



HAL
open science

Communication entre le médecin généraliste, le psychiatre libéral et les centres médico-psychologiques en Lorraine : freins et attentes d'une bonne communication entre généralistes, psychiatres libéraux et centres médico-psychologiques évoqués en entretiens semi-dirigés

Emilie Kihn, Armand Paulin

► **To cite this version:**

Emilie Kihn, Armand Paulin. Communication entre le médecin généraliste, le psychiatre libéral et les centres médico-psychologiques en Lorraine : freins et attentes d'une bonne communication entre généralistes, psychiatres libéraux et centres médico-psychologiques évoqués en entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03298081

HAL Id: hal-03298081

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298081>

Submitted on 23 Jul 2021

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2020

THÈSE - MEMOIRE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Emilie Kihn et Armand Paulin

Le 10 juillet 2020

**Communication entre le médecin généraliste, le psychiatre libéral et les centres médico-psychologiques en Lorraine :
Freins et attentes d'une bonne communication entre généralistes, psychiatres libéraux et centres médico-psychologiques évoqués en entretiens semi-dirigés.**

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Vincent Laprèvote	Président
Monsieur le Professeur Bernard Kabuth	Juge
Monsieur le Professeur Jean-Marc Boivin	Juge
Madame le Docteur Caroline Pham-Dinh	Juge et Directeur
Monsieur le Docteur Olivier Hanriot	Juge et Directeur



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne

Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER

Deuxième cycle : Dr Antoine KIMMOUN

Troisième cycle : Pr Laure JOLY

Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

SIDES : Dr Julien BROSEUS

Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Etudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Docimologie : Dr Jacques JONAS

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Pr Mathias POUSSEL

Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT

Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur
Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER – Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

a. PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (Génétiq

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

Remerciements

Au président du jury :

Monsieur le Professeur Vincent LAPREVOTE :

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de Psychiatrie

Nous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse et nous vous en remercions.

Pour avoir fortement contribué à me conforter dans le choix de cette belle spécialité, avec votre humanité et bienveillance, dès le début de l'internat, je vous exprime toute ma gratitude.

Armand Paulin

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH :

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail de thèse et nous en sommes honorés.

Merci de votre accessibilité et de votre bienveillance.

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN :

Professeur des Universités de Médecine Générale

Nous vous sommes reconnaissants pour avoir accepté de participer à notre jury de thèse et pour votre disponibilité, nous vous exprimons toute notre gratitude.

A nos directeurs de thèse :

Madame le Docteur Caroline PHAM-DINH et Monsieur le Docteur Olivier HANRIOT :

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger notre thèse et du temps que vous nous avez accordé. Nous espérons que notre travail est à la hauteur de votre confiance.

A Caroline, merci pour m'avoir guidé et pour ton aide précieuse, avant même de commencer l'internat, et désormais pour finir ce long parcours.

A Olivier et Emilie, merci de m'avoir permis de participer à cette étude, concrète et utile pour notre pratique future.

Armand Paulin

A Armand, merci pour ton regard critique, ta patience et ton aisance rédactionnelle. Tu es arrivé au bon moment je te remercie pour tout ce que tu as fait pour ce travail de thèse.

Emilie Kihn

Aux médecins généralistes et psychiatres interrogés :

Merci du temps que vous nous avez consacré avec sincérité.

Remerciements d'Emilie Kihn

A ma famille

A mes parents, Brigitte et Jean, pour votre soutien et votre aide pour ce travail. Vous m'avez soutenu durant toutes ces années, dans les bons et les mauvais moments. Merci d'avoir cru en moi. Je ne vous remercierai jamais assez.

A ma sœur, Julie. Merci de m'avoir encouragée comme tu l'as fait toujours avec bienveillance. J'ai une chance formidable de t'avoir à mes côtés.

A mes grands-mères Michelle et Germaine. Merci pour vos présences réconfortantes et vos soutiens sans faille.

A mon tonton, Hervé. Merci pour ton soutien et tes précieux conseils tout au long du parcours.

A mes amis

A Alexandre, pour m'avoir supporté et soutenu dans les moments difficiles. Merci pour ta patience.

A Lynn, Jil, Sandra et à tous mes amis qui se reconnaîtront. Merci des moments passés avec vous et de votre soutien au fil du temps.

A tous les médecins

qui ont participé à ma formation et ont contribué à me faire aimer ce métier. (Pr. ZIEGLER O. , Dr SCHOUMACKER LEY L., Dr. GOT I. ,Dr PAILLET P., Dr BACK D., Dr. ATTARI H. ,Dr. ANTON P., Dr. TABOURING P.)

Remerciements d'Armand Paulin

A ma famille, sans qui je ne serais pas arrivé là aujourd'hui, mes chers parents, mon frère Jean-Baptiste et ma sœur Elise.

A tous les médecins séniors et les équipes qui ont pu me guider et enseigner leur savoir avec bienveillance :

Les Dr Caroline Alvarez et Géraldine Haling au CMP des Prés, les Dr Estelle Rollin et Philippe Aïm à l'UCSA, le Dr Myriam Tadri à Archambault, le Dr Marion Perrin-Payet et le Pr Jean-Pierre Kahn au CHU, les Dr Pascale Olivier et Sylvie Lereboulet à Apollinaire, le Dr Sophie Rothenburger à la Maternité, les Dr Sandrine et Jean-Charles Rouchiche, Elise Maurice, Anne Gaunard et Guillaume Bourgeois à Tivoli, le Dr Anne Taillemite à Winnicott et les Dr Véronique Carmaux et Jacques Henry au C2 Nord.

Je tiens à remercier particulièrement l'ensemble de l'équipe de la clinique Tivoli pour m'avoir tant appris professionnellement mais aussi sur le plan personnel, et également l'ensemble des équipes du Centre Paul Langevin et du C2 Nord pour m'avoir guidé lors de mes premiers pas post-internat.

Merci également à mes co-internes et amis que j'ai pu avoir la chance de rencontrer et qui ont embelli cette aventure : Clémentine, Ophélie, Alice, Léa, Charlie, Pierre, Héloïse, Mathilde, Majda, Vincent, Nicolas, Aurore, PH, Thomas, Floriane, Clarisse, Camille, Marion, Mélanie, Claire, Audrey, Mathieu, Laura, Lena, Arthur, Sondos, Julie, Frédéric, et tous ceux que je ne peux citer, la liste étant longue.

A Marine, qui a fait plus que l'embellir.

Sans oublier Edgar, Baptiste, Clément, Christopher, Cécile, Pierre, Victoria et bien sûr Tiffany.

Et surtout Joss, Mamat et Arnaud et pour nos moments de rires si importants, merci.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Abréviations

HAS Haute autorité de santé

CMP Centre médico-psychologique

UMS Unité Minimum de Signification

SR semi rural

MSU Maitre de stage universitaire

DMP Dossier médical partagé

CPTS Communautés professionnelles territoriales de santé

HPST Hôpital patient santé territoire

FMC Formation médicale continue

MDPH Maison départementale des personnes handicapées

AAH Allocation adulte handicapé

ALD Affection longue durée

OCDE Organisation de coopération et de développement économiques

CNQP Collège national pour la qualité des soins

DMG Département de médecine générale

GEF Groupe d'enseignement facultaire

AMMPPU Association médicale mosellane de perfectionnement postuniversitaire

DPC Développement professionnel continu

Table des matières

A. PROFESSEURS ÉMÉRITES	2
REMERCIEMENTS	5
SERMENT	9
ABREVIATIONS	10
TABLE DES MATIERES	11
<i>PARTIE PRESENTEE PAR KIHN EMILIE</i>	15
1. INTRODUCTION	15
A. DEFINITION :	15
B. LE CAS PARTICULIER DE LA PSYCHIATRIE :	16
C. INTERET POUR LE SUJET :	17
D. NOTIONS HISTORIQUES DES NOUVEAUX OUTILS DE COMMUNICATION :	18
E. CADRE LEGISLATIF – LE SECRET MEDICAL	18
<i>PARTIE PRESENTEE PAR ARMAND PAULIN ET EMILIE KIHN</i>	20
2. ARTICLE	20
ABSTRACT	21
INTRODUCTION	23
METHODE	24
RESULTATS	24
DISCUSSION	30
CONCLUSION	39
REFERENCES	40

PARTIE PRESENTEE PAR EMILIE KIHN **43**

3. JUSTIFICATION DU CHOIX METHODOLOGIQUE **43**

- A. UNE ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES **43**
- B. LES ENTRETIENS **43**
- C. SELECTION DE L'ECHANTILLON **43**
- D. GUIDE D'ENTRETIEN **45**
- E. ANALYSE DU CONTENU **46**

4. RESULTATS DETAILLES ET DISCUSSION **47**

PARTIE PRESENTEE PAR EMILIE KIHN **47**

- A. ANALYSE THEMATIQUE DES ENTRETIENS AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES **47**
 - I) TELEPHONE **47**
 - II) COURRIER **49**
 - 1) Adressage **49**
 - 2) Retour **49**
 - 3) Courrier de suivi **50**
 - 4) Messagerie sécurisée **51**
 - 5) Patient intermédiaire **53**
 - III) RELATION MEDECIN GENERALISTE – PSYCHIATRE **55**
 - IV) FREINS **57**
 - 1) Liés au médecin généraliste **57**
 - 2) Liés au psy **58**
 - 3) Liés au patient **60**
 - 4) Liés à la psychiatrie **61**
 - V) REPERCUSSIONS DE LA COMMUNICATION **65**
 - 1) Biais d'informations lié au patient **65**
 - 2) Informations manquantes importantes **65**
 - 3) Pas d'amélioration des pratiques **66**
 - 4) Difficultés pour la reprise/adaptation du traitement **66**
 - 5) Incompréhension / Interprétation **67**
 - 6) S'accorder/ Renforcer l'adhésion **68**
 - VI) ATTENTES **69**

1) Courrier	69
2) Téléphone	70
3) Bonne répartition des tâches	70
VII) PROPOSITIONS D'AMELIORATION	71
1) Outils	71
2) Se connaître	72
3) Fixer des règles selon les attentes de chacun	73
4) Courrier systématique obligatoire	74
<i>PARTIE PRESENTEE PAR ARMAND PAULIN</i>	76
B. ANALYSE THEMATIQUE DES PSYCHIATRES	76
I) LA RELATION MEDECIN GENERALISTE – PSYCHIATRE	76
1) Degré de satisfaction	76
2) Modalités (secrétaire/IDE psy)	77
3) Le réseau professionnel local	77
4) Particularités de la psychiatrie	77
5) Préjugés et idées reçues des psychiatres sur les MG	78
II) CONSEQUENCES DU MANQUE DE COMMUNICATION	80
1) Problématique des traitements	80
2) Litiges entre médecins	80
3) Discontinuités de prise en charge	81
III) AVANTAGES D'UNE COMMUNICATION DE QUALITE	82
1) Cohérence dans la prise en charge globale	82
2) Intrications des symptômes physiques et psychiques	82
3) Facilitation des démarches administratives	82
4) Répartition des tâches	83
5) Amélioration des compétences	83
IV) LE TELEPHONE	85
1) Disponibilité	85
2) Avantages	85
3) Difficultés	86
4) Contenu/Sujets de conversation	86
V) LE COURRIER	89

1) Le courrier d'adressage	89
2) Les retours	90
3) Avantages et limites	91
4) Contenu	92
5) La messagerie sécurisée	93
VI) LA COMMUNICATION PAR L'INTERMEDIAIRE DU PATIENT	95
VII) LE CHOIX DU MODE DE COMMUNICATION	95
VIII) FREINS A LA COMMUNICATION	96
1) Liés aux psychiatres	96
2) Particularités de la psychiatrie	98
3) Liés aux médecins généralistes	100
4) Liés aux patients	102
IX) PROPOSITIONS D'AXES D'AMELIORATIONS	104
1) Connaître les attentes du médecin généraliste	104
2) Développer les réseaux locaux	105
3) Se réorganiser/Dégager du temps	105
4) Systématiser	105
5) Formations	106
6) Développer des outils	106
<i>PARTIE PRESENTEE PAR ARMAND PAULIN</i>	108
<u>5. CONCLUSION</u>	108
<u>6. BIBLIOGRAPHIE HORS ARTICLE</u>	111

1. Introduction

a. Définition :

La communication est l'action de communiquer, de transmettre, d'informer. Elle permet d'établir une relation avec quelqu'un [1].

Au-delà de l'expression verbale, en sociologie et en linguistique, la communication est l'ensemble des phénomènes qui peuvent intervenir lorsqu'un individu transmet une information à un ou plusieurs autres individus, à l'aide du langage articulé ou d'autres codes [2].

On peut distinguer la communication interpersonnelle, la communication de groupe et la communication de masse.

La communication interpersonnelle prend une place importante dans l'exercice de la médecine, d'autant plus que les dernières décennies ont vu se développer les réseaux de soins. Ceux-ci sont basés sur la collaboration de différents professionnels de santé afin d'assurer la meilleure orientation, continuité et cohérence des soins dispensés. La finalité est de prodiguer au patient des soins de meilleure qualité.

Cependant afin d'en assurer le bon fonctionnement, il est nécessaire que la communication entre professionnels soit présente et efficace, d'autant plus que la sur-spécialisation de plus en plus prononcée des professionnels de santé peut entraîner des effets pervers dus au cloisonnement entre les disciplines.

b. Le cas particulier de la psychiatrie :

En se penchant sur cette question, il apparaissait que les psychiatres avaient réputation de peu communiquer avec leurs confrères. Nous en faisons l'expérience puisqu'en abordant la thématique de notre travail de thèse, cela se vérifiait dans notre entourage professionnel. Ces impressions se confirmaient dans la littérature. En effet, la communication entre psychiatres et médecins généralistes a fait l'objet de plusieurs études ces dernières années. En 2014 une étude a repris des données datant de plus de 20 ans avec à chaque fois le même constat : celui du manque de collaboration entre les deux spécialités. Les effets délétères sur la santé physique et mentale du patient étaient listés [3].

Des recommandations existent concernant la communication entre psychiatres et généralistes, mais nous ne les aurions pas connues sans les recherches effectuées pour la rédaction de notre travail. Peut-être est-ce une preuve que celles-ci sont peu enseignées et non connues des professionnels.

Les causes de ces carences en terme de communication n'apparaissent pas évidentes de prime abord, même en considérant la psychiatrie comme une spécialité médicale « à part ».

Le but de l'étude était de pouvoir les mettre en lumière et dans un deuxième temps, proposer des axes d'amélioration pour pouvoir y pallier. Pour réaliser ce travail, nous étions alors deux étudiants en troisième cycle des études médicales, en DES de médecine générale et en DES de psychiatrie. De même les deux directeurs de thèse étaient médecin généraliste et psychiatre. Cela a permis d'avoir des regards croisés à tous les niveaux sur les résultats obtenus.

c. Intérêt pour le sujet :

Pour Emilie Kihn :

Durant mon cursus universitaire médical, qui incluait la pratique en cabinet de médecine générale, j'ai été assez sensible à l'état mental des patients. Je ne peux pas m'empêcher de « creuser » quand j'ai un doute sur un éventuel trouble.

C'est avec beaucoup d'intérêt que je questionne les patients qui ne vont pas bien et tente avec mes moyens de m'occuper de leur santé mentale et physique. Il n'est selon moi pas concevable de faire abstraction du versant psychologique ou psychiatrique d'un patient sous prétexte que je n'arrive pas à communiquer avec le psychiatre traitant du patient. Pour cette raison le sujet de cette thèse m'a beaucoup intéressée dans un but de pouvoir améliorer la cohésion des deux spécialités et permettre la prise en charge globale du patient.

Pour Armand Paulin :

Pendant mon cursus universitaire, il me semble que cette question de la communication n'a été peu, voire pas abordée. Peut-être est-il attendu que les étudiants acquièrent essentiellement durant les stages les bonnes pratiques en termes de communication?

Pour ma part le fait de traiter ce sujet a permis de prendre conscience de l'importance de la transmission des informations aux confrères, au-delà de la nécessité d'avoir de bonnes relations avec ceux-ci, notamment avec le réseau de médecine générale de ville, que nous sommes peu amenés à côtoyer durant le cursus de l'internat en psychiatrie.

Lorsqu'il m'a été proposé de participer à cette étude, une des motivations importantes a été l'aspect concret et ses implications dans la pratique professionnelle courante.

d. Notions historiques des nouveaux outils de communication :

Au cours de ces dernières années avec le développement des nouvelles technologies, les médecins se sont appropriés de nouveaux outils pour communiquer avec leurs confrères. Un grand changement a eu lieu en 1969 lorsqu'est apparu internet, puis en 1991 le projet World Wide Web était rendu public et libre.

Grace à la messagerie électronique, un échange par mail était désormais possible entre confrères. Les contacts ne se faisaient à ce moment-là plus uniquement par téléphone ou par courrier postal.

La première messagerie sécurisée Apicrypt est apparue en 1996 rendant la transmission d'informations entre médecins plus simple et surtout sécurisée, comme l'imposent certains aspects et réglementations du secret professionnel.

Depuis quelques années apparaissent régulièrement des applications permettant la communication rapide entre confrères.

Cependant, malgré le développement des nouvelles technologies et la création de ces nouveaux outils, l'état des lieux en termes d'échanges entre généralistes et psychiatres laissait tout de même à désirer. Cette question de l'utilisation de ces outils devait donc faire partie des sujets abordés avec les médecins interrogés.

e. Cadre législatif – le secret médical

Comme l'un des principaux reproches des généralistes aux psychiatres est la justification de l'absence de courrier par le secret médical, nous rappelons la législation concernant le secret médical.

Au médecin, Hippocrate conseillait de garder le silence et d'observer la prudence dans ses propos. « Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés. »

C'est en 1810 que le Code Pénal a officialisé le secret médical pour la première fois. Puis la notion de secret médical a évolué au fil du temps [4].

Ainsi le secret médical est régi par le Code de Déontologie Médicale, le Code Pénal et le Code de Santé Publique.

Tout médecin a l'obligation professionnelle de maintenir le secret médical après avoir collecté des informations médicales et personnelles. Dans le cas contraire il encourt une amende de 15000 euros ainsi qu'un an d'emprisonnement.

Il existe néanmoins des dérogations au secret médical : le secret médical partagé.

Il est partagé au sein de l'hôpital par les membres de l'équipe médicale qui participent à la prise en charge du patient. Il est également partagé lors de la transmission électronique d'informations médicales entre professionnels de la santé [5].

Le médecin traitant peut ainsi partager avec un confrère participant à la prise en charge de ce dernier s'il est averti et donne son accord. Comme nous allons le voir au cours de nos entretiens le secret médical partagé peut s'avérer plus délicat en psychiatrie et même nuire à la relation de confiance psychiatre – patient.

Notre travail a débouché sur l'écriture d'un article scientifique intitulé *Freins et attentes d'une bonne communication entre généralistes, psychiatres libéraux et centres médico-psychologiques*, qui a été soumis à la revue Santé Publique, proposé à la rubrique « Pratiques et organisation des soins ».

2. Article

Nombre de signes : 39463

Rubrique de publication : Pratiques et organisation des soins

Type de publication : Recherche originale

Freins et attentes d'une bonne communication entre généralistes, psychiatres libéraux et centres médico-psychologiques

Restraints and expectations of a good communication between general practitioners, liberal psychiatrists and medico psychological centers

Auteurs

Armand Paulin¹, Emilie Kihn², Caroline Pham-Dinh³, Olivier Hanriot⁴

Affiliations

¹ Faculté de médecine de Nancy et centre hospitalier spécialisé de Jury

² Faculté de médecine de Nancy et cabinet libéral

³ Cabinet libéral et hôpital virtuel, CUESim, faculté de médecine de Nancy

⁴ Cabinet libéral et département de médecine générale, faculté de médecine de Nancy

Résumé

Introduction :

Le manque de communication entre les acteurs du soin en santé mentale et du soin somatique est connu. Ce manque se fait ressentir dans les échanges entre psychiatres et médecins généralistes.

But de l'étude :

Dans cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés, notre objectif était d'identifier les freins et les attentes des acteurs de terrain concernant la communication entre ces deux spécialités.

Résultats :

Les résultats ont été obtenus à partir de la double analyse des entretiens retranscrits.

Partant des pratiques des médecins interrogés concernant leurs échanges oraux et écrits sur différents supports, nous avons identifié des freins liés aux particularités de la psychiatrie, à des déficits dans leurs formations respectives, et dans le développement de leur réseau professionnel.

Conclusions :

Les propositions d'axes d'amélioration en découlant concernaient la formation lors du cursus et la formation continue, une information sur les attentes des interlocuteurs, la diffusion des recommandations existantes, une meilleure utilisation des outils de communication par voie électronique.

Enfin, le développement des réseaux professionnels locaux par des rencontres physiques à des occasions variées pourrait avoir un impact fort.

Mots-clés :

Communication interdisciplinaire, Enquêtes sur les soins de santé, Soins ambulatoires, Établissements de soins ambulatoires

Abstract

Introduction:

The lack of communication between the medical staff in mental health and physical health is well known. This lack can be felt in the way psychiatrists and general practitioners exchange with each other.

Purpose of research:

In this qualitative study with semi-structured interviews, our aim was to identify the restraints and expectations of the actors on the ground concerning communication between these two specialities.

Results:

The results have been obtained from a double analysis of the retranscribed interviews.

Starting with the practices of the interviewed doctors, concerning their oral and written interactions on various supports, we have identified the restraints related to the particularities of psychiatry, the lack of training course for both specialties and related to the development of their professional network.

Conclusions:

The improvement proposals concerned the training course during the career path and lifelong learning. Moreover, the conversation partner should be informed of the expectations, the actual recommendations should circulate and the electronic communication tools used more efficiently.

Finally, the development of local professional networks by meetings during various occasions could have a large impact.

Keywords:

Interdisciplinary Communication, Health Care Surveys, Ambulatory Care, Ambulatory Care Facilities

Introduction

Depuis la loi du 13 août 2004, le médecin généraliste est considéré comme acteur principal de la coordination des soins. Le parcours de soins coordonnés consiste à confier au médecin traitant la coordination des soins pour son suivi médical. Son objectif est de garantir une meilleure prise en charge des dépenses de santé. Pour en bénéficier, le patient doit choisir et déclarer un médecin traitant. Cette position de pivot du médecin traitant implique une communication efficace entre les différents médecins participant à la prise en charge.

Par ailleurs, la haute prévalence des troubles mentaux dans la population générale¹, atteignant 10 % de la population avec les épisodes dépressifs, implique que les médecins généralistes s'occupent de patients souffrant de troubles psychiatriques². Ils participent au diagnostic et au traitement des troubles mentaux et assurent le suivi du patient. La demande de soins en santé mentale est en parallèle en augmentation³.

Dans ce contexte, une mauvaise communication entre médecins peut avoir des conséquences négatives, pouvant même aboutir à des ruptures de soins qui peuvent elles-mêmes être à l'origine de rechutes des troubles psychiques⁴.

L'insuffisance de la coordination entre les médecins généralistes et les autres acteurs de soins en santé mentale est connue de la HAS⁵ (Haute Autorité de Santé). En 1999, une étude réalisée auprès de généralistes lorrains mettait en évidence leur mauvaise opinion de la psychiatrie et leur mauvaise connaissance du réseau de soins en santé mentale⁶. Une étude réalisée dans les Yvelines en 2010 montre une mauvaise coopération entre psychiatres et généralistes sur ce secteur et propose des solutions pour l'améliorer⁴. Nous avons souhaité rechercher les causes de ces déficits sur le réseau de soins ambulatoires. C'est dans ce contexte que nous avons réalisé notre étude en demandant l'avis des médecins généralistes et psychiatres en Lorraine.

L'objectif principal de notre étude était d'identifier les freins et les attentes d'une bonne communication entre médecins généralistes, psychiatres libéraux et centres médico-psychologiques en Lorraine.

Méthode

Notre étude est qualitative par des entretiens semi dirigés. Ces entretiens étaient réalisés auprès de médecins généralistes libéraux lorrains et de psychiatres du même secteur géographique exerçant en soins ambulatoires (cabinet libéral et Centres Médico-Psychologiques (CMP)).

Des médecins généralistes et psychiatres d'âges et de sexes différents ont été interrogés. Pour les généralistes, la variation concernait aussi le rôle de maître de stage universitaire (MSU) ou non et l'exercice en milieu rural, semi-rural ou urbain. Les types d'activités exercées par les psychiatres : exercice en libéral secteur 1 et secteur 2, en CMP ou mixte libérale et hospitalière.

Le caractère semi-dirigé des entretiens était basé sur deux guides différents, l'un pour les psychiatres l'autre pour les généralistes.

Les entretiens devaient se poursuivre jusqu'à la saturation des données, c'est-à-dire lorsque qu'aucun nouveau thème ne se dégageait des Unités Minimum de Signification.

Une triangulation des données a été réalisée par une double analyse des entretiens : les analyses des entretiens étaient toutes réalisées par un enquêteur psychiatre et un enquêteur médecin généraliste.

Résultats

L'étude s'est déroulée du 5 mars 2019 au 10 mars 2020. La saturation des données a été obtenue après 11 entretiens de psychiatres et 13 entretiens de généralistes.

L'analyse du discours a permis d'identifier douze thèmes, pour lesquels nous présentons ici l'avis des psychiatres interrogés, celui des médecins généralistes interrogés, et enfin les avis communs aux deux spécialités médicales.

1) La relation médecin généraliste-psychiatre

Psychiatres :

- Bonne relation avec leurs confrères généralistes lors des échanges

- Certains psychiatres sont au fait que les médecins généralistes déplorent un manque d'échange
- Préjugé concernant les généralistes : l'affinité avec la prise en charge de la santé mentale est médecin-dépendant

Médecins généralistes :

- Jugent la relation généraliste-psychiatre quasi-inexistante qui alimente une rancœur et une appréhension vis-à-vis de la spécialité
- Ils ont certains préjugés sur les psychiatres et la psychiatrie même s'ils ne l'admettent pas pendant l'entretien

Avis communs :

- L'échange est de qualité lorsqu'il existe

2) Conséquences du manque de communication

Psychiatres :

- Problèmes de prescriptions, la surconsommation est favorisée par des doublons d'ordonnances, ce qui est problématique chez les patients souffrants d'addictions

Médecins généralistes :

- Perte d'information
- Perte de l'effet formatif de l'observation des conduites à tenir des psychiatres

Avis communs :

- Relais dans les prescriptions difficile lorsque le confrère est absent
- Beaucoup d'incompréhensions et de mésententes

3) Avantages d'une bonne communication

Psychiatres :

- Meilleure cohésion et cohérence des prises en charges avec une amélioration également du versant somatique
- Facilitation des démarches administratives (demandes ALD (Affection Longue Durée), MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), arrêts de travail)
- Meilleure répartition des tâches
- Amélioration des pratiques de chacun avec de meilleurs résultats cliniques

Médecins généralistes :

- Le patient se sent d'avantage soutenu et adhère mieux à la prise en charge psychiatrique

4) Le téléphone

Psychiatres :

- Utilisation et organisation médecin-dépendante avec diverses préférences
- Pour certains l'outil le plus simple rapide et accessible
- Avantages : transmission de demandes urgentes en situation difficile, transmission d'éléments sensibles difficiles à exprimer à l'écrit
- Inconvénients : difficultés liées aux emplois du temps différents des médecins, parasitage par des appels non-professionnels
- Le contenu : demandes d'avis diagnostiques et thérapeutiques, demandes d'informations complémentaires, priorisations

Médecins généralistes :

- Satisfaction de la qualité des échanges téléphoniques
- Difficultés de joindre les psychiatres libéraux par rapport aux psychiatres en CMP
- Répondeur souvent utilisé plutôt qu'un secrétariat

5) Le courrier, manuscrit ou électronique

Psychiatres :

- Connaissent certaines règles d'adressage avec un courrier de la part du médecin traitant dans le cadre du parcours de soin
- Fréquence : le courrier d'adressage n'est pas systématiquement reçu, eux-mêmes admettent également des lacunes de correspondance
- Quand? Lors d'une sollicitation du confrère plutôt que spontanément
- Manuscrit : apporte une meilleure traçabilité, plus chronophage
- Courrier électronique : instantané, informatisation nécessaire

Médecins généralistes :

- Quand? La plupart du temps le médecin généraliste rédigerait un courrier d'adressage dans un souci de respect du parcours de soins sauf si le patient ne semble pas prêt à consulter le psychiatre

- Retour courrier : très rare ou arrivant trop tardivement
- Courrier électronique : utilisation préférentielle pour la majorité, outil de travail facile et rapide
- Pour d'autres l'outil est compliqué d'utilisation avec notion de secret fait au patient lors de la rédaction du courrier
- La pratique des psychiatres concernant la transmission d'informations ne correspond pas à la pratique des médecins d'autres spécialités concernées par le parcours de soin

Avis communs :

- Contenu : doit être bref avec l'essentiel des antécédents et les traitements pris par le patient

6) Choix du mode de communication

Psychiatres :

- Le contenu de l'information à transmettre oriente vers un mode écrit ou oral
- Selon les préférences personnelles et les habitudes

Médecins généralistes :

- Le degré d'urgence oriente vers le mode écrit ou oral

7) Rôle du patient

Psychiatres :

- Limitation de la transmission des informations au médecin traitant à la demande du patient

Médecins généralistes :

- L'avis du patient peut être demandé lors de la rédaction du courrier celui-ci pouvant modifier le contenu

Avis communs :

- Transmission d'informations indirecte par l'intermédiaire du patient lorsque le psychiatre n'entre pas en contact avec le généraliste
- Uniquement pour les patients en capacités de connaître leur traitement ou de transmettre l'ordonnance

8) Freins liés au psychiatre

Psychiatres :

- Dû à certaines pratiques et aux habitudes de travail

- Difficultés logistiques de secrétariat
- Pour certains, absence d'accès au téléphone et à l'informatique durant les consultations
- Absence de lien avec le médecin généraliste durant la formation des psychiatres

Médecin généraliste :

- Dû au caractère solitaire du psychiatre
- Lié au manque de temps pour communiquer
- Manque de moyens humains et financier du psychiatre

Avis communs :

- Démographie médicale psychiatrique en déclin avec des surcharges de demandes et des délais d'attente importants

9) Freins liés au généraliste

Psychiatres :

- L'affinité des généralistes pour la psychiatrie serait variable
- Les généralistes ayant le moins d'attrait pour la spécialité seraient moins enclins à échanger
- Méconnaissance des attentes du confrère concernant la fréquence et le contenu des informations
- Saturation des cabinets de médecine générale liée à la démographie médicale

Médecins généralistes :

- Manque de disponibilité, pas de réponse systématique aux appels téléphoniques
- Parfois désengagement de la prise en charge psychiatrique des patients avec perte du lien avec le psychiatre

Avis communs :

- Manque de formation initiale et continue ainsi qu'un manque d'attrait et de curiosité

10) Freins liés au patient

Psychiatres :

- Besoin de confidentialité exprimé par le patient en lien avec la position de médecin de famille du généraliste ou du fait d'un désaccord avec le diagnostic posé

Médecins généralistes :

- Consultation de sa propre initiative avec un lien généraliste psychiatre non établi dès le début de la prise en charge

Avis communs :

- Parfois refus du patient de la transmission d'informations

11) Freins liés à la psychiatrie**Psychiatres :**

- Accès libre au psychiatre par le patient, souvent non-adressé par le médecin traitant
- Particularité dans la démarche de la demande de soin du patient en psychiatrie libérale par rapport à celle pour des soins somatiques
- La difficulté à cerner les limites du secret partagé
- Le diagnostic de la maladie psychiatrique peut être perçu comme stigmatisant

Médecins généralistes :

- Dû au cloisonnement des problèmes psychiques et somatiques avec une absence du besoin de communication et des prises en charges distinctes parallèles
- Faible nombre de patients psychiatriques parmi la patientèle si les personnes souffrant de dépression sont exclues

Avis communs :

- Suivi psychiatrique long avec par conséquent une impossibilité de communication du diagnostic ou de la prise en charge immédiatement

12) Attentes et Axes d'amélioration**Psychiatres :**

- Une meilleure connaissance des attentes de leurs confrères
- Une réorganisation de leurs méthodes et habitudes de travail
- Une systématisation de la fréquence et du contenu de courriers individuellement mais aussi en concertation avec leur correspondant
- Bénéfices des formations
- Démocratisation et harmonisation de l'outil informatique
- Création de groupes locaux pour la communication électronique

Médecins généralistes :

- Courrier : au moins un courrier avec l'essentiel, le diagnostic et les traitements pour la plupart des généralistes

- Besoin de se sentir soutenu dans la prise en charge psychiatrique parfois compliquée du patient
- Téléphone : demandent qu'il y ait toujours un interlocuteur à défaut de pouvoir parler directement au psychiatre
- Un secrétariat pourrait faire gagner du temps aux deux médecins
- Caractère privilégié des relations avec leurs connaissances personnelles

Avis communs :

- Certains outils comme le dossier médical partagé (DMP), « Apicrypt » ou les applications de messagerie sécurisées devraient être exploités davantage
- Importance du réseau professionnel local avec développement de celui-ci par des rencontres régulières par n'importe quel moyen (formations, séminaires, soirées organisées par des laboratoires).

Discussion

Notre recherche étant exploratoire et s'intéressant à des ressentis, la méthode qualitative d'analyse de discours semblait être la plus adaptée.

Le choix des entretiens semi-dirigés était le plus approprié car il permettait à chaque participant de s'exprimer plus librement sur des questions ouvertes, sans crainte d'être jugé et sans risquer de mettre en opposition deux spécialités médicales. Néanmoins, il se peut que la spécialité de l'enquêteur ait pu influencer les réponses du médecin en particulier lorsque le psychiatre interrogeait le généraliste ou le généraliste le psychiatre. Il s'agirait, dans ce cas, d'un biais de déclaration. Les avis recueillis étant subjectifs, il est possible également que les résultats obtenus prennent en compte les caractéristiques locales. Il serait intéressant d'interroger des praticiens d'une autre région.

L'enregistrement par dictaphone a pu également intimider le répondeur et ses déclarations.

L'analyse a été recherchée diversifiée. Malgré tout, la spécialité de l'enquêteur peut influencer sur la décision du médecin de participer à l'étude ou pas créant un biais d'échantillonnage.

Finalement, dans notre étude la triangulation a permis d'améliorer la validité des résultats.

L'analyse de ces résultats permet de croiser les points de vue des psychiatres et des médecins généralistes. Nous pouvons mettre ainsi en évidence certaines convergences dans leurs points de vue respectifs, mais aussi les divergences entre spécialités.

Les relations entre médecins généralistes et psychiatres :

Concernant les points de convergence, le premier concernait les relations entre les professionnels. Les généralistes et les psychiatres soulignaient, dans l'ensemble, certains déficits dans la quantité de leurs échanges, mais étaient satisfaits de la qualité de ceux qu'ils pouvaient avoir.

Ce manque de communication pouvait auto-entretenir de mauvais à priori des généralistes à propos des psychiatres⁷ mais également mener à l'abandon des tentatives de lien lorsqu'il était trop fréquent voire permanent.

Parallèlement, les bénéfices d'une bonne communication semblaient faire consensus : l'amélioration de la prise en charge globale, la diminution des perdus de vue, l'amélioration de l'observance des traitements pouvaient être cités des deux côtés.

Les psychiatres et généralistes convenaient du manque de disponibilité et de temps des deux côtés. Tous faisaient le constat d'une démographie médicale en souffrance.

Les données géographiques tendent à leur donner raison. En 2016 selon un rapport DRESS, la France compte plus de psychiatres par habitant que la plupart des pays de l'OCDE, 22,8 psychiatres par habitant contre 15,5 en moyenne dans l'OCDE. En comparant la démographie médicale psychiatrique en 2011 avec d'autres pays européens, la France se situe au 3^e rang⁸. Cependant, l'offre est très inégale sur le territoire français⁹. La pénurie de psychiatres se fait surtout remarquer en Moselle. Selon un rapport de l'ARS de 2016 la densité de psychiatres pour 100000 habitants était de 14,1 en Moselle pour une moyenne en métropole de 23,1¹⁰.

En comparant l'offre de soins psychiatriques de la France avec d'autres pays, elle n'a pas moins d'effectifs mais l'organisation peut différer sur certains points notamment en ce qui concerne le remboursement. Le remboursement de soins réalisés par des psychologues par exemple permet de désengorger les consultations de psychiatrie.

C'est le cas en Suisse, par exemple, où certaines complémentaires prennent en charge les consultations chez un psychologue ayant fait une formation complémentaire¹¹.

En Allemagne, il suffit que le psychologue fasse le diagnostic d'une pathologie psychiatrique parmi une liste pour que les consultations soient remboursées, qu'elle soit réalisées par le psychologue ou le psychiatre. Le patient n'a pas besoin de consulter son médecin traitant au préalable.

Le Luxembourg fonctionne de manière similaire à la France, c'est à dire pas de remboursement des consultations chez le psychologue. La seule exception est la séance de psychomotricité qui est remboursée par la caisse de maladie si le patient se présente avec une ordonnance du médecin traitant mentionnant le code correspondant à la séance de psychomotricité¹².

Le téléphone :

Nous remarquons que l'utilisation du téléphone était très différente selon les praticiens. Les psychiatres étaient perçus comme difficiles à joindre, ce qui pouvait être expliqué dans leur discours par l'absence de secrétariat. Les psychiatres non-joignables, souvent libéraux, savaient que cela pouvait être problématique. Les généralistes interrogés étaient rassurés d'avoir la plupart du temps un interlocuteur dans les CMP.

L'utilisation du téléphone était peu évoquée concernant les axes d'amélioration. Cela peut s'expliquer par le fait que les pratiques entre médecins ainsi que les attentes de chacun peuvent être tellement différentes qu'une harmonisation semble difficile.

Les courriers :

Les manquements concernant les échanges écrits semblaient connus des deux côtés, que cela soit pour les courriers d'adressage non-faits systématiquement, tout comme la rédaction d'une réponse par le psychiatre. Lorsque cette réponse était jugée tardive, les généralistes interrogés semblaient ne pas tenir compte du délai ou du recul parfois requis pour poser un diagnostic psychiatrique. Une prudence du psychiatre avait pu être mise en avant vis-à-vis des conséquences que pourrait avoir la communication d'un diagnostic grave au confrère, par exemple lors de doutes sur une entrée en psychose.

Du côté des médecins généralistes, ceux-ci se disaient peu exigeants dans le contenu des réponses attendues des psychiatres, qui expriment une méconnaissance des attentes des généralistes.

Certains généralistes expliquaient ne pas avoir forcément d'utilité à recevoir des informations détaillées de la part du psychiatre et d'autres déploraient l'absence de réponses aux questions posées sur le diagnostic, le traitement, l'évolutivité. De leur côté les psychiatres pouvaient ne pas voir d'utilité à répondre à un courrier d'adressage bref à valeur supposée administrative, mais pouvaient concevoir la frustration de l'expéditeur de ne pas avoir de retour. Une standardisation des échanges et la systématisation à partir des recommandations récentes⁴ pourraient être une réponse à ces éléments.

Cette systématisation était demandée par les généralistes, qui ont pu aller jusqu'à évoquer la mise en place de contraintes administratives. Les psychiatres ont également évoqué cette systématisation de manière plus évasive. Ces dernières années plusieurs travaux de réflexions avaient été menés concernant la coordination des soins en santé mentale par les réseaux de santé. La HAS a réalisé un état des lieux, et proposait des outils par un guide de bonnes pratiques validé en 2018⁵. L'harmonisation administrative pourrait également passer par une valorisation financière comme une cotation des communications traçables.

Il a été proposé par les médecins généralistes de coter le fait de rédiger un courrier pour le confrère. Cette idée rejoint le mode de fonctionnement luxembourgeois où le médecin spécialiste cote un R1 à 38,80 euros s'il rédige un courrier au médecin référent¹³ (médecin traitant).

En 2010 le Collège National pour la qualité des soins a établi un guide validé par la HAS afin de faciliter la rédaction du courrier d'adressage du généraliste ainsi que le courrier de retour du psychiatre à son confrère. Le guide reprend les grandes lignes du contenu souhaité afin de permettre un échange efficient sans perte de temps importante. Ce guide semble correspondre aux attentes exprimées par les médecins interrogés qui étaient plutôt modestes, mais il n'était pas évoqué dans les entretiens. Il serait utile de trouver une solution pour le communiquer aux médecins concernés.

Concernant la messagerie électronique sécurisée, l'utilisation était très praticien-dépendante des deux côtés. La tendance est néanmoins au développement de l'informatisation. Les deux partis convenaient des avantages que ce mode apportait. Ce point semble être potentiellement

plus facilement harmonisable. Certains psychiatres avaient même souligné l'éventualité de création de groupes de messagerie instantanée restreint à des regroupements de praticiens locaux.

Une messagerie électronique sécurisée largement utilisée est Apricrypt, qui a vu le jour en 1995. En 2019, elle compte 81678 inscrits sachant que 296755 sont inscrits à l'ordre des médecins en 2018.

Alors que les médecins généralistes semblent adhérer au concept, représentant 40% des utilisateurs en 2015, les médecins psychiatres semblent moins intéressés.

En outre concernant les courriers, les médecins généralistes pouvaient constater une différence entre l'ambulatoire et les hospitalisations en psychiatrie, mais également entre la psychiatrie et les autres spécialités.

Les généralistes comparent les retours courriers des psychiatres à ceux des spécialités hors parcours de soins tel que l'ophtalmologie et la gynécologie. Or la psychiatrie fait partie chez les plus de 25 ans du parcours de soins. Il devrait donc y avoir plus de dialogue entre le généraliste et le psychiatre qu'entre le généraliste et l'ophtalmologiste.

Comme le déclarent les deux spécialités, de nombreux patients vont consulter le psychiatre sans l'intermédiaire du généraliste et le courrier constitue à ce moment-là une régularisation qui permettra le remboursement du patient dans le cadre du parcours de soin. Il ne s'établit dans ce cas aucun lien entre les deux confrères.

Spécificités de la psychiatrie :

Les médecins généralistes n'avaient vraisemblablement pas conscience de certains aspects du suivi psychiatrique, qui étaient cités par les psychiatres, peut-être en raison d'un manque de formation dans le domaine. En effet, les deux spécialités convenaient que l'attrait et la formation des généralistes étaient variables et médecin-dépendants, certains affichant leur désintérêt pour les maladies psychiques.

Pourtant les statistiques montrent que les médecins généralistes sont en première ligne dans la prise en charge de la dépression, prenant en charge régulièrement la pathologie et prescrivant facilement traitement médicamenteux et psychothérapie de soutien. Cependant certaines

études pouvaient montrer que certaines spécificités de la prise en charge en santé mentale, comme la diversité des types de psychothérapie¹⁴ pouvaient être des freins aux prises en charge des généralistes. Ils orientent d'autant plus facilement et plus rapidement que la communication avec le correspondant est satisfaisante.

La méconnaissance du milieu psychiatrique par les généralistes pourrait expliquer également qu'ils ne soient pas au fait que leurs patients peuvent être adressés en psychiatrie par d'autres intermédiaires, notamment des acteurs sociaux. Ceux-ci adressent majoritairement en CMP, dispensant les patients d'avance de frais. Sans la nécessité du courrier d'adressage pour le remboursement, l'absence d'information au médecin traitant de ces consultations est probablement encore plus fréquente.

Les deux spécialités relevaient que les caractéristiques spontanées des consultations de certains patients réduisaient la propension à communiquer.

Concernant les spécificités des maladies psychiques, en prenant l'exemple des psychoses, le caractère hétérogène et polymorphe de ces maladies et la potentielle attitude de rejet du patient peuvent pousser les psychiatres eux-mêmes à avoir des pratiques d'annonce diagnostique différentes¹⁵. Au début du XXIème siècle 70% des psychiatres américains annonçaient le diagnostic de schizophrénie à leurs patients contre 25 à 40% des psychiatres français¹⁶. On comprend donc dans ces conditions que transmettre l'information au médecin traitant peut être délicat.

Les médecins généralistes pouvaient être en demande d'aide et d'un meilleur partage concernant les tâches relevant du médico-social. Les psychiatres avaient connaissance de leur rôle d'aide en ce sens, mais peut-être que ce rôle est rempli de façon insuffisante.

Formation :

Les psychiatres et les généralistes citaient certains aspects de la formation dans chaque spécialité pouvant expliquer des carences en communication. Ils suggéraient que l'amélioration de celle-ci pouvait passer par de la formation à diverses étapes du cursus.

Les internes en psychiatries pourraient avoir une connaissance de la pratique libérale et du réseau de médecine de ville moins développée que celle de leurs confrères généralistes. Cela pourrait nuire à l'instauration de bonnes pratiques en termes d'échanges avec le réseau de

soin, et pourrait également expliquer le fait que les généralistes se plaignent moins du manque d'information après un séjour hospitalier. En effet, les internes en médecine générale doivent effectuer un stage dans un cabinet libéral, tandis que la formation des internes de psychiatrie est majoritairement hospitalière¹⁷. Ce terrain est en développement dans plusieurs régions, comprenant la faculté de médecine de Nancy. Les internes en psychiatrie semblent en être demandeurs¹⁸.

De cette façon, si on habitait le praticien à écrire à son confrère, dès le début du cursus la communication serait plus tard dans la pratique un automatisme. On pourrait imaginer par exemple un module obligatoire pour différentes spécialités durant l'internat qui enseignerait les obligations légales ou encore le contenu attendu d'un courrier d'adressage et d'un courrier réponse, selon les recommandations.

Certains psychiatres se rendent compte du manque de formation de leurs confrères généralistes dans la discipline¹⁹. En ce qui concerne leur formation pratique, plusieurs terrains de stage sont obligatoires durant l'externat : médecine générale, médecine d'urgence et chirurgie. On pourrait réfléchir à un stage obligatoire en psychiatrie au cours de l'externat ou à l'internat compte tenu de la prévalence des pathologies psychiatriques. L'enseignement par simulation a déjà fait ses preuves²⁰ et pourrait également être utile dans ce domaine en proposant une approche concrète et pratique de la discipline et pouvant s'intégrer au cursus de médecine générale.

Concernant la formation médicale continue, l'Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire (AMMPPU) propose des formations psychiatriques mais qui sont peu représentées par rapport à l'endocrinologie ou la dermatologie²¹.

Au-delà de proposer un contenu plus fourni de formations en psychiatrie, favoriser et organiser des rencontres locales entre psychiatres et généralistes durant les DPC (Développement professionnel continu), groupes de pairs, congrès ou encore réunions organisées par les laboratoires, semble être un moyen efficace d'étoffer son réseau selon les médecins interrogés.

L'influence du patient :

Les psychiatres et les généralistes s'accordaient sur la nécessité d'être transparent avec le patient sur les informations transmises. Cependant, il est à noter que certains psychiatres ont pour habitude de faire transiter des informations par le biais du patient et de son ordonnance, ce qui déplaisait parfois au généraliste. Par ailleurs, psychiatres et généralistes étaient au fait que le patient pouvait être un frein, par exemple en ne pouvant pas être réceptif ou prêt à entendre le diagnostic posé.

Selon les psychiatres interrogés, les patients souhaitent parfois limiter explicitement les informations qui leur sont transmises du fait de leur position de médecin de famille. Cela a pu être cité durant les entretiens avec les psychiatres mais il est possible que les psychiatres aient des attitudes d'extrapolation larges à partir de certains cas. Il pourrait être intéressant en ce sens d'interroger les patients sur leurs desiderata.

La réticence du patient à la communication entre un médecin spécialiste et son médecin traitant a pu déjà être documentée pour des spécialités autres qu'en psychiatrie. Par exemple pour la question du VIH²², le patient peut représenter un frein à l'implication du généraliste, par manque de confiance en la compétence de ce dernier concernant la maladie et crainte de stigmatisation familiale. Cette question de la stigmatisation est bien connue en psychiatrie²³ et pourrait-être un des dénominateurs communs à ce frein, tandis que la répartition claire des tâches de chaque spécialiste semble pouvoir l'atténuer.

Secret médical partagé :

Concernant le secret médical partagé, l'article L1110-4 du code de la santé publique²⁴ le définit et énonce que : « Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. »

Les psychiatres auraient alors raison de ne pas transmettre certains éléments de l'histoire de vie du patient s'ils ne sont pas nécessaires au généraliste, mais seraient tout de même en mesure de répondre aux attentes simples concernant le diagnostic et le traitement. Malgré cela, la définition des informations nécessaires pourrait paraître floue.

En revanche, étant donné que « Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen », le fait que le patient exprime sa volonté au psychiatre de ne pas informer son médecin traitant obligerait à respecter cela. « La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. »

Les psychiatres ont pu évoquer également le DMP comme éventualité de support du transfert d'informations entre médecins. Il est à noter que celui-ci est également pleinement soumis aux définitions de l'article L1110-4 du code de la santé publique et que sa genèse s'y est particulièrement heurtée, faisant osciller le P de DMP entre « Partagé » et « Personnel »²⁵. La loi du 26 janvier 2016 précise que le titulaire du DMP, le patient, doit pouvoir y ajouter et soustraire des informations. Cela pose clairement des limites au développement de ce média pour l'amélioration des communications avec les psychiatres, notamment en raison des particularités de la spécialité vues précédemment.

Du côté des généralistes l'outil est connu et a été évoqué mais son utilisation restait très rare. Le principal obstacle à son emploi est la lourdeur d'utilisation, le manque de temps et d'utilisateurs, ainsi que la complexité de l'outil et la crainte de dysfonctionnements techniques²⁶.

Les réseaux locaux :

Les deux spécialités s'accordaient sur le fait que le réseau de connaissances personnelles était un atout considérable dans les prises en charge, favorisait les échanges et entraînait plus facilement satisfaction. Médecins généralistes et psychiatres relaient de bonnes expériences à propos de rencontres organisées.

Les généralistes soulignaient aussi le fait que ne pas avoir de connaissance chez les psychiatres pouvait rendre plus difficile l'accès aux prises en charge. Il a déjà été montré que le « carnet d'adresse » de correspondants du généraliste se constitue principalement sur la confiance, et que celle-ci se base sur les connaissances faites durant le cursus universitaire ou de formations médicales²⁷.

A plus grande échelle les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) ont vocation à être nées de l'initiative de professionnels organisés, en équipes de soins primaires, auxquels viendront s'adjoindre, selon les projets des fondateurs de la communauté, des acteurs du premier et/ou du second recours, et/ou des acteurs médico-sociaux²⁸.

Parallèlement aux organisations territoriales officielles s'organisent des « réseaux locaux informels », comme l'a montré une étude de santé publique de la DREES en 2008²⁹. Les médecins généralistes adressent leurs patients aux spécialistes sur des critères relationnels comme l'habitude de travailler avec ces confrères, ou la certitude qu'ils les tiendront informés.

Les rencontres interprofessionnelles pourraient également servir à clarifier les spécificités et rôles de chaque intervenant et ainsi favoriser la collaboration, comme l'ont suggéré certaines études antérieures⁷. On peut aussi envisager auprès des généralistes une campagne de promotion ou un rappel des services de santé mentale existants et disponibles sur le secteur.

Conclusion

Notre étude nous a permis de recueillir les freins à la communication entre médecins généralistes et psychiatres, selon l'avis des professionnels de terrain, ainsi que leurs attentes pour proposer des axes d'amélioration.

Ils s'accordent sur de nombreux points, notamment sur le fait que leur communication est insuffisante en quantité mais satisfaisante lorsqu'elle existe. Si des difficultés matérielles liées au manque de temps médical sont évoqués comme freins à la communication, les spécificités de la discipline, un manque de connaissance des attentes et des compétences de l'autre sont mis en avant.

Les pistes d'amélioration évoquées sont une systématisation de courriers au contenu simple, le développement des outils informatiques, une familiarisation à la communication inter disciplinaire dès les études et une augmentation des occasions de rencontres, formelles ou non.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. 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*. 1 déc 2009;35(6):560-9.
2. Guillaume Fond, Christophe Lancon, Pascal Auquier, Laurent Boyer. Prévalence de la dépression majeure en France en population générale et en populations spécifiques de 2000 à 2018 : une revue systématique de la littérature - ScienceDirect. *La Presse Médicale*. avr 2019;48(Issue 4):365-75.
3. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 févr 2008;166(1):63-70.
4. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *L'information psychiatrique*. 12 juin 2014;Volume 90(5):359-71.
5. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration
6. Cohidon C, Duchet N, Cao MM, Benmebarek M, Sibertin-Blanc D, Demogeot C, et al. La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale [Lack of communications between general medicine and the mental health sector]. *Sante publique*. 1999;11(3):357-62.
7. Linder A, Widmer D, Fitoussi C, Roten Y de, Despland J-N, Ambresin G. Les enjeux de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. *Sante Publique*. 17 déc 2019;Vol. 31(4):543-52.

8. Coldefy M, Le Neindre C. Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France: d'une vision segmentée à une approche systémique. Irdes; 2014 déc. Report No.: 558.
9. Prévention des maladies psychiatriques: pour en finir avec le retard français [Internet]. Institut Montaigne. [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.institutmontaigne.org/publications/prevention-des-maladies-psychiatriques-pour-en-finir-avec-le-retard-francais>
10. État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est. 2017 avr. (Ressources humaines en santé). Report No.: 7. Communication entre généralistes et psychiatres
11. PSY-CO | Le remboursement des prestations des psychologues en Suisse [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.psy-co.ch/le-remboursement-des-prestations-des-psychologues-en-suisse/>
11. PSY-CO | Le remboursement des prestations des psychologues en Suisse [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.psy-co.ch/le-remboursement-des-prestations-des-psychologues-en-suisse/>
12. CNS // Luxembourg Psychomotricité [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/sante-prevention/prestations-paramedicales/psychomotricite.html>
13. Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal, Nomenclature des actes et services des médecins.
14. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *L'information psychiatrique*. 12 juin 2014;Volume 90(5):341-52.
15. Villani M, Kovess-Masféty V. Qu'en est-il de l'annonce du diagnostic de schizophrénie aujourd'hui en France ? *L'Encéphale*. 1 avr 2017;43(2 :160-9.
16. Rocamora JF, Benhadira R, Saba G. Annonce du diagnostic de schizophrénie au sein d'un service de secteur. *L'Encéphale*. 2005;31(cahier 1 :55-449.
17. Moulin L, Brahami-Constantin A, Drapier D, Robin D, Trioux É. Regards croisés sur l'intérêt d'un stage en cabinet de psychiatrie libérale pendant le DES de psychiatrie. *L'information psychiatrique*. 14 févr 2019;Volume 95(1 :49-54.
18. Berger-Vergiat A, Chauvelin L, Van Effenterre A. Souhaits de pratique des internes de psychiatrie : résultats d'une enquête nationale. *L'Encéphale*. 1 févr 2015;41(1 :17-24.

19. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *L'information psychiatrique*. 12 juin 2014;Volume 90(5):319-22.
20. Pham-Dinh C, Laprevote V, Schwan R, Pichené C, Kabuth B, Braun M, et al. Quantifying efficacy of investigation during a simulated psychiatric interview. *L'Encéphale*. 1 avr 2020;46(2):96-101.
21. AMMPPU – Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post Universitaire [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: <http://ammppu.org/>
22. Belche J-L, Kang T, Ketterer F, Berrewaerts M-A, Moutschen M, Giet D. L'infection par le VIH : une maladie chronique redéfinissant la collaboration entre généralistes et spécialistes. *Obstacles et opportunités. Sante Publique*. 24 août 2015;Vol. 27(3):373-81.
23. Lamboy B, Saïas T. Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 mars 2013;171(2):77-82.
24. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique. Communication entre généralistes et psychiatres
25. Cacot P. Les enseignements d'une histoire récente : l'utopie du DMP. *Les Tribunes de la sante*. 12 juill 2016;n° 51(2):89-98.
26. Renault P-O, Edouard L, Cossin S. Perception des freins et des leviers à l'utilisation du Dossier médical partagé par les médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 mars 2020;68:S51.
27. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2010;Vol. 41(4):331-9.
28. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 65. 2016-41 janv 26, 2016.
29. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. *Etudes et résultats*. Août 2008;(649):8.

3. Justification du choix méthodologique

a. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Notre étude est qualitative par des entretiens semi-dirigés. Ces entretiens étaient réalisés avec des médecins généralistes libéraux lorrains et avec des psychiatres du même secteur géographique exerçant en soins ambulatoires (cabinet libéral et Centres Médico-Psychologiques (CMP)).

b. Les entretiens

Les entretiens ont été réalisés en face à face aux cabinets des médecins, après leur avoir exposé le sujet et la méthodologie, certains par un enquêteur médecin généraliste et d'autres par un psychiatre. Les médecins interrogés avaient été préalablement contactés par téléphone. L'enregistrement des entretiens s'est fait à l'aide d'un dictaphone, ce qui a permis leur retranscription intégrale à l'aide de Microsoft Word, constituant le corpus des verbatim. Il avait été défini que les entretiens devaient se poursuivre jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucun nouveau thème ou Unité Minimum de Signification (UMS) ne se dégage de l'analyse du discours.

c. Sélection de l'échantillon

Des médecins généralistes et psychiatres d'âge différent et de sexe différent ont été interrogés. Pour les généralistes, la variation concernait aussi le rôle de MSU ou non et l'exercice en milieu rural, semi-rural ou urbain. Les types d'activités des psychiatres ont également été recherchés variées : exercice en libéral secteur 1 et secteur 2, en CMP ou mixte libérale et hospitalière.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont les suivantes :

Psychiatres

Médecin	Sexe	Carrière	Lieu d'exercice	Convention
Dr P.	H	Fin	Libéral/Hospitalier	Sect. 1
Dr B.	H	Début	Libéral	Sect. 1
Dr G.	F	Début	Libéral/Hospitalier	Sect. 2
Dr C.	F	Début	Libéral	Sect. 2
Dr G.	F	Début	Libéral	Sect. 2
Dr R.	H	Milieu	Libéral/Hospitalier	Sect. 2
Dr J.	H	Milieu	Libéral	Sect. 2
Dr N.	H	Fin	CMP	
Dr C.	F	Fin	CMP/ Hospitalier	
Dr S.	F	Fin	CMP/ Hospitalier	
Dr Sc.	H	Fin	Libéral/Hospitalier	Sect. 1

Médecins généralistes

Médecin	Sexe	Carrière	Mode d'exercice	Densité de population	Statut
Dr B.	H	Fin	Seul	SR	MSU
Dr A.	H	Fin	Seul	SR	MSU
Dr C.	H	Fin	Seul	SR	
Dr F.	H	Fin	Groupe	SR	
Dr M.	H	Fin	Groupe	Ville	MSU
Dr S.	H	Fin	Groupe	Ville	
Dr P.	H	Début	Seul	Rural	
Dr. C.	H	Début	Groupe	Ville	
Dr. R.	F	Début	Groupe	SR	
Dr. G.	F	Début	Seule	SR	
Dr. C.	F	Début	Groupe	Ville	
Dr. G.	F	Fin	Groupe	Ville	
Dr. L.	H	Fin	Seul	Ville	

SR : semi-rural MSU : Maître de stage universitaire

d. Guide d'entretien

Le caractère semi-dirigé des entretiens était basé sur deux guides différents qui ont permis de les réaliser, l'un auprès des psychiatres l'autre auprès des généralistes. Les deux enquêteurs ont utilisé les mêmes guides pour mener les entretiens. Ils constituaient une base commune amorçant les sujets, pour ensuite pouvoir relancer les médecins interrogés.

Guide d'entretien psychiatres

- Introduction, intérêt pour le sujet : Est-ce qu'il vous arrive d'appeler ou d'être appelé par le médecin généraliste pour discuter d'un patient ou lui adresser un patient ? Si oui pouvez-vous nous décrire un échange qui vous a marqué ?
- Comment dériveriez-vous votre communication avec le généraliste concernant vos patients communs ?
- Freins : Pourquoi ne communiquez-vous pas plus avec les médecins généralistes ?
- Besoins : De quoi auriez-vous besoin pour que ça se passe mieux ?
- Moyens : Comment communiquez-vous avec les médecins généralistes ?
- Freins du confrère : Pensez-vous que les généralistes communiquent plus avec d'autres spécialistes ? Pourquoi selon vous ?
- Conséquences : Qu'est-ce qu'une meilleure communication pourra entraîner selon vous ?

Guide d'entretien généralistes

- Introduction, intérêt pour le sujet : Est-ce qu'il vous arrive d'appeler ou d'être appelé par le psychiatre pour discuter d'un patient ou lui adresser un patient ? Si oui pouvez-vous nous décrire un échange qui vous a marqué ?
- Comment dériveriez-vous votre communication avec les psychiatres concernant vos patients communs ?
- Freins : Pourquoi ne communiquez-vous pas plus avec les psychiatres ?
- Besoins : De quoi auriez-vous besoin pour que ça se passe mieux ?
- Moyens : Comment communiquez-vous avec les psychiatres ?
- Freins du confrère : Pourquoi selon vous le psychiatre ne communique pas plus ?
- Conséquences : Qu'est-ce qu'une meilleure communication pourra entraîner selon vous ?

e. Analyse du contenu

Une triangulation des données a été réalisée par une double analyse des entretiens : les analyses des entretiens auprès des psychiatres et des généralistes étaient réalisées par un enquêteur psychiatre et un enquêteur médecin généraliste.

Cette analyse a consisté à extraire des Unités de Minimum de Signification (UMS) des verbatim dans un premier temps par les deux enquêteurs individuellement, afin de les classer et dégager les principaux thèmes des discours recueillis.

L'objectif était de réorganiser les thèmes de façon commune et en concordance avec les objectifs recherchés.

Enfin, les UMS identifiées par les 2 enquêteurs ont été réorganisées dans les thématiques définies suite à l'analyse croisée.

4. Résultats détaillés et Discussion

Les consignes de publication imposaient une présentation abrégée des résultats de l'étude. Nous présentons donc dans cette section en les commentant, les analyses du corpus recueilli ayant abouti à la synthèse dans l'article précédent. Les numéros des entretiens dont est tirée chaque citation la suit entre parenthèses pour les généralistes et psychiatres séparément.

Partie présentée par Emilie Kihn

a. Analyse thématique des entretiens auprès des médecins généralistes

I) Téléphone

Qualité de l'échange

Lorsque les généralistes arrivent à joindre le psychiatre, le courant passerait bien, ils ne regrettent pas l'échange.

« *Quand on les a au téléphone ça se passe très bien* » (1) Le généraliste apprécie le contact téléphonique avec le psychiatre. « *J'ai bien apprécié un avis d'une psychiatre concernant une difficulté de traitement* » (4).

Dans quel cas appeler le psychiatre

Les médecins généralistes ne décident que dans certaines situations de décrocher le téléphone pour appeler le psychiatre. « *Avec eux je vais moins vers le téléphone sauf si c'est urgent et que j'ai besoin d'information tout de suite* » (12). Il s'agit de situations compliquées qui ne nécessitent pas encore un transfert aux urgences. L'appel du psychiatre se fait au stade avant les urgences.

Rares sont ceux qui n'appellent jamais le psychiatre ni pour un avis ou une information. Un médecin affirme n'appeler que lorsqu' il souhaite un rendez-vous plus rapproché, l'avis ne

l'intéresse pas. « *On appelle le psychiatre pour avoir un rendez-vous et non pour avoir un avis* » (5). « *Si le patient n'arrive pas à avoir un rendez-vous je décroche le téléphone* » (5).

Dans quel cas appeler le médecin généraliste

De même les médecins généralistes ne seraient que rarement appelés par les psychiatres. Pour certains il s'agit même d'une exception par exemple : « *Que j'ai un appel d'un psy ça devait arriver une fois ou deux au cours des 26 ou 27 dernières années* (11) » ou « *En 4 ans d'installation un seul appel de psychiatre.* » (6)

En général cet appel les a marqués et leur a laissé une bonne impression de ce psychiatre : « *Il y avait un psychiatre il n'exerce plus je ne dirai pas son nom. A l'issue de la consultation il me téléphonait. Il était très bien ce psychiatre. Il me disait effectivement j'ai vu ton patient. Voilà je prévois de faire ça, ça et ça* » (11)

Disponibilité téléphonique

Il ressort des entretiens que de nombreuses tentatives pour joindre le psychiatre ont été un échec. Le psychiatre ne serait pas disponible. « *Je tombe sur eux des fois en consultation et puis on sent que ce n'est pas le moment et que ce n'est pas facile* » (12). Malgré la présence d'une messagerie téléphonique le contact ne se ferait finalement pas. « *Pas de rappel malgré message laissé* » (4) ou alors « *Ils disent clairement ne laissez pas de message appelez plus tard.* » (10) A force de devoir temporiser par manque de disponibilité, l'état du patient se dégraderait et le généraliste arriverait à avoir le psychiatre lorsque l'état du patient est très dégradé. « *J'ai l'impression qu'on arrive à avoir accès au psychiatre quand c'est le bout du bout* » (7)

Pour les CMP la situation semble être différente avec un accès quasi permanent « *Pour les CMP on a toujours quelqu'un qui peut nous répondre sans être dérangé en plein milieu de sa consultation* » (12). Même si le psychiatre n'était pas joignable lui-même directement il y aurait quelqu'un au bout du fil ce qui serait rassurant pour le généraliste. Ainsi un message pourrait être laissé avec rappel plus tard par exemple. Le médecin traitant se sentirait moins seul dans ce cas.

Les médecins généralistes semblent donc satisfaits de la qualité des échanges téléphoniques avec les psychiatres mais déplorent la difficulté à les joindre en libéral, contrairement aux psychiatres en CMP. Le passage par l'intermédiaire d'un répondeur plutôt qu'un secrétariat semble être un frein.

II) Courrier

1) Adressage

La plupart du temps le médecin généraliste adresse son patient au psychiatre avec un courrier. « *Je fais un courrier c'est notre rôle* » (6) ou alors « *Je fais toujours un courrier pour adresser le patient en première consultation* ». (9) Celui-ci est bref et reprend l'essentiel des informations sur le patient :

« *Petite lettre brève seulement, « minimaliste »* » (3) ou « *Je fais une lettre en 20 secondes* » (5).

Dans le cas où le patient n'est pas décidé à consulter un psychiatre prochainement le généraliste ne ferait pas systématiquement un courrier. « *Donc voilà s'il me dit il sait qu'il a besoin d'aide et je vais le faire. Là je fais une lettre que ce soit pour le psychiatre ou la psychologue d'ailleurs. S'il me dit on verra plus tard je ne fais pas forcément la lettre.* » (10)

2) Retour

Pas de retour

Rares sont les généralistes qui obtiendraient un courrier en retour du psychiatre. « *4 fois sur 5 aucun courrier de retour* » (2) « *Souvent pas de réponse on a l'impression de parler à un mur* » (3). « *Je n'ai jamais de retour courrier* » (4) « *J'ai très rarement de réponse* » (11)

Tardif

Certains médecins traitants recevraient le courrier quelques mois après que le psychiatre ait vu le patient en consultation. Celui-ci perdrait à ce moment-là de son utilité. « *Le courrier arrive un peu après la bataille* » (5)

« *Il me fera la lettre mais comme je te dis il me la fera deux mois trois mois après.* » (5)

Différence avec les autres spécialités ou hospitalisation

Il faudrait que le patient soit hospitalisé pour qu'ils aient des informations sur la pathologie psychiatrique de leur patient. « *Je n'ai pas vu de retour à part les hospitalisations* » (10)

On note également une différence avec certaines spécialités où le courrier de retour serait plus fréquent. « *Pour le courrier je trouve que c'est différent de certaines spécialités mais pas de toutes les spécialités* » (7) ou alors « *Un peu comme les ophtalmos où les glaucomes ne sont pas notés* » (6).

Passage par le patient

Pour ne pas donner l'impression au patient de lui cacher quelque chose ou de transmettre des informations au confrère qui ne lui conviennent pas, le généraliste a différents moyens. Il peut lui donner en laissant le courrier ouvert ou alors il le lit devant lui avant de fermer l'enveloppe. « *Le patient lit le courrier devant moi et peut modifier si le contenu ne lui convient pas* » (4) « *Le courrier je l'imprime et je le donne au patient* » (9).

3) Courrier de suivi

Souhait

Le médecin généraliste aimerait qu'il y ait une trace écrite et au moins un courrier de suivi une fois par an. « *Un courrier une fois par an serait bien* » « *Tout médecin doit avoir une trace écrite* » (7)

Pas d'information

Le médecin généraliste passerait du temps à demander des informations qu'il n'obtiendrait pas et serait gêné par le manque de réplique. « *Souvent on n'a pas de suivi on ne sait pas* » (9)

« *Quand c'est un suivi en ambulatoire on n'a pas beaucoup de nouvelle* » (9)

Il le soutient tout de même en disant que comme il n'y aurait pas d'information pertinente à donner après chaque consultation, le psychiatre oublierait de communiquer par la suite.

« *Oubli de communication car pas d'infos à donner après chaque consultation* » (2)

Questions du médecin généraliste au psychiatre

Concernant le suivi du patient le médecin traitant aimerait avoir une réponse lorsqu'il se pose des questions et connaître l'évolution de la maladie. « *Quand c'est un suivi seulement quand j'ai des questions ou sur l'évolution des symptômes* » (12)

4) Messagerie sécurisée

Positif

L'utilisation de la messagerie sécurisée est variable selon les médecins généralistes. Certains l'auraient adoptée comme outil de travail facile et rapide. Il s'agirait même pour certains de leur principal outil de communication avec les spécialistes. « *90 % de mes échanges par messagerie sécurisée* » (6) ou « *Apicrypt nous aide beaucoup c'est rapide, on reçoit toutes les lettres des spécialistes par Apicrypt* » (5).

Limites

D'autres ne s'en serviraient pas quotidiennement car ils trouvent l'outil compliqué. « *Je ne me sers pas assez de la messagerie sécurisée, Je ne sais pas bien maîtriser cette boîte mail je pense que ça me stresse* » (7) Pour ce médecin le fait d'écrire dans la messagerie lui prendrait également trop de temps. « *Un mail il faut se poser, il faut relire toutes les questions. Il faut y répondre il faut quand même un temps de structuration qui je trouve est chronophage* » (7)

Un médecin avait une bonne raison de ne pas l'utiliser : elle ne possède pas d'ordinateur. « *Pour l'instant je ne suis pas informatisée* » (10)

Peu utilisée par les psychiatres

Les psychiatres utiliseraient très peu Apicrypt. Un généraliste affirme même qu'il n'en connaîtrait aucun. « *Je connais aucun psychiatre qui utilise Apicrypt* » (9)

Secret fait au patient

Une des raisons est peut-être qu'ils ne voudraient pas donner l'impression au patient de lui cacher quelque chose en communiquant par messagerie sécurisée. « *Apicrypt ça suppose à dire que il y a des choses qu'on ne veut pas que le patient sache* » (4) En échangeant par courrier le psychiatre peut laisser l'enveloppe afin que le patient puisse lire le courrier avant de le donner au généraliste.

Une possibilité serait d'écrire par l'intermédiaire d'Apicrypt en lisant à voix haute le courrier avant de l'envoyer en demandant si le contenu convient au patient. Dans tous les cas le courrier devra être bref avec des éléments objectifs pour ne pas heurter le patient.

5) Patient intermédiaire

Ordonnance

Lorsque le médecin généraliste n'a pas de courrier du psychiatre et que le patient ne connaît pas sa pathologie, il ne resterait au généraliste plus que la lecture de l'ordonnance du patient pour en savoir un peu plus. Il s'agirait même souvent d'une suggestion du psychiatre : « *Le psychiatre a dit à la patiente « vous n'avez qu'à regarder l'ordonnance » » (4).*

Peu de satisfaction par le médecin généraliste

Selon le traitement psychiatrique prescrit, le médecin ne serait pas beaucoup avancé concernant le diagnostic. De nombreux psychotropes ne sont pas spécifiques d'une pathologie et vont seulement orienter le praticien.

Parfois l'avis du patient concernant un courrier est demandé avant l'envoi. Il peut donc le modifier ce qui entraîne une perte d'information.

A défaut de courrier, le généraliste devrait se satisfaire des dires du patient pour obtenir des informations. « *Le patient fait le pigeon voyageur* » (3) « *C'est souvent le patient qui fait lui-même le retour* » (10). Or le patient ne serait pas toujours capable de connaître ses traitements et encore moins de connaître le diagnostic de sa pathologie.

En résumé les psychiatres et les généralistes essaieraient rarement de se contacter par téléphone, les tentatives seraient souvent vaines à l'exception des CMP où quelqu'un décrocherait le téléphone en permanence. Lorsqu'ils réussissent à se parler au téléphone, l'expérience est satisfaisante et le souvenir gardé de l'appel serait positif.

Le généraliste ne recevrait pas ou exceptionnellement une réponse à son courrier d'adressage ou alors il arriverait tardivement. Par contre le médecin traitant se plierait à la tâche dans la majorité des cas dans un souci de respect du parcours de soins. Concernant le suivi, la situation ne serait pas plus favorable avec peu de courriers de suivis contrairement aux autres spécialistes, aux CMP et aux praticiens hospitaliers qui eux donneraient des nouvelles. La messagerie sécurisée serait également très peu utilisée par les psychiatres alors qu'elle le serait la plupart du temps par les autres spécialistes et les généralistes.

Il en résulte une insatisfaction du généraliste comme le patient ferait souvent l'intermédiaire en transmettant ce qu'il sait ou en donnant l'ordonnance du psychiatre. Le généraliste se débrouillerait à ce moment-là comme il le peut.

Les médecins généralistes interrogés considèrent donc que la pratique des psychiatres concernant la transmission d'informations ne correspond pas à la pratique des médecins d'autres spécialités concernées par le parcours de soins et surtout ne satisfait pas à leurs attentes.

Une messagerie électronique sécurisée largement utilisée est Apricrypt, qui a vu le jour en 1995.

Selon une enquête réalisée en 2012 en Seine Maritime, les psychiatres n'évoquent pas spontanément l'utilisation de la messagerie sécurisée, très peu l'utiliserait en pratique courante. Les raisons évoquées étaient le manque d'intérêt pour cet outil et le manque de temps.

Les messageries MS Santé, en sont un autre exemple. Conçue pour les échanges sécurisés entre tous les professionnels de santé, le dispositif permet également de consulter les résultats d'examens et comptes-rendus. Les médecins interrogés ne l'ont pas citée.

Depuis 2004 la loi Douste Blazy en rapport avec le parcours de soins coordonné, oblige le médecin traitant à rédiger un courrier pour les patients de plus de 25 ans consultant un psychiatre [7]. Les psychiatres connaissent également cette loi et selon eux le courrier d'adressage du généraliste ne serait pas systématique comme le déclaraient ces derniers.

III) Relation médecin généraliste – psychiatre

Satisfaction

En général les généralistes auraient peu de relations avec les psychiatres en particulier pas de relation proche, mais le peu de contact qu'ils auraient eu n'aurait pas été négatif. « *Quand on les a au téléphone ça se passe très bien* » (1) « *Je n'ai pas encore eu trop d'accrochage avec les psychiatres* » (7)

Certains généralistes auraient même pu créer des liens avec des psychiatres ouverts : « *celui-là il a envie de communiquer avec les généralistes c'est une qualité. Et j'ai beaucoup apprécié* » (3) ou alors « *C'est lié à la personnalité de la psychiatre qui est très ouverte* » (3). De bonnes relations auraient ainsi pu être créées sur le long terme : « *en plus je la connais maintenant donc c'est assez convivial* » (3)

Insatisfaction

Par contre, pour certains la relation serait très mauvaise et ils ressentent de la rancœur contre eux. « *Elle n'est pas mauvaise elle est inexistante* » (11) « *Arrêter de nous prendre pour des prescripteurs d'arrêt de travail et recopieurs d'ordonnance* » (2). Certains généralistes affirment ne pas pouvoir décrire la relation car elle n'existerait pas : « *Nulle en quantité, quasi nulle du coup en qualité je ne peux pas trop l'évaluer par ce qu'il n'y a aucun échange.* » Un autre médecin souligne une différence de la communication actuelle par rapport à autrefois : « *Dernièrement il y en a plus de communication. Vous voyez par exemple par rapport à la substitution, normalement elle devrait être mise en place avec un psychiatre dans un triangle, et ça ne se fait plus, avec le temps ça disparaît.* » (13)

Spécialité « à part »

Il ressort clairement des entretiens que la psychiatrie se démarque des autres spécialités médicales. Il en résulte que pour certains, le psychiatre se retrouverait exclu de la prise en charge globale du patient : « *La psychiatrie est en marge de la prise en charge d'un patient chronique* » (6) ou alors « *Je vois plus le psychiatre comme un électron libre au-dessus* » (6) Quelques médecins sont d'avis que le psychiatre se sent exclu par rapport aux autres médecins prenant en charge le patient. « *Ils sont dans leur bulle* » (8) « *Les psychiatres se sentent mis à l'écart* » (3)

Favoriser la relation

Ils sont globalement d'accord pour dire que ce qui favorise une bonne relation est le contact direct, les rencontres, les réunions communes : « *Quand on s'est vu 2/3 fois ça passe toujours mieux* » (6) « *Une réunion sympa entre psychiatres et généralistes pour discuter* » (5). Cette rencontre se ferait rarement au grand regret des médecins généralistes qui les attendraient aux formations.

Idées reçues /préjugés

Un généraliste affirme ne pas avoir d'a priori sur les psychiatres contrairement à la psychiatrie en tant que discipline. Or on retrouve tout de même des idées préconçues sur les psychiatres. « *Je n'ai pas d'a priori sur les psychiatres* » (4) « *Ce n'est pas leur truc de parler devant des gens* » (4) ou alors « *On se demande si le psychiatre sait poser un diagnostic* » (8)

Malgré les diverses idées reçues sur les psychiatres qui ressortent des entretiens, aucun médecin généraliste n'ose l'admettre réellement et ils préfèrent dire qu'ils n'ont pas d'attrait pour la psychiatrie : « *Je ne sais pas ce que vous disent mes confrères généralistes. Il y en a beaucoup je pense qui n'aiment pas la psychiatrie.* » (11)

Ce qui ressort des entretiens est une relation généraliste – psychiatre quasi inexistante, qui pourrait contribuer à alimenter une rancœur et une appréhension vis-à-vis de la psychiatrie. Ils disent ne pas avoir de préjugés contre eux mais plutôt contre la spécialité, même si les entretiens montrent le contraire. Malgré cela, chez les médecins généralistes ayant des contacts avec des psychiatres, la qualité de l'échange contribuait à maintenir une image positive de la spécialité et faisant d'autant plus regretter le manque de communication.

IV) Freins

1) Liés au médecin généraliste

Attrait pour la psychiatrie

Le manque de communication serait également causé par le généraliste. De nombreux généralistes avouent ne pas apprécier la psychiatrie. « *La psychiatrie ne m'intéresse pas* » (11) « *Je n'ai pas beaucoup d'attrait pour la psychiatrie* » (5). Même les formations ne pourraient pas changer les choses : « *Si on me propose une formation continue sur la psychiatrie je ne vais pas y aller* » « *C'est comme la religion je suis du genre à ne pas y croire* » (11)

Formation

Certains pourtant affirment avoir un manque de formation en psychiatrie surtout en ce qui concerne les psychotropes. Leur formation serait éloignée de celle des psychiatres. « *Une meilleure formation des généralistes en psychiatrie pourrait améliorer la communication avec les psychiatres* » (6) « *Une formation sur les neuroleptiques et les antidépresseurs ce serait judicieux* » (6)

Ce manque de formation ne serait pas dû au hasard : « *C'est un peu de notre faute aussi* » (6)

Abandon suite à l'absence de réponse

Suite à l'absence d'information le généraliste craindrait de faire des erreurs et se détacherait parfois complètement du suivi psychiatrique du patient. Il déciderait à ce moment-là d'ignorer toute demande qui est du ressort de la psychiatrie. « *Je ne sais absolument rien de ce qui se passe et je laisse complètement la main au psychiatre* » (7) ou alors « *Arrêt complet de la prise en charge psychiatrique, plus de dépannage de médicaments* » (1)

Disponibilité

Une autre raison pour laquelle la communication pourrait faire défaut serait le manque de disponibilité du généraliste. Ils admettent qu'eux non plus ne peuvent pas toujours décrocher le téléphone qui sonne. « *On a tellement de coups de fils dans la journée que si on répond à tous les coups de fils on ne travaille plus* » (2) « *Complicé pour les spécialistes de nous joindre* » (2)

Les médecins généralistes avouent également leurs torts dans la relation avec les psychiatres : manque de formation initiale et continue, manque d'attrait, manque de disponibilité et désengagement de la prise en charge psychiatrique de leurs patients.

2) Liés au psy

Temps

Les médecins généralistes sont d'avis que les psychiatres n'ont pas toujours beaucoup de temps à consacrer à la communication, à la rédaction de courriers. « *La psychiatrie est une spécialité qui demande à être développée c'est un peu long* » (5) « *Manque de temps des psychiatres* » (1)

Où est le temps que les psychiatres ne consacrerait pas ou plus à la communication avec leurs confrères généralistes ? « *Je suppose que c'est plus par manque de temps* » (10) « *Dans le contexte actuel nous n'avons pas le temps* » (5)

Démographie médicale psychiatrique

Comme en attestent les données vues précédemment, le généraliste a raison de dire qu'il y a une pénurie de psychiatres en tout cas dans certains départements. « *Pénurie de psychiatres dans la région* » (2) « *La première chose qu'on pourrait changer c'est qu'il y ait plus de psychiatres* » (7)

Image négative du médecin généraliste

Sur les médecins généralistes interrogés un nombre non négligeable a une image négative du psychiatre. Une critique évoquée fréquemment est le manque d'intérêt pour le lien, la rencontre. Selon eux, le psychiatre préfère travailler seul. « *Certains psychiatres sont dans leur bulle* » (1) ou alors « *Les psychiatres se réfugient derrière le secret professionnel* » (4)

Absence de moyens (financiers, humains, matériels)

Les psychiatres n'auraient pas toujours des aides ou des moyens pour leur faciliter le travail. « *Certains psychiatres ne sont pas informatisés* » (2) « *Les psychiatres n'ont pas de secrétaire* » (3).

Finalement ce serait peut-être à cause du manque de moyens que les psychiatres n'arriveraient pas à dégager du temps pour la communication. « *Peut-être qu'ils n'ont pas forcément tous les outils et que ce n'est pas dans les habitudes* » (12) « *Les psychiatres n'ont pas de secrétaire* » (3)

Selon les médecins généralistes interrogés, les freins à la communication du côté des psychiatres pourraient être leur caractère solitaire mais surtout le manque de temps (lié à la charge de travail), de moyens humains (secrétariat) et financier (faible rémunération de la consultation).

3) Liés au patient

Besoin de confidentialité du patient

Le patient lui-même peut dans certains cas être le frein à la bonne communication entre généralistes et psychiatres. Il ne voudrait pas divulguer ses traumatismes, son histoire personnelle, y compris à son médecin traitant. « *Le patient ne veut pas dévoiler certaines choses* » (2) « *Il y a un lien de confidentialité avec le patient* » (3).

Le généraliste est conscient qu'un plus grand lien avec le psychiatre pourrait être au détriment de la bonne relation psychiatre – patient. « *Ce que le patient raconte est secret entre le patient et le psychiatre* » (2)

D'autres généralistes pensent que la nécessité de confidentialité ne serait qu'un prétexte pour ne pas devoir communiquer. « *Secret médical étendu au médecin traitant* » (9) « *Les psychiatres se réfugient derrière le secret professionnel et en disant que c'est quand même très particulier et qu'après le patient ne s'exprimera plus de la même manière plus naturellement s'ils se rendent compte qu'ils disent au médecin traitant s'ils répètent ce qu'on leur dit.* » (4)

Accès direct

Fréquemment le patient consulterait sans passer par le médecin traitant de sa propre initiative. « *Un patient sur quatre va directement chez le psychiatre* » (3) Il consulte dans ce cas hors du parcours de soin. Le patient a le droit de le faire, il sera seulement moins bien remboursé par la Caisse d'Assurance Maladie.

Certains généralistes pensent à tort que la consultation chez le psychiatre ne fait pas partie du parcours de soins. « *Il y a un accès libre au psychiatre* » (6)

Le Patient n'est pas prêt

Dans certains cas le patient refuserait d'aller consulter un psychiatre, il ne verrait pas l'utilité : « *J'en ai quelques-uns qui mériteraient d'aller voir un psychiatre mais ils refusent* » (11)

Ou alors si le patient n'est pas conscient d'être malade et que le diagnostic ne pourrait pas lui être annoncé brutalement la communication avec le confrère deviendrait également plus compliquée : « *Patient ne peut pas entendre cash son diagnostic psychiatrique* » (3) « *En fait même moi il n'est pas revenu me voir. Comme s'il avait été un peu vexé que finalement le psychiatre passe sur ce terrain-là* » (3)

Les généralistes pensent que le patient serait demandeur à ce que les informations qui concernent sa pathologie psychiatrique ne soient pas divulguées au médecin traitant. Il pourrait être intéressant d'interroger les patients eux-mêmes sur leurs souhaits concernant la divulgation d'informations au médecin traitant.

De plus, la plupart des patients accèderaient directement au psychiatre sans passer par le médecin traitant et seraient donc hors parcours de soin. Il pourrait être intéressant de connaître l'attitude du psychiatre par rapport à la facturation de la consultation dans ces cas-là.

4) Liés à la psychiatrie

Spécificité de la psychiatrie

Selon certains préjugés des étudiants, lors du cursus médical, pendant l'externat et l'internat, la psychiatrie ne ferait pas partie du groupe des spécialités médicales. Il ne s'agirait pas de la spécialité que tout le monde « rêvait exercer » plus tard. Comme le remarquent de plusieurs généralistes : « *Quand j'étais interne aux urgences on avait l'impression que c'était deux*

mondes parallèles » (6) ou alors « *On a l'impression que la psychiatrie se détache complètement* » (7). On aurait même parfois l'impression que c'était une spécialité moins reconnue que les autres. Il serait mieux vu de choisir la cardiologie à l'internat que de faire psychiatrie. « *Les gens voient la psychiatrie comme une maladie honteuse* » (7) Il est possible que ces idées préconçues persistent au-delà de la formation et participent aux préjugés de certains médecins.

En ce qui concerne la prise en charge du patient il y aurait également une nette séparation entre la pathologie somatique et la pathologie psychiatrique. « *Séparation corps et esprit* » (3). Un patient souffrant de troubles psychiatriques ne pourrait pas être atteint d'une autre pathologie que sa maladie psychiatrique. Cet à priori engendrerait des retards diagnostics et une mauvaise prise en charge de ces patients.

Faible pourcentage de patients

Les pathologies psychiatriques sont fréquemment rencontrées en pratique de médecine générale puisqu'un patient sur quatre serait concerné [8]. Or, cela ne serait pas forcément perçu par certains généralistes qui jugeraient en voir peu parmi leur patientèle. « *Je n'ai que quatre ou cinq vrais patients psychiatriques* » (6) « *Ils n'ont pas besoin de psychiatre, ils ont besoin d'être rassuré et de se prendre en charge* » (11)

Suivi long / chronique

Une autre raison pour laquelle il pourrait y avoir peu de communication serait le suivi du malade sur le long terme. S'agissant souvent de pathologies chroniques, le psychiatre pourrait avoir besoin de plusieurs consultations avant de cibler précisément la pathologie du patient. Certains généralistes remarquent : « *Il n'y a pas quelque chose à dire après chaque consultation* » (5) « *Comme il les suit de façon très chronique, c'est compliqué de communiquer* » (12). A la différence de la demande d'un avis cardiologique, l'adressage au psychiatre serait souvent une demande de suivi. Ce ne serait dans ce cas pas une demande

précise à laquelle on pourrait répondre rapidement. Finalement le diagnostic précis ne se ferait pas immédiatement en psychiatrie : « *Alors je pense que les problèmes diagnostics sont assez importants en psychiatrie, déjà il faut beaucoup de temps pour en établir.* » (13)

Il n'y aurait pas un seul fautif du manque de communication psychiatre – généraliste.

Il y aurait le généraliste d'une part par son manque d'attrait pour la psychiatrie et l'absence de curiosité à se former afin d'être plus au point pour la prise en charge de patients psychiatriques compliqués.

De plus, il ne serait pas très disponible non plus et ne répondrait pas systématiquement aux appels. Finalement il abandonnerait parfois tout suivi psychiatrique, abandonnant également en même temps tout lien avec le psychiatre.

Concernant la formation initiale des généralistes, la psychiatrie est enseignée de façon hétérogène en France. En 2018, 29 départements de médecine générale (DMG) sur 34 proposaient une formation théorique en psychiatrie aux étudiants en médecine générale, d'une durée moyenne de 10,6 heures sur l'ensemble des 3 années d'internat, dispensée par des médecins généralistes dans 83% des cas [9]. A la faculté de médecine de Nancy, pour le 2^{ème} cycle, la psychiatrie fait partie d'une unité d'enseignement au même titre que l'ORL ou la cardiologie [10]. Lors de l'internat une formation obligatoire est mise en place lors de la phase d'approfondissement : un groupe d'enseignement facultaire (GEF) sur les pathologies psychiatriques récurrentes.

En ce qui concerne la formation pratique des médecins généralistes, plusieurs terrains de stage sont obligatoires durant l'externat : médecine générale, médecine d'urgence et chirurgie. On pourrait réfléchir à un stage obligatoire en psychiatrie au cours de l'externat ou à l'internat compte tenu de la prévalence des pathologies psychiatriques [11]. La sémiologie psychiatrique reste floue si elle n'est enseignée seulement par des cours théoriques.

En effet, certains psychiatres se rendent compte du manque de formation de leurs confrères généralistes. Ce serait ces derniers qui seraient moins communicants mais qui en auraient le plus besoin selon les psychiatres.

Le patient pourrait lui-même être le frein à la communication parce qu'il refuse la transmission d'informations mais également parce qu'il consulte de sa propre initiative. Le contact généraliste- psychiatre ne se ferait donc pas dans ce cas.

La dernière catégorie de freins serait spécifique à la spécialité. En premier lieu, le préjugé faisant état d'un cloisonnement des problèmes somatiques et psychiques ancré chez certains médecins, induirait une absence de besoin de communiquer et des prises en charges parallèles et distinctes. Par ailleurs, le psychiatre ne pourrait pas communiquer de diagnostic ou de conduite à tenir immédiatement après une consultation comme le suivi est souvent long. Un dernier point important évoqué par les médecins généralistes est le fait que leurs patients psychiatriques ne représenteraient qu'un faible nombre de patients si on exclut les syndromes dépressifs. Selon les généralistes, le psychiatre manquerait de temps pour communiquer et il n'aurait pas toujours ni les moyens financiers ni matériels pour lui en faire gagner. Il y aurait également une pénurie de psychiatres surtout en Moselle où la densité est réduite par rapport à la moyenne en métropole.

V) Répercussions de la communication

1) Biais d'informations lié au patient

N'ayant pas les informations nécessaires de la part du psychiatre, le médecin généraliste essaierait parfois de se renseigner essentiellement par l'interrogatoire du patient. Le questionnement du patient pourrait être source d'erreur. « *Le patient nous raconte ce qu'il veut* » (1) « *Ils ne vont pas forcément me dire, le psychiatre a prescrit ça ou ça* » (10)

2) Informations manquantes importantes

Administratives

Finalement il manquerait aux généralistes un grand nombre d'informations qui lui faciliteraient son travail au quotidien. Pour les tâches administratives par exemple, lorsqu'il doit constituer un dossier MDPH, il aurait besoin de connaître le patient dans sa globalité. S'il lui manque les éléments d'ordre psychiatrique il pourrait difficilement accomplir la tâche. « *Souvent j'ai des problèmes c'est pour des dossiers MDPH parce que là j'ai besoin d'informations pour pouvoir remplir le dossier* » (12) ou « *Renouvellement ALD compliqué sans avis psychiatrique* » (4)

Cliniques

A l'inverse le généraliste saurait certaines choses que le psychiatre ignore par exemple par l'intermédiaire d'autres membres de la famille : « *Le psychiatre a des informations que nous on n'a pas et vice versa.* » (1)

L'échange d'informations entre le psychiatre et le généraliste sur des signes cliniques et des symptômes pourrait aider le généraliste à y voir plus clair s'il est perdu. De plus le psychiatre pourrait obtenir des éléments qu'il ignorait jusqu'à présent. « *Echange d'informations utiles que l'autre n'a pas* » (1) « *Psychiatre en apprend aussi en communiquant* » (1)

Perdus de vue

Un patient pris en charge par deux médecins qui ne communiquent pas entre eux, interromprait plus facilement son suivi que si les deux médecins avaient une bonne relation. Pour certains cette rupture prématurée de soin aurait des conséquences financières : « *Des revenus ou des revenus qui persistent des aides qui persistent* » (12)

3) Pas d'amélioration des pratiques

En lisant des comptes-rendus, le généraliste pourrait savoir si sa supposition diagnostique était la bonne ou pas. Il saurait ainsi si ses idées concordaient à celles du psychiatre ou s'il s'était trompé. La prochaine fois qu'il rencontrerait la même problématique il serait peut-être plus à même de gérer la situation seul. « *Je pense que ça pourrait nous améliorer, améliorer notre formation et puis on aurait une autre vision* » (12) « *Le psychiatre connaît d'autres choses qu'on ne connaît pas du tout et du coup ça permet des fois de comprendre certains problèmes que les patients ont* » (12)

L'échange avec le psychiatre pourrait rendre les généralistes plus sûrs d'eux dans la prise en charge des pathologies psychiatriques surtout lorsqu'il s'agit de diagnostics difficiles ou de pathologies plus rares.

« *Difficultés à trouver le diagnostic sur des personnalités borderline, antisocial* » (10) « *On ne sait pas comment réagir dans certaines situations* » (10)

En gardant leurs connaissances pour eux les psychiatres priveraient les généralistes curieux et les empêcheraient de progresser en la matière : « *J'aimerais bien avoir des avis de psychiatre. Mais ils me répondent ben t'a qu'à regarder l'ordonnance* » (4) « *Justement je trouve qu'ils entretiennent la méconnaissance du fait de ne pas vouloir échanger.* » (4)

4) Difficultés pour la reprise/adaptation du traitement

Une grande difficulté du généraliste serait le maniement du traitement psychotrope surtout s'il y a plusieurs molécules impliquées. Il ne pourrait pas se fier à ce que dit le patient. De nombreux généralistes seraient gênés lorsqu'ils doivent reprendre un traitement quand le psychiatre est en congé par exemple ou lorsqu'ils doivent adapter le traitement. « *Souvent on*

n'est pas toujours au courant des changements de traitement que ce soit au CMP au les psys en ville » (12) « On ne sait pas trop » (7), « On diffère on tempère » (7)

Le médecin traitant essaierait de se débrouiller mais il ne serait pas à l'aise.

Comme la plupart des généralistes disent avoir des lacunes en pharmacologie psychiatrique, une meilleure communication pourrait faciliter le maniement des psychotropes et réduire la iatrogénie pour le patient. « *On n'est pas très bon point de vu iatrogénie* » (6). Le généraliste aimerait une conduite à tenir de la part du psychiatre concernant le suivi biologique de certains psychotropes. « *D'un point de vue iatrogénie. Avec les médocs qu'ils prennent parfois les gens on est des fois pas très bons clairement. Il y a certainement plein de choses qui passent à l'as* » (6)

Certains seraient tellement perdus qu'ils feraient confiance au patient et prescriraient ce que celui-ci a retenu de sa consultation psychiatrique : « *Je suis obligé de me fier à l'avis des patients.* » (3)

5) Incompréhension / Interprétation

En l'absence de communication, le confrère déduirait à partir de faits rapportés par le patient. Il ferait des suppositions et interpréterait. Cela pourrait conduire à des malentendus et de l'incompréhension. « *Les biologies en rapport avec les traitements psychiatriques je ne sais pas si c'est lui les regarde ou moi* » (6) « *On fait des hypothèses tout le temps* » (3)

De plus la susceptibilité du praticien pourrait mener à des interrogations quant à sa propre pratique. Il pourrait penser que le psychiatre ne lui répond pas parce que son analyse était complètement fausse ou alors parce que sa lettre n'était pas assez complète. « *Je me fais des films* » (3)

6) S'accorder/ Renforcer l'adhésion

Si les deux médecins étaient d'accord pour travailler ensemble, ils pourraient renforcer l'adhésion du patient en insistant sur certains points déjà évoqués par l'un ou l'autre.

« *Discours correspond à celui du psychiatre, discours harmonieux [...] Travail en synergie* »

(3) Il pourrait ainsi y avoir un relais lorsque l'un ou l'autre est absent. Certains généralistes auraient fait une expérience positive d'un psychiatre qui aurait pris la peine de contacter le généraliste pour que la transition se fasse bien lors de son absence « *On a été assez en lien pour pas qu'il y ait de chevauchement qu'il prenne bien son traitement et pas qu'il prenne plus* » (10) « *Relais de prise en charge lorsque psychiatre n'est pas sur place* » (3)

Le patient pourrait à ce moment-là se sentir d'avantage soutenu, il adhérerait mieux à la prise en charge des deux médecins et il y aurait plus d'observance de son traitement. « *Un meilleur suivi* » (6) « *Un meilleur soutien du patient* » (6)

Enfin, la communication ou l'absence de communication a un grand nombre de répercussions sur le plan de la prise en charge du patient mais aussi sur le confort de travail des deux praticiens.

En premier lieu l'absence de communication mène à des informations importantes perdues ou déformées quand elles viennent de la part du patient.

De plus le généraliste ne progresserait pas beaucoup en psychiatrie car le psychiatre garderait ses idées et ses conduites à tenir pour lui.

Le relais dans les prescriptions se ferait également difficilement lorsque le psychiatre est absent et qu'il n'a jamais fait de courrier expliquant la situation. Il en résulterait beaucoup d'incompréhensions, de doute. En revanche, lorsqu'il y a communication le patient se sentirait d'avantage soutenu et il adhérerait mieux à la prise en charge psychiatrique.

VI) Attentes

1) Courrier

Contenu (diagnostic, traitement)

En ce qui concerne la rédaction du courrier les généralistes se disent peu exigeants. Ils aimeraient un minimum d'information pour pouvoir s'en sortir et comprendre la pathologie. Certains aimeraient au moins un diagnostic lorsque pour eux il n'était pas évident. « *Nous tenir au courant au minimum du diagnostic* » (2). Lorsque le fait de trouver le bon diagnostic n'est pas aisé, que le médecin essaie de trouver par le biais de l'ordonnance et que l'on sait que certains traitements psychotiques s'emploient dans des pathologies différentes, la tâche du généraliste n'est pas facile.

D'autres médecins semblent vexés de l'absence de retour et aimeraient par politesse une réplique. « *Me dire j'ai vu le patient que vous m'avez envoyé, et déjà un petit merci* » (9) « *Une réponse au courrier initial* » (11)

Dans tous les cas le courrier attendu ne devrait pas être long et contenir l'essentiel : « *une synthèse d'une dizaine de lignes* » (3) « *quand il y a un changement de traitement, merci de faire attention à ça* » (7) « *On ne demande pas grand-chose* » (6)

Fréquence

En ce qui concerne la fréquence de la rédaction des courriers les souhaits sont divergents d'un médecin à l'autre. Alors que certains se contenteraient d'un seul courrier « *Il faudrait au moins un retour courrier* » (2)

« *Courrier à la rencontre* » (3) d'autres aimeraient un courrier plus systématique : « *Changement de traitement = courrier [...] Programmation = courrier* » (1) « *Ce serait bien peut être un courrier une fois par an ou aux grands changements* » (12)

2) Téléphone

Les généralistes aimeraient plus de disponibilité téléphonique ou au moins un renvoi vers quelqu'un en cas d'absence. « *Ils pourraient décrocher le téléphone* » (8) « *Renvoi d'information si absence* » (1)

Cela semble manquer à certains de ne pas pouvoir discuter avec le psychiatre de leur patient et de pouvoir se parler directement. « *Pouvoir se contacter de vive voix* » (4) « *Pouvoir parler un petit peu* » (4)

Surtout pour des patients difficiles pour lesquels la solution n'est pas trouvée aisément les généralistes aimeraient avoir un échange téléphonique. « *Je préférerais avoir un courrier de façon systématique pour chaque patient et un coup de fil pour ceux qui posent problème comme ça a été le cas.* » (3)

3) Bonne répartition des tâches

Des généralistes sont d'avis qu'ils réalisent des tâches qui devraient être assurées par leur confrère. Un praticien se sent même rabaissé du fait que ce soit lui qui doit l'accomplir. « *Ils devraient prendre leur responsabilités* » (2) « *Arrêter de nous prendre pour des prescripteurs d'arrêt de travail et recopieurs d'ordonnance* » (2). Ils aimeraient que le psychiatre connaisse les limites de l'exercice de la médecine générale. « *Ce n'est pas notre boulot de gérer des personnalités schizoïdes* » (6) « *On ne peut pas tout faire en médecine générale* » (6).

Afin que le généraliste ne se sente pas débordé par les demandes psychiatriques parfois compliquées, il aurait besoin d'une aide, d'un allié sur qui se reposer lorsque la pathologie devient trop complexe et que la demande sort du domaine de la médecine générale.

Les tâches administratives n'étant pas valorisantes pour un médecin, elles devraient être réparties entre les confrères qui prennent en charge le patient et ne pas toujours revenir au médecin généraliste.

Le médecin traitant aimerait au moins un courrier avec l'essentiel, le diagnostic et les traitements. Certains médecins aimeraient être au courant des grands changements.

Concernant le téléphone il faudrait qu'il y ait toujours un interlocuteur à défaut de pouvoir parler directement au psychiatre.

D'autres souhaitent que les limites du généraliste soient prises en compte, que certaines tâches administratives ne soient pas systématiquement déléguées au généraliste.

VII) Propositions d'amélioration

1) Outils

Nouvelles technologies

Concernant les outils pouvant améliorer la communication, les généralistes évoquent certaines méthodes déjà employées mais qu'ils souhaiteraient utiliser davantage. « *Alimenter le dossier médical partagé (DMP)* » (8). Il faudrait dans ce cas que les 2 partis participent et que le psychiatre soit informatisé.

Nombreux généralistes utiliseraient fréquemment la messagerie sécurisée (Apicrypt) pour la communication avec n'importe quel spécialiste. Ils aimeraient pouvoir également s'en servir pour échanger avec le psychiatre. « *Le plus simple est la messagerie sécurisée* » (6) « *J'utilise à peu près tout Apicrypt, le téléphone* » (9)

Une généraliste a évoqué une application : « Pandalab » qu'elle utiliserait dans sa pratique. « *Alors on utilise aussi Pandalab l'application sécurisée. C'est entre professionnels. C'est une application de messagerie instantanée un peu comme Whatsapp mais qui est sécurisée.* » (12). Cette application a gagné en 2018 le trophée de la meilleure application pour professionnels de santé, elle permet par exemple de partager rapidement une ordonnance entre confrères.

Ainsi le médecin généraliste réfléchit à de nouveaux outils pragmatiques qui faciliteraient la communication au quotidien. « *Circulation rapide de l'information* » (1) « *Il faudrait un petit message sur ordinateur* » (6) « *Il faudrait un truc rapide par internet* ». (6)

En résumant les idées des médecins il s'agirait d'une messagerie qui pourrait afficher des notes sur le bureau par degré d'urgence afin de permettre des prises en charges rapides si nécessaire.

Comme leur propre demande est souvent la plus urgente, cette hiérarchie selon le degré d'urgence pourrait ne pas être juste et mener à des demandes abusives de prise en charge en urgence.

Secrétariat

Selon les généralistes les médecins qui travailleraient encore sans secrétaires devraient investir dans un secrétariat pour gagner du temps en déléguant par exemple la rédaction des courriers : « *Aide d'une secrétaire pour les courriers* » (3)

2) Se connaître

Réseaux locaux

Contrairement aux autres spécialistes, le réseau d'amis psychiatres ferait souvent défaut. « *Je n'ai pas de copain psychiatre* » (5) ou alors « *Il faudrait avoir un réseau local de psychiatres que l'on connaît de visu* » (6). Il est rassurant pour le médecin traitant de connaître par exemple un cardiologue ou un pneumologue à qui il peut confier une prise en charge lorsque celle-ci dépasse ses compétences. Le spécialiste sait à qui il a affaire, connaît son mode de fonctionnement et la fiabilité de ses affirmations. Le généraliste aimerait avoir également un réseau de médecin psychiatre.

A plus grande échelle, un praticien parle des CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé).

« Les communautés professionnelles territoriales de santé. Il y a une loi qui est passée la qui s'appelle l'HPST qui permet aux professionnels libéraux de ville donc sur tous les territoires de s'organiser entre nous et de créer une structure donc une CPTS qui concerne tous les professionnels de ville » (3)

Rencontre physique

Afin de créer un réseau local d'amis psychiatres il faudrait se rencontrer, organiser des séminaires, des réunions avec des intérêts pour les deux parties, qui seraient gagnants par la suite.

« Ah oui de s'être rencontré physiquement ça aide à communiquer » (11) « Quand on s'est vu 2/3 fois ça passe toujours mieux » (6) « Réunion sympa entre psychiatres et généralistes pour discuter » (5) « Dans les formations était proposé les groupes Balint » (13)

Une occasion pour les confrères de se rencontrer est les Formations Médicales Continues. (FMC). Certains généralistes constatent que les psychiatres seraient que rarement présents : *« J'ai rarement vu un psychiatre venir en tant qu'expert de formation. » (4)*

Or les FMC permettraient d'apprendre en échangeant sur des cas concrets rencontrés en pratique. Lors de ces réunions le généraliste pourrait créer des liens, mettre des visages sur des noms et éventuellement communiquer ses difficultés rencontrées. *« Quand on a des copains ça facilite les choses » (5)*

3) Fixer des règles selon les attentes de chacun

Pour que chacun y trouve son compte il faudrait au début d'une prise en charge commune fixer des règles selon les attentes de chacun : *« Pour qu'eux ils y voient de l'intérêt c'est qu'eux nous disent de quoi ils ont besoin pour mieux prendre en charge le patient » (12)*

Le problème dans la relation généraliste et psychiatre serait que l'un ne connaît pas les souhaits ni les demandes de l'autre. Ils fonctionneraient donc tous les deux avec de nombreuses interrogations. *« Ça va être très intéressant. [...] Mais en fait ce qui m'intéresse le plus c'est ce qu'ils pensent eux. » (3)*

Un médecin a par exemple imaginé un code, une sorte d'arrangement entre le psychiatre et le généraliste pour faciliter la communication par courrier. « *Pas de courrier égal pas de changement* » (1)

4) Courrier systématique obligatoire

En plus de la cotation d'une majoration de consultation si elle est intégrée dans le parcours de soins coordonné il a été proposé de coter également le fait de rédiger un courrier pour le confrère. « *Coter les courriers médicaux* ». (8) Cette idée rejoint le mode de fonctionnement luxembourgeois où le médecin spécialiste cote un R1 à 38,80 euros s'il rédige un courrier au médecin référent (médecin traitant).

Ce courrier est remboursé par la caisse de maladie luxembourgeoise si le parcours de soins est respecté c'est à dire si le patient vient avec un courrier de la part de son médecin traitant. Comme le patient ne voit pas toujours l'intérêt du courrier au confrère, le généraliste doit souvent insister auprès du patient afin qu'il le consulte avant pour obtenir un compte-rendu.

Une autre possibilité évoquée par un généraliste serait de rendre le compte rendu obligatoire pour chaque médecin. « *On pourrait rendre le compte-rendu obligatoire* » (6) « *Malheureusement si on veut que ça change il faut une obligation que les psychiatres nous envoient un petit mot et puis point barre.* » (6)

Cela impliquerait une charge de travail conséquente à laquelle certains médecins seraient réfractaires.

Les généralistes ont pour la plupart proposés un grand nombre de possibilités d'améliorations de la communication entre confrères.

Certains outils comme le DMP, Apicrypt ou les applications de messagerie sécurisées devraient être exploités d'avantage. Une secrétaire devrait pouvoir faire gagner du temps au généraliste et au psychiatre.

Une autre idée qui ressort fréquemment des entretiens est que la rencontre physique par n'importe quel moyen (les formations, les séminaires, les soirées organisées par les laboratoires...) est un facteur qui favorise grandement la communication entre confrères. Les médecins expriment clairement le caractère privilégié des relations avec leurs connaissances personnelles. Certains médecins seraient demandeurs de créations de tels liens.

b. Analyse thématique des psychiatres

I) La relation médecin généraliste – psychiatre

1) Degré de satisfaction

En premier lieu, nous relevons que lorsque la communication s'établit entre généralistes et psychiatres, la relation est confraternelle et cordiale « *En général la communication se passe plutôt bien [...] je n'ai jamais eu de conflit ou de désaccord avec un généraliste [...] avec le généraliste on échangeait en bonne entente* » (5) « *Si vous avez un généraliste au téléphone que vous donnez le bon tuyau la bonne orientation ou un traitement, ça établit après un lien de confiance* » (6) « *En 15 ans de pratique je n'ai jamais eu d'accrochage avec mes confrères* » (7)

Certains psychiatres évoquaient avoir de bons liens avec les généralistes « *Les médecins de mon secteur me téléphonent assez volontiers [...] Je n'ai pas l'impression qu'il y a un déficit de communication de mon côté [...] Si j'estime que ce contact là il est important pour le patient, pour sa prise en charge je le fais c'est sûr* » (8)

Ce n'est donc pas sur la qualité des échanges, mais sur leur fréquence que se manifestent les lacunes, cependant les psychiatres avaient des avis divers concernant cette dernière « *Je suis satisfait de ma communication avec le généraliste* » (7) « *La communication est insuffisante ça c'est sûr* » (9)

Une tendance au déclin de ces relations pouvait être évoquée « *Avant je communiquais plus volontiers par téléphone avec le médecin généraliste [...] il y a une raréfaction de ces contacts* » (9)

Mais globalement, ils sont au fait que ce sont les généralistes qui déplorent plus souvent ces carences « *En général c'est eux qui sont plus demandeurs* » (2) « *Je suis souvent un peu rappelé à l'ordre en cours d'année* » (6) « *Les généralistes s'en plaignent très souvent du manque d'information* » (10)

2) Modalités (secrétaire/IDE psy)

Parfois les échanges ont lieu par le biais d'intermédiaires, secrétariats « *Quand je me présente et que c'est la secrétaire qui décroche, généralement elle en parle au médecin* » (8) ou encore les infirmiers en CMP « *On a un système d'infirmier référent, donc c'est souvent eux l'interface* » (10)

3) Le réseau professionnel local

Les psychiatres interrogés ont pu mettre en avant l'importance du réseau des connaissances personnelles dans les relations entre confrères « *Un médecin que l'on connaît déjà, qui est peut-être plus un ami, on va peut-être plus facilement téléphoner* » (6)

Plus largement, la notion de se connaître prenait son importance « *C'est vrai que l'on n'a pas cette relation de confiance avec tous les médecins [...] comme toujours vous avez des médecins pour lesquels vous êtes un illustre inconnu, vous êtes juste un nom, il y en a d'autres ou vous êtes une vraie connaissance* » (6)

La communication elle-même apparaissait alors comme moyen de développer ou entretenir son réseau professionnel « *Il m'arrive plus souvent moi d'appeler que le médecin généraliste de m'appeler [...] ça établi un lien de confiance* » (6) « *On a des contacts au téléphone avec les généralistes à propos des patients qu'on suit ensemble* » (8)

La rencontre physique était également évoquée comme créatrice de liens au niveau local « *J'avais organisé avec un labo une conférence sur les maladies psychiatriques et j'avais invité les généralistes des secteurs [...] la rencontre entre médecins généralistes et psychiatres n'avait pas mal marché, il y avait des échanges intéressants* » (8)

4) Particularités de la psychiatrie

Certains psychiatres pensent qu'ils communiquent moins avec le médecin traitant que les autres spécialistes « *Je pense qu'ils sont moins en difficulté avec les autres spécialistes* » (1)

« Il y a des spécialités beaucoup plus rigoureuses dans ce qui est communications écrites et courriers que les psychiatres » (9)

Le fait que la psychiatrie ait des spécificités comme le suivi au long cours des patients, le délai avant la pose d'un diagnostic, ou encore l'application de technique de psychothérapie, était cité comme éléments d'explications « Parfois Il n'y a pas forcément beaucoup d'évolution entre chaque consultation [...] On a des consultations longues entre une demi-heure et trois quart d'heure » (1) « Vous n'avez pas forcément un diagnostic et le diagnostic vous l'aurez peut-être que dans trois mois, voire dans six mois » (6)

La relation particulière que peuvent nouer les patients et leur psychiatre était également évoquée « Il y a dans la relation avec le psychiatre aussi des relations intimes que les patients ne veulent pas forcément divulguer » (3)

Le caractère de cette relation pouvant amener à questionner sur ce qui est à transmettre aux confrères généralistes et ce qui ne l'est pas « Il y a des choses qui peuvent être dites, oui, dans la confidentialité des entretiens, que le médecin généraliste n'a pas forcément besoin de savoir [...] On a toujours un petit peu de mal à savoir jusqu'où il faut communiquer » (6)

5) Préjugés et idées reçues des psychiatres sur les MG

Selon certains psychiatres, l'intérêt pour la santé mentale est médecin-dépendant chez leurs confrères généralistes « Il y en a peut-être qui sont plus ouverts que d'autres sur la psychologie » (3) « Il y a des généralistes qui n'aiment pas du tout la psychiatrie » (8)

Leur rôle de pivot et de première ligne était assimilé « Les généralistes sont beaucoup sollicités pour faire des hospitalisations sous contrainte par exemple » (4)

Cette place pouvait être perçue comme facilitatrice dans la création de lien et dans l'adhésion aux soins de santé mentale « Les patients ont une bonne alliance avec leur médecin traitant [...] Ils changent plus facilement de psychiatre que de médecin traitant » (2) « Globalement les généralistes soutiennent le fait que quand le patient vient en consultation il faut continuer [...] Globalement les généralistes soutiennent le fait qu'il faut consulter le psychiatre, sans doute maintenant plus qu'à une certaine époque » (11)

Concernant la thérapeutique médicamenteuse, les psychiatres avaient notion d'une réticence générale de la part des généralistes « *Ce qui fait peur au médecin traitant et on peut le constater c'est le maniement des thérapeutiques psychotropes* » (7)

A l'inverse de cette tendance, les antidépresseurs étaient décrits comme prescrits largement en médecine générale « *Ce que j'ai constaté c'est que les médecins généralistes sont plus friands d'antidépresseurs que les psychiatres eux-mêmes* » (8)

Enfin, l'ensemble de ces éléments menaient à une idée paradoxale selon laquelle les généralistes ayant le plus de clefs pour prendre en charge les patients les adressaient plus volontiers à leurs confrères psychiatres « *Les généralistes qui m'envoient le plus de personnes, ce sont les plus avertis, les plus compétents dans la relation psychothérapique, ou dans la connaissance psychiatrique, ceux qui auraient le plus de moyens de les suivre* » (11)

Globalement les psychiatres interrogés se disaient en bonne relation avec leurs confrères généralistes quand ils avaient des échanges avec eux, bien que ceux-ci pouvant être indirects. C'était donc plutôt la quantité des échanges plutôt que leur qualité qui pouvait être mise en défaut, bien que les avis étaient divergents sur le sujet.

La notion de réseaux professionnels et de relations préférentielles avec les connaissances personnelles ressortait.

Certains psychiatres étaient au fait que les médecins généralistes déploraient un manque d'échanges.

Les psychiatres expliquaient ces éléments par des aspects particuliers de la psychiatrie par rapport aux autres spécialités médicales.

Leurs préjugés concernant les médecins généralistes comprenaient le fait que l'affinité avec la prise en charge de la santé mentale était médecin-dépendant et que, paradoxalement, les médecins ayant une vision développée sur celle-ci déléguaient plus facilement à un confrère psychiatre.

II) Conséquences du manque de communication

Les psychiatres interrogés ont cité les conséquences dommageables pour le patient et sa prise en charge du manque de communication avec les généralistes.

1) Problématique des traitements

Une des premières problématiques évoquées était celle des traitements. Les psychiatres pouvaient se heurter à des divergences dans les prescriptions « *Le patient revient en consultation et dit : le médecin traitant m'a mis un somnifère [...] il va mettre un traitement qui du coup moi je ne trouve pas adapté* » (1)

Et même dans le cas de prescriptions identiques, les prescriptions en doublons étaient incriminées « *Les gens se retrouvent avec un stock de médicament* » (1) « *Quand il s'agit d'hypnotiques ou de benzodiazépines ou de choses comme ça, ça peut [...] alimenter une surconsommation de traitements* » (2)

Dans le cas particulier de la prise en charge de la toxicomanie, cela était d'autant plus identifié « *Avec les patients toxicos, c'est le problème des doubles prescriptions* » (8)

L'adaptation de l'ordonnance par le confrère pouvait être rendue plus difficile dans les moments de crise « *Ils ont du mal à nous joindre pour nous dire « j'ai cette patiente devant les yeux [...] qu'est-ce que je pourrais lui prescrire ? »* » (1)

Mais également en prise en charge de routine en raison d'informations lacunaires sur l'ordonnance habituelle « *C'est vrai que je peux passer à côté et que je peux ne pas transmettre des informations sur un certain nombre de traitements* » (6)

2) Litiges entre médecins

Le manque de communication pouvait être également reconnu comme pourvoyeur d'incompréhensions entre professionnels « *Je connais mon patient tellement bien que j'ai l'impression que mon collègue généraliste il en sait autant que moi* » (6)

Cela pouvait entraîner la persistance de doutes ou interrogations sur le diagnostic ou la conduite à tenir qui auraient pu être levés simplement « *Ils sont dans la demande parce qu'ils ne comprennent pas, c'est flou [...] ils n'ont pas de diagnostic et ils sont perdus* » (2)

Enfin, cela pouvait aller jusqu'à l'apparition de tensions entre les praticiens « *Il y a quand même des points litigieux avec des patients difficiles* » (8)

3) Discontinuités de prise en charge

Certaines informations importantes de l'anamnèse ou la biographie du patient pouvaient être oubliées « *Des fois, le médecin traitant a aussi des informations que notre patient ne nous dit pas* » (1)

La continuité de la prise en charge et le bon fonctionnement du relai pouvaient également être entravés « *Le généraliste prend des rendez-vous chez un psychiatre or le patient souvent ne viendra pas* » (4)

Les psychiatres étaient au fait des problèmes que peuvent engendrer un déficit dans la communication avec le médecin traitant de leur patient. Ces désagréments pouvaient être classés en trois catégories :

- le problème des prescriptions de traitement, dont la surconsommation pouvait être favorisée par des doublons, notamment chez les patients toxicomanes, et dont des difficultés d'adaptations pouvaient apparaître ou persister
- l'apparition d'incompréhensions sur la prise en charge du confrère, voire de mésententes
- des ruptures dans la transmission d'informations concernant le patient ainsi que du passage de relai chez le psychiatre.

III) Avantages d'une communication de qualité

Au-delà de la prévention des effets négatifs cités précédemment les psychiatres évoquaient les bénéfices qui pouvaient être attendus d'une amélioration de leurs communications avec les généralistes.

1) Cohérence dans la prise en charge globale

Les psychiatres pensaient que le fait de mieux communiquer avec les généralistes permettrait une amélioration de la cohérence de la prise en charge globale « *Il faut essayer d'être en coordination pour certains patients compliqués [...] Il faut demeurer dans une prise en charge globale* » (7) « *Faire les choses de façon cohérente autour du patient pour l'accompagner* » (10)

Cela éviterait la perte d'informations « *C'est important effectivement de pouvoir donner des informations au médecin généraliste [...] Si je prescris un hypnotique il faut qu'il soit au courant* » (1)

Et permettrait d'améliorer également les prises en charge somatique « *Une meilleure communication permettrait en tout cas pour les psychiatres de s'assurer que le patient ait les soins indispensables dans le cadre de son suivi somatique* » (10)

2) Intrications des symptômes physiques et psychiques

Cet aspect d'amélioration de la prise en charge globale est d'autant plus important en considérant l'aspect psychosomatique de certains troubles, ce qui était souligné par les psychiatres « *Il ne faut pas dissocier le corps et l'esprit* » (7) « *Beaucoup de patients psychotiques somatisent énormément donc il y a beaucoup de demandes de médecine générale alors que c'est souvent des somatisations* » (8)

3) Facilitation des démarches administratives

Il était relevé qu'un échange accru entre psychiatres et médecins généralistes permettraient de faciliter les démarches administratives qui incombent à chacun, concernant les modalités

« Tout ce qui va être autour de la prescription des arrêts de travail pour qu'il y ait une sorte de vision conjointe des durées *d'arrêt de travail à mettre en place ou qui les fait* » (2) « *Pour appuyer par exemple des dossiers MDPH, des congés de longue maladie* » (7)

Mais également concernant le contenu des demandes « *On est parfois face à des poly-handicaps, où les patients ont une pathologie psy et un handicap physique, où se pose la question du renouvellement d'AAH, on ne peut pas nous renseigner toutes les pathologies, car il y a des poly-pathologies* » (9)

4) Répartition des tâches

Les praticiens interrogés jugeait qu'une bonne coordination aidait à mieux se répartir ces tâches « *C'est une histoire de coordination si quelqu'un fait quelque-chose l'autre ne le fait pas en doublon* » (10)

Mais au-delà des tâches administratives, était retrouvée une notion plus large de partage des responsabilités « *C'est un secteur géographique, on est responsable d'une population et on partage cette responsabilité avec les médecins généralistes [...] On se partage la charge de travail au niveau de la prise en charge des patients* » (8)

5) Amélioration des compétences

Enfin, il était admis que le fait de communiquer plus régulièrement avec les autres spécialistes, permettait aux généralistes d'améliorer leurs pratiques « *Le fait de nous savoir disponibles les rend plus compétent et ils ont de moins en moins besoin de nous* » (4) « *Je pense que si le médecin traitant avait connaissance de certaines choses ça pourrait l'aider dans ses démarches au quotidien* » (7)

Cette amélioration des compétences se répercutant positivement sur la prise en charge du patient en psychothérapie « *Quand l'appel téléphonique se fait, ça établit vraiment un lien et ça permet vraiment de soutenir le patient et de faire un bon travail avec le patient* » (6)

Les bénéfices attendus d'une meilleure communication entre médecins généralistes et psychiatres n'étaient pas seulement une résolution des conséquences négatives citées précédemment, mais également une meilleure cohésion et cohérence des prises en charge, permettant une amélioration globale, c'est-à-dire du versant somatique également. Cela était considéré d'autant plus important que certaines affections présentées ont une part somatique et psychiatrique.

Une facilitation des nombreuses démarches administratives (demandes d'ALD, MDPH, ou encore arrêts de travaux) propres à chaque praticien était également évoquée, ainsi qu'une meilleure répartition des tâches.

Enfin, des échanges plus fréquents permettraient d'améliorer les pratiques des uns et des autres, le patient étant en finalité bénéficiaire de meilleurs résultats cliniques.

IV) Le téléphone

Parmi les médias de communication utilisés, le téléphone semblait occuper une place importante, cependant les psychiatres pouvaient avoir des habitudes très différentes d'un praticien à l'autre.

1) Disponibilité

Nous relevons que les avis quant à l'utilisation du téléphone étaient variés, la disponibilité téléphonique étant donc psychiatre-dépendante « *Par téléphone c'est toujours difficile parce que ce n'est pas forcément facile de les joindre ou de nous joindre* » (1) « *C'est mon mode de communication quasi exclusif* » (7) « *Sur mon secteur ils savent que quand ils ont besoin de me joindre, je suis assez dispo* » (8) « *On prend l'habitude de ne pas répondre au téléphone [...] ça fait des mois que j'ai pas utilisé le téléphone* » (11)

Malgré des difficultés, certains psychiatres déclaraient faire des efforts pour se rendre disponibles « *Mais quand c'est urgent ou quand on estime que vraiment il y a besoin on le prend* » (3) « *Quand j'ai une demande d'un médecin traitant de le rappeler j'essaye de le faire le plus rapidement possible* » (4)

Voire d'être à l'initiative de l'appel « *Quand il y a vraiment besoin évidemment j'appelle directement* » (10)

Les habitudes de fonctionnement pouvaient être différentes d'un médecin à l'autre « *Si les généralistes veulent me joindre, ils laissent un message et je les rappelle* » (5)

Nous retrouvons la notion que la disponibilité pouvait être liée au mode d'exercice « *Dans le cadre de mon activité hospitalière en semaine pour joindre les médecins c'est beaucoup plus simple* » (1)

2) Avantages

Certains psychiatres qui plébiscitaient ce moyen de communication le jugeait plus simple et rapide « *Moi je préférerais les avoir au téléphone parce que je trouve que c'est plus simple* » (1) « *Il n'y a jamais de problème avec le téléphone* » (8) « *C'est le plus simple et ça prend cinq minutes* » (3)

Un psychiatre sous-entendait que le contact téléphonique pouvait facilement créer du lien avec le patient et son médecin traitant « *ça établit après un lien de confiance qui fait qu'après vous avez souvent je dirais beaucoup plus de facilité pour suivre le même patient ou pour en suivre d'autres* » (6)

3) Difficultés

Les psychiatres plus réticents à l'utilisation du téléphone pouvaient l'expliquer par son côté chronophage « *C'est vrai que ça prend du temps* » (6) « *Si j'appelle entre 2 consultations mais ça me fait prendre du retard donc je finis avec une demi-heure de retard ma matinée* » (5)

La notion de difficultés liées aux emplois du temps différents ou à l'agenda des médecins avait été relevée plusieurs fois « *Le médecin en face il faut qu'il ne soit pas en visite [...] Quand on essaye de s'appeler avec un médecin généraliste ça peut prendre une semaine avant qu'on arrive à faire matcher nos agendas* » (5) « *C'est vrai que c'est compliqué aussi de téléphoner parce que vous n'avez pas les mêmes horaires, pas les même disponibilités* » (6) « *Les samedis en libéral c'est un petit peu plus compliqué pour les joindre* » (1)

Une autre difficulté exprimée était le fait que le flux des appels téléphoniques était trop important et comportait trop d'appels sans rapports avec les prises en charges médicales en cours « *Aujourd'hui depuis quelques années les psychiatres sont assez réticents à mettre en état de fonctionnement leur téléphone, de répondre au téléphone, parce qu'on est débordé de demandes* » (11) « *On a des appels [...] pas forcément des coups de téléphone utiles, comme serait utile un coup de téléphone d'un médecin généraliste qui évoquerait son inquiétude par rapport à un patient, mais... les panneaux photovoltaïques [...] ou alors des anciens patients qui ont besoin de discuter un petit peu* » (11)

4) Contenu/Sujets de conversation

Concernant le contenu des échanges téléphoniques, il pouvait s'agir de questions, demandes d'avis ou de priorisation de la part du généraliste « *Des questions ou des choses qu'ils ne comprennent pas ou voilà des choses qui les inquiètent [...] Voilà est-ce qu'il faudrait*

l'hospitaliser ? Est-ce qu'il faudrait changer quelque chose sur le traitement ? Est-ce que je pourrais le recevoir de façon un peu plus rapide ? » (3)

Les appels téléphoniques pouvaient pallier à un besoin de réponses rapides lors de situation difficiles « *Ce sont souvent des psychotiques et des psychotiques difficiles qui sont en rupture thérapeutique ou qui ont des demandes un peu bizarres où le généraliste ne sait pas trop comment faire » (8)*

Venant du psychiatre, il pouvait s'agir de demandes d'informations concernant l'état somatique, notamment lors de l'intrication avec les pathologies psychiatriques, comme pour les troubles du comportement alimentaire par exemple « *Je vais m'occuper plutôt du versant psychologique et pour la surveillance pondérale je délègue en général au médecin généraliste pour pas que mes entretiens soient constamment centrés sur le poids » (3)*

Ou encore une demande d'informations complémentaires « *Je peux téléphoner à son médecin traitant pour avoir des renseignements bien précis que je n'ai pas forcément de la part du patient » (8)*

Concernant la particularité du téléphone, il était expliqué qu'il pouvait servir à échanger des éléments difficilement exprimables à l'écrit, comme des impressions personnelles ou des informations sensibles « *Des médecins généralistes qui envoient en consultation puis qui ont certaines inquiétudes ou qui ont perçus certaines choses qu'il est difficile de noter dans un courrier par exemple » (4)*

Concernant les psychiatres hospitaliers, ceux-ci pouvaient être sollicités de façon plus directe pour les demandes d'hospitalisations « *ça peut être des demandes d'hospitalisation » (8)*

Concernant l'utilisation du téléphone, nous relevions un caractère médecin-dépendant avec des préférences et organisations diverses.

Certains psychiatres jugeaient ce média comme le plus simple, rapide et accessible quand d'autres soulevaient les difficultés liées aux emplois du temps respectifs des interlocuteurs.

Une difficulté liée à la notion de parasitage par des appels non liés à l'activité médicale en cours était notée.

Le contenu des échanges téléphoniques comprenait des demandes d'avis diagnostiques et thérapeutiques, des demandes d'informations complémentaires sur les patients ou encore de priorisation.

Les particularités du téléphone étaient la possibilité de transmissions de demandes urgentes en situations difficiles mais également d'éléments sensibles ou difficiles à exprimer à l'écrit, permis par l'échange de vive-voix.

V) Le courrier

Les échanges écrits entre médecins étaient rapportés comme l'autre manière principale d'échanger. Ils étaient de plusieurs natures en fonction du moment de la prise en charge, et pouvaient être dématérialisés par voie électronique. Les modalités de ces écrits étaient en partie encadrées par des règles. Enfin les psychiatres en énuméraient certains avantages et inconvénients.

1) Le courrier d'adressage

Lors de l'initiation d'une prise en charge en psychiatrie ambulatoire, les patients peuvent être adressés par leur médecin traitant. Celui-ci rédige alors un courrier d'adressage.

Ce courrier fait partie des règles établies du parcours de soin coordonné, il est nécessaire pour que le patient puisse obtenir un remboursement intégral du tarif Sécurité sociale de la consultation en libéral « *J'explique aux patients que si ils veulent être remboursés il faut une lettre de leur médecin traitant* » (6)

Cela pouvait être perçu comme une simple formalité administrative « *C'est purement formel et j'imagine que ça doit agacer aussi le médecin traitant d'avoir ce genre de lettre* » (6)

Cependant, les psychiatres interrogés pouvaient expliquer que ce courrier n'est pas réalisé systématiquement malgré l'accès libre à la spécialité réservé uniquement aux 16-25 ans « *La moitié du temps les médecins généralistes font un courrier pour adresser leur patient* » (2) « *On n'a pas toujours non plus de courrier du généraliste quand le patient vient en consultation* » (3)

Le contenu de ces courriers était décrit comme généralement bref « *Les généralistes expliquent brièvement le problème, les antécédents, éventuellement les traitements qu'ils ont déjà eux prescrits* » (1) « *En général les médecins généralistes ne font pas des courriers très longs* » (5)

Les psychiatres pouvaient ne pas avoir d'exigences spécifique à ce sujet « *Refaire toute l'histoire de la maladie ou redresser tout le tableau clinique ce n'est pas forcément utile dans le courrier du généraliste* » (2)

Mais la brièveté de l'écrit pouvait influencer l'émission d'une réponse du spécialiste « *« Je vous adresse pour suivi » : quand ils me mettent ça j'en déduis que ils n'ont pas forcément besoin de savoir ce qui se passe dans le suivi » (6)*

2) Les retours

Les spécialistes peuvent par la suite répondre au premier contact effectué par le médecin généraliste s'il a lieu, ou simplement prendre l'initiative d'informer le médecin traitant de l'avancée de la prise en charge du patient en commun.

Certains psychiatres reconnaissaient en premier lieu des lacunes de leur part concernant les réponses aux courriers du généraliste « *Les généralistes n'ont souvent pas de retour de notre part » (3) « Par courrier je communique assez peu, pas assez » (7)*

Ce retour écrit n'interviendrait pas forcément à la première consultation « *Je renvoie un courrier pour dire que j'ai reçu la patiente [...] mais généralement sur une première consultation je ne le fais pas » (1)*

Un courrier informant de l'état du suivi pouvait aussi être fait de façon ponctuelle en cours, ou encore à l'issue de celui-ci « *J'essaye la première consultation puis après de temps en temps ponctuellement dans le suivi de faire un retour courrier » (2) « En général je fais un courrier au bout de deux à trois consultations [...] avant trois consultations je n'écris pas car par expérience au bout de 3 consultations je sais qu'ils reviendront [...] j'envoie également un courrier en fin de suivi » (3)*

Une notion apparaissait qu'un courrier était écrit plus facilement lorsqu'il était une réponse au généraliste que systématiquement « *J'essaye, si jamais il m'envoie un courrier le médecin généraliste, de faire une réponse [...] Si on ne reçoit pas de courrier j'avoue que je ne fais pas systématiquement » (3) « Le patient vient avec le courrier de son médecin traitant et j'envoie un courrier en retour [...] Quand le patient vient de lui-même il n'y a pas tellement d'intérêt d'en parler au médecin traitant » (4)*

Et cela d'autant plus que la lettre d'origine était plus complète ou exprimait une sollicitation « *Si j'ai une lettre conséquente je vais avoir plus facilement tendance à répondre » (6) « Je*

vais tout de suite répondre par courrier s'il y a une sollicitation de la part du médecin traitant » (7)

Le moment choisi pour correspondre pouvait être en rapport avec un évènement spécifique dans la prise en charge « *J'essaye de le faire à chaque fois que j'initie un nouveau traitement ou que je change un traitement de fond [...] Si c'est un changement de benzodiazépine j'avoue que je ne fais pas le courrier » (1) « Au bout de trois consultations j'ai un diagnostic et un plan de traitement [...] J'envoie un courrier si je décide par exemple d'une hospitalisation » (3)*

La rédaction pouvait se faire préférentiellement pendant la consultation « *Je ne le fais pas en dehors de la consultation sinon j'ai un temps administratif énorme » (5)*

Le psychiatre pouvait prendre en compte l'avis du patient concernant la correspondance avec son médecin traitant « *Quand je fais un courrier je vais demander au patient si ça ne le dérange pas [...] Je le lis au patient et je lui remets dans une enveloppe que je ne ferme pas » (2) « J'envoie systématiquement pour la première consultation, sauf si le patient ne veut pas » (5)*

3) Avantages et limites

Les psychiatres énuméraient certains avantages et limites des échanges par courrier avec leurs confrères. Cela nous a permis d'explorer quelques pistes d'explications possibles aux freins à la communication.

Un des avantages spécifiques au courrier était la traçabilité permise, parfois nécessaire sur un plan administratif « *L'avantage d'écrire c'est qu'il y a quelque chose qui reste dans le dossier du patient [...] Si il a besoin de justifier sa prise en charge vis-à-vis d'un médecin conseil de la sécurité sociale » (6) « C'est toujours mieux que dans le dossier il y ait une trace écrite » (6)*

Concernant les limites, nous retrouvions notion qu'il n'était pas possible de bien rendre compte par écrit des avancées en matière de psychothérapie « *Je n'aime pas faire des comptes rendus parce-que ce qui se passe en séance c'est difficilement communicable par écrit » (8)*

Les psychiatres évoquaient le caractère chronophage de la rédaction « *On n'a simplement pas le temps de rédiger* » (10)

Mais également le délai de réception de la lettre, et sa potentielle perte « *Si il faut faire un courrier il faut le cacheter, aller le déposer à la poste, le temps qu'il arrive* » (5) « *Ils perdent souvent les courriers les médecins généralistes* » (10)

4) Contenu

Les psychiatres interrogés évoquaient également les caractéristiques du contenu des échanges écrits avec les généralistes, sans toutefois entrer dans les détails.

L'idée d'aller à l'essentiel dans la correspondance qu'ils rédigeaient ressortait « *La personne que vous m'avez adressée est bien venue [...] On met en place telle chose [...] Si je fais une modification de traitement je vais le noter [...] Ça reste quand même des choses très objectives* » (4) « *C'est vraiment des courriers succins [...] Je ne raconte pas toute la vie du patient* » (5)

Cette notion de brièveté était aussi parfois relevée concernant la globalité des lettres « *La plupart du temps les courriers des généralistes sont très courts* » (2) « *Les courriers du généraliste sont souvent succins ont n'a pas le ressenti du patient* » (3)

Mais cette brièveté n'était pas pour autant perçue comme problématique « *Refaire toute l'histoire de la maladie ou redresser tout le tableau clinique ce n'est pas forcément utile* » (2)

Le médecin généraliste pouvait également transmettre certaines questions par ce biais « *Les généralistes m'envoient un courrier en me demandant si ils ont une question en particulier* » (5)

Les psychiatres expliquaient par ailleurs transmettre des informations nécessaires pour aider le généraliste dans ses demandes médicosociales pour le patient « *Souvent pour appuyer par exemple des dossiers MDPH, des congés de longue maladie. Pour étayer un petit peu mon examen devant le médecin expert de la sécu* » (7) « *Il faut leur transmettre des éléments d'information pour qu'ils puissent compléter le protocole d'ALD* » (9)

Le patient pouvait exprimer la volonté de limiter le contenu du courrier « *Ils ne veulent pas que certains sujets soient abordés avec leur médecin généraliste par exemple autour de la sexualité ou autour de certains problèmes* » (3)

5) La messagerie sécurisée

Concernant les échanges écrits, les médecins parlaient de la voie dématérialisée, permise par les évolutions en matière de messagerie sécurisée, en voie de démocratisation.

L'utilisation de la messagerie sécurisée par les psychiatres était hétérogène, principalement liée à leur affinité à cet outil et à leur équipement « *J'utilise Apicrypt de temps en temps quand il y a des changements de traitement* » (5) « *Je ne suis pas très informatique* » (7)

Les avantages de son utilisation étaient évoqués : sa simplicité, son instantanéité, son confort « *Il y a tout ce qui est messagerie sécurisée quand même qui est beaucoup plus simple qu'avant* » (1) « *Maintenant on a des outils qui permettent une communication beaucoup plus facile et quasi instantanée* » (5)

Mais celle-ci présentait également des limites, notamment la nécessité d'uniformisation chez les confrères « *Tous les médecins ne l'ont pas* » (1) « *Je n'utilise pas trop la messagerie sécurisée mais j'ai un mail personnel* » (3) « *On a un moyen de communication extrêmement fort... Mais c'est la question de la pratique* » (11)

Les psychiatres interrogés décrivaient leurs échanges écrits avec leurs confrères généralistes, les courriers étaient soit manuscrits, soit électroniques.

Ils étaient au fait que la correspondance était régie par certaines règles, notamment concernant l'adressage, avec un courrier du médecin traitant nécessaire pour que le patient respecte le parcours de soin coordonné.

Le courrier d'adressage n'était pas décrit comme reçu systématiquement mais certains psychiatres admettaient aussi quelques lacunes de leur part en matière de correspondances.

Les échanges écrits étaient décrits comme brefs, ce qui ne semblait pas poser de problèmes, et allaient à l'essentiel, tout en comportant les informations nécessaires au médecin traitant pour traiter les demandes médicosociales du patient.

Le patient pouvait également demander au psychiatre de limiter les informations transmises.

L'utilisation de l'informatique était variable chez les psychiatres. Le courrier manuscrit et le courrier électronique avaient chacun des avantages et limites décrites : Le courrier manuscrit apportait une meilleure traçabilité mais était plus chronophage et avait un délai de réception.

Tandis que le courrier électronique bénéficiait de l'instantanéité mais avait une portée limitée aux praticiens coutumiers.

VI) La communication par l'intermédiaire du patient

Nous relevions que certains psychiatres faisaient confiance au patient pour transmettre certaines informations de façon indirecte, lorsqu'ils n'entraient pas en contact avec le généraliste. Cela semblait concerner des situations particulières.

- Les psychiatres pouvaient se fier au patient pour transmettre les informations sur les traitements en cours, par le biais de l'ordonnance « *J'estime que le patient peut lui-même montrer une copie de l'ordonnance que je fais* » (8)
- Cela était sous-tendu par le fait que le patient soit en capacité de bien connaître sa prise en charge « *Je pense qu'ils sont gênés des fois si le patient n'est pas en mesure de dire les traitements, si il y a eu des changements* » (1)

Dans certains cas, lorsque le psychiatre n'entrait pas en contact avec le généraliste, il disait se baser sur le patient pour transmettre indirectement des informations. Cela se limitait aux situations où le patient était en capacité de bien connaître son traitement ou de transmettre son ordonnance.

VII) Le choix du mode de communication

Au-delà des avantages et limites de chaque média évoqué précédemment, le choix du mode de communication pouvait être influencé par d'autres facteurs.

Les psychiatres évoquaient leurs expériences et préférences personnelles comme déterminants dans leurs choix « *Moi c'est plutôt dans le sens courrier de toutes façons* » (4) « *Je n'aime pas écrire je préfère le coup de téléphone* » (6) « *Je trouve l'appel plus intéressant et plus enrichissant que les lettres, les courriers* » (8)

Nous retrouvons la notion que ces choix et préférences pouvaient déterminer des aménagements des habitudes de travail et du cabinet du praticien « *Je suis informatisée, j'ai l'habitude de l'informatique et j'ai mis en place pas mal de choses pour mon confort [...] J'ai*

un logiciel qui permet de faire les courriers, il les fait tout seul [...] J'ai paramétré le truc sur MédiStory » (5)

Le choix du mode de communication utilisé par les psychiatres pour correspondre avec leurs confrères généralistes prenait en compte les avantages et inconvénients de chaque média. Ils avaient bien précisé que le contenu de l'information à transmettre pouvait orienter vers un mode écrit ou oral. Mais nous relevions également le poids des préférences personnelles et des habitudes, dont pouvait découler des aménagements dans la méthode de travail.

VIII) Freins à la communication

L'analyse des entretiens réalisés auprès des onze psychiatres a permis de faire ressortir un ensemble d'éléments d'explication quant au manque de communication avec les médecins généralistes. Les freins à cette communication identifiés ont été classés en différentes catégories.

1) Liés aux psychiatres

Nous relevions dans le discours des psychiatres qu'une partie des freins à la communication cités, étaient dus à eux-mêmes dont leurs pratiques, ou liés à la spécialité.

Formation/Habitudes

Plusieurs psychiatres évoquaient la force de l'habitude, sans pour autant les cautionner, comme explication au manque de communication « *Peut être qu'en psychiatrie on a moins l'habitude de communiquer [...] Des habitudes qu'il faudrait modifier* » (2) « *Je pense que*

c'est un peu trop tard pour les médecins comme moi qui sont en fin de carrière, on n'a pas l'habitude » (11)

Ces habitudes décrites ancrées de façon ancienne, voire traditionnelle, pourraient s'expliquer par une absence de cette notion lors de leur formation « *C'est connu que les psychiatres communiquent peu, ça c'est « culturel » [...] traditionnellement les psychiatres donnent peu d'informations sur ce qu'ils font, ce qu'ils pensent » (10) « Je ne pense pas que ce soit un manque de volonté je pense que c'est un manque d'habitude [...] Nous dans notre formation on ne nous apprend pas forcément à communiquer avec les médecins » (1)*

Difficultés logistiques (répondeurs, secrétariats)

Certaines habitudes de travail décrites concernant le téléphone pouvaient comporter le fait de ne pas être joignable de façon directe « *Beaucoup de confrères fonctionnent comme ça : le téléphone est sur répondeur et ils écoutent les messages en fin de journée » (1)*

Concernant les structures publiques des CMP, les difficultés rencontrées en gestion du personnel pouvaient retentir sur les secrétariats et secondairement sur les contacts avec les praticiens extérieurs « *La secrétaire est assez débordé ici [...] L'absence de courrier ça c'est pour ne pas surcharger la secrétaire » (8)*

Par ailleurs, ces permanences pouvaient ne pas être assurées en continu « *Au niveau du secrétariat, ce n'est pas toujours assuré » (9)*

Manque de temps

L'explication revenant en premier lieu chez les psychiatres regrettant un manque de communication avec les généralistes, était celle d'un manque de temps, en raison du caractère chronophage des échanges « *C'est toujours une problématique de temps [...] Surtout manque de temps ou temps qu'on ne prend pas » (2) « On a des agendas très chargés [...] Si on était dans un système avec une meilleure disponibilité il y aurait aussi plus de communication » (3)*

Ce manque de temps pourrait s'expliquer par une charge de travail jugée trop importante des praticiens « *Je suis tout le temps un peu dans l'urgence [...] Compte tenu que les cabinets sont envahis, les salles d'attentes sont pleines, on n'a pas forcément le temps de prendre le*

temps » (7) « *On est tous pris dans des rythmes un peu infernaux et qu'on est submergés [...]*
On est toujours dans l'urgence, dans l'immédiateté » (9)

2) Particularités de la psychiatrie

Les psychiatres expliquaient aussi que certaines spécificités de la spécialité influaient. La relation médecin-malade était décrite comme différente qu'en soins somatiques, le patient livrant des éléments intimes durant les psychothérapies, et les suivis pouvant être au long cours « *Une fois qu'on le suit pendant des mois et des mois on oublie le médecin généraliste* » (6) « *On a une difficulté nous en tant que psychiatre, de parler du patient, parce qu'on ne sait pas jusqu'où le patient parle à son généraliste [...]* *On ne sait pas ce qu'on peut dire au généraliste, et on ne sait pas ce que le généraliste en fait* » (11)

La durée importante des suivis pouvait également entraîner un faible turn-over des patients des psychiatres « *Lorsqu'on est un psychiatre comme moi, qui n'est pas loin de la retraite, on a une patientèle qui est assez figée, donc on a des échanges épisodiques avec les médecins généralistes* » (11)

La particularité de l'accès libre sous certaines conditions semblait influencer, le patient consultant de lui-même « *Il y a quelques-uns qui consultent d'eux-mêmes sans être adressés souvent les patients jeunes [...]* *C'est plus les patients de moins de 40 ans qui ne vont pas forcément toujours faire le parcours coordonné et qui vont consulter d'eux-mêmes* » (2) « *Le nombre de patients envoyés directement par leur généraliste ça ne me paraît pas une fraction importante des patients adressés en ambulatoire* » (9)

Parfois les patients entraient également en suivi par un intermédiaire différent du généraliste « *On a beaucoup de personnes qui viennent indiquées par les services sociaux de la ville [...]* *Un certain pourcentage sont envoyés par les urgences* » (8) « *Les patients adressés par leur généraliste, ce n'est pas forcément notre recrutement le plus fréquent au niveau des primo consultants au CMP [...]* *Souvent c'est aussi des gens au décours d'une première hospitalisation* » (9)

Absence d'informatisation

Certains psychiatres expliquaient ne pas être informatisés, ou ne pas être à l'aise avec l'outil, ce qui limitait les possibilités d'échanges « *Les psychiatres de la région c'est des gens généralement qui ne sont pas informatisés* » (1) « *Les psychiatres «un peu senior» comme moi on n'a pas l'habitude du DMP* » (11)

Démographie médicale et Saturation

La saturation des plannings de consultation, en raison du manque de psychiatres dans la région était évoquée « *Même quand on est dans un suivi régulier des fois on n'arrive pas à caser un patient en urgence* » (1)

Les difficultés d'accès aux soins concernant les délais de consultations semblaient également freiner les échanges avec le médecin adressant le patient « *On a de tels délais dans la prise en charge [...] Je comprends que le généraliste soit agacé face à nos délais [...] je n'ai pas de solution face à nos délais longs* » (3)

Le réseau de professionnels s'étiolant en raison de l'évolution de la démographie médicale était également cité « *Il y a des généralistes qui ont l'habitude de travailler avec moi aussi, mais il y en a de moins en moins parce qu'ils partent à la retraite* » (11)

Certains freins à la communication relevés dans le discours des psychiatres interrogés découlaient directement de leurs pratiques et habitudes de travail. Il pouvait s'agir de leurs propres difficultés logistiques de secrétariat ou l'absence d'accès au téléphone et à l'informatique durant les consultations.

Ces habitudes pouvaient aussi être liées à leur formation, l'action de faire le lien avec le généraliste du patient serait potentiellement peu évoquée durant l'internat.

Le caractère chronophage de l'échange était aussi cité, et le lien était fait avec la démographie médicale en déclin, qui occasionnait une surcharge de demande de soins et des délais d'attente importants.

Par ailleurs, certaines spécificités de la spécialité étaient mises en cause comme éléments explicatifs du manque de communication, comme le caractère de long cours de certains suivis ou l'accès libre à la spécialité, mais aussi du fait qu'une part non-négligeable des patients adressés ne l'était pas directement à l'initiative du médecin traitant.

3) Liés aux médecins généralistes

Certains freins à la communication vus selon les psychiatres étaient liés à leurs correspondants en médecine de ville.

Affinité avec la psychiatrie

Des psychiatres rapportaient la notion que l'affinité des généralistes avec leur discipline était variable « *Il y a des médecins qui sont on va dire qui ont une sensibilité par rapport au domaine de la maladie psychiatrique [...] Tout le monde n'est pas à l'aise avec la discipline* » (4)

Le manque d'attrait pour la psychiatrie pour certains d'eux pouvait entraîner une limitation des échanges de leur part « *Il y en a qui ne voient pas l'utilité véritable d'envoyer vers un psychiatre* » (11)

Déficit de la formation

La faible affinité pour la psychiatrie de certains généralistes pourrait être due à une formation variable, plus légère pour certains « *La psychiatrie est abordée ça reste quand même assez limité* » (7)

L'idée qu'une meilleure formation permettrait une meilleure adaptation des sollicitations était relevée « *Si ils étaient mieux formés et du coup plus à l'aise avec ce qui concerne le risque suicidaire ils auraient il y aurait peut-être moins ces demandes pressantes* » (4)

Méconnaissance des attentes

Du côté des psychiatres, le fait de ne pas connaître les attentes de leurs confrères en termes d'informations pouvait également être un frein « *C'est difficile de cerner exactement quelles sont les attentes des médecins généralistes* » (2)

Certains spécialistes pouvaient transmettre moins d'informations, pensant que cela ne pouvait pas être utile aux généralistes « *Je ne sais pas toujours ce qui serait utile pour eux [...] Je ne connais pas toujours les attentes effectivement des médecins généralistes* » (6)

Démographie médicale et Saturation

Certains psychiatres citaient également la problématique de la démographie médicale comme limitante du côté de leurs confrères généralistes « *Des généralistes il y en a beaucoup qui sont partis en retraite* » (8)

Selon eux, le manque de praticiens touchant aussi la médecine générale pouvait occasionner une saturation des cabinets, et donc un manque de temps des deux côtés « *Il y a une saturation aussi des cabinets de médecine générale [...] Les généralistes sont autant en difficulté pour prendre le temps d'appeler le psy* » (9) « *Mon mari est généraliste je sais qu'ils n'ont pas trop le temps* » (5)

Les psychiatres parlaient également de freins à la communication émanant de leurs confrères généralistes. Selon eux, leur affinité avec la discipline étant variable, ceux n'ayant pas un attrait prononcé pour celle-ci étaient moins enclins à échanger. Cela pouvait avoir pour origine une formation trop succincte dans cette spécialité.

Les psychiatres expliquaient aussi parfois être limités par le fait de ne pas connaître les attentes des généralistes en termes de fréquence et contenu d'information.

Enfin, nous retrouvions chez les spécialistes la notion que les difficultés liées à la démographie médicale et la saturation des cabinets était également présente chez leurs confrères, et occasionnait un manque de temps.

4) Liés aux patients

Les psychiatres interrogés pouvaient aussi exprimer des freins ayant pour origine leurs patients dans leurs communications avec leurs confrères. En effet, ces derniers pouvaient avoir des attitudes et demandes qu'ils n'ont pas avec d'autres praticiens.

Particularités de la démarche de soins en santé mentale

Nous recueillions la notion que la demande de soins en psychiatrie libérale devait venir du patient et pas de son médecin traitant sous peine de ne pas aboutir « *Dans trois quarts des cas de rendez-vous pris par le médecin traitant le patient ne vient pas* » (4)

La possibilité d'accès direct à la consultation psychiatrique, comme déjà évoquée comme frein, pouvait également accentuer cette tendance « *J'ai quand même beaucoup de patients qui viennent me voir spontanément* » (6)

Lorsque cette demande de soin était présente, le patient exprimait plus ou moins explicitement un besoin de confidentialité « *Les gens vont nous parler d'abus, de choses qui parfois sont un peu traumatiques, ils n'ont pas forcément envie que tout le monde soit au courant même leur médecin généraliste* » (1) « *Des fois y a aussi une forme de réserve ou de honte de certains patients* » (4) « *Il y a des choses qu'il pourra me dire à moi mais qu'il ne dira jamais à son médecin généraliste* » (6)

Particularités du diagnostic psychiatrique

Le diagnostic suspecté chez le patient pouvait également pousser le praticien à attendre avant de communiquer « *Il y a des choses qui ne sont pas simples, comme l'émergence des syndromes psychotiques chez un jeune, où la crainte d'émergence de syndrome psychotique, donc est-ce qu'on en parle où est-ce qu'on attend d'être sûr ?* » (11)

A ce moment, la notion de secret médical partagé était questionnée en raison de la possible position de médecin de famille du confrère « *On est pris entre le secret médical et le secret médical partagé* » (7) « *Je crains que si j'utilise le mot « schizophrénie », le généraliste va*

l'ancrer, va en parler aux parents à la famille, je ne suis pas sûr du maintien du secret médical du généraliste dans ses relations avec les proches du patient » (11)

Le refus du patient

Les psychiatres expliquaient parfois se trouver devant le refus explicite du patient quant à la transmission d'information à leur médecin généraliste « *Il y a certains des anciens maîtres qui peuvent dire « Moi je ne communique pas avec les médecins généralistes parce que le patient l'a demandé » » (1) « C'est déjà arrivé mais c'est rare qu'un patient refuse que je communique avec son médecin traitant » (2)*

Ce refus pouvait être sous-tendu par le besoin de confidentialité cité précédemment mais aussi le désaccord avec le diagnostic posé par le médecin « *Des patients qui ne sont pas d'accord avec leur diagnostic et qui comme eux-mêmes ne sont pas d'accord avec leur diagnostic ils ne veulent pas qu'on en fasse part à leur médecin » (4)*

La démarche de la demande de soin du patient en psychiatrie libérale était considérée comme différente de celle pour des soins somatiques. En effet, les psychiatres décrivaient des attentes particulières qui en découlaient, comprenant une demande de confidentialité. Le psychiatre pouvait alors avoir tendance à brider et différer ses communications avec le généraliste, d'une part parce que les limites du secret partagé étaient difficiles à cerner, d'autre part car le diagnostic de maladie psychiatrique pouvait prendre un certain temps à être posé.

Le patient pouvait également être un frein à la communication de façon directe en exprimant clairement la volonté que son généraliste ne soit pas informé. Cela pouvait s'expliquer par le besoin de confidentialité vu précédemment, en lien avec la position de médecin de famille que le praticien correspondant pouvait avoir, mais aussi par un désaccord avec le diagnostic posé par le psychiatre.

La réticence du patient à la communication entre un médecin spécialiste et son médecin traitant a pu déjà être documentée pour des spécialités autres qu'en psychiatrie. Par exemple pour la question du VIH [12], le patient peut représenter un frein à l'implication du

généraliste, par manque de confiance en la compétence de ce dernier concernant la maladie et crainte de stigmatisation familiale. Cette question de la stigmatisation pourrait-être un des dénominateurs communs à ce frein en psychiatrie, tandis que la répartition claire des tâches de chaque spécialiste semble pouvoir l'atténuer.

L'analyse du discours des psychiatres a permis d'identifier les freins dans leurs communications avec les médecins généralistes. Ces freins ont pu être classés en différentes catégories, certains avaient pour origine le psychiatre, d'autres leurs correspondants médecins généralistes, mais nous pouvions à plusieurs moments faire un parallèle entre ces éléments puisqu'ils pouvaient trouver une origine dans le parcours de formation, l'organisation logistique et la démographie médicale.

D'autres freins avaient pour origine des spécificités de la psychiatrie à plusieurs niveaux, mais aussi le patient lui-même et sa démarche.

L'identification de ces freins permettait de réfléchir à des pistes pour l'amélioration de la communication entre les professionnels.

IX) Propositions d'axes d'améliorations

Après s'être attelé à identifier les freins à la communication entre médecins psychiatres et généralistes, les entretiens passés ont permis également d'interroger sur des axes d'amélioration envisageables.

1) Connaître les attentes du médecin généraliste

Certains psychiatres expliquaient ne pas connaître les attentes de leurs confrères en termes d'informations, les préciser était perçu comme nécessaire « *Il faudrait savoir ce que le médecin généraliste attend comme information* » (1)

Au-delà des attentes en informations sur le patient, les psychiatres pouvaient aussi avoir besoin de connaître les difficultés rencontrées par les généralistes « *A lui aussi de pouvoir dire quand il est en difficulté de pouvoir nous solliciter* » (1)

2) Développer les réseaux locaux

Une notion récurrente était celle de la rupture de l'isolement « *Sortir la psychiatrie d'un certain isolement [...] C'est vrai que c'est aussi à nous de nous ouvrir sur les choses* » (2)

La création ou l'élargissement du réseau professionnel local était perçue comme importante « *Je pense que ce qui est important c'est qu'il y ait une rencontre* » (6)

Cela pourrait passer par des rencontres physiques régulières par le biais de groupes de travail « *Des petites rencontres de temps en temps ça peut être pas mal* » (8) « *Il y a peut-être moyen dans le même ordre d'idée de faire un groupe de communication local avec des thèmes* » (11)

3) Se réorganiser/Dégager du temps

L'idée de réorganiser les méthodes de travail était citée « *Trouver des solutions pour prendre le temps* » (1)

Cela pouvait passer par la mise en place de plages dédiées à la communication aux confrères dans l'emploi du temps « *On devrait peut-être faire des points un peu plus régulièrement [...] Prendre plus le temps de communiquer de faire des courriers [...] Soit une demi-heure par jour soit une ou deux heures chaque semaine pour rédiger des courriers et pour essayer de communiquer* » (2)

Cependant cette idée d'initiative concernait individuellement les psychiatres interrogés « *C'est une question de priorité, de hiérarchie, de valeur et d'importance* » (8)

4) Systématiser

Une réorganisation et clarification pouvait aussi être envisagée collectivement « *On pourrait systématiser certaines choses* » (8)

Cela pourrait consister en la définition d'un terrain d'entente entre médecins « *Se mettre d'accord déjà sur qui prescrit quoi [...] Se mettre d'accord dès le début sur qui fait quoi, sur comment on communique* » (1)

Cette systématisation pourrait aussi concerner le contenu des courriers d'adressage et leur réponse « *Mettre un peu les antécédents ou les traitements déjà essayés* » (2) « *Voilà qu'il y ait une sorte de règle comme ça de fonctionnement* » (11)

5) Formations

L'idée de proposer des formations à la communication était évoquée « *Je pense que ce genre de formation ça peut aider [...] Dans la communication au sens large* » (4)

Ou encore la formation complémentaire des médecins généralistes sur des notions de psychiatrie « *Des angoissés des dépressifs il y en a [...] Ça mériterait quand même une formation [...] déjà sur les psychotropes* » (8)

6) Développer des outils

Les psychiatres semblaient miser de façon importante sur le développement d'outils informatiques comme moyen d'amélioration de la communication, surtout en rapidité « *L'informatisation permet d'aller beaucoup plus vite* » (5) « *Peut-être une amélioration au niveau de l'outil informatique au niveau des formulaires [...] Avoir des éléments, des courriers types pour que ça facilite le travail* » (9)

Ils parlaient parfois de démocratisation d'éléments déjà existants, comme le dossier médical partagé « *Le dossier médical partagé avec la carte vitale ça pourrait être bien [...] permet des échanges d'information facilement* » (1) « *ça serait le dossier médical partagé, de savoir facilement quel traitement prend un patient* » (11)

Et aussi l'utilisation par un plus grand nombre de praticiens de messageries électroniques sécurisées « *Il faudrait que tout le monde s'équipe [...] Avec le système des messageries sécurisées il y a peut-être des choses qui pourraient mieux se faire plus rapidement* » (1) « *Messagerie dans lesquelles on peut échanger par mail en se basant sur le répertoire des*

professionnels de santé » (2) « Mon idée ce serait de laisser après chaque prise en charge un message Apicrypt » (7)

Enfin, nous retrouvons encore l'idée de développement du réseau professionnel local, passant par le biais de l'informatisation « *On avait pensé créer une espèce de réseau ou de plateforme d'adressage [...] en fonction des spécificités de chacun [...] en fonction des délais et de la demande on pourrait voir qui a des disponibilités » (3) « Pourquoi il n'y aurait pas, par exemple, un groupe WhatsApp des médecins, un groupe fermé de médecins sur [Ville] » (11)*

L'analyse des entretiens menés auprès des psychiatres a permis d'identifier et classer les freins à leurs communications avec leurs confrères généralistes, après en avoir précisé les moyens.

Ils avaient également été interrogés sur leurs idées pour l'amélioration des échanges. Leurs propositions comportaient une meilleure connaissance des attentes de leurs confrères, une réorganisation de leurs méthodes et habitudes de travail, individuellement mais aussi en concertation avec leurs correspondants. Ils avaient insisté sur l'importance du réseau professionnel local et du développement de celui-ci par des rencontres régulières. Les bénéfices d'éventuelles formations étaient cités.

L'informatisation avait été beaucoup citée à plusieurs niveaux, d'une part par une éventuelle démocratisation et harmonisation de son utilisation, avec les logiciels existants et messageries sécurisées, d'autre part en s'appuyant sur la création de groupes locaux pour la communication électronique.

5. Conclusion

Le but de notre étude était d'énumérer et d'identifier jusqu'à saturation les différents freins à la communication entre médecins généralistes et psychiatres, ainsi que leurs attentes à travers le discours des professionnels concernés sur le terrain. Cela a été réalisé à la suite de l'analyse des entretiens, avec un regard croisé par des auteurs médecins généralistes et psychiatres.

Certains avis étaient communs aux deux spécialités. Par exemple, il était mis en évidence que les relations entre confrères généralistes et psychiatres étaient de bonne qualité lorsqu'elles étaient établies. Le principal point déploré par certains médecins généralistes était justement que celles-ci sont beaucoup trop rares, avec notamment un point noir sur les réponses aux courriers d'adressage, nécessaires pour le respect du parcours de soin.

Les médecins interrogés ont pu souligner le fait qu'une mauvaise communication pouvait être pourvoyeuse de préjugés mais également d'autres problèmes, en accord avec ce qui avait été identifié dans des études antérieures [3]. Ils pouvaient citer les doublons de prescriptions, des litiges ou mésententes entre confrères, et bien sûr un défaut d'information, particulièrement dommageable lors de relais de prises en charge.

Les freins à la communication que nous avons identifiés étaient de plusieurs natures et pouvaient dépendre du psychiatre, du médecin généraliste mais également du patient. Certains étaient liés à des spécificités de la psychiatrie comme le caractère chronique de certains suivis.

Les médecins interrogés étaient nombreux à évoquer le caractère chronophage de la communication, et le manque de temps était accentué par une démographie médicale en souffrance [13]. Parfois, l'absence complète d'échanges entre médecins pouvait enkyster la situation et faire abandonner l'idée de nouvelles tentatives.

Il pourrait être intéressant de comparer ces résultats avec ceux d'entretiens réalisés avec des médecins d'autres régions, aux caractéristiques de démographie médicale différentes.

Les avis communs aux deux spécialités constataient aussi que leur réseau professionnel médecin généraliste-psychiatre était peu développé. Cela s'expliquait par le faible nombre de connaissances personnelles entre les médecins, potentiellement dû à un contact moins fréquent qu'avec les autres spécialités au moment des études.

Les freins qui concernaient le généraliste pouvaient être un manque d'attrait pour la spécialité et des lacunes dans la formation à la discipline, ceux concernant le psychiatre pouvaient être une organisation et des habitudes de travail n'incluant pas un temps consacré aux courriers. Cela pouvait être ancré de façon « culturelle », car non-transmis durant le cursus.

Enfin, certains freins concernaient le patient. Celui-ci pouvait exprimer des réticences à la communication entre médecins, pouvait ne pas être prêt à entendre certains diagnostics, ou encore être en demande de confidentialité par rapport à son médecin de famille. Cela pouvait avoir aussi un rapport avec les particularités de la psychiatrie, par la stigmatisation de la maladie psychique toujours d'actualité.

L'identification des causes du manque de communication a permis de proposer des axes d'amélioration en réponse à celles-ci.

En premier lieu, la systématisation des échanges selon les recommandations déjà existantes serait à appliquer. Leur bonne diffusion en serait une étape importante, cela permettrait de connaître les attentes des confrères de chaque bord.

Le téléphone avait un intérêt pour les demandes urgentes et la priorisation, mais la disparité des pratiques et des habitudes de travail rendent l'harmonisation de son utilisation peu envisageable. En revanche, la démocratisation des outils de communication électronique serait à poursuivre et à développer.

La formation, à différentes étapes du cursus et continue pouvait être également citée, afin d'ancrer les bonnes pratiques de façon réflexe dans les habitudes des praticiens.

Enfin, au-delà de l'aspect formatif, le développement des réseaux professionnels locaux [14], en partie par les connaissances personnelles pourrait être un facteur favorisant important par des rencontres entre professionnels à des occasions variées. En effet, nous avons constaté dans la littérature et durant les entretiens réalisés que le carnet d'adressage des praticiens et leur propension à communiquer sont fortement influencés par leur connaissance personnelles et la confiance en l'interlocuteur [15].

En ce sens, les occasions de rencontres entre généralistes et psychiatres d'un même secteur devraient être organisées ou favorisées. Des formations communes entre internes en médecine générale et en psychiatrie pourraient être envisagées.

6. Bibliographie hors Article

1. Joly B. Chapitre 1. Présentation de la communication. Le point sur. Marketing. 2009;7-10.
2. Wolton D. La communication, un enjeu scientifique et politique majeur du XXIe siècle. L'Annee sociologique. 2001;Vol.51(2):309-26.
3. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? L'information psychiatrique. 12 juin 2014;Volume 90(5):359-71.
4. Levrard, Véronique. Le secret médical et la révélation d'information à caractère secret [Internet]. Village de la Justice. 2010 [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.village-justice.com/articles/secret-medical-revelation,9133.html>
5. Ecrement D. Secret médical partagé, secret social partagé : une possibilité ou une obligation ? Vie sociale. 2007;N° 3(3):123-45.
6. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration
7. Ministère de la santé et des sports. PARCOURS DE SOINS COORDONNES.
8. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. 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. 1 déc 2009;35(6):560-9.
9. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. L'information psychiatrique. 12 juin 2014;Volume 90(5):319-22.
10. 2e cycle | medecine.univ-lorraine.fr [Internet]. [cité 11 déc 2019]. Disponible sur: <http://medecine.univ-lorraine.fr/fr/formations-initiales/2e-cycle/fr>
11. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 févr 2008;166(1):63-70.

12. Belche J-L, Kang T, Ketterer F, Berrewaerts M-A, Moutschen M, Giet D. L'infection par le VIH : une maladie chronique redéfinissant la collaboration entre généralistes et spécialistes. Obstacles et opportunités. Sante Publique. 24 août 2015;Vol. 27(3):373-81.
13. État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est. 2017 avr. (Ressources humaines en santé). Report No.: 7.
14. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Etudes et résultats. Août 2008;(649):8.
15. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. Pratiques et Organisation des Soins. 2010;Vol. 41(4):331-9.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

La communication entre les médecins généralistes et les psychiatres est réputée pour être insuffisante selon des études antérieures. Cependant la littérature disponible ne permet pas d'en identifier les raisons.

Les auteurs ont donc réalisé cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le but d'identifier des éléments expliquant les causes de ce manque de communication, selon les acteurs interrogés sur le terrain, ainsi que des propositions de moyens d'améliorations.

Onze psychiatres et treize médecins généralistes ont ainsi été interrogés. Les entretiens enregistrés ont été retranscrits et analysée de façon croisée par les enquêteurs et auteurs.

Ce travail a permis la rédaction d'un article original intitulé : *Freins et attentes d'une bonne communication entre généralistes, psychiatres libéraux et centres médico-psychologiques*, qui a été soumis à la revue Santé Publique, proposé à la rubrique « Pratiques et organisation des soins ». Ainsi, informer et proposer des pistes d'améliorations sur ces communications entre spécialités pourrait permettre de faire progresser les pratiques.

TITRE EN ANGLAIS :

Restraints and expectations of a good communication between general practitioners, liberal psychiatrists and medico psychological centers.

THÈSE : Médecine Spécialisée – Psychiatrie – Médecine Générale – Année 2020

MOTS CLEFS : Communication interdisciplinaire – Enquêtes sur les soins de santé – Soins ambulatoires – Établissements de soins ambulatoires

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex