

**Université Lille 2**

**Université Paris 13**

**APHM/CHU Sainte-Marguerite Marseille**

**CCOMS EPSM Lille Métropole**

Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire

« Santé mentale dans la communauté : études et applications »

Année 2017

**Face(s) à la coopération entre la psychiatrie et la médecine  
générale : rencontre entre internes de médecine et usagers du  
système de soins**

Antoine COLLIEZ, interne de psychiatrie, Faculté de Médecine Henri

Warembourg, Université Lille 2

Tutrice : Aude CARIA, directrice du Psycom à Paris

## **Remerciements :**

Premier travail de recherche de mon internat, qui en appelle d'autres, alors pour commencer je remercie la fin d'approcher.

Merci à tous ceux qui m'ont soutenu et aidé à mener ce mémoire à terme. Le pied du mur c'est fatigant, la courte échelle ça aide : Marilyn pour cette nuit de biblio, Déborah pour les discussions anxiolytiques anti-pensées obsessionnelles, Aude pour ta confiance encourageante et tes conseils, et puis les autres non cités, merci pour vos encouragements.

Merci à ceux qui ont permis de réaliser cette enquête : Bianca pour avoir été présente avec enthousiasme au pied levé, aux 9 participants dont je conserve l'anonymat, mais ne pensez pas être des lettres numérotées... Vous rencontrer dans ce cadre tous les 9 a été une vraie expérience enrichissante, agréable, et inspirante. Ce sera un plaisir de vous recroiser.

Merci aux chefs et autres personnes qui ont permis aux participants de venir.

Merci aux équipes de la MGEN pour les conditions idéales de vos locaux prêtés, particulièrement à Nathalie MOSTAERT, Sophie DELILLE et Emmanuel LEBLEU pour votre accessibilité, votre accueil et votre gentillesse.

Merci aux amis, de la promo et d'ailleurs, pour ces discussions apaisantes, et tous les moments de joie que l'on partage. Quel chanceux je suis de vous avoir.

Même remarque pour ma famille. Merci de m'avoir permis de développer des compétences bien utiles... Merci pour l'amour qui nous lie tous. Et merci pour votre présence sans faille, même si le domaine de la psychiatrie est souvent obscur pour vous aussi... Peut-être trouverez-vous quelques éclaircissements ou intérêt en lisant ce mémoire.

Merci enfin à tous ceux qui vont appliquer, petit à petit, toutes les idées dont grouille ce travail, inspiré de plein d'autres travaux qui grouillent aussi, dans vos quotidiens. Merci pour les soignants et soignés que ça pourra bien aider, j'en suis convaincu.

Et puis merci à mon lit, à la musique, au chocolat et aux tisanes d'exister. Fidèles compagnons face à l'adversité.

## Table des matières

Abréviations .....	- 1 -
Traductions.....	- 1 -
Introduction.....	- 2 -
I) La coopération entre psychiatres et généralistes, entre ombre et lumière .....	- 4 -
A. Une nécessaire coopération.....	- 4 -
1. La formation .....	- 4 -
2. Les missions de la médecine générale .....	- 5 -
3. Le secteur de psychiatrie.....	- 6 -
B. Des difficultés identifiées anciennes et lourdes de conséquences .....	- 7 -
C. Des recommandations nécessaires et mal connues .....	- 8 -
1. De l'importance des troubles psychiques .....	- 8 -
2. Le Médecin Généraliste, un acteur majeur de santé mentale.....	- 8 -
3. En pratique, ça capote.....	- 10 -
D. Matériel et méthode : .....	- 12 -
II) La rencontre des 2 mondes .....	- 14 -
A. Représentations et idées reçues .....	- 14 -
B. Disposition et échantillon :.....	- 14 -
C. Les vécus.....	- 16 -
D. Impressions et sentiments .....	- 24 -
E. Motivation à la collaboration .....	- 25 -
F. Des améliorations nécessaires .....	- 26 -
G. Les priorités .....	- 28 -
H. Les pistes d'améliorations .....	- 33 -
I. Le mot de la fin .....	- 37 -
III) Discussion : limites, ouverture, espoirs, actions .....	- 39 -
A. Limites de l'étude .....	- 39 -
B. Des dispositifs généraux.....	- 39 -
C. Des dispositifs pratiques et inspirants .....	- 41 -
Conclusion .....	- 45 -
Bibliographie (par ordre alphabétique).....	- 47 -
Annexe 1.....	- 53 -

Annexe 2 : conclusions des principales études illustrant les difficultés de coopération entre médecins généralistes et psychiatres : .....	- 54 -
Annexe 3 : conséquences sur les prises en charge de cette collaboration MG-MP .....	- 56 -
Annexe 4 : causes des années vécues avec une incapacité dans le monde selon l’OMS .....	- 57 -
Annexe 5.....	- 58 -
Annexe 6.....	- 59 -
Annexe 7.....	- 60 -

## **Abréviations**

CASP : Centre d'Accueil et de Soins Psychiatriques

CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CoFoR : Centre de Formation au Rétablissement

CNQSP : Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie

DSP : Dispositif de Soins Partagés

FST : Formations Spécialisées Transversales

GEM : Groupe d'Entraide Mutuel

HDJ : Hôpital De Jour

IMG : Interne de Médecine Générale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IP : Interne de Psychiatrie

MG : Médecin Généraliste – Médecine Générale

MP : Médecin Psychiatre

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPSM 78 : Réseau de Promotion de la Santé Mentale des Yvelines

SMPG : enquête « Santé mentale en population générale »

U : Usager du Système de Santé (mentale ici)

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of family doctors.

## **Traductions**

Evidence based medicine : médecine basée sur les preuves

Focus group : groupe focalisé

## **Introduction**

Pour débiter ce mémoire, je vous propose un succinct retour sur le parcours qui m'y a mené. Durant mes études de médecine, et malgré la densité de la formation, j'ai souvent été attiré et acteur de projets associatifs, entre corporations locales et fédérations internationales d'étudiants, toujours aimanté vers des actions de prévention, de réflexion, sur la santé globale ainsi que sur nos pratiques, nécessitant de « se rencontrer ».

**Se rencontrer**, dans le monde actuel, si ouvert, si communicant, et si virtuel, paraît être **un défi nécessaire**. Particulièrement dans un domaine où l'être humain est au centre : la médecine. Car c'est de cela qu'il s'agit.

Quand on parle de santé, on pense tout de suite au médecin, au « docteur ». Cette personne qui va sauver notre proche qui va si mal, ou apaiser nos maux. Cette personne qui sait comment fonctionnent les êtres humains, et qui peut donc nous réparer.

Sans revenir en détail sur l'Histoire de la médecine, sur ses découvertes empiriques et fortuites si nombreuses, pour ne pas dire majoritaires, il est intéressant de mettre en perspective le **médecin philosophe** de l'antiquité, l'un des principaux régisseurs de la cité, le médecin itinérant du moyen âge, le « barbier-chirurgien », et ses panacées, ou encore le médecin du triumvirat siégeant à côté du maître d'école et du prêtre des siècles derniers.

La révolution scientifique du XIXème puis du XXème siècle a vu l'émergence de la « médecine basée sur les preuves », aussi appelée « **evidence based medicine** », moins limitée par les anciens dogmes et interdits sociétaux. Celle-ci a permis plus de rigueur dans l'observation du corps, et la compréhension des maladies qui le touchent. Ainsi, la santé de la population s'est considérablement améliorée, avec l'espérance de vie comme marqueur principal.

De nos jours, c'est cette médecine qui est souveraine. On parle, pour juger un article recevable, de « niveau de **preuve** scientifique », et plus il est bon, plus on s'y fiera aveuglément. Mais il y a des bastions au sein même de la médecine, qui résistent à la compréhension « froide » de preuves linéaires intangibles. C'est particulièrement le cas de la psychiatrie.

Malgré d'importants efforts en recherche, cette spécialité explore l'incompris, l'incompréhensible, le bizarre, l'hors du commun. Comme toute spécialité, elle s'insère dans le « **parcours de soin** du patient ». C'est le médecin généraliste (MG) qui coordonne ce

parcours, tel un chef d'orchestre orientant sa baguette vers tel ou tel groupe spécifique d'instruments de musique, avec diverses nuances, à différents moments.

Dans ce monde de la santé hyper-fractionné, après avoir « saucissonné » l'être humain et son corps, un médecin unique, sachant et omnipotent, ne s'envisage plus. On parle de système de santé « **en réseau** ».

C'est pourquoi la **coordination** entre les spécialités médicales est devenue nécessaire. La médecine générale pouvant elle aussi être considérée désormais comme une spécialité. Celle de l'évaluation et des soins primaires, des suivis, et de la coordination entre les lieux et acteurs du système de santé.

C'est cette **coopération** qui est étudiée dans ce mémoire, se concentrant sur celle qui concerne la psychiatrie et la médecine générale.

Nous verrons comment ces 2 spécialités peuvent, plus ou moins facilement, se conjuguer, et nous irons à la rencontre de futurs MG, de futurs médecins psychiatres (MP), et d'usagers du système de santé mentale (U), afin de discuter ensemble cette collaboration complexe et essentielle lors d'un « **focus group** », une méthode d'étude qualitative permettant ce genre de rencontre.

Ce travail s'inscrit dans le modèle de **santé communautaire**, où les soins se décentrent des hôpitaux, où les soignants remettent en question leur spécialisation cloisonnante, sans renier leurs spécificités. Enfin, ce modèle replace l'individu et son groupe au centre des « prises en soin », s'appuyant sur les compétences de l'environnement social, incluant tous les acteurs de nos « cités », et valorisant le savoir expérientiel dit « profane » des usagers du système de soins, afin de nourrir le savoir médical « classique », et d'améliorer la santé globale des populations.

On comprend d'ores et déjà bien que dans ce modèle, il n'y a pas de soins sans coopération multiple et pluridisciplinaire, d'où le sujet de ce mémoire.

Ce mémoire sera séparé en trois parties :

- La première, introductive, sur ces deux acteurs du monde la santé
- La deuxième sur le travail de rencontre (focus group) et d'échanges effectué.
- La troisième, pour une discussion d'ouverture.

## I) La coopération entre psychiatres et généralistes, entre ombre et lumière

### A. Une nécessaire coopération

#### 1. La formation

MG et MP sont issus du **même tronc commun**, constitué de 6 années d'études médicales divisées chronologiquement en :

- Une « PACES » (première année commune aux études de santé)
- 2 ans permettant d'obtenir le « DFGSM » (Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales)
- Une période de 3 ans aussi appelée « **externat** », débouchant sur le « DFASM » (Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales) et les « ECN » (Epreuves Classantes Nationales).
- Selon le classement national obtenu aux « ECN », l'externe deviendra **interne** dans une région et une spécialité donnée qu'il aura choisie. Cet « **internat** » durera entre 3 et 5 ans, et se terminera par la « thèse de médecine » (agrémentée de mémoire(s) ou portfolio), offrant le titre tant attendu de Docteur en médecine (spécialisé en médecine générale, cardiologie, psychiatrie, etc).

Les MP et MG ont donc ce bagage commun de formation en **santé « globale »**, allant de l'anatomie (et ses dissections) aux sciences humaines (et ses réflexions éthiques), ou encore de la mécanique cardio-vasculaire ou urologique, à l'imagerie du cerveau et des os.

Cependant, l'internat les fait diverger en 2 **maquettes** (schématisées en **annexes 1 et 2**), modifiées par une réforme qui sera appliquée à partir de Novembre 2017 :

- Pour la MG : 6 semestres comprenant obligatoirement des stages en médecine d'urgence, en santé de la femme, en santé de l'enfant, en médecine polyvalente, et chez un médecin généraliste. A noter que dans l'ancienne maquette, « un temps, équivalent à un semestre, [devait] être consacré aux problématiques de santé mentale, sans en préciser la teneur et le contenu » (Fovet, Amad, Geoffroy, Messaadi, & Thomas, 2014).
- Pour la psychiatrie : 8 semestres, comprenant de la psychiatrie adulte, de la psychiatrie de l'enfant, et au choix de la psychiatrie de l'adolescent, de la personne âgée, en

périnatalité ou en addictologie. La 3<sup>e</sup> phase dite de « consolidation » de la maquette permettra de découvrir au choix la psychiatrie libérale ou mixte (hospitalo-libérale).

Malgré cela, MG et psychiatrie partagent une conception bio-psycho-sociale particulièrement développée du patient, où la personne prime sur l'organe.

## 2. Les missions de la médecine générale

Si on se réfère à l'article L4130-1 du Code de Santé Publique, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 68, les missions du MG comprennent « la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies, ainsi que l'éducation pour la santé », mais aussi **l'orientation** des patients « dans le système de soins et le secteur médico-social », **la coordination des soins**, le suivi des maladies chroniques « **en coopération** avec les autres professionnels ». Ces mêmes missions sont énoncées sur le site « Améli » de l'assurance maladie avec notamment la coordination des soins et l'orientation dans le « **parcours de soins coordonnés** ».

Il est d'ailleurs intéressant de préciser ici qu'un psychiatre peut-être consulté en « accès direct spécifique », permettant un remboursement normal sans être orienté par le MG, mais uniquement si le patient a entre 16 et 25 ans (« Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés », s. d.). Cependant, il n'y a aucune exigence légale ou réglementaire de prendre préalablement attache avec un médecin libéral avant un rendez-vous avec un professionnel de la psychiatrie. Ce sont les prix et les remboursements qui peuvent varier (« Remboursement d'une consultation médicale », 2017).

Notons que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) **recommande depuis 2001 que le MG soit le premier contact** (même en psychiatrie, ce qui est l'inverse du modèle français actuel « de secteur »), et d'intégrer le traitement des troubles mentaux au niveau des soins primaires. C'est, selon l'OMS, le « défi de ces prochaines années pour tous les pays : intégrer la santé mentale dans la santé publique, et les soins psychiatriques **dans les soins de santé primaires intégrés dans la cité** » (Funk, Benradia, & Roelandt, 2014). On sait aussi que cette recommandation correspond au désir des usagers. Enfin, le rapport de l'OMS et de l'organisation mondiale des médecins de famille (WONCA) de 2008 (World Health Organization & World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, 2008) nous précise, avec sagesse, que cette « intégration est un **processus**, et non un évènement ».

### 3. Le secteur de psychiatrie

Ce qu'on appelle « secteur de psychiatrie » est un ensemble de services et de structures de santé mentale, répartis sur un **territoire géographique précis** dans le but de servir ses habitants. Cet ensemble regroupe classiquement, et selon les endroits, des services d'hospitalisations complètes (« classiques »), d'hospitalisations de jours (HDJ), des Centres Médico-Psychologiques (CMP), des Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP), mais aussi de plus en plus d'équipes mobiles. En son sein se trouvent des équipes pluridisciplinaires médico-sociales constituées, selon les secteurs, de médecins psychiatres, de psychologues, d'infirmiers, de secrétaires médicales, d'orthophonistes, de psychomotriciens, d'assistantes sociales, d'ergothérapeutes, d'éducateurs, etc. Une certaine souplesse d'organisation est laissée, nous l'illustrerons dans la discussion.

C'est une **circulaire « relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales »** (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 1960), soutenue par un groupe de psychiatres célèbres (Bonnafé, Daumézon, Ey...), qui met en place ce « dispositif de lutte contre les maladies mentales ». Ses missions incluent la continuité entre « le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de post-cure ». Un des leitmotivs principaux est de soigner les malades **au sein de la communauté sociale**, plutôt que de les soigner en dehors des villes, dans les anciennes structures asilaires.

Ce n'est qu'après 25 ans de résistance et de débats entre « Médecins des Hôpitaux Psychiatriques », que le secteur sera reconnu en 1985 comme organisation de la psychiatrie publique au plan national.

Depuis cette époque, les textes se sont succédés notamment sur la place de la psychiatrie à l'hôpital général comme avec la circulaire du 14 Mars 1990, jusqu'à la mise en place, de nos jours, des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), brassant à nouveau les cartes des politiques de soins territoriales.

Ce modèle « de secteur » va actuellement à l'encontre des recommandations plaçant le MG comme premier interlocuteur. En effet, les CMP sont identifiés comme les structures référentes des troubles psychiques, des sortes d'antennes ambulatoires intégrées dans les centres villes. Nous verrons plus tard que cela est à l'origine d'une communication désastreuse pour les patients, et d'une **confusion importante pour les soignants et les soignés**.

Il est intéressant de souligner que « **toute personne** « faisant l'objet de soins psychiatriques » ou sa famille dispose **du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale**, publique ou privée, **de son choix**, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur correspondant à son lieu de résidence » (ARS Ile-de-France, 2013; Code de la santé publique - Article L3211-1, s. d.). En cas de refus de la part d'un CMP, le recours du patient peut-être de saisine du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Les politiques de santé sont plus que jamais réfléchies en termes de **réseaux territoriaux**. C'est dans ce contexte que la psychiatrie et la MG n'ont d'autres choix que de travailler ensemble, malgré leurs différences et leurs spécificités.

## **B. Des difficultés identifiées anciennes et lourdes de conséquences**

Depuis plus de 40 ans, des études illustrent la **collaboration dysfonctionnelle entre les MG et les MP**. Un résumé a été fait dans le tableau en 2 parties présenté en annexe 2 (M.-C. Hardy-Baylé & Younès, 2014). Depuis 1974, on pointe la **communication défectueuse** nécessitant « d'être améliorée des 2 parts » (Williams et Wallace, 1974, source secondaire cf. annexe 2, confirmé par l'étude de Gérard Milleret, Benradia, Guicherd, & Roelandt, 2014), le « **niveau élevé d'insatisfaction** » des MG nécessitant une « amélioration des interactions entre MG et MP » (Brown et Weston, 1992, source secondaire cf. annexe 2), les courriers insuffisants, un « **manque de coordination** et de collaboration » (Orleans et al 1985, source secondaire cf. annexe 2), et enfin que « l'amélioration de la **collaboration** et des **soins partagés** constituent la partie critique d'une solution effective » (Bambling et al. 2007).

De plus, l'annexe 3 et son tableau (M. C. Hardy-Baylé & Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. (C.N.Q.S.P.), 2011) décrivent les **conséquences** sur les prises en charge de cette collaboration dysfonctionnelle, issues de différentes études. Celles-ci concernent autant les soins en eux-mêmes, **touchant le patient** (planification des soins, retard diagnostique ou d'accès aux soins, discontinuité, traitements), mais aussi **la place de chaque médecin** (entraînant des tensions, des risques médico-légaux et un manque de confiance mutuelle).

Chacun de son côté, MG, MP et patient, se retrouve avec ses attentes, sa vision, ses outils, ses limites, ses craintes, ses souffrances et ses tensions. Le système est tel un navire avec 3 capitaines enfermés chacun dans sa cabine, finissant tous les 3 par avoir le mal de mer...

## **C. Des recommandations nécessaires et mal connues**

### **1. De l'importance des troubles psychiques**

Prenons du recul : dans les pays dits développés, la **prévalence annuelle** des troubles mentaux est de 15 à 20%, soit environ **une personne sur 5** touchée. L'OMS estime que 25% (1/4) de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble mental (« Rapport sur la santé dans le monde, OMS – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs », 2001). D'après l'OMS, les troubles psychiques représenteront d'ici 2030 la **principale cause de morbidité** dans les pays industrialisés et la 2<sup>ème</sup> dans les pays en voie de développement. Les troubles psychiques sont la **principale cause de maladies non mortelles dans le monde**. Ils représentent globalement 23% des causes de handicap, devant les troubles musculo-squelettiques : 21,3 % (Handicap.fr, s. d. citant en source secondaire l'enquête « Global burden of disease study », publiée le 29 août 2013 dans les pages du journal médical britannique The Lancet).

On sait aussi, comme l'illustre l'annexe 4, que **4 des 10 principales causes mondiales** d'incapacité sont liées aux problèmes de santé mentale. Enfin, le taux de mortalité est 1,6 à 3 fois plus élevé chez les patients atteints de schizophrénie que dans la population générale, et **leur espérance de vie est diminuée de 20 %**. Cette diminution serait due pour un tiers au passage à l'acte suicidaire, le reste étant **lié à des maladies physiques** (cardio-vasculaires au premier plan), aux **difficultés d'accès aux soins** et à des conditions socio-économiques défavorables (Granger & Naudin, 2015).

### **2. Le Médecin Généraliste, un acteur majeur de santé mentale**

- Le MG est vu annuellement par **70% de la population** (Strathdee, Brown, & Doig, 1990).
- Le MG reste le **premier recours pour des problèmes en lien avec la santé mentale** : selon l'enquête « Santé mentale en population générale (SMPG) » menée auprès de 36000 personnes âgées de 18 ans et plus, entre 1999 et 2003 (Caria, Roelandt, Bellamy, & Vandeborre, 2010), **42% de la population se tourne vers le MG comme 1er acteur en cas de difficultés psychologiques**. Une étude menée sur un échantillon de 441 adultes montre que plus de la moitié d'entre eux (58 %) se tourneraient vers leur médecin généraliste s'ils étaient confrontés à un problème de santé mentale, et que 47 % souhaiteraient que celui-ci assure leur prise en charge (Kovess-Masfety et al., 2007).

- Pour les patients ayant fait une tentative de suicide, c'est le MG qui sera consulté au décours par la majorité d'entre eux (Crawford & Kumar, 2007).
- **15 à 40%** des personnes vues par le MG présentent un trouble mental avéré ou une souffrance psychique isolée ou associée à un trouble somatique (Union général des médecins libéraux d'île de France, 2000). D'autres enquêtes épidémiologiques estiment par ailleurs que **25 à 30 %** de la patientèle des médecins généralistes **souffrirait de troubles psychiatriques ou relatifs à la santé mentale**. En côte d'Or en France, 251 questionnaires remis à des MG ont montré que **plus d'un tiers** de la patientèle des MG consulte pour troubles psychiques (Milleret, Trojak, & Barra, 2004). Le même auteur cite en 2014 (Milleret et al., 2014) un taux allant de 13 à 15% et jusqu'à **une visite à domicile sur 4** (Labarthe & Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.), 2004).

⇒ En résumé, selon les études, il s'agit d'**un patient sur 3 à un patient sur 6** qui vient voir le MG pour un trouble psychique, quel qu'il soit.

- Selon l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) en France, les troubles mentaux **représentent la deuxième raison de recours aux soins chez les MG et la première chez les 25 à 60 ans**.
- Un acte de médecine générale sur 10 comporte un soutien psychothérapeutique comme composante principale (Kandel, Duhot, Very, Lemasson, & Boisnault, 2004).
- Cependant, « Les médecins généralistes considèrent que cette population de patients [ayant un trouble psychique] impose **plus de soins** (83.4%), **plus de temps** (92.3%) et des consultations **plus fréquentes** (64%) et que la possibilité d'obtenir un avis spécialisé est plus difficile que pour les autres disciplines (87.7%) » (Younes et al., 2005).
- Dans le rapport du CNQSP (M. C. Hardy-Baylé & Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. (C.N.Q.S.P.) 2011), on retrouve aussi que : « les patients expriment une **plus grande satisfaction** quand le MG continue à assurer une partie de la prise en charge, ce qui est important pour favoriser une meilleure adhésion au traitement ou une meilleure surveillance des complications » et que « lorsque le suivi ambulatoire est structuré en partenariat **avec le MG**, il rend possible la prise en charge ambulatoire et on constate **moins de ré-hospitalisations** dans le cours évolutif des patients ».

### 3. En pratique, ça capote

Comme le rappelle le même argumentaire du CNQSP que suscité, « l'insuffisance de collaboration entre le MG et le psychiatre est un constat international. **La France**, traditionnellement dans un modèle dit de remplacement, **est le pays européen où la collaboration est la plus inexistante** » (Kovess-Masfety et al., 2007). Le modèle de remplacement correspond au modèle du secteur, où le MG peut-être remplacé par le CMP par exemple, et donc shunté. Ce modèle, où « **le psychiatre est identifié comme le médecin de premier contact** pour les patients présentant des troubles mentaux et responsable de la prise en charge, est partagé par le plus grand nombre de psychiatres libéraux et reste le modèle des Centres Médico-Psychologiques français ». Ceci semble en lien avec la formation des MG : « Il faut rappeler qu'en France, le psychiatre est le premier recours pour de nombreuses personnes dont l'état justifie d'une prise en charge psychothérapeutique exclusive **pour laquelle les médecins généralistes n'ont pas, pour la majorité d'entre eux, de formation ad hoc.** »

Dans une étude de 2008 en France (Briffault, Morvan, Rouillon, Dardennes, & Lamboy, 2010) concernant les personnes souffrant d'épisode dépressif majeur (caractérisé), « **la proportion la plus faible de traitements adéquats** est observée chez celles qui ont eu recours à un médecin généraliste : 37,2 % ont eu traitement adéquat ». Il en ressort également que « Les proportions les plus élevées s'observent pour le recours à un psychiatre (65,1 %) et en particulier pour le **recours à un psychiatre et à un MG (79,7 %)** ». La collaboration semble avoir des résultats positifs !

Un article de 2008 publié dans l'Encéphale (Norton et al., 2009) montrait sur une cohorte de 1151 patients chez 46 MG que, « à l'instar d'autres pays, environ **la moitié des cas [de troubles psychiatriques] est détecté par les MG**. Près de la moitié des patients traités par anxiolytique/antidépresseur ne remplissaient pas ou plus les critères diagnostiques de dépression majeure ou d'anxiété ».

On sait aussi que 8 MG sur 10 initient un traitement médicamenteux lors de dépressions toute sévérité confondue (légère, modérée et sévère), alors que l'efficacité des antidépresseurs dans le traitement des dépressions légères à modérées n'a pas été démontrée contrairement aux psychothérapies (Dumesnil, et al., 2014, sources secondaires : Barbu 2011, Bosmans 2008, Bortolotti 2008, Inserm 2014). Une méta-analyse de 2011 (Mitchell et al., 2012) montre que **les MG ont du mal à différencier les dépressions d'intensité légère à modérée de celles d'intensité sévère**. Pourtant, il est officiellement recommandé de prescrire

immédiatement un antidépresseur uniquement en cas de dépression sévère, sinon il est recommandé une psychothérapie seule en première intention (Amal, 2014).

Il est aussi connu que les MG réalisent **75% des prescriptions d'antidépresseurs et d'anxiolytiques** (Ministère de la Santé, 2005).

Plusieurs recherches soulignent également que des « retards de prise en charge seraient facteurs d'augmentation des risques de suicide, de consommations de toxiques ou de difficultés familiales, scolaires et professionnelles » : la cascade des conséquences négatives d'une mauvaise collaboration est bien visible.

Dans un rapport de la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) de 2008, « **seuls 35 % [des MG] déclarent être suffisamment informés sur les missions et les activités des secteurs psychiatriques** ».

Dans une étude de 2005 publiée dans le BMC Family Practice (Younes et al., 2005), on apprend que « 87,7% des MG considèrent que la possibilité d'obtenir un **avis en psy** est **plus difficile** que pour les autres disciplines », et que « 53,9% disent avoir des **relations plus difficiles** (insatisfaisantes ou très insatisfaisantes) avec les psychiatres qu'avec les autres spécialistes ». Le sujet mérite donc qu'on s'y intéresse...

Dans une autre étude (Gérard Milleret et al., 2014), ayant recueilli 2076 réponses de MG dans plusieurs régions Françaises, il est mis en évidence que **9 MG sur 10 déclarent rencontrer des difficultés pour orienter un patient vers une PEC en Santé mentale**. Ils dénoncent dans l'ordre : un **manque de place**, un **délai d'attente trop long** (90%), et ensuite les **problèmes de communication et de liaison** (71%).

Grâce à une thèse de médecine, où l'auteur se demandait « Que pensent les médecins généralistes lillois de l'utilisation d'un courrier-type, inspiré des recommandations d'adressage au psychiatre? » (Jombart, 2015), on sait aussi que « **la mise en place d'un courrier-type d'adressage ne semble pas permettre, à elle seule, le développement de la communication** ».

Selon la Drees en 2004 et 2008, **récioproquement**, « 39,5% des MG sont insatisfaits des relations avec leurs collègues psychiatres et 31,5% des psychiatres le sont envers leurs collègues généralistes ». On remarque aussi que la communication semble plus difficile dans le cas de suivis longs. Même les MP, d'ailleurs, « reconnaissent que **la quantité**

**d'information diminue au fur et à mesure de la chronicisation d'une prise en charge »** (Catherine, 2012)).

Heureusement, un article de 2002 du British Journal de médecine générale montre que plus les MG travaillent avec les MP, plus leurs attentes deviennent claires, permettant une meilleure collaboration. Enfin, déjà en 1987 une étude Scandinave (Hansen, 1987) montrait que lorsque le suivi ambulatoire est structuré en partenariat avec le MG, on constate dans certains cas **moins de ré-hospitalisations** dans les parcours de soins.

Si l'on résume, on voit persister depuis des années les difficultés de collaboration relevant de la connaissance mutuelle, de la communication, du partage de connaissances, entre MG et psychiatrie. De plus, on observe dans les études et dans la clinique quotidienne, l'impact que cela a sur les **soins**. Ils sont **insuffisamment efficaces, voire délétères**. On sait aussi à quel point les MG sont les premiers interlocuteurs médicaux pour la majorité de la population en France. Malheureusement, à cause de contraintes multiples relevant de leurs missions, mais aussi de lacunes de formation et d'informations, les MG sont en difficulté face aux troubles psychiques, qu'ils soient aigus ou chroniques.

Des solutions sont imaginées dans quelques études, et des recommandations mondiales existent (OMS), porteuses de projets innovants et opérants. Nous y reviendrons plus tard.

C'est ce constat global qui est à l'origine de la problématique de cette étude :

- Comment expliquer, après des décennies de constat affligeant, que les rouages de ces mécanismes de collaboration ne fonctionnent pas mieux ?
- Comment, à la lumière aveuglante des nombreuses études antérieures, affronter ces conclusions et tenter de les modifier ?
- Enfin, les jeunes générations de soignants, en s'associant à des personnes qui ont été ou sont soignées, font-elles le même constat, et ont-elles des ressources et des idées pour qu'à l'avenir cette collaboration soit une réalité, fluide et évidente ? On vérifiera aussi si leurs propositions sont en phase avec celles des études déjà réalisées.

#### **D. Matériel et méthode :**

Un « **focus group** » (Onwuegbuzie, Dickinson, Leech, & Zoran, 2009), « groupe focalisé » en français, est une méthode de collecte de données qualitatives parmi un petit groupe dans une discussion « semi-dirigée » centrée sur un sujet particulier. Cet environnement de groupe est plus propice qu'un entretien individuel pour discuter et échanger ses vécus, ses idées, ses pensées, ses opinions. Le focus group permet enfin une rencontre de

plusieurs sous-groupes, tout en maintenant un sentiment d'appartenance au groupe complet permettant un sentiment de sécurité propice à l'expression.

Suivant les recommandations de l'institut international de méthodologie qualitative (Onwuegbuzie et al., 2009), notre groupe a été constitué de 9 participants, 3 internes de médecine générale, 3 internes de psychiatrie, et 3 usagers du système de soins en santé mentale. Les « usagers » sont des personnes soignées ou ayant été soignées en santé mentale, rétablies ou en cours de rétablissement. L'inclusion d'usagers se base sur le concept très présent en santé mentale communautaire « **d'empowerment** ». Cela correspond à « l'accroissement du pouvoir d'agir », replaçant les usagers au cœur de leur parcours de soins, avec leurs valeurs, leurs difficultés, leurs envies, leurs compétences. C'est d'ailleurs l'une des cinq priorités du plan d'action pour la Santé Mentale en Europe, signé à Helsinki par 52 pays dont la France, sous l'égide de l'OMS (Conférence ministérielle européenne de l'OMS, Organisation mondiale de la santé, & Bureau régional de l'Europe, 2006). La définition qui fait consensus de cette notion inclue « la **transformation** des rapports de force et **des relations** de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements » comme principe clé, ce qui fait écho au sujet du mémoire. Un des leitmotivs est d'**être partenaires**, plutôt que d'avoir des partenaires.

L'animation du focus groupe a été co-modérée par Bianca De Rosario, chargée de mission au Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale d'Hellemmes, et l'interne de psychiatrie à l'origine de ce mémoire. La position des modérateurs est **impartiale**, neutre, **tolérante**, chaleureuse, exploitant la dynamique du groupe en répartissant le temps de parole, veillant au respect et à l'écoute mutuelle, et dirigeant la discussion selon le **guide d'entretien préétabli**.

A donc été construite une **grille d'entretien** pour servir de guide, dans le but de structurer les échanges sur une modalité « **semi-dirigée** ». Les étapes de notre grille correspondent aux sous parties de B à I de la deuxième partie de ce mémoire. Elle explorait d'abord le **vécu** des participants, toujours concernant la collaboration MG-MP, pour constater des témoignages en phase ou non avec les études. Après avoir recueilli les ressentis, et ciblé des parties dysfonctionnelles de la coopération, nous avons questionné les **idées de pistes d'améliorations** selon ces domaines proposés par les participants. Ces propositions seront précisées, menant à des projets concrets qui pourront être priorités.

Le groupe a duré environ 2h, avec une petite pause centrale, agrémentée d'une collation. Il a été enregistré de manière audio et très partiellement en vidéo.

## II) La rencontre des 2 mondes

### A. Représentations et idées reçues

Pour débiter cette 2<sup>e</sup> partie, intéressons nous à la vision de l'interne en psychiatrie (futur psychiatre), par leurs consœurs et confrères des autres spécialités, incluant la MG (Sebbane, 2014).

Parmi les internes de MG (252 ayant répondu à cette enquête nationale française), **39% pensent qu'il n'est plus vraiment médecin**, 56% qu'il a probablement « des antécédents et est souvent bizarre », **37% pensent qu'un interne de psychiatrie « est un tire-au-flanc »**, et 33% pensent que « l'interne de psychiatrie va mal finir, la psychiatrie c'est contagieux ». Une telle perception peut déjà constituer un frein à une collaboration détendue...

Heureusement, **87% des IMG pense que c'est « un interne comme moi »**. Ceci permet d'espérer pouvoir travailler avec quelqu'un que l'on considère comme un pair, et pas un paria.

### B. Disposition et échantillon :

Les extraits vidéo du début du groupe permettent plusieurs observations. Les participants sont disposés en « U ». Dans l'ordre : une interne de médecine générale (IMG), 2 internes de psychiatrie (IP), 2 autres IMG, 2 usagers du système de soins en santé mentale (nous les appellerons « usagers » = U), une 3<sup>e</sup> IP et une 3<sup>e</sup> usagère. Pour simplifier et anonymiser les propos, nous appellerons les participants U1U2U3, IP1IP1IP2, et IMG1IMG2IMG3.

Attardons-nous quelques instants sur les **caractéristiques des participants**.

Dans l'échantillon il y a 5 femmes, 4 hommes, la moyenne d'âge se situe à 32 ans, avec des âges allant de 25 à 50 ans. 6 sur 9 disent avoir « déjà souffert d'un trouble psychique », et parmi ceux-ci, 5 sur 6 disent avoir « bénéficié de soins pour ces difficultés ».

En moyenne, un participant connaît 1 seul autre participant (ce chiffre allant de zéro à 3). 7 participants sont nés et résident dans les Hauts-de-France, et les 2 autres, résidant dans les Hauts-de-France aussi, sont nés l'un en Bourgogne-Franche-Comté et l'autre en Normandie.

Enfin, les attentes et motivations à participer ont été recueillies par écrit et sont de 3 ordres :

- **Améliorer** sa future pratique collaborative et **les pratiques** de soin de manière générale.
- Avancer sur sa maladie, et « faire bouger les mentalités ». Ce qui constitue une motivation de l'ordre du **rétablissement** et de **l'activisme en santé mentale**.
- **Partager** avec des gens de différents horizons et statuts dans le système de soins.

Lors de l'introduction, une ambiance d'attente plutôt calme règne, chacun est arrivé à l'heure ou en avance. Une participante U s'inquiète de l'enregistrement, restant accessible à la réassurance du cadre de l'étude **anonyme et confidentiel**. Par la suite, elle questionnera « l'approche scientifique » du focus group, ce qui sera l'occasion de rappeler ce choix à tous.

L'introduction présente la **question centrale de l'étude**, résumée par le schéma ci-dessous, concernant la collaboration entre médecine générale et psychiatrie.

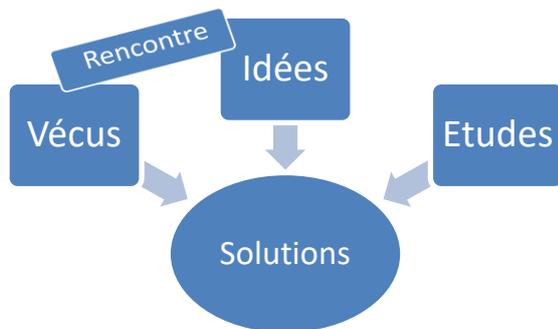


Schéma : Partant du constat **d'études scientifiques**, et d'une **rencontre** entre acteurs du système de soins psychiatriques, ce travail s'oriente vers l'élaboration **d'idées de solutions** d'amélioration.

L'introduction est également le moment de rappeler le cadre du groupe (écoute, respect, durée, anonymat et confidentialité, enregistrement), puis de faire un tour de table de présentation libre autour de la question « pourquoi suis-je venu ? », afin de faire connaissance. C'est déjà l'occasion pour certains de relier leur vécu au thème de l'étude : « J'ai eu plusieurs médecins généralistes pour motif de troubles psychiques (...). J'ai beaucoup changé de psy (...) enfin moins de médecin généraliste que de psy », et de souligner que « il y a eu une évolution mais [qu']**en psychiatrie il y a beaucoup de retard à rattraper (...)** **en ce qui concerne la lisibilité du parcours de soin** ».

Enfin, afin de rentrer en douceur dans le vif du sujet, une première question est abordée (voir ci-contre). Les réponses sont dans le tableau ci-dessous :

U3	« Grande évolution, écoute, bienveillance »
IP3	« Secret, courrier, <b>cloison</b> »
U2	« Polyphonie, <b>aphasie</b> , recours »
IMG2	« <b>Difficile</b> , utile, <b>à améliorer</b> »

## 2<sup>e</sup> tour de table

En **3 mots** qui vous viennent spontanément :

→ Dans votre expérience personnelle, que pensez-vous de la collaboration entre la médecine générale et la psychiatrie ?

(Représentées par le médecin généraliste, « traitant », et les membres de l'équipe de santé mentale, notamment le médecin psychiatre)

IP1	« <u>Indispensable</u> , <b>difficile</b> , <b>incompréhension</b> »
IP2	« <u>Essentielle</u> , utile, à <b>développer</b> »
IMG1	« <u>Indispensable</u> , <b>difficile</b> , médicaments »
IMG3	« <u>Nécessaire</u> , <b>améliorable</b> , <b>décalage</b> temporel »
U1	« <b>Absent</b> , <b>stigmatisant</b> , <b>conflictuel</b> »

La majorité des mots choisis appartiennent à un champ lexical plutôt **négatif** et « à améliorer » comme le témoignent les mots en gras. La nécessité « indispensable » (mots soulignés) de cette collaboration ressort également.

### C. Les vécus

⇒ « Pouvez-vous, chacun votre tour, raconter une expérience vécue dans votre travail ou pour vos soins concernant cette collaboration, qu'elle soit positive ou négative ? »

- Pour commencer, nous recueillons le récit par l'IP1, d'une consultation d'urgence psychiatrique, pour un patient envoyé par son MG pour des idées suicidaires. L'IP1 évalue ne pas avoir d'indication à une hospitalisation, et ne fait pas de courrier, expliquant cependant les modalités de soins alternatifs ambulatoires mis en place au patient, lui donnant les coordonnées et un rendez-vous rapide. Illustrant **l'incompréhension**, le MG du patient appelle cet IP1 « en furie », ne comprenant pas le « refus d'hospitalisation ». Après une **explication téléphonique** des modalités alternatives proposées : « ça s'est tout de suite apaisé ». « **Dès qu'il y a un échange**, même si ce n'est pas toujours possible, quand on explique ce qu'on fait, **ça apaise les choses**, ça permet de mieux comprendre ». De plus, le MG « s'est positionné différemment ensuite avec le patient après, lui réexpliquant ce que j'avais fait ». Notamment « pourquoi je n'hospitalise pas, car *encore une fois* quand on fait quelque chose c'est **bienveillant**, dans l'optique que ce sera mieux pour le patient, même si **dans notre spécialité c'est compliqué à comprendre** ».

Dans ce premier exemple, on voit bien comment **l'absence d'échange** mène à une **incompréhension**, et à une **véhémence**, rapidement apaisée par un minimum d'échange tel un appel téléphonique. Cela permet même une **alliance coopérative** pour la santé du patient. Enfin, l'IP1 rappelle spontanément 2 fois la « bienveillance » de sa position, comme pour

lutter contre une **mauvaise image** qui pourrait être culpabilisante, **diabolisée**, ou en tout cas biaisée et stigmatisée. Que ce soit par écrit dans un courrier ou à l'oral, les paroles ont un grand pouvoir, pour le meilleur comme pour le pire... C'est une des difficultés quand on parle de psychiatrie ou de santé mentale. Plus tard il dira « **j'aurais sans doute dû faire un courrier** pour expliquer tout ça ».

Ce premier exemple entraîne une réaction spontanée du groupe (surtout chez les usagers) : « les patients des fois ne comprennent pas les choses comme ça », à cause de « la maladie en tant que telle », de cette « notion de décalage dans le temps, pour le patient le temps paraît complètement distendu par rapport aux mesures prises par rapport à lui ». Ceci illustre déjà que **passer par le patient n'est pas toujours opérant**. Le ton de l'IP1 à ce moment est calme et empathique, validant les difficultés inhérentes aux troubles psychiques.

- L'U1 intervient à son tour, expliquant que « c'était la fois la plus choquante mais c'est arrivé qu'une fois parce qu'après j'ai plus été le voir, donc c'était un nouveau MG ». Le MG demande donc que l'U1 raconte son parcours de soins, la liste des médicaments, sa pathologie, quand soudain le MG réagit en disant : « mais non tu n'as pas ça comme pathologie, tu es schizophrène, on ne donne pas ces médicaments pour un trouble de la personnalité borderline. De toute façon borderline ça veut dire schizophrène, on dit ça juste pour pas faire peur. » Et « il n'a pas voulu lâcher le morceau, même si je niais ». « Je me suis engueulée avec lui, je connaissais bien ma pathologie ». « Je suis partie de là complètement hystérique, je suis arrivé à l'hôpital de jour dans un état pas possible. ». « Pendant 20 minutes il ne me lâchait pas là-dessus, genre il connaissait ça mieux que mes psychiatres eux-mêmes, enfin ça a été assez **violent** comme rendez-vous ».

L'U1 n'a jamais été revoir ce MG, et était à ce moment à la recherche d'un MG en arrivant à Lille. Cela introduit la **difficulté pour les usagers de trouver des soignants avec une bonne alliance**, surtout concernant le corps médical.

Le vécu est bien illustré par l'U1 qui ajoute « moi ce que je disais n'avait aucune importance, **je n'étais qu'une patiente et je devais rester à ma place** ». « C'était très retournant en sortant de là, [j'étais] très énervée ».

⇒ Ici on retient la **non-reconnaissance du savoir expérientiel** du patient, avec une posture et des propos **stigmatisants** de la part du MG.

L'U1 ajoute que son MG actuel avec qui elle s'entend très bien est « anti-psy donc c'est compliqué ». « Il les bash [*signifie leur taper dessus, les critiquer*] tout le temps, fait toujours des blagues dessus (...), il ne correspond pas du tout avec eux, et quand j'ai mal au ventre il va plus souvent me prescrire du X\*\*\*\* [*un anxiolytique*] plutôt que de me dire que j'ai une gastro donc c'est un peu... **Il va toujours me dire que je somatise** à côté de ça. Je crois qu'il a **peur** de ça quelque part, il n'aime pas du tout le domaine de la psychiatrie (...). Si je vais pas bien il va me dire que je somatise, et il va me donner du X\*\*\*\* alors que j'ai déjà un traitement qui est géré par le psychiatre, donc c'est un peu compliqué ».

La participante U1 rajoute une seconde fois « **donc c'est un peu compliqué** », et même si avec ce médecin la relation se passe mieux, la psychiatre d'U1 « veut que [elle] change » de MG...

Plus tôt dans le récit, elle confiait qu'avec le MG « c'est un peu une relation de potes, donc c'est un peu bizarre ».

- ⇒ On voit bien ici toute la complexité de la relation soignant-soigné, parfois très peu partenariale, parfois paternelle, parfois (trop ?) amicale, parfois violente. Un certain **malaise**, même des médecins, **vis-à-vis de la psychiatrie** est aussi bien illustré dans ces propos.
- L'IP2 prend son tour « moi j'ai plutôt toujours eu de **bonnes relations avec les MG** avec qui j'ai pu travailler ». Il raconte la situation d'une patiente « qui verbalisait bien ses difficultés » envoyée pour une dépression par son MG, avec un « courrier impeccable, le traitement, l'histoire ». « [La] chose que je ne fais pas assez, vraiment, et que j'aimerais changer, c'est de plus communiquer avec les MG ». A la fin de la consultation, c'est la patiente elle-même qui lui dit « ce serait bien que vous preniez contact avec le MG ». La réaction est spontanée : « au départ ça me saoule, j'avoue, je n'ai pas le temps, pas envie, j'ai un peu la flemme, sur le moment en tout cas ». Il l'appelle en se « faisant violence » et ajoute « en fait j'ai eu plein d'informations intéressantes et je lui ai aussi, j'ai l'impression, apporté des informations intéressantes ». Les informations apportées par le MG étaient « très intimes et (...) très vite ont aidé à comprendre, ou à prendre plus de pincettes pour certains sujets sensibles ».

Dans sa réflexion, l'IP2 ajoute « l'idée que j'ai eue c'est que quand on a un MG depuis 20-25 ans je ne suis pas sûr qu'on lui dise tout », et « face à un étranger, visiblement elle a dit des choses qu'elle n'avait pas dites à son MG ». « Donc là j'ai carrément compris la **complémentarité** de notre échange ». Le MG a alors ajouté « c'est bien que vous m'appeliez », il n'y croyait pas quoi ! En fait (...) nous **on nous l'apprend pas, on m'a jamais poussé à communiquer avec le MG** ». Ne pas beaucoup le faire est décrit comme une « mauvaise habitude prise » par l'IP2.

Le MG demande un courrier en plus, afin d'être **soutenu** notamment pour les certificats d'arrêt de travail ou lors des contrôles : « j'ai trouvé que ça aussi c'était carrément travailler en collaboration ».

- L'IP3 rapporte le cas d'un patient qui sortait de prison et qui devait avoir un suivi en MG. « Deux raisons » rendaient donc ce relais compliqué : le trouble psychiatrique, et le milieu carcéral. Ce relais était nécessaire pour un « traitement de substitution », pour éviter des rechutes. « Pour bien préparer sa sortie en anticipant (...), j'ai dû appeler je pense 10 MG autour de chez lui, et tous m'ont dit non ». « Des fois j'avais la secrétaire, pas le médecin, qui disait « oui dites moi », puis « ah non en fait il ne prend plus de rendez-vous ». (...). Au bout du 5<sup>e</sup> comme ça, j'ai quand même trouvé ça bizarre qu'à chaque fois que je parle du traitement de substitution et qu'il sorte de prison on le prenne pas du tout ». « J'ai eu directement un MG un moment donné, lui ai expliqué qu'il allait être en danger, et que tout se passait bien dans sa prise en charge. Je trouvais ça aberrant d'être **amenée à les rassurer** en disant vous savez il n'est pas dangereux, il va bien, y'a aucun soucis. Sa réponse a été honnête : je suis une femme toute seule dans le cabinet, et en fait **ça me fait peur**. Donc je ne le prends pas, en plus je suis assez excentrée. Au final, la mère du patient a dit qu'à la sortie elle irait voir son MG à elle, en amenant son fils avec. »

« C'était **frustrant** », notamment d'expliquer les risques encourus par le patient, que si on laissait le manque, on pourrait à nouveau « le taxer d'agressivité ». Un courrier de sortie « à destination de qui voudra », contenant le traitement, a été fait. « Du coup c'était pas du tout une belle prise-en-charge ». Pourtant ce patient avait un psychiatre, « c'était un relais en attendant le rendez-vous avec le psychiatre addictologue »...

- L'IMG1 réagit en expliquant travailler avec beaucoup de patients « addicts notamment à l'héroïne ». « On draine énormément de patients de la métropole et de plus loin » d'endroits où des MG « ne veulent pas s'en occuper ». Elle ajoute pouvoir « les comprendre », avançant que le milieu hospitalier est protecteur, pas comme un « cabinet de MG un samedi matin ». Un échange avec l'IP3 se met en place, avec une certaine tension tout en étant, au fond, d'accord. L'IMG1 ajoute que « ce sont des **traitements dont on a un peu peur parce qu'on n'est pas formé (...)** moi j'ai appris car j'étais avec des médecins qui savaient faire. Jamais, jamais, jamais, on m'a appris comment (...) suivre les doses. (...) **Ce n'est pas que tu ne veux pas faire, c'est que tu ne sais pas.** ».

Un élément est ajouté par l'IMG1 : « bien souvent ce sont des patients complexes qui ne vont plus à leurs rendez-vous spécialisés, du coup ils viennent voir **uniquement** le MG. (...) On est un peu perdu dans la prise-en-charge. **Je pense qu'on devrait avoir une meilleure formation pour ça.** Est-ce qu'ils retournent vers leur psy après ou pas, c'est compliqué. C'est pas que tu veux pas, c'est que tu sais pas, des fois ». **La formation est jugée insuffisante.**

L'IMG1 rapporte travailler également avec beaucoup de patients transsexuels « qui n'ont pas trop envie d'avoir une prise-en-charge psychiatrique », « qui **n'ont pas eu une bonne expérience de la prise-en-charge psychiatrique**, parce qu'ils se sont sentis très **stigmatisés** ».

Pour finir, cette IMG1 revient sur la difficulté d'être la **seule** intervenante que les patients viennent voir, ne voulant pas aller vers les structures de soins spécialisées et « on ne peut pas y aller à leur place ».

Une participante (U2) intervient pour questionner le rôle de la psychiatrie pour les transsexuels, l'IMG1 répond et développe « qu'ils n'ont pas envie d'avoir à justifier d'un point de vue psychiatrique leur changement d'identité ». Une discussion dans le groupe se met en place pour justifier ou non cette « consultation psychiatrique obligatoire », notamment pour éliminer des pathologies psychiatriques. Le problème d'aller voir « le psy » est plus large, l'IMG1 raconte que **même des « patients dépressifs (...) ne veulent pas aller voir le psy** », « j'ai beau essayer de dédramatiser le côté psy mais des fois c'est difficile ». Elle ajoute : « Je pense qu'il faut vraiment qu'on collabore, mais des fois j'ai beau faire un courrier, leur dire, leur donner des adresses, ça m'est même déjà arrivé de leur prendre des rendez-vous, mais... », « Y'a un vrai fantasme » ajoute l'U1.

⇒ C'est le frein de la **stigmatisation de la discipline psychiatrique** qui est ici mis en avant, ainsi que le **manque de formation**, notamment pour réorienter.

- L'U2 embraye avec son expérience personnelle : « je suis allé voir un MG pendant des mois avant de retourner voir un psy parce que j'avais eu une **mauvaise expérience** avec le précédent psy et que j'avais une sorte de **traumatisme** ». Aller voir le MG tous les 15 jours lui permettait donc d'avoir « un suivi...quand même psychologique », consistant surtout à de l'évaluation : « si j'étais prête à être hospitalisée ou si je pouvais rester chez moi, si selon mon discours ça pouvait s'altérer dans le temps, voilà ». « Je pense que dans beaucoup de situations, le **MG devrait penser à faire ça** », **des suivis réguliers** tous les 15 jours. Ce « MG a un ami psychiatre, forcément il était plus sensible, avait une qualité d'écoute, et connaissait le système je pense beaucoup mieux que d'autres médecins, on sentait qu'il s'adaptait. » On note ici l'**impact de l'entourage personnel et professionnel dans les pratiques de soins**, ainsi que des **rencontres entre spécialités...**  
« J'ai mis 1 an à retourner voir un psy, c'est lui [le MG] qui a réparé l'image que j'avais des psys, **il m'a permis de recréer un lien...enfin non, de recréer un pont**. Et ensuite c'est ma prochaine psy qui m'a permis de **recroire en la possibilité de voir un psy et que ce soit positif, et non pas nocif**, voire traumatique ». L'U1 souligne qu'un « psy » a déjà « craqué devant elle », ou « voyait un gourou », ce qui l'a poussée à finir par se replier chez elle et ne plus voir de « psy ». La formation à la **gestion émotionnelle des « psys »** serait-elle également à remettre en question ? Ou serait-ce leur sélection ? Nous en reparlerons plus loin.

La participante ajoute qu'une de ses connaissances a un MG, avec qui elle a une très bonne relation, qui lui « demande toujours énormément d'informations sur ce qu'elle fait à l'hôpital, sur ce que dit son psy sur ce qu'elle ressent, etc » car « [il] considère qu'il n'a pas eu assez de formation et que c'est toujours une manière pour lui d'apprendre (...) sur les traitements et le fonctionnement de l'hôpital », et « cette patiente est très rassurée que son MG soit comme ça, et je trouve que c'est rare. **C'est par le patient qu'il apprend des psys**. Même s'il passait par la case psy directement y'aurait pas le temps, il y a des choses qui ne disent pas par courrier ou oralement de collègue à collègue. Je sais pas s'il a un lien direct avec le psychiatre ».

- IMG 2 : récit d'un patient souffrant de dépression qui venait au cabinet de MG, et ne voulait pas voir de psychiatre ou de psychologue. « Un jour il est arrivé, il s'était enfoncé en 1 mois de temps, du coup là on lui propose d'aller voir un psychiatre, on fait le courrier, tout ça, on lui donne des noms, et là **on l'a complètement perdu**. Le patient n'est jamais revenu nous voir et (...) le psychiatre qu'on lui avait conseillé ne nous a jamais fait de retour. On ne sait pas s'il a été le voir. »

L'IMG2 partage une 2<sup>e</sup> expérience : en cancérologie, un patient a accepté de voir le psychiatre du service suite à l'annonce de la maladie, et « avec qui **ça s'est mal passé** », « il ne voulait plus du tout le voir ». « Il est revenu chez nous aujourd'hui, mal car il s'est fait quitter par sa femme, et **il ne veut pas voir le psychiatre ni le psychologue**, du coup je ne sais pas quoi faire ». U1 et U2 répondent « c'est vous qui... » : « du coup voilà j'ai fait un peu l'intermédiaire sauf que j'ai pas mal d'autres choses à faire. Je l'ai vu 1h ce matin, 45min cet après-midi... ». L'U1 ajoute que « **lorsque ça se passe mal une fois avec le psychiatre c'est foutu** » « et puis des fois y'en a des sacrés », « comme il y a de sacrés médecins il y a de sacrés patients » ajoute l'U2, « c'est exactement ce que j'allais dire » soutient l'IP1, probablement sensible à parler de « personnes » plutôt que de métier dans ce cas.

Le fait est qu'on peut mal s'entendre avec un cardiologue et lui confier son cœur, mais **qu'on peut difficilement avoir une mauvaise expérience avec un psychiatre et lui confier ses difficultés psychiques ou émotionnelles...**

En off pendant la transition, on entend l'U2 dire de manière ironique : « **c'est un peu la tradition de se moquer du psy...comme d'ostraciser les patients de psychiatrie** ».

- Récit de l'U3 : « pour moi il y a une **très bonne liaison** entre mon MG et mon psychiatre. Par **courrier** ils se tiennent informés de l'évolution de ma santé » : pour les suivis biologiques, les 2 sont informés par courrier par le laboratoire d'analyses. « C'est mon psychiatre qui prescrit ce suivi pour le neuroleptique, et c'est le MG qui prescrit pour ma thyroïde » : le **partage synchronisé des prescriptions** illustre une bonne coopération. « Il y a une très bonne liaison comparé à...bon je ne vais pas retourner dans le passé sinon on est encore là demain ». L'U3 décide de ne pas aborder des vécus probablement plus difficiles antérieurs. Même en clinique pour allègement de modification des traitements, supervisé par le psychiatre référent, le MG de l'U3 a toujours été bien mis au courant. « Tous les 2 me soutiennent dans ma vie pas comme dans mon village

d'enfance par exemple où j'étais stigmatisé car j'avais des décompensations sur place donc mon MG de là-bas...même si j'avais eu une jeunesse où j'avais beau être brillant, ils me regardaient tous d'un drôle d'air ».

Le ton est calme, plein d'**humour** et rieur à ces récits, témoin d'un **rétablissement bien avancé** : « je vis beaucoup mieux ma maladie, ma schizophrénie, je me sens à l'écoute, pris en charge, je ne me sens plus lâché dans la nature, j'ai l'impression d'exister, j'ai retrouvé un confort de vie ».

- L'IMG3, pour finir, raconte le récit d'une dame orientée par son MG vers un psychiatre, qui n'était pas venue depuis un an. Elle revient un jour en disant avoir vu son psychiatre récemment, « on a modifié mon médicament, je prends telle posologie, pouvez-vous me le prescrire ? ». « On ne savait pas si elle avait vraiment été voir le psychiatre, **on n'avait pas eu de courrier** et elle n'était pas revenu d'elle-même. Sur le coup on s'est regardé, on va remettre le traitement comme ça, on ne sait pas trop pourquoi, quel est le diagnostic exactement, car **la patiente avait du mal à mettre les mots. On ne savait pas quoi faire**, on était **un peu perdu**, il était 20h, pas moyen d'appeler la psychiatre. On a fait revenir la patiente après avoir **appelée** la psychiatre qui a pu dire « ben oui je suis désolé, j'allais faire un courrier mais y'a un petit décalage dans le temps. » C'était cordial, on s'est dit que rien qu'un **petit courrier manuscrit**, car en psychiatrie c'est quand même des longs courriers, juste un petit mot en expliquant y'a eu ça, j'ai introduit ça mais je vous tiendrai informé par la suite, pour qu'on comprenne un peu mieux **sinon on est vite perdus** ».

On note bien le **ressenti d'isolement des MG**, confrontés à toutes sortes de situations en étant aux avant-postes du système de santé.

« Pour moi y'a **pas mal de pathologies psychiatriques qui sont assez floues**, donc en voyant juste une prescription je me dis « ah tiens... ». Et puis les MG sont parfois peu habitués aux traitements psychiatriques ». Des meilleurs échanges ont « été convenus » pour la suite.

L'U1 intervient à ce moment pour savoir si les médecins peuvent prescrire un traitement juste sur les dires du patient. L'IMG3 ajoute à la réponse que « quand on prescrit on aime savoir pourquoi rien que pour en discuter avec le patient », soutenue par l'IMG2 qui dit « quand j'étais aux urgences j'appelais le MG si je n'avais pas les ordonnances ». L'IMG1 valide cette recherche de confirmation de la prescription. Pendant cet échange, un

**soin empathique** est pris pour s'assurer que « ce n'est pas un manque de confiance », « on peut se tromper », « oublier la posologie »...

Il ressort ici une **solidarité entre les internes de médecine générale**, face aux difficultés qu'ils rencontrent tous apparemment fréquemment.

### **D. Impressions et sentiments**

- « Pouvez-vous choisir 2 mots décrivant vos impressions, vos sentiments, au sujet de cette collaboration ? »

Reprise du 1<sup>er</sup> tableau de l'introduction, et réponses à cette nouvelle question dans la 2<sup>e</sup> colonne ci-dessous, en face de la précédente réponse :

U3	« Grande évolution, écoute, bienveillance »	« <u>Progression</u> , communication »
IP3	« Secret, courrier, <b>cloison</b> »	« <b>Insatisfaction, perte de chance</b> pour le patient »
U2	« Polyphonie, <b>aphasie</b> , recours »	« <b>Flou</b> , variable »
IMG2	« <b>Difficile</b> , utile, à améliorer »	« Echange, à <b>développer</b> »
IP1	« <u>Indispensable</u> , <b>difficile</b> , <b>incompréhension</b> »	« <b>Ratée</b> , réussie »
IP2	« <u>Essentielle</u> , utile, à <b>développer</b> »	« <u>Satisfait</u> , accueil réciproque »
IMG1	« <u>Indispensable</u> , <b>difficile</b> , médicaments »	« <b>Méconnaissance, quotidien</b> (on ne peut pas prendre le temps) »
IMG3	« <u>Nécessaire</u> , <b>améliorable</b> , <b>décalage</b> temporel »	« <b>Incompréhension</b> , <u>bonne volonté</u> »
U1	« <b>Absent, stigmatisant, conflictuel</b> »	« <u>Ouverture</u> , <b>combat</b> »

La collaboration est donc ressentie avec insatisfaction ou satisfaction, avec ses réussites et ses échecs, et des impressions de combat à mener, à développer, et d'incompréhension. La **bilatéralité** des échanges et l'ouverture sont également mis en avant, ainsi que les manquements concernant des connaissances et du temps. La bonne volonté est citée, sans oublier les conséquences pour les patients.

## **E. Motivation à la collaboration**

Dans cette seconde partie du focus group, la parole est plus libre, contrairement à la première partie où la parole était répartie chacun son tour équitablement.

- « Pensez-vous que cette collaboration est un sujet important pour le futur, dans les pratiques de soin ? »

Avant d'aborder des questions plus ouvertes, la reprise débute par un vote à l'**unanimité** pour le « **oui** » à cette question, traduisant l'intérêt et l'importance du sujet.

L'U1 débute le développement de ce vote, en disant penser « beaucoup à l'adolescence, à l'enfance, quand il y a les premiers symptômes, on ne pense pas forcément à la maladie, ni d'aller voir un psychiatre, et **c'est le MG qui va détecter les symptômes de la maladie et qui va orienter vers le psychiatre** ». « Il faut que ça se fasse, et des fois c'est pas fait ou pas bien fait ».

Ressort ici l'**importance de prendre en charge le plus tôt possible via une collaboration fonctionnelle**.

L'U2 complète en citant que cette collaboration est importante aussi pour les « personnes qui n'ont pas été prises en charge alors qu'elles en ont besoin », et pour « **éviter les perdus de vue** », selon l'IMG2.

L'IP3 ajoute que « **ça se travaille la façon d'amener aux soins** un patient (...), il y a des techniques pour que ça ne soit pas trop brutal. Je pense que la plupart des MG qui font ça ne le font pas mal (...) mais **ils n'ont pas cette connaissance** sur la façon d'aborder les choses, en prenant des chemins détournés pour amener le patient en psychiatrie par exemple. Ça, je pense que **la psychologie médicale** ça peut être vraiment... ».

Dans un échange avec l'IMG2, disant que « on n'est pas formé là-dessus en tout cas en MG, mais **c'est en train de changer** de part des travaux de thèses », l'IP3 rajoute que « ce n'est pas tellement en psychiatrie que **les MG doivent être formés**, *chacun sa...* mais **sur la psychologie médicale en générale, quelque chose de plus dans la relation** ». L'hésitation sur l'hyperspécialisation du « *chacun sa partie* » ou « *son domaine* » est intéressante à noter.

L'IMG2 explique qu'il faut le faire remonter au département de médecine générale (DMG : responsables de la formation des IMG à la faculté de médecine) qui travaille déjà sur des « **collaborations** avec les pharmacies pour qu'il y ait moins de confrontation ». En psychiatrie, l'IMG2 raconte qu'un psychiatre est venu « mais pour un seul cours, d'1h30 », et qu'il n'y avait **pas assez de temps**.

Dans ce premier échange, traitant de **l'orientation vers des soins** spécialisés précoces, il est intéressant de noter l'intervention d'un membre de chaque sous groupe, se complétant mutuellement, et sans contradiction.

## **F. Des améliorations nécessaires**

- « Y a-t-il des choses à améliorer selon vous ? »

L'IMG1 pense que, notamment **dans la formation**, « ça serait bien », et ajoute avoir appris des bases de thérapies brèves grâce à un MG avec qui elle a travaillé. « J'en discutais avec une interne de psy, et elle me disait que y'a beaucoup de choses qui finalement sont du bon sens et auxquelles on ne pense pas simplement comme tu dis pour aiguiller un petit peu...**c'est des choses assez simples qu'on pourrait tous faire** mais c'est juste que je l'ai appris car mon prat [*nom donné au praticien référent de stage de MG*] avait fait une formation (...). Je trouve ça **dommage qu'on n'ait pas des heures de formation sur comment faire pour orienter un patient**, pour prendre en charge... », « Et **comment le questionner** » ajoute l'U2.

Le problème abordé ici est celui de « se dépatouiller » face au discours du patient. « Des **techniques d'entretien** quoi » amène l'IP3, soutenu par le groupe. « Mais **même en psychiatrie** on n'a pas de formation là-dessus » soutiennent l'IP3 et l'IP1, « ni en psychothérapies, ni en techniques d'entretien » ! A cet instant, le groupe semble surpris, puis rassuré par le récit de l'apprentissage par « les chefs », les médecins aînés.

L'U2 ajoute que le questionnement doit avoir pour but d'avoir une idée « de la pathologie, **et de la personne, dans sa globalité**, pour l'orienter au mieux vers tel ou tel service ».

L'IMG1 prend la parole pour dire clairement « je pense qu'il y a un point qui serait **essentiel, mais vraiment indispensable**, c'est de **bien nous expliquer le parcours de soin, en tant qu'internes**. A qui envoyer, qui prend en charge, qui rembourse, qui on appelle, dans quel délai, où est-ce que je peux aller, si je suis en crise je fais quoi je vais où, si je veux un rendez-vous comment je fais... ».

L'IP1 ajoute : « la **difficulté** moi je trouve, et ça c'est **du domaine de la psychiatrie vraiment**, c'est **l'uniformisation du fonctionnement des secteurs** », en plus de la **différence** entre fonctionnement public et privé des psychiatres, « et en libéral, comme c'est mon projet, entre ce qu'il y a à Lille et ailleurs, c'est complètement **différent** », ajoutant que dans la région, la majorité des psychiatres libéraux sont dans la métropole Européenne de Lille (37%,

Plancke & Bavdek, 2013). « Et après selon les secteurs c'est complètement différent, c'est complètement différent, certains vont demander un courrier du médecin, dans d'autres on peut y aller comme ça, ailleurs on va rencontrer une infirmière tout de suite, ou passer par le psychiatre ou l'interne, et (...) **c'est difficile de donner une information un peu globale en fait** ». Sauf peut-être pour les centres de crise, les lieux où on peut aller en urgence, ajoute-t-il, car il y en a moins (voire pas du tout hors des métropoles ou des grandes villes).

Il poursuit : « Evidemment que si chaque CMP [Centre Médico-Psychologique] a une pratique différente » (...) après je m'étonne pas que les médecins », « et les patients aussi » ne savent pas comment faire, ou font « mal », par rapport à ce que demande tel ou tel CMP.

L'U1 illustre ceci en racontant qu'en arrivant de sa ville natale, où il y avait une consultation de crise, à Lille, « ils m'ont envoyée bouler en disant prenez rendez-vous pour dans 6 mois. Et vous ne savez pas où aller, tout ça, ils m'ont rien dit. Ces 2 CMP ne fonctionnaient pas du tout de la même façon ».

« Ou alors il faudrait, je ne sais pas, faudrait avoir une **plateforme**, un truc...car on peut aussi chercher sur internet sur les CMP, mais ça, ça prend du temps... », propose l'IMG1, « et puis tu n'as que les coordonnées du CMP, après il faut appeler pour savoir comment ça fonctionne » surenchérit l'IP1. « Il faudrait **quelque chose de simple** pour savoir, ben voilà, si on va dans le CMP de tel secteur, il faut un courrier, dans tel secteur, faut pas de courrier, car sinon on ne sait pas, et les patients savent encore moins ». « C'est clair » ajoute une usagère, à l'idée de ce **répertoire simple, bien identifié et disponible**.

« Après on peut partir du fait qu'il faut toujours un courrier » avance l'IP3. Celle-ci poursuit : « c'est dommage que certains CMP » demandent un courrier, car le psychiatre fait partie des spécialistes consultable sans adressage par le MG, donc « **ce n'est pas dans le parcours de soin** ». Ce sujet a été abordé dans la première partie du mémoire.

L'IP1 aborde ensuite la difficulté de savoir si **les soins seront, ou non, remboursés** : « le psychiatre c'est un médecin, donc c'est remboursé. Et souvent, que ce soit un interne ou quelqu'un d'autre en face on me répond « ah bon ? » ». L'IMG1 valide et dit utiliser cet argument du remboursement pour aller voir un psychiatre, plutôt qu'un psychologue, dans certaines situations.

L'IMG1 poursuit en parlant des situations où, au CMP, les patients ne s'entendent pas avec le psychiatre, mais avec le psychologue, et veulent voir un psychologue ou un psychiatre libéral mais ce n'est plus remboursé, « alors qu'est-ce qu'on fait ? ». « En plus, comme c'est sectorisé, **tu ne peux pas changer de CMP** ». Veuillez vous référer à la première partie du mémoire pour plus d'information sur le Droit, en réalité, de choisir son CMP.

## **G. Les priorités**

- **« Dans quels domaines souhaitez-vous une amélioration en priorité ? »**

Précision sur la question : par domaine on entend ici les délais, la « lisibilité des parcours de soins », la communication, le vocabulaire, l'accueil, l'écoute, les courriers... En bref n'importe quel domaine, en essayant d'être de plus en plus précis.

L'U2 commence : « le truc le plus général qui soit c'est dédramatiser, **déstigmatiser**, la psychiatrie en général, ses membres, tout ce qu'il y a autour ». L'idée est ici de **militer**, « comme act-up pour le SIDA », soutenue par l'IP3 « je suis super d'accord ».

L'idée est celle d'actions « énormes », comme les opérations « coup de poing » pour ne plus considérer l'homosexualité comme un diagnostic lors des congrès de l'Association des Psychiatres Américains dans les années 1970.

L'U1 poursuit : « il faut qu'ils arrêtent de faire du cinéma, des livres... », « dans les médias » complète l'IP3. « Non il faut quelque chose d'actif, c'est ça que je veux dire ! » reprend l'U3. Une incompréhension survient : « il ne faut plus qu'on en parle alors ? » lance U3, en parlant de moins en parler dans les médias.

Consensus se fait sur « **en parler différemment, moins fantasmé** ». « Et même quand on explique aux gens les termes, ils ne veulent pas savoir, ils sont déçus, et préfèrent penser à leur film, leurs fantasmes », l'U1 résume : « je pense qu'il y a une ignorance claire, mais je me rends compte que quand on en parle avec les gens, **certain ont envie de rester ignorants** ».

Le parallèle est de nouveau fait avec les actions de lutte contre le SIDA, et la nécessité de les faire perdurer : si on en parle moins, les jeunes ne sont plus aussi bien informés.

L'idée soutenue ici est qu'il faut, **sans arrêt, lutter**, « continuer, ne rien lâcher », **pour réussir à modifier les représentations stigmatisantes** concernant la psychiatrie.

« D'autant que la psychiatrie a un **budget ridicule** par rapport au nombre de malades que ça représente comme coût pour la société (...), y'a un truc disproportionné », ajoute l'U3.

L'IP3 revient sur la lutte contre la stigmatisation dans la population générale en ajoutant « je pense, en médecine en tout cas, qu'**on doit en parler très tôt dans nos études**. De ce que j'entends de mes amis IMG, leur rapport à la psychiatrie c'est très stigmatisant, mais pas méchamment : c'est chiant, c'est long, ils ne comprennent pas, etc. Et du coup ça donne une approche qui n'est pas efficiente, et **ça vaut le coup de parler de psychologie médicale**, pas forcément de psychiatrie en fait, car je pense que ça ce n'est pas de la

psychiatrie ça c'est de la psychologie médicale (...). Partout, pas qu'en MG, **en parlant de ça on comprend mieux les humains en face de nous**, les rapports qui se jouent dans un cabinet médical, et ça c'est vraiment important et (...) la faute à qui on sait pas, y'a plein de trucs qui s'intriquent ». « En **sensibilisant les MG** à cette question, ils collaboreraient plus ».

L'IMG3 illustre cela, en disant « dans certaines consultations, je vois que je vais nager, que je ne vais pas savoir rebondir sur les questions, et je vois que mes maitres de stages, eux, ont parfois des filons, et que moi je ne serais pas arrivé à cette conclusion car **je n'aurais jamais su rebondir** ».

Alors comment améliorer la collaboration dès la formation ? L'IMG1, soutenue par les autres IMG, aborde **les stages d'internat** de MG, suggérant de ne pas forcément aller en stage de psychiatrie hospitalière mais au CMP par exemple, « pour apprendre des choses plus proches de notre quotidien de MG », « qu'on puisse gérer plus facilement ». L'IP2 soutient, « vous ne devez pas être formés à la psychiatrie [hospitalière], ça n'a pas de sens ».

La discussion entre les IMG et IP explique que le « compagnonnage avec les maitres de stage » existe mais n'est pas suffisant, « et ça dépend si ils maîtrisent ou pas eux aussi... ». Une IMG avance « je pense qu'il faut que ce soit fait par...avec des psychiatres ».

L'IP1 avance, lui, qu'en médecine générale comme dans tout métier, « y'a des choses que tu fais, car c'est ton boulot, sans y prendre forcément plaisir ». Ici ressort l'idée qu'un MG peut pratiquer selon ses affinités : plus tenté par la gynécologie, le cardio-vasculaire, etc.

⇒ **La psychiatrie, et/ou la psychologie médicale, peut-elle être laissée de côté par manque d'affinité ?** Le distinguo entre ces 2 termes paraît ici primordial, ainsi que sa place dans la formation médicale.

En miroir l'idée est avancée qu' « **Il faudrait que tous les internes de spécialité fassent un stage, d'une durée limitée, dans un cabinet de MG** pour voir comment ça se passe le quotidien, car le manque de compréhension de comment ça se passe est flagrant ». **L'expérientiel** est ici prôné, même pour les IMG quand ils n'ont fait que des stages hospitaliers. L'IMG2 complète en disant que « se met en place l'idée que les étudiants de 6<sup>e</sup> année de pharmacie aillent quelques jours en cabinet de MG ». L'IP2 questionne la possibilité de le faire en tant qu'externe, mais l'IMG2 reste sur l'idée des internes car « tu n'as pas le même regard, tu ne vis pas la même chose. Parfois quand t'es externe c'est un peu tu t'en fous ».

Ici est abordé le **savoir expérientiel** appris en « **faisant faire** ». C'est la vieille maxime de Benjamin Franklin qui est ici illustrée : « *Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques, j'apprends* ». Nous y revenons dans la troisième partie.

L'U2 rapporte qu'au Canada « ils insistent énormément sur le **travail avec les pairs-patients**, surtout concernant le rétablissement du patient, et le rôle qu'ils peuvent jouer **au près des équipes soignantes, avec ces équipes** », expliquant « qu'il serait intéressant que les internes, même à la fac, en psy ou en MG, avec des thématiques précises, des **associations de patients** pourraient intervenir dans des séances communes entre MG et psychiatres, car nous on est concernés principalement par ces 2 spécialités, même si après ça essaime ».

L'U3, prenant moins la parole, est interrogé sur la question du domaine à améliorer en priorité : « je me dis que le MG et le psychiatre se voient c'est un peu beaucoup, mais des fois **tous les 2-3 mois faire un petit courrier, un petit bilan**, pour dire où en est le patient dans son évolution et sa prise en charge (...) pour peut-être qu'il y ait une liaison supplémentaire **pour qu'aux yeux du MG on sorte un peu du brouillard que peut être la maladie psychique** ». L'U3 aborde aussi que des médecins généralistes sont souvent présents dans les services de psychiatrie, en cas de besoin.

L'IMG3 avoue qu'en « **MG** quand on dit d'aller voir un psychiatre, **on ne fait pas forcément de courrier** (...) et en réponse on n'a pas de courrier non plus, pas comme avec le cardiologue où on doit forcément faire un courrier ». L'U3 rebondit en rappelant comme « **l'outil informatique** est bien pratique » pour ces échanges, en rappelant que le laboratoire de biologie envoie les courriers automatiquement « au psy pour le suivi des globules blancs pour la clozapine, et au MG pour la thyroïde ».

« Faudrait qu'il y ait un tchat » : cette idée rencontre un grand enthousiasme, « ce serait super ! ». L'IP1 rappelle que les **données** doivent être **cryptées** pour le secret médical, mais que **des logiciels existent, déjà** utilisés d'ailleurs, surtout dans le libéral. « Une information transmise plus rapidement qu'un courrier écrit serait utile » insiste l'IP2.

L'IP1 confesse que « autant en fin d'hospitalisation je fais un courrier qui reprend tout, **en consultation je ne fais pas ce qu'il faut**, pas assez de retour, que ce soit au CMP ou en libéral, car les consultations s'enchaînent et que **c'est difficile d'avoir le temps** pour ».

Le sujet du secret médical est abordé par l'IP3 : « Est-ce que le psychiatre doit **tout dire** au MG ou ça reste un espace pour le patient...ouais. Il faut demander au patient je

pense ». L'IP1 : « Moi j'insiste sur le fait que, en tout cas la connaissance des traitements » devrait être partagée.

L'IMG1 intervient dans cet échange entre internes de psychiatrie : « je pense que le traitement ça doit être obligatoire (...) sinon c'est le psy qui s'en occupe (...). Même si on n'est pas obligé de [tout] savoir, je comprends, quand t'es médecin de famille, que tu connais la mère, les enfants (...) c'est pas évident ». L'IP3 propose « **ça on peut le mettre dans le courrier, « on ne transmet que les informations que le patient nous autorise à transmettre** ». Comme ça vous comprenez que y'a des choses que c'est au patient d'amener », « ou qui peuvent lui être demandées ».

Ici, l'U3 s'interroge si l'accord du patient doit toujours être donné en psychiatrie pour informer le MG. A ce sujet, tous les médecins participant aux soins d'un patient forment une équipe soignante **devant pouvoir se communiquer l'information médicale** qu'ils ont reçu du patient, mais devant aussi garder l'information secrète vis à vis des autres (médecins ou pas) non soignants. C'est le **secret partagé de l'équipe médicale soignante**. D'un autre côté, selon l'article 4 du code de déontologie, le secret sert à « protéger le patient et **respecter ses intérêts** ». Divulguer des informations psychiatriques est-ce respecter toujours les intérêts du patient ? En principe, **le secret appartient au patient** et en conséquence, les médecins entre eux ne peuvent pas en disposer librement. Un médecin, consulté par le patient de l'un de ses confrères, ne peut informer ce-dernier de ses conclusions **qu'avec l'autorisation du malade** (sauf en cas d'urgence). Il y a ici une zone de flou entre secret partagé de l'équipe soignante, et la nécessaire autorisation de l'usager des soins. L'auto-stigmatisation du patient doit-elle être respectée au prix d'une moins bonne prise en charge ? L'intérêt d'**aborder ce phénomène, concernant les craintes du patient anticipant des comportements discriminants**, semble en tout cas nécessaire.

L'IMG1 complète : « dans ce cas si le patient refuse il doit accepter qu'il n'y ait pas de communication, et pas de collaboration, et donc pas de recours au MG si vous êtes en panne de traitement, car quand tu ne sais pas tu ne prescrites pas ». **Le patient devient responsable de la mauvaise collaboration.**

L'IMG3 défend l'idée d'un courrier minimum avec le traitement car « ça peut interférer avec autre chose ». Ce « courrier minimum » est discuté entre participants des 3 sous-groupes. L'U3 poursuit : « on n'a pas forcément confiance en son MG, parfois des gens le gardent par paresse, ou par peur de changer », soulignant l'**alliance thérapeutique et la confiance nécessaires pour des soins bien coordonnés.**

En résumé : malgré les flous et interrogations à ce sujet, **le groupe valide le souhait de recommandations concernant les courriers**, conseillant la **fréquence**, les **informations contenues**, et presque de manière **obligée**, en tout cas quelque chose de beaucoup plus clair et **diffusé**, donc **peut-être dès la formation**, avec un moyen de communication peut-être plus facile et sécurisé. Est alors imaginée une **plateforme instantanée** où seraient tous les psychiatres et MG de la région, afin de pouvoir envoyer des messages à l'un ou l'autre, ne comptant pas comme un courrier médical « officiel » classique du dossier du patient, mais comme des **informations urgentes**, par exemple « vous allez voir demain un tel, voici des informations importantes, et je vous envoie plus tard un courrier plus formel ».

Quand une IP pense que « les appels c'est chiant quand même », un autre IP soutient l'idée de **courriers préparés** à compléter avec des informations essentielles. Une thèse de 2015 montrait dans le même sens que « les MG sont demandeurs de davantage de communication, par courrier, téléphone et par mail et ce, **tout au long du suivi** du patient », « lors des suivis prolongés, les MG sont en demande de **courriers réguliers, même très brefs** » (Jombart, 2015).

Des systèmes de consultation ou d'avis en ligne, très efficaces et rapides, ont été étudiés (Keely, Liddy, & Afkham, 2013), et **MP et MG semblent tous 2 satisfaits de ce modèle de communication** (Liddy, Rowan, Afkham, Maranger, & Keely, 2013).

Une IMG rassemble en disant que « ça va finir par se faire, c'est **le dossier patient informatisé** (...) partagé, où on pourrait mettre **une partie confidentielle** de la consultation, où les autres n'ont pas accès, **et une partie partagée** par tous avec le traitement, le suivi des traitements ». Un frein émerge sur les multiples logiciels médicaux qui existent. « Ou alors ce serait sur la carte vitale : les derniers traitements en date des patients ». Léger consensus autour de cette idée, avec néanmoins des discussions sur le secret médical avec cette option, et la possibilité d'appeler les pharmacies également...avec les freins au secret que cela implique aussi !

⇒ Pour refermer cette partie du focus group, on peut dire que des améliorations concrètes ont déjà été proposées : beaucoup autour de la **communication plus directe** avec des plateformes, ou via la carte vitale, mais aussi d'une **communication plus cadrée** et **régulière** par courriers. Egalement concernant la **formation initiale et continue** pour

acquérir de meilleures **compétences relationnelles**, et de **psychologie médicale** et **déstigmatiser la santé mentale**.

## **H. Les pistes d'améliorations**

⇒ « Très concrètement, selon vos expériences, quelles pistes d'amélioration pouvez-vous suggérer pour ces différents domaines abordés précédemment ? »

### **▪ La formation :**

⇒ Faire venir des **associations de patients volontaires**, pour pouvoir s'entraîner à questionner de personnes ayant un vécu de patient.

⇒ **Témoignages** : « que les patients parlent de l'expression de leur maladie », pour pouvoir bien questionner un patient. Ici c'est le vécu, le **savoir expérientiel** « profane » qui est mis en avant.

⇒ Les **centres de simulation** (PRESAGE à la faculté de médecine de Lille Henri WAREMBOURG) : avec des exercices théâtralisés (avec des acteurs), des jeux de rôle, qui se développent déjà pour s'entraîner à par exemple « annoncer une maladie grave », qui se centreraient plus sur la **communication avec les patients et le recueil des informations** comprenant le recueil sémiologique, pas seulement sur les gestes techniques mécaniques (l'intubation par exemple). Le **savoir-faire** est ici sollicité, complétant le savoir théorique livresque. La compétence relationnelle du soignant ne serait donc peut-être pas si innée qu'on aime le croire...

Les freins : **les mœurs**. « C'est difficile de savoir se lancer devant tout le monde », « moi j'ai jamais aimé ces exercices », « on n'aime pas »... Le vécu, surtout des IMG, de ces mises en situation, est de toute évidence négatif en pratique. Des questions se posent... Comment faire pour oser le faire sans crainte du jugement de ses pairs ? « Des groupes plus restreints », des patients ou des acteurs qui « jugeraient » plutôt que les « pairs » étudiants, une obligation à participer, comme on oblige les examens théoriques...

Des examens pratiques de ce genre existeraient par exemple en fin de 2<sup>e</sup> année à la faculté Catholique de médecine de Lille, où les étudiants passent devant plusieurs acteurs-patients, uniquement observés par un jury, afin d'**évaluer ces compétences**. « Au moins t'es obligé de faire de la pratique ».

A noter qu'ici, le vieux souvenir du « patient-objet » exposé dans les amphithéâtres est évoqué par certains.

Enfin, l'IP1 ajoute enfin, dans un rôle de **déstigmatisation de la spécialité**, que dans un entretien psychiatrique, « **on va d'abord rechercher les symptômes**, comme un examen somatique, **sémiologiquement**, avant de penser de psychothérapie. Ça reste un peu flou la sémiologie en psychiatrie je trouve », d'où l'importance d'en parler « aux externes », donc aux étudiants. L'IP2 illustre cela avec une « étude de l'AFFEP (Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie) qui montre que les 2/3 des externes n'ont pas fait d'entretien psychiatrique pendant leur externat ». Ceci suscite un débat par rapport à l'intérêt ou non porté à la psychiatrie, mais aussi à :

⇒ **La formation en stage** : « **comment faire pour les intéresser ?** Et même s'ils sont intéressés (...) on ne les laisse pas voir tout de suite les patients, car il y a déjà un bon lien avec, **mais alors comment on apprend... ?** ».

IP1 : « les externes ou internes en MG, ils font de la pneumo en pneumo, de la cardio en cardio, et **en psychiatrie ils font de la MG !** ». Ceci est confirmé dans la littérature : « lorsqu'ils effectuent ce stage [en santé mentale], les IMG se voient généralement affectés au suivi somatique des patients et sont donc peu formés à la psychiatrie » (Fovet et al., 2014). L'IP3 complète en disant qu'à Rouen par exemple, tous les externes doivent faire un **stage de psychiatrie obligatoire**, bien accepté soit « parce qu'ils terminent tôt, soit parce qu'ils font de la psychiatrie, quand ils sont intéressés ».

⇒ **Cibler les sujets de formation** : par exemple, plutôt que « prendre en charge une décompensation psychiatrique », les IMG préféreraient « savoir l'orienter ». Différentes situations simulées seraient donc à penser **selon les spécialités des internes**.

⇒ **Se former à la liaison entre les métiers** : des travaux évoquent le fait d'enseigner la communication entre médecins pendant les cursus des MG et des MP (Bensoussan, 2013; Couper & Harari, 2004).

Ici le groupe illustre cette liaison par le travail collaboratif entre infirmiers et médecins par exemple. **Mieux inclure les infirmiers**, « entre 2 rendez-vous avec le psychiatre, ça fait plus d'informations recueillies », irait dans le sens d'un meilleur soin. Les **infirmiers libéraux** pourraient également parfois prendre ce **rôle de détection précoce**, d'alerte au médecin.

L'IP1 rajoute **l'importance que le MG sache expliquer succinctement les différents types de psychothérapie, en sachant trouver les professionnels**

**formés** également. C'est aussi ça la liaison entre le monde de la MG et celui de la santé mentale.

- ⇒ **Se former aux courriers** ! Plus fréquents, succincts, « même pour juste signaler une absence ».
- ⇒ **Revoir les maquettes** : il n'y a pas de psychiatrie dans les stages obligatoires de l'internat de médecine générale. Ou alors on pourrait **sensibiliser** beaucoup **plus à la « santé mentale »**, sans parler de « psychiatrie » forcément.

A ce moment de la discussion, l'IMG1, soutenue par l'IP1, l'IP3 et l'U2, déclarent en polyphonie que « on est tous dans notre truc », « **on stigmatise même les professions, entre nous** », « **tout est fait pour être cloisonné, dès le début du cursus** ». Ceci est identifié comme un « gros frein à la communication, de ne pas se dire qu'on se parle d'égal à égal avec tel ou tel médecin » selon leur spécialité, et ceci « **en marche dès l'externat, la stigmatisation des professions, avec en chef de fil la MG et la psychiatrie** ».

Comment déstigmatiser les corps de métiers ? On pourrait imaginer **les mélanger** pour **qu'ils se rencontrent** pendant leur formation initiale. L'U2, rassemblant : « Si les MG et les psychiatres n'ont pas la côte, c'est une raison de plus pour se réunir et être plus forts ! ». La « côte » variant selon les époques, et les pays, comme le rappellent les participants.

▪ **La stigmatisation** : quelles pistes pour agir ?

- ⇒ **Concerne la discipline, ses soignants, et ses patients.**
- ⇒ Organiser **plus de rencontres entre les différents soignants et les soignés.**
- ⇒ Proposition par l'U2 de **témoignages de célébrités**, notamment ceux ayant expérimenté des troubles psychiques. « En tout cas ça fait vachement vendre », « il faut vendre la psychiatrie », dit ironiquement. « Quand on parle des troubles psys chez des gens du show-biz, on en parle plutôt dans des termes pas trop péjoratifs, parce que ce sont des stars, j'ai l'impression ».

Parallèle est fait sur des **campagnes d'informations et de sensibilisation** : « plutôt que de dire je souffre de schizophrénie, on pourrait mettre je souffre de la même chose que Jim C\*\*\*\* par exemple », « comme pour d'autres campagnes pour le cancer du sein ».

Cette discussion mène à nouveau le groupe à des **actions « actives », militantes, de groupes**. Notamment « des groupes de gens touchés ». Entre IP et usagers, on se retrouve, « je pensais que c'était aux soignants de se bouger », « j'en parlais comme ça aussi, c'est ce

que je pensais il y a 10 ans », « mais oui, c'est ceux qui souffrent, ce n'est pas le patron qui va changer les choses », « ou les 2 hein ! ».

Et l'U2 de conclure : « **de toute façon ça ne peut être que collectif** ».

Quand le sujet revient, et que l'U3 soutient que « c'est au patient de redorer son blason dans la société, en disant je peux me réinsérer », l'IP1, protecteur et réaliste, réagit en disant « je ne suis pas tout à fait d'accord, ce n'est pas que votre rôle » car certaines maladies l'empêchent : « y'a une part de la société, des soignants, de manière générale, les politiques, un peu tout le monde », « **ça ne peut pas reposer que sur les patients** ».

*En aparté, il est intéressant de noter les termes utilisés de manière peut-être commune par les usagers eux-mêmes: « Je suis partie de là complètement hystérique ». Termes qui eux aussi peuvent entretenir la stigmatisation, donc de la souffrance et un accès au soin freiné.*

*Les dictionnaires ne sont pas toujours d'accord entre eux, mais le Larousse définit l'hystérie des 2 manières suivantes, permettant de bien montrer les **dérives du sens des mots** dans le langage populaire :*

- « Se dit d'un sujet dont la symptomatologie est celle de l'hystérie » (trouble médical).
- « Se dit de quelqu'un qui est extrêmement nerveux et excité ».

⇒ L'U3 compare alors « l'âge sombre » de la psychiatrie, avec par exemple « les lobotomies » à celui des religions, avec « l'inquisition », si on s'y focalise.

L'U2 rappelle que le dernier rapport sur l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale en France, datant de 2016, réalisé par le contrôleur général des lieux de **privation de liberté**, « c'est catastrophique, y'a une urgence, y'a un truc énorme !! ».

A cela, l'U2 ajoute que même si « la nouvelle ministre a promis qu'il y aurait des efforts faits dans la psychiatrie, économiquement ça ne tient plus, ça coute trop cher, vu le nombre de cas et les perspectives des mandats... ». « **Y'aura bien une obligation de changer les choses à cause de la contrainte économique** ». Le manque de médecins est abordé ici, dans toutes les spécialités, « c'est vrai que je vais dans tous les sens mais **il faudrait qu'il y ait plus de psychiatres pour améliorer la collaboration** », « de médecins de manière général ».

A cet instant, le focus group arrivant à sa fin, une certaine frustration règne. On sent bien que beaucoup de choses pourraient être abordées, ré-abordées, discutées, rediscutées, approfondies, et que les échanges de point de vue entre sous-groupes sont porteurs d'enseignements mutuels, et d'idées d'actions.

L'U2 interroge alors : « vous avez des **groupes d'entraide mutuelle vous entre psys ?** », et comme le résume l'U1 « **c'est bien** quand les gens ils échangent, avec les patients, les médecins, les infirmiers, **quand tout le monde participe** ». Et puis « les médecins peuvent aussi être touchés par l'accaparement du métier, etc, et qu'ils deviennent malheureusement aussi patients, mais ce qui est emmerdant c'est qu'ils sont de l'autre côté ».

⇒ **Qui soigne les médecins, les soignants ?** La question est pertinente...

Les internes expliquent avoir des « groupes de réflexion », parfois d'entraide, mais mal structurés, et portés, quand ils existent, par les associations d'internes (c'est le cas des internes de psychiatrie Lille avec des « Groupes de Réflexion et d'Echange Clinique » appelés GREC).

## **I. Le mot de la fin**

⇒ « Choisir un mot désignant selon vous le plus important à améliorer dès aujourd'hui dans la collaboration MG-psychiatrie, le plus précis possible » :

U3	<b>Communication</b>
IP3	<b>Empathie</b> , dans le sens de la compétence à développer, « psychologie médicale »
IP2	<b>Correspondances</b> : avec un contenu précis
IMG2	<b>Formation</b> : « savoir <b>tenir un entretien</b> , débrouiller la consultation », comprenant l'orientation et la connaissance du système de soins, et l'empathie.
U2	<b>Co-formation</b> , avec « des mélanges », incluant « co-travail ».
U1	Ouverture : « d'esprit, à l'autre, à évoluer » Remplace par « <b>information</b> » : mutuelle, explication, échanges, rencontres.
IP1	<b>Oral</b>
IMG 1	<b>Coopération minimale</b> : faire avec les autres, sans trop d'ambition, « le minimum vital » pour coopérer.
IMG 3	<b>Courrier type</b>

Les 2 groupes de réponses qui ressortent concernent :

- La communication (6 réponses sur 9) : nécessitant de **définir le moyen** (courrier différé et échanges plus directs) **et le contenu**, partageant les informations, pour coopérer.
- La formation (3/9) : sur les **compétences de psychologie médicale en entretien**, et une meilleure **connaissance du système** pour mieux s'en saisir.

Ce sont aussi les recommandations d'un état des lieux sur la place de la santé mentale en MG (Gérard Milleret et al., 2014): « l'optimisation de l'action conjointe du MG et des professionnels de la psychiatrie passerait par **l'amélioration de la communication, de la formation**, et du soin en santé mentale en 1<sup>ère</sup> ligne ».

Le groupe focalisé et ses riches échanges se terminent par :

- Un rappel des **recommandations** pour « *Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique* », validées par l'HAS (Haute Autorité de Santé) (M. C. Hardy-Baylé & Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. (C.N.Q.S.P.) 2011). L'objet du mémoire n'est pas de détailler cette recommandation, mais il paraît utile à chaque MG et MP de **s'y référer** pour améliorer la qualité des courriers échangés qui, d'après une solide méta-analyse du CNQSP, « influence favorablement la collaboration entre MG et MP », sans être suffisant.
- Une information sur des **organismes d'information et de sensibilisation en santé mentale**, ayant déjà des supports comme les brochures du « Psycom » à Paris, déjà diffusées et utilisables. L'objectif était de laisser quelques outils aux participants pour associer réflexion et action.
- Quelques informations brèves sur les mouvances actuelles : les universités de patients, les « patients experts, pairs-aidants, médiateurs santé pairs, » (« mais à ce qui paraît les soignants n'aiment pas » ajoute U2), les collèges de rétablissement (le CoFor de Marseille : Centre de Formation au Rétablissement)... Qui sont autant de dispositifs innovants, qui se développent partout dans le monde, et sont porteurs d'espoirs pour de nombreuses personnes souffrant de troubles psychiques, et peut-être également pour un système de soin nécessitant des modifications, une « mise à jour », en

fonction des contraintes de notre société actuelle (augmentation de la population, manque de soignants, individualisation...). Certains de ces dispositifs sont un peu plus détaillés dans la dernière partie de ce mémoire.

### **III) Discussion : limites, ouverture, espoirs, actions**

Cette dernière partie a pour objectifs d'aborder des projets existants, de reprendre quelques informations synthétiques orientées vers des actions de changement.

#### **A. Limites de l'étude**

Cette étude qualitative a été réalisée qu'une fois. D'autres groupes focalisés avec le même type de recrutement auraient été intéressants pour affiner les cibles et les pistes d'amélioration souhaitées par chacun des 3 sous-groupes.

Cependant, la rencontre de ces 3 sous-groupes, internes de psychiatrie, internes de médecine générale, et usagers du système de soin en santé mentale, donne une valeur particulière à ce travail. La majorité des autres études citées s'intéressent de manière générale à un type de sous-groupe à la fois, ne permettant pas l'effet de groupe et d'interaction.

Ensuite, la grille directrice proposait des réponses par quelques mots, ne correspondant pas toujours à la question (« impressions, sentiments »), et donc apportant peu de choses à la réflexion. L'effet **limitant** de ce type de questions ne semble pas favorable à l'élaboration. On note également un effet de groupe pour le choix des mots, comme s'il fallait choisir un « bon » mot, un « mot clé », pas encore cité, plutôt que de verbaliser de manière plus authentique des « impressions » ressenties.

Enfin, la méthode du groupe focalisé est propice à des associations mentales, des liens entre des idées pour chaque participant. Ceci constitue une richesse, mais aussi une difficulté, notamment pour le respect des règles comme celle de l'écoute respectueuse de l'autre, obligeant chacun à parler à son tour, filtrant les réactions plus spontanées, et pouvant faire perdre de vue le sujet.

#### **B. Des dispositifs généraux**

Pour commencer, il me semble intéressant de visualiser la « **pyramide OMS** d'organisation des services pour composition optimale des services de soins en santé mentale » (cf. **annexe 5**). Celle-ci illustre bien les orientations de politique de santé à prendre,

pour réduire les coûts, et s'investir là où les besoins sont les plus intenses, comprenant les **soins primaires** avant les soins psychiatriques spécialisés.

Ensuite, une **charte de partenariat « MG et psychiatrie de secteur »** (Annexe 6) a été cosignée en 2014 par les présidents de la Conférence Nationale des Présidents de CME des Centres Hospitaliers Spécialisés et du Collège de la Médecine Générale. Cette charte propose des engagements améliorant la coopération, notamment **l'accès direct du MG à un MP** du secteur, la **transmission d'informations plus régulière**, et l'inclusion dans la formation des IMG et IP de la **connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles**. Toutes ces notions avaient été sollicitées par nos participants.

La thèse de Charlotte Rouault de 2015 à Grenoble, intitulée « *Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015 : constats et phénomènes entrant en jeu dans le développement de la collaboration sur le terrain* » proposait un schéma basé sur la « théorie du changement » et répondant à l'objectif ultime d'améliorer la collaboration (**Annexe 7**). On y retrouvait comme conditions préalables au changement : un **accès plus facile** en MP et MG, une **meilleure communication**, la reconnaissance du **rôle de coordonateur du MG**, une amélioration de la coordination du suivi du patient, et l'importance de **se rencontrer**. Ce schéma constitue une bonne **base pour cibler des objectifs** successifs à atteindre selon les lieux pour les MG et MP.

On peut également largement s'inspirer de l'article de la « lettre de mission nationale d'appui en santé mentale » d'Octobre-Novembre 2011 (Pluriels n°92/93) qui énumère des **obstacles** à la collaboration MG-MP de 2 types :

- **Organisationnels** : le temps, la rémunération de cette activité, les délais, l'insuffisance de lieux de référence, le manque de disponibilité des spécialistes.
- **Liés à l'exercice médical** : le vécu d'abandon ressenti par le patient et le MG, la réticence des patients à consulter un MP, l'absence de langage commun, le manque de connaissance des exercices respectifs...

Ce même article propose des **pistes d'amélioration** :

- Des recommandations pour les échanges collaboratifs.
- Le développement des **dispositifs de soins partagés** dédiés, associant soin, développement professionnel continu, veille territoriale et recherche.
- La création d'outils d'aide notamment diagnostiques, d'un site internet regroupant les **coordonnées des différents services de psychiatrie avec leurs spécificités**, d'une assistance dédiée pour les urgences psychiatriques.

- Une meilleure information sur les psychothérapies, la sectorisation et l'organisation des soins en général.

Ces pistes rejoignent celles proposées par les participants du focus group.

Enfin, concernant la formation à la santé mentale des étudiants en médecine, il ressort qu'il n'est pas toujours facile de s'impliquer quand on est encore en phase d'apprentissage, qu'on passe seulement 6 semaines en stage, et que notre rôle est parfois peu médical, peu supervisé, voire inexistant.

Pourtant, un article de 2014 sur la formation (Fovet et al., 2014) des MG à la psychiatrie et à la santé mentale en France disait « qu'une réflexion s'impose sur la place du stage en psychiatrie **au cours de l'externat**, compte tenu de la prévalence des pathologies psychiatriques ». Elle soulevait également que « la sémiologie psychiatrique [étant] très riche (...) parfois (...) opaque et complexe aux étudiants lorsque l'on se limite à un enseignement purement théorique. Un **enseignement pratique auprès du patient** est donc nécessaire ».

### **C. Des dispositifs pratiques et inspirants**

Le rapport du CNQSP nous rappelle, s'appuyant sur de nombreuses études scientifiques, les dispositifs alternatifs au modèle « de remplacement » français. On retrouve 2 modèles alternatifs, appelés aussi **DSP** (dispositifs de soins partagés):

- Les « **consultations-liaison** » : des psychiatres et/ou leur équipe, basés dans des lieux non étiquetés « psychiatrie » (centre hospitalier général par exemple), apportent un soutien aux MG sur le territoire.
- Les « **liaisons-attachement** » : cette fois, les psychiatres et/ou leur équipe, viennent régulièrement dans des cabinets de MG.

Dans ces dispositifs, le MP donne des **avis directs** (suivi conjoint, intervention brève d'évaluation) ou **indirects** au MG (conseil, information), en **voyant ou non le patient**. Leurs missions s'étendent à la **formation** (développement des compétences du MG face aux patients ayant des troubles psychiques) et la **recherche clinique**, étant un lieu **observatoire de la coopération**.

Les évaluations de ces DSP (Craven & Bland, 2002) montrent un « **haut taux de satisfaction des patients, des MG et des psychiatres** », avec un « **faible taux d'absentéisme** aux interventions », et une « **augmentation de l'adressage** du MG vers le MP ».

On peut citer, pour illustrer, le DSP mis en place par le Réseau de Promotion de la Santé Mentale des Yvelines en France (**RPSM 78**), proposant de répondre aux MG un avis après une évaluation soigneuse du patient, les consultants spécialistes étant disponibles à tout moment pour le patient et le MG. Une **analyse de la situation du patient avec tous les intervenants** de son parcours de soins est établie avant toute rencontre directe. « Au-delà de l'évaluation spécialisée de la situation clinique, [il s'agit] d'une séquence thérapeutique dont l'essentiel repose sur un **travail sur la demande du patient et de son entourage** pour **parvenir à un projet soignant** assurant l'alliance thérapeutique avec le patient, sa famille...et le **médecin généraliste**. (...) L'expérience du RPSM montre que l'organisation mise en place ne se réduit pas à une consultation d'avis mais impose de **développer le soin partagé** » (M.-C. Hardy-Baylé & Younès, 2014).

Il y a aussi l'exemple du Centre d'Accueil et de Soins Psychiatriques (**CASP**) de Rouen, qui est une permanence de journée (9h-20h) assurée par un infirmier, s'occupant de l'accueil, et un médecin disponible, dont la mission est de répondre aux besoins exprimés par les services d'urgence mais aussi par les usagers, leurs associations, les travailleurs sociaux **et les MG**, de manière intersectorielle. C'est aussi un dispositif temporaire de soins en attendant que le secteur d'origine s'organise pour répondre à la demande. Une **équipe mobile** d'infirmiers complète le dispositif pour les situations le nécessitant, **associant le MG à toutes les étapes**, notamment pour rédiger les certificats d'hospitalisation. On retrouve ce genre de dispositifs en lien avec les urgences, et délivrant des réponses rapides, dans d'autres lieux, permettant aussi une liaison par équipes mobiles entre la consultation à court terme et des soins plus pérennes.

L'étude de « **l'Unité de Prévention et de Promotion de la Santé Mentale** » de Lunéville, en Lorraine, recommande, après 14 ans de fonctionnement, de privilégier la relation **directe** entre MP et MG, en utilisant **l'oral** plus que l'écrit comme « méthode de communication la plus efficace ». Ceci était sollicité comme mot clé final par l'un de nos participants. Ils ajoutent dans leur conclusion (Revue Pluriels n°92-93 Oct-Nov 2011) que « une certitude demeure : **c'est aux équipes de secteur psychiatrique de travailler à leur déstigmatisation en allant vers** » les usagers, les MG, les partenaires médico-sociaux, les élus et associations.

Ce genre de DSP se développe de plus en plus, permettant une **cohésion autour du patient**, et une meilleure **cohérence dans les soins** pour les soignants. Certains DSP refusent

les urgences immédiates, préférant se concentrer sur les situations complexes en urgence relative.

Une revue de la littérature de 2003, à propos de la dépression, publiée dans le JAMA (Gilbody, Whitty, Grimshaw, & Thomas, 2003) a mis en évidence que les mesures efficaces pour améliorer les soins partagés sont celles qui incorporent de manière complexe « **la formation clinique, un rôle plus important des infirmiers** et une meilleure intégration entre soins primaires et secondaires » (via des DSP, cf. plus haut). « Le conseil téléphonique sur les médicaments par des infirmiers ou des conseillers formés est également efficace ». Il est intéressant d'ajouter que, par exemple pour les nouvelles consultations au CMP, **le courrier au MG pourrait être rédigé par l'intervenant concerné : IDE, psychologue, sous l'autorité d'un psychiatre référent**. Une thèse récente montre que **les MG sont favorables au développement d'une collaboration avec ces professionnels** (Dordonne, 2014). A ce sujet, notre groupe focalisé a abordé le « **fossé énorme entre les psychiatres et les patients** » » (selon l'U1) qu'on ne retrouve pas avec **les infirmiers** qui « sont tout le temps avec nous, et ils **sont beaucoup plus humains**. Enfin c'est parce que j'ai connu beaucoup de psychiatres aussi, là maintenant ça va mieux, mais y'en a y'a une espèce de fossé, et c'est difficile ce qu'ils peuvent renvoyer, enfin... ». Et le MG alors ? « Plus du côté de l'infirmier, il est plus simple ».

On retrouve dans plusieurs articles des idées allant dans ce sens : développer encore plus **l'intervention d'infirmiers « cliniciens » en 1<sup>ère</sup> ligne** en organisant un transfert de compétence, des **équipes mobiles** de soins intensifs en articulation avec la MG, les infirmiers libéraux, et les pharmaciens de ville.

En outre, « la mise en place de guides et de stratégies d'éducation était souvent inefficace » (Naik & Lee, 1993). Cela soutient donc d'**utiliser des mesures organisationnelles, plutôt qu'éducationnelles**.

Pour lutter contre la stigmatisation psychiatrique, il est recommandé d'améliorer l'articulation et les liaisons, de la part **des MG et des MP** (OMS Europe, 2003; Younes et al., 2005), là aussi en collaboration.

Pour finir, revenons sur les usagers, patients, ex-patients, patients rétablis, qui se rassemblent, parfois aussi avec leurs proches, dans l'objectif du rétablissement de chacun. Cela passe notamment par la formation de ces personnes, comme au **CoFoR** (Centre de

Formation au Rétablissement) de Marseille (Bancelin, Gianninazzi, & Pochon, 2017; Solidarité Réhabilitation, s. d.), où « les personnes concernées ne sont plus dans un rôle passif de malade, mais s'approprient un rôle valorisé d'étudiant, construisant leur **parcours de formation personnalisé**, choisissant des cursus de formation conçus comme des outils de connaissance de soi, de ses troubles et des moyens d'y faire face ». « L'équipe de formation se compose essentiellement de pairs, experts d'expériences, c'est-à-dire d'usagers ou ex-usagers de la psychiatrie, et favorise l'intervention d'acteurs de proximité ». Eux aussi, on peut le souhaiter, pourront aider à améliorer les liaisons et les articulations entre les acteurs des soins, comme les MP et les MG.

Ceci est illustré par les GEM (Rappel : *Groupe d'Entraide Mutuel, rassemblement de patients réunis pour du soutien mutuel orienté vers le rétablissement de chacun*) qui accueillent parfois quelques internes pour présenter leur dispositif, **favoriser les rencontres entre les acteurs du système de soins, et changer les regards**. Les usagers du groupe focalisé ont pu discuter ces GEM, et leur côté parfois « fermé », mais pouvant « être une étape sur le chemin ».

## **Conclusion**

On peut affirmer que la rencontre du focus group réalisée pour ce mémoire a été productive. Même s'il est difficile d'expliquer clairement pourquoi les rouages des mécanismes de collaboration ne fonctionnent pas mieux, les constats des nombreuses études ont été **illustrés par les réalités des participants**, et discutés. Le groupe a su, partant des vécus, **cibler des dysfonctionnements**, des freins, et **les prioriser**. Ceci débouche sur de **nombreuses propositions d'améliorations**, concordantes avec les nombreuses études sur le sujet. Les questions posées dans ce mémoire ont donc reçues des réponses.

Les jeunes MG et MP, que sont les internes, semblent donc capables de réfléchir aux pratiques, en collaboration avec les usagers bénéficiant du système de soins. Ils insistent sur **la rencontre, la communication directe**, plus fréquente. Peu importe l'impression de déranger que l'on peut avoir, comme il est cité parfois, le principal étant de communiquer, en trouvant un moyen de le faire. Un échange de tennis commence toujours par un service, ou plusieurs.

**La formation** est également très questionnée et vécue insuffisante. En attendant les lents changements administratifs pédagogiques, les **actions** citoyennes, groupales, on pourrait dire « **communautaires** », semblent une solution envisageable, mais pas suffisante. Cela ne peut se faire qu'ensemble, comme le rappelaient nos participants. On rejoint ici les enjeux d'une « santé mentale communautaire ».

La route des « experts par expérience », que sont les personnes rétablies d'un trouble psychique, est encore longue, notamment pour la reconnaissance de leurs compétences, mais ils sont en route. Les associations de soutien mutuel, également, fonctionnent bien (notamment avec les GEM, les maisons des usagers, les « clubhouses »...), et les retours des usagers sont très positifs.

**Les rencontres**, comme l'introduction l'abordait, semblent la clé : **entre professionnels, entre disciplines, entre « soignants et soignés »**. Mais aussi avec ceux qui régissent la vie citoyenne : les maires, les députés, et leurs partenaires, comme le prônent les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM). Qui dit réseau dit équipe. Une équipe nécessite de **bien se connaître pour bien fonctionner**.

Des idées simples peuvent être imaginées dès la formation des futurs médecins, qui pourraient d'ailleurs être diffusées à tous les étudiants en santé : des **rencontres avec des**

**personnes rétablies**, dans le cadre de témoignages formels, mais surtout d'**échanges**, voire de moments de convivialité.

**Il est souhaitable que des cloisons se (re)lèvent**, entre MG et MP, entre médecins et infirmiers, ainsi qu'avec toute l'équipe soignante là où ce n'est pas le cas. Et également entre les soignants et les soignés, et leurs proches, pour enfin devenir partenaires dans le soin, et diriger le bateau ensemble sur le pont. Déjà actuellement ces partenariats essayent d'exister, les associations de proches et familles des usagers étant particulièrement actives à ce sujet.

Il appartient d'ores et déjà aux nouvelles générations de mettre cela en place, pas à pas, avec les plus anciennes, d'abord pour soi, dans sa pratique, sa promotion d'étudiants, son secteur géographique, sa ville, tout en soutenant les efforts politiques de plaidoyer qui sont parallèlement effectués, grâce à la recherche en particulier.

Comme le disait René DUBOS (agronome, biologiste et écologue français ayant participé aux travaux préparatoires du premier Sommet de la Terre à Stockholm en 1972), pour un développement durable, il est important de « **penser global, agir local** ».

## **Bibliographie (par ordre alphabétique)**

- Amal, B. (2014). Perception de la prise en charge psychothérapique dans la dépression par des internes du DES de médecine générale de Lyon Est (Etude qualitative). Consulté à l'adresse [http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/8a98179d-b99a-4649-bebc-f08a1980351f/blobholder:0/THm\\_2014\\_BENYOUCEF\\_Amal.pdf](http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/8a98179d-b99a-4649-bebc-f08a1980351f/blobholder:0/THm_2014_BENYOUCEF_Amal.pdf)
- ARS Ile-de-France. (2013). *Note relative aux principes généraux en matière de sectorisation psychiatrique des patients en Ile-de-France.*
- Bancelin, Y., Gianninazzi, C., & Pochon, A. (2017, juin 20). Présentation du COFOR à Marseille. Consulté à l'adresse <https://commedesfous.com/presentation-du-cofor-a-marseille/>
- Bensoussan, M. (2013). Une démarche innovante dans l'élaboration d'une recommandation : la recommandation médecin généraliste-psychiatre. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(1), 31-33. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.11.004>
- Briffault, X., Morvan, Y., Rouillon, F., Dardennes, R., & Lamboy, B. (2010). Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. *L'Encéphale*, 36, D48-D58. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.10.011>
- Caria, A., Roelandt, J.-L., Bellamy, V., & Vandeborre, A. (2010). « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (Smpg) » : Présentation de La méthodologie d'enquête. *L'Encéphale*, 36(3), 1-6. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(10\)70011-7](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(10)70011-7)
- Catherine, P.-H. (2012). *Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes: une enquête qualitative* (Thèse d'exercice). Université de Rouen, France.
- Code de la santé publique - Article L3211-1, L3211-1 Code de la santé publique §.
- Conférence ministérielle européenne de l'OMS, Organisation mondiale de la santé, & Bureau régional de l'Europe (Éd.). (2006). *Santé mentale relever les défis, trouver des*

*solutions: rapport de la conférence ministérielle européenne de l'OMS [à Helsinki en janvier 2005].* Copenhagen: OMS.

- Couper, J., & Harari, E. (2004). Use of the psychiatric consultation letter as a therapeutic tool. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 12(4), 365-368. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1665.2004.02128.x>
- Craven, M. A., & Bland, R. (2002). Shared mental health care: a bibliography and overview. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 47(2 Suppl 1), iS-viiiS, 1S-103S.
- Crawford, M. J., & Kumar, P. (2007). Intervention following deliberate self-harm: enough evidence to act? *Evidence-Based Mental Health*, 10(2), 37-39.
- Dumesnil, H., Cortaredona, S., Cavillon, M., Mikol, F., Aubry, C., Sebbah, R., ... Verger, P. (2014). Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville: Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généralistes français. *L'information psychiatrique*, 90(5), 341. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0341>
- Fovet, T., Amad, A., Geoffroy, P. A., Messaadi, N., & Thomas, P. (2014). État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *L'information psychiatrique*, 90(5), 319. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0319>
- Funk, M., Benradia, I., & Roelandt, J.-L. (2014). Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *L'information psychiatrique*, 90(5), 331. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0331>
- Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J., & Thomas, R. (2003). Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care: A Systematic Review. *JAMA*, 289(23), 3145. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3145>
- Granger, B., & Naudin, J. (2015). *La schizophrénie: idées reçues sur une maladie de l'existence*. Paris: Le Cavalier bleu.

Handicap.fr. (s. d.). Maladies mentales : 1ère cause de handicap dans le monde. Consulté à l'adresse <https://informations.handicap.fr/art-handicap-handicapes-mentales-853-6283.php>

Hansen, V. (1987). Psychiatric service within primary care. Mode of organization and influence on admission-rates to a mental hospital. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76(2), 121-128.

Hardy-Baylé, M. C., & Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. (C.N.Q.S.P.). Pac. FRA. (2011). *Recommandation de bonne pratique sur le thème de la coopération psychiatres - médecins généralistes : Améliorer les échanges d'informations. Quelles sont les informations utiles au MG que le psychiatre doit lui transmettre après un premier adressage d'un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique* (p. 53p.). Paris: CNQSP.

Hardy-Baylé, M.-C., & Younès, N. (2014). Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ?, How to Improve Co-operation between General Practitioners and Psychiatrists ? *L'information psychiatrique*, me 90(5), 359-371.

Jombart, G. (2015). *Etude Génépsy: promouvoir la communication MG-PSY : que pensent les médecins généralistes lillois de l'utilisation d'un courrier-type, inspiré des recommandations d'adressage au psychiatre ?* (Thèse d'exercice). Université du droit et de la santé, Lille, France.

Kandel, Duhot, Very, Lemasson, & Boisnault. (2004). Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? *La revue du praticien - médecine générale*, (Tome 18, 656-657), 781-784.

Keely, E., Liddy, C., & Afkham, A. (2013). Utilization, Benefits, and Impact of an e-Consultation Service Across Diverse Specialties and Primary Care Providers. *Telemedicine and E-Health*, 19(10), 733-738. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0007>

- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T. S., Angermeyer, M. C., Haro, J. M., Sevilla-Dedieu, C., & the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. (2007). Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries. *Psychiatric Services*, 58(2), 213-220. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.2.213>
- Labarthe, G., & Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). (2004). Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. *ETUDES ET RESULTATS*, (315), 12p.
- Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés. (s. d.). Consulté à l'adresse <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
- Liddy, C., Rowan, M. S., Afkham, A., Maranger, J., & Keely, E. (2013). Building access to specialist care through e-consultation. *Open Medicine: A Peer-Reviewed, Independent, Open-Access Journal*, 7(1), e1-8.
- Milleret, G., Benradia, I., Guicherd, W., & Roelandt, J.-L. (2014). États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *L'information psychiatrique*, 90(5), 311. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0311>
- Milleret, G., Trojak, B., & Barra, J.-D. (2004). Les médecins généralistes regardent la psychiatrie. *Nervure - Journal de Psychiatrie*, (Tome 17, n°2/3), 9.
- Ministère de la Santé. (2005). *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008*.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales (1960).
- Mitchell, A. J., Meader, N., Davies, E., Clover, K., Carter, G. L., Loscalzo, M. J., ... Zabora, J. (2012). Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: Evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the Depression in

- Cancer Care consensus group. *Journal of Affective Disorders*, 140(2), 149-160.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.043>
- Naik, P. C., & Lee, A. S. (1993). Communication between GPs and psychiatrists. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 306(6884), 1070.
- Norton, J., de Roquefeuil, G., David, M., Boulenger, J.-P., Ritchie, K., & Mann, A. (2009). Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L'Encéphale*, 35(6), 560-569. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.06.018>
- OMS Europe. (2003). *Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité ?*
- Onwuegbuzie, A. J., Dickinson, W. B., Leech, N. L., & Zoran, A. G. (2009). A qualitative framework for collecting and analyzing data in focus group research. *International journal of qualitative methods*, 8(3), 1–21.
- Plancke, L., & Bavdek, R. (2013). *Les disparités régionales en santé mentale et en psychiatrie. La situation du Nord – Pas-de-Calais en France métropolitaine* (p. p15). Lille, France: Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas-de-Calais.
- Rapport sur la santé dans le monde, OMS – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. (2001). Consulté à l'adresse <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index2.html>
- Remboursement d'une consultation médicale. (2017). Consulté à l'adresse <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1069>
- Sebbane, D. (2014). « Être » psychiatre, clichés, réalités et perspectives: résultats d'une enquête nationale française menée en 2013 sur la stigmatisation de la profession (Thèse d'exercice). Université du droit et de la santé, Lille, France.

Solidarité Réhabilitation. (s. d.). Le projet CoFoR (Centre de Formation au Rétablissement).

Consulté à l'adresse <https://www.solidarite-rehabilitation.org/projet-cofor-centre-de-formation-retablissement/>

Strathdee, G., Brown, R. M., & Doig, R. J. (1990). Psychiatric clinics in primary care. The effect on general practitioner referral patterns. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(2), 95-100.

Union général des médecins libéraux d'île de France. (2000). *ENQUETE SUR LES CONDITIONS D'EXERCICE DES MEDECINS LIBERAUX D'ILE DE FRANCE*.

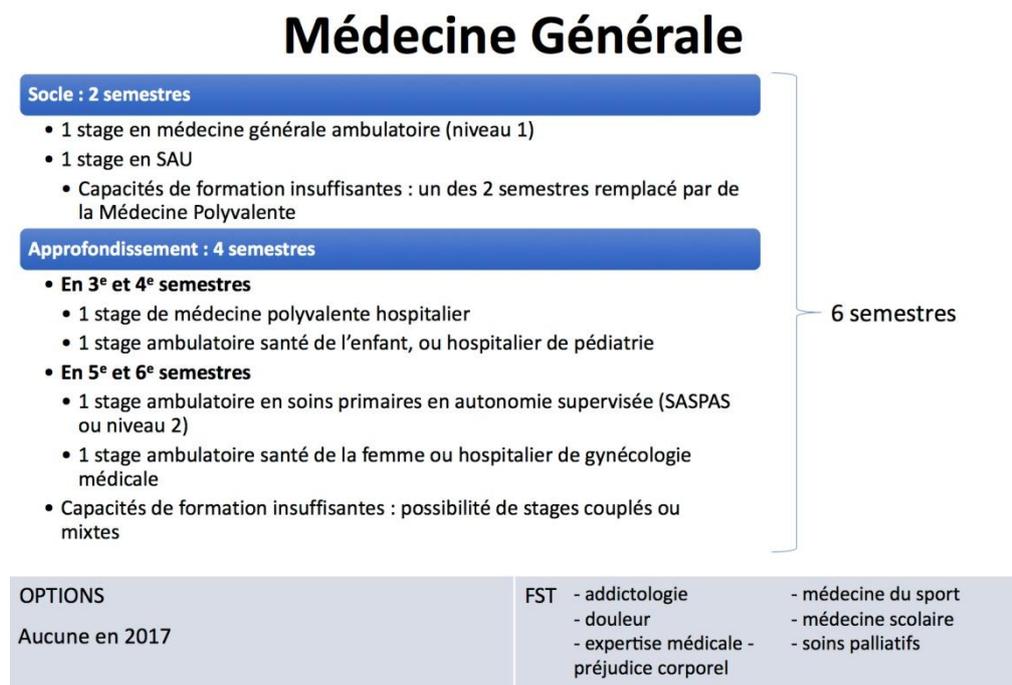
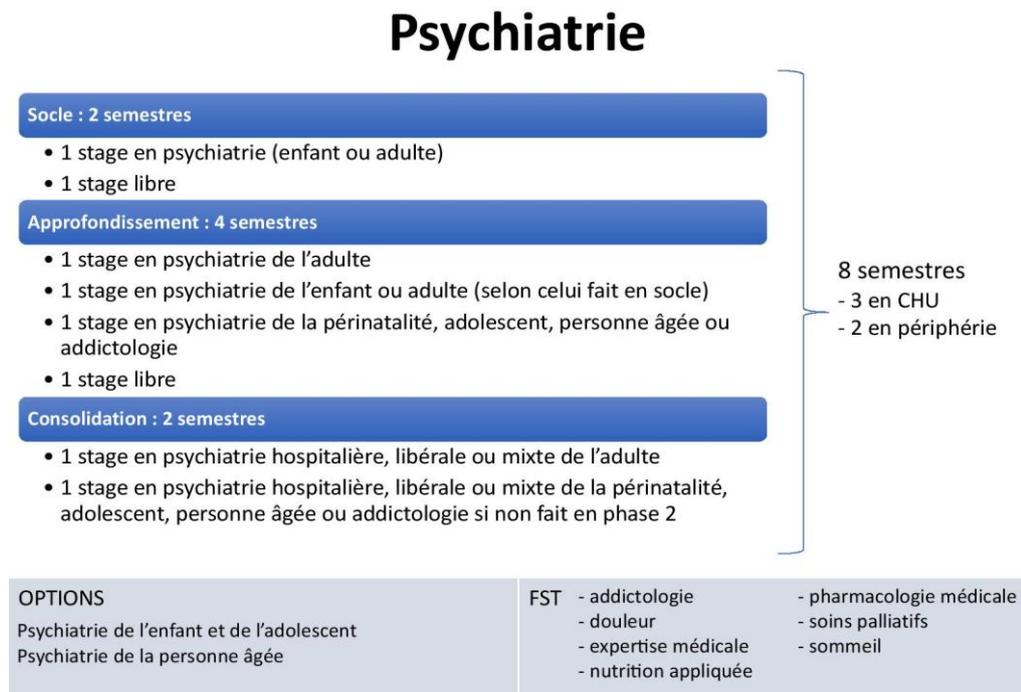
World Health Organization, & World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Éd.). (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva, Switzerland : London: World Health Organization ; Wonca.

Younes, N., Gasquet, I., Gaudebout, P., Chaillet, M.-P., Kovess, V., Falissard, B., & Hardy Bayle, M.-C. (2005). General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-6-18>

## Annexe 1

Maquettes de l'internat de psychiatrie et de médecine générale selon la réforme de novembre 2017 (<http://www.futur-interne.com>)

FST = formations spécialisées transversales



## Annexe 2 : conclusions des principales études illustrant les difficultés de coopération entre médecins généralistes et psychiatres :

Tableau 1. Conclusions des principales études réalisées.

Chew-Graham <i>et al.</i> 2008	Enquête auprès de MG, psychiatres et responsables de CMHT	Manque de communication directe de médecin à médecin
Bambling <i>et al.</i> 2007	Enquête auprès de 37 MG, 19 équipes de soins en santé mentale et 18 participants à des organismes communautaires	« Consensus qu'il existe des problèmes significatifs dans la communication et la liaison inter-services et que l'amélioration de la collaboration et des soins partagés constitue la partie critique d'une solution effective »
Kovess-Masfety V <i>et al.</i> 2007	Enquête ESEMED en population générale dans 6 pays européens auprès des sujets ayant un diagnostic vie entière de trouble de l'humeur, trouble anxieux ou d'abus d'alcool, sur un éventuel adressage par leur MG à un spécialiste en santé mentale	Taux d'adressage est le plus bas en France France : 22,2 % Italie : 55,1 % Pays-Bas : 52,8 % Espagne : 40,4 % Les tendances sont valables, quel que soit le diagnostic
Grembowski DE, 2002	Enquête auprès de 17 187 patients dans les salles d'attente en MG aboutissant à 1336 patients présentant des symptômes dépressifs	Taux d'adressage à un spécialiste (22 %), et de soins spécialisés (38 %) Facteurs associés
Craven et Bland 2002	Revue de la littérature (collaboration soins primaires-psychiatrie)	« Besoin d'amélioration de la relation entre la psychiatrie et les soins primaires » – communication pauvre, insatisfaisante (Tanielian <i>et al.</i> 2000, Bindman <i>et al.</i> 1997, Burbach et Harding 1997, Lipkin 1997, Craven <i>et al.</i> 1996, Falloon <i>et al.</i> 1996, Watters <i>et al.</i> 1994, Cornwall 1993, Naik et Lee 1993, Goldberg <i>et al.</i> 1993, Kentish <i>et al.</i> 1987, Pullen et Yellowlees 1985 – manque de coordination et de collaboration (Orleans <i>et al.</i> 1985)
Tanielian <i>et al.</i> 2000	Enquête auprès de 340 psychiatres	« Les psychiatres identifient l'inadéquation de l'information et de la communication du médecin généraliste vers le psychiatre comme un problème majeur. » (Appréciation variable selon les différents domaines de la communication étudiés)
Killaspy <i>et al.</i> 1999	Étude prospective auprès de 224 patients adressés en consultation psychiatrique	« La communication entre les MG et les psychiatres semble adéquate concernant les nouveaux patients ; cependant il existe des déficits importants dans la communication des psychiatres vers les MG au cours du suivi des patients et plus particulièrement pour ceux qui ne viennent plus à leur RDV. »
Bindman <i>et al.</i> 1997	Enquête auprès de 100 patients et leur MG	« Les MG n'ont que des connaissances limitées des traitements que leurs patients reçoivent ; mise en évidence de discontinuités importantes entre les soins primaires et secondaires ; nécessité d'une meilleure communication en vue de soins partagés. »
Craven <i>et al.</i> 1997	« focus groups » de MG	« Les MG mettent en avant des relations difficiles avec les services psychiatriques locaux : ils se plaignent des relations entre MG et psychiatres, de l'accès difficile aux avis et du manque de communication. »

## Annexe 2 (suite)

Tableau 1. (suite)

Smyth <i>et al.</i> 1994	Analyse de 91 courriers d'adressage de 24 MG	« Fréquemment les informations-clé qui semblent pertinentes aux psychiatres sont omises. De plus, les informations sur l'histoire médicale et l'histoire sociale sont insuffisantes. Le travail de lien entre MG et psychiatres ainsi que des programmes de formation s'intéressant à ces points seraient utiles. »
Brown et Weston 1992	Enquête auprès de 154 MG	« Niveau élevé d'insatisfaction qui suggère une nécessaire amélioration des interactions entre MG et psychiatres. »
Pullen et Yellowlees 1985	Enquête auprès de 80 MG et 80 psychiatres	« Aucune amélioration sur les 10 dernières années ; besoin d'enseignement, de formation, pour la rédaction du courrier et les habilités de communication. »
Gold 1978		« Nécessité d'améliorer les échanges d'information entre MG et psychiatres afin que le patient puisse bénéficier des soins optimaux. »
Williams et Wallace 1974	Enquête auprès de 81 MG et 29 psychiatres	« La communication a besoin d'être améliorée des 2 parts, mais les courriers des MG se rapprochent davantage des besoins des psychiatres que l'inverse. »

### **Annexe 3 : conséquences sur les prises en charge de cette collaboration MG-MP**

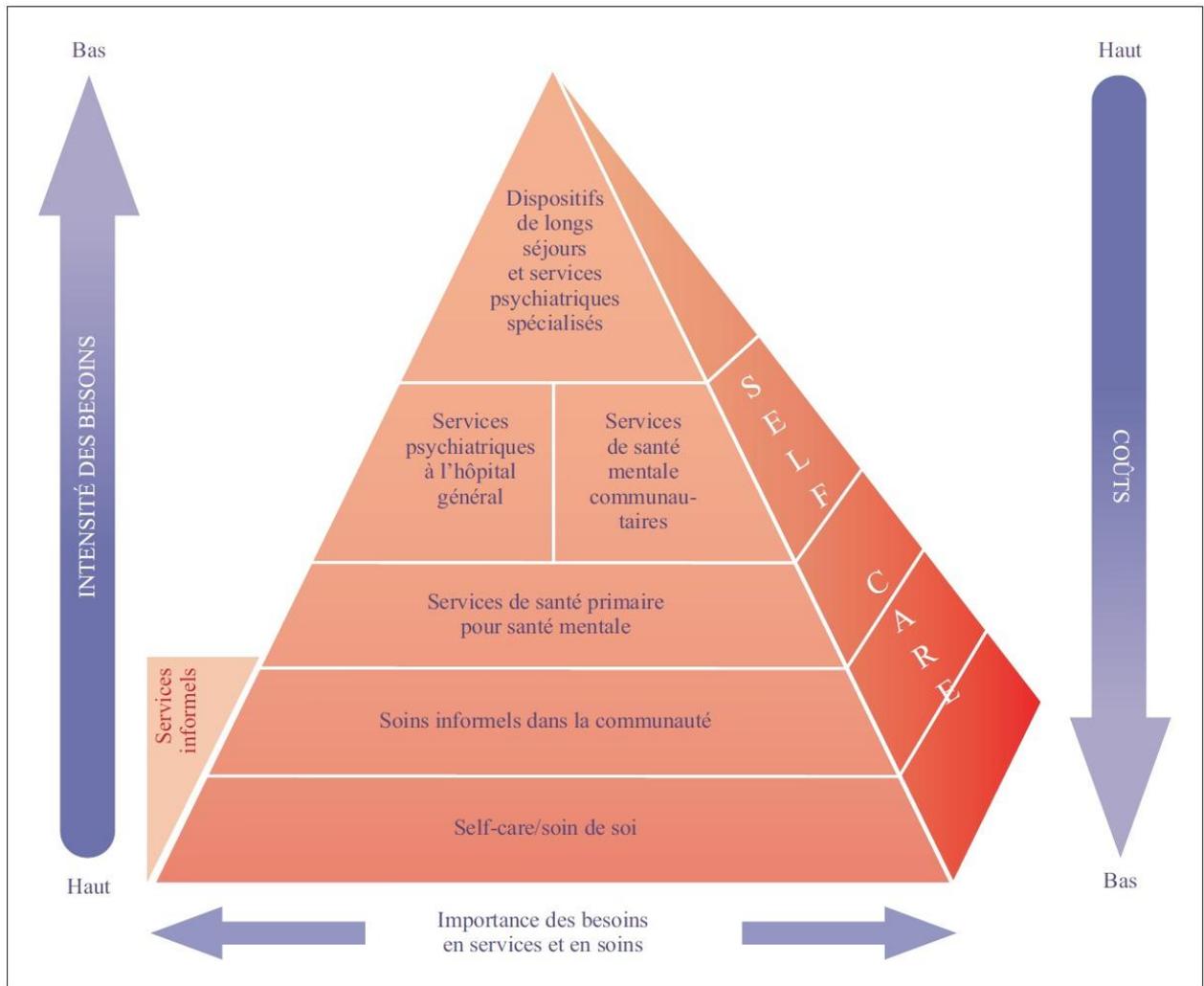
Fragmentation des soins du patient Conséquences sur la planification des soins Effet néfaste sur la prise en charge des patients Barrière au traitement efficace des troubles mentaux sévères Délivrance inefficace des soins et risque de duplication des services Absence ou retard au diagnostic Interruption des soins Répétition des examens complémentaires Perdus de vue	Chew-Graham et al. 2008 Raine et al. 2005 Lester et al. 2004 Killaspy et al. 1999 Meadows et al. 2007 Mitchell et al. 2002 Epstein 1995 Killaspy et al. 1999 Essex et al. 1990
Mauvaise gestion du traitement Augmentation de la iatrogénie	Hampson et al. 1996 Essex et al. 1990 Epstein 1995
Non-compliance au traitement	McGlade et al. 1988
Tensions dans les relations entre praticiens	Chew-Graham et al. 2007 Westerman et al. 1990
Confusion des rôles Répartition non claire des responsabilités Soulève des questions médico-légales	Essex et al. 1990 McGlade et al. 1988
Divergences de perception entre patient, MG et spécialiste	Westerman et al. 1990
Perte d'information	Epstein 1995
Diminution de la confiance du patient	Westerman et al. 1990
Attentes des patients devenant peu claires ou irréalistes	Epstein 1995

## **Annexe 4 : causes des années vécues avec une incapacité dans le monde selon l’OMS**

Tableau 1. Années vécues avec une incapacité (AVI).

	Cause	AVI (Millions)	Pourcentage du total d'AVI
1	<b>Troubles dépressifs unipolaires</b>	65,3	10,9
2	Déficits visuels	27,7	4,6
3	Perte d'audition	27,4	4,6
4	Autres blessures non intentionnelles	23,7	4,0
5	<b>Problèmes d'alcool</b>	22,3	3,7
6	Cataractes	17,8	3,0
7	<b>Schizophrénie</b>	16,3	2,7
8	Arthrose	15,6	2,6
9	<b>Trouble bipolaire</b>	14,4	2,4
10	Anémie (déficit en fer)	13,2	2,2
	<b>Total</b>	596,9	100

## Annexe 5



2. Pyramide OMS d'organisation des services pour composition optimale des services de soins en santé mentale.

## Annexe 6

# Charte de partenariat

## Médecine générale & Psychiatrie de secteur

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

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

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

le 20 mars 2014

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



**Pr Pierre Louis Druais**  
Président  
Collège de la Médecine Générale





## **Résumé du mémoire :**

**« Face(s) à la coopération entre la psychiatrie et la médecine générale :  
rencontre entre internes de médecine et usagers du système de soins »**

### **Problématique**

En France, la coopération entre les médecins généralistes et les psychiatres, incluant leur équipe, est particulièrement dysfonctionnelle. Les études le montrent depuis plus de 40 ans. Ce mémoire questionne la position des internes, futurs médecins, et des usagers du système de soins en santé mentale, à ce sujet, à travers une rencontre.

### **Méthode**

Un « focus group » a été réalisé, permettant la rencontre de 3 internes de médecine générale, de 3 internes de psychiatrie, et de 3 usagers. Une grille d'entretien centrée sur le sujet a permis une discussion semi-structurée, abordant les vécus des participants, ainsi que de développer des idées de solutions aux problématiques soulevées, pour améliorer in fine la collaboration entre médecine générale et psychiatrie.

### **Résultats**

Les participants ont été particulièrement productifs dans leurs réponses et leurs échanges. Trois thèmes principaux ont été ciblés et approfondis : la **stigmatisation** de la psychiatrie, incluant la discipline, les soignés et les soignants ; la **formation** des soignants, ici médicale ; et la **communication** et ses modalités. A pu être pointé que le manque d'une communication efficiente mène à une véhémence et surtout à une incompréhension, rapidement résolubles. Ont pu être également abordés l'organisation du système de soins, non uniformisée et obscure, les contraintes de chacun, et surtout les conséquences pour les usagers.

### **Conclusions**

Cette enquête qualitative de groupe a confirmé de nombreux résultats de précédentes études scientifiques. Il semble urgent de se pencher sur ce sujet afin de mettre en place, petit à petit, les multiples propositions de solutions réalisables qui existent, concernant les domaines principaux ressortis.

### **Mots clés :**

**Coopération – médecine générale – santé mentale – focus group – internes**