

DYNAMIQUE DE RESEAU EN SANTE MENTALE A TOURCOING

Réseau « Chaîne de VIE »

« Développer le partenariat avec les médecins généralistes pour le repérage et la prise en charge des personnes en souffrance psychique, en crise suicidaire ou présentant des troubles psychiques »

A : Argumentaire

A l'aube de la fermeture de lits d'hospitalisation en psychiatrie, du développement de la psychiatrie dans la cité, quittant le célèbre hôpital de santé mentale d'ARMENTIÈRES et de la construction d'un service de psychiatrie, près de l'hôpital général GUSTAVE DRON de TOURCOING, le secteur de psychiatrie adulte du secteur 59 G16 sous la direction du Dr THEVENON Catherine a œuvré à développer un travail de partenariat au sein de la cité en constituant un Réseau Santé sur la ville de TOURCOING.

Celui-ci s'est engagé à respecter la circulaire du 15 mars 1960, qui définit à la fois les structures et l'esprit du secteur, en développant une organisation de soins psychiatriques destinée à traiter la demande de soins dans une approche globale de la personne. Son objectif majeur est d'intervenir tant auprès de l'entourage que du sujet lui-même, afin de lui permettre un maximum d'autonomie.

Cette politique s'appuie sur quatre principes :

- Traiter à un stade aussi précoce que possible
- Assurer une continuité des soins et de la prise en charge
- Eviter la désadaptation du milieu naturel
- Accueillir tous les malades d'une aire géographique déterminée

La ville de TOURCOING est située dans la partie la plus septentrionale du triangle Lille - Roubaix - Tourcoing. Elle comprend environ 120 000 habitants et correspond à 2 secteurs de Psychiatrie Adulte.

L'économie de la ville a été touchée de plein fouet par la crise économique. La population étrangère qui avait été attirée à TOURCOING il y a quelques années en période de croissance, y est restée captive dans une situation de précarité sociale et d'exclusion.

Cette misère culturelle et sociale, jointe aux difficultés de cohabitations des différentes communautés ethniques, explique en partie la grande souffrance de la population malgré le travail de maillage associatif et social tout à fait exceptionnel, sous-tendu par la volonté du Maire de TOURCOING.

Le projet d'un Réseau d'intervenants à TOURCOING pour les personnes en souffrance psychique et/ou en crise suicidaire est né de la réflexion de soignants, d'assistants socio-éducatifs et d'enseignants, confrontés à des situations extrêmement difficiles à la fois pour les sujets et pour ceux chargés de les aider.

Globalement, les constatations sont toujours les mêmes :

a) Certains sujets expriment un sentiment de souffrance, d'isolement, ou des interrogations sur l'intérêt de l'existence, à leur entourage immédiat (famille, amis), mais aussi aux professionnels avec lesquels ils ont des relations proches (aides à domicile, éducateurs, infirmiers, médecins).

b) Les interlocuteurs de terrain sont en difficulté pour répondre. Ils ne savent pas quoi dire, quoi faire. Ils ont l'impression que leurs réponses, pleines de bon sens, sont "à côté". Ils craignent même qu'elles accentuent le sentiment d'incompréhension et de solitude de leur client.

c) Les spécialistes savent comment répondre aux difficultés de ces sujets, mais ne les rencontrent que très rarement.

Finalement, les sujets en souffrance se sentent de plus en plus isolés et leur entourage de plus en plus incompétent. L'évolution de la situation peut mener alors à des comportements dangereux, voire auto - agressifs ou suicidaires.

Le sujet arrive alors, mais bien tard, auprès des professionnels formés dont la tâche est rendue plus difficile du fait de l'ancienneté du problème.

C'est pour cela qu'il nous a paru pertinent :

- d'améliorer les compétences de ceux qui sont au plus près des sujets en difficulté,

- de créer du lien entre ces acteurs de première ligne et les professionnels formés à l'aide, à l'écoute ou à la promotion de la santé

Ces constats ont ainsi permis d'impulser le développement d'une pratique communautaire en santé mentale et la création en 1990 du Réseau « Chaîne de vie » qui associe différents professionnels préoccupés d'améliorer le niveau de santé globale des Tourquennois.

L'élaboration du projet a nécessité la création d'un Comité de Pilotage comprenant outre les membres du Réseau Santé intéressés, soignants et administratifs de l'EPSM et du Centre Hospitalier G.DRON, élus locaux (Municipalité et Conseil Général), responsables des collectivités territoriales, membres d'associations locales : REAGIR (toxicomanes), Espace Santé Jeunes et membres d'associations d'usagers (UNAFAM).

Le projet a bénéficié d'une subvention Etat en 2001, au titre du contrat pour la ville, et d'une participation financière de l'EPSM-LILLE-Métropole, ce qui a permis :

- De former 300 personnes en transprofessionnel sur Tourcoing (regroupant des professionnels sanitaires, sociaux, éducatifs et associatifs), au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise
- De réaliser une plaquette d'information destinée aux usagers et aux professionnels de terrain
- De développer des liens entre les différents partenaires de la santé mentale en organisant des journées de rencontres et d'échanges

Le travail en Réseau de Santé Mentale communautaire s'est étroitement articulé avec la création de structures de soins adaptés. Cette offre de soin en Santé Mentale à Tourcoing pour les sujets en souffrance psychique, en crise suicidaire ou en troubles mentaux s'organise autour :

- des UTP, Unités Tourquennoises de Psychiatrie et
- les CMP pour le secteur G16, G17,
- le Dispositif d'Accueil de Crise : Espace Abbé de l'Epée,
- le Centre Intersectoriel d'Accueil de Crise permettant des séjours de courtes durées pour le secteur G16, G17 et G18,
- une permanence de l'équipe de psychiatrie aux urgences de l'hôpital générale CH Gustave Dron.

Au-delà de la préoccupation des personnes en souffrance psychique et en crise suicidaires, ce travail de réseau a souvent soulevé beaucoup d'autres réflexions et préoccupations autour de la santé mentale.

Il nous a fallu ensemble mieux définir le concept de santé mentale dans la communauté. Ce lieu d'échange est maintenant celui du Conseil Local de Santé Mentale de TOURCOING. Voici quelques concepts et réflexions sur lesquels s'appuie ce réseau :

Les problématiques soulevées par la santé mentale ne concernent pas uniquement les experts de la santé mentale mais bien l'ensemble de la communauté, comprenant les professionnels, les élus, les associations et les habitants.

La démarche communautaire en santé mentale vise à favoriser l'accès aux services et aux ressources qui favorisent la santé. Elle s'inscrit dans un double mouvement : non seulement des usagers (habitants) vers les structures de santé mentale mais également des professionnels de santé mentale vers les habitants. C'est pourquoi les nouveaux lieux d'accueil de nos services, notamment l'Espace Abbé de l'Epée, UTP et CIAC, se sont fortement attachés à rendre ces lieux de soins agréables, chaleureux, non stigmatisant et faciles d'accès. Par ailleurs, une action directe auprès des médecins généralistes très proches de la population potentialise cette démarche. Une bonne connaissance des services de santé mentale par les médecins généralistes et une collaboration adaptée sont des préalables indispensables à l'accompagnement des personnes en souffrance psychique, en crise suicidaire ou présentant des troubles psychiques.

L'OMS définit la santé comme suit: «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Ainsi elle reconnaît que la santé mentale est une composante essentielle de la santé. De plus cette définition a pour important corollaire que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux.

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. Elle s'apprécie entre autres à l'aide d'éléments suivants : le niveau de bien être subjectif, l'évaluation des capacités mentales (cognitives, affectives et comportementales) et la qualité des relations avec le milieu de vie.

La santé mentale résulte d'une adaptation réciproque de la personne et de son environnement. Les autorités politiques sanitaires reconnaissent une triple dimension à la santé mentale : la santé mentale positive (épanouissement personnel), la détresse psychologique réactionnelle (induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles), les troubles psychiatriques de durée variable et plus ou moins sévères et/ou handicapants. Ces troubles renvoient à des classifications diagnostiques s'appuyant sur des critères, et à des actions thérapeutiques ciblées.

La vision subjective des français sur leur santé mentale, selon un sondage TNS Healthcare réalisé pour la fondation Pierre Deniker, révèle qu'ils reconnaissent souvent des fragilités psychiques, mais ils ne se définissent pas pour autant comme ayant des problèmes de santé mentale, ainsi 71% des Français associent leur mal-être à des problèmes liés au travail et 55% l'associent à des problèmes familiaux et sentimentaux. 41% pensent que si l'on se sent fragile mentalement, on peut prendre sur soi et attendre. 71 % des Français sont tout à fait ou plutôt d'accord avec l'idée que « leur bien-être psychique ou psychologique ne dépend que d'eux-mêmes » et 83 % déclarent « préférer chercher eux-mêmes la solution à leurs problèmes » Par ailleurs dans l'enquête OMS en population générale sur la représentation de la santé mentale, la population a une relative capacité à identifier comme fait mental un grand nombre de pathologies et d'anormalité de comportement. Elle n'en distingue pas pour autant, la notion de risque et de dangerosité associée à ses manifestations, et notamment quand il s'agit de comportement auto agressif suicidaire ou de dépression. Sur la prévalence des troubles psychiatriques de la population enquêtée, on observe en majorité des manifestations anxieuses, des dépressions et des pathologies d'addiction (trouble des conduites alimentaires, alcoolisme, toxicomanie.)

Pour beaucoup, souffrir de dépression ou d'anxiété est « normal », cela ne nécessite pas forcément d'accompagnement spécifique. L'entourage est souvent considéré comme le soutien nécessaire et suffisant pour aider ces personnes. De même devant la représentation des personnes suicidaires, de nombreux mythes ou fausses croyances sont identifiés. C'est dans le changement de la perception et de la représentation des personnes en souffrance psychique, en crise suicidaire ou en troubles psychiques des intervenants que la santé mentale dans la communauté peut se déployer. De nombreuses études montrent que le médecin généraliste reçoit dans sa patientèle, plus de 30 % de personnes présentant une souffrance psychique ou détresse psychologique. Ainsi cet état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une

pathologie ou d'un trouble mental est associé des symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles.

C'est la mesure du degré d'intensité de la souffrance psychique, sa permanence et sa durée, ainsi que ses conséquences, qui invitera le médecin généraliste à proposer une consultation spécialisée. Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique. Le médecin généraliste dans son évaluation des symptômes et de leurs gravités, est donc un partenaire privilégié à la prise en charge précoce des troubles psychiques. Il est nécessaire pour autant que, lui-même, ait une bonne représentation et une bonne connaissance des services de santé mentale, de la souffrance psychique, de la crise suicidaire et des troubles mentaux.

Entre la perception subjective de l'individu et ce que l'intervenant ou l'entourage peut l'aider à entrevoir, se joue là, une action éducative et promotrice de santé mentale et là encore, le médecin généraliste est un partenaire indispensable.

Récemment une enquête, diligentée par le CCOMS sur la place de la santé mentale en médecine générale, a montré, sur le territoire de Tourcoing, la nécessité de redynamiser ces partenaires au sein du réseau. Elle révèle un faible taux de réponses des médecins généralistes, 29 % de retours seulement. Ils rencontrent des difficultés pour adresser leurs patients dans les services de santé mentale, surtout nous disent-ils, par rapport au délai de prise en charge autant en hospitalisation qu'en ambulatoire.

Il en ressort un manque de communication entre la psychiatrie et la médecine de ville.

Aujourd'hui, pour les partenaires préoccupés par une personne en souffrance psychique ou en crise suicidaire, des possibilités de prise en charge immédiate sur le secteur sont mise en place. Il semble que les médecins généralistes ne connaissent pas tous l'existence de ces services ni l'offre de soins en santé mentale développée dans nos services.

Près de la moitié des répondants souhaiteraient participer à des rencontres concernant l'organisation locale des soins de santé mentale.

Le Réseau « Chaîne de Vie » se donne donc comme objectif de renouer des liens forts entre les médecins généralistes de notre secteur, en allant à leur rencontre afin de mieux se

connaître, faire connaître notre organisation de prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques, et d'élaborer ensemble des pistes pour améliorer ce travail en réseau.

De plus, dans le cadre du Comité Local de Santé Mentale de TOURCOING, nous nous intéressons au regard des médecins généralistes sur le développement de la Santé Mentale dans la Communauté.

Ce travail se veut être une recherche-action, qui par une enquête qualitative, ouvrira des pistes sur des actions précises à développer au sein du CLSM.

B : Questions auxquelles cette recherche tentera de répondre.

Les études actuelles traitant de la coopération entre les médecins généralistes et la psychiatrie ne sont pas spécifiques par rapport aux personnes repérées en souffrance psychique ou en crise suicidaire.

Néanmoins, nombreux articles dans la littérature permettent de mieux saisir les changements récents qui ont permis de passer de la psychiatrie à la santé mentale.

Ce travail s'appuie sur les recommandations des pratiques professionnelles du Collège Nationale pour la Qualité des Soins en psychiatrie (CNQSP), du rapport de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) et des recommandations de l'Haut Autorité de Santé (HAS) en matière de prévention du suicide.

Le rapport rédigé par le Collège national pour la qualité des soins (CNSQP), dans le cadre de la convention signée avec la Direction Générale de la Santé (DGS) en vue de documenter le champ de la coopération médecins généralistes et psychiatres donne des éléments précieux sur la réalité en 2011.

L'insuffisance de collaborations entre médecins généralistes et psychiatres est un constat international. La France est le pays européens où cette collaboration est la moins développée.

Dans les recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychiques jusqu'au trouble mental caractérisé, le rapport présenté au Comité Consultatif de Santé Mentale du 11 avril 2012 met le médecin généraliste en position de pilier dans la

prévention, la promotion de la santé mentale et dans l'accompagnement vers les dispositifs spécialisés.

La position spécifique des médecins généralistes dans le système de soins, la continuité des soins auprès de la famille, leur compétence en matière de « guidance » des patients et d'éducation pour la santé dans le domaine de la santé mentale, nécessitent que les professionnels soient plus souvent associés à des actions de promotion de la santé mentale dans la communauté.

Lors d'une prise en charge d'une souffrance psychique invalidante, il pourra initier une relation d'aide et une écoute bienveillante. Le temps de disponibilité est pour autant compté en médecine de ville, aussi il pourra promouvoir l'intérêt d'une aide psychologique thérapeutique et accompagner leurs patients vers une prise en charge spécialisée.

Ce travail de facilitation, de négociation et de médiation joue à la fois pour la prise de contact initiale mais aussi dans le maintien du suivi ou de réorientation ultérieure après une rupture du suivi spécialisé en santé mentale.

En situation de crise suicidaire ou de troubles mentaux, il est donc nécessaire que le médecin généraliste dispose des connaissances et d'une pratique clinique leur permettant, d'une part de reconnaître les situations pathologiques ou de crise suicidaire, d'autre part de développer une prise en charge et un suivi adéquat et orienter à bon escient vers les professionnels spécialisés.

1) Cette recherche-action tentera de mieux identifier les connaissances et les pratiques du médecin généraliste, notamment par rapport à la crise suicidaire.

Les différentes enquêtes révèlent de façon générale que 30% des consultations et des visites chez un médecin généraliste sont consacrées à des troubles psychiatriques (en général troubles dépressifs et anxieux, troubles du sommeil, addictions).

Pour la dépression, le consensus est qu'une prise en charge par un médecin généraliste peut suffire lorsque celle-ci relève du champ de la plainte ou d'une souffrance inhérente à la personne et nécessite dans ce cas l'application d'une logique médicale par l'accueil, l'information, l'aide et l'accompagnement du patient prenant en compte sa dimension humaine. Lorsque la dépression relève de la pathologie psychiatrique, le médecin généraliste a besoin du réseau de soins spécialisés : le psychiatre apportant une aide au repérage et au diagnostic, ainsi que la mise en place de stratégies thérapeutiques, le psychologue s'intéressera au processus et aux symptômes de la maladie.

Les orientations du patient dépressif vers le dispositif spécialisé de soins devraient être privilégiées dans les situations particulières suivantes:

- Crise suicidaire / tentative de suicide / endeuillés par suicide
- Dépression plus alcoolisme
- Dépression plus trouble de la personnalité (borderline, évitement, comportement antisocial)
- Demande d'hospitalisation en cas de récurrences (3^e épisode en 5 ans).

Aujourd'hui, les centres de crises se sont développés afin d'apporter une réponse rapide aux situations de crise suicidaire, mais aussi de crise psycho socio familiale, des troubles du comportement avec agitation, de difficultés au travail, ou des situations traumatiques. Ils ont pour objectif de désamorcer au mieux ces situations en essayant d'éviter des hospitalisations, sauf de courte durée. Les événements traumatiques, comme un suicide ou une tentative de suicide d'un proche sont des situations fréquentes qui doivent être prise en compte.

Lors des prises en charge de personnes suicidaires ou suicidantes dans ces structures, on retrouve pour une grande majorité d'entre-elles des antécédents familiaux de tentative de suicide ou de suicide complété. Actuellement en France, on dénombre 10 500 suicides par an. En considérant qu'un suicide touche environ six personnes de son entourage, cela fait plus de 60 000 endeuillés par an par suicide. Au début, la personne se contente d'un soutien naturel auprès de son entourage, mais très vite les choses se compliquent, tous sont dans un deuil difficile. Ils cherchent à comprendre pour donner un sens à cette perte. C'est souvent après 6 à 9 mois qu'une aide extérieure devient nécessaire. Si l'absence est trop forte et si l'incompréhension persiste le risque de suicide est élevé. La dimension préventive est donc essentielle face à ces situations. Le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié pour être très attentif auprès de ces patients, qui ne viendront pas consulter parce qu'ils sont endeuillés, mais pour pleins d'autres raisons somatiques.

Dans la même lignée, 3 750 000 français par an sont affectés par la tentative de suicide d'un proche. Le retentissement d'une tentative de suicide sur l'entourage a été bien analysé par l'étude Imtap (Impact de la tentative d'autolyse sur les proches) menée par de nombreux psychiatres dont le Professeur VAIWA Guillaume.

Inévitablement toutes ces personnes, un moment ou un autre, consultent leur médecin traitant avec là encore des motifs de consultations très divers.

Les enquêtes sur les risques suicidaires sont nombreuses. On retrouve un risque suicidaire global de 13,7 % en population générale et 9,7 % pour le risque suicidaire léger. Ce risque

suicidaire est plus important chez les jeunes de 18-29 ans, 7,85 % ayant réalisé une tentative de suicide 9% pour les adolescents.

La situation sociale, maritale, l'existence de troubles psychiques et l'antécédent de passage à l'acte, sont prédictives de risque de décès par suicide. L'étude SMPG sur Tourcoing donnait 36 % de dépressifs en population générale, dans l'enquête du CCOMS, les médecins confirment avoir ces patients dans leur patientèle. Les risques suicidaires peuvent donc être largement repéré.

Si la vigilance et la préoccupation des médecins généralistes dans ce domaine étaient plus importantes et s'ils aborderaient plus facilement ses situations avec leurs patients, une démarche primaire en santé mentale et une prise en charge plus précoce pourraient s'initier.

2) Cette enquête évaluera les indications des médecins généralistes pour nous orienter des patients.

Dans l'étude sur la représentation des troubles psychiatrique par le médecin généraliste dans le Nord Pas-de-Calais, réalisée par Lise DEMAILLY, le médecin est la première personne que l'on consulte en cas de mal être. Leur prise en charge est essentiellement médicamenteuse associé à un temps d'écoute et de conseil limité. Globalement, il adresse très peu leurs patients, hormis en cas de trouble psychiatrique ou psychotique, démence, violence et trouble du comportement. Ils ont des théories sociologiques spontanées pour expliquer l'augmentation des troubles. Ils attribuent le plus souvent des causes sociales et relationnelles qui ne nécessitent pas un accompagnement spécifique.

3) Les entretiens permettront d'avoir leur perception sur les services de santé mentale.

Seulement 40% de médecins généralistes se déclarent satisfaits de la qualité de leur coopération avec les secteurs de psychiatrie (Drees, 2004, 2008).

Classiquement, on retrouve un manque d'informations claires sur les missions et services proposés par les secteurs, des délais de rendez-vous trop long, une absence de réponse fiable et de contacts identifiés, une absence d'information et de communication relative à l'évolution du patient adressé par le médecin généraliste.

4) Sur ces points, l'enquête tentera de vérifier si l'amélioration de l'offre de soins en santé mentale a contribué à modifier ces constats.

Les attentes des médecins généralistes retrouvés dans les différentes enquêtes sont simples et multiples, un souhait de plus de formations spécialisées en lien avec les secteurs de psychiatrie, des outils simples et efficaces d'échanges d'informations et de communication, des possibilités d'accès rapide et de soins partagés.

5) Là encore, au travers de ces échanges avec les médecins généralistes, nous identifierons leurs besoins, leurs revendications pour améliorer nos collaborations.

Pour contribuer à développer le partenariat avec les médecins généralistes, pour mieux connaître leurs pratiques auprès des personnes en souffrance psychique, en crise suicidaire ou en trouble psychique, pour identifier leurs besoins en santé mentale, le Réseau « Chaîne de Vie » a élaboré une recherche-action soutenue par le CLSM. Ce travail s'appuiera sur une enquête diligentée auprès d'eux.

C : Méthode d'enquête

1) Public enquêté

Il s'agit d'une enquête réalisée auprès de l'ensemble des médecins généralistes de TOURCOING. Le listing des médecins généralistes est celui existant dans notre service à l'EPSM Lille-Métropole comparé et complété par le listing du site Amélie.fr. Soit une base de données initiale de 120 médecins généralistes.

2) Méthode et outil utilisé

Afin de limiter les taux de refus ou de non réponse, plusieurs mesures ont été prises.

1. Envoi d'une lettre annonciatrice :

Une lettre a été adressée aux médecins généralistes en mars 2012 annonçant notre souhait, en tant que service de psychiatrie, d'améliorer la collaboration avec les médecins généralistes dans la prise en charge des personnes en souffrance psychique, en crise suicidaire ou en trouble psychique.

2. Un appel préalable pour leur proposer un temps d'échange avec eux aboutissant à : soit une date de rappel pour un entretien téléphonique, soit une date de rendez-vous pour se rencontrer, soit un envoi du questionnaire par courrier.
3. Pour les médecins injoignables, un envoi systématique du questionnaire a été effectué.
4. La durée du questionnaire a été limitée à 10 à 15 minutes, pouvant bien sûr être un peu plus important en fonction de ce qu'ils avaient à nous dire. Il était nécessaire de limiter la durée de l'échange à moins de 30 minutes, au-delà desquelles le risque de refus est plus élevé.

3) Durée du recueil

La période de l'étude a été fixée du 15 juin au 15 juillet 2012.

4) Déroulement de l'enquête

Les entretiens ont été menés par 4 enquêtrices : Eglantine Camus ; coordinatrice du CLSM, Anne Charpentier ; psychologue secteur infanto-juvénile du Dr Garcin, Virginie Delaval ; cadre de santé à l'Espace Abbé de l'Epée, secteur adulte du Dr Thevenon, et moi-même.

5) Répartition des appels

La répartition des appels a été de 20 pour chacune d'entre elle, le reste a été réalisé par moi-même.

6) Le questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en collaboration avec les services de santé mentale adulte et infanto juvénile. Il s'est inspiré de l'étude de 2011 du CCOMS sur la place de la santé mentale en médecine générale et sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé, du Collège Nationale pour la Qualité des soins en Psychiatrie et du rapport de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.

Il a été conçu afin de permettre un entretien semi directif, laissant libre court aux échanges.

7) Les objectifs

Les questions posées aux médecins généralistes devaient permettre d'atteindre l'objectif général : *Améliorer nos relations et notre partenariat.*

Il s'est organisé autour de plusieurs objectifs spécifiques :

- Renforcer la connaissance des médecins généralistes à propos des structures de soins en Santé Mentale
- Repérer leur positionnement par rapport à l'interpellation de nos services
- Connaître leur regard et le regard de leurs patients par rapport aux soins délivrés dans les services de soins
- Appréhender les relations et la communication entre les médecins généralistes et les psychiatres
- Connaître leur implication dans le suivi des patients consultant nos services de santé mentale
- Identifier leurs capacités à accompagner la souffrance psychique, la crise suicidaire et les personnes confrontées dans leur entourage au suicide
- Recueillir leurs besoins, leurs revendications, leurs propositions pour améliorer nos collaborations et le développement de la santé mentale dans la communauté

Chaque enquêteur a reçu un dossier comprenant :

- la présentation du projet
- un protocole de passation pour l'entretien
- un dossier pour chaque médecin :
 - avec une fiche de recueil comprenant le nom du médecin, ses coordonnées téléphoniques, le déroulement des démarches avant l'entretien et un retour de l'enquêteur sur ses impressions après l'entretien
 - Le questionnaire

D : Résultats et analyse

1) Bilan d'exploitation de l'enquête.

Une ligne « problème de numéro » regroupe les appels à de faux numéros ou des médecins injoignables et sans répondants.

Les « hors cibles regroupent les médecins qui ne sont plus en activité « retraité » et les médecins « non généralistes »

Sur la base interrogeable, le taux de refus spontané a été assez faible 10,5%.

La période de recueil chevauchait une période de vacances, aussi 15 médecins n'ont pas pu être interviewés.

Pour se donner toutes les chances de recueil, le questionnaire a été adressé par courrier à tous les médecins pour lequel aucun accord d'entretien n'a pu aboutir. Aussi sur les 52 envois, seulement 4 retour, à ce jour est comptabilisé, soit un retour de 7,7 % par ce mode de procédure.

Au final, 44 entretiens ont été réalisés, 21 par une rencontre direct au cabinet du médecin généraliste, 19 par appel téléphonique, 4 par retour de courrier.

Bilan d'exploitation de l'enquête auprès de médecins généralistes de TOURCOING

Base totale	120
Problème de numéro	15 soit 12,5%
Hors cible : retraité	13 soit 10,8%
Non généraliste	6 soit 5%
Base interrogeable	86
Refus	9 soit 10,4%
Vacances	15 soit 17,4%
Total enquêté	62
Via Appel téléphonique	19 soit 30,6%
Rencontre au cabinet	21 soit 33,8%
Courrier envoyé	52
Retour de courrier	4 soit 7,6%
Interviews réalisées	44

Au final, sur les 86 médecins interrogeables, seulement 62 ont pu être contacté. Le taux de participation à l'enquête est donc très encourageant, 71%.

L'analyse du questionnaire s'est faite en utilisant des tableaux Excel et en respectant les différents axes en lien avec les objectifs de la recherche-action. L'analyse des commentaires s'est effectuée en recensant des catégories de réponses prenant en compte les éléments les plus importants, les informations ou remarques pertinentes, ainsi que les ressenties aussi bien de l'enquêteur que de l'enquêté.

2 : Connaissances de l'offre de soins en santé mentale

Secteur G16- G17 adulte	: Oui pour :	Réponse spontanée
UTP : Unités tourquennoises de psychiatrie	90.91%	61.36%
Equipe de liaison aux urgences du CH DRON	54.55%	6.82%
CMP, CATTP	97.73%	95.45%
CIAC : Centre Intersectoriel d'Accueil de Crise	63.64%	18.18%
Secteur G16 adulte	Oui pour :	Réponse spontanée
EAE : Espace Abée de l'Epée	84.09%	27.27%
Secteur infanto juvénile		Réponse spontanée
CMP enfants- adolescents	100%	95.45%
Espace TOM	15.91%	0
Equipe Mobile pour les adolescents	18.18%	0
Equipe Mobile Périnatalité	2.27%	0

Nombre de répondants : 44

Les services de santé mentale les plus connus des médecins généralistes sont sans conteste les CMP (adultes avec 97.73% et enfants avec 100%). On s'aperçoit très vite que les nouvelles structures, développées ces dernières années, ne sont pas suffisamment connues. En effet seulement 61% citent les UTP de façon spontanée, l'EAE est évoqué que par 27 % des médecins, alors que dans l'entretien quand nous citons ces structures, ils répondent qu'ils les connaissent (91% pour les UTP - 84 % pour EAE), en rajoutant qu'ils ne les connaissent pas

forcément bien. L'équipe de liaison aux urgences de DRON est connu que de 55 % des médecins, seulement 7 % en fait référence spontanément. De même pour le CIAC, seulement 18% des généralistes en parlent d'eux même et cela leur évoque effectivement quelque chose pour 64% d'entre eux quand on leur cite.

Ces résultats montrent combien il est important de mieux faire connaître nos services auprès des médecins généralistes. En effet ces différentes structures ont été mises en place pour répondre de façon rapide et adapté à de nombreuses situations de souffrance psychique, de crise suicidaire ou de troubles psychiques. Si les médecins généralistes sont encore à ne solliciter prioritairement que les CMP, il est évident que certaines réponses lors de leur adressage de patients ne soient pas satisfaisantes.

Pour le secteur infanto juvénile, la situation est encore plus critique puisque leur connaissance ne se limite qu'au CMP. Les nouvelles structures mises en place sont très peu connues, en dessous de 18 % (18% pour Espace TOM, 16 % pour l'équipe mobile Ado, 2% pour équipe mobile périnatalité). Ceci peut s'expliquer par le fait que se sont des structures assez récentes et que celles-ci n'existaient pas encore lorsque le Réseau » Chaîne de Vie » était très actif.

Les entretiens ont permis d'expliquer brièvement l'existence de ces structures et de clarifier leur fonctionnement.

3 Indication et orientation vers nos structures

L'entretien souhaitait estimer approximativement, le pourcentage de patients qu'ils nous adressaient dans leur clientèle, la proportion qui nous consultait, leurs difficultés pour nous les adresser et leurs indications.

En fait, les médecins généralistes ne nous adressent pas énormément leurs patients. En moyenne, ça ne correspond qu'à 4 % de leur patientèle, avec des variations allant de moins de 0.01 à 15 %. Suite à leur proposition de nous consulter, 42 % des généralistes disent que 75 % de leurs patients viennent, 9% déclarent qu'ils viennent tous, 9 % considèrent que seulement 50 % viennent, 14% n'ont que 25 % qui font la démarche et 5% n'en n'ont que 10 %.

Aussi au vue de leur patientèle, le nombre réel de patient qui est suivi dans les services de santé mentale est très faible.

En ce qui concerne leurs difficultés à orienter un patient vers une prise en charge en santé mentale, 45.5 % n'ont aucune difficulté, près de 20% des médecins qui ont donné un commentaire expriment une bonne connaissance de l'offre de soin, avec appel facile du médecin psychiatre ou prise en charge rapide par les services actuels.

54,5 % se disent en difficulté. Les raisons évoquées sont surtout liées une mauvaise orientation de leurs patients dans les services de soins, pour 55%. De ce fait, ils évoquent des délais trop longs, une nécessité de téléphoner à plusieurs endroits avant d'avoir satisfaction, un non retour d'information sur ce que devient son patient

Bonne connaissance de l'offre de soin	6
Mauvaises connaissances des services	17
Réticences des patients	6
Déception	2

Nombre des répondants pour les commentaires : 31/44, soit 70.5 %

20 % sont plutôt en difficulté avec la réticence des patients. La psychiatrie fait peur. Ils ne veulent pas être mélangés avec des personnes ayant des pathologies lourdes.

Certains proposent donc une orientation plutôt vers la psychiatrie libérale.

Une réserve est également mise sur les prises en charge des enfants et adolescents. Mais là encore, la seule orientation proposée est le CMP infanto-juvénile avec des délais d'attente souvent très long.

On perçoit nettement qu'il reste une difficulté pour les patients ayant une pathologie mentale en dehors des situations d'urgence, ou les délais d'attente paraissent un peu trop longs, par ailleurs ils sont en difficultés avec les anorexiques et les toxicomanes.

Leurs indications pour solliciter nos services restent très classiques. Ils adressent les patients présentant des troubles psychotiques, des troubles du comportement, notamment quand ceux-ci concernent de jeunes enfants, ainsi que ceux en échec scolaire ou ayant des parents divorcés. Ainsi que les personnes présentant des dépressions qui durent ou pour lesquelles ils se sentent insuffisant dans leurs possibilités de prise en charge ou par manque de temps. Ils adressent également le patient en cas de risque suicidaire, de situation urgente ou d'évènement traumatique et si le patient en fait la demande. Ainsi, quand ils adressent, pour bon nombre d'entre-eux, c'est qu'ils sont dépassés et ont besoin d'un avis d'une conduite à

tenir, notamment en cas de dépression sévère, d'anorexie, de toxicomanie, de trouble de la personnalité ou de décompensation délirante psychotique. La rapidité de leur orientation dépend bien souvent de leur disponibilité ou non à l'écoute, de leur inquiétude personnelle et de la qualité relationnelle avec certains patients qui leur évoquent spontanément une grande souffrance ou au contraire ceux qui manifestement sont en grande souffrance mais qui n'évoquent rien, hormis parfois des troubles somatiques récurrents.

Personne dans l'enquête n'a parlé spontanément des personnes dépressives ayant de conduites d'alcoolisation sévère ou récurrente, ni des personnes présentant des deuils difficiles ou des conflits conjugaux sévères, voir des personnes en très grande difficulté avec leur travail. Pour autant, ils se disent de plus en plus confronter à une patientèle en grande souffrance psychique avec des situations de vie complexes et difficiles. Ses situations sont connues comme ayant un risque suicidaire. Aussi il semble important que les médecins généralistes puissent œuvrer à faciliter la prise en charge pas uniquement des patients présentant des troubles psychiques mais également, comme le veut la santé mentale, de repérer les situations de désordre psychique et de les orienter plus précocement vers les services de santé mentale.

Lors de nos échanges, cette vigilance a été soulignée et bien accueillie.

4 Satisfaction du patient et du médecin par rapport aux prises en charge dans les services de soins

A la question des retours des patients par rapport à leur prise en charge, lors de l'entretien, l'ensemble des structures n'a pas été cité. Nous demandions de façon générale, comment étaient les retours des patients et si un service était particulièrement visé par un retour négatif nous en prenions note. Du coup les réponses et pourcentage sont très aléatoire et là encore fonction de la connaissance des services.

Secteur G16- G17 adulte	Oui pour :
UTP : Unités tourquennoises de psychiatrie	90.70%
Equipe de liaison aux urgences du CH DRON	79.54%
CMP, CATTP, CMP enfants- adolescents	84.09%
CIAC : Centre Intersectoriel d'Accueil de Crise	81.39%
Secteur G16 adulte	
EAE : Espace Abée de l'Epée	81.81%

Secteur infanto juvénile	
Espace TOM	4.5%
Equipe Mobile	13.63%

Nombre de répondants : 44

Néanmoins de façon globale, les retours sont plutôt positifs et c'est au travers des commentaires que nous avons pu retirés quelques éléments intéressants.

Bon retour	20
Délai d'attente pour RDV	5
Plutôt bon retour	14
Non satisfait	3
Aucun retour	2

Nombre de répondants pour les commentaires: 44/44, soit 100 %

Déjà pour 45.5 %, les retours sont très bon et pour 32 % plutôt bon. Les raisons évoquées sont une très bonne évolution des services de santé mentale avec une prise en charge mieux adaptée et rapide surtout pour les situations de crise, une impression d'utilité, une bonne stabilité dans le suivi ambulatoire de crise, un personnel compétent offrant une bonne écoute avec une aide réelle et des activités intéressantes. Voici quelques commentaires de patients fait à leur médecin :

« Souvent regrette de ne pas être venu consulter avant," j'aurai du vous écouter" « content d'avoir quelqu'un à qui parler »

Quand les propos sont nuancés, les patients indiquent que leur satisfaction peut dépendre de la personne rencontrée, pour certaines personnes, elles ne s'attendaient pas à voir d'abord une infirmière, les psychiatres ne sont pas assez disponibles, aussi les rendez vous dans le suivi sont parfois trop espacés, les patients aimeraient les voir plus souvent et plus longtemps. Parfois les patients pensent que cela ne sert à rien, l'accroche n'a pas été probante. Ils se plaignent de certains RDV qui sont reportés, ou qu'ils ne voient pas forcément les personnes qu'ils connaissent quand ils viennent en urgence, néanmoins l'accès au psychiatre à l'EAE est toujours facile et le CIAC est très utile, car il résout de nombreuses situations. Les patients restent perturbés lors d'un changement de psychiatre dans sa prise en charge.

"On me dit de venir si ça ne va pas, mais je ne vois pas la personne qui me suit"." on n'a pas cherché à me retenir".

Il semble que le premier contact soit fondamental

Pour les structures CMP, le reproche est la manque de disponibilité des médecins psychiatres, les RDV souvent beaucoup trop espacés et trop courts, le déficit en médecins psychiatre pour répondre aux différentes situations , l'instabilité des équipes.

Pour ce qui est des délais d'attente, ils sont souvent cités pour les enfants. Les médecins généralistes connaissant peu le fonctionnement actuel et ayant donc adressés leurs patients pour voir un psychiatre, ne sont pas forcément d'accord au fait que leur patient ne voit pas un psychiatre de suite.

Les insatisfaits, 6.8%, n'ont pas bénéficiés d'un suivi stable : « RDV reportés régulièrement, changement de professionnels, pas de référent médical fixe, ». Pour les psychotiques, ils se sentent, pour certains, pas suffisamment soutenus pour s'insérer dans la cité et les activités, qui leurs sont proposées, ne sont pas forcément très adaptées.

Et enfin 4.5 % n'ont pas de retour de leurs patients.

L'appréciation des médecins généralistes par rapport à l'offre de soins est de l'ordre de 70.45%. Cela est très encourageant malgré les remarques déjà citées.

Satisfait en lien avec une bonne connaissance des services	11
Plus critique en lien avec une mauvaise connaissance des services	16
Manque de psychiatre et de disponibilité, manque de communication	10
Pas assez de retour	4

Nombre de répondants pour les commentaires : 41/44, soit 93 %

Les satisfactions sont liées à la facilité d'appel, la rapidité et l'efficacité avec des RDV honorés et dans un délai respectable, Ils sont très satisfaits dans les situations d'urgence. De plus si les patients sont satisfaits donc c'est satisfaisant pour eux.

Parmi les plus critiques, 39 % d'entre eux, ils avouent ne rien connaître, ils leur semblent à certains que ça bouge constamment, ne savent pas comment faire pour que le patient ait un RDV avec un psychiatre. Ils ne pensent pas à nous et envoient plutôt vers le libéral systématiquement, alors que s'ils nous connaissaient mieux, ils feraient plus souvent appel à nous. Ils évoquent, à nouveau des difficultés de contacter un psychiatre, des délais trop longs, des problèmes avec les toxicomanes. Ils n'arrivent pas à faire la distinction entre CMP et EAE. Ils sont en difficultés avec les obligations de soins, ou encore avec ceux qui ne veulent

pas venir alors qu'ils en ont vraiment besoin. De plus, ils ne savent plus trop comment agir avec la loi du 5 juillet 2012. Ils disent que ça ne marche pas et sont très ennuyés avec les patients "dangereux ».

Un médecin est très critique, il nous dit : « *Il n'y a pas de PEC effectif, le premier entretien est fait par un infirmier qui aboutit rarement, le patient abandonne à cause des délais, du manque de souplesse des CMP. De plus, souvent les patients doivent sacrifier 1/2 journée de travail. C'est de la « blabla thérapie » plutôt qu'une vraie psychothérapie, c'est plus un travail d'introspection psychanalytique* ». Heureusement, ils ne sont pas tous comme ça, mais ¼ dénoncent un manque de communication et de liaison et surtout un effectif trop faible de psychiatres. Nous avons vu précédemment que certains médecins généralistes adressaient leurs patients dans l'optique d'avoir un avis sur la conduite à tenir et sur les traitements, aussi pour eux le manque de retour de réponses rapides est délétère.

A la question pour déterminer s'ils sont d'accord que la première rencontre dans un service de santé mentale se fasse par un(e) infirmier(ère) ou un(e) psychologue, les médecins généralistes ont un avis favorable pour 70.5 % pour l'infirmier(ère) et 79.5 % pour un(e) psychologue.

Satisfait, Permet une écoute et orientation rapide	12
Pas d'accord	8
Non apprécié des patients	3

Nombre de répondant pour les commentaires : 23/ 44, soit 52.3 %

Le désaccord vient surtout quand le médecin fait la demande, il estime que le travail d'orientation a été fait et que son patient doit voir un psychiatre, ne voit pas en quoi une infirmière serait plus compétente que lui pour orienter le patient, de plus les patients n'apprécient pas de rencontrer une infirmière pour lui entendre dire qu'il faut un RDV avec un psychiatre. Pour certains, ils n'en voient pas l'intérêt : « ça retarde la mise en route des traitements, aimeraient qu'ils voient d'abord le psy, sinon c'est une perte de temps, les patients sont déçus de voir une infirmière, c'est une marche de plus à franchir. Semble t'il que 13 % de leurs patients s'en plaignent car parfois ça leur fait raconter leur histoire plusieurs fois. Ceci est pour autant assez utile en thérapie de narrer son histoire à différents intervenants.

5 Relation et communication entre les médecins généralistes et les psychiatres

Lors des entretiens, nous nous sommes intéressés aux modes de communications qui s'établissaient actuellement, en recherchant à les améliorer. Nous nous sommes attachés à savoir si les courriers se faisaient de part et d'autres et s'il y avait d'autres modes de communications à développer.

Courrier du MG au MP	90.90 %
Réception de courrier lors d'une hospitalisation aux UTP	93.02 %
Réception de courrier lors d'un passage aux urgences	81.11 %
Réception de courrier lors d'un suivi ambulatoire	77.27 %
Réception de courrier lors d'un séjour au CIAC	83.72 %
Autre mode de communication à développer	65.91 %

Nombre de répondants : 44

Les médecins généralistes font un courrier pour orienter leurs patients vers un service de santé mentale dans 91% des cas, ils ne le font pas forcément si le patient est ou a déjà été suivi, s'il n'y a pas d'éléments nouveaux au cours de sa prise en charge. Ils conviennent que leurs courriers sont succins.

Pour le retour de courrier lors des prises en charge, les résultats sont malgré tout assez favorables. Lors des hospitalisations, ils déplorent parfois la lenteur du courrier. Lors du passage aux urgences, le mot de liaison est donné aux patients, dans la mesure où ils revoient le patient et qu'il lui amène le mot de liaison, il a des nouvelles. C'est dans les suivis ambulatoires qu'il y a le plus de remarques, notamment sur le manque de précisions des courriers. Ceux-ci restent très évasifs, n'aidant pas le généraliste pour le diagnostic et les raisons probables. Ils aimeraient une aide quand ils adressent des patients difficiles pour qui ils ne savent pas quoi faire. Pour autant, ils sont beaucoup plus critiques par rapport aux prises en charge en CMP, pour les suivis au long cours. Un médecin nous disait ne pas être au courant des injections effectuées ou non à son patient.

Pour ce qui est d'un autre mode de communication, 66 % y sont favorables avec comme nombreuses solutions proposées.

Téléphone	14
Apicrypt	9
N° unique d'appel	6
Un interlocuteur privilégié	4
Courrier si explicite	1
Email pour avis	1
DMP, Dossier Médicalisé Personnalisé	1
Réunion trimestrielle	1

Nombre de répondants pour les commentaires : 31/44, soit 70.5 % avec réponses multiples.

L'accessibilité téléphonique facilitée en plus par un numéro unique ou un interlocuteur privilégié est la solution idéale pour plus de 77.4 % des médecins généralistes. La proposition d'avoir un médecin psychiatre référent qu'ils pourraient contacter pour avoir un avis ou pour faciliter la gestion de certaines situations difficiles a été très approuvée à 95.45%. Les commentaires ont été très spontanés de l'ordre du : « Génial, super idée, très utile et intéressant » 2 personnes indiquent malgré tout qu'il serait nécessaire d'avoir un bon rapport de confiance, car ils se sont déjà fait mal menés par certains psychiatres. Par ailleurs plus de 80 % des médecins reçoivent systématiquement les résultats de laboratoire ou les courriers des professionnels utilisant le système Apicrypt, qui est une messagerie sécurisée gérée par une société à Dunkerque. D'autres établissements hospitaliers l'utilisent. Il serait utile de voir la faisabilité de ce mode de communication au sein de l'EPSM Lille-Métropole. Par ailleurs, les médecins qui désirent scanner le courrier reçue par nos services sont ennuyés pour le faire car ils sont écrits en encre bleu, qui passe mal lorsqu'on le scanne.

6 Implication des médecins généralistes dans le suivi de leurs patients consultant nos services de santé mentale

Il nous est apparu intéressant lors de ces échanges de mieux connaître les pratiques des médecins généralistes auprès des patients pris en charge par nos soins.

La première question était de savoir s'ils étaient parfois amenés à changer les traitements proposés lors de la prise en charge et s'ils prévenaient le médecin psychiatre. Cette question a souvent étonné le généraliste, qui en grande majorité : 62%. ne fait pas de changement de traitement, sauf en cas d'intolérance importante Il signale ce changement que dans 38.6 % et uniquement via le patient, lui demandant de le signaler au psychiatre. Certains ne savent pas si le psychiatre prescrit et sont ainsi gênés dans leur propre prescription, d'autres relatent des

prises de traitement très lourdes, peu compatibles à une vie en dehors de l'hôpital et s'autorisent alors à moduler le traitement.

Les suivis des traitements sont bien pris en charge par les médecins généralistes. Ils assurent plus de 91% des recherches d'effets secondaires et de contre indication, 84% des bilans de surveillance. Pour certains, si le médecin psychiatre prescrit lui-même, notamment pour les suivis en CMP, ils ne s'en préoccupent pas.

Il est donc nécessaire que l'on soit au clair dans nos pratiques aussi bien côté médecins généralistes que spécialistes.

Ils sont par ailleurs plus de 82 % à être d'accord et intéressés pour recevoir des fiches correspondantes à la surveillance des traitements, surtout quand ils sont récents.

7 Connaissance sur les attitudes et les accompagnements du médecin généraliste auprès des personnes en souffrance psychique, en crise suicidaire, ou confrontés à la mort d'un proche par suicide.

Cette recherche-action avait pour origine de redynamiser le « Réseau Chaîne de Vie », il était donc nécessaire de savoir où en étaient les médecins généralistes sur le repérage, l'évaluation et l'accompagnement et l'orientation des personnes en crise suicidaire ou confronté à la mort d'un proche par suicide.

Le « Réseau Chaîne de Vie » est connu que de 18 % des généralistes. Certains ont réagit plus facilement si on leur parlait de la dynamique de prévention du suicide menée sur Tourcoing par le service du Dr THEVENON.

En ce qui concerne leur habilité auprès des personnes exprimant des souffrances psychiques ou des idées suicidaires, les résultats sont nuancés par leurs commentaires.

La question était : « Etes-vous à l'aise face à une personne qui :

Qui exprime ses souffrances psychiques	
- Oui	75 %
Qui évoque des idées suicidaires	
- Oui	65.91 %
Abordez-vous facilement la question du suicide ?	84.09 %
- De façon explicite	46.34 %
Après un passage à l'acte, reparlez-vous avec elle ?	

- Oui	81.82 %
Après un passage à l'acte, évaluez-vous le risque de récurrence ?	
- Oui	77.27 %
Qui est endeuillée par le suicide d'un proche	
- Oui	54.55 %

Même si pour $\frac{3}{4}$ des médecins généralistes, la souffrance psychique n'est pas un problème, $\frac{1}{4}$ des répondants ne sont pas aussi catégoriques. Le manque de temps, leurs surcharges de travail et les consultations nécessitant beaucoup d'empathie, ne sont pas le lot de tous. Pour les personnes évoquant des idées suicidaires, ils se disent à l'aise à 66 % tout en évoquant clairement dans leurs commentaires : « qu'ils sont inquiets de ce qu'il peut arriver, ils ne savent pas quoi dire, ni évaluer le risque de passage à l'acte. Ils les adressent rapidement aux urgences. Ils leur est difficile de faire la part des choses entre risque réel ou non. Pour certains, leur recette c'est de les mettre en arrêt de travail en les prenant en charge lui-même : « un peu de repos et ça va mieux ».

A la question d'aborder facilement la question du suicide, 84 % disent être à l'aise, même seulement 55 % l'aborde de façon explicite. On retrouve là encore des mythes importants : « j'ai peur de leur donner l'idée, j'essaie de minimiser le risque; on parle d'idées noires ». D'autres n'y pensent pas systématiquement et nous disent que cela n'est pas si fréquent ou pense plus que c'est de la manipulation, du chantage. Un autre n'en parle que lorsqu'ils sont déjà passés à l'acte. Pour certains, leurs patients leur en parle ou cherche à le faire dire. En fait ils essaient de deviner et nous disent que c'est très difficile d'aborder des choses précises. Certains essaient de détecter le "vrai" du "faux" risque suicidaire. Ils ne savent pas qui est vraiment en danger : « ce n'est pas ceux qui en parlent le plus, parfois on ne le voit pas venir »

Quand leurs patients sont passés à l'acte, 82 % des médecins sont à l'aise d'en reparler. Les quelques commentaires sont toutefois peu rassurants, sur les 9 commentaires recueillis : « souvent pas de suicide sérieux, beaucoup de passage à l'acte sans conséquence », « pense que c'est "des faux culs" », « ceux qui passent à l'acte avec des médicaments ne voulaient pas vraiment se suicider ». Certains disent que c'est très compliqué pour eux, qu'ils essaient et se préoccupent de savoir si le patient est suivi et s'il a un environnement familial soutenant. Un médecin m'a dit qu'il leur faisait la morale, encore plus quand c'était un jeune : « Je l'engueule »

Quant à l'évaluation du risque de récurrences, il est clair que très peu savent le faire. Sur les 9 commentaires obtenus, pour 60 % disent : « On ne rentre pas dans les détails, on essaye de prévenir des risques », « On lui dit de ne pas le refaire » « On essaye, mais on n'est pas sûr ». Un médecin ayant suivi la formation est tout à fait à l'aise et pour lui c'est important d'en reparler et de réévaluer.

A la question délicate de l'accompagnement des personnes endeuillées par un proche par suicide, sur 25 commentaires, 40 % on spontanément dit qu'il n'en avait pas dans leur clientèle ou qu'il n'en avait pas connaissance, 28 % ne savent pas quoi dire. Pour 28 %, cette situation est très compliquée, très lourde, surtout « quand il s'agit d'une personne âgée pour qui on a rien vu », « ça nous dépasse, il faut une énergie "farouche" pour les remonter, sans être sûr de les aider ». L'entourage veut comprendre, on essaye de les soutenir au mieux. Deux médecins disent même avoir eu beaucoup de suicide professionnel et personnel et qu'ils ne sont pas du tout à l'aise avec ce sujet.

On perçoit bien que 57 % osent s'exprimer sur ces sujets délicats, alors que tout au long de l'entretien les commentaires étaient nombreux.

En ce qui concerne l'adressage des personnes en crise suicidaires adultes, 70.5 % les envoient dans les dispositifs d'accueil et de crise, soit l'EAE, quand ils sont connus et ouverts, sinon aux urgences du CH DRON.

Pour les adolescents, peu en reçoivent en clientèle, sinon ils les renvoient après un passage à l'acte. Ils les orientent, pour ceux qui connaissent l'offre de soins, soit 6.8% vers l'équipe mobile et l'espace TOM.

Sur 84 % de répondants à la question pourquoi ils n'adressaient pas leurs patients dans les lieux de crise, 94.5 % nous disent ne pas connaître les structures. 5 % déclarent ne pas les adresser systématiquement.

8 Besoins, revendications, propositions pour améliorer nos collaborations et le développement de la santé mentale dans la communauté

Seulement 3 médecins ne se sont pas exprimés sur cette question. C'est dire leur intérêt pour la question. Les propositions sont nombreuses (59) et se regroupent en 6 catégories.

organisation FMC, besoin d'information	8
Rencontre d'échange sur des situations complexes	8
N° de téléphone, réponse rapide en cas d'urgence	15
Mieux connaître les structures de soins et leurs fonctionnements	18
Encouragement	4
Etre plus souvent sollicité	6

Nombre de répondants pour les commentaires : 41/44 soit 93 %

Nombre de propositions : 59

Ainsi, vient largement en tête pour 30.5 %, la nécessité d'une meilleure connaissance des services de soins en santé mentale, de leur fonctionnement, de la façon de les interpellier facilement et ce encore plus pour la pédopsychiatrie.

Ensuite, et cela est en corrélation avec la première demande, ¼ souhaitent avoir un numéro de téléphone, un interlocuteur pour permettre des prises en charge rapide et efficace, notamment en cas d'urgence.

Pour 13.5 %, le souhait de se rencontrer, soit en FMC, Formation Médicale Continue pour accroître leurs formations, en particulier sur des sujets spécifiques à la santé mentale. Besoin de clarification par rapport à la loi du 5 juillet 2012, sur différents thèmes par rapport à la souffrance psychique au travail, au suicide. Deux médecins généralistes impliqués dans l'organisation de ces soirées se sont proposés pour en mettre en place, dès que possible. Soit en organisant des rencontres pour échanger sur les situations difficiles et avoir une meilleure réponse communautaire pour les personnes âgées suicidaires, les personnes alcooliques et agressives, les anorexiques, les toxicomanes. Et développer ainsi un travail d'équipe avec la psychiatrie et un véritable réseau.

10 % aimeraient être plus souvent impliqués dans la prise en charge, surtout après qu'ils aient adressé un patient en hospitalisation, ils souhaiteraient être consultés ou informés des sorties d'hospitalisation. Ils les jugent parfois beaucoup trop rapides, et se retrouvent à nouveau rapidement en difficultés avec ces patients, le plus souvent psychotiques.

Il y a 8.5 % des médecins interviewés qui nous connaissent très bien, travaillent déjà extrêmement bien ensemble et restent partant pour encore améliorer le partenariat.

Deux d'entre eux souhaitent d'ailleurs s'impliquer dans les suites de ce projet.

A la question finale qui était : Souhaitez-vous rajouter quelques choses 76.75 % ont répondu non. Néanmoins ils étaient 82 % à donner un commentaire sur leur ressenti durant cet entretien. ¾ ont dit très spontanément être très content de cette rencontre téléphonique ou

directement dans leur cabinet. Plus de la moitié, ont trouvé la démarche intéressante, le déplacement vers eux a également été bien perçu.

Les entretiens ont permis souvent de clarifier l'organisation actuelle de la santé mentale sur Tourcoing, d'en faire connaître leurs utilisations les plus adaptées en fonction des situations rencontrées. Pour les autres, ils souhaitent être au courant des résultats de l'enquête.

E) Conclusion et perspectives

Cette recherche-action s'est menée sur un temps court et dans une période pas forcément très favorable car quinze médecins étaient en vacances. Pour autant le taux de participation est satisfaisant, pour 62 médecins joignables, 44 ont été interviewé, soit 71 %. L'objectif, d'améliorer nos relations et notre partenariat, a été très apprécié et les entretiens ont souvent été bien plus long que prévus, tellement nos échanges ont été riches et intéressants. La proposition de venir les rencontrer dans leur cabinet, quand cela a été possible, a été un plus et contribue déjà à favoriser notre collaboration. Chaque enquêtrice a lui-même été ravie des échanges, du bon accueil et de la disponibilité des généralistes. Et tout au long de l'étude, nous avons beaucoup échangé entre nous sur nos ressenties très positives. Et déjà dans notre structure plusieurs points identifiés par cette étude ont été échangés en équipe.

Pour comprendre et compléter les données des résultats de l'enquête du CCOMS auprès des médecins généralistes de Tourcoing, notre questionnaire se voulait plus qualitatif que quantitatif ;

Les différents points d'analyse que l'on retire de cette étude sont les suivants.

Tous les généralistes connaissent les CMP., mais ils ont peu de connaissances sur les nouvelles structures mises en place en santé mentale. Les plus connues sont l' Espace Abée de l'Epée et le CIAC, mais sans pour autant comprendre comment bien les utiliser. Pour le secteur infanto juvénile, leur seule référence est le CMP. Moins de 20% ont entendu parler de l'Espace TOM ou de l'équipe mobile pour les adolescents. Il est donc absolument nécessaire de faire connaître nos services ;

Leurs difficultés pour nous adresser des patients sont liées à leurs mauvaises connaissances de nos services, sinon quand ils connaissent, ils sont satisfaits de la rapidité et de l'efficacité des prises en charge.

Leurs indications d'adressage sont classiques : les psychoses, les troubles de la personnalité, les anorexiques, les dépressions sévères. Pour les troubles anxieux ou dépressions réactionnelles, ils gèrent souvent eux même pendant un moment, puis les adressent quand ils se sentent dépasser et en cas de risque suicidaire exprimé par le patient. Leur disponibilité ou non à l'écoute et leur inquiétude personnelle sont leurs indicateurs. Pour les enfants, on sent une plus grande réactivité pour proposer nos services. Ils attendent un avis, une conduite à tenir et souhaitent donc un retour du psychiatre.

Les patients sont globalement très satisfait de leur prise en charge. Ils reconnaissent l'utilité et la facilité d'accès des lieux d'accueil de crise. Au niveau des CMP, pour les patients ayant une pathologie chronique, les suivis sont plus espacés et les délais sont critiqués. Pour les enfants, ils souhaiteraient des réponses plus rapides. Les médecins sont aussi satisfaits et reconnaissent qu'il y a eu une nette amélioration depuis ces dernières années ;

En ce qui concerne la communication entre généralistes et psychiatre, on se rend compte qu'elle existe mais devrait parfois être plus rapide. Les médecins attendent des courriers plus explicites et des contacts plus directs.

Un médecin psychiatre référent joignable facilement pour avoir un avis ou pour faciliter la gestion de certaines situations difficile serait un plus important.

Les généralistes s'impliquent largement pour le suivi somatique et biologique des patients et souhaiteraient être plus souvent sollicités dans les décisions prises par nos services, notamment lors de sortie d'hospitalisation.

Pour le repérage et l'accompagnement des personnes en crise suicidaire, on perçoit un réel souhait de bien faire, néanmoins beaucoup de préjugés existent et les évaluations sont plus souvent subjectives qu'objectives, c'est-à-dire, en utilisant la triple évaluation : Risque, Urgence, Dangereusité. Par ailleurs, ils se disent peu confrontés à ce type de patients et encore moins aux adolescents suicidaires. Ils ont des patients qui sont passés à l'acte ou qui se suicident de façon imprévisibles à leurs yeux. L'accompagnement des proches est là encore peu fréquent, en tout cas, nous disent-ils, les patients ne viennent pas pour ça.

Nous souhaitons dans ces entretiens éveillés leur attention et leur vigilance sur l'importance du repérage des risques suicidaire et sur l'importance de l'accompagnement des personnes endeuillées par suicide d'un proche.

Leurs besoins, leurs revendications et leurs propositions sont nombreux Sur les deux premiers points, la réponse a pu être immédiate grâce à l'entretien puisqu'il s'agissait pour ceux qui ne connaissaient pas ou mal nos services, d'avoir un n° de téléphone et une réponse rapide en cas d'urgence et de mieux nous connaître. Leurs souhaits sont des rencontres plus

fréquentes et régulières, soit au travers des FMC (Formation Médicale continue) pour aborder des sujets servant leurs pratiques ou en venant les rencontrer ou en les invitant dans nos structures. Ils souhaitent être plus impliqué lors de nos prises en charge et sont partie prenante pour un renforcement de nos collaborations. Ils se savent très peu disponible pour contribuer à développer la santé mentale dans la communauté, autre qu'au travers de leurs pratiques cliniques. Néanmoins, deux médecins sont prêts à s'investir et collaborer au sein du comité local de santé de Tourcoing.

Les points positifs que l'on ressort de cette enquête sont :

- une bonne mobilisation des généralistes pour améliorer nos relations et notre partenariat. L'offre de soins existants est une réelle avancée pour les patients et les médecins.
- La démarche de cette étude a été très appréciée et les entretiens ont permis de clarifier le fonctionnement et l'existence des services actuels en santé mentale pour la ville de Tourcoing.
- Les échanges ont été sincères, évoquant aussi bien des contentements que des désaccords.
- L'intérêt porté sur leurs indications à orienter les patients vers nos services et leurs pratiques face aux personnes en crise suicidaire a été l'occasion d'éveiller leur vigilance sur des situations autres que les troubles psychiques. Ils sont précurseurs pour repérer et orienter précocement les patients rencontrant des situations de vie complexes et à risque suicidaire. Ils sont les premiers interlocuteurs pour évaluer l'impact psychique de situation comme la perte d'un proche par suicide ou autre perte significative ; les conflits conjugaux ; les souffrances au travail et cela aussi bien chez les adultes qu'auprès des enfants. Aussi ils peuvent contribuer à favoriser une approche préventive en dirigeant plus rapidement ses patients vers les services de crise, conçus pour gérer et minimiser les conséquences psychiques de ses situations.

Par ce travail, de réelles perspectives se déclinent. Ils nous semblent essentiels de mettre en place des actions d'information, de sensibilisation en place. La mobilisation de nos services vers les patients et vers les professionnels est un axe de travail prioritaire. Par ailleurs les richesses d'autres structures dans la ville devraient être mieux connues des médecins généralistes, pour qu'ils puissent orienter plus facilement les personnes ayant besoin d'aide.

Cette recherche action nous permet de voir qu'il nous faut une disponibilité de notre part pour établir ce partenariat. Nous aurions eu plus de répondants, si nous avions eu plus de temps pour le recueil et si nous avions pu faire ce travail, sans assumer à la fois nos tâches professionnelles habituelles.

Pour développer et améliorer notre partenariat les atouts essentiels et indispensables sont :

- de favoriser les rencontres entre les médecins généralistes et les professionnels de la santé mentale
- d'avoir de la disponibilité
- de bénéficier de structures adaptées pour toute situation de souffrance psychique, de crises suicidaire et de trouble psychique
- d'offrir une plus grande mobilité des équipes en santé mentale