est peut-être lié à leur surcharge de travail ! C'est une manière gentille de les exempter. Parce que je pense que ce n'est pas que ça ! Malgré tout, on va dire ça ! On n'est pas un partenaire ! A aucun moment, on est considérés par eux comme un partenaire ! Je ne sais pas si c'est une erreur ou pas, en tout cas c'est comme ça que ça se passe ! Euh, donc c'est difficile de ... d'avoir des relations avec des personnes qui pensent qu'on n'a pas notre place. En tout cas dans la prise en charge des troubles psychiatriques ! Parce que trop compliqué, parce que, oui, c'est vraiment une histoire de spécialiste. C'est la majorité des psychiatres et c'est loin d'être la totalité ! J'ai au moins deux contre-exemples ! Voilà ! Ah bah je ne vais pas te donner de noms ! Enfin voilà, mais de gens, où, je sais que je peux prendre le téléphone et que, à chaque fois où j'ai une écoute, et que, où j'ai un conseil avisé au téléphone en disant : « Bah tu vas le faire mais on pourrait peut-être envisager de faire ça et ça ... Mais redis-moi. » Donc, vraiment un vrai travail en collaboration avec un vrai conseil de spécialiste pour ... comme je pourrais le faire avec mon cardio, ou avec mon gastro. Euh, ou la possibilité de trouver un créneau rapidement pour voir quelqu'un qui nous pose vraiment problème. Moi je dis « j'aimerais bien que tu le vois. » Et c'est fait. Et aussi, où, la solution à proposer n'est pas toujours une grande liste de médicaments. Voilà ! J'en ai deux comme ça. Surtout un. Mais j'en ai un autre, euh, où ... je sais que quand j'appelle il est quand même disponible à chaque fois pour répondre ! Il y en a eu un troisième, malheureusement, il n'a pas pu ... Il n'est pas resté longtemps ! Et il diminuait les médicaments des autres ! Voilà, donc oui c'est possible et je pense qu'il y a une manière différente de faire de la psychiatrie, que celle qui est un peu trop institutionnalisée dans les services. Encore une fois, je pense que le manque de temps qu'ils ont, la charge de travail qu'on leur met, le nombre de personnes à voir. Aussi bien en hospitalier, en consultation, et tout, fait que je ne comprends pas. Je ne peux même pas imaginer qu'ils puissent bien faire leur travail ! Dans ces conditions-là. Même s'ils voulaient ! En tout cas, ça demande de faire des ... et puis d'avoir un pouvoir d'adaptabilité, enfin je veux dire ce n'est sûrement pas confortable pour eux, non plus. Voilà, donc il n'y a pas de jugement de ma part quand je dis ça. C'est juste un constat. Et je ne mets pas les personnes en cause, c'est le système qui, pour moi ne fonctionne pas ! Je ne voudrai pas stigmatiser une profession, euh ... Après, bah c'est pareil, quand je vais parler beaucoup de médicaments. C'est peut-être aussi la solution quand on n'a pas forcément le temps de pouvoir garder les gens, de surveiller, de voir comment ça évolue. Euh, voilà ! Donc c'est un constat qui m'embête sur le résultat final. Mais sans mettre en cause, ni stigmatiser directement les personnes qui sont à l'issue de ça. Après, je pense quand même qu'il y a des psychiatres, comme dans toute profession : il y en a sûrement d'excellents, des bons et puis d'autres peut être un tout petit peu moins bons. »

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les confrères psychiatres. Et des courriers que vous recevez de leur part.

- *Pouvez-vous me parler de la qualité de vos échanges ?*
- *Pouvez-vous me parler de la fréquence de vos échanges ?*

« C'est quand même rare, hein ! C'est compliqué quand même ! En pédopsychiatrie c'est impossible ! Ça, c'est vraiment une catastrophe. Nous, on n'a jamais d'interlocuteurs, ça, pour nous c'est compliqué. Ou aussi, sinon c'est par l'hospitalisation, il faut l'envoyer en pédiatrie pour qu'il soit vu. C'est assez lourd quoi ! Après, on en vient à notre problème hein, il doit y avoir deux pédopsychiatres sur la Manche, ou trois ... ça ne fait pas le nombre hein ! »

- Parvenez-vous à rencontrer aisément vos confrères en cas de difficulté ? -
Parvenez-vous à les contacter aisément ?

« Les rencontrer non, mais les avoir au téléphone euh, j'arrive quand même, si j'ai vraiment besoin, ouai. Mais c'est pareil, on est quand même bousculés par pas mal de choses. Et réussir à joindre un médecin quel qu'il soit, euh avec le parcours du combattant que c'est, surtout un hospitalier. Euh ... faut se dire qu'on en prend pour une demi-heure au téléphone minimum, qu'on n'a pas forcément ce temps-là, à un instant où on aurait besoin de l'avoir. Bon, peut être que des fois on ne le fait pas, parce que simplement aussi, notre emploi du temps à nous ne nous permet pas de le faire, alors qu'il aurait été sûrement souhaitable de le faire. C'est à dire qu'on ne prend pas toujours le temps qu'il faudrait pour le faire. »

- *Pouvez-vous me parler de vos relations avec les infirmières spécialisées en psychiatrie ?*

« Bah ça, ça va être assez simple, je crois que aucune ne m'a jamais appelé. Donc je n'ai pas de mauvaises relations avec elles ! (rires). Voilà ! Donc elles ne sont pas mauvaises du tout ! »

IV Conclusion

- Quels sont les points que vous pourriez améliorer concernant la prise en charge du patient psychotique ?

« Moi ? Et bah je pense qu'on peut toujours améliorer sa formation, euh, je le fais déjà souvent c'est de les prendre en dernier rendez-vous de journée pour dégager du temps. Car on ne peut pas traiter ça avec l'horloge en permanence dans la tête. Je vais savoir que ça va sûrement déborder et prendre plus de temps que prévu. Bon, j'essaye de le faire, faudrait sûrement que je le fasse davantage ! Euh, ouai c'est surtout de la disponibilité. Et puis, bah en compétences, on peut toujours imaginer de se former davantage, euh, d'avoir plus de compétences. Qu'est-ce que je pourrai améliorer d'autre ? Non, je crois que c'est déjà pas mal ! »

- Est-ce qu'à la suite de notre discussion il vous semble utile de participer à des événements en lien avec la psychiatrie ?

« Ouai, une manif pour avoir plus de personnes ! Ouai, je pense qu'il faut être solidaire d'eux quand ils disent : « On n'y arrive pas ! ». Ouai je pense que ça serait bien qu'on soit là, pour être d'accord avec eux quand ils se plaignent, et puis si ça ne marche pas, et puis ne pas faire le constat comme tout le monde que ça ne fonctionne pas. C'est, des fois un peu trop simple, parce qu'on n'est pas plus investis que ça, et après ... on sait bien que ça ne va pas forcément déboucher sur quelque chose, mais non, au moins montrer notre solidarité un peu plus face à la difficulté de ce secteur qui est quand même catastrophique en ce moment en France quoi ! Donc là, je pense qu'on pourrait être un petit peu plus solidaire, et être un petit peu plus compréhensif aussi. Euh, j'ai essayé de le faire à travers mes interventions de ne pas être trop stigmatisant, et toujours remettre en place que : « Même la plus belle fille du monde elle ne peut donner que ce qu'elle a, quoi, à un moment donné, quoi ! » (rires).

(J'évoque l'infirmière spécialisée en psy)

« Mais, par contre ce qui est sûr c'est qu'elles ont le même problème que les psychiatres. C'est qu'on leur donne beaucoup de patients à voir dans une journée, et elles n'ont pas forcément les amplitudes horaires qu'il faudrait pour les consacrer à chacun. Euh, on les change de poste, on les change d'endroits, le suivi n'est pas fait toujours par la même personne. Pour différentes raisons d'organisation. Enfin il y aurait plein de choses qui pourraient être faites de manière beaucoup plus logique quoi ! Enfin plus efficaces en tout cas ! Je crois que ce n'est tout simplement pas possible. Avec la structure telle qu'elle est. »

➤ *Quel genre d'événement vous intéresserait ?*

« Actuellement ? Non, très clairement j'étais sur le mode de l'humour là, je me vois mal monter une manif tout seul avec ma pancarte et descendre dans les rues de C. (nom de ville). Euh : « Sauvons la psychiatrie ! » Non, je pense que les choses vont forcément évoluer. Parce que, parce qu'il va y avoir des pépins, parce qu'il va y avoir des gens qui vont traîner en liberté qui ne devraient pas se traîner en liberté. Des gens qui devraient être expertisés, et qui ne vont pas l'être, enfin, on en voit déjà pas mal de petites bavures, comme ça, à gauche à droite, enfin de petites bavures, de grosses bavures ! Euh, et à un moment donné, la société ne va plus accepter ça ! Donc ça va faire comme avec le COVID à ce moment-là, on dira : « On donne des sous pour le faire ! ». Euh, je crois que c'est la santé, c'est simplement, dans sa globalité et qui n'est pas une priorité en France actuellement. Et si, si je pense que j'irai quand même voter les prochaines fois, je ne sais pas encore pour qui. Mais, je pense que le programme de la santé comptera, et sera quelque chose d'important, que je lirai dans les programmes, après j'ai quand même passé l'âge de croire ce qui est écrit et qu'ils font ce qu'ils ont écrit (rires). Non, je crois qu'il faut rester euh, il faut rester là-dedans, c'est à dire, ouai on peut exprimer son mécontentement. On peut ... voilà, à part notre vote je ne vois pas trop ce qu'on peut modifier ! Euh, je ne pense pas qu'on peut tout casser, euh, qu'on pourrait faire la Révolution en tout cas, pour moi, mais il y aurait de quoi, des fois, hein ! Il y aurait de quoi ! Je pense que c'est le trop plein qui va faire que ça va exploser ! C'est à dire que les gens vont dire : « Stop ! Moi je ne peux plus travailler dans ces conditions ! » Mais, ça se voit déjà ! Les gens ne veulent plus choisir ces branches-là ! Bah, c'est un peu comme dans les déserts médicaux, hein ! Il y a un truc qui ne fonctionne pas, les gens ne veulent plus et ça s'aggrave ! Donc, il faut sûrement redorer la psychiatrie dans notre pays, il faut sûrement l'envisager un petit peu différemment. Et puis, donner envie de faire, parce que la psychiatrie c'est indispensable, on en a besoin ! Hein, c'est une spécialité. Euh, je pense que ça passe aussi par la formation, probablement. Euh, la formation des internes comme tu le faisais remarquer en fait, on a notre formation en psychiatrie. Enfin, en tout cas moi, à mon époque elle était très légère ! J'ai beaucoup plus appris par ma formation, par mon vécu et par ce que j'ai vu et fait, que pendant ma scolarité. Ouai, mais bon, en cardio' ou en rhumato' j'avais l'impression qu'on m'avait donné des bases sérieuses ! Plus, que même, que ce que j'avais probablement besoin pour être généraliste ! Alors qu'en psychiatrie on m'a plutôt donné moins que ce que j'avais besoin ! (rires). Je pense, que ça passe par la formation et par l'investissement et puis de prioriser les choix ! Enfin on revient à ce que je dis tout le temps, on s'éloigne de ta thèse, mais un pays qui n'a pas pour priorité l'éducation de ses enfants et la santé de sa population ce n'est simplement pas un pays qui en gagne ! Voilà ! C'est malheureusement un constat, que moi je fais actuellement sur la France. C'est à dire qu'on a eu un très haut niveau de santé pendant des années qui était envié dans le monde entier. Donc pour autant, arriver à je ne sais pas quel rang actuellement, on n'est plus du tout envié ! On n'est même pas capables de faire un vaccin pour le COVID ! C'est vrai ! »

➤ *Est-ce que vous pourriez échanger avec des psychiatres, des travailleurs sociaux ou des associations ?*

« Ah sans aucun problème ! Ouai, les associations. Je pense que : ouai je pourrai bien sûr, je pense, échanger avec eux. Mais avec les professionnels, je pense plus facilement, parce qu'on a l'occasion si on le souhaite, et on devrait l'avoir encore d'avantage, de ... d'être en contact. Les assoc', c'est plus quelque chose qui sert comme outil pour aider les gens mais ce n'est pas forcément avec eux que je vais

travailler en lien direct, directement. Je vais m'en servir mais je ne vais pas forcément aller travailler avec eux. Euh, je pense qu'avec les collègues et avec le système psychiatrique, si, on devrait avoir beaucoup plus de lien, beaucoup plus d'échanges ouai, et beaucoup plus de complicité quoi. Plutôt que de se regarder les uns à côté des autres, quand ce n'est pas les uns contre les autres. Je ne sais pas si c'est plus difficile, mais en tout cas c'est moins efficace. C'est sûrement beaucoup plus usant. »

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter d'un sujet dont on n'a pas discuté ?

« Non, d'abord je te remercie d'avoir pensé à moi et puis d'être venu, ça m'a fait plaisir de te revoir à la fin de ta formation. Ça, c'est la première chose que je voulais dire. La deuxième chose, euh, ouai c'est juste une réflexion comme ça. Mais, ouai, je me suis installé en 1989 donc si on fait un rapide calcul, on va voir que ça fait 33 ans là. Je dirai que je ne les ai pas vu passer et que je ne regrette pas ce que j'ai fait et que globalement, j'ai vécu des choses intéressantes. Et c'est un métier enrichissant. Que tout n'est pas parfait mais tout n'est sûrement pas à jeter non plus ! Et qu'il y a moyen de faire une médecine plaisante, de qualité, dans laquelle on s'épanouit. Bon, pas sans difficultés, mais y'a moyen de faire ça aujourd'hui encore et ça me rassure. »

Avez-vous quelque chose à ajouter sur la prise en charge des patients psychotiques en soins primaires ?

« En soins primaires ? Bah disons que c'est compliqué parce qu'il n'y a pas de structures pour les recevoir ! Tout simplement, elles n'existent pas ces structures pour les patients psychotiques. Le cabinet du médecin généraliste n'est sûrement pas le lieu, et les urgences médicales ou chirurgicales : encore moins ! Euh, donc le secteur urgences psychiatriques il n'existe pas ! Enfin pas en accès direct en tout cas ! Ou très peu, dans très peu d'endroits. Donc, oui je pense que, un service d'urgences psychiatriques dédié à toutes les urgences psychiatriques, elle serait sûrement quelque chose d'utile dans notre département, que ce soit pour les gens suicidaires, que ce soit pour les gens psychotiques délirants, que ce soit, voilà ... tout ce qui est urgences psychiatriques parce qu'il y a des urgences en psychiatrie ! Et le parcours du combattant c'est : on les envoie aux urgences normales, les gens s'y présentent, il faut qu'ils soient vus, qu'il y ait 3 signatures, 45 papiers de fait. Avant que quelqu'un le voit entre deux portes, sans pouvoir bien évaluer la situation, forcément parce que, euh, en cours de nuit, euh, sans connaître bien le « machin », euh ce n'est pas un manque de compétences ni quoi que ce soit. Prendre une décision d'hospitalisation, pas d'hospitalisation, le renvoyer, enfin c'est très compliqué ! Et on s'aperçoit que, a posteriori, euh, la décision qui est prise à ce moment-là, ne s'avère pas être toujours de la plus grande efficacité pour le patient. Et on ne peut pas interner tout le monde non plus d'emblée. Donc je conçois aussi qu'ils en renvoient quoi. Euh, pfff ... non je pense que le système ne fonctionne pas parce que ... justement, il n'y a pas vraiment de personne dédiée à ça, c'est toujours, euh ... on va chercher quelqu'un euh ... on va faire une évaluation : « Ah oui, oui il y a quelqu'un qui est dédié à ça, mais il n'est pas disponible, il est dans un service, il est ailleurs, il passera dans la journée. » Ouai enfin, ils n'ont rien à faire en médecine générale ces gens-là ! Enfin ils n'ont rien à faire en service de médecine euh, je dirai, hospitalière simple. C'est occuper des lits, et ensuite souvent f***** le bazar et puis, avec du personnel qui n'est pas forcément, non plus habitué à gérer ça. Ni formés, enfin voilà. Donc, je pense qu'il manque une structure vraiment pour recevoir les urgences psychotiques qui n'existe pas en France. D'ailleurs, je ne me suis pas renseigné, je ne sais pas si elle existe ailleurs. A l'étranger je ne sais pas comment c'est géré non plus, dans les autres pays de l'Union Européenne. Ouai, ça serait intéressant, voilà, en tout cas ça reste un secteur pauvre en France. Euh, sur lequel on n'investit pas énormément, qui n'est pas porteur. Qui n'est pas vendeur, et pour lequel on n'arrête pas d'accumuler du retard ! Voilà, pour moi il n'y a pas de structure adaptée en France pour la prise en charge des psychotiques aigus. Donc, on fait avec ce qu'on a, chacun au mieux de ses capacités. Et ce n'est pas si mal malgré tout ! »

Dernière question :

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ?

« Des troubles psychotiques, ah oui ça c'est sûr ! Alors oui, mais je pense que c'est biaisé, parce que on en voit beaucoup plus, parce qu'ils n'arrivent pas à avoir accès aux psychiatres. C'est à dire que des gens qui étaient pris en charge complètement par des psychiatres libéraux par exemple, ça, ça n'existe plus. Enfin dans nos régions, ça, ça n'existe plus, il n'y a plus de psychiatres libéraux. Donc, tous les gens qui ont besoin d'un avis, pour de la psychiatrie qui ne peuvent pas passer par le système psychiatrique, parce que les rendez-vous sont à 6 mois, ou à 1 an ! Euh ... passent par nous, donc, je pense que on voit beaucoup plus parce que le système est fait que : ils n'ont pas d'autres choix. Pas forcément parce qu'il y en a plus, donc oui ça prend plus de parts dans notre activité professionnelle qu'auparavant, ça c'est sûr ! »

N14 I Introduction / Formation

Je réalise cet entretien dans le cadre de ma thèse ayant pour thématique la psychiatrie en médecine générale et plus particulièrement la prise en charge du patient psychotique.

Je cherche à répondre à la question suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes face aux patients psychotiques ?

Mon directeur de thèse est le docteur LE GAC Michel, médecin généraliste retraité à ISIGNY SUR MER, enseignant de médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et du temps que vous m'accordez.

Cet entretien est anonyme, enregistré afin de le retranscrire mot à mot, m'y autorisez-vous ?

« Aucun problème. »

Pouvez-vous vous présenter ?

« Oui, oui pas de souci. Aucun problème : alors moi je m'appelle A. (prénom du généraliste interrogé), donc je suis médecin généraliste, installé depuis octobre 2014. Euh, dans ce cabinet, où, on a un cabinet, à plusieurs médecins. Euh, avec actuellement une sage-femme et puis un projet de maison de santé, de PSLA qui est en cours d'écriture et aussi un bâtiment unique où on va retrouver des kinés, des infirmiers et tout. Donc ça, voilà c'est important. Je pense que pour ton enregistrement c'est important que tu saches que je suis installé dans un quartier populaire. Du coup j'ai la patientèle qui va avec, je suis médecin à la G. (nom de quartier) qui est un quartier populaire de C. (nom de ville) et qui s'occupe de la patientèle de la G. (nom de quartier). Ça, c'est un petit tacle pour les spécialistes et SOS médecins qui sont à côté. Et, mais c'est important parce que du coup, donc la patientèle qui y vit, et donc aussi avec des facteurs de risque, on va dire : euh, médico-psycho-sociaux. Euh, un peu plus importants. Euh, beaucoup de personnes étrangères ou d'origine étrangère. Voilà, avant de m'installer j'ai fait, euh, trois ans de remplacement. Et puis, un truc important ou pas : ce qu'il faut savoir c'est que j'ai fait ma fac à C. (nom de ville), mon collège et mon lycée à C. (nom de ville). Donc je suis né à C. (nom de ville), je vis à C. (nom de ville). Euh voilà ! »

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?

« Alors j'ai tout le temps du mal à répondre à cette question parce que le temps passe vite. Je crois que je l'ai soutenue en 2011. Ouai, c'est crédible ! 2011, parce que je l'avais soutenue avant la fin de mon internat. Donc 2011. »

Depuis combien d'années êtes-vous installé ? 6 ans et 8 mois.

Pourriez-vous définir votre mode d'exercice ?

« Ouai, bien sûr aucun problème. Alors : j'ai un mode d'exercice : alors, même si on est dans un cabinet à plusieurs. Où chacun gère son planning, son programme, sa patientèle. Donc ça c'est important, c'est, comment dire, on met en commun les moyens, éventuellement la gestion des consultations, donc voilà ce genre de choses. Ma patientèle c'est ma patientèle ! Donc, ça, déjà c'est la première chose : j'ai une patientèle à mon nom. Euh, moi je consulte uniquement sur rendez-vous. Ouai, d'accord je n'ai pas de consultations libres. Alors après je suis souple sur la demande d'urgences, s'il y a besoin. Euh, j'ai deux trucs, enfin j'ai quelques trucs notables, alors j'ai un créneau de visites le lundi matin, et je bosse quatre jours par semaine. Et je me fais remplacer le cinquième jour. Donc c'est à dire que le vendredi je me fait remplacer. Je bosse donc du lundi au jeudi. Le lundi matin : je fais des visites. Je fais que sur rendez-vous et toutes les 20 minutes. C'est à dire qu'en une heure je vois trois patients, j'y tiens, déjà comme ça je trouve que c'est speed. Mais je revendique de façon, euh, je revendique presque de façon politique le fait de faire des consultations de 20 minutes. Ce qui me laisse le temps, un : de parler, et deux : d'expliquer. Euh, je consulte en gros de 9h à 19h, euh, voilà dans le cabinet, donc je suis informatisé. Alors, je ne suis pas, euh, je ne suis pas informatique et tout dans ma vie de tous les jours. Par contre : j'aime bien l'outil

informatique, voilà, pour me garder surtout de comment expliquer les choses. Ça me sert de cerveau d'à point ce qui me permet d'avoir autre chose à faire que de rechercher des données. Euh, j'ai une secrétaire, il y a deux secrétaires donc il y a un secrétariat qui est ouvert de 8h30 à 17h45 puis je reprends la ligne après. Et je prends des vacances à chaque vacances scolaires, une semaine à chaque vacances scolaires et au moins une semaine l'été, voilà, donc ça c'est sur l'organisation on va dire, pratique. Sur le rythme, sur ma façon d'exercer la médecine : je, là aussi, j'ai des idées assez arrêtées sur la façon dont j'aime pratiquer ma médecine. J'essaye dans la mesure du possible de faire de la médecine non paternaliste mais de la médecine horizontale. Euh, basée sur de la codécision. Je considère que mon métier c'est traducteur. Enfin traduire le langage verbal ou non-verbal de mes patients en langage médical et inversement. Moi, de leurs retransmettre notre savoir « sacré » en savoir « profane ». Euh, voilà, c'est quelque chose qui me tient à cœur. Euh, et je ne suis pas un gros prescripteur, je suppose que c'est important mais je suis un lecteur, un lecteur émérite de « Prescrire » depuis des années. Tu ne verras jamais ici, nulle part de pub pour les labos, je ne reçois pas les labos je leur dis que je suis un lecteur de « Prescrire ». Je suis aussi, euh, je reçois des externes, pas encore des internes, parce que l'organisation du cabinet fait que je n'ai pas de pièce pour les recevoir. Mais ça fait longtemps que je suis maître de stage, je fais de la supervision maintenant, parce que je ne sais pas si tu sais maintenant il y a un service de tutorat pour les internes, dont je fais partie. Je donne des cours aussi à l'IRTS (l'Institut Régional des Travailleurs Sociaux), ça s'est passé au moment du COVID, donc au début j'étais censé animer ce truc-là, et tout ... Et puis je participe aussi, avec la fac au ... Tu sais, maintenant pendant le stage aide-soignant et infirmier : il y a 3 jours avec des personnes en situation de handicap, et il y a une espèce de journée de conclusion dans laquelle je fais une intervention pour des raisons, euh, qui ne sont pas très importantes. Donc, voilà je fais aussi des trucs comme ça. »

Quand vous étiez interne, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?
« Absolument aucune ! »

Depuis que vous êtes thésé, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Euh, absolument aucune ! On avait dit que je te répondrai ... je ne cherche pas à avoir l'air d'être bien pour ta thèse hein ! Je te réponds, euh ... »

Au cours de votre formation avez-vous effectué un stage en psychiatrie ? Durant l'externat ? Durant l'internat ?

« Bah non, alors attends pendant que j'étais interne on est bien d'accord ? Alors par contre, externe, oui, je suis passé en psychiatrie adulte. Je ne sais plus, je crois que c'était deux mois à l'époque, mais ça, ça commence à dater. Donc j'ai fait un stage en psychiatrie adulte quand j'étais externe ! Euh, ouai je peux t'en parler : carrément. Oh, bah alors j'ai ressenti, c'est rigolo parce que, je te le redis, hein ... ce n'est pas pour aller dans le sens de ta thèse : Je me rappelle d'un truc, surtout c'est qu'il y avait une ... j'ai été pendant une semaine dans l'unité, euh, des gros psychotiques et tout. Et donc d'avoir assister à des consultations avec un psychiatre, seul, avec, donc vraiment, dans l'unité la plus protégée, avec les ... ouahou ! Je m'en rappelle encore hein ! Avec des gens vraiment psychotiques ! Tu vois, pas encore, euh, comment dirai-je ? Stabilisés, loin s'en faut ! Et je me ... c'est marrant, tu vois parce que c'est vraiment un de mes souvenirs marquants de mes stages d'externe. J'en ai plusieurs mais celui-là en fait partie. Donc j'étais avec un psychiatre : je peux le nommer, il s'appelle docteur *. Et il est encore au CHU d'ailleurs. Et on avait un mec en pleine, euh, crise d'hétéro-agressivité et tout. Moi je vais te dire les choses, hein, comme elles étaient : J'étais complètement flippé, enfin j'avais peur quoi tu vois ! Peur physiquement, peur pour mon intégrité physique ; et il y avait le psychiatre qui était d'un calme absolu ! Complètement zen, complètement tranquille, et ça m'a vraiment, c'est vraiment quelque chose qui m'a, euh, marqué ! Et puis du coup tu sais j'étais assez jeune, j'étais externe, quoi, je n'y connaissais rien, j'étais externe, j'étais inexpérimenté et il y avait un mélange de fascination et de peur tout simplement ! J'ai aucun problème à le dire ! Et, en même temps du coup, donc de la fascination, de la peur face au mec qui était en face de moi, qui était complètement énorme, et le calme, tout petit, c'était

un tout petit mec ! Un mec tout frêle, et tout, et, voilà, et ça m'a marqué ! Tu vois, parce que, du coup, on y reviendra, on en reparlera peut-être un petit peu plus tard. Mais, du coup, c'est quelque chose qui m'a marqué !»

Après votre thèse, avez-vous été sollicité pour des vacances/consultations somatiques dans une structure dédiée aux troubles psychiatriques comme par exemple avant une hospitalisation d'un patient en CHS ?

« Non, jamais ! »

II Ressenti

Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?

« Euh, alors, c'est, une question large, hein on est bien d'accord ! Euh, bah c'est une question qui est très ouverte ! Déjà, pour commencer, euh, en ce qui me concerne elle est fortement biaisée, euh, par l'expérience que j'ai déjà eue ! Parce que j'ai déjà eu, enfin, j'ai déjà eu des patients psychotiques, j'ai déjà fait deux primo-consultations de patients psychotiques. Donc du coup clairement ce que je vais te dire est forcément, euh, influencé par ce que j'ai vu, enfin tu vois. Euh, voilà, donc ça, ça me semble, euh, très important ! Euh, clairement pour moi, alors tu parles bien du patient psychotique hein ? En fait pour moi il y a déjà deux trucs, deux directions. Enfin, euh, deux cas cliniques presque différents, c'est le patient psychotique, non connu, le patient dont tu fais le diagnostic, et donc, qu'il est psychotique. Et le patient psychotique connu qui décompense. Ou pas ! Donc, déjà, euh, ça donne deux situations complètement différentes : j'ai des patients psychotiques que je suis, dont je suis le médecin traitant, et ma foi : je vais être très honnête ! Mon rôle auprès des patients psychotiques que je suis, et bah, euh, c'est le même que pour les autres ! Euh, voilà alors je le redirai plus tard, c'est aussi important que tu saches que je suis militant. Ou du moins, euh, comment dire, impliqué politiquement quoi. Enfin, au sens ... politique au sens grec du terme ! Bah, disons que j'ai des convictions, voilà, des convictions politiques, des convictions. Donc mon rôle ici, c'est d'être médecin dans un quartier populaire. Et je milite aussi, euh, bah c'est un peu pompeux. Mais, j'aime bien, je sors souvent cette phrase : Parce que je fais partie des gens qui militent pour la réhabilitation de la reconnaissance de la souffrance psychique en tant que, en tant que pathologie. Euh, j'ai presque envie de dire comme une autre, alors qu'on sait très bien que, ce n'est pas tout à fait, ce n'est pas vrai, donc ce n'est pas aussi simple que ça. Donc, les gens, je dis souvent que les gens ne s'excusent pas d'avoir une pneumopathie ou d'avoir un cancer, donc je ne vois pas pourquoi ils s'excuseraient d'avoir une certaine pathologie psychiatrique ! Donc, mes patients psychotiques, que je suis, et bah je les suis comme des patients psychotiques. Euh, avec les spécificités que ça peut avoir, euh éventuellement, euh, et je ne l'ai pas dit aussi il y a une maison relais ici. La *. *. *. (Nom d'établissement) au quartier de la G. (nom de quartier). Dont je m'occupe beaucoup de patients. D'accord, et, euh, bon alors, comme en tant que médecin dans un quartier populaire, en attendant, moi et mes associés. On a tendance souvent aussi à être dans les réseaux, euh, dans les foyers de femmes battues, les foyers de personnes, qui, qu'on essaye de sortir de la prostitution. Les foyers de demandeurs d'asile, les gens de la rue, enfin bon, bref ! Donc j'ai aussi une patientèle qui peut aussi drainer, euh, toute la misère du monde ! Euh, donc pour en venir au patient psychotique, que je suis, bah j'essaye de le suivre comme, euh, n'importe qui ! Et ensuite, patient où je fais un diagnostic, enfin qui arrive en ... dont je suis la porte d'entrée, et où je fais modestement le diagnostic d'une suspicion d'un syndrome psychotique. Ça m'est arrivé deux fois, je pense que le rôle il est simple ! Euh, c'est l'orienter ! D'orienter, d'orienter en ville, d'orienter, d'orienter vite au bon endroit. Et, euh, enfin et puis d'expliquer pourquoi. Hein, d'accord, en mettant les mots dessus. Euh, s'il y avait une question sous-jacente : C'est est-ce que par exemple j'introduis des traitements, et tout ? La réponse est clairement non ! Tu vois, parce que en fait, jouer avec des neuroleptiques : ce n'est pas mon truc. Et je pense vraiment que ce qui est important c'est qu'il rentre dans un réseau de soins ! »

➤ En cabinet :

➤ *Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient présentant des troubles psychotiques qui vous a marqué ?*

« Je suis obligé de t'en raconter une, ou alors, ou ça peut être deux ? Alors j'en ai deux qui m'ont marqué. Je peux commencer par la première, la première c'est, bah, un jeune patient que j'avais vu, que je suivais de loin ici quoi. Et puis qui est venu me voir il y a trois quatre ans, je crois. Il était parti faire ses études à M. (nom de ville), un BTS. Du quartier, sympa comme tout, et tout, il jouait au foot. Un bon gamin quoi, qui est parti faire un BTS donc tu vois, ce n'était pas, et il était revenu, alors il accompagnait sa mère, je crois, c'était un gros fumeur de joints. Il revient me voir parce qu'il ne savait plus du tout, il était déscolarisé à M. (nom de ville). Sa mère l'avait rapatrié en quatrième vitesse, et clairement il est schizophrène depuis que là je l'ai revu. Je ne vais pas te « spoiler », mais bon bref il avait des « hallu », il avait des hallucinations. Alors, ça commence à dater, c'était il y a trois quatre ans. Mais bon, bref, il était dans un syndrome psychotique typique, avec dépersonnalisation, enfin bon, tu vois : un truc lourd ! Euh, je n'oublierai jamais son regard, tu vois, c'était vraiment ... et il était aussi dans un état de tension, ouai, physique et psychique. Donc, tu sentais que ça pouvait exploser dans tous les sens tu vois, avec en plus un peu de déni, un peu d'anosognosie donc ce n'était pas évident ! Donc ça, c'était un de mes grands souvenirs, donc je l'avais réorienté vers un psychiatre, et puis je l'ai revu il y a deux ou trois mois, ça faisait des années que je n'avais pas de nouvelles. J'en profite pour faire passer le message, en gros il était dans une unité de malades difficiles. Je ne sais plus où dans le centre de la France et donc du coup il était sorti, et là il est dans un appartement, je ne sais même pas si c'est un appartement thérapeutique. Mais donc, tu vois : il va mieux mais il était dans une unité de malades difficiles pendant des mois ! Donc, du coup je n'avais eu aucunes infos. Et donc l'autre, c'est un patient psychotique que je suis, euh, donc ce n'est pas moi qui aie fait le diagnostic. Donc, qui est arrivé un jour ici, extrêmement revendicatif. Avec une grande, grande violence verbale ! Alors lui c'est un psychotique qui est, pareil un gars de mon âge, qui a quarante « balais », qui est aussi un gros fumeur de joints, qui « tise », qui mésuse, qui cherche toujours à me « gratter » des « benzos », des trucs ! Je suis inflexible ! C'est un patient, donc je suis toute sa famille et tout, et en fait la psychiatre avait changé son traitement, sans que je sois au courant comme d'habitude. Parce que, on va le dire, hein, on n'a aucune info ! Ok ! Moi, quand je me suis installé ici, un des premiers trucs que j'ai fait c'est d'aller me présenter à tous les médecins autour, mais j'étais allé me présenter à mon CMP. Quand je dis mon CMP, tu sais où c'est le CMP du secteur ici ? Donc c'est C. (nom de ville) est, et C. est (nom de ville), c'est rue des C. (nom de rue), derrière M. (nom de magasin). Je te fais un dessin : entre la G. (nom de quartier) et les gens du quartier qui ont du mal à sortir du quartier, et donc pour aller au centre-ville pour aller au CMP. Moi j'ai été me présenter au CMP tu vois, parce que bon, mais bon, à partir du moment où les gens sont dans des ... les psychiatres, la psychiatrie d'une façon générale c'est presque la seule spécialité, que ce soit en pédopsychiatrie ou en psychiatrie adulte : qu'à partir du moment où tu les orientes : ils ne te donnent aucun retour ! Jamais ! Zéro ! Systématiquement ! Et j'ai presque envie de dire : même à moi alors que pourtant je joue le jeu et tout ! Et ça, et donc en gros le patient il était complètement euh, il était revendicatif par rapport à moi, sur des traitements, des trucs, des machins, parce que je ne voulais pas lui filer de « benzos ». Bon ça s'est bien passé, j'ai réussi à le calmer, mais j'étais un peu. C'était chaud, hein tu vois ! Et en fait, il est revenu s'excuser le lundi, parce que, en fait a priori il avait changé de traitement neuroleptique. Et, en fait ça l'a rendu, euh, tiens il décompensait. Mais, voilà, c'était un truc où tu te dis, il me semble tu vois plutôt, euh. Il l'a dit en fait, ce n'est pas moi qui ai dit le truc, c'est que ... il ..., dans la consultation il dit : « J'ai failli m'embrouiller avec le mec du tram' là ! Alors que j'ai un couteau sur moi », enfin tu vois c'était assez dur comme consultation, bon je m'en suis sorti, bien. Euh, comme ça, ça s'est fait mais bon je n'avais plus beaucoup de salive dans la bouche à la fin de la consultation. »

➤ *Ou la dernière consultation avec un patient psychotique ?*

➤ *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*

« Le deuxième : il était seul. »

➤ *Qu'avez-vous ressenti ?*

- *Avez-vous eu besoin d'aide ?*
- *A qui avez-vous pu adresser le patient ?*

« Alors, est-ce que j'ai eu besoin d'aide ? Alors là, j'ai géré tout seul, donc je l'ai adressé nul part. J'ai juste, euh, j'ai gardé le cadre, j'ai causé mais je n'ai pas eu besoin d'aide. Voilà, et pour le premier : je l'ai orienté parce que j'ai adressé, j'avais dégainé mon téléphone, j'avais trouvé un rendez-vous en urgence avec un psychiatre, et puis ... en CHS. »

- *En visite :*
- *Pouvez-vous me raconter une visite à domicile d'un patient psychotique qui vous a marqué ?*
- *Qu'avez-vous ressenti ?*
- *Avez-vous eu besoin d'aide ?*
- *A qui avez-vous pu adresser le patient ?*

« Non, je ne peux pas parce que je n'en ai pas de patients psychotiques en visite. Alors j'ai eu, bon ce n'était pas un patient psychotique, j'ai eu une visite à un moment, j'ai eu, mais c'était il y a longtemps je ne m'en rappelle plus trop. Mais en fait, c'est un Korsakoff, qui délirait et tout, je l'ai fait hospitaliser. Et, qui avait fini à la C. (nom d'établissement). Mais ça avait été un petit peu compliqué justement les visites à domicile pour lui. C'était compliqué, disons qu'il s'enfermait chez lui et il était retranché, voilà ça m'a marqué mais je ne m'en rappelle plus trop comment je m'en suis sorti c'était il y a longtemps ! »

Êtes-vous familiarisé avec les résultats de consultation ?

« Le résultat, c'est à dire qu'à la fin tu codes, comme on fait. Euh, non, mais je sais que, par contre, ça doit exister dans mes ... tu sais quand je note mes antécédents. Alors moi, j'utilise ça : le lexique DF ... j'en utilise un autre ! Ouai, ok ... (le médecin interrogé consulte son logiciel). Bon, tiens, c'est vrai que ça a l'air pas mal ! J'ai envie d'en utiliser un autre de dictionnaire ! Mais euh, par contre pour répondre à ta question : En revanche, je ne l'utilise pas pour coder les consultations. Du coup, mais je les utilise, pour, euh, noter les antécédents. Ok, bah là, tu vois justement pour les antécédents. »

Pouvez-vous me parler d'une situation en cabinet ressentie comme dangereuse ?

« Et bah je te ressortirai la deuxième avec le patient psychotique. Là je me suis, là, j'ai ressenti un danger potentiel ! Et là, juste aussi c'est important juste pour recontextualiser les choses : euh, alors, je suis un non violent fini ! Euh, mais je pratique les arts martiaux ! Depuis, bah plusieurs années, enfin c'est mon truc ! Pas du tout dans le ... mais disons que ça me donne aussi ... ouai, voilà ça m'a permis ça par rapport au nombre années, de l'assurance justement pour être calme. Ah, j'ai des hypothèses, tu sais sur la violence, sur les cycles de la violence, la violence perçue, et puis la peur qui va avec. Et donc, du coup, ça va me permettre, moi aussi d'être calme ! Et de ne pas avoir peur, enfin ou de ne pas la montrer ! Ce qui n'est pas pareil ! Ne pas la montrer, de ne pas exprimer, physiquement, de la peur ! Et donc de ne pas être défensif, tu vois ! Et du coup, voilà c'est un peu ça ! J'ai fait du jujitsu. Donc tu vois ce que ça apporte ! Ça doit reprendre demain ! »

- *Parlez-moi de la configuration de votre cabinet pour fuir en cas de nécessité.*
- *Avez-vous élaboré un scénario pour fuir une situation inconfortable ou dangereuse ?*
- *Avez-vous élaboré ce scénario avant d'être confronté à ladite situation ? Ou bien après y avoir été confronté ?*

« C'est simple, je n'ai pas du tout de configuration dans mon cabinet pour fuir, quoique, ah, si je voulais je pourrais fuir par ici. (Montre la porte fenêtre) Euh, mais c'est rigolo, en fait ça ne fait pas parti de mes ... je ne pense pas comme ça ! Je vais dire, au pire, alors après je pense que, justement, quand j'étais avec A. (prénom du patient) là, c'est le deuxième qui est un peu violent, que je connais bien hein ! Je pense que, je m'étais mis là justement (montre une position écartée du

bureau). D'accord, donc voilà pour ne pas être retranché. En gros, je ne suis pas derrière mon bureau, j'ai de l'espace devant moi, suffisamment. Éventuellement, je pourrai fuir par là. Après de toute façon, si je me fais agresser physiquement, ici, je ne pourrai pas sortir par la fenêtre, je pourrai sortir nul part, toutes les autres elles ont des barreaux et puis, encore une fois je pense que si je devais fuir je partirai par la porte. Parce qu'il aurait eu, bon, ce n'est vraiment pas, mais il y aurait eu une confrontation physique avant, et que si je réussis à fuir c'est que, disons que j'ai quand même les moyens de ne pas être, euh, forcément perdant dans la confrontation physique ! »

Pouvez-vous me parler d'une situation en visite ressentie comme dangereuse ?
« En visite, euh, pff, est-ce que j'ai eu ? Non ! Et puis, tu sais de se faire appeler pour un CNH (Certificat de Non-Hospitalisation) ou un truc comme ça, non jamais ! Et puis par rapport au quartier, enfin, moi je me trimbale à pied, dans le quartier, sans problèmes, machin. Mon gamin il est à la crèche dans le quartier et je n'attache pas mon vélo quand je me le mets devant, enfin moi je suis un médecin aussi depuis de nombreuses années, je pense que ça ne se passe pas trop mal, ici les petits jeunes qui vendent du shit, euh je m'en f***, enfin tu vois, voilà il n'y a pas de problèmes ! Donc, tu vois par rapport à ça, et donc il y a des médecins qui se font agresser dans les quartiers, même les médecins et les pompiers qui se font balancer des cailloux, moi ça ne m'arrivera jamais ! Ou alors si ça m'arrivait il y aurait des mecs qui auraient des problèmes. (rires) »

Votre expérience au contact des patients psychotiques a-t-elle eu un impact sur votre approche de la psychiatrie au quotidien ?
« Euh, non ! Tu veux dire la spécificité du patient psychotique ? Non ! Non ! Tu veux dire par rapport à tout ça justement ? La peur ? Non ! »

III Perspective

Pouvons-nous parler des traitements psychotropes :
« On peut ! »

- Êtes-vous familiarisé avec les molécules à visée psychiatrique ?
« Ah, alors là, excuse-moi je vais répondre à ta question par une autre question : Qu'est-ce que t'appelles molécule à visée psychiatrique ? Les psychotropes ? Donc est-ce que je suis familiarisé avec ? Oui ! »

- Quelles sont vos habitudes de prescription ?
« Alors, je ne fais pas de prescription, je ne fais jamais de primo-prescription de neuroleptiques, jamais ! Je pense que c'est une, encore une fois, une prescription spécialisée, et surtout encore une fois : parce qu'encore une fois, euh, prescrire, euh : je prescrirais de l'Haldol si je devais le faire. Donc, je sais ce que je prescrirais si j'avais besoin. Mais c'est surtout que pour les patients psychotiques, comme ça, où je suis primo-prescripteur : Je pense que le plus important c'est le réseau ! Donc c'est vraiment une façon un peu détournée de se dire : voilà, si je gérais quelque chose tout seul, pour moi ce qui est important c'est le réseau ! Donc je ne prescris pas volontairement ! Ça m'est arrivé il y a deux ou trois semaines, hein ! Un autre, un primo comme ça, bon qui n'avait pas été à son rendez-vous, bon c'est ainsi mais je ne prescris pas, parce que je n'ai pas envie qu'il soit isolé, euh, avec juste moi ! Donc ça, c'est la première chose. La deuxième : et bah je suis en guerre contre les « benzos », on est d'accord je fais partie des ... j'ai essayé de faire ... j'ai eu quelques succès de « dé prescription » mais je suis en guerre contre les benzos ! Voilà, clairement, pas les « benzos » en cure courte hein ! Un peu d'OXAZEPAM pendant une semaine ou deux ! J'en prescris et je n'ai pas de problèmes avec ça, même si j'essaye parfois les alternatives aux « benzos ». Mais les dépendants aux « benzos » : je veux dire après l'« héro » et l'alcool je pense que c'est vraiment ceux qui sont plus accrochés quoi ! Et puis les familles bien sous tous rapports : qui me disent : « La drogue c'est mal ! ». Mais alors, tu leur enlèves les vieilles « benzos » donc NOCTAMIDE à demi-vie longue, et tout, ils « pètent un câble ». Donc voilà les somnifères, les benzos c'est une cata ! Enfin selon moi, c'est une cata ! Euh, donc voilà : mon rapport à ces molécules, c'est plutôt d'essayer de faire comprendre aux gens qu'ils sont drogués et de les traiter

comme des drogués ! Ok ? Même, si je prescris, bah je prescris, alors j'ai une petite trousse à pharmacie. Donc je prescris quasiment toujours la même chose : en l'occurrence de l'OXAZEPAM, parce que c'est une demi-vie ni trop longue ni trop courte ! Voilà, et je prescris des « trucs », anti-dépresseurs. »

- Pourquoi avez-vous fait le choix de ces molécules ?

« Euh c'est à dire pourquoi l'OXAZEPAM ? Parce que je travaille ! Et pourquoi celle-là plus que d'autres : parce que, sûrement pas parcequ'il y a une jolie nénette avec des gros nichons qui est venu me dire que c'était bien ! Je la sors tout le temps celle-là ! Je la dis à tous mes patients ! Euh, non en fait je suis ... enfin je me répète si ce n'était pas dit : donc je suis un lecteur de « Prescrire », donc je prescris en conséquence ! D'accord ? Donc, en gros, j'utilise ... en benzo j'en utilise qu'une seule ! L'OXAZEPAM ! Neuroleptiques j'en n'utilise pas ! Si je devais en utiliser, y compris pour les patients déments, et tout c'est l'Haldol ! Euh, et en traitement anti-dépresseur, j'en utilise, euh ... trois ! J'utilise, enfin j'aimerais utiliser plus de millepertuis ! Mais c'est son côté inducteur enzymatique et le fait que ça ne soit pas remboursé par la sécurité sociale, donc voilà ça me pose un problème. J'utilise pas mal en utilisation détournée, ah, j'oublie toujours la DCI, c'est un des rares que je prescris : l'ATARAX. Hydroxyzine, merci, pour ne pas utiliser de « benzos ». Et sinon j'utilise la PAROXETINE, ou la SERTRALINE pour les syndromes dépressifs, et j'utilise aussi l'AMITRYPTILLINE, mais plus, enfin c'est une molécule que j'utilise surtout chez les douloureux chroniques ou douleurs neuropathiques, avec le système de gouttes et tout. »

- Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?

- Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients psychiatriques ?

« Euh, bah tiens : je vais faire une réponse provocatrice ! En investissant dans la santé mentale en France ! Voilà je suis désolé mais voilà, c'est, au bout d'un moment derrière l'observance c'est l'idée de bien prendre son traitement. Bah t'as vu ce que je pense du traitement, je ne dis pas que c'est complètement inutile la psychiatrie. Même si les lieux d'enfermement, d'une façon générale, hein j'ai dit que j'étais militant, donc voilà, la paix sociale avec les benzos, les anti-dépresseurs ou les neuroleptiques je m'en méfie aussi ! D'accord ? Et donc bah si on veut améliorer l'observance : on n'a qu'à améliorer la prise en charge, et si on veut améliorer la prise en charge de la psychiatrie en France. Ce n'est pas compliqué ! Il faut des gens pour soigner les gens ! Je peux en parler assez facilement, parce que, alors il y a un truc que je n'ai pas dit : donc c'est bien. Euh, mon amoureuse elle est psychologue ! Ok ? Donc c'est aussi important parce que du coup je suis aussi, enfin ça fait longtemps que c'est mon amoureuse. Donc, voilà, je suis aussi influencé, en interaction avec ma douce et tout ! Donc ça c'est la première chose ! Euh, et que du coup ma patientèle est pauvre ! Ok, je sais que c'est un gros mot on n'a pas le droit de le dire. Moi je te le dis : ma patientèle, elle est pauvre. Et du coup bah les CMP c'est la catastrophe ! Ok, donc moi le CMP je l'ai déjà dit et je le redis : il est ... euh la sectorisation j'ai bien compris ! Mais alors, moi, la pensée, déjà c'est un quartier qui est centré sur lui-même au point que le CMP est dans une sociologie complètement différente. Et puis ensuite, là où le CMP il peut être utile c'est si jamais j'avais besoin, pour un psychiatre il n'y a pas de problème ! Et puis moi aussi, c'est, l'autre jour quand j'ai eu besoin, j'ai appelé et puis en plus c'était un CAO. Tu vois ce que c'est le C. (nom d'établissement) ? Il n'y a pas d'adresse fixe : Donc tu vois le C. (nom d'établissement), la lettre, j'ai passé une demi-heure pour avoir l'unité, parce que l'unité dépend de la lettre, enfin bon ... Ah vous avez besoin d'un psychiatre ? ». Le lendemain la psychiatre m'a rappelé, il n'y avait pas de souci, je sais me dé**** pour ça, euh ce n'est pas compliqué ça, mais en fait c'est marginal. Par contre la souffrance psy' au sens large, je n'ai personne ! J'ai de la chance : Éventuellement pour mes patients étudiants parce que je peux les envoyer au BAPU ou ce genre de choses, où ça va être gratuit. Mais, malheureusement, euh, la souffrance psy' ici. Euh, je ne te parle même pas des cas des CMP d'ado où il y a 6 à 12 mois d'attente, d'accord en pédiatrie. Mais le problème, c'est que, et puis bah ok, 45 ou 50 balles pour une séance de psy' en libéral. Euh il faut les sortir quoi ! Tu vois ? Donc euh ... »

- Quels sont les points forts de ce qui est proposé actuellement ?

« Les points forts de ce qui est proposé actuellement ? Euh tu veux dire dans la psychiatrie française ? Je peux dire que moi avec, comment elle s'appelle, la

sectorisation, au moins, je sais où, vers qui orienter mes patients, sinon il n'y a rien ! C'est une catastrophe : la psychiatrie est le parent pauvre de la médecine française, ça n'intéresse personne ! Et du coup, et puis, euh, tu poses la question sur les défauts après ? Les points forts, je ne vois pas beaucoup de points forts à part que, la sectorisation théoriquement permet un maillage territorial large et vite, euh, le désert médico-psychiatrique. En même temps, la France est un désert médical psychiatrique. Ce n'est pas ... ce n'est pas dur ! Je peux y aller sur les défauts ? »

- Quels sont les points faibles ?

« Bah non, mais c'est la catastrophe ! C'est la catastrophe je suis désolé, encore une fois, il faudrait ici, au quartier, qu'il n'y ait pas une antenne du CMP : c'est une catastrophe ! Euh, les gens qui ne peuvent pas voir de psychologues, ou les psychologues gratuits ça n'existe pas ! Alors je sais, hein, il y a quelques expérimentations qui sont faites, dans quatre régions actuellement pour rembourser les soins de psychothérapie. Mais, je veux dire, on, ça s'appelle comment le budget, où on équilibre les dépenses médicales ? L'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) ! Ouai il y a des énarques et des mecs qui sortent de sciences po' qui réfléchissent dans des bureaux parisiens, à savoir comment diminuer ça ? Bah ça ce n'est pas compliqué hein ! Tu peux leur remonter l'information, il suffit juste de rembourser la psychothérapie et ils auront des meilleurs résultats ! Parce que c'est une catastrophe ! Il n'y a pas, euh donc les patients en souffrance psy' aujourd'hui : ils ont un seul recours, clairement : leur médecin traitant ! Dans le système de la politique au sens de comment on organise la vie en société, c'est tout ! Du coup alors les riches, bon ce n'est pas vrai pour les classes moyennes, les classes moyennes sup' ou les classes aisées qui peuvent aller chez leur psychothérapeute, leur psychanalyste, ou leur psy' et tout. Mais pour les gens qui n'ont pas de moyens, y'a pas ! Donc du coup ça montre à quel point, euh, c'est ... problématique ! Surtout, que, encore, il faut que les médecins aient envie de faire ce travail-là ! Pour moi, si tu n'as pas envie de faire ce travail-là, il ne faut pas faire médecin, mais ça c'est un autre débat. »

- Quel est le rôle du généraliste dans la prise en charge de l'entourage des patients psychotiques ?

« Ah ! Alors c'est une bonne question ! C'est une bonne question, surtout que, alors en l'occurrence : Bah le premier que j'ai vu, tu sais, ce n'est pas moi qui m'occupe de la maman. Bon, mais bon, euh les autres oui, mais je pense que c'est le même problème que l'entourage des patients chroniques d'une façon générale, surtout des chroniques lourds, avec une mauvaise acceptation sociale ! Après, ça dépend, parce que tu n'es pas forcément leur médecin traitant ! Tu vois ! Mais bon, après je veux dire, tu vois, d'être là, euh encore une fois traduire. D'être là, traduire, écouter, parfois orienter avec les associations de patients. »

- Avez-vous constaté une culpabilité chez les mères de patients psychotiques ?

« Oui ! Oui ! Alors, euh, oui et puis il y a quelque chose aussi, qui m'interpelle quelque peu, là je ne sais pas où on en est dans la littérature, mais c'est complètement empirique ce que je vais te dire. J'ai l'impression de voir quand même, euh, fréquemment ce profil du patient de quartier populaire, 25-30 ans. Gros fumeur de shit, euh, déscolarisé, qui finit par rentrer dans la maladie psychiatrique. Alors, je sais le lien entre schizophrénie et cannabis en tant que facteur déclenchant, mais voilà, puisque facteur causal ! Mais, voilà ça m'interpelle ! Et du coup, par rapport aux mères, ouai, et puis il y a un côté, ouai, culpabilité. Mais je pense que, il y a encore, euh, encore une fois je l'ai dit en début d'intervention, il y a un tabou autour de la santé mentale. Et puis du coup ça reste un marqueur négatif important pour les familles quoi ! »

- Concernant vos échanges avec vos confrères psychiatres :

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les confrères psychiatres. Et des courriers que vous recevez de leur part
Pouvez-vous me parler de la fréquence de vos échanges ?

« Alors, bah j'ai déjà répondu, mais je vais faire une synthèse : quand j'appelle un collègue psychiatre.

Pour lui dire :

« - Écoute, lui, il faut que tu le voies. Il faut, parce que il y a ça et ça. » ; « - Pas de problèmes ! »

J'ai bientôt 40 balais, mais je viens quand même ... j'ai fait 3 ans d'internat, l'externat ... Je viens, tu sais, encore d'une formation encore très hospitalo-universitaire. Donc, mais le truc c**, l'observ', je pense que je sais, que ça soit un cardiologue, un psychiatre ou un rhumato aussi. Je pense qu'il faut qu'il voie mon patient aussi, parce que je pense que je sais lui « vendre » mon patient pour qu'il soit vu ! Ok ? Et donc pour ça il n'y a jamais aucun problème ! Sur les courriers que je reçois, en général ce n'est pas compliqué, en général je ne reçois jamais rien ! »

- Parvenez-vous à rencontrer aisément vos confrères en cas de difficulté ?

- Parvenez-vous à les contacter aisément ?

« Bah, ça va ! Plus ou moins ! Ouai, il ne faut pas que ça soit urgent ! Il faut que ce soit dans un jour ou deux. Oui ! Je me débrouille, après, attends, pas sans un prix à payer, hein ! Je peux passer 20 ou 30 minutes au téléphone. Ok ! Exactement, non, mais ok. Voilà, ça se mérite, mais c'est exactement ça ! ça se mérite mais j'y arrive ! »

- Pouvez-vous me parler de vos relations avec les infirmières spécialisées en psychiatrie ?

« Ah, bah, d'une façon générale, j'en n'ai pas ! La dernière fois je m'en suis faite une qui est tellement irrespectueuse. Justement, alors que je cherchais à hospitaliser un patient, bon c'était une c****, mais il y en a partout ! J'ai failli te prévenir au début, je n'en n'ai pas dit beaucoup hein ! Bon, bref, en fait j'en n'ai pas de relations. »

IV Conclusion

- Quels sont les points que vous pourriez améliorer concernant la prise en charge du patient psychotique ?

« La mienne ? Pour des patients psychotiques ? Je réfléchis ! Qu'est-ce que je pourrai faire moi pour améliorer la prise en charge des patients psychotiques ? Oh, bah après on peut tout le temps s'améliorer, et euh ... Pfff je pense qu'en fait la meilleure façon dont je pourrai améliorer la prise en charge de mes patients psychotiques au sens large, en fait c'est d'avoir des rapports avec les gens qui les suivent ! Parce qu'en fait, on n'a pas d'échanges, donc j'essaye, moi, d'aller provoquer ces échanges ! Le patient, là dans ma salle d'attente ... J'ai déjà essayé d'appeler, parce qu'en fait il va voir d'autres médecins sur la place de C. (nom de ville), je le sais, qui cachetonnent. Et moi, je suis plutôt le, je ne dépasse pas du cadre ! J'ai essayé de voir avec la psychiatre : Oh bah de toute façon il sort du cadre ! Ok, mais c'est dans mon cabinet qu'il vient. Et il continue de chercher à gratter des benzos, alors qu'il sait que je n'en donnerai pas ! J'aimerais bien essayer de travailler avec les psychiatres, mais ce n'est pas possible ils s'en f*****, ils n'ont pas le temps peut être ! »

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter d'un sujet dont on n'a pas discuté ?

Avez-vous quelque chose à ajouter sur la prise en charge des patients psychotiques en soins primaires ?

« Sur la prise en charge ? Euh, non ! Parce que, tu vois c'est bizarre parce qu'en fait c'est le truc, en fait, tu vois c'est presque le gros truc quoi ! Mais, en fait c'est le truc que moi, je trouve le plus facile à gérer ! C'est à dire que là, du coup la sectorisation : j'ai besoin d'un psychiatre, en disant : « Voilà, j'ai besoin d'un psychiatre, le patient il est psychotique, il faut qu'il soit vu. En fait ça, il n'y a pas de problème ! Franchement, non il n'y a pas de problème ! Notre système, ça, il sait faire, mais en fait ça représente très bien l'hôpital dans sa globalité, tu vois, les gros trucs hyper spécialisés, je veux dire si je veux un médecin pour dire : « Il faut une coro maintenant c'est possible, ce qui est plus compliqué c'est tout ce qui est en dessous. »

Dernière question :

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ?

« Je réfléchis : moi ça fait 7 ans que je suis installé ici, je pense que, non je n'ai pas l'impression ! Mais, parce que je pars d'un haut niveau, euh, enfin c'est ça tu vois le truc, non, non mais je pense que la souffrance psychiatrique elle est lourde ! Dans notre pays ! Encore plus ici, euh, et que, on n'a pas grand-chose à proposer ! D'accord, enfin on devrait avoir plein de choses à proposer, mais il n'y a pas beaucoup de ... Je pense vraiment que la psychiatrie est le parent pauvre de la médecine française. Et que c'est une catastrophe sanitaire. Et que personne n'en parle, enfin si, on en parle un peu : il commence à y avoir des psychiatres qui se bougent, et tout, ouai ouai ouai ! »

N15 I Introduction / Formation

Je réalise cet entretien dans le cadre de ma thèse ayant pour thématique la psychiatrie en médecine générale et plus particulièrement la prise en charge du patient psychotique.

Je cherche à répondre à la question suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes face aux patients psychotiques ?

Mon directeur de thèse est le docteur LE GAC Michel, médecin généraliste retraité à ISIGNY SUR MER, enseignant de médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien, et du temps que vous m'accordez.

Cet entretien est anonyme, enregistré afin de le retranscrire mot à mot, m'y autorisez-vous ?

« Bien sûr ! »

Pouvez-vous vous présenter ?

« Alors, je suis médecin généraliste, praticienne hospitalière en secteur psychiatrique depuis ... depuis 2013 ! Depuis 8 ans maintenant ! Donc à 80% et en parallèle je fais aussi une activité de gynécologie ... Euh, à l'extérieur pour le conseil départemental au centre de planification. Je suis âgée de 37 ans, puisque la question a priori intéresse ! (Rires) Et originaire de la région, euh voilà donc je connaissais, euh, l'hôpital de réputation, psychiatrique, et je suis arrivée ici, euh, par hasard ! Par disponibilité des postes de PH parce que moi je voulais faire une carrière hospitalière ! Initialement ! »

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ? « 2012 ! »

Depuis combien d'années êtes-vous « installée » ? « 8 ans. »

Pourriez-vous définir votre mode d'exercice ? « Ah, bah le mode d'exercice c'est plutôt simple. Parce que j'ai un mode de praticien hospitalier, donc je suis à 80% à l'hôpital, avec des gardes, on est nous, ici, cinq généralistes : 4,2 équivalents temps-plein ! A assurer la prise en charge des soins somatiques pour tous nos patients, qui sont, environ, 350 ! Puisque, il y a des services de chroniques aussi, des lieux de vie finalement ! Et euh, on se répartit les gardes pour qu'il y ait une prise en charge somatique H24. Toute l'année durant. Donc à 80 % et puis le 20% restant c'est mes consultations. »

Quand vous étiez interne, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ? « Aucune ! La seule expérience que j'ai eu de psychiatrie, avant ça, euh, c'était lors de mon stage d'été entre ma D4(=DCEM4 : 4ème année du Deuxième Cycle des Etudes Médicales) et mon internat, en sixième année, le stage ouai, post ECN (Épreuves Classantes Nationales), que j'avais fait à E.(nom d'établissement). C'est tout ! »

Depuis que vous êtes thésée, avez-vous suivi une formation en lien avec la psychiatrie ?

« Et bah : détrompez-vous ! Non, non non. Et bah, non ! Détrompez-vous ! Non ! Jamais ! J'ai appris sur le terrain ! Ouai, ouai ! J'ai appris sur le terrain ! Euh ... Auprès de mes collègues somaticiens ... Qui ont plus d'expérience que moi ! Du coup, qui sont plus anciens parce que je suis la plus jeune de l'équipe ! Nan mais voilà, et euh, voilà, alors après, il faut se dire qu'effectivement on est familiarisés au terrain, aux personnalités, enfin aux pathologies. Mais ici, c'est quand même très ... on sépare bien ! Le somatique et le psy', c'est à dire que ... moi je ne me considère pas du tout, euh ... capable de prendre en charge. Alors, forcément j'ai des notions, mais une pathologie psy à proprement parler, parce que le fait est que : on est tellement dedans. Et que, comme vous avez le spécialiste qui est à côté de vous : comme eux, ils nous ont nous, bah du coup : chacun, euh : on bosse ! On est complémentaires dans le travail mais : chacun a vraiment, euh, sa spécialité quoi !

Ce qui ne nous rend pas du coup plus, euh, je ne serai pas forcément plus à même à l'extérieur de ... gérer ... Alors la gestion ... On va dire dans la relation : oui ! Mais au niveau de la thérapeutique, euh : je ne serai pas forcément, euh ... plus à l'aise ! »

Au cours de votre formation avez-vous effectué un stage en psychiatrie ? Durant l'externat ? Durant l'internat ?

(Stage post ECN cf supra) « C'est à dire que dans la maquette on avait pas mal d'obligations ! Et, euh, et moi, jamais je n'aurai imaginé que je travaillerai en psychiatrie. Donc moi, j'étais très orientée gynécologie. Donc, j'ai fait ce que j'ai pu, enfin j'ai fait vraiment, euh, enfin je suis arrivée ici par hasard ! Ce n'était pas un souhait de ma part de faire de la psychiatrie, euh pendant mon internat ! Voilà ! »

Après votre thèse, avez-vous été sollicitée pour des vacances/consultations somatiques dans une structure dédiée aux troubles psychiatriques comme par exemple avant une hospitalisation d'un patient en CHS ?

« Euh, j'ai travaillé à S. (nom de ville), ouai à S. (nom de ville), ce qu'ils appelaient à l'époque l'UHPU (l'Unité de courte Hospitalisation de Post Urgences). Voilà, pendant 6 mois, mais le service a fermé. Donc, je suis arrivée ici en fait à l'E. (nom d'établissement). »

II Ressenti

Comment voyez-vous le rôle du généraliste dans la prise en charge des patients psychotiques ?

« Ah, ah ! Euh : vaste ! Vaste ! Varié et très important ! Euh, l'espérance de vie, euh, je pense que grâce à notre prise en charge : l'espérance de vie augmente ! Pour les patients psychiatriques, et fort heureusement parce qu'il y a encore, euh, des décès ... C'était mis de côté, euh ... Ce qui peut parfois être toujours un peu le cas ! Mais, euh ... Au moins, encore une fois : c'est voir le patient dans sa globalité et pas que sur son plan psychiatrique. Mais, euh malheureusement : le patient il peut avoir la peste et le choléra. Donc, euh : c'est important de le prendre en charge au niveau somatique. Et aussi, notamment par rapport à toutes les complications liées au traitement, euh ... au traitement psychiatrique, les neuroleptiques, euh ... et nous c'est le gros de notre surveillance ! Ça va être, euh, le risque de torsade de pointe. Euh, le risque d'occlusion Et, euh, le syndrome métabolique, ça ce sont des risques quand même à plus long terme ! Mais, qui sont hyper fréquents ! Même si l'espérance de vie est ... forcément minorée par rapport à la ... enfin, forcément elle est minorée par rapport à la population générale. N'empêche que, par les soins, on arrive quand même à ... à augmenter leur espérance de vie ! Ouai ! »

➤ *En cabinet :*

➤ *Pouvez-vous me raconter une consultation avec un patient présentant des troubles psychotiques qui vous a marqué ?*

« Euh pfoou ... Alors il y en a plein, mais, euh ... ça dépend en fait ! Vous allez avoir plusieurs tableaux parce que : il y a : le psychotique qui va être délirant à bas bruit. Donc, euh, où il va falloir vraiment se méfier, parce que ... Parce que tout est fait de manière interprétative sur notre propos, sur notre présentation, il va falloir essayer de garder une certaine distance. Tout en essayant de l'examiner donc, c'est compliqué. Euh, où là, euh des fois rien qu'à l'interrogatoire il y a un point de rupture. On ne tente même pas l'examen. On s'écarte et on diffère ! Et puis, euh, et puis il y a des psychotiques qui peuvent être hyper exaltés. A l'inverse, euh, mais en plus pour peu qu'ils soient persécutés il ne faut pas être l'élément persécuteur. Donc, euh, voilà il faut aussi faire attention aussi avec qui on se fait accompagner, parce que bon, voilà, parfois ils ont des éléments persécuteurs. Euh, et puis, nous, bah pour la sécurité c'est l'habitude, c'est minimum deux ... Avec, vous savez le PTI, c'est le dispositif aussi de sécurité, d'appel. Euh, et, voilà mais je ne pourrai pas dire une, ah si, voilà, ça c'est un élément de sécurité. Il y a une fois, en fait : depuis ... de tout le début de ma carrière. Il y a une fois où j'ai été exposée à un danger. C'était avec un patient psychotique justement, 70 ans, à peu près, euh ... que je connaissais, et, c'est structurel, au niveau du bâtiment, moi j'arrivais, dans l'entrée, au niveau ambulances. C'est un long couloir et en fait le

poste infirmier était au premier étage. Je suis arrivée. C'était sur une garde. Vers 19h, peu importe. Euh, j'ouvre la porte, je le vois dans le couloir, il était tout seul. Euh, donc l'équipe ne savait pas encore que j'étais dans les murs et : j'ai vu au bout du couloir qu'il y avait le chariot de linge qui était, euh, qui était à terre. Donc, je l'ai interpellé euh ... : « Bah monsieur : qu'est-ce qui s'est passé ? » Parce qu'il me connaissait, donc, euh, il ne m'a pas répondu. Donc moi, je me suis ... J'ai traversé le couloir, je suis allée vers le chariot, je l'ai remis en place, donc le patient était derrière mon dos, hein, moi je ne le voyais pas, et donc, en fait, il ... il m'a étranglée, il m'a sauté dessus et il m'a étranglée, donc là j'ai réussi à me défaire. J'ai réussi à l'éloigner et là, par contre, euh, il a beau avoir 70-72 ans, euh, quand ils sont vraiment en état de crise il faut être très très prudent, et j'avais beau, euh, me présenter, lui redire, et essayer de le rassurer : non ! Je voyais bien dans ses yeux que c'était, euh, nan, que c'était infaisable et c'est la seule fois où j'ai eu les poings levés. Et, où je me suis dit : « Bon, j'ai longtemps fait de la boxe française. Mais, où je me suis dit : « Euh, là, par contre si j'avance, euh, bah je le frapperai, parce que voilà. Il faut que je me préserve, moi ! Et ce qui s'est passé, c'est que dans le couloir de l'escalier les premiers patients en fait qui avaient reçu leurs traitements, allaient euh ... descendaient au rez de chaussée pour aller au réfectoire, et en fait en ouvrant la porte de l'escalier : ça a comme cassé la tension. Et en fait, euh, il s'en est allé, euh, de l'autre côté du couloir. Donc ça a rompu un peu le truc. Et j'ai su, a posteriori, en me présentant au poste. En leur disant : En expliquant à mes collègues que j'avais eu une altercation avec le patient. Que le chariot avait été mis par terre, parce que une soignante avait pris peur. Euh, il avait tenté d'agresser la soignante et elle avait pris peur, en fait, sauf que moi, j'arrivais dans l'intervalle. Euh, méconnu, ça reste, euh ... des problèmes structurels... Euh ... et c'est LE truc qui m'a marquée ! »

➤ *Était-t-il seul ou accompagné d'un proche ?*

➤ *Qu'avez-vous ressenti ?*

« Euh, je n'ai pas ressenti de la peur. Euh, pfou ... ce n'est pas de la peur mais c'est un sentiment d'auto-défense. J'ai quand même réussi à l'évincer sans le blesser. Parce que je ne voulais pas le blesser quand même. Mais par contre, c'est pour ça que je vous dis, quand même, euh, vraiment le patient, vraiment je voyais bien que je ne pouvais pas le canaliser. Les autres patients ne seraient pas descendus c'est sûr, c'est sûr que j'en serai venue aux mains, malheureusement quoi. Ouai, je ... ce n'était pas de la peur. Parce que, euh, enfin bref avec la formation de boxe je suis un peu rodée au contact, mais j'avais de la grande méfiance, vraiment, vraiment, de surprise, évidemment. De la grande méfiance quoi. »

➤ *Avez-vous eu besoin d'aide ?*

« Oui, euh non, après, il s'en est allé tout seul. Mais, par contre après on a demandé du coup, euh, l'évaluation psy, euh, ouai, pour qu'il soit pris en charge. Parce que : oui, en fait, les collègues m'ont expliqué que dans la journée : ça s'était tendu de plus en plus ! Qu'il y avait un point de rupture quoi ! »

➤ *En visite :*

➤ *Pouvez-vous me raconter une visite à domicile d'un patient psychotique qui vous a marqué ?*

« Non, même pas ... Non, non, nous on ne fait que « l'intra », et, entre guillemets, oui, on peut appeler ça des visites. Mais, nous ... le service de la médecine intersectorielle de médecine polyvalente, on agit, quand même vraiment comme du consultatif. En fait, c'est à dire que les entrées et les sorties sont décidées vraiment par la psychiatrie ... C'est tout motif, et nous, s'ils sortent ce n'est jamais bon signe ... C'est que là, on les envoie aux urgences. Mais voilà, grosso modo, donc euh ... à ce titre là, ce n'est pas vraiment des visites, non, on ne va jamais au domicile... »

Êtes-vous familiarisée avec les résultats de consultation ?

« Euh, non, non, ce n'est pas fait comme ça. Dans notre codage, nous, on coche. Euh, nous pour l'instant on ne code pas les trucs, euh ... »

Pouvez-vous me parler d'une situation en cabinet ressentie comme dangereuse ?

(cf supra) « Il y en a pleins d'autres. Bah, c'est à dire que nous, on les voit en crise ! Par définition, quand ils sont là, c'est qu'ils ne sont pas très très bien. Pour beaucoup, quoi, euh, il y a quand même du soin libre. Mais, euh, la grosse difficulté, euh, je me souviens d'une, euh, psychiatre au tout début quand je suis arrivée, qui m'avait dit : « Euh, tu sais, euh, les psychotiques, euh, je voyais un patient pour des troubles du transit, et elle m'a dit : « Tu sais, euh, les psychotiques il n'aiment pas trop, euh, le contact physique ! Et donc ça m'avait fait sourire, je lui avais dit : « Euh ... Bah écoute, je prends bien note, mais euh ... Là, pour évaluer des troubles du transit et des douleurs abdominales je ne vois pas comment je peux faire autrement, euh ... Il faut poser les mains quoi ! Donc on n'est pas du tout dans le même monde. Euh, et parfois, avec les psychiatres, on n'a pas du tout les mêmes prérogatives. Et, euh, le plus important c'est toujours, euh, essayer de passer avant le psychiatre, avant l'entretien avec le psychiatre, surtout quand les patients sont en chambre d'isolement ! Comme on ne sait jamais trop, euh, comment, de ce qui va leur être dit. Euh, voilà, je préfère toujours passer avant. Euh, comment, tant qu'ils sont apaisés et qu'ils le restent, s'ils ne le sont pas : euh, je ne peux pas les voir, je sais au moins pourquoi, voilà. Mais des fois, ouai, ça m'est déjà arrivée de passer après, et c'est compliqué ! »

➤ *Parlez-moi de la configuration de votre cabinet pour fuir en cas de nécessité.*
« Euh, c'est variable, ou alors, c'est vraiment ... Là, c'est vraiment mon bureau administratif ... Euh, ce sont des chambres, hein, des chambres d'hospit' standards, doubles et ... pour ce qui est, euh ... des chambres d'isolement ... Elles ont toutes, euh ... la première porte qui donne dans le couloir, et c'est ... Avec un SAS ... de sécurité ! Et, généralement, ils mangent dans le SAS ! Et, euh, donc avec une deuxième porte, qui accède donc à cette chambre. Il y a toujours une deuxième porte, au niveau de la sécurité, qui est pour sortir. Et souvent, qui est reliée à la ... à la pharmacie. Voilà, ouai, il y a toujours deux portes. Euh, dans les chambres d'isolement, sinon après, bah des chambres standards. Et les fenêtres sont sécurisées, forcément ! »

➤ *Avez-vous élaboré un scénario pour fuir une situation inconfortable ou dangereuse ?*
« Alors ... scénario, non, mais toujours être face au patient. Ne jamais lui tourner le dos et toujours, euh, être proche de la sortie ! En réfléchissant ça ne m'arrive pas tout le temps. Mais par exemple, euh, si vous devez, enfin, j'essaye d'éviter de faire le tour du matelas, ne serait-ce que pour l'examiner. Pour ne pas me retrouver, euh, dos à la fenêtre et, voilà, pour pouvoir, ouai pour pouvoir reculer à chaque instant s'il le faut ! »

➤ *Si oui, avez-vous élaboré ce scénario avant d'être confronté à ladite situation ? Ou bien après y avoir été confronté ?*
« Euh, après avec l'expérience et puis avec les conseils des uns et des autres. Ouai, c'est un peu, excusez-moi, mais c'est un peu aussi : De l'auto, enfin de l'auto-prévention. Ouai, voilà c'est ça, exactement ! Enfin, voilà je pense que ça paraît être du bon sens ... Mais par contre jamais tourner le dos ! »

Votre expérience au contact des patients psychotiques a-t-elle eu un impact sur votre approche de la psychiatrie au quotidien ?

« Ah complètement ! Ah mais complètement ! Complètement ! Euh ... La médecine générale qu'on exerce ici ça n'a rien à voir, contrairement à ce que certains pourraient penser, à une tout autre médecine en fait ! C'est ... C'est un peu ... euh, une spécialité dans la spécialité finalement ! On n'exerce pas du tout de la même manière ! On n'aborde pas les choses de la même manière ! On n'a pas les mêmes moyens ! Euh, alors là, il s'avère qu'en plus dans cet hôpital on a vraiment. On a plus de labo, on travaille avec le CHU. Mais on est vraiment, nous ici, à mi-chemin entre la médecine de ville par rapport aux moyens et l'hôpital en fait ! Euh, c'est à dire qu'on peut se permettre, euh ... d'avoir une surveillance hospitalière que les généralistes ne vont pas avoir à domicile, bien sûr. Mais par contre on a, aussi peu de moyens que la médecine générale. Tout ce qui est radiologie, biologie tout ça ... ça ça se passe à l'extérieur ! Donc pour ça, c'est assez similaire, mais euh, mais euh je veux dire l'adaptation, enfin par exemple le truc tout bête, ça a beau être un hôpital : Jamais de perfusion en psychiatrie ! Ou très rarement ! Là, j'étais obligée

d'en poser une, euh, depuis le week-end dernier, en sous-cut' la nuit, malheureusement avec une contention, après avis du psychiatre. Aussi, c'est un avis qui est partagé, machin ... Parce qu'il faut penser au risque suicidaire du patient, au risque suicidaire des autres patients, parce que la psychiatrie n'est pas ce qu'on croit. C'est à dire que c'est une unité d'hospitalisation ouverte, c'est à dire que les gens ils vont, ils viennent ! Enfin, ils sont là quand même pour traiter leurs esprits, ils ne sont pas enfermés dans leurs chambres. Donc potentiellement, on leur dit, mais ça c'est du respect, du bon sens et du savoir-vivre qu'il ne faut pas entrer dans la chambre des autres. Mais : ils pourraient toujours entrer, euh, voilà. Donc c'est des choses, euh, jamais par exemple, de perfusion ! Ce qui fait que : On va dire, euh, pour certaines prises en charge on se retrouve vraiment en médecine générale libérale, je ne sais pas moi, la pneumopathie. Euh, et bah ça va être du per os ! Si ça se complique, euh, ça va être de la ROCEPHINE, euh, en IM. Euh, enfin voilà on évite au maximum, et quand, malheureusement on doit passer en intra-veineuse bah je le transfère. Parce que ... mais donc oui ça change totalement la façon de faire ! Mais totalement ! La façon de ... l'approche ... euh la façon de faire le lien avec le patient, la façon de se présenter. Où, des fois il faut faire preuve d'humour. Ou alors il faut aussi, euh, il faut aussi prendre tout au second degré. Hein, parce que quand, euh, que ce soit avec des psychotiques ou d'autres patients, hein, des fois ils sont quand même assez, euh, ils sont quand même assez « cash ». Il ne faut pas tout prendre pour soi ! Au début c'est vrai que ça fait drôle ! Voilà ! Il faut prendre du recul, et puis après, voilà ! Entre guillemets on s'en amuse, on, euh, voilà ! On relativise ! Il y a forcément des situations qui vont vous énerver, ça c'est sûr ... euh ... voilà ... des ... des patients qui vont réussir à vous ... Je vous dis, ils vont réussir à vous agacer parce qu'on est humains, même si on essaye de prendre le temps et tout ça ... mais ça, c'est, voilà, ouai, c'est complètement une autre médecine, c'est à dire on ne fait que ça. Donc, euh, c'est, donc la façon d'exercer elle est, elle est ... Mais je pense qu'on est ... Enfin, non, je ne pense pas qu'on n'est plus à l'écoute, ce n'est pas vrai, parce qu'il y a des généralistes qui sont très à l'écoute. Ce n'est pas la question, mais non non ! C'est pour ça, mais euh, euh, on sait qu'ils sont comme ça ! Donc, on prend le temps ! Et ... et le fait est : qu'on a, entre guillemets, on n'a pas que des psychotiques ! Mais des patients psychiatriques on n'a que ça en fait ! Ce n'est pas comme une patientèle, je me dis, de cabinet, ou vous switchez et voilà ... Je ne vous dis pas que des fois, euh, ça ne me manque pas hein ! D'avoir quelqu'un d'à peu près cohérent, enfin on a quand même des personnes cohérentes. Mais des fois d'avoir une consultation un peu plus simple, où les choses, voilà, vont se passer, euh, simplement et tout ça, et puis ... Et puis après vous avez des relations qui sont aussi très agréables ... Euh, notamment dans les services de « chroniques », où bah en fait ils vous reconnaissent. Et vous êtes comme leur médecin généraliste finalement ! Vous êtes ... enfin vous êtes leur médecin généraliste, parce qu'en fait ils vivent là, en fait, à l'année. Vous vous substituez, et puis ils vous interpellent et puis voilà, il y a un lien qui se crée donc ça c'est intéressant. C'est sympa aussi, au niveau de l'affect, c'est agréable de se dire que ... voilà ... on est utiles ! Alors un peu comme si ... Comme certains généralistes qui vont, je ne sais pas, faire leurs visites en EHPAD. Euh, ouai, pour ça c'est un peu similaire. Donc là, je vous dis c'est un peu ... Ouai il y a un peu des deux, ça reste de l'hospitalier mais on a quand même un certain versant de la médecine ... Mais moi, je sais que j'ai appris beaucoup au niveau relationnel, euh ... rien à voir ! Après on s'adapte ! Ouai ! »

III Perspective

Pouvons-nous parler des traitements psychotropes :

« Ouai ... ! »

- Êtes-vous familiarisée avec les molécules à visée psychiatrique ?

« Ouai quand même ! Même si je disais que : même si je vous dit honnêtement que je ... que voilà, je vais pas, moi, aller prescrire, euh, mais oui, les anti-dépresseurs, les ISRS (Inhibiteurs sélectifs de la Recapture de la Sérotonine), les IRSNA (Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline), les neuroleptiques, bien sûr que oui ! Je me dois d'être familiarisée pour les surveillances ! »

- Quelles sont vos habitudes de prescription ?

« Ah bah alors, du coup ça c'est ce que je vous disais : Aucune ! Puisque les psychiatres sont là pour ça ! Par contre les habitudes de surveillance elles sont énormes ! (Rires)

- Pourquoi avez-vous fait le choix de ces molécules ?
(Non concernée)

- Comment peut-on améliorer l'observance du patient psychiatrique à votre avis ?
« Pfou ... Vaste question ! Euh ... Pfou ... Parce que souvent, euh, l'une des choses qui revient beaucoup ça va être la prise de poids ! Liée aux neuroleptiques, mais euh, c'est vrai que c'est phénoménal ! C'est vraiment phénoménal hein ! Il y en a certains qui deviennent limites dysmorphiques, mais vraiment c'est ... c'est impressionnant ! Donc ça, c'est quelque chose qui les soucie beaucoup ! Euh, point sur lequel les psychiatres essaient d'être le plus à l'écoute possible ! Et : voilà, mais c'est vrai que des fois, bah voilà, dans la balance bénéfico-risque on est un peu contraints ! Donc ça, peut-être, oui, en essayant de gérer au mieux les effets secondaires. Et, euh, je pense aussi en proposant d'être à l'écoute, mais tout passe par le lien en fait ! Mais ça, le lien j'ai envie de vous dire, euh : ça dépend des patients, enfin : c'est une question d'affect en fait ! Ça dépend comment les patients reçoivent ! La consultation, enfin le lien, euh, voilà, moi j'ai des patients, quand je les revois : ils se souviennent bien de moi et ça, ça se passe très bien ! Et d'autres, ils vont avoir des éléments de persécution, et ça c'est variable ! C'est variable parce que ... au-delà des effets secondaires, euh, si on veut avoir une compliance ... c'est le lien thérapeutique ! Et pour moi c'est l'essentiel ! »

- Comment peut-on améliorer la prise en charge des patients psychiatriques ?
« Ah ! Et bah alors ça ... aussi ... vaste question ! Ouai, bonne question ! Alors moi je pense que ça commencerait déjà par, euh, je parle pour la communauté médicale en général. Euh, parce que la population générale bon c'est autre chose. Mais déjà, nous, en tant que médecins, déjà, euh, déjà arrêter avec nos préjugés : déjà ! Euh, se dire aussi qu'un patient psychotique quand il est bien équilibré : c'est à dire dès qu'il est capable d'avoir une conversation et d'avoir une vie comme vous et moi : Euh, certes, il y a des moments où il va y avoir des événements de vie, des choses qui vont faire que ... Euh : savoir aussi que : les patients psy en général, et l'acceptation du traitement n'est pas forcément toujours facile donc quand ils sont équilibrés, euh ... avec leur traitement, ils ont tendance à imaginer que du coup ils n'en n'ont plus besoin ! Et la plupart du temps, nous quand on les reçoit c'est : en rupture de traitement ! Le truc assez classique, assez classique ... Et, euh : je pense aussi qu'ils sont dans une ... pour beaucoup, dans une grande précarité sociale ! Donc la prise en charge sociale, aussi, en fait c'est du médico-social ! Nous, il faut qu'on améliore notre prise en charge, notre écoute ! Ouai mais le gros truc, vraiment : c'est, pour moi, c'est vraiment : abattre les préjugés ! Abattre les préjugés ! Parce que : je peux vous dire, que nous, c'est ... d'expérience hein. Bon, à partir du moment où ils ont l'étiquette 'psy' : C'est ... c'est foutu quoi ! C'est : des fois, ils arrivent ici, euh, sous prétexte d'une décompensation et en fait on va retrouver un problème somatique ! Et on les renvoie ! Donc ça, c'est un truc, il faut faire super gaffe ! Parce qu'après, ce sont des patients comme tout le monde, et malheureusement, ils peuvent faire des maladies multiples, c'est à dire des pathologies multiples comme tout le monde quoi ! »

- Quels sont les points forts de ce qui est proposé actuellement ?
« Les points forts ? Si, on va être objectifs quand même ! On va essayer d'être optimistes aussi ! Euh, les points forts, et bah : la médecine générale en secteur psychiatrique, je pense que c'est un réel point fort, un réel atout, parce qu'ils sont souvent : pas mal sont perdus de vue parce qu'ils le veulent, hein ! A l'extérieur, parce que nous, des fois, on refait le point sur leurs situations. Et, euh, je pense quand même, l'extra-hospitalier avec les équipes mobiles qui se déplacent quand même. Euh, et qui accompagnent certains patients : voilà et, euh, il y a certaines activités qui peuvent être proposées en « extra », euh : voilà ! Notamment, là, il y a une activité, euh, depuis quelques années qui s'est développée, chez nous c'est la PSI et c'est l'activité physique sport santé en fait. Donc, les patients peuvent en bénéficier en « intra », mais aussi, euh, au retour à la maison c'est à dire : il y a ce lien, et peuvent continuer à venir faire du sport dans des conditions un peu particulières. Mais qui vont, permettre aussi pour leur santé, déjà

de se dépenser ! Mais, on va dire raisonnablement, euh, dans un contexte particulier ! Sans avoir peur du regard des autres aussi ! Avec une équipe soignante, ouai ! »

- Quels sont les points faibles ?

« Ah, bah, euh, les points faibles, rolala ! Ouai, non, non les points faibles et bah : les points faibles malheureusement, c'est : c'est qu'on n'arrive pas euh, on a souvent des perdus de vue, on n'arrive pas à les récupérer ! On, euh, pfff ..., c'est beaucoup de social ! Des fois ! Un peu trop de social, parfois ! Dans certaines situations on a plus de social que de médical ! Et, euh, et le point faible c'est que : certains de nos patients connaissent le système ! Ils savent, euh, on va dire, ils savent l'utiliser aussi ! Donc ils savent, euh, comment arriver ici quand ils le veulent quoi ! Quand, entre guillemets ils veulent l'hébergement et le couvert. C'est un peu dur de dire ça, mais ça arrive ! Où on se sent un peu pris en otage !

(Je reviens sur le médico-social)

Ça va de pair ! Ouai ça va de pair ! Les habitudes de vie, les consommations diverses et multiples, euh ... »

- Quelle place occupez-vous dans la prescription ?

« Bah elle est surtout liée à la surveillance ! Ouai ! La surveillance, et bah : risque de torsades de pointe, donc électrocardiogramme régulier. Euh, risque de syndrome occlusif, qui peuvent être mortels donc ça, c'est déjà arrivé, donc euh, c'est réévaluation du transit régulier, avec souvent la mise en place de laxatifs, et de lavements ! Euh, à savoir quand même que : les recommandations officielles pour le syndrome occlusif sont l'utilisation, le recours, sauf si signe de gravité au scanner, à l'exception faite de la population psychiatrique ! Où, là, on a recours à des ASP (Abdomen Sans Préparation) parce que ça nous arrive de demander des ASP juste pour des évaluations de transit, parce qu'ils sont in évaluables cliniquement. Euh, c'est à dire que je peux les examiner. Mais l'équipe ne peut pas forcément surveiller, euh ... vraiment le transit ! Donc ça ça arrive c'est du quotidien ! Voilà, et le troisième point, ça va être, euh, surveillance du syndrome métabolique ! Surveillance du syndrome métabolique : tout ce qui va être diabète, hypercholestérolémie, et puis, euh, obésité, euh, gynoïde ou abdominale, enfin voilà, hypertension. »

- Quel est le rôle du généraliste dans la prise en charge de l'entourage des patients psychotiques ?

« Ouai, alors moi, je suis un peu mal placée parce que l'entourage, moi je le côtoie peu, sauf quelques fois dans des situations compliquées, parce que là du coup on va le côtoyer avec le psychiatre de façon commune on va faire des réunions, enfin des ... des consultations. Des entretiens familiaux conjoints. Mais finalement, c'est assez peu fréquent ! Mais dans tous les cas, de l'expérience que j'en ai, euh, même pour les psychiatres ça va être un aidant, et, au moins pour expliquer les situations. Pour expliquer, au moins, et pour écouter aussi : la famille hein ! Ça, c'est important aussi qu'ils soient écoutés ! Qu'ils soient orientés vers d'autres professionnels aussi, qu'ils aient un temps d'écoute, et de repos ! Et, il y a toujours du lien parce que des fois, nous on fait des séjours de rupture ! Pour pouvoir maintenir, à long terme, euh, les conditions de vie du patient, on fait, en fait on accepte, euh, sans problème les séjours de rupture ! »

- Avez-vous constaté une culpabilité chez les mères de patients psychotiques ?

« Ouai, après, euh, ouai, il y en a, mais pas tous ! Pas tous, parce que des fois : c'est des familles avec des antécédents particuliers. Donc, euh, ils n'en sont pas à se poser des questions comme ça. Et, euh, et je pense qu'il peut y avoir de la culpabilité au moins de les mettre en institution, pour certains. Mais, par contre quand ils sont institutionnalisés, en tout cas chez nous, euh, on a très peu de contact avec les familles ! On se rend compte que : peu de familles viennent nous solliciter, viennent prendre des nouvelles, enfin : viennent rendre visite quoi. Par contre : ils se réveillent quand il y a des problèmes quoi ! »

- Concernant vos échanges avec vos confrères psychiatres :

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les confrères psychiatres. Et des courriers que vous recevez de leur part.

« Bon elles sont quotidiennes, cordiales, on ... enfin sans aucun souci on est collègues en fait hein ! On ... donc on travaille sur le même terrain ! Donc, euh, bah par exemple pour, euh ... le patient dont je vous parlais tout à l'heure sous perfusion et bah ce sont des décisions qui sont prises de façon commune avec les psychiatres. On en discute ensemble, euh ... et puis, bah il faut savoir aussi que des fois ... le fait d'être somaticienne, en fait ... Le patient il n'a pas forcément la même approche avec vous. Et il ne vous délivre pas les mêmes infos ! On peut vraiment être complémentaires. On se voit tous les matins, euh, bon il y a un staff une fois par semaine, euh moi, c'est par manque de temps. Mais je veux dire on a toujours des temps où on s'interpelle les uns et les autres quand on a besoin. Et puis on se voit. »

- Parvenez-vous à rencontrer aisément vos confrères en cas de difficulté ?

- Parvenez-vous à les contacter aisément ?

« C'est mon lieu de travail, donc voilà ! »

- Pouvez-vous me parler de vos relations avec les infirmières spécialisées en psychiatrie ?

« Pfiou ... compliquées ! Non ... après, quand je dis ça c'est que ... non on a des très bonnes relations avec, dans le cadre du travail. La psychiatrie en plus, c'est un milieu où tout le monde se tutoie pour beaucoup. Les services avec qui je travaille quotidiennement, oui, on a créé du lien, on apprend à se connaître, mais il faut quand même se dire que la médecine somatique n'est pas ce pour quoi elles ont signé. Si elles sont venues en psychiatrie c'est parce qu'elles avaient une appétence, elles avaient un intérêt pour la psychiatrie. Euh, certaines, une aversion pour les soins techniques ! Donc, le généraliste qui arrive avec ses prescriptions particulières : ça ne plaît pas toujours ! Mais, euh, ouai, voilà ! Après, euh ... c'est quand même assez compliqué, enfin, les relations humaines en tant que tel. Je dirai il n'y a pas de problèmes ! Comme tout être humain, je veux dire il y a des gens avec qui on s'entend mieux que d'autres, donc voilà ce n'est pas un problème. Après, ce sont les compétences, par contre. Euh, c'est compliqué parce que, nous, euh, en somatique : on rame ! « Je vous appelle docteur parce qu'il n'est pas « tip top » ». Même ma charcutière elle dirait mieux que ça, même ! Enfin voilà, c'est des trucs qui vont vous paraître absurdes. Mais, voilà, euh, des fois je ne sais pas : elles vont vous appeler pour une chose, pour un malaise ou je ne sais pas quoi. Et elles ne vont pas forcément tout le temps prendre les constantes. C'est, ou alors c'est : « Je vous appelle parce qu'il a de la fièvre ! ». « -Très bien, et alors la tension ? » « Bah, je ne sais pas je ne l'ai pas encore prise, il avait de la fièvre alors je vous ai appelé ». « Bah, commençons par le commencement en fait ! ». Ouai, donc voilà ! (Soupir) Exercer le somatique en psychiatrie c'est compliqué ! Ce n'est pas les mêmes, enfin et pourtant maintenant ils sont tous formés, euh, à l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers), enfin il en reste quelques-unes sur le terrain, enfin je veux dire, c'est depuis fin 1990 que leur diplôme a changé, donc depuis le temps, voilà ! Mais, euh, voilà ! Des fois on entend dire dans les services « Oh en ce moment, on n'a que du somatique ... » Donc moi je n'arrête pas de leur répéter : « Bah oui mes patients c'est une tête, des jambes, et le patient est pris en charge dans sa globalité, il est là pour du psy', mais il a le droit, malheureusement pour lui, d'avoir d'autres problèmes. Et heureusement, qu'on est là pour gérer quoi ! Ça commence à rentrer un peu dans les têtes ! Mais, euh, quand on arrive en psy on n'est pas là pour faire que de la psy'. Voilà mais eux, comme ils ont signé un peu pour de la psy donc ils ont du mal à se mettre en tête que : bah voilà, l'évolution, la prise en charge du patient en structure psychiatrique a changé ! Et fort heureusement pour les patients ! Donc parfois, c'est, voilà, c'est compliqué et même si on a une surveillance hospitalière ici c'est ce n'est quand même pas la même surveillance de « MCO ». On n'est pas toujours forcément confiants des fois. »

IV Conclusion

- Quels sont les points que vous pourriez améliorer concernant la prise en charge du patient psychotique ?

« Les points à améliorer ? C'est difficile ... Euh ... C'est difficile à vous dire parce que moi, comme je les vois, je réfléchis ... Comme je les vois en crise ... C'est compliqué et ... je n'interviens pas en extra, et donc en extra il y aurait sûrement des choses à faire. En extra hospitalier, avec les équipes mobiles et tout ça. Mais euh, je ne suis pas trop au fait, euh, des pratiques en extra, donc euh, et en intra ce n'est pas parfait. Ce n'est jamais parfait mais, euh, c'est compliqué quand ils sont en crise, donc euh, voilà, il y a des fois, on est des soignants mais c'est vrai que des fois, ouai ça nous arrive quelques fois d'avoir un peu les pétoches ! Et de se dire qu'on n'est peut-être pas à notre place non plus, on n'est pas là non plus pour se prendre des coups quoi, mais alors après comment améliorer ? Je ne pourrai pas trop vous dire. Je sèche un peu. Désolée ! »

- Est-ce qu'à la suite de notre discussion il vous semble utile de participer à des événements en lien avec la psychiatrie ?

« Ouai, bah moi, je participe déjà à ... oui c'est la seule formation que je fais, c'est vrai que je n'en n'ai pas parlé au début, mais moi c'est le « Soins somatiques en psychiatrie. » En fait, il y a une organisation qui a été créée en fait par un médecin, assez reconnu dans la profession, qui est un généraliste de formation, hein. Et qui a fait toute sa carrière dans le secteur psychiatrique et donc, euh, pour l'avoir rencontré : Qui est très impressionnant sur ses facultés de ... d'adaptation et de lecture entre guillemets du patient psy. Et, euh, et en fait ils font des congrès annuels, euh sur les soins somatiques en psychiatrie, je vais vous retrouver ça ! (La médecin interrogée tape sur le clavier d'ordinateur). »

- *Quel genre d'événement vous intéresserait ?*
- *Est-ce que vous pourriez échanger avec des psychiatres, des travailleurs sociaux ou des associations ?*

« Il y a de tout, il y a donc des psychiatres, donc il y a du médical, et il y a des psychothérapeutes, ouai, surtout si on veut faire une prise en charge transversale, ouai, c'est plusieurs professionnels, il y a du médico-social. »

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter d'un sujet dont on n'a pas discuté ?
« Non non non ! A part le fait que, mais ça, je l'ai évoqué dans l'entretien c'est que ... ouai ... bah oui ... c'est ce qu'on vient de redire aussi ... c'est que le regard des médecins change sur les patients psychiatriques ! Mais en étant totalement honnête d'ailleurs ! Moi j'ai appris en étant là hein ! Sinon je pense qu'honnêtement, j'aurai le même regard que beaucoup ! Mais voilà, c'est ... voilà ! »

Avez-vous quelque chose à ajouter sur la prise en charge des patients psychotiques en soins primaires ?

« Euh ... non ! Bah non parce que moi je ne fais pas du primaire ! On est déjà sur une étape de secondaire donc je ... je ne peux pas trop, euh ... m'exprimer là-dessus ! »

Dernière question :

Avez-vous constaté une augmentation du nombre de patients présentant des symptômes psychiatriques ?

« Ah oui ! Mais alors là : c'est vachement biaisé vu le contexte ! Vous vous attendez forcément à la réponse. Donc, oui ! C'est hyper biaisé vu le contexte, euh, donc oui, euh, il y a eu majoration des décompensations, chez nos patients connus, liés aux différents confinements. Ceci étant, honnêtement pour en avoir discuté avec nos collègues psychiatres : on s'attendait entre guillemets à pire ! Enfin, on s'attend toujours à pire mais il y a eu une augmentation de fréquentation, d'hospitalisation. Pour certains même c'était des hospitalisations préventives, de leurs psychiatres, euh, connaissant leur terrain fragile, euh, de rester isolés au domicile. Donc voilà, et, après, euh, après on s'attend, euh ... mais ça ce n'est pas pour les psychotiques, on s'attend de toute façon à avoir une augmentation de consultations, à l'issue, enfin déjà ça a commencé. Mais, enfin à l'issue de cette crise : forcément ça ne va pas laisser les gens indemnes, on sait très bien nous, que le secteur psychiatrique

ça va, ça risque de flamber ! Mais sur les psychotiques : oui ! Il y a un moment donné, euh, sur un an : oui ! On a eu des augmentations ! »

Annexe N° 4

| | N1 | N2 | N3 | N4 | N5 | N6 | N7 | N8 | N9 | N10 | N11 | N12 | N13 | N14 | N15 | |
|--|--|---|--|---|---|---|---|--|--|---|---|---|--|---------------------------------------|---|---|
| Introduction/Formation | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Présentation | Expérience en milieu urbain (banlieue parisienne) «longtemps en Seine Saint Denis, en région parisienne» Expérience paramédicale à l'hôpital Sainte Anne «remplacements d'infirmière psy à l'hôpital Sainte Anne à Paris» | Médecin en centre de santé | Médecin généraliste installée en semi-rural | Médecin généraliste installée en milieu rural (Patiente rurale et localisation dans un bourg) | Médecin généraliste installée en milieu urbain avec expérience en milieu carcéral | Médecin généraliste installée en milieu rural | Médecin généraliste libérale | Exercice de la médecine générale pendant 32 ans. Stage au cours de l'externat en pédopsychiatrie ayant permis une autre vision du handicap « la cour des miracles quoi ! (...) pas à proprement de la psychiatrie c'était du handicap. Mais ça m'a, comment dire, euh, ça te donne un autre regard sur le handicap tu vois » | Exercice en milieu rural qui est moteur dans la prise en charge « bon contact avec les proches et les familles (...) important pour la psychiatrie » | Médecin généraliste en pôle santé ambulatoire universitaire | Médecin généraliste installé en milieu urbain | Médecin libéral | « médecin généraliste en milieu semi-rural » | « médecin généraliste » « en groupe » | MG de formation PH en CHS | |
| Année de la soutenance | 2003 | 2019 | 2017 | 2017 | 2013 | 2014 | 2013 | 1985 | 1996 | 1987 | 2004 | 2020 | 1989 | 2011 | 2012 | |
| Durée d'installation | 14 ans | 18 mois | 2,5 années | 2,5 années | 7 ans | 6 ans | 5ans | 32 ans | 23 ans | 31 ans | 15 ans | 9 mois | 32 ans | 6 ans | 8 ans | |
| Mode d'exercice | Rural | Rural en zone urbaine | Semi-rural | Semi-rural | Urbain | «exercice libéral dans un milieu rural » | Exercice libéral dans un milieu rural | Rural | Rural | Semi-urbain/semi-rural | Urbain | «cabinet individuel » | « Milieu semi-rural » | Urbain | des gardes » et « une activité de gynécologie » « pour le conseil départemental au | |
| Formation en lien avec la psychiatrie | Stages choisis pendant l'externat principalement permettant une certaine aisance avec le patient psychiatrique « spécifiquement les stages même pendant l'externat » | Cours pendant un stage en pédopsychiatrie « deux fois deux heures. C'est déjà ça. » Formation en ligne d'addictologie | « Pas du tout. » « pas eu tout. » «quelques hospita' de pédopsychiatrie» | « Pas tout. » «l'occasion » «pas au programme » | Non réalisée | « Non ! » | Stage dans «l'unité de crise et de urgences » | Non | Non | Pas de formation spécifique pendant l'externat. Formation continue sur la thématique du suicide de sécurité sociale organisée par la MSA(...) crise suicidaire » Une autre formation de 3 jours « post crise suicidaire » | Les stages de perçus « comme une formation « très intéressante » | «en externe ! Quatrième année ou cinquième année, c'était en psychiatrie adulte » | « en tant qu'externe » « pas enthousiaste » | « externe » « psychiatrie adulte » | Expérience clinique « appris sur le terrain ! » | |
| Vacations en CHS | Expérience de 2 ans en CHS pour le somatique. Service fermé pour des raisons politico-économiques. «pendant 2 ans et demi avec l'équipe de V. (nom de ville) (...) pour des raisons politiques et économiques» | Non réalisé, car ce n'était pas un temps plein « compliqué de s'organiser » | Non sollicitée | « appartements thérapeutiques » « mon emploi du temps, moi ça ne collait pas » | Non informée de cette possibilité « je ne savais même pas que c'était possible » | « Non ! » | « je ne me suis pas tellement intéressée » | Non réalisées « les médecins de P. (nom de ville), et puis ensuite ils ont eu des médecins attachés ouai » | Sollicité par le CHS, mais pas de réponse favorable de la part du médecin généraliste pour une raison de contrainte horaire « charges de travail qui sont quand même importantes ! » | Non sollicité «non pas du tout » | Sollicité, a investi son temps ailleurs «J'ai fait autre chose. » | Sollicité, refus en raison de son emploi du temps « ne correspond pas du tout à mes ... à mon planning c'est ingérable quoi ! » | « Jamais » | « Non, jamais ! » | Expérience précédente « l'UHPU (l'Unité de courte Hospitalisation de Post Urgences) » | |
| Ressenti en CHS au cours des vacances | La psychiatrie est réduite à une peau de chagrin. «peau de chagrin quoi» | Non concernée | Non concernée | Non concernée | Non concernée | Non concernée | Non concernée | Non concerné | Non concerné | Non concerné | Non concerné | Non concerné | Non concerné | Non concerné | Non concerné | Utile « l'espérance de vie augmente ! » |
| | Fatigue du cabinet-Fatigue des vacances en CHS. «moins fatiguant de faire une visite dans un service hospitalier que d'assurer une consultation» | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Souffrance des soignants en structure psychiatrique «pratiquement plus soigné les soignants que les malades. » | | | | | | | | | | | | | | | |

| | N1 | N2 | N3 | N4 | N5 | N6 | N7 | N8 | N9 | N10 | N11 | N12 | N13 | N14 | N15 | | | |
|---|---|---|----|----|----|----|----|----|--|-----|---|-----|-----|-----|-----|--|--|--|
| Resent | Egalité entre les patients «comme un patient normal (...) normalement non psychotique.» | L'accessibilité du médecin généraliste est mis en avant «porte d'entrée facile» Mais la formation n'est pas satisfaisante «il avait une bonne formation». La situation est jugée paradoxale «car il y a une grosse MG devant des psychiatres» | | | | | | | Revient sur la sémantique psychotique pour moi c'est le délirant hein (...) le délire, c'est le schizophrène » | | Revient également sur la sémantique «définition (...) ça a toujours été la généraliste intervient plutôt sur cours des épisodes de décompensation avec cours de crises» | | | | | | | |
| Rôle du généraliste dans la prise en charge des psychotiques | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atténuation de la peur grâce à la présence de la psychiatre | | Point de vue réducteur de la psychiatre «poser quelques questions pour voir si tout va bien... il n'y a pas de décompensation» «un état de «traitement de décompensation c'est très difficile et c'est même insupportable» | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mise en place d'une consultation systématique au cabinet pour injection de médicaments | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consultation au cabinet | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La communication avec les patients psychotiques est modifiée par la maladie psychique | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resent | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Patient seul ou accompagné | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Besoin d'aide | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adressage | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Précautions à mises en place liées au MG | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En visite | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resent | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|--|---|---|---|--|--|--|---|---|
| <p>« mari » son mari qui s'occupait d'elle » La famille du patient psychotique est témoin des difficultés qu'impose sa pathologie au quotidien « faire confiance à la fois au voisin, aux gens qui sont là. Et même à la famille »</p> | <p>Visite d'un couple à domicile</p> | <p>Non concerné</p> | <p>Non concerné</p> | <p>Non concerné</p> | <p>Seule</p> | <p>« avec les gendarmes, et les policiers »</p> | <p>Patent accompagné par son frère « accompagné par son frère »</p> | <p>Non concerné</p> | <p>Patiente paranoïaque, vivant seule</p> | <p>Non concerné</p> | <p>« vivait chez ses parents »</p> | <p>« il était retranché »</p> | <p>Non concerné</p> | |
| <p>Aidé par les autorités publiques (maire, gendarmes, pompiers), évoque la solidarité autour du généraliste et du patient « le maire, on a dû appeler les pompiers, les gendarmes... »</p> | <p>La MG a appelé du domicile « j'ai appelé les pompiers »</p> | <p>Non concerné</p> | <p>Non concerné</p> | <p>Non concerné</p> | <p>Urgences psychiatriques</p> | <p>Non concerné</p> | <p>Non concerné</p> | <p>Aidé par les intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux avec lesquels il effectue des staffs « des staffs (...) l'assistante sociale (...) l'infirmier (...) le psy (...) la voisine »</p> | <p>non concerné</p> | <p>non aboré</p> | <p>Pas besoin d'aide « j'ai été seul avec ses parents »</p> | <p>« je lui ai fait un appel plus tôt »</p> | <p>Non concerné</p> | |
| <p>« La famille est témoin des difficultés impliquées par la pathologie psychotique au quotidien, de ce fait la famille en plus d'être témoin, est fortement impactée par la maladie, c'est l'épuisement »</p> | <p>« Les urgences « le couple a été amené aux urgences »</p> | <p>Non concerné</p> | <p>Non concerné</p> | <p>Non concerné</p> | <p>CHS</p> | <p>« fait hospitaliser »</p> | <p>Urgences « sur l'antenne psychiatrique des urgences »</p> | <p>Non concerné</p> | <p>non concerné</p> | <p>non concerné</p> | <p>« je n'ai fait l'hospitaliser »</p> | <p>CHS fait l'hospitaliser »</p> | <p>Non concerné</p> | |
| <p>« La MG précise son itinéraire de visite à son mari seulement concernant les patients psychotiques » qu'il seche quand même que j'y suis allée (...) une habitude un peu de sécurité (...) De ce que je ne fais pas bien sûr avec mes autres patients. »</p> | <p>« limiter les visites » « les visites à domicile c'est un point barre. »</p> | <p>Non concerné</p> | <p>Soigner communiquement avec patient</p> | <p>Non concerné</p> | <p>Pas de précautions mises en place</p> | <p>« forces de l'ordre de supra »</p> | <p>Pas de précautions mises en place, qu'il se sent non concerné par le danger du fait de l'exercice rural « en milieu rural (...) pour éviter tout ça »</p> | <p>Pas de précautions mises en place malgré un vécu de visite dangereuse « une haie (...) en la bordissant » « Le danger est relatif « ça peut arriver »</p> | <p>Non concerné</p> | <p>« aucune raison que nous nous déplaçons. »</p> | <p>Vigilant, sans mesures de précautions particulières mises en place hormis l'instauration d'un climat de confiance avec le patient « proximité (...) échanger (...) à l'écart (...) mettre en confiance (...) prises de risque (...) vigilance »</p> | <p>Non concerné</p> | <p>« pas de précautions »</p> | |
| <p>« Plus tôt avec des patients présentant des troubles de la personnalité de type paranoïa « des patients qui sont plutôt paranoïaques... ils sont jusqu'au bout psychotiques... » « Le médecin cotoie le patient dans la vie de tous les jours y compris en dehors du cabinet et après l'hospitalisation, cette proximité est source d'inquiétude « non les voit, en faisant des courses, en... » « Difficulté lors de présence de comorbidités (addictions) avec des troubles psychiatriques « patients qui sont à la fois schizo-phréniques et sous l'emprise de drogues dures. La ça part vraiment » « Sentiments de peur et de solitude »</p> | <p>« Un patient qui s'agite au cabinet par rapport à ses cotisations » « faire un petit peu d'éducation (...) » « Fait de la pédagogie « j'ai essayé de lui expliquer le point barre. » « agressé verbalement « me traiter de sous les noms »</p> | <p>Non concerné</p> | <p>« violence »</p> | <p>« danger »</p> | <p>« (con) situation en compte (non danger psychotique) »</p> | <p>« une situation conflictuelle »</p> | <p>« Plus tôt de l'inconfort/difficulté que du danger » « assez inconfortable (...) assez perturbant (...) »</p> | <p>Non concerné</p> | <p>Patient d'adriologie ayant fait pression sur le MG « un serrage (...) nous serrasse (...) Redrige vers les urgences « on est exécutée par la présence d'armes redirige »</p> | <p>Avec des patients psychotiques présentant des problèmes d'observance, le MG présente la peur d'être agressé « l'observance (...) peut d'être agressé » « Cela peut être agressé »</p> | <p>Relative « une agression recadrée par la finale ment il fait y a une contrainte pour moi »</p> | <p>Relative « des menaces, des choses, patient mais qui psychotique »</p> | <p>« danger potentiel »</p> | |
| <p>« Le cabinet est jugé non adapté « pas forcément au mot à dire (...) fenêtres qui ne s'ouvrent pas (...) on est au deuxième étage » se retrouve prise au piège « mon bureau il est contre le mur (...) le patient entre la porte et moi (...) les cabinets communiquent « en plein dans le boug »</p> | <p>« Une petite pièce séparée des deux bureaux de consultation... porte elle est sur l'autre versant. »</p> | <p>Local non adapté « bloqué »</p> | <p>Local non adapté « bloqué »</p> | <p>Local non adapté « bloqué »</p> | <p>« Un bureau adapté « baie vitrée »</p> | <p>« coincée derrière mon bureau »</p> | <p>Premier cabinet non adapté à la futa « On était piégés » « Deuxième cabinet : présence d'une porte d'entrée et d'une porte de sortie mais salle d'examen « dans une impasse » : « porte d'entrée pour les patients (...) une secrétaire (...) pour les médecins, (...) pas d'issue »</p> | <p>Reconnait que la configuration de son cabinet n'est pas adapté en cas de situation de danger « un rat (...) plus la claie »</p> | <p>Facilité du plain pied « par la fenêtre, le plain pied »</p> | <p>« La présence des confères est vécu comme rassurant et encore ? »</p> | <p>Non adapté « pas d'issue »</p> | <p>« coincé derrière mon bureau »</p> | <p>« pas de porte qui donne dans le couloir »</p> | |
| <p>« Localisation du cabinet en centre-boulevard, « en plein dans le boug »</p> | <p>« Une petite pièce séparée des deux bureaux de consultation... porte elle est sur l'autre versant. »</p> | <p>Local non adapté « bloqué »</p> | <p>Local non adapté « bloqué »</p> | <p>Local non adapté « bloqué »</p> | <p>« Un bureau adapté « baie vitrée »</p> | <p>« coincée derrière mon bureau »</p> | <p>Premier cabinet non adapté à la futa « On était piégés » « Deuxième cabinet : présence d'une porte d'entrée et d'une porte de sortie mais salle d'examen « dans une impasse » : « porte d'entrée pour les patients (...) une secrétaire (...) pour les médecins, (...) pas d'issue »</p> | <p>Reconnait que la configuration de son cabinet n'est pas adapté en cas de situation de danger « un rat (...) plus la claie »</p> | <p>Facilité du plain pied « par la fenêtre, le plain pied »</p> | <p>« La présence des confères est vécu comme rassurant et encore ? »</p> | <p>Non adapté « pas d'issue »</p> | <p>« coincé derrière mon bureau »</p> | <p>« pas de porte qui donne dans le couloir »</p> | |
| <p>« Fuite par une pièce indépendante qui ferme à clé avec présence d'une sorte de secours. On fuit par la porte d'entrée du cabinet « l'issue de secours » La fuite fait parti de la prise en charge « la fuite, « une solution, la mienne »</p> | <p>« Non réalisable, pense à se défendre et à fuir juste un coup de poivre dans les yeux »</p> | <p>Non élaboré</p> | <p>Alerte « je suis derrière la baie vitrée »</p> | <p>« une haie vitrée où je peux partir »</p> | <p>« une fenêtre pas très loin de mon bureau »</p> | <p>« je pourrais utiliser »</p> | <p>Un certain « débranchement » concernant le scénario de fuite « il n'y en avait pas mais je l'ai pas non plus imaginé »</p> | <p>Pas de scénario de fuite établi</p> | <p>« Envisage la futa par la fenêtre d'en haut »</p> | <p>Non élaboré</p> | <p>« Ou assommer le patient et descendre les escaliers »</p> | <p>« fuit par ici »</p> | <p>« ne la porte est proche de la sortie »</p> | |
| <p>« Résultats consultation »</p> | <p>« J'essaie »</p> | <p>Non familiarisée</p> | <p>Familiarisée « Je suis sûr »</p> | <p>Non familiarisée « Je ne vois pas de quoi ça parle »</p> | <p>Non familiarisée « je ne vois pas de quoi ça parle »</p> | <p>« Pas du tout ! »</p> | <p>Non aboré</p> | <p>Non aboré</p> | <p>Non aboré</p> | <p>non aboré</p> | <p>« trop compliqué pour moi »</p> | <p>« ne pour pas coder »</p> | <p>« Euh, non, non, »</p> | |
| <p>« Situation dangereuse en Visite »</p> | <p>« Visite d'un patient à domicile « des armes à feu au domicile lors de la prise en charge »</p> | <p>« chez un patient à feu »</p> | <p>Non concerné</p> | <p>« une arme à feu »</p> | <p>« une arme à feu »</p> | <p>« une arme à feu »</p> | <p>Réact d'une agression « pris un coup de pied » « Minimisation de l'agression qui rest pas ressentie comme dangereuse « il a été maîtrisé »</p> | <p>Première expérience « un fusil (...) échappé belle (...) fou »</p> | <p>« Demande d'intervention psychotique émanant de l'autorité publique »</p> | <p>Appel pour hospitalisation d'un psychotique « en pleine agitation »</p> | <p>« patient menacé »</p> | <p>« sorti le fusil ; Assis »</p> | <p>« pas eu d'incident »</p> | |
| <p>« Mesures mises en place »</p> | <p>« Le médecin prévient son entourage de la situation avec objectivité « répondre à l'instinctivement » La démission de la profession est un point fort (permet de se « servir de l'image de la femme pour désamorcer une situation de conflit » l'image de la femme pour apaiser l'agressivité »</p> | <p>« limiter les visites à domicile c'est un point barre. »</p> | <p>« Pas de mesures mises en place »</p> | <p>« Est-ce que je l'ai fait en visite ? Euh Non non »</p> | <p>« Pas de mesures mises en place »</p> | <p>« Est-ce que je l'ai fait en visite ? Euh Non non »</p> | <p>L'exercice en milieu rural est considéré comme une mesure pour éviter le danger « ce choix que j'ai fait de la médecine en milieu rural »</p> | <p>Aucune</p> | <p>Déléguer la prise en charge par l'équipe du SAMU et de l'appeler la gendarmerie et la police</p> | <p>« l'agression est perçue comme un phénomène récurrent et incite à être vigilant « tous les dix ans (...) »</p> | <p>« Pas de mesure spécifique évoquée »</p> | <p>« Soigne sa communication »</p> | <p>« toujours en train de demander, si ce qu'on va dire ou ne pas dire »</p> | |
| <p>« Impact au contact des psychotiques sur la pratique quotidienne »</p> | <p>« Expérience hospitalière aurait permis une remise à niveau concernant la thérapeutique, les psychotropes neuroleptiques récents présenteraient moins d'effets secondaires que dans le passé »</p> | <p>« limiter les visites à domicile c'est un point barre. »</p> | <p>« Plus vigilance »</p> | <p>« Plus vigilance »</p> | <p>« Plus vigilance »</p> | <p>« Plus vigilance »</p> | <p>« Il faut qu'on reste quand même vigilants ! »</p> | <p>« La faible prévalence des troubles psychiques en soins primaires aurait un faible impact sur la pratique quotidienne »</p> | <p>« Apprentissage par l'expérience »</p> | <p>« l'agression est perçue comme un phénomène récurrent et incite à être vigilant « tous les dix ans (...) »</p> | <p>« Soigne sa communication »</p> | <p>« toujours en train de demander, si ce qu'on va dire ou ne pas dire »</p> | <p>« l'agression est perçue comme un phénomène récurrent et incite à être vigilant « tous les dix ans (...) »</p> | |
| <td> <p>« Impact au contact des psychotiques sur la pratique quotidienne »</p> </td> <td> <p>« Expérience hospitalière aurait permis une remise à niveau concernant la thérapeutique, les psychotropes neuroleptiques récents présenteraient moins d'effets secondaires que dans le passé »</p> </td> <td> <p>« limiter les visites à domicile c'est un point barre. »</p> </td> <td> <p>« Plus vigilance »</p> </td> <td> <p>« Plus vigilance »</p> </td> <td> <p>« Plus vigilance »</p> </td> <td> <p>« Plus vigilance »</p> </td> <td> <p>« Il faut qu'on reste quand même vigilants ! »</p> </td> <td> <p>« La faible prévalence des troubles psychiques en soins primaires aurait un faible impact sur la pratique quotidienne »</p> </td> <td> <p>« Apprentissage par l'expérience »</p> </td> <td> <p>« l'agression est perçue comme un phénomène récurrent et incite à être vigilant « tous les dix ans (...) »</p> </td> <td> <p>« Soigne sa communication »</p> </td> <td> <p>« toujours en train de demander, si ce qu'on va dire ou ne pas dire »</p> </td> <td> <p>« l'agression est perçue comme un phénomène récurrent et incite à être vigilant « tous les dix ans (...) »</p> </td> | <p>« Impact au contact des psychotiques sur la pratique quotidienne »</p> | <p>« Expérience hospitalière aurait permis une remise à niveau concernant la thérapeutique, les psychotropes neuroleptiques récents présenteraient moins d'effets secondaires que dans le passé »</p> | <p>« limiter les visites à domicile c'est un point barre. »</p> | <p>« Plus vigilance »</p> | <p>« Plus vigilance »</p> | <p>« Plus vigilance »</p> | <p>« Plus vigilance »</p> | <p>« Il faut qu'on reste quand même vigilants ! »</p> | <p>« La faible prévalence des troubles psychiques en soins primaires aurait un faible impact sur la pratique quotidienne »</p> | <p>« Apprentissage par l'expérience »</p> | <p>« l'agression est perçue comme un phénomène récurrent et incite à être vigilant « tous les dix ans (...) »</p> | <p>« Soigne sa communication »</p> | <p>« toujours en train de demander, si ce qu'on va dire ou ne pas dire »</p> | <p>« l'agression est perçue comme un phénomène récurrent et incite à être vigilant « tous les dix ans (...) »</p> |

| Conclusion | N1 | N2 | N3 | N4 | N5 | N6 | N7 | N8 | N9 | N10 | N11 | N12 | N13 | N14 | N15 | |
|--|--|---|--|---|---|---|----|---|---|---|--|--|--|---|--|--|
| Points de la prise en charge à améliorer | Renforcer la rigueur de la pratique et la motivation à soigner « la rigueur, euh la motivation » Preise en compte de la fragilité liée à la pathologie du schizophrène « plus attentifs avec les patients schizophrènes » | Une meilleure coopération entre le MG et les centres psy « demander à rencontrer les psys » Mais non réalisable du fait d'une contrainte horaire « c'est toujours une question de temps hein ! » | Améliorer sa formation « que je fasse une formation » | Améliorer sa formation « que je fasse une formation » | NSP | « me former plus » | | S'interroger sur la prévention en soins primaires « quelle prévention ? » La prise en charge et le suivi du psychique ne seront pas du ressort du médecin généraliste « il faut un suivi » | | Se dégager plus de temps pour mieux se former « plus de temps (...) plus de connaissances » | Participation à des staff pluridisciplinaires pour améliorer la prise en charge « gérer avec les autres staff pluridisciplinaires (...) le médecin généraliste (...) peut être amené à être appelé (...) c'est bien » | Les intervenants spécialistes seraient responsables d'un mauvais retour d'informations « la réponse elle ne vient jamais ! assez choquant ! » La démarche d'autonomie du patient aurait une part de responsabilité également « démarche du patient » Ceci relève d'une problématique déontologique « d'un point de vue déontologique - un médecin est censé communiquer » | PRADO psy « améliorer avec les psychiatres » « il n'y a pas de dégageur » « ont pas de temps » | | | |
| Participation à des événements en lien avec la psychiatrie | Echanges laconiques dans les lieux et événements « échanges vraiment est-ce qu'on échange ? » Préférence pour une formation continue « à l'ancienne » organisée par les laboratoires pharmaceutiques « les visites (...), on mange ensemble (...) un mailage » | Une formation organisée par les psychiatres « c'est pas une formation, ou ne serait-ce qu'un vrai échange avec les psys, qu'ils nous disent qu'est ce qu'on peut faire en fait ! » Propose des événements pour combler les échanges laconiques actuels avec les psychiatres « c'est vraiment des échanges qui manquent. Une formation aussi, mais des échanges principalement. » | « par des psychiatres », sur des cas concrets » Soirée de formation « une soirée où il y a des échanges qui se font avec des psychiatres du coin » | Souhaite des rencontres avec le CMP « faire des échanges avec des psychiatres du CMP. » | | « formations médicales pures » ou « quelque chose qui se fait localement » | | Pas intéressé « Non » | | Une formation en lien avec la psychiatrie pour enrichir sa culture personnelle « Bar intéressé » | La présence d'équipe de psychiatrie serait plus importante que la formation des MG « intéressé par les formations mais évoque la problématique du temps dont il manque, ce qui empêcherait de se former « (...) c'est pas le temps (...) intéressé par plein de choses. L'exercice de formation envisagé devrait être validé par le DPC « Sous forme de formation de validation pour la DPC quoi ! » | « Je suis intéressé par les formations mais évoque la problématique du temps dont il manque, ce qui empêcherait de se former « (...) c'est pas le temps (...) intéressé par plein de choses. L'exercice de formation envisagé devrait être validé par le DPC « Sous forme de formation de validation pour la DPC quoi ! » | Satirique « une manière pour avoir plus de personnes ! » | Non abordé | participe déjà « la seule formation que je fais » « Soin somatique en psychiatrie. » | |
| Sujet non abordé au cours de l'entretien | Inquiétudes concernant la psychiatrie de demain « j'aurai une diminution de l'humanité chez les psychiatres actuels » « On a perdu la psychiatrie (...) Des humanistes, comme c'est pas permis (...) dans quelle direction on va. » | Ne se prononce pas « ça ne me vient pas » | | « Rien d'autre, non. » | « Solement social à l'origine de certains troubles psychiatriques « critères socio-économiques au rouge ! (...) ça favorise certainement les maladies psychiatriques ! Ou les décompensations en fait ! » | | | Rôle essentiel du généraliste dans le parcours de soins psychiatriques « psychiatrie basique (...) mais essentielle » Importance de l'interrogatoire « si tu ne te questionnes pas » Guider le patient pour qu'il décrive son mal-être « les aider (...) à verbaliser les choses » La limite est la pudeur des émotions/sentiments du patient « éprouve que de remettre à nu » Souligne l'importance de l'empathie « avoir de l'empathie ! » Revient sur la notion de somatisation « Ce que les gens expriment par leur corps, (...) Mettre des mots sur des souffrances » | | Propose une coopération avec les services de psychiatrie « la médecine générale a le rôle de repérer les patients à risque de décompensation » « mieux connaître les personnes à risque (...) de l'unité psychiatrique locale » Revient sur la sécurité au contact des patients psychiatriques qui décompensent « Hélas que le médecin doit prendre des risques » | Hésitant et dissonant sur ce point : « il y a beaucoup de choses à dire » mais « rien ne vient » | Bilan : satisfait de sa carrière de MG « globalement, j'ai vécu des choses intéressantes » « je veux faire une médecine plaisante, sectorielle » « ça, les patients de psychiatrie n'épanouissent pas de problèmes » | | « que le regard des médecins change sur les patients de psychiatrie » | | |
| Prise en charge des patients psychologiques au cours des soins primaires | L'éducation thérapeutique est perçue comme un outil pour que le patient gagne en autonomie « les éduquer à... à prendre en charge leurs soins » | Le début de la prise en charge est difficile « c'est compliqué (...) c'est ce qui est compliqué » | NSP | NSP | La communication « une bonne communication entre les psychiatres et les médecins généralistes seraient bienvenus » | « Ne pas stigmatiser « la vision qu'on peut avoir d'eux ». En phase de décompensation on peut être méfaste pour eux » | | Rien à signaler | Rien à signaler | Propose d'instaurer une formation spécifique pour les internes « un module « prise en charge/urgences en psychiatrie » | Souhaite qu'il y ait moins « d'errance » au cours de la prise en charge des patients psychologiques. Avec des limites identifiées telles que « les libertés individuelles » qui « font obstacles ». Évoque la perte de chance « attendre qu'on arrive à des catastrophes » | NSP « pas beaucoup de recul » | | « cabinet du médecin généraliste n'est sûrement pas le suivant ! » | « Euh... non ! » | |
| Augmentation des symptômes psychiatriques | Augmentation dans le contexte actuel de COVID19 de l'anxiété chez les patients qui les rendraient hostiles envers la médecine. « il y a une augmentation (...) des troubles anxieux ce n'est sûr, beaucoup de troubles anxieux, comme si on était un peu des phares (...) tellement des troubles anxieux qu'ils deviennent hostiles à la médecine. » | Oui, majoration des troubles anxio-dépressifs en période de COVID 19 « deux jours de régulation par semaine (...) le nombre d'appels qu'on avait juste pour des moments de ras le bol, des crises d'angoisse, chez des gens qui avant étaient considérés comme équilibrés. C'est assez monstrueux ! Mais bon voilà, ça nous passera ! » | Renforcer la formation « on a besoin d'une professionnelle » | Troubles anxio-dépressifs chez les sujets jeunes en contexte de covid « Oh oui ! Depuis le COVID (...) Il y en a plein (...) Un peu des deux quand même » | Non constatée « je n'ai pas eu de nouveaux » | « En population étudiante « plus de difficultés justement chez des jeunes confinés, des étudiants confinés » | | Psychiatrisation de la société « choses qu'on a psychiatriées » | Recrudescence des troubles anxieux dans le contexte actuel de COVID 19 « ça va faire décompenser (...) L'anxiété il y en a beaucoup » | Ne se prononce pas sur l'augmentation de l'incidence « on les cherche on les trouve ! » | Biais de sélection de la patientèle « Alors est-ce que c'est une augmentation ? Non ! Non j'en vois peut-être un peu plus parce que j'ai mûri avec le temps ! » Majoration des syndromes dépressifs pendant la période de COVID 19 « en ce moment dans la période COVID, oui ça c'est évident, là avec ce confinement... On a eu beaucoup de gens, j'ai eu des suicides, enfin des diverses... euh... qui décompensent quoi ! Donc c'est surtout les déprimés hein ! » et « bien sûr en EHPAD les glissements, les syndromes (...) Après il y a aussi les troubles liés aux addictions aussi ! » | « avec la COVID il y a plus de notre activité pour tout le monde » | « plus de patients dans notre activité professionnelle » | « pas de décompensation » | « vachement biaisé vu le contexte ! » « il y a une majoration des décompensations » | |

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : TISIN ANTHONY

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : Le ressenti du médecin généraliste face au patient psychotique

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : Étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes de Basse Normandie : ressenti face au patient psychotique.

Introduction : Le généraliste, avec son rôle pivot, de premier recours, sera sollicité en deuxième ligne après le psychiatre. Et parfois en première ligne lorsque les capacités organisationnelles de la psychiatrie de ville seront dépassées, afin de remplir son rôle de médecin dit « accessible ». Lorsque le médecin généraliste est en première ligne celui-ci a un rôle d'alerte, avec toutes les spécificités que comporte la prise en charge d'un trouble psychiatrique.

Méthode : Cette thèse a été réalisée selon une étude qualitative, afin de recueillir le plus fidèlement possible le ressenti des médecins généralistes. Les données ont été exploitées et comparées à l'aide d'un tableur à saisie manuelle.

Résultats : Les symptômes psychotiques compliqueraient la prise en charge. Il peut exister un ressenti de difficulté.

Conclusion : Lorsque les médecins interrogés sont formés à la psychiatrie, ils n'évoquent pas la formation dans les points de la prise en charge à améliorer, a contrario lorsque les médecins interrogés ne sont pas formés à la psychiatrie, ils évoquent la formation dans les points de la prise en charge à améliorer, ce qui montre une certaine volonté à se former lorsqu'ils estiment que leur formation est laconique. Les médecins généralistes interrogé(e)s sont plus volontiers acteur(trice)s dans la prescription de psychotropes lorsqu'ils(elles) sont formé(e)s à la psychiatrie. La formation initiale paraît inadaptée, cependant les médecins interrogés semblent motivés pour se former afin d'obtenir une prescription optimale des psychotropes.

MOTS-CLÉS : Soins primaires / Psychose chronique / Ressenti

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : The general practitioner's feelings towards the psychotic patient

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS : Qualitative study with 15 general practitioners of Basse Normandie : felt in the face of the psychotic patient.

Introduction : The generalist, with his pivotal role, first resort, will be solicited in the second line after the psychiatrist. And sometimes on the front line when the organizational capacities of city psychiatry are outdated, in order to fulfill its role as a so-called "accessible" physician. When the general practitioner is on the front line, he has an alert role, with all the specifics involved in managing a psychiatric disorder.

Method : This thesis was carried out according to a qualitative study, in order to collect as faithfully as possible the feelings of general practitioners. The data were exploited and compared using an input spreadsheet.

Results : Psychotic symptoms would complicate management. There may be a feeling of difficulty.

Conclusion : When the doctors interviewed are trained in psychiatry, they do not mention training in the points of management to improve, a contrario when the doctors interviewed are not trained in psychiatry, they talk about training in the areas of empowerment to be improved, which shows a certain willingness to train when they feel their training is laconic. The general practitioners interviewed are more likely to be involved in the prescription of psychotropic drugs when they are trained in psychiatry. Initial training seems inadequate, but the doctors interviewed seem motivated to train in order to obtain an optimal prescription of psychotropic drugs.

KEY WORDS : Primary care / chronic psychosis / Feelings