



## 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-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1  
2011

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY  
N°3641

## **THÈSE**

Pour obtenir le grade de

### **DOCTEUR EN MÉDECINE**

*Présentée et soutenue publiquement*

*dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale*

Par

**Stéphanie RIBAUD**

Le 27 Juin 2011

## **COLLABORATION ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES PSYCHIATRES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION**

**OPINIONS DE MEDECINS GENERALISTES AU TRAVERS D'UNE  
ENQUETE QUALITATIVE**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Daniel SIBERTIN BLANC  
M. le Professeur François KOHLER  
M. le Professeur Marc KLEIN  
M. le Docteur Pascal BOUCHE  
M. le Docteur Erwan LE DUIGOU

Président  
Juge  
Juge  
Juge et directeur  
Juge



## **THÈSE**

Pour obtenir le grade de

### **DOCTEUR EN MÉDECINE**

*Présentée et soutenue publiquement*

*dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale*

Par

**Stéphanie RIBAUD**

Le 27 Juin 2011

## **COLLABORATION ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES PSYCHIATRES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION**

**OPINIONS DE MEDECINS GENERALISTES AU TRAVERS D'UNE  
ENQUETE QUALITATIVE**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Daniel SIBERTIN BLANC  
M. le Professeur Marc KLEIN  
M. le Professeur François KOHLER  
M. le Docteur Pascal BOUCHE  
M. le Docteur Erwan LE DUIGOU

Président  
Juge  
Juge  
Juge et directeur  
Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

-----  
**Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE**

**Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD**

**Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ**

**Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN**

**Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT**

Asseseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 <sup>er</sup> Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NEMOS
- 2 <sup>ème</sup> Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 <sup>ème</sup> Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jacques BORRELLY  
Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS  
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH  
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ  
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT  
Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU  
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL Jean PREVOT  
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT

Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT Augusta TREHEUX Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF  
Michel WEBER

---

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)**

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)**

Professeur Bernard FOLIGUET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)**

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)**

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

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)**

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

-----

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)**

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)**

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie Cellulaire*)**

Professeur Ali DALLOUL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)**

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)**

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine et santé au travail*)**

Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)**

Professeur Henry COUDANE

4<sup>ème</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)  
Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUSSON

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI  
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY  
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3<sup>ème</sup> sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ  
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT  
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3<sup>ème</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4<sup>ème</sup> sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSI-  
GNOL

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,  
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI  
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE  
Professeur Thierry CIVIT

3<sup>ème</sup> sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4<sup>ème</sup> sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

-----

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3<sup>ème</sup> sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**  
Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

-----

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

-----

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie digestive)**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

-----

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

-----

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**



Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ  
3<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)  
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

---

---

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

64<sup>ème</sup> Section : **BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**  
Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

---

---

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS**

42<sup>ème</sup> Section : **MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**  
1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ  
2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)  
Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER  
3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)  
Docteur Aude BRESSENOT

-----  
43<sup>ème</sup> Section : **BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**  
1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER  
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE  
2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)  
Docteur Damien MANDRY

-----  
44<sup>ème</sup> Section : **BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRI-  
TION**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)  
Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT  
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND  
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA  
3<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie Cellulaire*)  
Docteur Véronique DECOT-MAILLERET  
4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)  
Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45<sup>ème</sup> Section : **MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)  
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD  
2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)  
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

-----  
46<sup>ème</sup> Section : **SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)  
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT  
3<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)  
Docteur Laurent MARTRILLE  
4<sup>ère</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)  
Docteur Nicolas JAY

-----  
**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)**

Docteur Lina BOLOTINE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET  
-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER  
-----

**50<sup>ème</sup> Section : RHUMATOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Docteur Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénérologie)**

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN  
-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**3<sup>ème</sup> sous-section :**

Docteur Olivier MOREL

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER  
=====

**MAITRES DE CONFERENCES**

**5<sup>ème</sup> section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER  
-----

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN  
-----

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND  
-----

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA  
-----

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY  
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA  
Madame Nathalie MERCIER

-----  
**66<sup>ème</sup> section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

-----  
**67<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**

Madame Nadine MUSSE

=====  
**PROFESSEURS ASSOCIES**

**Médecine Générale**

Professeur associé Alain AUBREGE

Professeur associé Francis RAPHAEL

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

**Médecine Générale**

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

=====  
**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOU-  
LANGÉ Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GIL-  
GENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD

Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND – Professeur Michel  
STRICKER Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur

Colette VIDAILHET

Professeur Michel VIDAILHET

=====  
**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Norman SHUMWAY (1972)  
*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*  
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)  
*Université Catholique, Louvain (Belgique)*  
Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*  
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)  
*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*  
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Harry J. BUNCKE (1989)  
*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*  
Professeur Daniel G. BICHET (2001)  
*Université de Montréal (Canada)*  
Professeur Brian BURCHELL (2007)  
*Université de Dundee (Royaume Uni)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur James STEICHEN (1997)  
*Université d'Indianapolis (U.S.A)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des  
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)  
*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

# Remerciements

---

**A notre Maître et président de Thèse**

**Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC**

*Professeur de Pédiopsychiatrie*

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse

Pour l'intérêt porté à notre sujet

Pour votre disponibilité

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance

## **A Nos Maîtres et Juges**

**Monsieur le Professeur François KOHLER**

*Professeur de Biostatistique et informatique médicale (option biologique)*

Vous avez accepté volontiers de participer à notre jury de thèse

Nous vous remercions pour votre disponibilité

Recevez ici toute notre reconnaissance

**Monsieur le Professeur Marc Klein**

*Professeur d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques*

Vous nous faites l'honneur de votre présence dans le jury de cette thèse.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et votre intérêt pour notre travail

Nous gardons un excellent souvenir de votre enseignement de sémiologie

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

**Monsieur le Docteur Pascal Bouché**

*Médecin généraliste à Dombasle, attaché d'enseignement au département de médecine générale*

Pour votre aide à la réalisation de ce travail

Pour votre accompagnement et votre disponibilité

Pour votre confiance dans ce sujet, votre relecture attentive et vos conseils toujours avisés

**Monsieur Le Docteur Erwan Le Duigou**

*Psychiatre, Praticien Hospitalier à l'Unité de Psychologie Médicale à Lunéville*

Pour avoir spontanément et très aimablement accepté de participer à notre jury

Pour la confiance que tu m'as accordée pour exercer en psychiatrie

Pour les connaissances et l'expérience précieuse acquises à tes côtés

**A Emmanuel, mon compagnon,**  
Pour ton soutien et ta patience,  
Pour ton amour,  
Pour le bonheur de bientôt vivre à tes côtés.

**A mes parents**  
Pour votre soutien  
Pour votre accompagnement tout au long de mes études,  
Pour m'avoir fait confiance et laissée choisir ma voie.

**A mon frère**  
Pour ton appui précieux et tes encouragements,  
Pour ta bienveillance de grand frère.

**A Myriam, ma belle sœur,**  
Pour ta joie de vivre et ton hospitalité,

**A Thomas,**  
Pour te voir grandir et réaliser tes rêves

**A ma cousine Béatrice,**  
Pour tes encouragements et ta force que j'admire  
**Et ta petite Excellence**  
Pour ta volonté et ton courage.

**A mon grand père,**  
Pour n'avoir pas douté qu'un jour je devienne « toubib »

**A Virginie,**  
Pour cette profonde amitié qui nous unit,  
Pour ta présence et ton soutien en toutes circonstances

**A Delphine,**  
Pour ton regard bienveillant et ta sagesse,  
Pour tous nos bons moments partagés depuis nos débuts à la fac

**A Céline,**  
Pour cette belle complicité  
Qui s'est poursuivie malgré les distances

**A Etienne,**  
Pour ta sympathie  
Pour nos supers souvenirs de vacances

**A tous les amis de ma vie nancéenne: Zakia, Xavier, Gregory, Aline, Pierre, Nico...**

**Et les amis Vosgiens ou exilés : Adeline, guillaume, Greg et Jeff**

**A mes maitres de stage de médecine générale, aux praticiens hospitaliers et aux équipes infirmières rencontrés lors de mes stages d'internat, je vous dois beaucoup**

**Aux médecins vosgiens que je remplace régulièrement pour votre accueil, votre soutien et le plaisir de travailler dans votre équipe !**

**Et aussi aux médecins généralistes qui m'ont aimablement reçue et contribué à ce travail.**



## SERMENT

*"Au 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".*

# Table des matières

---

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>11</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>17</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>20</b>
<i>I. Les Episodes dépressifs : constats actuels</i>	<i>22</i>
1. Une prévalence élevée en population générale	22
2. Une pathologie complexe	23
<i>II. La prise en charge de la dépression</i>	<i>26</i>
1. Rôle central du médecin généraliste	26
2. Les psychiatres et les structures psychiatriques	29
<i>III. La collaboration avec les psychiatres dans le domaine de la dépression</i>	<i>31</i>
1. Le recours spécialisé	31
2. Relation médecin généraliste / psychiatre	34
<b>METHODE</b>	<b>37</b>
<i>I. La méthode</i>	<i>38</i>
1. Le choix de la méthode :	38
2. La méthode appliquée à notre étude :	38
<i>II. La population étudiée</i>	<i>41</i>
1. Choix des médecins	41
2. Contact	41
<i>III. Les entretiens</i>	<i>43</i>
1. Le contexte	43

2. La transcription.....	43
3. L'analyse .....	43

## **RESULTATS ET ANALYSE** **44**

<b><i>I. Opinions sur leur pratique .....</i></b>	<b>45</b>
1. Formation et intérêt pour la psychiatrie.....	45
2. Fréquence de prise en charge de la dépression.....	46
3. Types de dépression .....	48
4. Degré de sévérité .....	50
<b><i>II. Modalités de recours vers les psychiatres et structures psychiatriques .....</i></b>	<b>53</b>
1. Motifs et facteurs influençant ce recours.....	53
2. Le choix des correspondants et leur accessibilité.....	64
3. Les attentes des médecins traitants.....	72
<b><i>III. La collaboration entre médecins généralistes et psychiatres .....</i></b>	<b>77</b>
1. Besoin de collaboration .....	77
2. La communication .....	78
3. Les types de collaboration .....	86
4. Les relations entre médecins généralistes et psychiatres.....	92
5. Des pistes d'amélioration .....	99

## **DISCUSSION** **101**

<b><i>I. Forces et faiblesses de l'étude .....</i></b>	<b>102</b>
1. Le choix de la méthode.....	102
2. Le nombre de médecins interrogés .....	102
3. Le point de vue des psychiatres n'a pas été étudié .....	103
4. La question de la subjectivité .....	103
<b><i>II. Intérêt de l'étude .....</i></b>	<b>104</b>
1. Les difficultés du recours psychiatrique.....	104
2. Une collaboration compliquée.....	106
<b><i>III. Des pistes à étudier .....</i></b>	<b>111</b>

1. Des solutions pour améliorer cette collaboration : ..... 111
2. Réflexion sur de nouveaux modèles de collaboration : ..... 112
3. Des alternatives possibles ? ..... 116

**CONCLUSION 117**

**ABREVIATIONS 120**

**BIBLIOGRAPHIE 121**

**ANNEXES 127**

**ANNEXE N°1 : CRITERES DIAGNOSTIQUES D'UN EPISODE DEPRESSIF  
CARACTERISE (DSM IV - TR) 128**

**ANNEXE N°2 :TARIFS DES CONSULTATIONS PSYCHIATRIQUES(SOURCE AMELI)  
130**

**ANNEXE N°3 : DENSITE DES MEDECINS PSYCHIATRES EN ACTIVITE REGULIERE  
(SOURCE ATLAS CNOM 2010) 132**

# Introduction

---

Riche d'une expérience en psychiatrie de plus d'un an à la fin de mon internat de médecine générale, j'ai découvert cette spécialité, loin des a priori, avec un regard différent, celui du médecin généraliste.

Je fus frappée par les barrières existant entre ces deux spécialités et aussi par la représentation faussée et peu valorisée que pouvaient en avoir mes collègues généralistes.

Cette vision est souvent relayée au cours de nos études médicales, surtout à l'hôpital où les patients souffrant de troubles mentaux sont réduits à une étiquette péjorative et réductrice, ils sont « psy ».

D'un côté, les médecins somaticiens soignant de « vraies » maladies et de l'autre, les « psy ».

Ce terme englobe et rejette dans une même logique les malades, comme les professionnels et les institutions.

Pourtant le médecin généraliste est l'*omnipraticien*, il soigne le sujet dans sa globalité, à la fois le somatique et le psychique. En effet, dans sa pratique quotidienne, il est souvent le premier interlocuteur des patients en souffrance psychique, depuis les détresses existentielles ou sociales jusqu'aux troubles mentaux caractérisés tels que les dépressions.

Solliciter un recours spécialisé auprès de ses confrères psychiatres apparaît donc plus complexe pour le médecin généraliste.

Ce recours renvoie à la fois aux difficultés ressenties dans les soins avec son patient, aux relations entre ces deux spécialités et plus globalement aux représentations de la psychiatrie.

Nous nous sommes ainsi intéressés à la perception et au ressenti du médecin généraliste sur ces relations avec les médecins psychiatres, par le biais d'une enquête qualitative.

Nous avons choisi de focaliser notre étude sur la dépression, pathologie mentale dont la prise en charge est assurée de manière conjointe ou exclusive par les deux spécialistes, ce qui suppose l'existence d'une collaboration interprofessionnelle.

Peut-être notre travail servira-t-il ainsi à jeter les bases d'une réflexion sur cette collaboration et, qui sait, permettre de l'améliorer un peu.

# I. Les Episodes dépressifs : constats actuels

## 1. Une prévalence élevée en population générale

Nous étudierons les résultats de deux enquêtes françaises récentes, et d'une enquête européenne.

- **Enquête française étudiant les données du *Baromètre Santé 2005* (1) et enquête *ANADEP* (2):**

Il s'agit de deux enquêtes aléatoires téléphoniques (foyers tirés au sort sur l'annuaire, puis un individu est sélectionné) réalisées à moins d'un an d'intervalle, utilisant le même outil standardisé de questionnaire<sup>1</sup>. L'enquête *Baromètre Santé* portait sur un échantillon de 16.883 personnes et s'intéressait aux épisodes dépressifs au cours de l'année, tandis que l'enquête *ANADEP* portait sur un échantillon de 6.498 personnes et interrogeait sur la vie entière, puis sur les douze derniers mois.

**La prévalence estimée des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) en France à 12 mois s'élève à 7.8% dans l'enquête *Baromètre Santé* et 5 % dans *ANADEP* (Figure 1).**

Figure 1 : Estimation de la prévalence des EDC en France sur 12 mois selon leur sévérité :

	<i>Baromètre Santé</i> N=16 883 (IC=95%)	<i>ANADEP</i> N=6998 (IC=95%)	p
EDC	<b>7.8</b> (7.4-8.3)	<b>5</b> (5.4-5.6)	<0.01
Léger	<b>0.4</b> (0.3-0.6)	<b>0.2</b> (0.01-0.3)	<0.01
modéré	<b>4.2</b> (3.9-4.6)	<b>2.2</b> (1.9-2.7)	<0.01
sévère	<b>3.2</b> (2.9-3.5)	<b>2.6</b> (2.2-3)	<0.05

N : nombre de sujets inclus, IC : intervalle de confiance

Les facteurs associés à la survenue d'un EDC sont similaires dans les deux enquêtes : sexe féminin, veuvage, divorce, invalidité ou congé maladie.

<sup>1</sup> **CIDI sf** = Composite International Diagnostic Interview short formule, questionnaire structuré selon les critères du DSM-IV

- **enquête européenne :ESEMED-2002[European Study of Epidemiology of Mental Disorders](3)**

Il s'agit d'une enquête transversale similaire dans la méthodologie (échantillon obtenu par tirage aléatoire de numéros téléphoniques et même outil de questionnaire), réalisée dans six pays européens (Allemagne, Belgique, France, Pays bas, Italie).

**La prévalence estimée des épisodes dépressifs en France à 12 mois se situe à 6.7%**, avec une fréquence deux fois supérieure chez les femmes par rapport aux hommes. La prévalence au cours de la vie entière est élevée, estimée à 24.2%

La comparaison avec les données des six pays européens montre que la prévalence des troubles dépressifs en France est plus élevée qu'au sein des six pays réunis. (4.2%)

Il nous paraît important de souligner que la mesure statistique des troubles mentaux comme les troubles dépressifs est difficile et leur interprétation doit donc être prudente. Ces difficultés sont liées à la définition même des troubles dépressifs et aux méthodes utilisées. Les différentes enquêtes épidémiologiques fournissent, non pas une prévalence *stricto sensu*, mais une estimation de la prévalence des pathologies dépressives. (4)

## **2. Une pathologie complexe**

### **a) Evolution des concepts**

La définition de la dépression a évolué au cours des trente dernières années. (5) L'opposition entre l'accès mélancolique classique ou dépression endogène (d'origine biologique) et la dépression névrotique (d'origine psychologique) a été remise en cause pour aboutir à une nouvelle définition : l'épisode dépressif majeur<sup>2</sup> ou caractérisé, proposé par les classifications américaines, DSM-IV (annexe n°1).

Dans cette définition purement clinique, on ne présume ni des origines ni de la nature de la dépression.

---

<sup>2</sup> Traduction incorrecte du terme *major* anglais : ce terme ne préjuge pas de la sévérité de l'épisode contrairement au terme français *majeur*



## **b) Critères diagnostiques actuels**

La définition actuelle (6) de l'épisode dépressif caractérisé, selon la classification du DSM-IV, repose sur un **critère de sévérité** : présence d'un nombre minimal de symptômes, parmi lesquels tristesse de l'humeur, ralentissement psychomoteur ; perte de plaisir et d'élan vital (anhédonie) ainsi que d'autres symptômes tels que les troubles du sommeil et de l'appétit, la présence d'idées suicidaires, un sentiment d'auto-dévalorisation persistant. Ces symptômes représentant une rupture brutale par rapport au fonctionnement antérieur du sujet.

Cette définition repose également sur un **critère de durée** : ces symptômes doivent être présents pendant au moins deux semaines consécutives.

La sévérité, l'intensité des symptômes ainsi que le degré de retentissement sur l'activité professionnelle, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres, permettent de distinguer les épisodes dépressifs léger, modéré, et sévère.

Un épisode dépressif est décrit comme **isolé** si il n'y pas d'épisode dépressif antérieur connu, ni d'épisode maniaque ou hypomaniaque antérieur (on parlerait alors de trouble bipolaire) et ne survient pas au cours de troubles psychotiques. Si ces épisodes dépressifs se répètent, ils deviennent **récurrents**.

Cette approche critériologique ne constitue qu'une aide au diagnostic pour le médecin, qui tente d'évaluer les symptômes, non pas isolément mais globalement, en essayant de tenir compte du contexte et de l'histoire personnelle du patient.

En effet, la réalité clinique est plus complexe et plus hétérogène avec des patients présentant des formes atypiques, des formes « masquées » par des plaintes somatiques. Les dépressions du sujet âgé sont également difficiles à appréhender car les symptômes sont atypiques, avec souvent des troubles cognitifs au premier plan.

Précisons que la dépression touche tous les âges sans distinction, mais notre étude s'est limitée aux dépressions chez l'adulte. ,

## **c) Fréquence des pathologies psychiatriques associées**

Il existe souvent d'autres pathologies psychiatriques (co-morbidités) associées. L'enquête ESEMED (3) montre que 37.6% des sujets présentant un trouble dépressif avait au moins un diagnostic co-morbide associé.

Les plus fréquents sont l'alcool-dépendance et les troubles anxieux.

Les troubles de personnalité sont également souvent associés à des problématiques dépressives. Ces co-morbidités compliquent à la fois le diagnostic et la prise en charge, majorent le risque suicidaire et aggravent le pronostic de la dépression. (6)(7)

#### **d) Fréquence et gravité des complications**

- **Les complications suicidaires :**

Le taux de décès par suicide est d'environ 15% chez les patients atteints de troubles dépressifs sévères. La dépression multiplie par 15 à 30 le risque de mortalité par suicide avec un taux de mortalité annuel de 3% dont un tiers est imputable au suicide (7). L'enquête DREES de 2006 chiffrait à 10 400 le nombre de suicides en France. Au sein de l'Europe de l'Ouest, la France fait partie des pays à taux élevés de suicide (derrière la Finlande) (8).

- **Les complications évolutives :**

L'HAS a édité de nouvelles recommandations en 2007 concernant leur prise en charge (7).

Trois complications évolutives sont prises en compte :

- les récurrences ou récurrences dépressives ;
- les symptômes résiduels ou rémission partielle ;
- les formes chroniques des épisodes dépressifs caractérisés (persistance pendant au moins 2 ans).

L'étude *Baromètre Santé* 2005 a étudié l'aspect récurrent ou chronique de la dépression (1).

La dépression était récurrente dans presque la moitié des cas (3,7% de la population générale) et chronique dans 15 % des cas (1,2% de la population générale).

Ces complications évolutives sont fréquentes et souvent invalidantes (2% du total des ALD).

#### **e) Conséquences en termes de santé publique**

Le coût de la dépression en termes de santé publique est majeur. Selon les données de l'OMS, les troubles neuropsychiatriques sont la deuxième plus grande charge de morbidité après les maladies cardiovasculaires. Ils concourent à 19,5 % de l'ensemble des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI)<sup>3</sup>. La dépression à elle seule est la troisième charge de morbidité (9).

---

<sup>3</sup> Correspond à l'ensemble des années perdues à cause des pathologies et à la suite d'un décès prématuré

## II. La prise en charge de la dépression

### 1. Rôle central du médecin généraliste

#### a) Résultats des enquêtes épidémiologiques

Les enquêtes réalisées à l'échelle française *Baromètre Santé* (1) et *ANADEP*(2) confirment que le médecin généraliste est le professionnel consulté préférentiellement en premier recours en cas de « trouble de santé mentale » (définition large incluant les troubles mineurs subdépressifs jusqu'aux épisodes dépressifs caractérisés sévères) pour respectivement 67 % et 60% de ces patients.

L'enquête ANADEP estime que parmi ces patients consultant pour ce motif, et mesuré sur une vie entière, 67% d'entre eux consultent leur médecin généraliste, 32% un psychiatre et 25 % des psychologues.

Le suivi est assuré exclusivement par le médecin généraliste pour presque la moitié de ces patients.

Il est important de souligner que parmi ces patients consultant pour « trouble de santé mentale », moins de la moitié présente une dépression caractérisée.

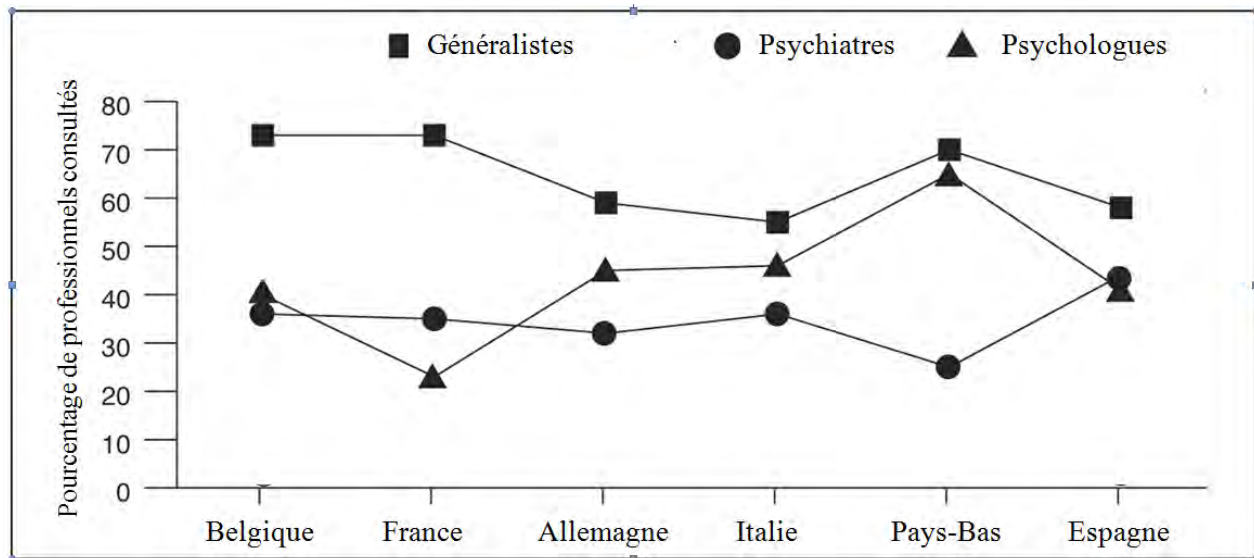
Ce suivi exclusif varie selon la sévérité des épisodes : en cas d'épisode dépressif sévère, le médecin généraliste soigne seul un patient sur cinq, car le suivi est le plus souvent, soit conjoint avec le psychiatre (pour 35% de ces patients sévères) soit exclusif par le psychiatre (pour 15% d'entre eux).

Les consultations de psychiatres et psychologues sont accompagnées de consultations de médecin généraliste dans respectivement 58% et 55% des cas.

Cette place centrale du médecin généraliste se retrouve à l'échelle européenne dans deux enquêtes exploitant les données de l'étude ESEMED. (10) (11)

L'analyse européenne (11) déterminant quel professionnel est le plus consulté en cas de « troubles de santé mentale » (mesuré sur la vie entière) dans six pays est intéressante, et d'autant plus si nous l'étudions en fonction des ressources en professionnels de ces pays (figure 2).

Figure 2 : Type de professionnels consultés pour « troubles de santé mentale » en Europe \*  
(enquête ESEMED):



\*Comparaison entre la Belgique (N=80), France (N=518), Allemagne (N=628), Italie (N=196), Pays-Bas (N=167), Espagne (N=218).

Médecins généralistes ( $p < 0,001$ ), Psychiatres ( $p = 0,030$ ), Psychologues ( $p < 0,001$ )

*N = Nombre de sujets*

Le recours préférentiel vers le médecin généraliste est supérieur en France (72 %) et en Belgique par rapport à l'Espagne, il est bien corrélé avec le nombre de médecins généralistes (élevé en France, plus faible en Espagne).

En revanche, nous pouvons constater que le recours aux psychiatres est le plus élevé en Espagne (44%), le plus bas aux Pays-Bas (25.5%), la France se situant dans un taux intermédiaire comparable à la Belgique, sachant qu'en France la densité de psychiatres (12) (15/100 000 habitants) est très supérieure à la densité de psychiatres en Espagne.

Cette enquête conclut qu'en Espagne, le taux de recours important aux psychiatres (malgré leur faible densité) s'explique par une meilleure orientation des malades entre le généraliste et le psychiatre.

Parallèlement, le recours aux psychologues est le plus bas en France : 23% contre 65% aux Pays Bas. L'étude suppose que le non-remboursement des soins par un psychologue en France pourrait expliquer ce faible recours.

### **b) Un rôle central inscrit dans le parcours de soins coordonné**

Ce rôle central s'est accru dans le domaine de la santé mentale depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés entre médecin généraliste et psychiatre.

L'avenant n° 10 a été ajouté à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes en février 2006, après d'âpres discussions, et autorise un accès direct au psychiatre pour les adultes de moins de 26 ans. Cette période est en effet considérée comme à risque en termes de morbidité psychiatrique (entrée dans la schizophrénie, conduites suicidaires, conduites addictives). Les patients de 18 à 25 ans bénéficient d'un accès direct autorisé à des conditions tarifaires fixes.

Les patients au-delà de 26 ans consultant un psychiatre sans être adressés par leur médecin traitant sont donc sanctionnés financièrement (remboursement incomplet). Cette sanction financière est cependant moindre par rapport à l'accès « hors parcours de soin » à d'autres spécialistes.

Le détail des tarifs de consultation de psychiatres est disponible en annexe n°2.

### **c) Un rôle central plus difficile à assumer seul :**

La charge de ce rôle risque de s'accroître dans les années futures car la médecine générale traverse une crise démographique importante tout comme la psychiatrie, alors que la demande de soins pour des troubles de santé mentale ne décroît pas.

Selon les sources de l'atlas CNOM 2010 (12), le nombre de médecins généralistes en activité augmente peu (moins de 9% de nouveaux installés en 2010), cette spécialité souffre d'un manque d'attractivité chez les étudiants.

L'âge moyen des médecins est élevé (53 ans) et les prochains départs en retraite seront peu compensés. De plus, les écarts de répartition dans certaines régions se creusent.

#### **d) Une prise en charge jugée non optimale :**

Le médecin généraliste a donc un rôle central, mais la qualité de sa prise en charge est considérée comme non optimale.

Il prescrit trop de psychotropes (13), notamment d'antidépresseurs ; il est le prescripteur dans 60% des cas, et prescrit souvent à tort, dans la moitié des cas de prescription, les sujets ne présentent pas de trouble psychiatrique relevant d'une indication reconnue, et paradoxalement dans les cas de dépressions avérées, le traitement n'est pas approprié.(14)

Nous pouvons nuancer ce tableau en constatant que les pratiques des généralistes concernant la prescription des antidépresseurs se sont modifiées.

Pour les antidépresseurs, la France est le seul pays européen étudié à connaître une régression des volumes consommés : moins 1 % par an en moyenne entre 2006 et 2009 (15)(source AMELI).

Pour cette classe, la France passe du 1er au 3ème rang des pays étudiés pour les volumes consommés par habitant.

## **2. Les psychiatres et les structures psychiatriques**

Depuis 1972, suite au mouvement international de désinstitutionalisation<sup>4</sup>, la France est dotée d'un dispositif original ayant permis l'implantation des soins psychiatriques en ville, le secteur. Les secteurs sont répartis sur tout le territoire et permettent une offre de soins diversifiée et gratuite.

Chaque secteur dispose d'une équipe pluridisciplinaire rattachée à un établissement de santé, qui permet en psychiatrie adulte une prise en charge ambulatoire au sein des Centres Médico-Psychologiques, les CMP. Il en existe au moins un par secteur.

À cette offre ambulatoire s'ajoute une prise en charge à temps partiel (hôpitaux de jour, centre d'accueil CATTP, ateliers thérapeutiques) ou à temps complet hospitalière.

Les CMP sont des unités de coordination et d'accueil, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Ils sont composés d'une équipe polyvalente comprenant infirmiers, psychologue, assistante sociale, et un ou plusieurs psychiatres.

---

<sup>4</sup> Remise en cause du modèle hospitalier « asilaire » avec ouverture vers des soins extra- hospitaliers

Certains CMP sont habilités à répondre à l'urgence psychiatrique : les Centres d'Accueil Permanent (CAP). Ouverts 24 heures sur 24, ils disposent d'une permanence téléphonique reliée à des organismes d'aide médicale urgente, et organisent l'accueil, l'orientation et les soins d'urgence.

Les constats au niveau des CMP restent préoccupants malgré la majoration des budgets alloués par le dernier plan de santé mentale. Il existe en effet entre les régions de très fortes disparités de moyens financiers, humains et de grandes différences d'accessibilité, alors que la file active de patients augmente régulièrement.

La démographie des psychiatres est également préoccupante. Comme pour la médecine générale, le nombre de professionnels est insuffisant, avec de très fortes disparités régionales (la carte de la densité des psychiatres en activité en 2010 est disponible en annexe N°3)

Selon l'atlas CNOM 2010 (12), le nombre de psychiatres en activité en France est de 12.059, dont 54% sont salariés, 46 % exercent en libéral, parmi lesquels 17% ont une activité mixte.

La densité moyenne est de 15 psychiatres pour 100.000 habitants avec de très fortes disparités entre les régions et départements, la densité minimum est de 6 psychiatres pour 100.000 habitants en Eure-et-Loire, contre 82 pour 100.000 habitants en Île-de-France.

La majorité des psychiatres libéraux se concentrent en zone urbaine et dans les grandes villes universitaires. De nombreux postes de psychiatres hospitaliers sont vacants. Les prévisions pour 2030 prévoient une baisse de 8% du nombre de ces professionnels, moins brutale que prévue compte tenu de l'ouverture des postes d'internes depuis 2005 (16).

# III. La collaboration avec les psychiatres dans le domaine de la dépression

## 1. Le recours spécialisé

Dans certains cas, le médecin généraliste est confronté à des difficultés dans sa prise en charge et propose une consultation psychiatrique à son patient. Ce recours est spécifique, plus complexe que le recours classique vers d'autres spécialistes.

Selon les recommandations de l'HAS relatives à la prise en charge d'un épisode dépressif isolé en ambulatoire (6), le recours spécialisé est recommandé :

- quand la situation le nécessite, notamment s'il existe une possible incidence médico-légale, en cas de contexte familial difficile, ou en cas de co-morbidités psychiatriques ;
- quand il n'est pas possible d'instaurer une véritable « alliance thérapeutique » ;
- en cas de réponse insuffisante au traitement dans les 8 à 12 semaines, ou plus tôt selon la sévérité des symptômes ;
- à n'importe quel moment de la prise en charge si le patient le souhaite.

Une évaluation psychiatrique est recommandée également en cas de complications évolutives (7) (récurrence, chronicisation, rémission partielle).

Cette évaluation est, selon les termes des recommandations : centrée sur le patient, ses représentations, croyances et connaissances, son niveau d'information, son environnement familial, le contexte psychosocial et économique, et ses possibilités d'adaptation à sa propre vie.

Les enquêtes réalisées sur ce sujet spécifique sont essentiellement quantitatives et estiment ce taux de recours vers des professionnels de santé mentale entre 23% (Wang et al.) (17) et 38% (Williams) (18) des patients dépressifs suivis par les généralistes.

Ce processus est complexe à appréhender par les seules études quantitatives car il dépend de multiples facteurs.



- **Facteurs liés au patient**

Les motifs de recours tiennent compte

- de la sévérité des symptômes dépressifs (17,19-21)
- de la durée d'évolution des symptômes de 2 mois (17) jusqu'à 6 mois d'évolution (19)
- de la présence de co-morbidités psychiatriques et d'un suivi psychiatrique antérieur.(19)

Les caractéristiques socioéconomiques des patients telles qu'un niveau d'éducation supérieur ou un statut salarié sont des facteurs facilitant ce recours ; tout comme le fait d'habiter en zone urbaine c'est-à-dire à proximité des spécialistes. (19)(22)

La présence d'antécédents psychiatriques correspond à « l'étiquette psy » accolée au patient. Une étude a prouvé l'influence de ce « label psy » comme facteur facilitant la décision du médecin d'adresser son patient.(23)

- **Facteurs liés au médecin**

Le recours peut être influencé (freiné ou facilité) par des facteurs propres au médecin et à sa spécialité.

L'étude de Williams (18) compare les différences d'approches dans la prise en charge des dépressions entre des médecins généralistes et d'autres spécialistes. Leurs pratiques étaient semblables mais les médecins généralistes, comparativement aux autres spécialistes, étaient plus insatisfaits dans leurs relations avec les psychiatres, et leur adressaient ainsi moins de patients.

Les médecins ayant peu d'aisance ou se sentant limités dans leurs aptitudes en psychiatrie (20,21) ou ayant une moindre confiance dans la psychothérapie de soutien (18) orientent plus facilement leurs patients.

A l'inverse, ceux qui sont intéressés par ce domaine, prennent en charge les patients seuls et se tournent plutôt vers les psychologues ou vers les travailleurs sociaux (24).

- **Barrières liées aux structures et à leur accessibilité :**

Les difficultés liées au recours sont des obstacles importants à la bonne qualité de la prise en charge de patients dépressifs. Nous citerons deux études épidémiologiques.

Une étude anglaise (21) (Telford et al.) a interrogé 3.530 médecins généralistes sur les obstacles qu'ils percevaient dans la prise en charge de patients dépressifs. Leur principale difficulté était le manque de temps, l'insuffisance de services spécialisés et les difficultés d'accès à ces services.

Les facteurs principaux influençant leur décision concernaient :

- la crainte suicidaire
- le besoin d'un traitement spécialisé
- le besoin d'une évaluation.

Ces médecins généralistes anglais étaient globalement satisfaits de leurs relations avec leurs correspondants psychiatres.

Une enquête similaire, adaptée de cette enquête anglaise, a été réalisée en France dans la région nord-ouest (25) auprès de plus de 2.087 médecins et retrouvait également comme difficulté principale le manque de services spécialisés et leur difficulté d'accès. En revanche, le manque de temps n'était considéré que comme une difficulté secondaire.

En plus des problèmes d'accessibilité (obtention d'un rendez-vous rapide, accès au professionnel choisi), les médecins généralistes français pointaient comme obstacle le manque de communication avec les psychiatres.

Dans ces deux études, les facteurs propres au médecin, tels que le manque de connaissances sur la dépression ou les limites de compétence personnelles, n'étaient pas identifiés comme des obstacles majeurs.

- **Barrières liés au patient**

Au-delà des barrières liées aux médecins ou aux structures, la principale barrière est la réticence du patient (18,22,24)

Ces réticences renvoient à l'image de la maladie mentale et des psychiatres.

L'enquête (2) préalable à la campagne INPES est intéressante pour découvrir les représentations de la population générale sur le recours spécialisé : le recours à un « psy » est rarement associée à la folie (moins de 3% des sujets), et moins de 15 % l'estiment honteux.

En majorité, 90% des français interrogés estiment que la dépression peut être suffisamment grave pour solliciter une aide extérieure. En revanche, cette sollicitation est problématique, car associée à

une notion de risque, à une crainte de la stigmatisation par le médecin et l'entourage, à une peur de se voir dévalué socialement et surtout de perdre son emploi. Cette crainte s'exprime envers le milieu médical : médecine du travail (40%) et médecin traitant (25%).

Cette représentation stigmatisée se retrouve dans d'autres études (26).

## **2. Relation médecin généraliste / psychiatre**

L'un des facteurs importants influençant ce recours spécialisé réside dans la qualité des relations du médecin généraliste avec le psychiatre. Dans la littérature, les relations sont marquées par une pauvreté des contacts et des échanges, cette communication étant souvent considérée comme très insuffisante ou absente.

L'enquête auprès de médecin généraliste de trois villes de Meurthe-et-Moselle (Cohidon et al.) (27) pointait ce problème, et révélait en plus d'une méconnaissance des structures psychiatriques disponibles, une opinion globalement négative sur le secteur psychiatrique et les troubles mentaux associés à la notion de dangerosité. Cette étude retrouvait des difficultés de coordination et un manque de dialogue avec les psychiatres (libéraux et hospitaliers).

Les médecins généralistes interrogés dans l'enquête URCAM Ile de France (28) partageaient cette opinion, et exprimaient des difficultés et des besoins essentiellement sur le suivi de leurs patients déprimés, demandant une meilleure accessibilité et une amélioration du dialogue avec les professionnels de santé mentale.

Sur ce sujet, les deux enquêtes de Younes et al. réalisées en Yvelines-sud sont intéressantes.

La première étude comparait les différences de pratique entre médecins généralistes et psychiatres dans le domaine des soins de santé mentale (29).

Les médecins généralistes prenaient en charge des patients dépressifs de même degré de gravité que leurs confrères psychiatres libéraux, en termes de sévérité (antécédents suicidaires, précédents

épisodes dépressifs), de durée d'invalidité et de co-morbidités. Sauf pour les dépressions associées à une alcoolodépendance, où les soins étaient le plus souvent assurés par les médecins généralistes. Les études de Tardieu (22) et Gaynes (30) confirmaient ce point.

Au niveau des pratiques, la patientèle des psychiatres était composée pour un quart de patients adressés par les médecins généralistes.

Parmi ces patients, 80% étaient repris en charge exclusivement par le psychiatre. Ceci peut expliquer qu'en majorité les psychiatres se disaient surchargés par les nouvelles demandes de prise en charge avec des difficultés pour les assumer. Ils reconnaissaient par ailleurs que leurs patients consultaient trop tardivement.

Parallèlement, les médecins généralistes étaient peu satisfaits de leurs relations avec les psychiatres libéraux. Près de la moitié des médecins généralistes exprimaient un désir de collaboration, partagée par près de 60% des psychiatres hospitaliers mais seulement 9% des libéraux.

Cette étude confirme un cloisonnement des prises en charge et des difficultés de coordination.

La seconde enquête s'est intéressée à l'opinion des médecins généralistes sur leur pratique en soins mentaux et sur leur collaboration avec les psychiatres (31).

La majorité estimait que les patients souffrant de troubles mentaux étaient plus difficiles à prendre en charge, demandaient plus de temps, des consultations plus fréquentes et étaient plus difficiles à adresser aux spécialistes.

Ils se montraient globalement moins satisfaits de leur relation avec les psychiatres comparativement aux autres spécialités, et exprimaient un besoin de collaboration, pour presque 40% de leurs patients mais pas forcément sous la forme d'un recours classique systématique.

Les relations et la collaboration apparaissent donc problématiques entre généralistes et psychiatres. La dépression est un exemple intéressant car elle est prise en charge par les deux spécialités, c'est un domaine de compétence commun où la coordination semble plus qu'ailleurs nécessaire.

Il nous a paru intéressant d'évaluer cette collaboration sur le plan qualitatif dans le domaine de la dépression, afin d'identifier les attentes, les obstacles, et le ressenti des généralistes.



# Méthode

---

# **I. La méthode**

## **1. Le choix de la méthode :**

La méthode qualitative nous a semblé la plus adaptée pour étudier le vécu, les opinions des médecins généralistes sur leur collaboration avec les psychiatres dans le domaine de la dépression. En effet, le but n'est pas de collecter des données quantitatives, mais d'étudier des comportements, des opinions et des pratiques au travers du discours des sujets interrogés.

Cette méthode permet de découvrir leurs représentations et leurs croyances (sur la psychiatrie et les psychiatres) et de voir en quoi elles influencent leurs pratiques.

L'entretien semi-directif est intéressant car il permet de laisser libre cours au discours de l'interviewé, à partir d'une trame générale souple, le guide de l'entretien ;

Contrairement à l'entretien directif, l'entretien semi-directif n'enferme pas le discours de l'interviewé dans le cadre restrictif d'un questionnaire prédéfini. Il lui laisse la liberté de développer et d'affiner son propos.

Il diffère également de l'entretien non directif, où l'interviewé discours librement sur un thème donné.

## **2. La méthode appliquée à notre étude :**

Pour établir un guide d'entretien, il est indispensable de définir au préalable les thématiques à aborder. Nous avons pris comme point de départ les conclusions des études de la littérature pour émettre des hypothèses.

« La formulation d'hypothèses, sorte de réponses provisoires, sert de fil conducteur au recueil des données et à la phase de questionnement »(32)

Nous avons répertorié les conclusions issues de la littérature sur la problématique de la collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres dans le domaine de la dépression,

tout en rappelant que ces études abordent ce sujet sous un angle quantitatif et non qualitatif comme notre étude.

Ces conclusions sont globalement les suivantes :

- collaboration peu satisfaisante pour les médecins généralistes
- recours complexe avec des difficultés d'accessibilité aux professionnels de santé mentale
- cloisonnement des prises en charge
- manque de communication.

Ces conclusions constituent nos hypothèses, ou « réponses provisoires ».

Un certain nombre de questionnements a ainsi émergé.

- Pourquoi le généraliste décide-t-il d'un recours ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées?
- Quelles sont ses attentes ?
- Comment perçoit-il cette collaboration ?
- Est-elle forcément insatisfaisante et pourquoi ?
- Comment perçoit-il les psychiatres et la psychiatre ?
- Quel est le sens que le médecin généraliste donne au rôle du psychiatre et à l'importance de la communication ?
- En quoi cette communication est-elle spécifique ou différente par rapport aux autres spécialités ?

**Le guide d'entretien** a été conçu à partir de ces hypothèses et questionnements ainsi que sur la base d'un entretien préparatoire que nous avons intégré à l'étude.

1) **Questions pratiques :**

- Relatives à l'**activité** des interviewés : âge, durée d'installation, mode d'exercice
- Relatives à leur **prise en charge de la dépression** : prenez vous en charge beaucoup de patients dépressifs ? Quels types de dépressions ?



- Relatives à leur **formation en santé mentale** : Avez-vous suivi une formation psychiatrique particulière ? Pensez-vous être suffisamment formé pour prendre en charge dépression ? Ressentez-vous un besoin de collaboration avec les psychiatres ?

2) **Déterminants du recours au psychiatre** pour les patients dépressifs (recours non urgent ou urgent)

- **Critères de recours** : Pour quels patients dépressifs? À quel moment ? Pouvez-vous me raconter le cas d'un patient qui vous a mis en difficulté ?
- **Demande** : De qui émane la demande ? S'il y a des réticences du patient, comment les surmontez-vous ?
- **Attentes** : Quelles sont vos attentes ? Avis ponctuel ou avis durable (prise en charge globale), avis diagnostique, thérapeutique (médicamenteux, psychothérapique) ?
- **Modalités** : Courrier ? Avis téléphonique ? À qui (CMP, structure hospitalière, psychiatres libéraux) ?

3) **Difficultés rencontrées** : Lesquelles ? Comment les surmonter ?

4) **Communication** : Recevez-vous un courrier ? Répond-il à vos attentes ?

5) **Relation avec les psychiatres** : Relations différentes par rapport aux autres spécialistes ? Comment les qualifier ? Pourquoi ? Avez-vous des exemples ? Voyez-vous des solutions ?

## **II. La population étudiée**

### **1. Choix des médecins**

Le but de cette étude est de recueillir un maximum d'opinions sur notre sujet. Le choix des médecins interrogés ne s'est pas fait au hasard. Ils ont été choisis selon des critères tels que le mode d'exercice, la zone d'activité, le sexe, l'âge, les activités annexes pour permettre de balayer différents points de vue.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont présentées dans le tableau n°1.

### **2. Contact**

Treize médecins ont été contactés par téléphone.

Après une présentation de l'interviewer, le sujet de l'étude était exposé aux médecins contactés.

« Les relations entre médecin généraliste et psychiatre dans la prise en charge des patients dépressifs » en sollicitant leur accord pour un entretien à leur cabinet selon leurs disponibilités.

L'anonymat leur était garanti.

Au final, dix médecins ont été interrogés.

Un médecin n'a pu se libérer à deux reprises à cause de retards de consultation, l'entretien a finalement été annulé faute de temps suffisant. Deux autres médecins contactés par téléphone ont décliné la proposition d'entretien par manque d'intérêt pour le sujet.

**Tableau n°1 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des médecins interrogés**

Nom	Age	Sexe	Taille ville	Type exercice	Durée d'installation	Mode exercice	Activités annexes
<b>Dr. A</b>	51 ans	M	30 000 habitants	Urbain	19 ans	Association	Régulateur centre 15
<b>Dr. B</b>	30 ans	F	2 200 habitants	Rural	2 ans	Association	DU Tabacologie, expérience en alcoologie
<b>Dr. C</b>	52 ans	M	30 000 habitants	Urbain	22 ans	Association	Maître de stage, DU Homéopathie, DU Médecine manuelle
<b>Dr. D</b>	52 ans	F	9 000 habitants	Semi-Rural	15 ans	Seule	Maître de stage
<b>Dr. E</b>	36 ans	F	30 000 habitants	Urbain	5 ans	Association	Ø
<b>Dr. F</b>	53 ans	M	10 000 habitants	Urbain	23 ans	Seul	Activités d'homéopathie, réseau de toxicomanie
<b>Dr. G</b>	52 ans	F	1 500 habitants	Rural	25 ans	Association	Ø
<b>Dr. H</b>	51 ans	M	9 500 habitants	Urbain	19 ans	Seul	Ø
<b>Dr. I</b>	43 ans	F	100 000 habitants	Urbain	9 ans	Seule	Ø
<b>Dr. J</b>	60 ans	M	6 800 habitants	Semi-rural	33 ans	Seul	Ø

## **III. Les entretiens**

### **1. Le contexte**

Les entretiens ont donc eu lieu dans leur cabinet médical, sur un créneau libre de consultation ou en fin de journée. Un entretien a été entrecoupé par des appels téléphoniques, perturbant le dialogue et le fil de réflexion du médecin interrogé.

L'accueil a été très cordial, les médecins se sont prêtés facilement et en relative confiance à l'exercice.

L'autorisation d'enregistrer leur était demandée avant chaque entretien.

La durée des entretiens a été de 15 à 30 minutes.

Un matériel d'enregistrement numérique discret a été placé à bonne distance des deux interlocuteurs.

### **2. La transcription**

Chaque entretien a été retranscrit en toute objectivité, en intégrant les silences, les hésitations, la gestuelle ou les émotions exprimées.

Trois à quatre heures ont été nécessaires pour retranscrire chaque entretien.

### **3. L'analyse**

Chaque entretien a été relu puis analysé individuellement, après découpage selon les thèmes abordés par chaque médecin, en s'appuyant sur leurs réponses et leurs interprétations.

Puis une analyse thématique transversale a été effectuée à partir des thématiques du guide d'entretien.

# Résultats et analyse

---

# I. Opinions sur leur pratique

## 1. Formation et intérêt pour la psychiatrie

Peu de médecins interrogés ont une formation annexe en psychiatrie ou sur la dépression en dehors du cursus de la Faculté de Médecine.

Le cas du Dr. I est intéressant : elle a bénéficié d'une formation en psychiatrie au cours de son internat, qu'elle a trouvée enrichissante pour sa pratique de généraliste.

*« J'ai fait mon dernier stage de médecine générale en psychiatrie qui m'a beaucoup appris à dialoguer avec les patients souffrant de problèmes psy. Oui, ça m'intéresse, mais ça dépend des moments, de la lourdeur du travail à côté. »*

Le Dr. B, jeune installée, possède une expérience en alcoologie, tout comme le Dr. C.

Le Dr. A, lui estime peu utile les formations et privilégie l'expérience acquise par la pratique:

*« Je pense que la formation, à mon avis, se fait sur le terrain à force de bien connaître les gens et de bien connaître les plaintes. Sur la dépression, je n'ai jamais eu besoin d'approfondir les choses qu'on me raconte des trucs que j'ai l'impression de connaître. Je pense pas apprendre beaucoup sur la dépression mais peut-être que j'ai tort. »*

L'intérêt pour ce domaine est variable et contrasté, que ce soit positivement ou négativement.

Dr. E :

*« - Avez-vous reçu une formation particulière en psychiatrie ?  
Non, pas du tout. C'est de l'apprentissage direct par le patient. Et puis c'est un domaine qui m'intéresse... l'approche que l'on peut avoir avec ses patients qui sont en difficulté psychologique et l'attente de ce qu'ils ont par rapport à nous et de ce que nous pouvons leur apporter. »*

Dr. G :

*« Non ce n'est pas ce qui me plaît le plus. »*

Dr. F :

*« J'aime pas trop la psy, ce n'est pas mon truc. »*

## 2. Fréquence de prise en charge de la dépression

La majorité des médecins interrogés estiment prendre en charge beaucoup de patients dépressifs parmi leurs patients.

Dr. E :

« Oui, j'estime que j'en prends beaucoup en charge, en ce moment j'en suis environ une dizaine. »

Certains médecins proposent des explications.

Les Dr. B et Dr. G estiment tous deux que leur activité en milieu rural explique cette situation, liée à des problèmes d'accessibilité vers les psychiatres, et d'habitudes des patients de se tourner en premier lieu vers leur généraliste.

Dr. B :

« Oui. J'ai l'impression d'en prendre en charge beaucoup. On est dans une zone rurale, on n'a pas un accès très facile aux psychiatres ou aux autres structures psychiatriques et du coup d'une manière ou d'une autre on est amené à voir beaucoup de patients dépressifs et à les suivre sur la longueur. »

Dr. G :

« De toutes façons on est à la campagne donc il y en a plus qui viennent spontanément ici que d'aller voir un psychiatre. »

Le Dr. C explique cette situation par un « biais de recrutement » des patients dépressifs parmi les patients suivis par le médecin généraliste :

« -Prenez vous en charge beaucoup de patients dépressifs ?  
- C'est une question difficile. Je dirais que dans la clientèle du médecin généraliste il y a beaucoup de dépressifs et d'anxieux parce qu'il y a un biais de recrutement, les patients dépressifs ou anxieux viennent en consultation plus facilement que les paranoïaques par exemple. »

Le Dr. G s'interroge sur le terme « beaucoup » tandis que le Dr. I le réfute et s'estime dans la moyenne de ses confrères.

Dr. I :

« *Beaucoup non, je pense comme tous les autres médecins généralistes. Je n'ai pas une clientèle plus dépressive que d'autres.* »

D'autres médecins se démarquent et reconnaissent en toute franchise avoir restreint volontairement la prise en charge de ces patients, à cause d'un désintérêt, d'un manque de temps, et d'une exaspération vis-à-vis de ces patients.

Dr. A :

«- *Prenez-vous en charge beaucoup de patients dépressifs ?*

*Oui mais de moins en moins.*

- *Pourquoi ?*

*C'est très simple, j'ai du mal à supporter les patients dépressifs. Depuis que A. s'est installée, je l'ai noté. J'ai été à l'écoute au début parce que j'avais le temps et parce que j'avais l'état d'esprit, mais je suis le suis devenu de moins en moins. Et les patients sentant que je n'étais plus vraiment à l'écoute, et puis comme c'est une femme qui s'est installée, ils se sont dirigés vers elle. Je pense que je n'ai pas une bonne réputation pour leur prise en charge à mon avis.* »

Dr. F :

« *Le moins possible. J'aime pas trop la psy, c'est pas mon truc (...) donc les patients ne viennent pas parce qu'ils savent que je ne prends pas beaucoup en charge de problème psy.* »

**Au total :**

**Une prise en charge courante et habituelle, vécue parfois comme contraignante avec une attitude volontaire de désengagement des médecins**



### 3. Types de dépression <sup>5</sup>

#### a) Dépressions réactionnelles

Les médecins interrogés évoquent spontanément en priorité ce type de dépression, survenant en réaction à des évènements de vie ou des situations extérieures au sujet, correspondant à des traumatismes affectifs identifiables tels que deuil, licenciement, divorce ; aggravés dans des contextes de précarité socio-professionnels.

Dr. H :

« *J'ai plus des dépressions réactionnelles aux aléas de la vie. »*

Dr. B :

« *Je vois pas mal de dépressions réactionnelles plus à des situations difficiles ou à des décès ou à des ruptures de vie tout simplement. Après, autre dépression je ne vois pas trop comment je pourrais les classer. »*

Dr. E :

« *En ce moment je ne prends pas en charge de dépressions sévères. Plutôt des dépressions réactionnelles qui se résolvent assez facilement »*

Dr. C :

« *(...) pour la grande majorité se sont des patients qui sont fatigués de leur vie. Donc, pas mal de dépressions réactionnelles liées au travail liées aux problèmes conjugaux(...) »*

Cette notion « réactionnelle » suppose un mode d'apparition aigu (en réaction directe à l'événement traumatisant), un degré d'intensité léger à modéré et une résolution facilitée.

---

<sup>5</sup> La distinction typologique des dépressions n'est plus utilisée dans les classifications du DSM IV, mais a été maintenue pour appréhender les représentations des médecins interrogés

## **b) Dépressions endogènes :**

Il s'agit de dépressions de type mélancolique, souvent sévères, associées à des épisodes maniaques ou hypomaniaques antérieurs entrant dans la cadre des Troubles bipolaires (anciennement nommé psychose maniacodépressive ou PMD)

Ce type de dépression est rarement pris en charge par le médecin généraliste comme le souligne le Dr. H car le diagnostic, complexe est posé par un psychiatre qui le plus souvent assure le suivi par la suite,

« *J'ai pas vraiment de dépressifs endogènes, je n'ai pas de PMD, enfin un ou deux mais ils sont suivis par des psychiatres.* »

Cependant, les généralistes sont amenés à les voir plus précocement et se trouvent face à des difficultés diagnostiques, notamment lorsqu'ils suspectent des épisodes maniaques antérieurs motivant une demande d'avis spécialisé.

Dr. C :

« *(...) où j'aimerais bien avoir un avis spécialisé, c'est quand je suspecte un trouble bipolaire.* »

## **c) Dépression associée à un trouble de personnalité**

Quelques médecins abordent lors de l'entretien la dépression associée aux personnalités névrotiques. Ils évoquent les sujets présentant une personnalité hystérique, ceux-ci posent d'abord des difficultés diagnostiques lorsqu'ils sont dépressifs, la question que se pose le médecin peut se résumer à : est-ce une dépression « vraie » ou une « présentation dépressive » de leur névrose ?

Dr. J :

« *Oui, alors après il peut y avoir des difficultés diagnostiques entre la dépression vraie ou des troubles hystériques sous forme de dépression ou une dépression enkystée.* »

Dr. C :

« *souvent il y a des tableaux enfin des personnalités qui sont assez compliquées, avec des traits hystériques, des traits névrotiques.* »

Dr. H :

« (...) Tout n'est pas dépressif, par exemple l'hystérie donne tout. »

Plus loin dans l'entretien, ce dernier remet en cause et dénonce les classifications diagnostiques existantes qui ont exclu la névrose hystérique :

« Je sais qu'il existe le DSM IV avec des critères... tout ça... Moi j'attends que les gens se confient et j'évalue avec de l'empathie, avec mon expérience... Pour tout vous dire je suis contre le DSM IV... c'est la déstructuration de la pathologie psychique, quand l'hystérie n'en fait plus partie, ça me fait doucement rigoler »

### **En Définitive :**

**Une majorité de dépressions décrites comme réactionnelles de diagnostic plus aisé  
(facteur dépressogène identifiable) avec une prise en charge codifiée  
Une identification plus difficile de troubles de personnalité ou de problématiques  
névrotiques sous jacents**

## **4. Degré de sévérité**

La majorité des médecins interrogés reconnaissent prendre en charge tous les degrés de sévérité des états dépressifs : des plus légers aux plus sévères.

Certains s'estiment contraints comme le Dr. D à prendre en charge des cas sévères.

Dr. D :

« Je prends en charge tous les degrés de gravité et bon c'est rarement des cas sévères « psychiatriques purs ». Et souvent pour ces cas sévères, ils ont besoin d'un suivi, et quand ils refusent je me sens obligé de faire alors que c'est pas mon métier et j'ai pas la formation pour. Donc j'ai suivi des patients avec des dépressions sévères un peu par la force des choses. »

Dr. J :

« En fait toute la gradation des cas légers aux cas plus sévères. »

Le Dr. I ajoute que les cas sévères ne sont pas si rares :

« -Vous avez des cas sévères ?

Oui, et pas si rarement (réfléchit) J'en ai trois ou quatre dans l'année. »

Dr. B admet la difficulté d'évaluer le degré de sévérité et souligne que cette perception de sévérité se modifie au cours des consultations, lié à l'action thérapeutique des entretiens et de l'écoute.

« C'est très variable. Je trouve que c'est quelque chose qui est difficile à évaluer. Je sais qu'on a un certain nombre d'outils mais je trouve qu'ils ne sont pas faciles à utiliser en médecine générale dans le cadre d'une consultation. »

« J'ai eu parfois l'impression d'être face à une dépression sévère. Sévère parce que très bruyante et me rendre compte que les symptômes s'amendent et que ça va vite mieux parce que tu as su mettre en place un certain nombre de choses. Ça explique le fait que je ne prenne pas de décisions de traitement à la première consultation, si ce n'est les anxiolytiques. »

Les médecins comme les Drs A et F, de par leur faible investissement, reconnaissent ne prendre en charge que quelques cas légers ou modérés.

Les cas perçus comme sévères varient d'un médecin à l'autre, nous retiendrons :

- **La présence d'idées suicidaires**

Leur présence n'est pas exceptionnelle, et les aborder peut soulager les patients. Mais cela nécessite une évaluation rapide par le médecin du risque de passage à l'acte pour adapter sa prise en charge en conséquence, revoir le patient à brève échéance, solliciter un avis spécialisé ou un recours hospitalier en urgence (contexte de la crise suicidaire « d'urgence élevée ») (5)

Dr. B :

« Par exemple j'oublie jamais de demander si ils ont des idées noires, et j'utilise le mot suicidaire pas que idées noires, parce que je me suis rendu compte que les gens ne saisissent pas forcément toute la portée du truc avec le mot idée noire. J'ai souvent la surprise d'avoir des gens qui me répondent oui et qui sont même presque soulagés de les exprimer. Avant, j'en parlais moins. Après j'essaie de voir si elles sont

*critiquées ou pas... Et je fais un classement et en fonction de ça j'évalue si je suis capable ou en possibilité de m'occuper de ces gens -là. »*

- **Les co-morbidités associées :**

-alcool-dépendance, antécédents psychiatriques : précédentes tentatives de suicide

Dr. F :

*« Parfois quand c'est associé à de l'alcoolisme, la prise en charge devient plus difficile. »*

Dr. B :

*« Les antécédents, s'il y a déjà eu une tentative de suicide antérieure... Les autres choses c'est alcool, toxicomanie. Essentiellement. Mais je vois sur les derniers patients que j'ai eu à traiter, c'est surtout l'alcool. Après la question c'est savoir si c'est primaire ou secondaire aux problèmes d'alcool... Donc c'est pour ça qu'on a besoin parfois de plusieurs consultations pour faire le point. »*

- **L'environnement psychosocial :**

Dr. B :

*« Quand il y a un environnement favorable, quand ils en ont parlé à l'entourage au moins à un membre de la famille ou à un ami je sais que c'est quand même plus simple. »*

- **La chronicité des troubles :**

Dr. E :

*« En ce moment je ne prends pas en charge de dépressions sévères...non, j'ai pas des dépressifs chroniques que je suis depuis des mois. »*

### **Au Final**

**Des dépressions de gravité variables, avec des cas jugés sévères non exceptionnels,  
Une perception de cette sévérité parfois difficile et propre à chaque médecin**

## II. Modalités de recours vers les psychiatres et structures psychiatriques

### 1. Motifs et facteurs influençant ce recours

#### a) Liés au patient : la demande de soins psychiatriques

- L'origine de la demande

Les médecins interrogés pointent le fait que cette demande émane rarement du patient lui-même, mais le plus souvent du médecin :

Dr. D :

« -De qui émane la demande finalement ? Du patient parfois ?  
- C'est très rare, presque jamais... Enfin je les empêche pas de le dire mais c'est plutôt rare... »

Dr. C :

« Plutôt de moi parce que lui en général il vient en espérant qu'on lui apporte une réponse. »

Dr. E :

« De moi le plus souvent ; parce que le patient il est content qu'on le prenne en charge généralement et il n'est pas forcément demandeur de plus. »

Avec parfois une influence de l'entourage ou de la famille sur cette demande de prise en charge spécialisée, plaçant le médecin dans une situation complexe, comme le raconte Dr. I.

« J'ai une patiente, dépressive, anorexique que j'ai voulu faire hospitaliser. Elle ne voulait pas trop, c'était difficile parce qu'on avait la pression de la famille en plus, et je voulais un avis (...) »

- **Réaction du patient :**

Les médecins sont souvent confrontés à un refus des patients ou une réticence. Cette attitude défensive peut être liée à différents facteurs intriqués tels que :

- ✓ une difficulté pour le patient à reconnaître et accepter sa dépression.

Dr. D :

« Et puis certains ont déjà du mal à accepter d'être dépressif. C'est souvent des troubles du sommeil, des demandes ponctuelles. »

Dr. H :

« Entre le médecin généraliste et le patient dépressif c'est la réticence la principale difficulté, il y a ceux qui dénie leur pathologie et une prise en charge spécialisée. »

- ✓ une peur liée à une image négative et à l'aspect stigmatisant de la psychiatrie et de la maladie mentale.

Dr. A :

« Je les adresse mais c'est encore difficile quand on parle de spécialistes surtout de psychiatres. La première réaction quand la demande n'émane pas d'eux; c'est : le médecin me prend pour un fou... c'est vrai que la première réaction tout de suite c'est le refus. »

Dr. B :

« Oui déjà les gens me disent qu'ils ne sont pas fous. Il y a beaucoup d'a priori sur le suivi psy. »

- ✓ une confusion entre les nombreux professionnels de santé mentale et une méconnaissance de leurs domaines de compétences.

✓ la question du coût des soins qui oriente le choix du patient

Dr. H :

« (...) les gens sont assez hermétiques je veux dire en France, et ils disent souvent pudiquement "quelqu'un", c'est jamais un psychiatre, enfin "quelqu'un", après vous englobez les psychologues psychiatriques psychothérapeutes, ils ne savent pas trop les gens, c'est "psy quelque chose"... Enfin quand on leur dit que le psychiatre est remboursé et que le psychologue ne l'est pas ils ont plus envie de voir le psychiatre. La première réponse de défense est "mais non je ne suis pas fou", donc on leur explique que ce n'est pas pour les fous mais pour les gens qui sont en souffrance psychique. »

• **Attitude du médecin face au refus du patient :**

Le refus du patient oblige le médecin à un travail de négociation et d'explication. Ce travail est facilité quand il existe un lien de confiance mutuel entre le médecin et son patient.

Cette étape demande au médecin de l'expérience, de la patience, une capacité d'écoute pour identifier les réticences du patient et lui expliquer pourquoi il « passe la main », sans forcer sa décision.

Dr. H :

« ...ça germe, et puis un jour ou l'autre ce sont eux qui demandent. »

Dr. I :

« Moi, je propose aux patients, et puis souvent ils ne veulent pas au début au moins. Ils ne veulent pas entendre parler de psychiatre car ils ne sont pas dépressifs. Après petit à petit, quand on ne s'en sort pas, j'appuie de nouveau peu à peu après un mois, deux mois. Et ensuite, ils acceptent. »



Ce travail d'explication et de réassurance porte sur l'image de la maladie, le rôle et les compétences du spécialiste. Cela passe aussi par la reconnaissance du médecin de ses propres limites de compétence, et de son besoin d'être soutenu dans sa prise en charge.

« *A la question : Comment surmontez-vous les réticences du patient ?* »

Dr. A :

« .. Là, on leur explique que : non ils ne sont pas fous qu'il existe les psychiatres psychologues psychanalystes et puis comme moi je ne suis pas la personne la plus compétente. et la mieux placée pour vous aider voilà. »

Dr. B :

« ... Par ce fameux lien. Quand il y a ce lien, ils me font confiance souvent si je leur dis que là c'est nécessaire qu'ils devraient y aller. J'ai un exemple(...) si vous vous cassez la jambe, je vais vous envoyer voir un orthopédiste. Et là, la tête est cassée, il faut aller voir le spécialiste de la tête et c'est le psychiatre. Ça passe bien ! (rires) Ça paraît très basique. Je leur dis : C'est pas être fou, on peut être malade du corps ou de la tête ; il y a des spécialistes du corps et des spécialistes la tête. Je dis aussi que moi, je n'ai pas forcément les possibilités de les aider et qu'il y a besoin, enfin que moi j'ai besoin de quelqu'un d'autre pour m'aider moi aussi à les faire avancer. »

Dr. D :

«Bah j'ai pas de technique. Je lui explique surtout que c'est chacun son boulot, moi ce n'est pas mon boulot, Enfin sauf de lui proposer un recours, vers quelqu'un qui pourra l'aider. »

### **Au Total :**

**A l'origine de la demande de consultation psychiatrique : souvent le médecin**

**Face au refus ou réticences du patient : écouter, expliquer et savoir attendre.**

**Respecter le cheminement personnel du patient sans forcer sa décision**

## b) Liés à la maladie, aspects cliniques

- **Dépressions sévères :**

Nous avons vu au chapitre précédent que les médecins interrogés prenaient en charge des cas qu'ils jugeaient sévères. Cette sévérité perçue peut être un motif de recours spécialisé, en cas de crainte d'un passage à l'acte suicidaire.

Dr. F :

« (...) J'envoie les grosses dépressions »

- Que signifient pour vous les grosses dépressions ?

- Un tableau sévère comme une mélancolie, les idées suicidaires, les patients que je ne me sens pas bien, dont je sens qu'ils ne vont pas s'en sortir tout seul et qu'il risque d'arriver un pépin. Là je ne les garde pas. »

- **Dépressions complexes :**

- ✓ Complexité diagnostique avec doute sur la présence d'un trouble bipolaire :

Dr. C

« Oui, si je suspecte des épisodes maniaques et que je ne suis pas trop sûr de mon coup, et que j'aimerais bien avoir l'avis de quelqu'un qui a plus l'habitude. »

- ✓ Complexité évolutive avec des épisodes dépressifs récurrents :

Dr. D :

« Souvent en fait je voudrais " passer la main " ... Bon il y a des dépressions qui se résolvent facilement, c'est juste des passages difficiles. (Hésite) bon j'ai plus la classification exacte en tête. Des dépressions réactionnelles quoi. Mais après quand on les voit récidiver derrière, on se dit ce n'était pas forcément la bonne prise en charge. »

- ✓ Complexité clinique avec perception d'une problématique sous-jacente nécessitant un travail psychothérapeutique.

Dr. E :

« C'est quand j'ai fait un premier débrouillage et que je sens quelque chose de plus profond. »

Dr. C :

« Quand on sent que la problématique est compliquée, qu'il faut vraiment du temps pour démêler tout ça... »

Dr. J :

« Quand les symptômes sont trop riches....ou des tableaux qui ont trop traîné comme des migraines résistant à tout traitement... »

- **Dépressions résistantes au traitement instauré :**

Dans ces cas, devant l'absence d'amélioration malgré le traitement antidépresseur instauré puis modifié, le médecin se heurte aux limites de sa pratique, suscitant diverses réactions, sentiments d'échec, ou d'exaspération.

Dr. C reconnaît la limite des traitements antidépresseurs :

« .. Quand on se sent un peu en échec, quand on met un premier traitement, un deuxième, et que la personne ne va toujours pas mieux. Des fois, on ne sait plus trop ce qu'il faut faire, et on se rend compte aussi avec le temps que les antidépresseurs ne sont pas non plus non plus la panacée par rapport à l'efficacité alléguée au départ »

Dr. G :

« C'est ceux qui sont souvent le plus pénible ..., c'est ceux qui reviennent tout le temps...Bon, une fois, deux fois et que ça marche toujours pas avec le traitement. Et

*puis, on ne sait même pas si ils les prennent ou pas les cachets; et puis à un moment, quand ça commence un peu à bien faire (geste signifiant qu'elle est excédée). Allez hop voilà ! »*

Dr. H:

*« Et il y a ceux pour lesquels il n'y a jamais d'amélioration, donc je passe la main quoi. »*

### **c) Liés au médecin**

Aisance, sentiment de compétence, confiance dans sa pratique associée à une motivation encourage le médecin à prendre en charge lui-même les patients dépressifs.

Dr. B :

*« Mais enfin je pense qu'un généraliste qui présente de l'intérêt pour ce genre de pathologie généraliste peut s'en sortir, les bases, un entretien ouvert, une écoute active réflexive, je pense que tu peux faire avancer les gens même avec ton petit statut de généraliste et sans grand diplôme de psychiatrie. Les gens ont surtout besoin d'être écoutés finalement et on peut décoincer facilement des trucs qui paraissent hyper problématiques au départ. Je continue à faire comme ça, à faire du mieux que je peux.»*

Au contraire, le recours est plus facile chez médecins peu motivés, chez lesquels la prise en charge est vécue comme contraignante et peu gratifiante, comme nous le décrit le Dr. A :

*« Je ne pense pas que ce soit forcément indispensable mais comme je te disais tout à l'heure je les envoie car je n'ai pas l'envie ni le temps, c'est plus pour mon confort personnel... Souvent le dialogue est difficile, j'aime bien quand je donne des directives que les gens m'écoutent aussi. C'est souvent un monologue avec beaucoup de plaintes. Quand ça revient tout le temps à un moment ce n'est plus logique, ça ne*

*va pas. J'ai du mal à considérer la dépression comme une maladie, et c'est peut-être mon handicap. »*

#### **d) Liés à la relation médecin-malade**

- **L'alliance thérapeutique**

Elle est définie par la qualité de la relation entre le patient et son thérapeute, ainsi que leur accord sur les buts et la fonction de la prise en charge (33).

La qualité de cette alliance dépend ainsi de la qualité du lien entre médecin et malade.

Le Dr. B le définit comme un lien de confiance mutuel qui s'instaure entre les deux parties, cette perception est rapide chez le médecin

*« J'envoie déjà le patient avec qui je n'arrive pas à créer le lien qui me paraît nécessaire. Parfois tu ne le sens pas et c'est pas forcément scientifique du tout. C'est le patient avec qui tu sens que tu ne pourras pas faire de travail. Il faut que tu sentes que le patient te fasse confiance, et que toi tu puisses faire confiance aux patients. Et si je ne ressens pas cette confiance, je passe la main assez volontiers. »*

- **Relation médecin-malade difficiles :**

Nous avons cité précédemment le cas des dépressions « qui ne répondent pas » au traitement antidépresseur, pouvant perturber la relation de confiance entre médecin et malade.

Plusieurs médecins reconnaissent des difficultés relationnelles avec des patients décrits comme plus exigeants car insécurisés avec une forte demande de soutien, suscitant des réactions diverses allant de l'épuisement à l'hostilité.

Ces réactions sont d'autant plus compréhensibles que le médecin peut se sentir « forcé » d'assurer ce soutien psychothérapeutique.

- Au début l'épuisement : secondaire à un investissement très empathique du médecin avec un patient qui devient de plus en plus demandeur d'attention et d'écoute et que le médecin ne parvient plus à cadrer ou limiter, ce qui provoque un sentiment d'impuissance.

Dr. E :

*« À certains moments je ne sais plus quel moyen utiliser pour les aider. Je sens que dans certains cas des patients qui ont vu des psychiatres ont avancé ou du moins se sont améliorés alors pourquoi, ça je ne le sais pas.*

*Mais moi je n'arrivais pas à le faire. Je n'arrivais plus à prendre le recul. Ils ont peut-être réussi à les orienter, les recadrer...Parce que des fois je sens que je sature et que je ne leur apporte plus rien, je ne suis plus dans l'écoute. Prendre en charge des dépressifs chroniques, sévères seul c'est long, et difficile donc je préfère qu'à un moment il y ait un relais avec le psychiatre.*

*J'ai l'exemple d'une patiente âgée dépressive anxieuse avec probablement une démence débutante que je dois ré hospitaliser régulièrement car elle décompense à chaque fois qu'elle sort et se retrouve seule chez elle, et là je n'en peux plus... parce qu'en plus j'ai l'impression que le système psychiatrique la rejette aussi. »*

- Puis, succède à l'épuisement un sentiment d'agressivité et de colère avec climat de méfiance et de perte de confiance du généraliste vis-à-vis du patient. Le cas relaté par le Dr. D est particulièrement représentatif. Elle semble véritablement démunie face à ce patient difficile. Sa démotivation se traduit par une baisse de confiance dans sa pratique (faible estimation de ses capacités de soutien psychothérapeutique).

*« Oui j'ai un patient justement, enfin c'est ma dernière stagiaire qui a eu à la voir avec moi et qui m'a dit quand il est sorti : " mais il est...carrément insupportable ! " et ça fait 5 ans que ça dure. Oui il s'assoit, il dit rien et il reste une heure. Et il vient pour rien dire, il a fait une dépression sévère ça s'est un peu amélioré, mais bon là il revient .... On voit bien que l'on a une certaine tolérance (rires) intérieure enfin qu'on acquiert (rires) »*

- *Et aviez vous tenté de l'adresser à un psychiatre?*

*« Oui je l'avais adressé au CMP, et il y est allé mais il m'a dit : " moi je ne fais pas partie de ces gens-là" après il est allé voir une psychiatre libérale, évidemment il dit*

*qu'il avait bien accroché mais bon elle est partie après alors... Après il a laissé tomber et puis c'était une bonne excuse. Il avait réussi à reprendre le travail après deux ans mais là il rechute... pour des raisons...*

*Enfin bon ça ne m'étonne pas, moi je suis sûre qu'il n'était pas clair, enfin que le fond n'était pas clair et je sais bien qu'il y avait des choses à travailler mais après ce n'est pas mon rôle, et puis je ferai que des conneries, je ne veux pas m'impliquer là-dedans, ce n'est pas mon boulot. Oui on fait tous de la psychothérapie mais bon c'est comme au bistrot ou avec des copains et si c'est pour faire la même chose bien ce n'est pas très honnête...*

*- Vous tolérez finalement ?*

*J'ai toléré longtemps quand il n'était pas bien et puis ça allait mieux et il n'est plus venu et là il revient et je tolère mal mais je suis là quand-même (...) Et puis c'est souvent sa femme qui appelle et qui me demande de le voir parce qu'il n'est pas bien... Il ne connaît pas son traitement, il s'embrouille, se questionne. Je dois lui expliquer à chaque fois la différence anxiolytiques/ hypnotiques par exemple. Je lui demande ce qu'il veut mais lui ne sait pas ou ne veut pas savoir ; donc j'essaie d'avancer mais on tourne en rond et il ressort avec le même traitement. J'ai l'impression que ça ne sert à rien ce que je fais. Et c'est à chaque fois la même chose. Et puis le médecin-conseil a reconnu qu'il fallait poursuivre les arrêts donc voilà. »*

## **e) Liés à la pratique du médecin**

- **Contrainte de temps :**

La plupart des médecins interrogés ont reconnu que la prise en charge de patients dépressifs était chronophage et nécessitait des consultations plus longues.

Diverses attitudes sont observées face à cette contrainte : adaptation ou désengagement.

Le Dr. B s'adapte en aménageant son planning de rendez vous.

*« Je prends 15 à 20 minutes et parfois 30 minutes que je place en fin de journée pour vraiment prendre le temps. »*

Le Dr. C s'adapte en fractionnant les consultations prenant en compte les difficultés de concentration des patients dépressifs :

*« Au début, quand je me suis installé j'avais tendance à garder les gens trop longtemps et au bout d'un moment comme ils ont des troubles de la concentration je leur expliquais tout : le traitement antidépresseur, le fait que ça ne marchait pas tout de suite, qu'il fallait persévérer malgré que le traitement ne soit pas efficace et en fait je les assommais d'un discours beaucoup trop touffu et ils décrochaient.*

*Et, je n'osais pas trop les reconvoquer. Maintenant, j'ai tendance à leur dire " repassez dans huit jours pour voir comment cela évolue" donc de fractionner les consultations. Parce qu'à la fois ils ont une demande de soutien mais ils n'ont pas la capacité de soutenir une conversation trop longue... Et puis en plus, pour nous, on a seulement nos 20 minutes de consultation parce que si on déborde de trop après ça devient compliqué. »*

Mais, cet aspect chronophage est une contrainte mal acceptée par certains médecins comme Dr. A, ce qui participe à leur démotivation et à leur désengagement, et explique un recours « facile » vers les professionnels de santé mentale.

*« Je les envoie car je n'ai pas l'envie ni le temps. Si on veut correctement prendre en charge un patient dépressif ce sont des consultations d'au moins une demi-heure. Je ne peux pas bout de 15 minutes je craque. »*

Il peut aussi aggraver le sentiment d'épuisement du professionnel :

Dr. E :

*« Oui, il y a le temps d'écoute aussi, parce que c'est relativement chronophage la prise en charge de patients dépressifs, à certains moments on a plus (hésitation)... Le temps de les écouter... »*



- **Paiement à l'acte :**

Ces consultations sont cotées en consultation standard et sont donc rétribuées de manière identique quelle que soit l'implication du médecin ou leur durée, comme le souligne le Dr. I, d'autant plus qu'elles sont difficiles à « cadrer ».

*« Je pense qu'ils ont besoin d'autre chose que moi je ne peux pas leur apporter parce que je n'ai pas assez de temps ou parce que je ne peux pas prendre assez de temps parce que le rapport qualité/investissement, il n'est pas assez important. Parce que des consultations qui durent 45 minutes. Je vais être franche, pour 23 €, je ne vais pas faire des consultations d'une heure une fois par semaine. Et le psychiatre sait mieux mettre un terme à la consultation.... J'ai du mal quand je vois un patient psy, ça déborde, ça déborde, je n'arrive pas à terminer... »*

**En résumé :**

**Une prise en charge complexe souvent au long cours nécessitant chez le médecin de la motivation, un engagement et une confiance dans sa pratique**

**Des consultations plus longues avec des actes de psychothérapie de soutien non reconnus**

**Parfois des médecins seuls et démunis face à des situations éprouvantes psychologiquement**

## **2. Le choix des correspondants et leur accessibilité**

### **a) Recours non urgent**

- **Les psychiatres libéraux :**

L'orientation est plus ou moins personnalisée en fonction de la connaissance personnelle des intervenants, de la qualité de la communication avec ces professionnels et de l'implication du médecin.

Soit le médecin propose au patient quelques noms de psychiatres libéraux sélectionnés selon le retour des patients ou de ses collègues :

Dr. D :

*« Pour les psys, je donne des noms en essayant juste savoir s'il préfère un homme ou une femme parce que ça me semble important.*

*Je conseille souvent en fonction de ce que me disent les patients ou des collègues »*

Soit le médecin « personnalise » sa demande : il sélectionne et choisit plus précisément ses intervenants en fonction de leurs compétences spécifiques et des profils des patients comme le raconte le Dr. E, et ceci d'autant plus facilement qu'il les connaît personnellement.

*« - D'accord. Et vers qui vous les adressez ?*

*Ça dépend des gens enfin de leur pathologie, il y en a qui sont peu aptes au décentrement à l'analyse, à l'introspection. Donc plutôt vers des chimiothérapeutes avec une psychothérapie de soutien ; des comportementalistes quand c'est des dépressions avec des problèmes d'agoraphobie par exemple, des gens comme Dr. X...*

*Et quand ce sont des gens qui sont peu plus introspectifs un peu plus intellectuels ou qui se décentrent plus par rapport à leurs symptômes, vers des analystes comme Dr. Y*

*- Oui... et vous les connaissez personnellement ?*

*- Personnellement certains oui je les ai vus dans des réunions mais d'autres non, mais j'ai quelques noms dans chaque type de... prise en charge psychiatrique, j'ai un ou deux comportementalistes j'ai un ou deux chimiothérapeutes. »*

#### ✓ Problèmes d'accessibilité

Lié à un manque de psychiatres surtout en milieu rural,

Dr. D :

*« On a plus de psy à proximité, donc je les adresse vers la ville la plus proche (à 35 km) »*

La densité de professionnels est plus grande en ville, mais l'accessibilité est aussi difficile avec des délais longs de rendez-vous, peu compréhensibles pour certains médecins. S'y ajoute une inaccessibilité téléphonique.

Dr. C :

« De toute façon on arrive pas à les joindre, nous, ils arrivent à nous avoir mais nous, on arrive pas les avoir. »

Dr. E :

« C'est assez catastrophique. En secteur privé, c'est environ un mois et demi d'attente(...) »

Dr. J :

« -Au final vous semblez assez satisfaits de vos relations avec les psychiatres ?  
Oui, je n'ai pas de souci particulier... Bon sauf quand le patient me dit qu'il n'a un rendez-vous que dans trois mois, je ne suis pas content. Pourtant dans ma ville ils sont quand même nombreux Ces délais, c'est quelque chose que je ne m'explique pas. Non, vraiment je ne m'explique pas. Je ne comprends pas comment ils gèrent leur temps pour ne pas se rendre plus disponible. Parce que les séances ne durent pas forcément 1 heure 30 à chaque fois, ce n'est pas que de l'analyse. C'est simplement un accompagnement.»

La question du coût des soins qui limite l'accessibilité des soins avec peu de psychiatres en secteur 1 et des dépassements d'honoraires parfois importants en secteur 2.

Dr. H :

« Les consultations privées sont relativement onéreuses 40 euros environ et si vous voyez un analyste, il y a souvent un dépassement d'honoraires donc cette partie-là elle n'est pas prise en charge et ici ce n'est quand même pas une zone huppée. »

Dr. I :

*« Pour les psys libéraux, c'est dans le mois à peu près Après, ça se complique aussi, qui est en secteur 1, en secteur 2 ? Combien les gens vont payer ?*

*En ville, beaucoup de psychiatres sont en secteur 2, et les patients ne peuvent pas forcément sortir 70 € pour une consultation... Après s'ils veulent payer 70 € par semaine pour une psychanalyse sur huit ans, OK pas de problème ! Les psychiatres avec qui je travaille sont en secteur 1, ou prennent des dépassements d'honoraires minimales. »*

- **Les Centre médico-psychologiques**

L'adressage est plus flou : le médecin ne sait pas précisément quel intervenant son patient va rencontrer, il adresse son patient vers une structure et non vers un correspondant particulier. Le recours est imposé par la sectorisation, le patient sera adressé vers le CMP du secteur psychiatrique dont il dépend géographiquement.

Dr. H :

*« Donc après, moi je laisse libre choix aux gens, secteur public au secteur privé, en sachant qu'en secteur privé j'ai des noms à proposer et en secteur public, eh bien on est sectorisé.*

*Avant ici on avait un CMP, mais il a fermé donc ils doivent aller à 10 km, ils doivent prendre leur voiture ou le bus pour y aller.»*

Dr. G :

*« Vers qui vous les adressez ?*

*- Vers la ville proche ; de toutes façons on n'a pas le choix, on est sectorisés ; et ça pour nous c'est une contrainte, bon là où on les envoie ils sont bien organisés et ils sont sympas donc ça va. ».*

✓ Problème d'accessibilité :

La Sectorisation est décrite comme peu lisible et complexe, avec un manque d'information sur les réorganisations de secteurs : fermeture ou ouverture de CMP notamment.

Dr. I :

« Sinon avec le CMP, j'ai eu des retours satisfaisants donc il y a peut-être une piste... Mais parfois c'est assez compliqué de s'y retrouver... Ce serait bien si on avait un genre de plaquettes avec les différents CMP selon les secteurs les adresses les numéros les horaires de consultation et les correspondants. C'est assez illisible.

Ici en ville, il y a plusieurs CMP et je ne sais même pas où ils se situent. Et puis certains ont fermé je crois. Qui dépend de quoi ? Qu'on sache quand on envoie un patient. La sectorisation, oui, mais il faut savoir où envoyer le patient selon où il habite. Tout simplement. Ou alors un numéro qui permettrait d'orienter les patients. »

Dr. G :

« Ils viennent d'ouvrir un CMP à 100 m de chez moi et je ne suis même pas au courant, on sait pas comment ça se passe comment adresser nos patients et en fait je l'ai découvert par hasard en me promenant dans mon village, j'ai vu la plaque. Je n'étais pas du tout au courant qu'il existait. »

Les délais de rendez-vous sont un peu moins longs qu'en secteur privé car la prise en charge initiale est assurée par un infirmier psychiatrique, mais l'accès direct vers les psychiatres est difficile.

En zone rurale :

Dr. B :

« Donc il reste le CMP, c'est très bien on a de bonnes équipes mais il y a un problème de délai. »

« Et quand j'adresse au CMP enfin c'est plus pour l'équipe infirmière que le psychiatre, qui peuvent voir les gens souvent et rapidement. »

En zone urbaine :

Dr. E :

« *Au CMP ce n'est pas beaucoup plus rapide sauf s'ils voient les infirmiers en premier. »*

Dr. I :

« *Sinon c'est 10 jours environ pour le CMP ce qui n'est pas trop mal enfin quand j'arrive à leur donner le bon numéro. »*

L'avantage d'une prise en charge pluri-disciplinaire contrairement au psychiatre libéral influe dans la décision du Dr. I :

« *Mais le fait d'être pris en charge par une équipe fait beaucoup peser dans la balance, plutôt que d'être pris en charge par un seul qui finalement va le voir en consultation une fois et n'en fera peut être pas beaucoup plus que moi. Alors que là, si c'est une équipe il y a peut-être moyen de faire autre chose. »*

Le Dr. D décrit l'inconfort de certains patients qui se trouvent mêlés avec des cas psychiatriques plus lourds :

« *Sinon il y a le CMP qui a moins de délais, et j'en ai envoyé plusieurs là-bas, mais certains patients m'on dit "moi je n'ai pas ma place là-bas" et plusieurs. Faut s'imaginer... Le patient dépressif qui rencontre dans la salle d'attente des patients schizophrènes ou déficitaires. »*

Le Dr. F n'adresse aucun patient vers le CMP.

« *-Et vers le CMP ?*

« *Non je ne les envoie pas, ils y vont pour leur suivi après une hospitalisation mais moi je ne les y adresse pas. Ils ont un suivi régulier au CMP mais moi je ne m'en occupe pas. »*

- **Psychiatrie hospitalière :**

Le Dr. G adresse régulièrement ses patients vers l'équipe hospitalière de la ville voisine avec qui elle a de bons contacts, même en dehors de situations urgentes:

*- Pour en revenir au psychiatre, pensez-vous que les relations soient différentes par rapport aux autres spécialistes ?*

*« Oui, forcément parce que j'envoie le plus souvent à l'hôpital et jamais en ville ce qui n'est pas le cas des autres spécialités. Pour tous les autres, c'est l'inverse , j'envoie toujours consulter en ville et puis à l'hôpital pour les urgences ou... des cas bien précis un peu compliqués. À part ça, honnêtement, je ne fais pas trop de différence entre les psychiatres privés et les hospitaliers. Je trouve que c'est un peu con de les opposer mais bon, en France c'est comme ça. »*

- **Cas des psychologues :**

Les médecins ont recours aux psychologues, mais sont freinés par le non-remboursement des actes.

Dr. D :

*« Parce que j'envoie aussi chez les psychologues. Là je sors mes pages jaunes mais je ne les connais pas. »*

Dr. F :

*« Il y en a d'autres que j'envoie chez le psychologue plutôt que le psychiatre le problème c'est que les soins sont pas remboursés, J'ai deux psychologues qui viennent de s'installer à proximité. Je pense qu'ils sont mieux pris en charge par les psychologues que par les psychiatres.»*

## **b) Cas particulier du recours urgent**

Les difficultés d'accès, déjà présentes lors des recours non urgents comme nous l'avons remarqué, sont majorées en cas de recours urgent, que ce soit vers les CMP ou vers les psychiatres libéraux.

Lorsqu'une hospitalisation s'impose, les médecins s'adressent ainsi directement vers les hôpitaux psychiatriques, mais là encore l'accessibilité même en cas d'urgence est problématique (absence d'unité d'accueil d'urgence, manque de lits en hospitalisation de secteur) obligeant le médecin à « forcer » le système. Ce recours direct est facilité si le patient a déjà un suivi psychiatrique et fait déjà partie du « circuit » (moindre réticence et meilleure accessibilité aux structures).

Dr. E :

*« Pour les structures hospitalières alors là ça devient encore plus compliqué, même pour les urgences ils nous répondent qu'ils n'ont pas de place alors en dehors... »*

Dr. B :

*« Quand je propose une hospitalisation, parfois ça ne passe pas alors qu'une fois que le suivi psy est débuté et que les patients adhèrent à leur suivi, s'il y a besoin d'hospitaliser, c'est plus facile quand il voit déjà le psychiatre. Pour une raison psychologique et aussi pratique, parce que c'est vraiment difficile de les faire hospitaliser directement. Avant j'appelais directement il n'y avait jamais de place, maintenant je fais un courrier: "prière d'admettre..." Et ils se débrouillent, c'est bête mais je suis obligée. »*

Certains s'adressent aussi vers les urgences psychiatriques, mais il s'agit de médecins exerçant à proximité de cette structure spécifique nancéenne. Il s'agit d'une unité d'accueil et d'orientation (située au sein du CHU de Nancy) pour réévaluation et éventuelle hospitalisation.

Dr. I :

*« J'hésite à téléphoner au CMP, quand c'est vraiment urgent, j'envoie aux urgences psychiatriques »*

Le Dr. J garde un souvenir marquant des urgences psychiatriques au domicile où il s'est senti seul et peu soutenu :

*« (... )pour les cas urgents, les patients passent par le service des urgences psychiatriques avec une lettre de ma part et là ils se retrouvent dans le circuit, et ils décident de les hospitaliser ou pas.*



*Sinon toujours sur les urgences ce qui était vraiment très difficile avant c'était les urgences au domicile du patient où on passait des fois 3 heures à négocier avec les pompiers les gendarmes et que personne ne se déplaçait du CMP, c'était vraiment pas normal. ».*

### **3. Les attentes des médecins traitants**

Les attentes sont étroitement liées aux motifs et facteurs de recours, et interrogent sur les besoins ressentis des médecins.

À cette question des attentes du recours spécialisé, les réponses des médecins interrogés se répartissent ainsi :

- **Aide ponctuelle pour un avis diagnostique :**

- ✓ Un trouble bipolaire:

Dr. I :

*« Quel type d'avis demandez-vous ?*

*- Je demande un avis sur le diagnostic quand j'ai un doute sur un trouble bipolaire, savoir si c'est une dépression ou un trouble bipolaire donc je pose carrément la question mais j'ai pas de réponse. »*

- ✓ Une démence débutante associée :

Dr. J :

*« Quelles sont vos attentes finalement quand vous adressez un patient ?*

*- Ça dépend. Dans certains cas on peut être par exemple dans un début de maladie d'Alzheimer avec des troubles anxio-dépressifs et là j'ai besoin du psychiatre comme neurologue, quitte à continuer la prise en charge (...) »*

- **Aide ponctuelle pour un avis médicamenteux :**

Lié à la prescription des traitements antidépresseurs dans des indications complexes (dépression associé à des troubles psychotiques), avec des risques d'interactions médicamenteuses, ou pour une adaptation de ce traitement :

Dr. D :

« Je pense à un patient que je suis qui est en maison de retraite depuis 18 mois maintenant. Je sens qu'il n'est pas bien. Alors il était suivi pour des troubles délirants là je n'ose pas le remettre sous antidépresseurs donc j'ai demandé un avis. Dans ce cas-là je demande un avis de spécialiste précis sur le traitement. »

Dr. I :

« Et puis après, sur un traitement que je mets en route, parce que j'ai l'habitude de mettre certains médicaments, je ne travaille pas avec tous les antidépresseurs, et que peut-être lui il a d'autres antidépresseurs. Justement pour ma patiente anorexique, il avait changé le traitement, et ça marche mieux, mais c'est un médicament que je n'ai pas l'habitude d'utiliser. Eux, ils ont plus l'habitude. Mais je n'ai pas eu de retour non plus, ça je l'ai vu parce qu'elle m'a montré l'ordonnance. »

Dans ces cas d'avis diagnostique ou médicamenteux, la demande est précise, technique et ponctuelle. Le psychiatre est ici consulté comme spécialiste ou expert.

- **Pour une prise en charge psychothérapeutique :**

L'orientation est plus ou moins précise vers un type particulier de psychothérapie selon la connaissance, l'intérêt des médecins pour les différentes thérapies et les relations avec les correspondants.

Dr. H privilégie une approche psychanalytique, dont il possède une connaissance assez pointue :

« (...) je propose plus souvent un psychanalyste un freudien car les lacaniens sont plus frustrants et il faut donc pour les patients une certaine aptitude à "encaisser" la

*frustration pour libérer sa parole. Bon mais la psychanalyse est tombée en désuétude, maintenant il faut tout classifier, mathématiser.»*

A l'inverse le Dr. I ne recommande pas particulièrement de psychanalystes :

*« (...) moi je ne suis pas très psychanalyste. J'ai deux trois psychiatres avec je bosse et dont j'apprécie la façon dont ils bossent. Après si le patient veut faire une psychanalyse, c'est son choix, je n'ai évidemment rien contre mais ce n'est pas moi qui vais lui proposer. »*

Le Dr. J oriente indifféremment vers des thérapeutes analystes ou comportementaux mais considère que la décision d'engager une thérapie émane du patient :

*« Quand les gens font la demande véritablement d'une psychothérapie peu importe laquelle analytique ou comportementale ou autre... là je donne des adresses et les patients y vont et cela se passe plutôt bien généralement. »*

Mais la demande est le plus souvent non orientée, « à l'aveugle ». Les médecins ne sachant pas précisément quel type de thérapie pratique le psychiatre vers qui ils adressent leur patient et même si il en pratique une.

Dr. B :

*« C'est si je sens qu'il y a un gros travail derrière, je pense que je n'ai pas les capacités psychothérapeutiques pour démarrer un travail donc je passe la main. »*

Cet avis est partagé par les autres médecins interrogés.

- **Prise en charge globale, sans attentes spécifiques :**

Cette demande correspond à un besoin du médecin de « **se décharger** ».

- ✓ Soit suite à un épuisement :

Après un investissement personnel important, le médecin veut sortir d'une situation trop lourde.

Dr. C :

« Et puis sinon c'est vrai quand il y a des grosses souffrances au travail par exemple, des grosses souffrances conjugales, c'est quand même bien de pouvoir se décharger d'une situation très lourde sur un psychiatre qui va pouvoir prendre en charge ».

Dr. B :

« -Quelles sont tes attentes ?  
Qu'il m'enlève une épine du pied ! (...) »

✓ Soit dans une attitude défensive :

Cette attitude est marquée par un rejet en bloc du patient, et des troubles mentaux comme le Dr.F

« À quel moment de la prise en charge ?  
- Plutôt au début. Je sens très vite que je ne peux pas prendre en charge. Je m'en débarrasse. Je botte en touche. »

• **Soutien dans leur propre prise en charge :**

Cette attente n'est pas clairement exprimée, moins précise qu'un avis ponctuel plus technique, mais elle nuance le fait que le médecin veuille simplement « se décharger » de son patient.

En effet dans les cas où le médecin s'est investi déjà dans les soins de son patient, il souhaite obtenir seulement un appui transitoire :

Dr. C :

« Même dans la façon de se comporter vis-à-vis du patient et d'être efficace dans la relation, on aurait un avis du psychiatre sur les traits de personnalité dominants ça permettrait de se positionner un peu plus facilement dans la prise en charge.»

Dr. D :

« -Quelles sont vos attentes lorsque vous adressez votre patient ?

De connaître le diagnostic pour m'aider dans la prise en charge (...) »

Dr. J :

« -Quelle est la spécificité du psychiatre par rapport au généraliste dans la prise en charge de la dépression?

« Ça me soulage ! Et puis il y a parfois de vraies névroses et pour ça, il y a besoin d'être aidé. »

# III. La collaboration entre médecins généralistes et psychiatres

## 1. Besoin de collaboration

Le recours vers les professionnels de santé mentale est donc un processus complexe, non systématique. Il dépend de multiples facteurs intriqués et traduit les difficultés ressenties par les médecins dans certaines prises en charge de patients dépressifs, d'autant plus qu'ils se trouvent seuls et « en première ligne ».

Les médecins interrogés expriment le besoin de collaborer avec les psychiatres, voire la nécessité, comme le Dr H.

« - Ressentez vous un besoin de collaboration avec les psychiatres ?  
- Un besoin, oui... Enfin oui, une nécessité. Moi, je vous dis, un peu comme dans tous les domaines en médecine générale, quand on bloque, on passe un peu la main. Dans la mesure où le patient est d'accord évidemment. »

Cette expression d'un besoin de collaboration n'est pas partagée par les Dr. A et F, qui par choix personnel prennent en charge peu de patients dépressifs.

Nous étudierons les différentes facettes de cette collaboration, la communication, les différents modes de collaboration et les relations entre généralistes et psychiatres.

## 2. La communication

Cette communication est jugée très mauvaise par la plupart des médecins interrogés car souvent inexistante. Cette mauvaise communication participe à la mauvaise qualité des relations.

### a) La communication verbale

La communication directe par téléphone entre ces deux professionnels est rare.

Les médecins estiment que les psychiatres (libéraux surtout) sont difficilement joignables (sur répondeur), ils limitent leurs appels de peur aussi de les déranger (pour le Dr. B), et les rares tentatives d'échanges sont jugées peu satisfaisantes par manque de clarté (pour le Dr. I) ou absence de réponses (pour le Dr. E) :

Dr. I :

*« Au téléphone, quand on se permet, car c'est vraiment se permettre de les appeler ; soit ils ne répondent pas du tout, soit... J'ai une patiente, dépressive, anorexique que j'ai voulu faire hospitaliser... et je voulais un avis : Il m'a dit qu'il ne pouvait pas me renseigner comme ça, qu'il fallait qu'il attende la première consultation, j'attends toujours (geste de dépit)... J'attends toujours une réponse, ne serait-ce que l'hospitaliser, selon l'IMC etc.... Simplement " une espèce" de collaboration quoi. Enfin, pour moi il n'y a aucune collaboration entre la médecine générale et la psychiatrie libérale. »*

Dr. E :

*« - Avez-vous des retours ?  
- Très rarement. Cela m'arrive exceptionnellement qu'ils appellent aussi quand ils ont des cas un peu particuliers mais rarement. Et quand on les appelle, on a un peu du mal à avoir des informations aussi. Ils restent assez évasifs, vagues. Ça suit son cours, etc. »*

Dr. B :

*J'ai toujours plus peur de beaucoup plus déranger qu'un autre spécialiste, j'ai un a priori, avant d'appeler, que ça va être compliqué pour eux de me prendre au téléphone. »*

## **b) La communication écrite**

Est jugée aussi quasiment inexistante (particulièrement avec les libéraux), à cause de l'absence de retour de courrier de ces spécialistes.

- **Courrier du médecin traitant**

Les attitudes sont assez contrastées, et relèvent d'une habitude de pratique soit quasi-systématique pour la majorité des praticiens, soit jamais (Dr. E et Dr. J)

Si les généralistes rédigent un courrier pour adresser leur patient, il s'agit d'un courrier standard, peu personnalisé, comportant le minimum d'informations cliniques, sans préciser leurs attentes (sauf dans le cas d'un avis « technique » : diagnostique ou médicamenteux précis).

A la question : Rédigez-vous un courrier ?

Dr. A :

*« Oui, systématiquement. C'est important mais souvent je ne mets pas grand-chose car je ne sais pas quoi leur dire. Par exemple " je vous adresse Mme X. que je suis depuis X. semaines pour un syndrome dépressif, les traitements donnés ne semblent pas être efficaces. Et elle nécessite une aide extérieure. »*

Ce courrier est volontairement impersonnel pour laisser au patient raconter son histoire.

Dr. E :

*« Je fais un petit courrier. Je reste assez succincte, souvent je mets: je vous adresse pour un syndrome dépressif persistant et après je laisse au patient. Je ne rentre jamais dans le détail du cheminement parce que je pense que le patient le fait lui. (...) je n'ai rien en retour. Du coup j'avoue, ça m'arrive même de ne plus en faire. »*



Ou pour ne pas influencer le médecin consulté, comme le Dr. B:

*« Oui j'en fait presque toujours. Alors je reste assez évasive, je mets mon sentiment mais j'essaye de ne pas trop rentrer dans le détail parce qu'ils ne veulent pas trop être influencés non plus. D'ailleurs beaucoup de patients me disent que le médecin lit mon courrier après les avoir vus. »*

- **Le parcours de soins coordonné :**

Seul le Dr. H a évoqué le courrier « obligatoire » pour permettre le remboursement maximum des consultations de spécialistes dans le cadre du parcours de soin :

*« Je fais un courrier, pour ne pas pénaliser, parce que maintenant avec la réforme il faut un courrier pour un spécialiste. Mais dans le temps, je ne faisais même pas de courrier. »*

Pour rappel, depuis février 2006, le recours vers le psychiatre est :

- pour les moins de 26 ans, en accès spécifique: accès direct autorisé avec tarif de consultation fixe.
- au-delà de 26 ans : En accès coordonné sur adressage du médecin traitant avec des conditions tarifaires fixes sans dépassement autorisé (en suivi régulier ou ponctuel)

En accès direct « hors coordination » sans passer par son médecin traitant avec un remboursement moins avantageux (détails des tarifs en Annexe n° 2)

Donc ce courrier est recommandé pour permettre au patient (au-delà de 26 ans) d'obtenir les meilleures conditions de remboursement.

- **Absence de retour de courrier :**

Cette absence de communication écrite des psychiatres est révélatrice d'un manque de coordination et s'avère problématique, car les médecins traitants ont la charge d'initier les demandes d'ALD, comme l'explique le Dr. D :

*« D'accord, vous aimeriez plus collaborer avec les psychiatres alors ?*

*- Eh bien oui. Par exemple, vous voyez en 15 ans de pratique, j'ai deux courriers seulement de libéraux un peu plus des hospitaliers, quand même. Alors je peux vous dire c'est quoi: la première c'est pour me dire de faire une prise en charge en ALD, alors il me met les motifs parce que j'avais demandé avant au patient que son psychiatre me donne les motifs" officiels"... Et le deuxième c'était un patient que je lui avais demandé de voir en urgence avant une mise en examen donc c'était un peu aigu. ».*

Cette absence de retour d'information déçoit le Dr. I qui ressent une frustration intellectuelle :

*« Ressentez-vous un besoin de collaboration avec les psychiatres ?*

*Ah oui. Tout à fait. Mais je pense que le retour n'est pas vrai. Enfin n'est pas là ; nous, on travaillerait volontiers avec eux on leur fait une lettre mais on n'a jamais de retour, jamais, jamais.*

*- Pour revenir sur l'absence de retour, c'est assez frustrant intellectuellement (...)*

*Par exemple, avec des patients bipolaires, j'ai beaucoup de mal. Quand je fais une lettre, et je ne fais pas une lettre pour tous, loin de là. Donc quand je prends la peine de faire une lettre détaillée avec le traitement instauré les doses, la clinique et qu'en pensez-vous ? J'estime, que je pourrais avoir un retour comme avec n'importe quel spécialiste. Je ne me sentirais pas offusquée s'il me répondait non je ne pense pas parce que. »*

Le Dr. C semble également déçu, en comparaison avec des collègues d'autres départements où la communication est présente :

*« Etes-vous gêné par cette absence de courrier ?*

*- On ne sait pas vraiment où en est le patient, comment il évolue, enfin à part ce qu'il nous dit mais des fois dans les cas difficiles on aimerait bien confronter nos avis et comme je l'ai déjà dit ce n'est pas facile d'avoir le psychiatre au téléphone on se sent un peu seul. Mais apparemment ce n'est pas partout pareil parce que quand je discute avec des confrères il y a des départements où les psychiatres communiquent bien mais là, c'est vrai aussi bien pour les psychiatres de ville qu'au CMP. »*

Et peut accroître l'hostilité envers le psychiatre, quand il est interprété comme

- ✓ signe d'un mépris envers le généraliste pour le Dr. F

« -Recevez-vous un retour?

- Jamais. Les psychiatres ne savent pas écrire. Ils doivent penser que le généraliste n'existe pas.

- ✓ signe d'un manque de respect avec un « détournement de clientèle » pour le Dr. A

« - Recevez-vous des courriers en retour ?

- Très peu très peu, c'est même quasiment jamais (rires) et c'est quelque chose que je peux reprocher aux psychiatres et j'ai également l'impression qu'il y a un détournement de clientèle. Il n'y a pas de retour (...) »

- **La question du partage d'informations**

L'absence de réciprocité des échanges peut être perçue comme un refus délibéré de collaborer de la part des psychiatres, posant la question du **secret partagé**.

Dr. I :

« -Comment faites-vous alors quand vous adressez un patient ?

- Maintenant, je commence beaucoup à travailler avec le CMP est effectivement, eux, ils font une lettre, au début en tout cas. Les libéraux vers qui j'adresse, je les connais enfin pas personnellement mais je n'ai jamais de retour.

C'est comme si c'était secret, hyper secret. C'est un secret médical qu'ils ne peuvent pas partager avec d'autres médecins. Et des fois le patient revient ici parce qu'il n'est pas mieux pas calmé, on est obligé de lui demander ce que le psy lui a donné pour ne pas faire de doublon. Non, rien, aucun retour, pas si ça va mieux, si ça va moins bien, ce qu'on envisage de faire. Et, pour tous que ce soit pour de la psychiatrie lourde, psychoses ou des dépressions, non, il n'y a pas de collaboration. »

Cette spécificité de communication avec cette question du partage de l'intime est reconnue par les médecins généralistes.

Nous avons vu qu'eux-mêmes prennent des précautions lorsqu'ils rédigent un courrier volontairement peu personnalisé. Le Dr. C craint qu'en dévoilant l'intimité de son patient dépressif celui-ci ne se sente plus fragilisé encore :

*« C'est vrai que moi je fais des lettres très succinctes que je remets à la personne et je lui dis qu'elle expliquera au psychiatre ce qui se passe, c'est votre intimité dont vous expliquerez au psychiatre. C'est vrai que bon, en général je ne fais pas de lettres fermées, je fais une lettre que je remets au patient en mettant assez peu de chose finalement...euh ... Juste un résumé de ce qu'il m'a dit, parce que j'ai toujours peur qu'il ait l'impression qu'on va dire des choses dans son dos. Parce qu'il y a des patients qui ont un peu honte de se retrouver dans une situation de dépression et qui se dévalorisent et qui du coup se sentent vulnérables et insécurisés. C'est vrai alors que jouer la transparence avec les autres médecins, cela me semble utile. »*

Ils sont conscients que le psychiatre a une place particulière, qu'il est porteur d'un secret particulier : l'histoire intime du patient et que résumer une thérapie peut s'avérer complexe (même impossible dans une thérapie analytique).

Mais certains ne comprennent pas ce refus total de partage d'information (ce culte du secret comme l'a exprimé le Dr. I précédemment), ils dérogent à une forme de devoir médical.

Ils ne demandent qu'un minimum d'informations concernant leurs patients.

Dr. C :

*« Bon, pour les dépressions, c'est vrai que je comprends aussi que quand il y a un travail sur le fond, rechercher la fragilité de la personne ce n'est pas forcément obligatoire de le retranscrire. Enfin, ça reste entre le patient et le thérapeute mais après, sur l'évolution de la thymie : est-ce que la personne s'améliore, est ce qu'il*

vaut mieux être prudent car il y a des idées suicidaires, ça on n'a pas de communication là-dessus. »

Dr. B :

*Est-ce une relation différente par rapport aux autres spécialistes ?*

*« Oui, j'ai des courriers où ils me disent que ce qu'ils font. On aurait besoin peut être de créer plus de liens téléphoniques, pour parler des patients qui ont des suivis sur la longueur... à défaut d'un courrier, je comprends que ce soit difficile, en même temps, ils sont pas obligés de tout nous raconter non plus, enfin c'est complexe... (Réfléchit) (...). Un petit retour d'autant maintenant qu'on travaille avec internet on a des courriers sécurisés. J'ai débuté tel type de travail avec tel traitement, je ne demande pas de truc hyper précis et puis si c'est compliqué, peut être proposer que l'on puisse se rencontrer quand même, enfin se téléphoner ».*

Le Dr. H décrit bien cette spécificité de communication comparativement à la communication médicale classique entre spécialistes où le partage d'informations est balisé et codifié :

*« Pourtant cette collaboration est parfois décrite comme problématique, comment l'améliorer?*

*- C'est difficile, ça relève tellement de l'intime et de la parole; un cardiologue c'est simple il a fait une écho, un ECG, donc telle attitude ensuite, alors que c'est du domaine de l'intime, là, le patient d'ailleurs dit des choses au psy qu'il ne dirait pas à moi (...) j'attends pas de la part d'un psy qu'il m'écrive, certains patients ne demandent : il vous a écrit? Moi je leur dis non, qu'ils m'écrivent pour me dire quoi, pour résumer en une page sa thérapie ? »*

- **Apport d'un retour d'information :**

- ✓ Intérêt pour améliorer la qualité des soins

- Question pratique : vient-il aux consultations, a-t-il stoppé son suivi ?

Dr. B :

« Peut être plus de courrier pour au moins nous dire si au moins les gens y vont, c'est la base, sans pour autant qu'ils me racontent tout. Parce qu'il arrive que les gens nous mentent, nous disent qu'ils y vont alors qu'ils n'y vont pas... ».

- Connaissance des traitements prescrits pour ne pas faire « doublon » pour le Dr. I.
- Connaissance du diagnostic, pour adapter sa communication et se positionner dans la relation avec son patient, cité par le Dr. E.

« ...et qu'en pensez-vous de cette quasi-absence de retour ?

- J'aimerais bien quand même avoir un retour pour savoir ce qu'ils en pensent, un trouble psychiatrique sous-jacent par exemple. Et je pense que ça pourrait nous aider car les patients on continue à les voir même pour d'autres choses donc on n'en reparle et on ne sait pas trop ce qui a été dit par le psychiatre, comment ils avancent avec lui et quel discours on doit avoir aussi par rapport à lui.»

- Connaître l'évolution et le pronostic éventuel, initier une demande d'ALD.

✓ Intérêt pédagogique :

Pour confronter leur avis à celui du spécialiste, affiner leur connaissance clinique et thérapeutique, leur connaissance des différentes psychothérapies existantes et leurs indications. Cela leur permet également d'améliorer leur pratique pour les futurs patients dépressifs qu'ils auront à soigner.

Dr. D :

« Quelles sont vos attentes lorsque vous adressez votre patient ?

*De connaître le diagnostic pour m'aider dans la prise en charge, parce que je sais plus forcément et puis ça m'aiderait pour le suivant. Ça me permettrait de me former. Je me tiens informé aussi par la lettre des confrères. J'aime bien, comme les lettres de dermato par exemple. Mais bon on est tellement dans deux mondes séparés avec les pysys. Voilà pour mon patient mais aussi pour moi. »*

Dr. B :

*« J'aimerais bien savoir quel type de thérapie ils utilisent, une thérapie de soutien ou autre chose. Je ne suis pas très forte en thérapie ça m'apporterait aussi pour ma formation de savoir ça.... »*

### **En résumé :**

**Reconnaissance de la spécificité de cette communication avec la question du secret partagé**

**Une communication directe inexistante**

**Une communication indirecte non réciproque**

## **3. Les types de collaboration**

Nous étudierons l'organisation pratique des suivis après recours auprès des psychiatres et les opinions des médecins sur ces différents modes de suivi.

Au-delà de cet aspect pratique, nous analyserons cette relation triangulaire qui s'instaure entre patient, médecin généraliste et psychiatre, où peuvent se jouer des problèmes de rivalité, de secret et d'enjeu psychologique (34).

- **Le suivi global par le psychiatre :**

Celui-ci assure de manière exclusive le suivi du patient dépressif tant au niveau du traitement que de la thérapie. C'est le mode de suivi le plus fréquent et le plus souvent tacite en l'absence de courrier.

La plupart des médecins sont peu satisfaits d'autant plus qu'il n'existe aucune coordination ni communication, le psychiatre ne l'informant ni sur ce qu'il fait, ni sur les traitements qu'il instaure, contribuant à une certaine opacité de son suivi. Il est informé par le patient qui joue ici un rôle d'intermédiaire ou de « messenger ».

De plus, Le médecin traitant perd un rôle actif (prescripteur) avec un sentiment de « dépossession » du patient, aggravé par le fait que souvent il ne revoit plus son patient, le psychiatre assurant le suivi exclusif.

Dr. D :

| « (...) Sinon pour les psychiatres qui prescrivent oui on ne les revoit plus (...) »

Dr. A :

| (...) « J'ai également l'impression qu'il y a un détournement de clientèle. Il n'y a pas de retour. C'est-à-dire qu'ils pourraient très bien me dire : je suis votre patient ou nous le suivrons conjointement mais non. Enfin, ceci dit ça m'arrange; c'est vrai qu'on a l'impression qu'une fois qu'ils vont voir le spécialiste on ne les voit plus pour le problème là ; j'ai l'impression qu'ils rentrent comme dans un circuit et ça frôle l'incorrection de la part des psychiatres. »

Le Dr. I soulève les conséquences sur le patient de cette « non-coordination » quand ceux-ci abandonnent leur suivi. Cette situation est le reflet d'une rivalité entre les deux professionnels lorsque la question de la responsabilité de la prise en charge n'est pas clairement définie.

| « Et puis parfois on les revoit six mois après ils ont tout arrêté les traitements, le psy et on assiste à une rechute. Bon, si le patient a décidé d'arrêter de le voir - ce qui d'ailleurs n'est pas facile je pense à exprimer pour le patient - d'accord mais le psychiatre pourrait lui dire, revoyez votre médecin traitant. Ce n'est pas avec trois mois de traitement par Prozac qu'une authentique dépression se guérit. »

Le Dr. G évoque son expérience avec un psychiatre libéral :



*« Vous les adressez donc en priorité vers la psychiatrie publique, et les psychiatres libéraux ?*

*- Et d'un, j'en connais pas, voilà (rires) et de deux, les quelques expériences que j'ai eu, on ne les revoit plus jamais, jamais. C'est même fou ils arrivent à renouveler le traitement du diabète ou de l'hypertension. Donc, c'est des malades qu'on ne voit plus jamais, et ça je trouve que c'est désagréable. Bon c'était particulier d'un psychiatre libéral qui maintenant est parti en retraite. »*

Comparativement, le Dr. G est satisfaite de la collaboration actuelle avec l'équipe hospitalière à qui elle adresse ses patients, aidée par de bonnes relations et une bonne coordination avec des consignes claires sur le suivi.

*« En êtes-vous satisfaite, est-ce clair sur les modalités de la prise en charge ?*

*-Ah oui, bon c'est variable pour les prises en charge mais c'est dit clairement dans les courriers : Mr X reverra notre équipe tous les... Ah ben oui ça c'est clair »*

*- Finalement vous semblez entretenir de bonnes relations avec les psychiatres de cette unité ?*

*- Ah oui il n'y a pas de souci, j'ai même le Dr. Y chef du service qui m'a appelée pour m'informer sur un patient pas plus tard qu'aujourd'hui »*

Le Dr. H, également, semble relativement satisfait à la fois de sa collaboration en général avec les psychiatres et de ce mode de suivi, même en l'absence de retour. Il garde tout de même un rôle central dans le suivi et prend la responsabilité de réorienter son patient vers un autre psychiatre s'il l'estime nécessaire.

*« Et est-ce qu'il y a des difficultés au niveau relationnel, au niveau de la collaboration avec les psychiatres ?*

*- Des difficultés ? Euh...non, il n'y a pas de difficultés, oui, la prise en charge est un petit peu longue en ville, parce qu'ils sont surbookés (...) Après, moi je vous dis je réévalue quand on se voit pour tout autre chose (...) »*

*Je leur demande comment ça va ? Est-ce que ça s'est bien passé ? Des fois ils me répondent " ah ben non ça ne va pas", donc si le patient voit que ça ne va pas avec un*

*type de psychiatre, moi je change. Voilà quoi, si telle prise en charge ne convient pas, on n'en rediscute avec le patient pour aller voir quelqu'un d'autre. »*

- **Le suivi conjoint :**

- ✓ Psychiatre thérapeute (psychanalyste) et médecin généraliste prescripteur :

Cette situation n'est pas rare et peut être mal vécue par le médecin qui se retrouve limité à un rôle de prescripteur :

Dr. D :

*« Après quand comment s'organise la prise en charge?*

*- Eh bien c'est variable mais de toute façon n'a pas de retour donc c'est le patient qui nous dit éventuellement. Il y a des patients qui disent : " je viens chercher mon traitement j'ai vu le psychiatre et il m'a dit qu'il ne s'occupait pas de traitement" oui on n'en a quand même [...] Pour ceux qui ne prescrivent pas c'est parfois pas évident pour nous parce qu'on ne sait pas, et puis après c'est un peu fort parce qu'on est accusé de trop prescrire anxiolytique ou antidépresseur... Oui très bien mais comment fait-on? »*

Dr. I :

*« -Comment s'organise le suivi alors ?*

*Ça dépend. Il y des psys qui ne donnent pas de médicaments et qui font que de la psychanalyse et le médecin gère le traitement. Mais il n'y a pas de collaboration, on ne sait pas ce que l'autre fait. On a juste le retour du patient qui dit, je vois le psy une fois par mois et c'est vous qui me donnez les médicaments. Pourquoi ? Bon cela concerne les psychanalystes purs, et moi je ne suis pas très psychanalyste. »*

Le Dr. J, au contraire, rejoint plutôt le Dr. H et semble satisfait de sa collaboration en général et de ce mode de suivi double, même s'il ne reçoit pas de retour. Il prévient toute forme de rivalité dans cette relation à trois, en responsabilisant le patient et en lui demandant de ne pas faire pression sur l'un ou l'autre des médecins.

« Et recevez-vous des retours ?

- Très rarement. Ça ne me dérange pas du tout. Avec le patient il y a une confiance et il vient me raconter ce qu'il veut. Parfois, il fait sa psychothérapie et moi je continue les antidépresseurs et ça je trouve ça très bien. Je demande au patient de jouer le jeu et de ne pas faire pression sur l'un ou l'autre. »

- Au final vous semblez assez satisfaits de vos relations avec les psychiatres ?

- Oui, je n'ai pas de souci particulier (...) »

✓ Généraliste et psychiatre co-thérapeutes :

Là encore en l'absence de coordination et de détermination claire des rôles et responsabilités de chacun, cette collaboration peut s'avérer compliquée, comme le décrit le Dr. B. Il se crée une situation de rivalité entre les deux professionnels que le patient lui-même peut aggraver (comparaison des deux médecins).

« Est-ce plutôt une prise en charge globale ou un suivi conjoint ?

- C'est le problème du suivi conjoint, parce que je ne suis pas toujours d'accord avec leur traitement, notamment les tout derniers antidépresseurs qui viennent de sortir.. et pour lesquels je n'ai pas toute confiance. Je suis parfois un peu gênée avec les traitements qu'ils mettent en place, surtout quand moi j'ai déjà débuté quelque chose et qu'ils changent tout et qu'ils mettent autre chose. Enfin bon c'est normal aussi, ils prennent en charge le patient donc je ne peux plus rien dire. Du coup, le patient il m'échappe de toute façon.

Je pense qu'une fois qu'il voit le psychiatre, je ne peux plus rien toucher. Le traitement il est mis d'une telle façon, si je le modifie, il sera remis comme avant par le psychiatre. En fait, c'est délicat. C'est peut-être pour ça d'ailleurs que je les envoie moins qu'avant. Je prends un peu d'assurance (...) Parce que ça me dérange parfois les propositions thérapeutiques. Donc je me dis si j'en suis pas contente et bien je n'ai qu'à le faire moi même.

*Et puis le retour des patients, est parfois un peu mitigé aussi. Ils me disent; " il ne fait juste que prescrire des médicaments. Certains même:" j'ai l'impression de plus parler avec vous qu'avec lui". Ça me questionne mais qu'est ce qu'il fait? (...) »*

✓ suivi conjoint par le généraliste et l'infirmier psychiatrique (CMP)

Le Dr. B préfère ce mode de collaboration où les rôles sont plus clairement définis, où le médecin garde le rôle principal et la responsabilité du suivi du patient notamment au niveau du traitement, aidé par un infirmier psychiatrique qui assure un soutien au patient par des entretiens réguliers.

*« Je suis capable de me débrouiller quand même et quand je les adresse, c'est plus pour un soutien. C'est pour ça que j'aime bien les infirmières psy du CMP, qui m'apportent vraiment un plus ; ce suivi à deux c'est vraiment très bien. Les gens discutent plus longtemps Je pense qu'elles prennent beaucoup plus le temps que le psychiatre. »*

Le Dr. E par contre estime que ce soutien infirmier est limité car il ne diffère pas de la psychothérapie de soutien pratiquée par le généraliste.

*« Le problème avec le CMP c'est qu'ils sont vus uniquement enfin au début par les infirmiers et je ne suis pas sûr que ça apporte plus que ce qu'on fait déjà, pas toujours en tout les cas. »*

**Au total :**

**Les collaborations vécues comme insatisfaisantes sont favorisées par un manque de communication global entre psychiatres et généralistes créant des situations de confusion, de rivalité et de conflit. Ces situations surviennent quand la responsabilité de la prise en charge n'est pas clairement définie.**

**Au contraire : les collaborations vécues comme satisfaisantes ne sont pas associées à un mode de suivi particulier ni à la présence systématique d'un retour d'informations mais plutôt à la qualité des relations entre les intervenants.**

## 4. Les relations entre médecins généralistes et psychiatres

Les adjectifs employés pour qualifier cette relation :

- Inexistantes marquées par une absence de communication
- Cloisonnées (« deux mondes à part »)
- Satisfaisantes pour seulement trois médecins (pour les Drs. G, H et J)

Le Dr. C le regrette :

*« Finalement on est chacun isolé dans notre prise en charge et parfois un peu seul et j'ai l'impression que le psychiatre se sent un peu seul dans sa prise en charge aussi du coup. Chacun a pris l'habitude de travailler dans son coin et chacun en a pris son parti. »*

Le Dr. A est fataliste :

*« Finalement les relations avec les psychiatres semblent différentes par rapport aux autres spécialistes ?*

*- Ah oui c'est pas du tout pareil il me semble que c'est deux mondes à part... (réfléchit).. elles ne sont pas tendues, ni anti-confraternelles, mais j'ai l'impression que c'est comme cela que ça doit se passer. C'est presque normal finalement et c'est une tradition, ça choque personne quoi. Autant si je n'ai pas de compte rendu gastro-entérologue, je vais rappeler, autant chez les psychiatres, bah ça ne m'inquiète pas. »*

La qualité de cette relation dépend de divers facteurs, comme la qualité de la communication indirecte et surtout directe, mais également de :

- **La connaissance personnelle**

La relation personnalisée facilite la collaboration, le Dr. J semble regretter le départ d'un confrère psychiatre :

Dr. J :

« Et c'était assez facile avant car je m'entendais bien avec un psychiatre libéral qui prenait en charge mes patients mais il est parti en retraite il m'a donné quelques adresses mais pour l'instant, on n'a pas accroché de la même façon donc voilà c'est tout.

- Pour revenir sur vos correspondants, vous évoquiez un psychiatre à qui vous adressiez vos patients. Le connaissiez-vous personnellement ?

- Non pas personnellement mais une fois j'étais allé assister à une de ses conférences. C'était facile, je l'appelais, il me disait : oui je vois ou je ne vois pas le patient(...) »

Certains médecins interrogés ont constaté qu'ils ne connaissaient pas personnellement leurs correspondants psychiatres parce qu'ils n'avaient jamais eu l'occasion de les rencontrer, contrairement à d'autres correspondants spécialistes qu'ils ont déjà vus lors de formations, réunions en commun, ou d'enseignements post-universitaires (EPU).

Un autre mode de contact direct apprécié par les médecins généralistes est la présentation des spécialistes libéraux au moment de leur installation.

Dr. C :

« Et les connaissez-vous personnellement ? Non.

- Et comment l'expliquez-vous ?

- C'est vrai que pour la plupart des psychiatres on n'a pas de formation avec eux, parce que les autres spécialistes on peut les avoir rencontrés lors de formations autant les psychiatres de ville on les rencontre jamais ; finalement on n'a pas l'occasion de se connaître... Oui, chacun reste dans son coin. »

Dr. B :

« Non je ne les rencontre pas, C'est peut-être un peu le problème aussi. J'ai des noms par mes collègues qui ont l'habitude de travailler avec ces personnes -là. »

Le Dr. G estime que la collaboration avec les spécialistes, quelque soit leur spécialité, repose sur ce principe de connaissance personnelle. Le médecin s'est créé au fil de sa pratique un « carnet d'adresse », un réseau personnel de correspondants avec lesquels il travaille en étroite relation et en confiance.

*« Comment expliquez-vous hors de votre cas cette quasi-absence de communication entre les généralistes et les psychiatres ?*

*- Ben je ne sais pas j'en sais rien... (Réfléchit)... bah déjà le fait de ne pas les connaître quand même, je pense que le jour où on en connaît un, ça va bien. De toutes façons pour les autres spécialistes c'est pareil enfin on envoie à ceux que l'on connaît, il y a des cardio par exemple à qui je n'envoie jamais personne, parce que je ne les connais pas c'est tout... »*

*- Et comment les connaissez-vous les autres spécialistes alors?*

*- Il y a déjà ceux que l'on connaît de nos études, il y a ceux qui ont fait l'effort de venir se présenter ici et il n'y en a pas des tonnes et puis sinon à un EPU, des trucs comme ça, des soirées de formation. Et c'est vrai qu'il n'y a jamais les psychiatres de ville.»*

Mais ces différentes démarches nécessitent un effort et une volonté commune de se connaître.

- **La reconnaissance personnelle**

Cette reconnaissance personnelle s'instaure grâce à un lien de confiance et la reconnaissance de compétences spécifiques ou complémentaires du psychiatre.

Le Dr. G accorde sa confiance par le lien direct, l'effort d'ouverture vers les généralistes et la qualité de la communication :

*« Un des anciens chefs de service du secteur, le Dr. X était venu présenter la structure publique hospitalière les consultations etc. et ça c'était bien. En dehors de lui, si je vois de temps en temps le Dr. Y, je l'ai eu au téléphone ce matin et ça se passe bien, non les informations passent quand même... »*

Le Dr. H est en confiance, car il s'intéresse à ce domaine, ressent une certaine affinité intellectuelle, avec les psychiatres dont il reconnaît les compétences spécifiques.

« Et sinon pensez-vous que la prise en charge de la dépression chez les psychiatres est différente ? »

- Ça dépend du type de psychiatre. D'une part, théoriquement, ils sont plus formés que nous en psychothérapie de soutien et en thérapie analytique je n'en parle même pas..

- Finalement la collaboration avec les psychiatres ne semble pas vous poser de problèmes ?

- Oui ça se passe plutôt bien, la psychiatrie est un domaine qui m'intéresse donc j'aborde ça assez facilement. »

Le Dr. J le rejoint : dans sa pratique de généraliste, il se sent proche des psychiatres à la fois dans ses compétences relationnelles et l'abord du patient.

« Estimez-vous que les relations entre généraliste et psychiatre soient différentes par rapport aux autres spécialistes ? »

- Non, je ne pense pas. Ils ont un rapport avec leur patient proche de celui que les généralistes ont également avec leurs patients. »

Pour les autres médecins estimant cette relation inexistante ou cloisonnée, ils regrettent surtout l'absence de communication avec les psychiatres, mais ils ne remettent pas en cause leurs compétences spécifiques qu'ils reconnaissent :

✓ **Savoir théorique** : spécialiste de la clinique psychiatrique :

Le Dr. C :

« Quelle est la spécificité du psychiatre par rapport aux généralistes dans la prise en charge du patient dépressif ? »

- Il peut aller plus loin dans la recherche des fragilités de la personne. C'est vrai qu'en médecine générale on a tendance à fonctionner par référent, un spécialiste à qui on fait confiance dans les cas délicats et chez les personnes qui sont borderline



*ou bipolaires ou quand on ne sait pas si il y a une psychose en dessous, là l'expertise du psychiatre va être importante, dans ces cas on a du mal à s'en sortir. »*

✓ **Savoir relationnel :**

- capacité de « cadrer » la relation (les Dr. E et I),
- capacité d'analyse et de recul, comme le décrit le Dr. I :

*« Quelle est la spécificité des psychiatres dans la prise en charge des dépressifs par rapport aux généralistes ?*

*- Moi je pense qu'ils sont plus aptes que nous à analyser leurs problèmes leur donner les clés pour cheminer (...) Moi je n'arrivais pas à le faire. Je n'arrivais plus à prendre le recul. Ils ont peut-être réussi à les orienter, les recadrer. »*

• **Image du psychiatre**

Cette reconnaissance et cette confiance sont également influencées par l'image du psychiatre et de la psychiatrie.

Le Dr. H estime que trop de généralistes ont une image faussée de la psychiatrie:

*« Pensez vous au final qu'il existe avec certains généralistes, un " cloisonnement" avec le monde de la psychiatrie?*

*- Oui, moi, il y a beaucoup de généralistes qui appréhendent mal la psychiatrie.*

*Pour eux c'est un milieu fermé, c'est les fous, l'internement...*

*- Plus par méconnaissance alors?*

*- Oui ou bien quand on n'arrive pas à s'en sortir, allez hop ! chez le psy »*

Le Dr. A garde une certaine méfiance générale vis-à-vis des psychiatres qu'il considère comme trop techniques, manquant de sens pratique ou « farfelus », distants, déconnectés des réalités, comparativement aux psychologues ; le psychiatre qu'il connaît lui apparaissant plutôt comme une exception, de contact direct, accessible, pragmatique.

*« Connaissez-vous personnellement certains psychiatres ?*

*- Oui je connais le Dr. R, ancien psychiatre du CMP qui s'est installé car il s'est présenté. J'aime bien travailler avec lui, car des fois il dit clairement par téléphone : « au bout de x séances, là je ne peux plus rien apporter à ce patient. Il ne fait pas de «l'alimentaire» contrairement à d'autres. C'est le seul que je connais personnellement (...) Alors j'adresse aussi aux psychologues, ils sont tous venus se présenter, ils ont un peu plus « les pieds sur terre » par rapport aux psychiatres. J'ai bien connu une psychologue hospitalière que je trouvais très bien, et je n'ai jamais pu lui envoyer des patients car elle ne s'occupait que des patients hospitalisés. Ils sont moins techniques et moins « farfelus »*

*Pour moi, le psychiatre c'est Freud, le moi, le surmoi tout ça, j'ai jamais adhéré.»*

Pour le Dr. B, l'absence de coordination et de relation directe, l'opacité du suivi, la méconnaissance de leur pratique crée une relative méfiance avec remise en cause de leurs compétences spécifiques et de leur utilité dans le cas de la dépression, comparativement au généraliste.

Par ailleurs cette méfiance semble renforcée par une image impressionnante du psychiatre :

*« Parce que c'est bête, mais je ne sais pas comment ça se passe dans le cabinet d'un psychiatre, j'ai peut être une vision très " imaginée" du psychiatre, très " fantasmée", par les lectures, les médias, enfin " le divan" tout ça (rires)...*

*Mais quand j'interroge les patients ils me disent que ça se passe dans un bureau et qu'il leur demande si ça va, finalement c'est assez proche de ce que je fais-moi, l'écoute active. Donc je me demande est-ce qu'il y a vraiment un intérêt pour le syndrome dépressif, pas pour les autres gros syndromes psychiatriques que je ne souhaite pas prendre en charge.*

*- Quelle est sa spécificité finalement par rapport au généraliste ?*

*- Eh bien pas grand-chose finalement d'après les retours des patients. En plus j'ai cette connaissance du patient parce que je connais les enfants sa famille, je suis au courant de certains conflits familiaux. Peut-être le patient ne peut pas tout raconter (...)*

- Comment pourrais-tu qualifier ses relations finalement ?

- C'est une collaboration utile pas indispensable et cordiale. Mais je pense qu'on pourrait développer plus de choses. Je reste assez dubitative sur ses relations, oui c'est l'adjectif, surtout à cause du manque de retours; ils les prennent en charge quand j'ai besoin c'est sûr, ou en hospitalisation. Et c'est bien. Mais je peux pas dire que je sois en pleine confiance quand je leur adresse mes patients, que je sois sûre de leur prise en charge, je me dis toujours peut être je pourrais faire moi". »

Le Dr. F est lui très défensif avec de nombreux préjugés, sur la maladie mentale et sur les psychiatres, décrits comme déconnectés ou déséquilibrés.

Il remet en cause leurs compétences : non évaluables, leur absence de logique de prise en charge, leur manque d'intérêt pour le patient ; l'emploi de thérapeutiques trop agressives.

« Le syndrome dépressif normal, avec des antidépresseurs on s'en sort très bien. Il n'y a pas besoin d'envoyer chez le psychiatre tous ceux qui ne vont pas trop bien dans leur tête. Pour moi je n'aime pas trop les psychiatres. Il y en a qui sont corrects, d'autres qui n'arrêtent pas de mettre des médicaments, des sédatifs des neuroleptiques qui rendent les gens plus malades qu'ils ne sont. Enfin je pense surtout aux patients psychotiques qui sortent d'hospitalisation. Ils ont aussi tout un tas de correcteurs avec ces traitements comme ceux qui ont des injections tous les mois, c'est trop lourd, ça les fait grossir, trembler...

- Si vous aviez un adjectif pour qualifier ces relations ?

- Eh bien inexistantes ; non elles n'existent pas. Ils ne téléphonent jamais ils ne font pas de courrier. On ne les voit jamais aux formations continues. Ils restent dans leur petit monde et on n'en entend pas parler.

- Comment expliquer cela ?

- Je ne sais pas. Enfin il y a pas mal de psy qui sont psy eux mêmes. Franchement c'est une catégorie de spécialistes que je n'aime pas trop donc je leur envoie très peu de monde. Ils ne sont pas toujours très logiques dans leur prise en charge enfin plus le plus souvent on ne connaît pas leur prise en charge. Je n'ai pas une très bonne opinion des psychiatres. Chaque psychiatre est vraiment très particulier, il y en a un

*qui peut être très bon et l'autre très mauvais. Ils ne sont pas du tout standards en fait »*

**Au Final :**

**La qualité de la relation dépend aussi de la connaissance et de la reconnaissance des compétences spécifiques des psychiatres**

**Importance de l'image et des représentations associées à la psychiatrie**

## **5. Des pistes d'amélioration**

Quelques pistes ont été avancées au cours des entretiens pour améliorer la collaboration.

- **Au niveau des relations entre professionnels :**
  - Favoriser les rencontres interprofessionnelles, et les formations communes (les Drs. B, C, G)
  
- **Améliorer la communication directe :**
  - Par des échanges téléphoniques en améliorant l'accessibilité : créneau défini où le psychiatre peut être joint par téléphone. (le Dr. C)
  - Utilisation de nouveaux outils de communication comme les courriers électroniques sécurisés par internet. (le Dr. B)
  
- **Au niveau du secteur psychiatrique :**
  - Le promouvoir en présentant aux généralistes ses différentes structures (le Dr. G) ;

- Améliorer l'accessibilité et la lisibilité des soins ambulatoires : plaquette d'information regroupant les numéros des CMP (le Dr. I)
  
- **Au niveau de la formation :**
  - Proposer une formation d'approche aux différentes thérapies (le Dr. B)
  
- **Au niveau de la prise en charge du médecin généraliste :**
  - Revaloriser<sup>6</sup> les actes de soins aux patients déprimés et plus spécifiquement les actes de psychothérapie (le Dr. I)

---

<sup>6</sup> Soulignons que le test de diagnostic de la dépression : Test de Hamilton donne lieu à une cotation CCAM : Code = ALQP003 - Tarif = 69,12 € applicable 1 fois par an. Cette question n'a pas été abordée au cours des entretiens.

# Discussion

---

# **I. Forces et faiblesses de l'étude**

## **1. Le choix de la méthode**

Le but de l'enquête était d'analyser la perception des généralistes sur leur collaboration avec les psychiatres dans la prise en charge des patients dépressifs.

Cette méthode qualitative par des entretiens semi-dirigés, en favorisant l'expression libre des médecins, a permis d'approfondir ce sujet, de recueillir une variété de points de vue et un matériau d'analyse intéressant.

Ils se sont ainsi exprimés en toute sincérité sur leurs difficultés dans la prise en charge des déprimés, se questionnant sur leurs pratiques, leur relations avec leurs patients ; mais également sur leur attentes et leur vision de cette collaboration avec les psychiatres.

Cette méthode s'est montrée adaptée pour tenter d'appréhender les représentations des médecins sur la dépression, les psychiatres et la psychiatrie en général et en quoi cette représentation influe sur leurs pratiques et leurs relations avec les psychiatres.

## **2. Le nombre de médecins interrogés**

Une étude qualitative n'a pas pour but d'être représentative, contrairement aux études statistiques. Elle ne cherche pas à étudier les pratiques des généralistes à partir d'un échantillon représentatif.

Elle cherche à obtenir de nombreux avis et opinions sur un sujet donné, le but étant d'arriver à saturation de ces données.

Dans notre enquête, nous avons interrogé des médecins aux caractéristiques variées tant au niveau des pratiques, que du mode et du lieu d'exercice.

Nous avons estimé avoir obtenu un matériau d'analyse suffisamment riche après ces dix entretiens, d'autant plus que certaines opinions se répétaient.

### **3. Le point de vue des psychiatres n'a pas été étudié**

Nous avons choisi d'étudier le point de vue des médecins généralistes.

Le fait de ne pas avoir interrogé les psychiatres sur leur perception de cette collaboration est une limite pour l'enquête et son analyse. En effet, leur point de vue aurait permis de mieux cerner les difficultés de communication ressenties par les médecins.

Il nous a semblé intéressant de s'attacher à la perception du médecin généraliste, à la fois sur ses relations interprofessionnelles avec le psychiatre mais également sur sa relation avec le patient dépressif, sur les modalités et les difficultés de ce « passage de relais ». Cette approche permet de comprendre dans cette relation singulière médecin malade, comment intervient le psychiatre, et comment ce tiers est perçu, quelle place le médecin lui attribue, et comment se redéfinissent les rôles de chacun.

Cette question spécifique de la communication entre ces deux professionnels pourrait faire l'objet d'une prochaine étude.

### **4. La question de la subjectivité**

Cette subjectivité transparaît à la fois dans la conduite de l'entretien mais aussi dans l'analyse.

La technique de l'entretien semi-dirigé permet de laisser libre cours à la parole et au fil de réflexion des interviewés, en approfondissant certains points de vue par la technique de la reformulation ou de la relance neutre, tout en les réorientant par des questions ouvertes sur les grands thèmes de l'entretien. Cet exercice s'est avéré cependant complexe à maîtriser.

Il nous a semblé préférable de favoriser l'expression libre, c'est pourquoi certains médecins se sont plus focalisés sur un thème que d'autres.

On pourrait mettre en doute cette neutralité par le fait que l'interviewer est elle-même généraliste. Au contraire, il nous est apparu que cette proximité avec les médecins interrogés a favorisé une expression plus libérée, plus vraie, et plus proche de leurs représentations, sans la crainte de se sentir jugés.

L'analyse thématique des discours est également empreinte de subjectivité, car nous analysons non pas des données brutes mais des opinions et des comportements.



## II. Intérêt de l'étude

### 1. Les difficultés du recours psychiatrique

Cette étude confirme les travaux déjà cités dans la littérature, concernant les obstacles perçus dans la prise en charge de la dépression en médecine générale à la fois sur les difficultés du recours vers les psychiatres et sur la faible collaboration entre les professionnels. Soulignons tout de même qu'il existe peu d'études qualitatives sur ce sujet.

Quelques points nous semblent particulièrement intéressants à discuter :

- **La composante affective dans ce recours**

Contrairement au recours classique vers d'autres spécialistes, l'orientation vers le psychiatre est marquée par une forte participation affective :

- ✓ Du côté du patient :

Réticence, méfiance, peur de la stigmatisation sont des réactions de défense à la fois face à ses troubles, et à la fois face au projet de soins proposé. Ces réactions fragilisent encore plus le patient dépressif qui exprime une demande de réassurance souvent forte envers le médecin.

- ✓ Du côté du médecin :

Les sentiments d'échec ou d'impuissance, d'exaspération ou d'agressivité face aux réactions de son patient ou à son évolution influent sur sa décision.

La notion d'urgence du recours est associée le plus souvent à la crainte suicidaire.

Une étude qualitative (35) distingue ainsi deux types de recours dans la dépression :

Le recours rationnel : le spécialiste consulté a des compétences particulières qui sont valorisées par le médecin. Sa décision, correspondant à un projet de soins pour son patient, est calme et intellectualisée

Le recours émotif : après un échec de prise en charge, ou par un manque de temps ou de motivation, le médecin se « décharge » de son patient. Sa décision est plutôt instinctive ou émotionnelle.

Ces réactions particulières sont le fruit de la relation unique et particulière qui s'est instaurée entre le médecin et son patient, déterminant la qualité de l'alliance thérapeutique.

Les recours dictés par les émotions négatives ou l'épuisement correspondent à des relations médecin-malade devenues difficiles et non thérapeutiques.

L'apport du modèle psychanalytique est intéressant (36), car il définit les concepts de transfert et contre-transfert. Le transfert correspondant aux réactions (conscientes et inconscientes) que le malade éprouve face à son médecin et le contre-transfert sont les réactions en miroir du médecin. Ces réactions sont influencées par les personnalités et l'histoire de chacun.

Dans la majorité des cas ce contre-transfert est positif, la relation est thérapeutique, l'attitude du médecin est empathique tout en gardant une distance nécessaire pour décider du projet de soins.

Parfois ce contre-transfert est excessivement positif, le médecin se « surinvestit » (souvent à son insu) et perd toute objectivité dans les soins, et s'épuise.

À l'inverse, si ce contre-transfert est négatif, il induit des réactions méfiantes et agressives du patient, ce qui rompt le plus souvent la relation médecin-malade.

Dans sa pratique quotidienne solitaire, ce recul est difficile pour le médecin généraliste, d'où l'intérêt des groupes d'échanges de médecins de type Balint où chaque médecin peut s'exprimer et réfléchir sur ces problématiques.

De plus, nous pouvons reprocher à l'enseignement médical actuel d'accorder peu de place à la psychologie médicale malgré son importance manifeste dans la pratique du généraliste.

Par ailleurs, notre étude retrouve des éléments nouveaux par rapport aux travaux déjà réalisés, elle souligne l'importance de la dimension affective des relations entre les deux professionnels de santé dans ce recours spécialisé. Les attitudes et décisions des médecins généralistes vont varier selon qu'ils éprouvent ou expriment envers les médecins psychiatres une hostilité, une peur d'un « détournement de patientèle » ou la frustration d'un dédain supposé ; ou à l'inverse une affinité intellectuelle ou une relative complicité.

- **Le sentiment de compétence du médecin**

Ce sentiment est lié à l'intérêt pour la discipline. Il est important car il conditionne la motivation et l'investissement du médecin. À l'inverse, si ce sentiment est faible, le médecin a tendance à dévaloriser ses capacités surtout psychothérapeutiques (reléguées à une « thérapie de bistrot » comme l'exprimait un des médecins interrogé). Ces notions se retrouvaient dans les études (18,21,24).

Le médecin peu sûr de ses compétences ou par facilité se protège derrière un rôle médical de prescripteur et une vision « biomédicale » de la dépression : clinique-diagnostic-traitement-réponse, vision que les classifications actuelles ont tendance à renforcer par ailleurs. Cela conduit à des sentiments d'échec et d'impuissance, voire de désengagement, quand le malade ne répond pas au traitement et qu'il résiste au pouvoir thérapeutique du modèle médical.

Les symptômes ont un sens pour le patient, lié à sa personnalité et son histoire.

Comme l'écrivait Edouard Zarifian (37): « la maladie a toujours trois aspects, il ne faudrait jamais l'oublier : la représentation qu'en a le médecin, celle qu'en a le malade et celle qu'en a la société. »

Certains médecins généralistes sont sensibles au contexte et à l'histoire du patient, et regrettent à la fois d'être décriés dans leurs pratiques, et peu soutenus et valorisés dans leurs soins aux dépressifs.

En effet, comment le médecin généraliste pourrait-il se sentir valorisé dans ces actes de thérapie de soutien, demandant temps et investissement, si ces actes ne sont pas reconnus comme tels et rétribués spécifiquement ?

## **2. Une collaboration compliquée**

- **L'importance des représentations**

L'étude de Cohidon et al.(27) retrouvait cette image négative de la psychiatrie et de la santé mentale à la fois dans le public et même parmi les professionnels de santé.

Le psychiatre hospitalier peut être assimilé à la brutalité, l'internement, l'enfermement, aux soins sous contrainte, aux thérapies lourdes et agressives. Cette image correspond à l'image « asilaire » de l'hôpital psychiatrique.

Le psychiatre libéral est plus marqué par une image freudienne, en partie expliquée par la prédominance du courant psychanalytique, comparativement aux autres thérapies comportementales ou systémiques. Les opinions sont souvent tranchées.

Soit il agace par son hermétisme, son côté « non scientifique », déconnecté de la réalité et du champ médical (il n'est plus médecin puisqu'il ne prescrit plus), soit il fascine par le supposé pouvoir qu'il détient sur ses patients. Cette image est la plus souvent relayée par les médias avec les dérives du « psy » tout puissant qui en plus de soigner a réponse à tout, des problèmes de société aux questions politiques.

L'image du psychiatre plus orienté vers la neurobiologie et les thérapies (« chimiothérapeute ») semble susciter moins de fascination, il est respecté à l'égal de tout autre médecin spécialiste.

Un autre point à souligner est la présence de barrières hiérarchiques ressenties par les médecins généralistes à l'égard des spécialistes en général, et aussi des psychiatres. Balint la définit comme la survivance de la relation maître-élève (38). Cette notion peut expliquer une attitude parfois ambivalente du médecin généraliste envers les spécialistes. Il a une forte attente suscitée à la fois par le statut du spécialiste et la compétence relative à ce statut. Et lorsque cette attente est déçue, il devient très critique vis-à-vis de ses correspondants et remet en cause non seulement leurs avis mais aussi leurs aptitudes.

La récente reconnaissance de la médecine générale comme spécialité est de nature à diminuer l'importance de ces barrières hiérarchiques, mais ces changements profonds demanderont du temps.

- **La place du psychiatre dans la relation médecin malade**

Notre étude aborde les questions de rivalités, de secret et d'enjeux psychologiques dans cette relation triangulaire. Ces questions ont précédemment été soulevées (34).

Lorsque la responsabilité de la prise en charge n'est pas clairement définie, il existe une confusion des rôles, entraînant des situations de rivalité entre les professionnels. Le patient peut se retrouver victime de ces situations, mais il peut être aussi acteur lui-même de cette rivalité, plaçant les médecins en situation d'échec et d'impuissance.

À ce propos, Balint définit (38) le risque de "collusion de l'anonymat", en cas de dilution des responsabilités, aucun des deux médecins ne se sent responsable du patient, de son évolution ou de son suivi et par conséquent des difficultés ou des impasses dans la prise en charge. C'est aussi un moyen facile d'échapper à toute autocritique pour les deux professionnels.

En théorie, le médecin traitant par sa position garde la responsabilité de son patient.

En pratique, le médecin généraliste peut se sentir en concurrence avec le psychiatre, sachant que la prise en charge de la dépression est un domaine de compétence commun, il s'agit alors de « conflits territoriaux » (39).

Cela peut expliquer les craintes de "captation" de patientèle de certains généralistes. D'autant plus que pour le médecin généraliste, la notion d'appartenance du patient est forte, il s'agit de « son » patient.

- **La spécificité de la communication et la question du secret**

L'absence de réciprocité des échanges est associée à un manque de respect pour un des médecins interrogés. Les médecins envisagent cette réciprocité comme un principe.

Cette règle de communication tacite du spécialiste permet au médecin généraliste d'affirmer son identité et ne pas être relégué un rôle simple de « trieur » de patient, correspondant à la vision peu valorisée de « gatekeeper »<sup>7</sup>

Cette règle, inscrite dans le code de déontologie (article 57 à 64) confirme « *l'obligation d'échange d'informations sur le patient et la règle du retour du patient* ».

Cette règle, lorsqu'elle n'est pas respectée par le psychiatre, donne au médecin généraliste le sentiment d'être exclu de la prise en charge du patient. Toutefois, les médecins généralistes

---

<sup>7</sup> Le terme « gatekeeper » vient de l'anglais ; littéralement le "gardien de la porte". Ce terme décrit la fonction du médecin de famille dans le cadre des modèles de soins intégrés : il est la porte d'accès au système de santé, et aux spécialistes

relativisent cette obligation en reconnaissant que le psychiatre est dépositaire de l'histoire intime du patient.

De plus, cette obligation est incompatible avec une thérapie analytique pure, la règle étant que le thérapeute ne peut révéler le contenu du colloque singulier entre lui et son patient. Hormis l'exception de la cure analytique, la question est :

### **Quelles sont les limites de cette confidentialité et du secret partagé entre professionnels ?**

Le secret partagé est autorisé entre professionnels. La loi du 4 mars 2002 (article L 1110-4 alinéa 3 du code de la santé publique) stipule que :

*« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible »*

Au-delà des lois, ce partenariat suppose une certaine éthique : informer le malade et obtenir son accord avant tout échange, délimiter strictement les détenteurs du secret et les informations à partager. Cette information devra être nécessaire, pertinente, non excessive et uniquement dans l'intérêt du patient (40).

Dans le cadre du parcours de soins, le rapport préalable prévoit de la part des médecins psychiatres un impératif de retour d'information pour attester de la coordination avec mise en place de règles de bon usage (41) . Ce rapport recommande :

*« Le partage d'éléments « techniques » liés aux troubles et au relevé symptomatique, à la structure psychique et aux modalités défensives du patient, aux modalités d'engagement dans les soins, à la dynamique familiale, aux risques pronostiques, aux attitudes et cognitions automatiques »*

Cette « obligation » avait été dénoncée par un syndicat de psychiatres libéraux s'opposant au projet de parcours de soins coordonnés arguant que le secret était indissociable de leur identité et de leur fonction et que ce secret deviendrait un luxe (prix des consultations majorées pour les patients hors coordination) (42).

Le débat reste donc vif et ouvert sur cette question du secret partagé avec les psychiatres.

- **Le réseau informel du généraliste**

Au fil de sa pratique, le médecin généraliste s'est créé un réseau informel et personnel de correspondants spécialistes.

Les critères de " bons " correspondants pour les médecins généralistes sont :

- la disponibilité envers les patients (rendez-vous rapides) et le médecin lui même (accessibilité téléphonique)
- la communication directe et la réciprocité des échanges

Ces choix sont dictés par la connaissance de compétences spécifiques de ce correspondant dans un domaine, les avis de collègues et leur carnet d'adresses, des liens tissés au cours des études, des rencontres ou des enseignements en commun, ou le rituel de présentation des spécialistes au moment de leur installation.

Pour le médecin généraliste, le patient est aussi un bon juge des compétences à la fois techniques mais aussi humaines des spécialistes (ponctualité, respect, tarifs de consultation « mesurés »).

Dans le cas des psychiatres, où l'aspect relationnel avec le patient prime, nous pouvons comprendre l'embarras des médecins à orienter leur patient vers un correspondant inconnu et à les convaincre d'adhérer à ce projet de soins. D'autant plus que, comme nous l'avons vu, l'avis du patient, dans cette relation triangulaire n'est pas forcément neutre.

Les médecins interrogés privilégiaient la communication orale comme critère de choix de leur correspondant psychiatre.

Une revue récente de la littérature confirme l'importance et l'impact très positif sur les soins des dépressifs la communication directe ou interactive par différents supports (téléphone, mails) entre les professionnels (43).

### **III. Des pistes à étudier**

#### **1. Des solutions pour améliorer cette collaboration :**

Sans prétendre avancer des solutions idéales ou totalement innovantes, nous pouvons proposer quelques pistes, en complément des solutions proposées par les médecins interrogés :

Aider les médecins généralistes en cas de recours urgent (créer des unités d'accueils d'urgence psychiatrique ou des permanences téléphoniques d'urgence)

Au niveau local : Favoriser les échanges entre médecins psychiatres et médecins généralistes par des formations conjointes ou par la création de groupes de travail multidisciplinaires, ou d'entraide entre professionnels fonctionnant en proximité.

Favoriser une culture « commune » entre les deux spécialités : psychiatrie et médecine générale par des études et travaux de recherche intégrant ces deux champs.

Mise en place d'une « vraie » coordination avec un impératif de retour minimum d'informations, et des consignes claires de suivi. Sur ce point, L'Ordre des Médecins pourrait rappeler les psychiatres libéraux à leurs obligations déontologiques envers leurs confrères généralistes.

Améliorer la formation et l'information du médecin généraliste sur les différentes psychothérapies existantes et reconnues ainsi que leurs indications ; sur les différents aspects de la dynamique relationnelle pour pouvoir aider son patient mais se protéger lui même d'un épuisement professionnel.



## **2. Réflexion sur de nouveaux modèles de collaboration :**

Au delà des besoins ressentis des médecins, une autre question est importante : les pratiques de collaboration améliorent-elles la prise en charge des patients dépressifs ?

Les études sur l'amélioration des prises en charge de la dépression (44) montrent le peu d'impact des méthodes éducationnelles seules (formation sur les recommandations) et l'importance de repenser des modèles organisationnels et de meilleure collaboration entre service de soins primaires et secteur de psychiatrie.

### **a) Les modèles de collaboration à l'étranger**

Certains pays, tels que les Etats-Unis et le Royaume Uni, ont reconnu la place centrale du médecin généraliste dans le champ de la santé mentale et la nécessité d'améliorer la qualité des soins aux patients dépressifs. Ces considérations sont aussi sous-tendues par la nécessité de diminuer les coûts des soins.

Ces pays ont pensé et élaboré différents modèles collaboratifs (45).

Dans le domaine de la dépression, il existe :

- **Le modèle de soins collaboratifs (collaborative care) :**

Il s'agit d'un modèle de coordination entre médecin généraliste, psychiatres et psychologues, initialement étudié dans le soin aux dépressifs. Il se base sur les recherches cliniques menées par les équipes américaines de Von Korff (Seattle) et Katon (Washington) (46,47)

Le rôle de chacun est codifié, la collaboration est organisée dans une logique « éducative » à la fois pour le médecin généraliste et le patient lui-même. La thérapie brève est assurée par le psychologue, le médecin généraliste assure la prescription et le suivi du patient.

Le psychiatre a un rôle de « superviseur », il ne fait pas de psychothérapie. Il analyse l'évolution du patient, réévalue le traitement et la clinique selon le contexte et l'environnement, communique avec le patient sur les différents aspects de sa prise en charge. Le but étant d'améliorer l'adhésion du patient au projet de soins et son observance thérapeutique. Les retours d'information entre professionnels sont aussi systématiques.

Des études ont étudié l'impact de ces interventions, et reconnaissent leur efficacité (44) notamment chez le sujet âgé (48). Mais elles semblent limitées par leur coût (49).

Ce modèle normalisé et relativement complexe semble difficilement applicable en France.

- **Modèle de soins étagés :**

Ce modèle se calque sur les modèles de prise en charge de maladies chroniques, il s'agit de soins intensifiés, pour les patients non-répondeurs au traitement, avec des stratégies à plusieurs niveaux à la fois sur les soins d'épisodes aigus et sur les soins chroniques.

Von Korff (50) définit ainsi les différents niveaux de soins pour les épisodes aigus de dépression :

-Niveau 1 : reconnaissance et diagnostic

-Niveau 2 : traitement par le médecin généraliste

-Niveau 3: consultations spécialisées de type interventions brèves sans transfert de responsabilité

-Niveau 4: transfert de la prise en charge du patient vers les services spécialisés soit transitoire soit permanente

Ce modèle est plus souple et personnalisé que les soins en collaboration, et se rapproche d'un modèle soignant.

- **Modèle de soins partagés (consultation-liaison) :**

Il s'agit d'une approche moins formelle et élaborée que les soins en collaboration, visant à aider le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne pour tout patient atteint de pathologie mentale.

Cette consultation–liaison comprend une intervention où les patients sont vus une ou plusieurs fois par un spécialiste de santé mentale pour une évaluation (consultation), puis ce spécialiste conseille le médecin généraliste sur sa prise en charge (liaison) mais ne s'investit pas directement dans les soins.

Ce modèle de partenariat peut se rapprocher de l'activité de psychiatrie de liaison développé dans les hôpitaux généraux.

Une revue de la littérature (51) évaluant l'efficacité de ce modèle ne conclut pas à une efficacité supérieure, et retrouve un bénéfice limité dans le traitement de la dépression. Cette étude suppose que ce bénéfice dépend surtout de la qualité des relations et de la communication entre les professionnels de santé.

## **b) Les exemples français**

- **La politique de santé publique :**

Le plan santé mentale 2005-2008 (52) énonçait une série de mesures pour assurer une prise en charge décloisonnée (axe 1) avec notamment des mesures visant à rompre l'isolement des médecins généralistes par :

- La coordination entre les différents professionnels et la promotion des réseaux de santé. Ces réseaux étant non-concurrents du secteur. Leurs principes se fondent sur un partenariat centré sur le patient avec un partage d'expériences et de compétences et aussi sur la mise en place de suivis conjoints permettant des avis spécialisés plus précoces.
- L'amélioration de la formation initiale par l'augmentation de postes pour les médecins généralistes dans les services de psychiatrie, de la formation continue en psychiatrie par la formation permanente, par l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la diffusion élargie des recommandations.
- L'amélioration des pratiques de prescription des psychotropes.

Malgré cette volonté politique, les réseaux en psychiatrie sont peu développés en France : 16 ont été recensés en 2005, aucun nouveau réseau n'avait été créé en 2007.(16)

- **L'exemple du réseau de promotion santé mentale Yvelines-sud (RPSM 78) (53) :**

Il s'agit d'un réseau original créé en 2000 et couvrant un territoire de 70.000 habitants, dont le but est de permettre une coordination entre les médecins généralistes et les soins spécialisés.

Il comporte une consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint sur le modèle de consultation-liaison.

L'objectif est double : à la fois améliorer l'accessibilité aux soins spécialisés en psychiatrie et améliorer aussi la formation des médecins.

Ces consultations se déroulent sur trois sites publics, dont deux sites en hôpital général (pour faciliter l'accès et éviter la stigmatisation des soins), et peuvent être sollicitées par tout praticien ou le patient lui-même.

Le premier contact est téléphonique auprès d'un infirmier pour explorer la demande (soit du médecin généraliste ou du patient). Puis, une réunion pluri-professionnelle évalue la réponse, le patient bénéficiera soit d'une orientation directe (urgences, cas sévères, conduites addictives) dans 20% des cas ou d'une ou plusieurs consultations auprès de psychiatres ou psychologues dans 80% des cas, pour évaluer la clinique et le contexte, élaborer un projet de soins personnalisé en incluant le médecin généraliste et la famille.

Les résultats semblent très positifs avec des indices de satisfaction élevés tant au niveau des patients (95%) que des médecins (85%).

Ce réseau compte une file active de 400 demandes de nouveaux patients par an. Plus de 200 médecins généralistes ont fait appel à ce réseau dont un tiers régulièrement, avec l'implication aussi de nombreux psychologues et psychiatres libéraux.

Les patients se montrent moins réticents à ce type de consultation et acceptent presque tous que leur médecin traitant soit informé et contacté.

Les médecins généralistes sont satisfaits de continuer à soigner leurs patients dépressifs, dans la moitié des cas ils reconnaissent avoir trouvé un soutien dans leur prise en charge, dans un tiers des cas une aide thérapeutique, et dans 10% des cas, cette intervention a joué le rôle de tiers relationnel.

### 3. Des alternatives possibles ?

L'exemple de ce réseau montre que la trajectoire préférentielle vers le spécialiste dans le domaine de la dépression, avec une prise en charge exclusive par le psychiatre, mérite d'être repensée.

Il semble intéressant de réfléchir à des alternatives :

- **Le suivi conjoint avec les psychologues :**

Il est utilisé par les médecins généralistes, mais se heurte au non-remboursement des soins.

- **Le suivi conjoint avec des psychothérapeutes :**

Ces soins ne sont pas pris en charge (excepté les psychothérapies pratiquées par les psychiatres).

L'offre est très nombreuse et peu lisible, assez floue et leurs indications sont mal connues. Ce statut a été récemment révisé. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, le titre de psychothérapeute, dont quiconque auparavant pouvait se prévaloir, est réglementé (source Légifrance Décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute).

L'usage de ce titre nécessite d'être inscrit au registre national des psychothérapeutes, ce qui implique la validation d'une formation reconnue en psychopathologie, accessible aux médecins, ou aux titulaires d'un master de psychologie ou de psychanalyse.

- **Le suivi conjoint avec des infirmiers psychiatriques libéraux**

Cette proposition a été avancée dans le rapport parlementaire du sénateur Millon en 2009 (16). Il suggère d'autoriser un exercice libéral d'infirmiers spécialisés en psychiatrie et de créer une spécialisation de niveau master en psychiatrie pour les infirmiers.

Il considère que les infirmiers déjà titulaires d'un diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique doivent être habilités à exercer une activité libérale pour l'accompagnement psychiatrique en ville. La suppression du diplôme d'infirmier en psychiatrie en 1992 *"a entraîné une perte de savoir faire qui pénalise les soins"*.

Cette piste semble intéressante, les infirmières libérales sont actuellement des partenaires précieuses du médecin généraliste dans le soin et le suivi à domicile des patients atteints de pathologies chroniques. Elles jouent également un rôle d'appui social, de soutien pour ces patients souvent isolés.

# Conclusion

---

Ce travail a permis de mettre en évidence les problèmes de collaboration entre les médecins généralistes et les médecins psychiatres. L'exemple de la dépression est représentatif d'un défaut de coordination entre ces deux spécialités.

Ces difficultés semblent manifestes malgré la mise en place du parcours de soins coordonné.

Les médecins généralistes se trouvent isolés et parfois démunis dans leur prise en charge avec des cas complexes, sévères, et parfois éprouvants psychologiquement.

Leur besoin de collaboration apparaît d'autant plus légitime.

Ils l'envisagent sous la forme d'un appui ou d'un soutien transitoire pour les aider à soigner leurs patients sans forcément transférer leur responsabilité vers un tiers.

Les relations et la communication sont sous-tendues par des représentations faussées du monde psychiatrique, et une vision concurrente des prises en charge.

La question du secret partagé entre ces professionnels est un sujet de controverse.

Le silence et l'isolement des psychiatres, la non-réciprocité des échanges sont interprétés comme un refus de reconnaître le rôle du médecin généraliste, de communiquer sur le patient et de partager leur savoir.

Notre étude apporte un éclairage original sur ce sujet par rapport aux travaux publiés en soulignant la dimension affective des relations conflictuelles entre ces deux spécialités, avec l'expression chez les médecins généralistes d'une hostilité, d'une rancœur, d'une déception en plus de la peur d'une concurrence, voire dans certains cas d'une captation de patients.

Nous précisons par ailleurs la nécessité d'envisager un travail plus large sur la question spécifique de la communication entre ces deux spécialités en interrogeant les psychiatres, pour comprendre les raisons de leur silence.

Au-delà de ces barrières, des collaborations existent et fonctionnent, nées d'une volonté commune de dépasser les clivages entre professionnels pour améliorer la qualité des soins, dans l'intérêt du patient. Elles se fondent sur des relations personnalisées.

Des idées visant à améliorer l'ouverture du secteur vers les médecins généralistes nous semblent pertinentes. Citons la création d'une plaquette d'information sur les CMP destinée aux médecins généralistes avec les limites géographiques et les coordonnées de leur secteur et des secteurs environnants ainsi qu'un annuaire des intervenants et de leurs spécificités.

Nous pensons également proposer les résultats de notre étude pour un article dans la revue du Conseil de l'Ordre des Médecins. Les difficultés soulevées par les médecins généralistes interrogés questionnent à la fois sur les obligations déontologiques des psychiatres libéraux et plus largement sur l'efficacité du parcours de soins coordonné en santé mentale mis en place depuis 2006.

Il nous semble important également de soutenir les médecins généralistes en proposant des formations de type groupe d'échanges Balint dans le cadre de la formation médicale continue.

Des pistes de recherche plus générales ont été soulevées telles que la réflexion sur des alternatives à cette trajectoire préférentielle vers les psychiatres ou au niveau local, sur des groupes de travail de proximité multidisciplinaires ou d'entraide entre professionnels.



# Abréviations

---

ALD	Affection de Longue Durée
AVCI	Année de Vie Corrigées du facteur d'Invalidité
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CMP	Centre médicopsychologique
CIDIsf	Composite International Diagnostic Interview short formule
Dr	Docteur
DRESS	Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques,
DSM IV	Diagnostic and statistical manual révision 4
DU	Diplôme Universitaire
EDC	Episode dépressif caractérisé
EPU	Enseignement Post Universitaire
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
ESEMED	European Study of Epidemiology of Mental Disorders
HAS	Haute autorité de santé
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
RPSM	Réseau Promotion Santé Mentale
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie

# Bibliographie

---

1. Lamboy B, Léon C, Guilbert P. **Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005**. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2007 mars;55(3):222-227.
2. Chan Chee C, Beck F., Sapinho D., Guilbert Ph(sous la dir). **La dépression en France. Enquête ANADEP 2005**. INPES, coll. Études santé, 2009 : 208 p.
3. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. **Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD)**. L'Encéphale. 2005 avr;31(2):182-194.
4. Sapinho D, Chan-Chee C, Briffault X, Guignard R, Beck F. **Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale: apports et limites des outils**. Bull Epidemiol Hebd. 2008;35-36.
5. Debray Q, Granger B, Azaïs F. **Psychopathologie de l'adulte**. Elsevier Masson; 2005.
6. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France). **Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire** : mai 2002. Paris: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; 2002.
7. Haute Autorité de Santé - **Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte** [Internet]. Disponible sur le site: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_607702/prise-en-charge-des-complications-evolutives-d-un-episode-depressif-caracterise-de-l-adulte](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_607702/prise-en-charge-des-complications-evolutives-d-un-episode-depressif-caracterise-de-l-adulte)
8. A , Péquignot F, Camelin L, et al. **La Mortalité par suicide en France en 2006** [Internet]. 2009; Disponible sur le site: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er702.pdf>
9. **Organisation mondiale de la santé Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions**. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS. [Internet]. 2006; Disponible sur le site: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98918/E88538.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf)
10. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. **Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project**. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2004;109(s420):47-54.
11. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C, et al. **Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European**

**Countries.** Psychiatr Serv. 2007 févr 1;58(2):213-220.

12. **Atlas de la démographie médicale française 2010** | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet].; Disponible sur le site: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medecale-francaise-2010-1039>

13. **Bon usage des médicaments dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte** - recommandations de bonne pratique - AFSSAPS [Internet]. Disponible sur le site: [http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations-de-bonne-pratique/Bon-usage-des-medicaments-dans-le-traitement-des-troubles-depressifs-et-des-troubles-anxieux-de-l-adulte-recommandations-de-bonne-pratique/\(language\)/fre-FR](http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations-de-bonne-pratique/Bon-usage-des-medicaments-dans-le-traitement-des-troubles-depressifs-et-des-troubles-anxieux-de-l-adulte-recommandations-de-bonne-pratique/(language)/fre-FR)

14. Verdoux, Begaud. **Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes** [Internet]. 2006; Disponible sur le site: [http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i3187.asp#P690\\_91875](http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i3187.asp#P690_91875)

15. ameli.fr - **Les derniers communiqués de la caisse nationale** [Internet]. [cité 2011 mars 27]; Disponible sur le site <http://www.ameli.fr/espace-presse/communiqués-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiqués-de-la-caisse-nationale.php>

16. Milon A(1947-). **Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France -Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.** [Paris]: Assemblée Nationale; 2009.

17. Wang J, Langille DB, Patten SB. **Mental Health Services Received by Depressed Persons Who Visited General Practitioners and Family Doctors.** Psychiatr Serv. 2003 juin 1;54(6):878-883.

18. Williams JW, Rost K, Dietrich AJ, Ciotti MC, Zyzanski SJ, Cornell J. **Primary Care Physicians' Approach to Depressive Disorders: Effects of Physician Specialty and Practice Structure.** Arch Fam Med. 1999 janv 1;8(1):58-67.

19. Grembowski DE, Martin D, Patrick DL, Diehr P, Katon W, Williams B, et al. **Managed Care, Access to Mental Health Specialists, and Outcomes Among Primary Care Patients with Depressive Symptoms.** J Gen Intern Med. 2002 avr;17(4):258-269.

20. Verhaak PF, van de Lisdonk EH, Bor JH, Hutschemaekers GJ. **GPs' referral to mental health care during the past 25 years.** Br J Gen Pract. 2000 avr;50(453):307-308.

21. Telford R, Hutchinson A, Jones R, Rix S, Howe A. **Obstacles to effective treatment of depression: a general practice perspective.** Family Practice. 2002 févr 1;19(1):45 -52.

22. Tardieu S, Bottero A, Blin P, Bohbot M, Goni S, Gerard A, et al. **Roles and practices of general practitioners and psychiatrists in management of depression in the community.** BMC Family Practice. 2006;7(1):5.

23. Farmer AE, Griffiths H. **Labelling and illness in primary care: comparing factors influencing general practitioners' and psychiatrists' decisions regarding patient referral to**

**mental illness services.** Psychol Med. 1992 août;22(3):717-723.

24. Verhaak PF. **Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners.** Br J Gen Pract. 1993 mai;43(370):203-208.

25. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. **Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions.** L'Encéphale. 2010;36:D73-D82.

26. Jorm AF. Mental health literacy. **Public knowledge and beliefs about mental disorders.** Br J Psychiatry. 2000 nov;177:396-401.

27. 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.** Santé publique. 1999;11(3):357-362.

28. URCAMIF. **Prise en charge ambulatoire de la dépression chez l'adulte Expression des besoins par les médecins généralistes.** 2005;

29. Younes N, Hardy-Bayle M, Falissard B, Kovess V, Chaillet M, Gasquet I. **Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists.** BMC Public Health. 2005;5(1):104.

30. Gaynes BN, Rush AJ, Trivedi M, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Spencer DC, et al. **A direct comparison of presenting characteristics of depressed outpatients from primary vs. specialty care settings: preliminary findings from the STAR\*D clinical trial.** General Hospital Psychiatry. Mars;27(2):87-96.

31. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet M-P, Kovess V, Falissard B, et al. **General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals.** BMC Family Practice. 2005;6(1):18.

32. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. **L'entretien.** Paris: Nathan; 1992.

33. Rodgers R-F, Cailhol L, Bui E, Klein R, Schmitt L, Chabrol H. **L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique.** L'Encéphale. 2010 oct;36(5):433-438.

34. Moore O, Guedj P. **Relations entre généralistes et psychiatres : réflexions à partir d'une pratique psychiatrique de secteur** [Internet]. : Disponible sur le site <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=3656981>

35. Nandy S, Chalmers-Watson C, Gantley M, Underwood M. **Referral for minor mental illness: a qualitative study.** Br J Gen Pract. 2001 juin;51(467):461-465.

36. Grimaldi A, Cosserat J. **La relation médecin-malade.** Paris: Elsevier; 2004.

37. Zarifian É. **Le prix du bien-être : psychotropes et sociétés.** Paris: O. Jacob; 1996.

38. Balint M. **Le medecin, son malade et sa maladie**. Paris: Payot; 1970.
39. Sarradoneck A, Vega A, Faure M, Humbertgaudart A, Lustman M. **Créer des liens : les relations soignants–soignants dans les réseaux de soins informels**. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2008;56(4):S197-S206.
40. **Le secret partagé** | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur le site: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-secret-partage-714>
41. Hardy Bayle M-C, Schmitt L. **Rapport sur la proposition d'avenant à la convention nationale pour la Psychiatrie** [Internet]. 2005 oct; Disponible sur le site: <http://info-psy.com/fichiers/fa-264.pdf>
42. L'information psychiatrique Volume 82, Numéro 2, Février 2006 [Internet]. Disponible sur le site : <http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/ipe/e-docs/00/04/16/74/article.phtml>
43. Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttorp M, Seelig M, Shanman R, et al. **Meta-analysis: Effect of Interactive Communication Between Collaborating Primary Care Physicians and Specialists**. *Annals of Internal Medicine*. 2010 févr 16;152(4):247-258.
44. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. **Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care: A Systematic Review**. *JAMA*. 2003 juin 18;289(23):3145-3151.
45. Réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines-Sud (France). **Comment penser la complémentarité des pratiques et des métiers en santé mentale ?** : Deauville, 6 et 7 mars 2004. Paris: Doin; 2004.
46. Katon W, Von Korff M, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T, et al. **Collaborative Management to Achieve Treatment Guidelines**. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1995 avr 5;273(13):1026 -1031.
47. Katon W, Unutzer J. **Collaborative Care Models for Depression: Time to Move From Evidence to Practice**. *Arch Intern Med*. 2006 nov 27;166(21):2304-2306.
48. Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Hunkeler E, Harpole L, et al. **Collaborative Care Management of Late-Life Depression in the Primary Care Setting**. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2002 déc 11;288(22):2836 -2845.
49. Gilbody S, Bower P, Whitty P. **Costs and consequences of enhanced primary care for depression: systematic review of randomised economic evaluations**. *Br J Psychiatry*. 2006 oct;189:297-308.
50. Von Korff M, Tiemens B. **Individualized stepped care of chronic illness**. *West J Med*. 2000 févr;172(2):133-137.

51. Cape J, Whittington C, Bower P. **What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis.** General Hospital Psychiatry. Mai;32(3):246-254.
52. Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 [Internet]. Disponible sur le site:  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_2005-2008.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf)
53. Passerieux C. **Accès et continuité des soins pour les troubles mentaux les plus fréquents : les consultations de soins partagés du RPSM 78.** Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2007 déc;165(10):741-745.



# **Annexes**

---



## **Annexe N°1 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé (DSM IV - TR)**

**A.** Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

1- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (par exemple : se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple : pleure).

2- Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observé par les autres)

3- Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (par exemple : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5%) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante)

presque tous les jours (pas seulement se faire prier ou se sentir coupable d'être malade).

8- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalées par le sujet ou observées par les autres).

9- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

**B.** Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

**C.** Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

**D.** Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale (par exemple hypothyroïdie).

**E.** Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur

## Annexe N°2 : Tarifs des consultations psychiatriques (source Ameli)

### Dans le cadre du parcours de soins coordonnés :

Vous consultez un médecin correspondant sur avis de votre médecin traitant.

### **Pour un suivi régulier :**

Tarifs des consultations du médecin correspondant (tarifs applicables au 1 <sup>er</sup> janvier 2011)				
Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*
<b>Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue</b> <i>- secteur 1</i> <i>- ou secteur 2 avec option de coordination</i>	41 €	41 €	70 %	27.20€
<b>Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue</b> <i>secteur 2</i>	honoraires libres	34.30€	70 %	23.01€

### **Pour un suivi ponctuel :**

Tarifs des consultations du médecin correspondant pour avis ponctuel (tarifs applicables au 1 <sup>er</sup> janvier 2011)				
Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*
<b>Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue</b> <i>- secteur 1</i> <i>- ou secteur 2 avec option de coordination</i>	57,50 €	57,50 €	70 %	39,25 €
<b>Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue</b> <i>secteur 2</i>	honoraires libres	57,50 €	70 %	39,25 €

**Dans le cadre de l'accès direct autorisé :**

Vous avez déclaré un médecin traitant et vous pouvez consulter **directement**, sans passer par votre médecin traitant : **un psychiatre ou un neuropsychiatre, si vous avez entre 16 et 25 ans**

Tarifs des consultations du médecin correspondant pour (tarifs applicables au 1 <sup>er</sup> janvier 2011)				
Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*
<b>Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue</b> <i>- secteur 1 - ou secteur 2 avec option de coordination</i>	41€	41€	70 %	27.2€
<b>Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue</b> <i>secteur 2</i>	honoraires libres	34.30€	70 %	23.01€

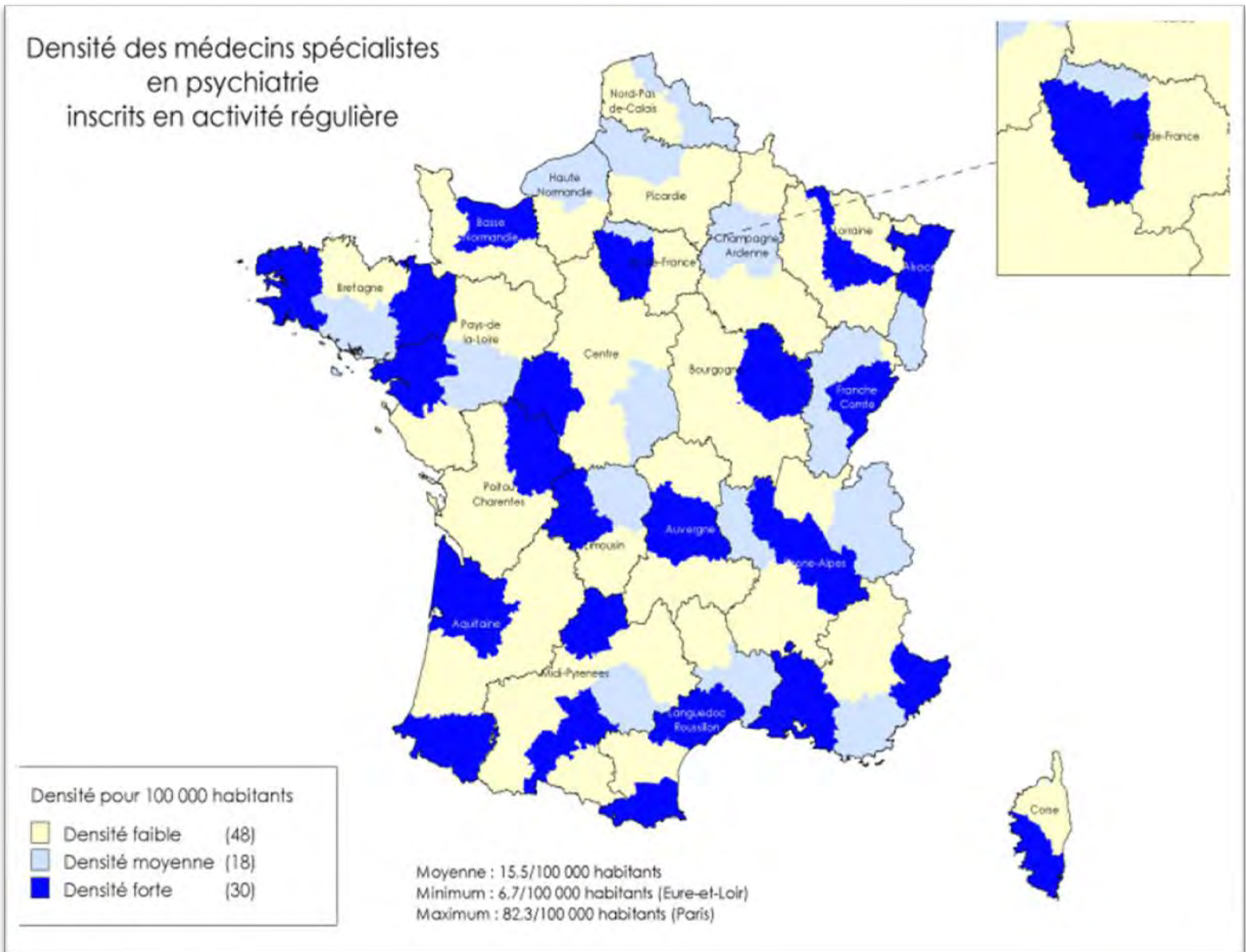
**Hors du cadre de l'accès direct autorisé si vous avez plus de 26 ans**

Vous avez déclaré un médecin traitant et vous pouvez consulter **directement**, sans passer par votre médecin traitant:

Tarifs des consultations du médecin correspondant pour (tarifs applicables au 1 <sup>er</sup> janvier 2011)				
Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*
<b>Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue</b> <i>- secteur 1 - ou secteur 2 avec option de coordination</i>	49€ maximum	37€	70 %	24.9€
<b>Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue</b> <i>secteur 2</i>	honoraires libres	34.3€	70 %	23.01€

\*Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 euro retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse jusqu'à douze jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale de l'État.

## Annexe N°3 : densité des médecins psychiatres en activité régulière (source Atlas CNOM 2010)



VU

**NANCY, le 24 mai 2011**

Le Président de Thèse

**PR D. SIBERTIN BLANC**

**NANCY, le 30 mai 2011**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

**PR H. COUDANE**

**AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE / 3641**

**NANCY, le 06 juin 1011**

**LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1**

Par délégation

**Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON**

---

## RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Les médecins généralistes assument un rôle central dans les soins des patients dépressifs, majoré depuis la création du parcours de soins coordonné en santé mentale. Ainsi, dans le contexte actuel de crise démographique médicale, la collaboration avec les médecins psychiatres, souvent considérée comme insuffisante est incitée.

Nous avons étudié par une enquête qualitative la perception des médecins généralistes sur cette collaboration dans la prise en charge des patients dépressifs, en explorant leurs motivations et obstacles à un recours spécialisé, leurs attentes de suivi, leur ressenti sur leurs relations avec les psychiatres.

Dix médecins généralistes ont été interrogés selon un mode semi directif à partir d'un guide d'entretien. Ces entretiens ont été retranscrits puis analysés.

Ce recours spécialisé est complexe et spécifique, car lié à une composante affective chez le patient et le médecin. Les attitudes des médecins sont sous-tendues par des sentiments contrastés envers les psychiatres, de la déception à l'hostilité, reflétant leurs propres représentations sur la psychiatrie et la dépression.

De plus, la pauvreté et la non réciprocité des échanges, l'absence de définition claire des rôles et des responsabilités de chacun, renforcent la défiance des médecins généralistes envers leurs confrères psychiatres et leur sentiment d'exclusion des prises en charge. Ils sont demandeurs d'un soutien et non d'un recours classique systématique. Ainsi, les collaborations satisfaisantes se fondent sur des relations personnalisées et une reconnaissance mutuelle.

Ce travail témoigne à la fois d'un défaut de coordination avec des médecins généralistes isolés et parfois démunis, mais également de l'importance de la qualité des relations entre ces deux spécialités et de l'impact des représentations de la psychiatrie sur les pratiques des médecins généralistes.

---

## TITRE EN ANGLAIS :

Relationship between general practitioners and psychiatrist in the management of depression .A qualitative study of general practitioners' opinions

---

THÈSE: MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2011

---

MOTS CLEFS : Dépression  
Médecins généralistes  
Psychiatres  
Relations interprofessionnelles  
Collaboration

---

## INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

**Faculté de Médecine de Nancy**  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex