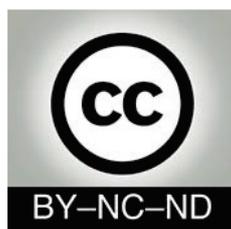




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



ANNÉE 2020

N°235

SOINS SOMATIQUES EN SANTE MENTALE
le regard des médecins généralistes exerçant
en établissement psychiatrique

*Etude qualitative de 21 entretiens semi-dirigés avec les médecins
somaticiens de 5 établissements de soins psychiatriques en région
Auvergne-Rhône-Alpes*

THESE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **6 octobre 2020**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par **Margot FERRY**,
Née le 22 mai 1991 à Mantes-La-Jolie

Sous la direction du
Dr Léa FAU et du **Dr Bernadette GELAS-AMPLE**

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président

Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

Pierre COCHAT

Directeur Général des services

Dominique MARCHAND

Secteur Santé :

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

Gilles RODE

Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux

Carole BURILLON

Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)

Christine VINCIGUERRA

Directeur de l'UFR d'Odontologie

Denis BOURGEOIS

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR)

Xavier PERROT

Directrice du département de Biologie Humaine

Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie :

Directeur de l'UFR Sciences et Technologies

Fabien DE MARCHI

Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des

Activités Physiques et Sportives (STAPS)

Yanick VANPOULLE

Directeur de Polytech

Emmanuel PERRIN

Directeur de l'IUT

Christophe VITON

Directeur de l'Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)

Nicolas LEBOISNE

Directrice de l'Observatoire de Lyon

Isabelle DANIEL

Directeur de l'Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (ESPé)

Alain MOUGNIOTTE

FACULTE DE MEDECINE LYON EST : LISTE DES ENSEIGNANTS 2018/2019

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques gynécologie médicale
COCHAT Pierre	Pédiatrie
ETIENNE Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUERIN Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MORNEX Jean-François	Pneumologie ; addictologie
NIGHOGHOSSIAN Norbert	Neurologie
NINET Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE Michel	Physiologie
PONCHON Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE Michel	Cancérologie ; radiothérapie
THIVOLET-BEJUI Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

BOILLOT Olivier	Chirurgie digestive
BRETON Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS Olivier	Pédiatrie
COLIN Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie

DELAHAYE François	Cardiologie
DENIS Philippe	Ophthalmologie
DOUEK Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF Christian	Chirurgie digestive
DURIEU Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
FINET Gérard	Cardiologie
GAUCHERAND Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HERZBERG Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HONNORAT Jérôme	Neurologie
LACHAUX Alain	Pédiatrie
LEHOT Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
LERMUSIAUX Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MARTIN Xavier	Urologie
MERTENS Patrick	Anatomie
MIOSSEC Pierre	Immunologie
MOREL Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MORELON Emmanuel	Néphrologie
MOULIN Philippe	Nutrition
NEGRIER Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
OBADIA Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RODE Gilles	Médecine physique et de réadaptation
TERRA Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
ZOULIM Fabien	Gastroentérologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première Classe

ADER Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
---------------	---

ANDRE-FOUET Xavier	Cardiologie
ARGAUD Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET Lionel	Urologie
BERTHEZENE Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND Yves	Pédiatrie
BESSEREAU Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
CHARBOTEL Barbara	Médecine et santé au travail
CHEVALIER Philippe	Cardiologie
COLOMBEL Marc	Urologie
COTTIN Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON François	Radiologie et imagerie médicale
DEVOUASSOUX Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMONTET Charles	Hématologie ; transfusion
DUMORTIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
EDERY Charles Patrick	Génétique
FAUVEL Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
FELLAHi Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JACQUIN-COURTOIS Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY Etienne	Pédiatrie
JUILLARD Laurent	Néphrologie
JULLIEN Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie

LEJEUNE Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MABRUT Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO Marc	Pédiatrie
PICOT Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET Gilles	Chirurgie générale
RAVERO† Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
ROSSETTI Yves	Physiologie
ROUVIERE Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER Laurent	Biologie cellulaire
SCHEIBER Christian	Biophysique et médecine nucléaire
SCHOTT-PETHELAZ Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TILIKETE Caroline	Physiologie
TRUY Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN Francis	Radiologie et imagerie médicale
VANHEMS Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

BACCHETTA Justine	Pédiatrie
BOUSSEL Loïc	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER Alain	Génétique
CHAPURLAT Roland	Rhumatologie

CHENE Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX Cyrille	Rhumatologie
CROUZET Sébastien	Urologie
CUCHERAT Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAVID Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DI ROCCO Federico	Neurochirurgie
DUBOURG Laurence	Physiologie
DUCLOS Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY François	Neurologie
FANTON Laurent	Médecine légale
GILLET Yves	Pédiatrie
GIRARD Nicolas	Pneumologie
GLEIZAL Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
HENAINNE Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESURTEL Mickaël	Chirurgie générale
LEVRERO Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON Nathan	Cardiologie
MILLION Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MONNEUSE Olivier	Chirurgie générale
NATAF Serge	Cytologie et histologie
PERETTI Noël	Nutrition
POULET Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAY-COQUARD Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie

RHEIMS Sylvain	Neurologie
RICHARD Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
RIMMELE Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROBERT Maud	Chirurgie digestive
ROMAN Sabine	Physiologie
SOUQUET Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT Olivier	Néphrologie
THIBAUT Hélène	Physiologie
WATTEL Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

FLORI Marie
LETRILLIART Laurent
ZERBIB Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

BERARD Annick
FARGE Thierry
LAMBLIN Gery
LAINÉ Xavier

Professeurs émérites

BAULIEUX Jacques	Cardiologie
BEZIAT Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET Daniel	Pédiatrie

GHARIB Claude	Physiologie
GOULLAT Christian	Chirurgie digestive
MAUGUIERE François	Neurologie
MELLIER Georges	Gynécologie
MICHALLET Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU Alain	Médecine générale
NEIDHARDT Jean-Pierre	Anatomie
PUGEAUT Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ René-Charles	Gynécologie
SINDOU Marc	Neurochirurgie
TOURAINÉ Jean-Louis	Néphrologie
TREPO Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

BENCHAIB Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
GERMAIN Michèle	Physiologie
KOLOPP-SARDA Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS Didier	Biophysique et médecine nucléaire
NORMAND Jean-Claude	Médecine et santé au travail
PERSAT Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

BONTEMPS Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CHARRIERE Sybil	Nutrition
COZON Grégoire	Immunologie
ESCURET Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERVIEU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
LESCA Gaëtan	Génétique
MENOTTI Jean	Parasitologie et mycologie
MEYRONET David	Anatomie et cytologie pathologiques
PHAN Alice	Dermato-vénérologie
PINA-JOMIR Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD Caroline	Génétique
TRISTAN Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VENET Fabienne	Immunologie
VLAEMINCK-GUILLEM Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

BOUCHIAT SARABI Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN Marine	Pédiatrie
CASALEGNO Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
COUR Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
COUTANT Frédéric	Immunologie
CURIE Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAUX Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT Julie	Médecin de santé publique
JOSSET Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LEMOINE Sandrine	Physiologie

MARIGNIER Romain	Neurologie
NGUYEN CHU Huu Kim An	Pédiatrie Néonatalogie Pharmaco Epidémiologie Clinique Pharmacovigilance
ROLLAND Benjamin	Psychiatrie d'adultes
SIMONET Thomas	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

PIGACHE Christophe
DE FREMINVILLE Humbert
ZORZI Frédéric

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination. J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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. Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux Dr Léa FAU et Dr Bernadette GELAS-AMPLE, pour m'avoir inspiré ce travail de thèse, pour avoir cru en moi et m'avoir guidée dans les soins somatiques et dans le monde de la psychiatrie avec pertinence, bienveillance, et une certaine indulgence parfois.

Au Pr Marie FLORI, qui accepte de présider à mon jury de thèse, et qui a été durant mon internat une tutrice patiente et attentive.

Au Dr Philippe Alogna, « *Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours* »...pour m'avoir accueillie avec gentillesse en Ardèche et m'avoir montré ce que la médecine rurale a de plus fantastique.

À tous les membres du jury qui sont présents aujourd'hui.

À tous les médecins que j'ai rencontré dans ma vie et qui ont fait naître, ranimé ou préservé la vocation qui brûle en moi, petite flamme sur laquelle tant d'autres ont malheureusement soufflé.

Le Dr Jacqueline Salomon, ma pédiatre et amie, premier médecin de ma vie et qui a su me donner l'envie de suivre ses traces.

Le Pr Michel Wolff, et tous les médecins de l'APHP qui m'ont acceptée dans ma « bizarrerie » et qui ont vu en moi le médecin que j'aspirais à devenir.

Les urgentistes d'Aubenas pour avoir accueillie l'interne que Roanne avait brisée et l'avoir remise sur ses deux pieds, et tous les internes pour avoir rendu ce semestre si gai.

Les médecins et para-médicaux du Vinatier pour toutes ces conversations qui m'ont profondément inspirée, et Marie Rolland, car nos pauses cafés annonçaient le début d'une grande amitié.

Toute l'équipe de l'USP de Valence pour leur savoir immense et leur infinie bienveillance, et pour m'avoir offert le sac qui a constitué ma maison pendant les six mois de voyages qui ont succédé à ce stage.

L'équipe du Cabinet Médical du Pont d'Arc pour ce doux retour à la médecine. Le Dr Boucant, source d'apaisement en toutes circonstances. Les formidables secrétaires sans qui je serais perdue entre le planning, les feuilles de soin et les adresses improbables des patients en visite à domicile.

À deux psychanalystes, l'un à Paris et l'autre à Lyon, qui connaissent le poids de ce que les patients déposent en consultation, pour m'avoir rendue plus légère.

Au Dr Charles, généraliste de Roanne, pour m'avoir préservée de l'abandon.

À toutes les personnes que j'ai croisées, à l'hôpital ou à l'autre bout du monde, patients ou colocataires d'une nuit en auberge de jeunesse, et qui ont contribué à m'ouvrir l'esprit sur le monde, sur les autres et sur d'autres façons de penser. Les bizarres, les fous, les fêlés, qui laissent la lumière passer.

À l'aube de ces dix années d'études, sur ces fameux bancs des grands amphithéâtres de Paris, où j'ai rencontré celles qui sont depuis maintenant plus de 11 ans et pour toutes les années à venir mes plus fidèles amies, Marina et Fanny. Vous le savez, mais je vous le redis: sans vous point de joie dans ces amphis comme à l'autre bout du monde, et il faudrait encore une thèse tout au moins pour vous dire à quel point je vous aime.

Aux meilleurs externes du Pr Molina, dit « les momos », pour avoir tant et si bien enjaillé mon externat.

À mes colloc du premier jour, David et Sara, qui ont rendu joyeuse et douce ma vie à Lyon dès les premiers pas.

À Marylise, mon aventurière hors de la zone de confort, et à Mae, Simon, et Camille pour nos GEP endiablées sous le regard indulgent d'une tutrice qui a toujours su nous écouter, nous supporter et nous encourager. À Roxane, bien sûr, car t'adopter dans le groupe était une sacrément bonne idée.

À tous les joueurs de handpan et autres membres du festival pour cette évasion annuelle hors du monde de la santé, et si essentielle à la mienne, pour toutes les ondes positives et les douces musiques qui me font tant rêver.

À Sébastien, pour sa sagesse éclairante dans un premier semestre sombre.

À tous mes complices de l'internat de Valence, Thibault, Lucas, Jules, Guilhem, Laura... et toi, mon Guillaume, ta finesse, ta plume et ton humour décapant que viennent adoucir tes yeux et tes bras toujours si accueillants.

À Théo Pezel, le seul, l'unique... pour te faire écho, tu ne l'imagines probablement pas Théo, mais tu représentes pour moi un véritable pilier, un modèle dans la médecine, et un ami irremplaçable dans la vie. Tes paroles, tes enseignements, ta voix au bout du fil à n'importe quelle heure et ta chaleur ont contribué et contribuent encore chaque jour à me rendre meilleure.

À Vincent et Jaime, mes cascadeurs équestres sculptés par les anges, pour votre amitié et toute la folie que nous partageons lorsque nos mondes se croisent un moment. *La relation est comme une danse avec un cheval sauvage, un pas en avant, deux pas en arrière, une main tendue, un regard par-dessus la barrière.*

À toi, Sven Julien André Baptiste Aaronson Junior Topòr, mon Juju, mon ami d'enfance et de toujours, viking de mon cœur et comparse des plus improbables soirées, le traumatisme des amphithéâtres pour la seule fois où tu y auras mis les pieds... tu auras toujours une place sous mon toit si tu perds le nord, comme je l'ai dans tes bras quand je perds pied quelquefois.

À toutes les belles relations si étrangement nées de ce confinement et qui m'ouvrent les yeux sur de nouvelles choses, de nouveaux lieux, de nouveaux métiers, de nouvelles façons de vivre et d'aimer. Marie, Andréa, Jonas, Claire...

Et toi, mon Homme, qui m'a ensorcelée. Car si la pandémie nous a fait prisonniers ensemble, lorsque les portes se sont ouvertes l'envie de fuir m'était passée. Entre tes bras le monde est plus sûr que jamais.

Et...sans toi ma bibliographie ressemblerait à la liste au père Noël de mes 4 ans, et ma table des matières serait *maculée* des débordements de mon cerveau expirant sur ce dernier obstacle.

À ma famille. Comme il fait bon se blottir dans la chaleur et la douceur de nos liens, au gré d'un diner à Saint Leu, d'un diaporama d'anniversaire, d'un Noël pantagruellesque, pour entendre les histoires de mes cousins et cousines, les fou-rires de nos parents et les frasques de nos animaux.

À mes grands frères adorés, protecteurs envers et contre tous, premiers complices de tout ce qui rend la vie si drôle. À vos amis qui m'ont toujours accueillie. À ces deux femmes qui sont entrées dans vos vies et dans la mienne pour notre plus grand bonheur, et à mes merveilleux filleul et filleule et nièce à qui je promets d'apprendre des jeux bruyants, des noms d'oiseaux, et comment repérer les plus beaux endroits pour camper.

Merci Victor de m'avoir aidée à structurer ma pensée et établir un plan...

À mes parents pour nous avoir fait si unis, mes frères et moi, et pour nous montrer ensemble chaque jour l'exemple d'un amour qui dure toujours. Mon père, qui me soutient dans chacun de mes choix, et dont l'amour est à la fois l'armure qu'on revêt contre toute forme d'irrespect dans la vie, et le support sur lequel on prend appui. Merci pour ta sagesse, ton infinie connaissance du monde, merci pour le chant des oiseaux et le nom des champignons, pour l'impératif catégorique, pour les couleurs de Ravel et celles de Monet, pour ce sandwich en plein vent sur la Baie d'Ecalgrain. Merci pour cette fierté inébranlable qui m'encourage à suivre le bon chemin. Et toi, ma Maman. Ma vocation pour le soin vient avant tout de ces toutes premières mains qui se sont posées sur moi. De ces yeux pleins d'amour, de cette voix qui rassure et de cette oreille si patiente. Toi qui a toujours su, perçu et senti l'impalpable, et m'a donné le goût des autres et du voyage. Exigeante, tu m'as poussée vers la réussite. Indulgente, tu as pardonné mes erreurs et mes sauts d'humeurs dans ces longues études difficiles. Merci pour l'amour, la patience et pour l'empathie, dont tu as fait preuve avec moi, et que tu m'as je crois transmis.

Kim, petite sœur, tu me manques mais je n'ai pas abandonné. Ton souvenir m'encourage toujours à m'améliorer.

TABLE DES MATIERES

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1	2
FACULTE DE MEDECINE LYON EST : LISTE DES ENSEIGNANTS 2018/2019	3
LE SERMENT D'HIPPOCRATE	12
REMERCIEMENTS.....	13
LISTE DES ABREVIATIONS.....	19
AVANT-PROPOS : « ON N'ARRIVE PAS AU VINATIER PAR HASARD »	21
<i>Le cheminement vers la psychiatrie</i>	21
<i>Ce qui nous rassemble et ce qui nous distingue</i>	26
PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION.....	31
I-A : QUESTION DE RECHERCHE A L'ISSUE DE MON STAGE AU VINATIER :.....	31
I-B : ETAT DES LIEUX DU SOIN SOMATIQUE EN SANTE MENTALE.....	33
I-C : L'APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT : QUID DU PATIENT PSYCHIATRIQUE ?	38
I-D : LES « SOMATICIENS »	43
I-E : HYPOTHESES.....	44
DEUXIEME PARTIE : ETUDE QUALITATIVE.....	47
II-A : MATÉRIEL ET MÉTHODES	47
PARTIE II-B : RESULTATS.....	48
<i>II-B-1 : Nuage de mots.....</i>	<i>49</i>
<i>II-B-2 : Etat des lieux et problématiques.....</i>	<i>51</i>
II-B-2-a : Cheminement vers la psychiatrie	51
II-B-2-b : Origines des difficultés de suivi des patients psychiatriques sévères en médecine générale	52
II-B-2-c : Appréhension des médecins de ville.....	56
II-B-2-d : Peur, danger et préjugés.....	57
<i>II-B-3 : Compétences des « somaticiens » et spécificités de leur exercice</i>	<i>60</i>
II-B-3-a-Relation.....	61
II-B-3-b-Le temps et la confiance	71
II-B-3-c-Le cri du corps.....	77
II-B-3-d-Comment taire, comment dire ? Le rapport au corps et la place du symptôme en psychiatrie, entre l'interprétation et le traitement.....	81
II-B-3-e-Le délire	84
II-B-3-f-Le refus de soins.....	88
II-B-3-g-Suivi systématique, dépistage, prévention : du paternalisme à l'autonomie.....	90
II-B-3-h-Différences liées au fonctionnement hospitalier	93
II-B-3-i-Pas si différents.....	95
<i>II-B-4 : Articulation médecine générale-psychiatrie et ville-hôpital (Voir annexe 2, tableau 4).....</i>	<i>97</i>
II-B-4-a : Médecine générale et psychiatrie	97
II-B-4-b : Sortie d'hospitalisation et lien avec la médecine de ville	98
II-B-4-c : Communication avec le psychiatre.....	100
II-B-4-d : Répartition des rôles et partage des tâches.....	101
<i>II-B-5 : Solutions envisagées</i>	<i>102</i>
II-B-5-a : Sur la question du temps, de la rémunération et des moyens humains	103
II-B-5-b : Sur la question de la communication entre les médecins généralistes et la psychiatrie.....	103
II-B-5-c : Encourager la formation des futurs généralistes à la psychiatrie	104
II-B-5-d : Organisation du parcours de soin et du réseau de santé	106
II-B-5-e : Autres.....	111
TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION	113
III-A : INTERPRETATION DES DONNEES.....	113
<i>III-A-1 : Ce qui nous rassemble et ce qui nous distingue :</i>	<i>114</i>
<i>III-A-2 : Différentes approches :.....</i>	<i>115</i>
<i>III-A-3 : Savoir-faire et savoir-être.....</i>	<i>116</i>
<i>III-A-4 : Des problèmes.....</i>	<i>118</i>
III-A-4-a : Prise de conscience : enfin l'avènement du patient corps et âme	118
III-A-4-b : Des professionnels à former	119

III-A-4-c : Des moyens à mettre en œuvre	120
III-A-4-d : Affinités	121
<i>III-A-5 : Des solutions</i>	<i>121</i>
III-B : RETOUR SUR LES HYPOTHESES INITIALES	123
III-C : LIMITES DE CE TRAVAIL.....	128
<i>III-C-1 : Limites</i>	<i>128</i>
<i>III-C-2 : Déclaration des conflits d'intérêt</i>	<i>128</i>
III-D : OUVERTURES	129
CONCLUSION	130
BIBLIOGRAPHIE	135

ANNEXES :

-Annexe 1 : Table des illustrations :

Image 1 : Mindmap CUMG sur l'ACP

Image 2 : Mindmap Relation médecin-malade en psychiatrie

Image 3 : Mindmap ACP en psychiatrie

Image 4 : Nuage de mots

Image 5 : Palais idéale du Facteur Cheval

-Annexe 2 : Table des tableaux :

Tableau 1 : Caractéristiques générales des médecins interrogés

Tableau 2 : Caractéristiques générales des hôpitaux supports du recrutement

Tableau 3 : Etat des lieux et problèmes

Tableau 4 : Articulation médecine générale-psychiatrie et vill-hôpital

Tableau 5 : Savoir-faire des somaticiens et spécificités de la médecine générale en psychiatrie..34

Tableau 6 : Solutions proposées

Tableau 7 : Champs lexicaux

-Annexe 3 : Grille d'entretien et entretiens semi-dirigés retranscrits

-Annexe 4 : Peinture et schizophrénie

-Annexe 5 : Psychose et pandémie

-Annexe 6 : Psychose et somatisation

-Annexe 7 : Récits de situations cliniques

LISTE DES ABREVIATIONS

ANP3SM: Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale

AOMI: Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

BPCO: Bronchopneumopathie chronique obstructive

CORESO: Consultation et Réseau Somatique

CMP: Centres Médico-Psychologiques

CHV: Centre Hospitalier Le Vinatier

CHU: Centre Hospitalier universitaire

CS: Comorbidité Somatique

CIM10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision

CPI: Cardiopathie ischémique

CCR: Cancer colorectal

CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé

DFG: Débit de Filtration Glomérulaire

FCU: Frottis cervico-utérin

FMC: Formation Médicale Continue

FdRCV: Facteurs de risques cardiovasculaires

FA: Fibrillation auriculaire

HAS: Haute Autorité de Santé

HTA: Hypertension artérielle

IMC: Indice de Masse Corporel

INVS: Institut National de Veille Sanitaire

IPA: Infirmier en Pratique Avancée

MSP: Maison de Santé Pluriprofessionnelles

MT: Médecin traitant

MG: Médecin généraliste

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ORL: Oto-rhino-laryngologie

RR: Risque Relatif

SMR: Ratio de Mortalité Standardisé

SPMI: Troubles mentaux sévères et persistants / Serious and Persistent
Mental Illness

SAOS: Syndrome d'apnées obstructives du sommeil

SOH: Syndrome obésité-hypoventilation

TSH: Thyroid Stimulating Hormon

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHC: Virus de l'Hépatite C

VHB: Virus de l'Hépatite B

AVANT-PROPOS : « ON N'ARRIVE PAS AU VINATIER PAR HASARD »

Le cheminement vers la psychiatrie

« Alice: But I don't want to go among mad people.

Cheshire Cat: Oh, you can't help that. Most everyone's mad here. You may have noticed that I'm not all there myself.”

Lewis Carroll

Mon intérêt pour la question du psychisme est antérieur à mes études de médecine, un intérêt sans doute éveillé par une mère psychanalyste et un père professeur de philosophie. Ce questionnement s'est bien sûr amplifié avec la découverte du milieu hospitalier, milieu qui a parfois de quoi rendre fou.

Ce sont d'abord les délires confuso-oniriques des patients de réanimation¹ et les épisodes fébriles délirants des patients de maladies infectieuses qui m'ont questionnée, sur comment le contexte amène parfois des éléments de bizarrerie, de folie presque, à des personnes chez qui rien ne le laissait présager jusqu'alors. Et sur comment le contenu du délire venait révéler certains éléments déjà présents, les angoisses enfouies chez les patients, car le délire semblait toujours faire sens².

Je découvris peu après le monde de la psychiatrie fermée, avec fascination certes et un intérêt très marqué pour mes échanges avec les patients, mais

¹ Voir Annexe 7 – Réanimation médicale et infectieuse

² Je pense notamment à un patient de maladies infectieuses, gynécologue de son état, atteint de la dengue et qui dans son délire était persuadé d'être enceinte. Je pense aussi à un jeune patient de réanimation, très croyant, récemment transplanté cardiaque, et qui se réveillait la nuit, persuadé d'avoir volé ce cœur et d'être responsable de la mort de quelqu'un.

également effrayé par une forme de dogmatisme qui semblait à mes yeux peser sur le service. Le chef du service, qui voyait les patients une fois toutes les deux semaines, me paraissait lâcher sur eux le couperet d'un diagnostic irrévocable qui les suivrait toute leur vie, ainsi que le traitement associé. Un diagnostic rendu à l'issue d'un entretien, parfois unique, qui se déroulait sous le regard de l'assistant, des internes, des externes et des infirmiers. La discussion dans ce service s'apparentait à une remise en question de l'autorité qui serait préjudiciable par la suite, sur la note de stage pour les externes, ou l'obtention d'un poste pour les autres. Mais ce qui me frappait surtout, c'était que la distance qui se creusait entre nous, soignants, et nos patients psychotiques, semblait s'accroître avec le nombre de nos années.

Ce phénomène fait écho pour moi à l'expérience du passage à l'âge adulte. Enfant, je n'avais guère de préjugés, et beaucoup moins de peur de l'étrange ou de l'étranger. Aussi lorsque mon frère ramena un jour à la maison une chouette hulotte blessée, la taille de l'oiseau, son bec tranchant et ses serres ne m'apparaissaient pas comme un danger potentiel. Je voyais juste un être vivant blessé, que je voulais reconforter. Et j'allai alors caresser la chouette avant qu'un adulte ne songe à m'en dissuader. La chouette ne me mordit jamais, et quitta la maison quelques jours plus tard pour retrouver sa liberté.

L'absence de peur, d'appréhension ou de malveillance dans mon comportement m'a certainement protégée d'une réaction défensive de la part de cet animal sauvage.

Enfant toujours, je fus amenée à passer les vacances d'été avec une jeune femme psychotique. Elle avait plus de vingt ans quand j'en avais moins de quinze, et pourtant je passais avec elle de très bon moments. Nos conversations semblaient faciles et légères, et j'étais même fière de pouvoir ainsi parler avec une « grande ». Je nouais avec elle une certaine amitié. Je revis cette jeune femme quelques années plus tard, de ces années charnières qui font que l'on

pense différemment, que l'on appréhende autrement. Et dès lors, sa bizarrerie m'a sauté aux yeux. Elle était psychotique et moi j'étais devenue distante.

Il y a dans le mode d'interaction d'un enfant une importante part de mimétisme. L'enfant va reproduire le même, il n'a pas encore une idée bien précise de ce qui est, de ce qui doit être, de ce qui est socialement admis. Il n'a de préjugés que ceux qu'on lui inculque. Or mes parents ne m'avaient pas mise en garde contre cette jeune femme ou contre sa maladie, ils ne m'avaient pas présenté la chouette comme dangereuse.

Par ailleurs l'enfant dispose encore de moyens archaïques pour appréhender l'autre et interagir avec, il est régi par l'intuition et l'émotion, et, comme un animal sauvage, il perçoit les intentions avec une sensibilité très vive. Il me semble, du moins c'est ainsi que je perçois les choses, que pour recréer un lien avec mes patients, il m'a fallu faire re-fonctionner ce mécanisme archaïque pour ne pas préjuger de l'autre. Il m'a fallu remettre en mouvement des mécanismes infantiles pour ne pas être effrayée. De cette façon, j'ai fini par voir mes patients, en dépit de leur pathologie, par ce qu'ils avaient de semblable et non par ce qu'ils avaient de différent. Par ce qu'ils avaient de sympathique et non d'inquiétant. Un travail d'autant plus complexe que dans cette relation, c'est bien souvent le médecin seul qui doit s'y atteler, le patient étant, de par sa maladie, focalisé sur les différences³. Trouver avec eux quelque chose de commun, un détail, une idée, me sert de support pour créer une relation de confiance et induire du positif dans la relation transférentielle, puisqu'elle est bien souvent inéluctable(1). Car ainsi que le philosophe Emmanuel Kant l'écrivait, l'homme est un être rationnel et sensible : nous, médecins, n'en sommes pas moins hommes, et le raisonnement médical n'efface pas l'affect qui naît de la relation.

³ « Le schizophrène c'est celui qui ne se reconnaît pas, même dans la catégorie schizophrène. Il ne reconnaît que les différences, pas les similitudes. » Jacques Borie, Nouvel éloge de la folie.

C'est la raison pour laquelle une approche psychodynamique en psychiatrie me paraît indispensable même si elle ne doit pas être exclusive(2). Charcot, Freud, et après eux Lacan, en introduisant la psychanalyse dans la psychiatrie, nous ont donné l'idée que l'on pouvait interpréter le comportement d'un patient psychotique, et non pas seulement le constater et le traiter(3). Et lorsqu'on interprète, bien qu'on prenne le risque de se tromper, on cherche du sens, et cette quête du sens fait nécessairement naître une empathie à l'égard de l'autre, et donc du semblable.⁴

Quittons maintenant l'enfance pour revenir au présent. Résolue à conjurer ma première expérience de la psychiatrie, j'ai choisi d'effectuer mon troisième semestre au Vinatier, qui venait d'ouvrir un poste pour un interne de médecine générale.

Le poste se partageait entre le service Fanon du pôle ouest où je prenais en charge la moitié des patients sur le plan somatique, et le CMP de la Croix Rousse où j'ai pu, sous la tutelle du Dr Fau, ouvrir une consultation dans le cadre de CoReSo Somapsy à l'usage des patients suivis au pôle ouest et n'ayant pas de médecin traitant. Au terme d'une prise en charge somatique initiale, tenant généralement sur trois consultations, l'objectif était de les adresser à un confrère de ville avec un dossier complet et des correspondants.

Mon travail en tant que médecin somaticien au Vinatier reste à ce jour mon expérience la plus récente de la psychiatrie institutionnelle, et la plus positive. J'ai pu renouveler plus récemment cette expérience lorsque, durant le confinement, j'ai accepté de prendre temporairement un poste de somaticienne sur six unités de psychiatrie adulte n'ayant alors pas de médecin généraliste référent. En dépit de ce contexte particulier, cette brève reprise de fonction m'a confirmé l'intérêt de ce champ de la médecine. (*Voir annexe 5*)

⁴ Voir Annexe 7 – Soins somatiques en psychiatrie – 3^e récit, 5^e récit

Un stage de six mois dans une institution aussi ancienne que le Vinatier, c'est une image instantanée d'un univers en perpétuelle évolution. Aussi le service tel que je l'ai connu n'est plus à l'heure actuelle. Mais à mon échelle d'interne, ces six mois m'ont apporté nombre de questionnements, pistes de réflexion, et m'ont permis de développer ma propre approche, certes perfectible, des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères. Et si je garde du pôle ouest un souvenir si positif, c'est précisément parce les classifications semblaient moins compter que le patient lui-même, pour lequel on mettait à disposition plusieurs approches afin de coller au mieux à ce qui pouvait lui correspondre, psychodynamique, cognitivo-comportementale, pharmacologique et neurologique. En outre, le Vinatier dispose d'un pôle somatique important, d'une part la présence de somaticiens répartis dans les services de psychiatrie et d'autre part l'existence de services dédiés à la prise en charge somatique des patients du Vinatier.

Ma propre expérience et mon approche se sont bien sûr nourries de mes contacts avec les somaticiens du pôle, et j'ai conçu en moi-même un certain nombre d'hypothèse quant à leurs approches et ce qui les distinguait des généralistes de ville, quant aux compétences spécifiques qui leurs permettaient de lier avec leurs patients une relation de confiance et d'initier le soin.

Par la suite, l'envie de dépasser le stade de l'observation et de l'intuition pour investiguer de manière plus rigoureuse leurs approches est venue naturellement.

Alors, qui sont ces médecins qui ont choisi de demeurer au contact quasi exclusif des patients souffrants de pathologies psychiatriques sévères ? Que pensent-ils du constat des inégalités sanitaires dont ils sont victimes ? Et que mettent-ils en œuvre pour les prendre en charge qui diffère -ou pas- de la prise en charge en ville du tout-venant ?

Ce qui nous rassemble et ce qui nous distingue

*« La plus humble piquette était alors bénie,
Distillée par Noé, Silène, et compagnie.
Le vin donnait un lustre au pire des minus,
Et le moindre pochard avait tout de Bacchus.
Mais en se touchant le crâne, en criant " J'ai trouvé "
La bande au professeur Nimbus est arrivée
Qui s'est mise à frapper les cieux d'alignement,
Chasser les Dieux du Firmament.
Aujourd'hui ça et là, les gens boivent encore,
Et le feu du nectar fait toujours luire les trognes.
Mais les dieux ne répondent plus pour les ivrognes.
Bacchus est alcoolique, et le grand Pan est mort. »
George Brassens*

Si je suis si sensible à la question de la maladie mentale, et à celle de l'emprisonnement que représentent les mots qu'on utilise pour définir ou diagnostiquer une personne, c'est que j'ai moi-même été victime de cela, d'une autre manière.

La fille « bizarre ». Rien qu'un mot. Un petit mot de rien du tout qui m'a suivi depuis ma plus tendre enfance. Un mot dont le son même est qualifiable par son sens.

Insulte dans la bouche des uns pour m'exclure du cercle sociale, compliment et marque d'intérêt pour les autres, ou laissé-passé dans certains milieux, passe-droit pour la folie et toutes les fantaisies ornementales, verbales et comportementales. « Sur toi, ça passe. » « Venant de toi, ça n'étonne pas. » À tel point qu'on ne sait plus, du mot ou de soi-même, lequel s'accroche le plus à

l'autre. Je me suis abritée derrière lui, il m'a étouffée en son sein. Je l'ai brandis comme une excuse à tout ce qui n'allait pas, un prétexte pour ne plus essayer. Il m'a isolée de ceux qui m'entouraient, éloignée de ceux qui m'attiraient. Je ne sais plus si j'ai moi-même délimité les catégories ou si ce sont les catégories qui m'ont limitée. J'ai tant souffert d'être cataloguée que j'ai finalement pris les devants et au point de parfois m'exclure délibérément. J'ai placé sur un piédestal ceux qui semblaient toujours adaptés, toujours à leur place, tout en donnant l'illusion de me mettre à distance par suffisance, de me distinguer par mépris.

On néglige le poids des mots⁵, et leur portée sur une personne jeune ou fragile, aussi je reste convaincue de leur importance et de la finesse avec laquelle nous devons, en tant que soignants, les utiliser. Il suffit de voir ce qu'une phrase en apparence anodine peut avoir comme conséquences dans le développement d'un enfant, comme les insultes qu'on entend au collège viennent régir l'image qu'on a de soi par la suite de façon durable.

Et si je suis si emphatique à l'égard des patients souffrant de maladies psychiatriques, c'est aussi parce qu'ils sont considérés comme bizarres, étranges, et d'une certaine manière, marginaux.

La frontière est mince parfois entre marginalité, bizarrerie, folie et maladie.⁶ Sans bien sûr aller jusqu'à nier l'existence d'une pathologie mentale, de toutes les maladies du champ de la psychose et de leur dimension innée, on peut cependant noter une véritable histoire de la folie, caractérisée par l'évolution de nos représentations et de ce qui est socialement acceptable ou ne l'est pas. Pour ne citer qu'une image pour illustrer cette idée, songez à votre réaction face à un homme qui viendrait aujourd'hui vous affirmer qu'il est le fils de Dieu, qu'il marche sur l'eau, entend des voix et parle aux anges ? Paraphrénie,

⁵ Voir Annexe 7 - Urgences

⁶ Voir Annexe 7 - Réanimation médicale et infectieuse

bouffée délirante aiguë. Une femme qui s'enferme dans une pièce saturée de fumée et pousse des cris inarticulés censés traduire l'avenir ? Toxicomanie, délire. Pourtant il fût un temps où l'on parlait respectivement de prophète et de prêtresse⁷.

Beaucoup de mes amis sont encore à ce jour des marginaux, au sens strict, des gens qui sont en marges. Leur mode de vie et leurs croyances sont aussi différentes des miennes et de celles du corps médical que le sont les croyances d'un enfant ayant grandi en Asie du Sud-Est, dans un monde empreint de mystères et de superstitions où l'on brûle de l'encens pour les esprits de la maison, et celles d'un enfant ayant grandi à Lyon dans une famille bourgeoise. Une idée que plusieurs mois de voyages à travers le monde est venue confirmer.

Je me suis souvent demandé si certains de ces amis n'avaient pas été « préservés » de la psychiatrie en partie parce qu'ils évoluent dans un milieu qui tolère chez eux une bizarrerie qui leur vaudrait un séjour en secteur fermé dans d'autres milieux. La notion d'adaptation sociale est donc essentielle.

J'ai eu depuis la chance de participer à plusieurs formations dispensées au CHV sur la pathologie mentale, et en particulier au séminaire du pôle ouest « La schizophrénie n'est pas un trouble psychotique » animé par Edouard Laune (CCA au CPA, doctorant en philosophie de la santé) le 13 décembre 2017. C'est au cours de ce séminaire que j'ai trouvé l'écho de cette idée que l'avais de continuum entre la névrose et la psychose. Cette dernière, loin d'être un état figé en « tout ou rien », varie au cours du temps chez une même personne, varie en proportions, et touche de manière inégalitaire certaines populations. Plus encore, on sait maintenant que 8% de la population générale, soit une personne sur 12, expérimente la psychose sans être atteint d'une pathologie du champ des psychoses. Enfin, certaines personnes présentent un

⁷ « Ce qui fait la folie c'est l'adhésion ou non de celui qui écoute » Jacques Borie, nouvel éloge de la folie

symptôme isolé sans avoir les autres caractéristiques de la psychose (comme les entendeurs de voix). Tous ces éléments viennent renforcer l'idée de continuité qui jusqu'à très récemment n'était pas au goût du jour(4).

Aujourd'hui le domaine de la psychiatrie, de la santé mentale et du développement humain est marqué par nombre de découvertes, dans le domaine des neurosciences d'une part, et dans celui de la génétique d'autre part.

La **science**, par vocation, crée l'ordre dans le chaos. Mais si le raisonnement par classification et par catégories est utile à notre raisonnement, il ne doit pas l'emprisonner. Les catégories ne sont pas réelles, elles sont le fruit de notre réflexion. De même que l'on a classé le vivant en animal, végétal, minéral, pour des raisons pratiques, et que de loin ces ruptures paraissent évidentes, si l'on regarde dans le détail il existe nombre d'êtres se situant aux frontières de ces catégories, coraux, plantes carnivores, etc... qui prouvent qu'en y regardant de plus près il existe une continuité. Ainsi le champ de la pathologie mentale répond au même constat : de loin la différence entre névrose et psychose, entre bipolarité et schizophrénie nous paraît évidente, de près le cerveau humain dans toute sa complexité ne s'encombre pas de catégories pour le limiter. Il n'en reste pas moins que ces catégories nous sont utiles pour organiser la société humaine d'une part, pour soigner les patients d'autre part. Mais c'est lorsque l'on se situe à leur frontière, lorsque l'on rencontre le patient qui n'entre pas tout à fait dans les critères, que l'on doit être un homme pour le soigner et que l'intelligence artificielle ne nous a pas encore rattrapée.

Les **neurosciences(5)** viennent démystifier nombre d'idées, avec pour conséquences positives une déstigmatisation possible des malades mentaux et des perspectives thérapeutiques nouvelles, mais également le risque d'une confusion entre cause et conséquence et la négation des courants de pensée psychanalytique, comme si le fait de pouvoir voir la psychose sur une IRM

cérébrale ou de pouvoir doser la dépression dans un échantillon sanguin pouvait nier l'effet de l'histoire et de l'environnement dans ces images ou dans ces molécules. En ce sens, on encoure le risque d'une régression dans la psychiatrie moderne⁸. Toutefois le modèle bio-psycho-social semble pouvoir l'emporter tant que l'intrication de ces différents facteurs ne peut être clairement établie.(6)

La **génétiq**ue, avec l'émergence de nos connaissances en épigénétique, vient confirmer de façon scientifique, justement, ce que l'on présentait, à savoir l'impact de notre histoire et de nos interactions sur notre développement, à l'échelle moléculaire.

Pour finir sur une note positive, je pense que toutes ces avancées vont élargir le champ des possibles en une multitude de perspectives de recherche enthousiasmantes et de réflexion passionnantes, qui viendront rendre plus floues encore les limites des cases dans lesquelles il est impossible d'enfermer l'être humain. Car même dans la rupture la plus forte qui soit, on peut trouver l'ébauche d'une continuité.

« *The most interesting things happened in doorways, at the borders, right along the edges.* »Inferno, le film

⁸ « Le jour où la psychiatrie qui est en équilibre entre science (neurologie) et lettres basculera d'un côté ou de l'autre, elle cessera d'exister. »Jean-Pierre Salvarelli

PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION

I-A : QUESTION DE RECHERCHE A L'ISSUE DE MON STAGE AU VINATIER :

J'ai abordé mon stage de soins somatiques au Vinatier, en troisième semestre, avec une certaine appréhension. Mais elle tenait davantage au milieu hospitalier en général et à l'absence d'avis -le stage était nouveau- qu'à la psychiatrie en elle-même. J'ai été immédiatement accueillie avec bienveillance et enthousiasme par les médecins généralistes et psychiatres qui allaient encadrer mon stage, et sur la question de l'ambiance générale comme sur celle de l'intérêt pour la médecine générale, le stage est allé bien au-delà de mes attentes.

Une chose m'a cependant frappée : le nombre considérable de réunions.

Il y a, dans ce monde de l'hôpital psychiatrie, beaucoup de réunions. D'abord, avant que je puisse enfin mettre les pieds dans mon service, il aura fallu pas moins de trois réunions et le double d'échanges de mail. Par la suite les réunions se sont espacées, mais chaque semaine en comptait son lot. J'avais à faire à des médecins investis, motivés, impliqués dans la prise en charge des patients. Aussi la place de ces réunions qui venaient faire, dans l'idée que j'en avais, écran entre le médecin et son patient en réduisant le temps clinique, me posait question. Les réunions étaient-elles uniquement un effet secondaire de l'institution, un tampon entre celle-ci et la clinique, le ciment des équipes ?

Quelques sages personnes à qui j'ai eu l'occasion de soumettre cette question, semblent s'accorder sur l'idée que ces réunions, où tout le monde exprime son point de vue et où chacun se heurte à la susceptibilité d'autrui, sont là pour protéger les humains que nous sommes de la folie que nous côtoyons chez

d'autres humains, qui souvent nous renvoie à certaines choses en nous qu'on aimerait ne pas connaître, et nous confrontent à notre propre vulnérabilité psychique⁹. La folie institutionnelle et kafkaïenne a peut-être vocation à diffracter certaines choses que nous recevons de nos patients et qui seraient lourdes à porter seuls. Ces réunions sont une preuve tangible de la spécificité de la psychiatrie.

Mais les réunions prennent du temps. Et la temporalité en psychiatrie est elle-aussi bien spécifique.

« Le temps est un grand maître, il règle bien des choses », a dit l'un des médecins que j'ai interrogé pour ce travail, en citant Corneilles.

Quelle est donc cette spécialité où tout semble plus lent ? Pourquoi souffre-t-elle de préjugés si marqués ? Et qu'ont ces patients pour que nous ayons besoin de nous réunir si souvent ? Ce sont à peu près ces questions qui m'ont amenée à interroger dans ce travail les spécificités de la relation entre le médecin généraliste et le patient atteint de maladie mentale sévère.

Mais comme la curiosité seule ne légitime pas sur le plan éthique un travail de recherche, le sens de cette question réside avant tout dans le constat que la prise en charge somatique des personnes atteintes de pathologie psychiatriques lourdes est encore très en dessous des attentes que l'on pourrait avoir en comparant à la population générale. Or c'est peut-être en allant chercher du côté de ces spécificités que l'on pourra trouver les leviers sur lesquels appuyer pour élever le niveau et tendre vers une vraie égalité dans les soins. Car l'égalité, ce n'est pas seulement l'équité au regard de la loi, c'est aussi la correction des déséquilibres afin d'arriver au même résultat.

⁹ « L'angoisse est la preuve que nous sommes concernés, pas seulement comme soignant mais comme humain pouvant rencontrer l'étrangeté de la folie. Sans angoisse, c'est la preuve que nous avons créé un mur de science, de connaissance et de constructions entre le fou et nous. » Jacques Borie, *Nouvel éloge de la folie*.

Par-delà ces réflexions théoriques, il y a une rencontre avec un patient, Monsieur F. Un patient que j'ai soigné dans l'unité Fanon puis revu en consultation à CoReSo. Un patient qui se sentait persécuté par les uniformes, par les médecins, et par les femmes. Qui refusait la prise en charge, ne m'adressait pas la parole et évitait de croiser mon regard dans le parc.

Un patient que j'ai revu souvent, jusqu'à ce qu'il demande lui-même de réaliser les examens complémentaires que je lui avais suggéré. Jusqu'à ce qu'il soutienne mon regard dans le parc et me dise simplement : « Bonjour ».

I-B : ETAT DES LIEUX DU SOIN SOMATIQUE EN SANTE MENTALE

Les alarmantes **disparités en matière de morbi-mortalité**(7) au détriment des patients atteints de troubles mentaux sévère sont maintenant démontrées et connues.

Plusieurs études menées en France et en Europe révèlent que les personnes souffrant de troubles psychiques sévères ont une morbidité et une mortalité plus élevées que la population générale. La réduction de leur espérance de vie a ainsi été estimée à 20 ans pour les hommes et 15 ans pour les femmes, avec un taux de mortalité deux à trois fois supérieur à celui de la population générale (8) (9)

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le suicide et les accidents, quoique plus fréquents, ne sont pas la première cause de mortalité de ces patients. Cette réduction semble liée avant tout à des événements cardiovasculaires, favorisés par le diabète, le tabagisme, l'HTA et d'autres facteurs de risques (traitements psychotropes) qui sont majorés par la pathologie mentale et favorisés par le défaut de suivi et de prévention(10)(11)(12).

L'étude de Casadebaig F en 1995(13) retrouvait sur une population de 3466 patients schizophrène une prévalence augmentée du SIDA, du diabète et de l'épilepsie. La prévalence du cancer était similaire.

Mais une analyse rétrospective des causes de décès entre 2000 et 2013 des personnes souffrant d'une maladie psychique met en évidence la prévalence très forte des maladies cardiovasculaires et les cancers (14), laissant supposer que même à prévalence égale le cancer est plus mortel chez ces patients-là, comme la problématique du suivi le laissait présupposer.

Le Dr P, que j'ai rencontré dans le cadre de ce travail, résumait ainsi en comparant les consultations de médecine générale en psychiatrie avec les consultations de gériatrie : *« il y a une question de lenteur, pour se déshabiller, pour raconter, pour se rhabiller... et puis ils ont l'insuffisance cardiaque, rénale, respiratoire, le diabète...Donc c'est un peu comme nos patients. Finalement nos patients sont des jeunes vieux. »*

Concernant la **prise en charge institutionnelle** des patients psychiatriques, qui rappelons-le ne concerne pas la majorité des patients, l'enquête PSY-SOMA 2018 (15) a permis de faire le point sur les dispositifs de prise en charge somatique en place sur les établissements de soin psychiatrique en France.

Cette enquête de 67 items a été renseignée par 103 établissements sur les 257 interrogés. Ce taux de réponse élevé (40%) a permis d'affirmer qu'il y a maintenant un réel souci de prise en charge somatique des patients, avec des médecins somaticiens généralistes et spécialistes dédiés à cette problématique. Néanmoins, le nombre d'équivalents temps plein reste insuffisant et notamment lors des congés, et les postes d'internes en médecine générale ne sont pas en nombre suffisant pour assurer la formation des futurs généralistes en psychiatrie et promouvoir le recrutement des médecins « somaticiens » en psychiatrie.

En outre, la disponibilité de locaux dédiés aux soins somatiques restent très insuffisante dans les établissements.

Enfin, il n'y a pas ou peu de personnel soignant non médical et dédiés spécifiquement aux soins somatiques, et les équipes de psychiatrie sont parfois démunies face aux soins somatiques de base qui peuvent être demandés en milieu hospitalier (16).

Pour finir, il ressort de cette enquête que l'organisation et la coordination des soins somatiques devraient être envisagée systématiquement au niveau du territoire de santé mentale, en lien avec les partenaires naturels des secteurs que seront les CPTS et les hôpitaux de proximité.

Du côté de l'hôpital général, le parcours du patient psychiatrique est semé d'obstacles tels que la méconnaissance de la pathologie mentale, l'intrication du psychiatrique et du somatique, l'inadaptation et le manque d'autonomie des patients présentant des troubles psychotiques sévères et les préjugés que nous connaissons hélas tous sur les « patients psy »(17). Tous ces éléments en font un véritable parcours du combattant. L'étude de Scheifer en 2016(18) portant sur 104 séjours aux urgences générales de patients souffrant de pathologies mentales fait également la part belle aux problématiques sociales venant compliquer encore davantage la situation de ces patients pour lesquels le trouble psychiatrique influence le somatique et réciproquement, retardant le diagnostic et la prise en charge.

En ce qui concerne la **prise en charge ambulatoire**, le constat reste que les patients atteints de troubles mentaux sévères ont moins de médecins traitants. En France, un peu plus de 91% de la population générale a déclaré un médecin traitant selon le site de l'Assurance Maladie. Les quelques études réalisées sur des patients souffrant de troubles psychiatriques suggèrent un taux beaucoup

plus bas, et qui ne prend pas en compte le fait que les patients ayant un médecin traitant déclaré ne vont plus forcément le voir.

-Etude 1 (EU): 63% de l'échantillon dans l'incapacité de nommer un médecin référent en soins primaires. (19)

-Etude 2: 51% de l'échantillon ayant un médecin traitant renseigné dans le dossier (20)

-Etude 3 (Maison Blanche, France): Un médecin traitant était identifié chez 26,4 % de l'ensemble des patients hospitalisés. Pour 18,5 % de l'ensemble, il s'agit d'un médecin généraliste, pour 3,9 % d'un médecin spécialiste autre qu'un psychiatre et 3,9 % avaient recours à la fois à un médecin généraliste et à un médecin spécialiste. (21)

Force est de constater que ces disparités sont corrélées à des difficultés dans le suivi de ces patients, dont le parcours de soin est rendu complexe par leur pathologie mentale, par la multiplicité des comorbidités somatiques, et par d'autres problèmes liés au système de santé en lui-même.

Des travaux réalisés sur la question de pourquoi le suivi des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères est compliqué ont été réalisés, en interrogeant les généralistes de ville et en interrogeant les psychiatres.

Du point de vue des généralistes, vont ressortir des difficultés liées à une mauvaise coordination entre la psychiatrie et la médecine générale, mais aussi une mauvaise connaissance de la pathologie mentale(22), une intrication troublante entre le psychique et le somatique, le manque de temps. Et les solutions envisagées tournent essentiellement autour de l'amélioration de la communication avec le psychiatre.(23) Le poster présenté au congrès de l'ANP3SM en 2019 portant sur le sujet mettait notamment l'accent sur la complexité de la relation médecin-malade avec le patient psychiatrique sévère,

avec un contact déconcertant auquel les généralistes ne sont pas, ou peu, habitués (24).

Mais le propre de la médecine générale est précisément la prise en charge du tout-venant, avec un accent mis sur la globalité, le long terme et le suivi des maladies chroniques. Les médecins généralistes apparaissent d'ailleurs comme le premier recours des patients en cas d'apparition de troubles mentaux, et un interlocuteur privilégié pour le suivi (25)(26)(22)(27). Ces difficultés propres à la psychiatrie représentent donc une lacune dans ce rôle de « généraliste ». Une étude australienne comparant le suivi des diabétiques à celui des patients psychiatriques confirme l'idée que la pathologie psychiatrique est en quelques sortes le parent pauvre des maladies chroniques en terme de suivi (28).

D'autres travaux interrogent le **point de vue des psychiatres**. Une étude qualitative (29) suggère que bien que les psychiatres estiment satisfaisante leur relation avec le généraliste, il la considère « asymétrique », « déséquilibrée » et « peu fréquente ». La communication est entravée par la problématique du temps, et par une certaine méfiance de la part des psychiatres qui estiment que ce qui est dit dans l'espace de consultation psychiatrique ne doit pas être divulgué, même à un autre médecin, de par l'intimité particulière à laquelle la psychiatrie touche et la difficulté à retranscrire certains éléments, dans cette spécialité qu'ils qualifient eux-même de « à part », « stigmatisée » et « en évolution ».

Par ailleurs l'organisation sectorielle de la psychiatrie n'est pas superposable avec celle de la médecine générale, une différence qui s'accroît encore en milieu rurale (30).

Les solutions mises en œuvre localement pour améliorer cette situation prennent la forme de dispositifs intermédiaires, faisant le lien entre la

psychiatrie institutionnelle et la médecine générale de ville. L'exemple local est celui de CoReSo Somapsy, le dispositif en place sur le pôle ouest du CHV. Mais d'autres initiatives locales existent, que nous reverrons plus tard, comme celles présentées lors des congrès de l'ANP3SM ou comme certains modèles étrangers de prise en charge psychiatrique et somatique concomitantes (31)(32).

L'idée qui sous-tend cette thèse est que le point de vue des somaticiens travaillant en établissement psychiatriques est un maillon essentiel manquant à ces recherches, car ils constituent une solution de continuité entre les psychiatres dont ils soignent les patients au quotidien, et les généralistes dont ils ont la profession. Les interroger paraît donc doublement intéressant, d'une part pour connaître leur point de vue, et d'autre part pour chercher à mettre en lumière certaines compétences spécifiques qui, si elles étaient identifiées, pourraient être transmises aux confrères de ville.

I-C : L'APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT : QUID DU PATIENT PSYCHIATRIQUE ?

Au stade de la réflexion précédant l'organisation de ma pensée et du plan de cette thèse, j'ai utilisé le logiciel MindNode pour cartographier l'ensemble des idées qu'invoquaient la problématique de la relation médecin-malade avec un patient psychotique ou plus généralement souffrant d'une pathologie mentale sévère (*Voir Annexe 1- Image 2*). En faisant le rapprochement avec les enseignements facultaires de médecine générale, j'ai relu les documents de synthèse mis à disposition par la faculté et j'ai pu rapprocher mon schéma de

celui vu en cours sur l'Approche Centrée Patient (*Voir Annexe 1- Image 1*), et recréer une nouvelle carte mentale fusionnant les deux (*Voir Annexe 1- Image 3*). Cet exercice m'a aidé à structurer ma pensée et c'est ce qui est à l'origine de cette partie.

L'Approche centrée sur le patient (ACP), concept international reconnu, est le fruit des travaux de Balint(33)(34), Rogers(35) et Stewart(36). Mais l'essence même de cette approche est au cœur de la thèse de George Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique*(37): ce qui fait le « pathologique », c'est ce que la maladie a comme conséquence spécifiquement dans le mode de vie du patient, ce qu'elle représente pour lui, en regard de sa normativité, et non les symptômes objectifs tels qu'identifiés par le corps médical.

Ce concept a permis de reconnaître l'approche fondamentale du médecin généraliste comme une compétence clinique identifiable, de l'étudier et d'en valider la qualité en terme d'Evidence Based Medicine (EBM). Dans le séminaire de première année portant sur le sujet, l'ACP est divisée en quatre dimensions fondamentales:

- l'accueil du patient en tenant compte de son contexte bio-psycho-social
 - l'exploration des représentations du patient vis à vis de sa maladie et des conséquences concrètes de cette dernière sur sa vie(38)
 - l'abord des problèmes, du point de vue du patient, et de ses attentes, permis par une relation de confiance(39)(40)
 - enfin, l'alliance thérapeutique pour établir avec le patient un projet de soin: c'est là qu'intervient la notion de décision médicale partagée (loi de 2002)(41).
- Le médecin généraliste doit, pour satisfaire à ces objectifs, développer non seulement un savoir-faire, mais également un savoir-être, le second étant, en médecine générale comme en psychiatrie impossible à « compenser » avec le premier.

Ce savoir-être nécessite un apprentissage de la communication, de l'écoute, du parler et du pouvoir du silence(42)(43).¹⁰ Des compétences qui sont finalement peu théorisés durant les études de médecine avant l'internat, et plus ou moins apprises lors des stages en fonction des différents mentors que l'on a la chance ou non de rencontrer. Mais à ce stade, elle dépend beaucoup de l'étudiant, de qui il est et était avant même son entrée en médecine. Rien d'étonnant à ce que ce savoir-être et cette communication puisse un jour être le point faible d'un jeune interne, au vue de ces inégalités de départ.(44)(45)

Il est cependant possible, dans une certaine mesure, d'apprendre à être dans le colloque singulier avec le patient. En cela, l'apport de la psychologie(46) en tant que discipline et des différentes attitudes psychothérapeutiques(47) est précieux.

Tout d'abord l'influence de la psychanalyse, comme outil de compréhension de l'autre et du transfert, et dans une moindre mesure en fonction de la formation de chacun, comme outil thérapeutique. Michel Balint a beaucoup contribué à intégrer ce savoir à la pratique de la médecine générale et ce notamment à travers les groupes Balint. On peut ainsi retenir de l'approche analytique :

-l'idée d'écoute active (comprendre, reformuler), les questions ouvertes et le respect des silences, favorisant l'expression du patient, les associations libres.

Balint disait : « *La capacité d'écouter est une aptitude nouvelle qui exige un changement considérable bien que limité dans la personnalité du médecin* »

-la vertu thérapeutique du médecin en lui-même, et la relation : le médecin rassure et conseille(48). Toujours pour citer Balint : « *Écouter pendant un entretien prolongé représente une grande part de la psychothérapie* »

¹⁰ Voir annexe 7 – stage praticien - Silence

-la neutralité bienveillante : c'est l'idée qu'il existe un point entre le trop-plein de compassion et, au contraire, l'indifférence et que c'est cette distance idéale qu'il nous faut atteindre, dans une attitude d'écoute empathique, sans manifester de réactions émotionnelles ou porter des jugements de valeurs, afin d'instaurer un climat de tolérance et de déculpabilisation.

-Et surtout l'analyse de la relation transférentielle : la percevoir et la comprendre pour se garder des interprétations trop hâtives et ne pas orienter le patient en fonction de nos propres représentations.

Plus tard, l'émergence des thérapies cognitivo-comportementales(49) a permis de développer des outils concrets qui favorisent l'apprentissage sur des bases peut-être plus faciles à appréhender et enseigner :

-L'entretien directif

-La relation de collaboration, le contrat thérapeutique

-L'analyse fonctionnelle des symptômes et perturbateurs chez le patient

-La démarche explicative et déculpabilisante

-Les propositions de tâches spécifiques et conseils qui permettent au patient d'affronter la réalité et son environnement.

-Le suivi et l'évaluation des résultats.

Toutes les étapes d'une consultation idéale dans l'ACP et en vue d'une décision médicale partagée, qui constituent le modèle idéal de la prise en charge en médecine générale, s'appliquent en théorie à la prise en charge du patient psychiatrique grave. En pratique, chacun a pu faire l'expérience de toutes les difficultés supplémentaires que la maladie mentale implique. L'écoute et la compréhension se heurtent à des patients peu communicants ou, au contraire, très productifs. L'information, l'idéal du patient expert, la décision médicale partagée, se heurtent à l'apraxie, au manque d'autonomie. Les représentations inhabituels des patients, leurs peurs, leurs refus, nécessitent

des ajustements permanents, des compromis parfois très éloignée de la prise en charge EBM, beaucoup de patience et une maîtrise de soi plus importante encore.

Une brève revue de la littérature de ces dix dernières années sur l'approche centrée patient et la décision médicale partagée en médecine générale révèle de nombreuses études portant sur les patients diabétiques, les patients dit « polypathologiques »(50), les patients déments(51), les patients chroniques(52), les patients en général(53)(53)(54)(55). Avec des conclusions somme toute très positives en général.

Or les pathologies psychiatriques constituent une part importante de la médecine générale, ainsi qu'une tranche particulièrement fragile de la population générale et dont le suivi est encore insuffisant. Et les données concernant les bénéfices sur cette population des nouveaux concepts clef de la médecine générale sont encore minces, avec toutefois une étude portant sur la prise en charge de la dépression en médecine générale(56) où l'ACP semble bénéfique, sous réserve d'une démographie médicale suffisante.

Dans son intervention lors du séminaire sur la décision médicale partagée, le Pr SAOUD évoque les limites de l'ACP et de la DMP chez les patients atteints de schizophrénie.

Les limites cliniques d'abord, que sont l'ambivalence du patient vis-à-vis du médecin et réciproquement, et l'anosognosie fréquente.

Les limites médico-légales ensuite : les patients sous contraintes le sont certes pour la pathologie mentale, n'en reste qu'il existe au regard de la loi et l'obligation de soin, et l'obligation du respect de l'autonomie, qui n'est certes pas à son comble. La décision se prend alors en équipe et s'avère souvent très complexe. Dans le cadre d'une urgence somatique, le médecin ne peut pas se permettre d'être dans la même ambivalence que le patient, et pour compenser

se tourne vers les aidants, la famille et les autres intervenants (spécialiste, équipe).

Et même lorsqu'il n'y a pas la contrainte pour complexifier, les patients psychotiques restent souvent passifs face au processus décisionnel qui concerne leurs soins. Le médecin doit informer, en adaptant son discours, mais il n'a pas forcément de réponse. Il n'a pour ainsi dire même pas la certitude que ce qu'il dit est compris. L'exemple alors cité sur le ton humoristique est le suivant :

« -Qu'est-ce qui vous amène ?

-Le bus. »

Cet exemple, au-delà de sa dimension amusante, représente le défaut d'abstraction des patients, or notre langage foisonne de métaphores dissimulées qui ne sont pas forcément comprises.¹¹

La décision médicale partagée en psychiatrie doit être particulièrement adaptative. Et dans ce contexte plus que jamais, lorsque l'autonomie du patient fait défaut, le partage doit reposer sur d'autres intervenants, et sur l'intention bienveillante du médecin.

I-D : LES « SOMATICIENS »

Nous l'avons déjà dit : la nature aime la continuité.

La médecine aujourd'hui suit une évolution très cloisonnante, faisant émerger une hyper-spécialisation au profit de la compétence mais au détriment de la polyvalence.

¹¹ Voir Annexe 7 - Soins somatiques en psychiatrie - Leçon de Botanique

La médecine générale, quant à elle, se porte garante envers et contre tous de cette polyvalence, indispensable à la pratique sur tout le territoire et notamment dans les régions rurales isolées, et avec tous types de patients, notamment les patients souffrant de pathologies mentales sévères.

Parmi toutes les possibilités que la médecine générale offre, le nom de « somaticien » a émergé. Le somaticien, sorte de corail, d'oiseau-mouche, de plante carnivore, qui fait la jonction entre la médecine générale et la psychiatrie, et dont le nom imparfait caractérise plutôt par ce qu'il n'est pas (un psychiatre), un métier loin d'être aussi restrictif qu'il n'en a l'air. Car le médecin généraliste en établissement psychiatrique, puisque c'est de lui qu'il s'agit, soigne un patient dans sa globalité, et non un soma, un corps, par opposition à l'âme, la psyché.

En parcourant les travaux présentés au congrès de l'ANP3SM ces dernières années, ainsi que PubMed et le Cairn, on peut lire plusieurs travaux intéressants interrogeant les médecins généralistes sur leur vécu de la prise en charge des patients psychiatriques, de la communication avec les psychiatres ; et réciproquement, d'autres travaux interrogent ces derniers.

Cependant le point de vue de ces somaticiens, ces généralistes en établissement psychiatrique, n'a pas été spécifiquement mis en lumière sur cette question du soin somatique en santé mentale, qui pourtant les concerne directement.

I-E : HYPOTHESES

Je suis partie de mon stage avec un certain nombre d'hypothèses concernant ce sujet, et c'est au vu de cette revue de la littérature que j'ai décidé d'axer mon

travail sur des interrogatoires auprès de ces médecins somaticiens pour pouvoir infirmer ou confirmer mes hypothèses, qui sont les suivantes.

La première est que la relation médecin-malade s'apparente, entre un médecin généraliste et un patient psychotique, plus que jamais à une forme d'**apprivoisement**¹², tel que décrit dans le célèbre livre de Saint Exupéry lors du dialogue entre le Renard et le Petit Prince : le point central de la prise en charge globale d'un patient psychiatrique sévère est le **temps** que l'on peut y accorder. Et cette question du temps représente aussi l'obstacle majeur au suivi en ville.

La seconde est que la psychiatrie entre toutes les spécialités suscite des peurs, des préjugés et des interrogations, et qu'elle ne s'apprend pas dans les livres. Aussi le seul moyen d'appréhender la maladie mentale est d'y être confronté. Car c'est au contact des personnes atteintes de maladies psychiatriques sévères que l'on apprend une forme de « savoir-être », une idée des comportements à éviter, une manière d'appréhender le délire, de le respecter ou de le contourner sans s'y opposer frontalement ou sans y plonger, pour ne citer qu'un exemple. C'est au contact de ces patients que l'on parvient à changer la peur en intérêt, le rejet en compréhension, la sympathie ou l'antipathie en empathie.

Et s'il est possible de rencontrer souvent au cours des stages hospitaliers la cardiologie, la pneumologie, la gastro-entérologie, et caetera, dans des services qui ne s'y consacrent pas exclusivement, on peut totalement échapper à la psychiatrie, qui n'en demeure pas moins pourtant un motif de consultation prépondérant en médecine générale. L'enquête « Santé mentale en population générale : image et réalité » réalisée par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS, Lille) estime à 42 % la part de la

¹² Voir Annexe 7 - Hépatogastro-entérologie

population qui se tourne vers le médecin de famille comme premier acteur en cas de difficultés psychologiques(57). En outre une majorité des patients souffrant de troubles psychiques seront suivis et traités par un généraliste et jamais par un psychiatre, et lorsque le psychiatre intervient c'est souvent par le biais du généraliste(58). L'observatoire de la médecine générale rapporte 11,72% du top 50 des motifs les plus récurrents de consultation de médecine générale¹³. Dans une étude publiée dans l'Encéphale(22), les médecins généralistes inclus ont considéré 28,6 % (IC95 % : 26,0–31,3) de leurs patients comme étant des cas de trouble psychiatrique légers, moyens ou sévère.

Les psychiatres ne sont pas les seuls Aussi ce travail de thèse intervient dans un contexte de fermeture des **stages en milieu psychiatrique** aux internes de médecine générale, et si c'est un hasard (j'avais choisi mon sujet avant cela), je pense qu'il n'en est pas moins opportun. Car l'approche centrée patient est aujourd'hui au cœur de notre formation, et j'espère, par ce travail de thèse, démontrer que la réalisation d'un stage de soins somatiques en psychiatrie est l'aboutissement de ce qui est exigé de nous dans le cadre d'une approche centrée sur le patient.

¹³ <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>

DEUXIEME PARTIE : ETUDE QUALITATIVE

II-A : MATÉRIEL ET MÉTHODES

Ce travail est une étude qualitative multicentrique, menée à partir d'entretiens semi-dirigés menés auprès de vingt-et-un médecins somaticiens exerçants tous en établissement de soins psychiatriques, dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Les médecins interrogés étaient âgés de 31 à 70 ans (âge moyen 43,2 ans; médiane 41,5 ans), des deux sexes (treize femmes pour huit hommes), exerçant en établissement psychiatrique depuis 2 à 21 ans (en moyenne 7,7 ans ; médiane 7 ans). Vingt d'entre eux étaient médecins généralistes et possédaient pour certains des diplômes complémentaires en gynécologie, prise en charge de la douleur, pédiatrie, et soins somatiques en psychiatrie. Un seul médecin était interniste. Ils avaient majoritairement un mode d'exercice hospitalier pur, en médecine adulte et gériatrique, avec quelques exceptions pédiatriques au-delà de 8 ans.

(Voir Annexe 2 - Tableau 1)

Le recrutement a été fait sur cinq centres hospitaliers psychiatriques en diffusant une demande par mail à l'ensemble des somaticiens de l'établissement. Le mail contenait une brève présentation, une explication du travail de thèse et leur proposait de participer, en mentionnant que je me rendrai sur place au jour et à l'heure qui nous conviendrait.

Les établissements étaient pour trois d'entre eux publics et pour les deux restants, semi-privés. Le plateau technique était très variable d'un

établissement à l'autre, avec comme on peut s'y attendre un plateau technique propre plus développé dans les grandes villes, et plutôt un partenariat avec un centre hospitalier général proche pour les hôpitaux périphériques.

(Voir Annexe 2 - Tableau 2)

Les entretiens ont donc été fait sur le lieu de travail des somaticiens, à l'aide de la grille d'entretien semi-dirigé en annexe, enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis retranscrits manuellement.

L'analyse des entretiens a été faite à l'aide du logiciel d'analyse des données qualitative NVivo qui a permis une relecture des entretiens avec un codage des grands thèmes qui se répétaient et une analyse sémantique, le nuage de mot, qui permettait de faire ressortir les thèmes les plus abordés.

Dans un souci de simplification des données en vue de l'analyse de celles-ci, les réponses ont été simplifiées dans leurs grandes lignes dans les tableaux 3, 4, 5 et 6 en annexe 2. Le développement de l'analyse des réponses figure dans la partie II-B. Lorsqu'une partie correspond à une question précise de la grille d'entretien, celle-ci est indiquée à côté du titre de cette façon : (Q.1).

Le travail bibliographie effectué en amont et principalement relaté dans la première partie a pour support les bases de recherche PubMed, SUDOC, SCOPUS, Lissa, et le CAIRN. L'organisation des données bibliographiques repose principalement sur l'utilisation du logiciel Zotero.

PARTIE II-B : RESULTATS

II-B-1 : Nuage de mots (*Voir Annexe 1- Image 4*)

Le logiciel d'analyse des données qualitatives Nvivo, avec qui j'ai développé une relation très intense ces derniers mois, dispose d'une fonctionnalité intitulée « requête », et qui permet de détecter et classer par ordre de fréquence des occurrences, les mots et champs lexicaux.

Il est intéressant de voir que le mot qui apparaît le plus de fois au cours de ces 21 entretiens est le mot « patient.e.s ».

Viennent ensuite les mots médecin.s, psychiatre.s, généraliste.s. Puis le mot « pensée » (583 occurrences), et enfin le mot temps, qui apparaît 374 fois.

On pouvait s'attendre à ce que les rôles principaux, le patient, le médecin généraliste et le médecin psychiatre, soient au centre de ce nuage de mots. Une analyse de quand et comment les patients étaient désignés par les mots « homme », « femme », « dame », « monsieur » ou « gens » aurait été intéressante mais légèrement hors sujet. Cependant on peut remarquer qu'il s'agit de termes fréquemment employés et dont on peut pressentir l'importance dans le regard que nous, médecins, portons sur les patients, et sur la symétrie croissante dans la relation avec l'effacement du paternalisme au profit des principes modernes de la démocratie sanitaire.

Je ne m'attendais pas à la prépondérance du mot pensée, mais c'est tout à fait intéressant car la pensée est au cœur du psychisme, la psychose est, entre autre, un trouble du cours de la pensée, et la médecine, surtout dans ce contexte de réflexion longue plutôt que d'urgence, est avant tout une médecine de la pensée.

Je m'attendais, en revanche, à retrouver le mot temps. Le logiciel ayant ses limites, il n'a pas pris en compte tout le champ lexical de ce mot, mais les mots souvent, parfois, toujours, ans, mois, jours, heures, moments, et caetera, étaient eux aussi présents à plus de 100 occurrences. La question du temps est tout à fait centrale dans le champ des pathologies mentales, et nous l'aborderons dans une partie spécifique.

Il est intéressant de remarquer que le mot « patient », qui dans ce contexte nous évoque sans trop d'hésitation le patient, en tant que personne, est en réalité ici souvent utilisé comme adjectif qualifiant le médecin, un adjectif qui fait, lui aussi, référence au temps. Car à la question des stratégies utilisées pour entrer en contact avec nos patients, on m'a fréquemment répondu : « il faut être patient ».

Cela fait écho pour moi à une autre problématique qui a été soulevée par le Dr C : celle de la symétrie (de l'asymétrie ?) de la relation médecin-malade dans ce domaine particulier. Car si les nouvelles générations de médecins ont été formés avec l'idée, plutôt que d'une relation paternaliste au patient, d'une relation d'égal à égal qui favorise l'autonomie du patient, du patient expert de sa maladie et de ses soins, cette vision-là reste beaucoup plus difficile à mettre en œuvre avec les patients qui ont précisément un problème d'autonomie, que ce soit dans le monde de la psychiatrie ou dans celui du handicap, des patients déficitaires, de la précarité. Une proportion importante des médecins interrogés a cheminé vers la psychiatrie, plutôt en raison de la vulnérabilité des patients que d'un intérêt pour la sphère du psychisme et de la pathologie mentale, avec initialement un attrait pour la pédiatrie, la médecine humanitaire, la médecine de la précarité. Mais si pour être un bon médecin, il faut être patient, l'inverse est vrai : pour être un bon patient, un patient moderne, autonome, il faut être un peu médecin. Et c'est ce que l'on tend à

faire, avec les consultations longues, avec l'éducation thérapeutique. On tend à rééquilibrer une relation qui de base l'est moins encore qu'avec nos autres patients de ville. On doit tendre vers cela, même si cela implique de renoncer à notre rôle de sauveur, un rôle qui nous valorise et nous conforte dans l'utilité de notre être et le sens de notre vie, un rôle narcissisant, même. Mais y renoncer, aussi, pour un rôle plus utile encore, plus pérenne pour nos patients, et plus désintéressé.

Ce militantisme pour la symétrie de la relation médecin-malade même avec les patients vulnérables comme nos patients psychiatriques implique une éthique particulière qui est le moyen le plus sûr de lutter contre l'écueil du laxisme. J'entends par là qu'il est parfois facile de se dire que n'étant pas tenus aux mêmes résultats qu'avec des patients plus exigeants, on peut se tourner vers cette niche de la médecine générale pour s'y abriter de certaines responsabilités. De la même façon, la fréquence du refus de soin au premier abord peut s'envisager comme un point final, avec une certaine facilité (« le patient a refusé, je le note dans le dossier, ma responsabilité n'est plus engagée »), quand en réalité elle n'est que le début d'une prise en charge plus longue et plus élaborée, durant laquelle il faudra revenir et tenter différentes approches. C'est un vrai métier et une vraie vocation que de vouloir prendre à bras le corps la complexité de l'intrication psyche-soma pour faire ici de la belle médecine.

II-B-2 : Etat des lieux et problématiques (voir annexe 2-tableau 3)

II-B-2-a : Cheminement vers la psychiatrie (Q.1)

Afin d'explorer le biais que constitue la présence même de ces médecins généralistes au sein d'établissements de soin psychiatrique, j'ai souhaité interroger les raisons de cette orientation professionnelle. Cette question permet d'emblée de pressentir quelques pistes d'amélioration pour la suite.

Sur les vingt-et-un médecins interrogés, quatorze avaient effectué un stage en psychiatrie (généralement un stage de soins somatiques), ayant contribué largement à ce choix par la suite. On retrouvait également chez six d'entre eux un parcours antérieur en rapport avec la vulnérabilité ou la prise en charge de populations précaires (médecine humanitaire, pédiatrie, dispensaires ou autre). Ce qu'il est difficile d'évaluer de façon objective, c'est évidemment l'inclinaison antérieure aux études médicales pour la question du psychisme (ou de la vulnérabilité), et si un tel parcours ou de tels stages en sont la conséquence, l'origine, ou un catalyseur. Là-dessus, il semblerait cependant que deux grands courants se profilent, avec d'une part des médecins revendiquant un intérêt personnel ou une histoire familiale dans le monde de la psychiatrie, et d'autre part des médecins plutôt attirés par le travail d'équipe ou par le salariat de façon très pragmatique.

Le hasard et les opportunités ont bien sûr été largement évoqués mais les paramètres précédents viennent très clairement orienter le hasard, qui n'en est plus un.

II-B-2-b : Origines des difficultés de suivi des patients psychiatriques sévères en médecine générale (Q.3)

Cette thématique, déjà bien documentée dans la bibliographie en première partie, trouve ici en toute cohérence des réponses assez similaires :

-Le manque de formation des médecins généralistes à la psychiatrie, et bien souvent l'absence de tout contact avec elle durant les études.

« Quand je suis arrivée ici j'ai eu l'impression de découvrir la psychiatrie. Voilà, je n'avais pas d'a priori mais je ne connaissais pas non plus.

Rétrospectivement je me suis dit, dans les 5 ans où j'ai exercé avant j'en ai vu, et je me suis rappelée que j'avais eu des contre transferts un peu agressifs envers certain qui en fait sans doute avait une pathologie mentale. » Dr D.

-Le manque de moyens et de personnel : s'il est aujourd'hui difficile pour certaines personnes en zone sous-médicalisée de trouver un médecin traitant ou d'avoir un rendez-vous avec un spécialiste, on peut aisément concevoir que cela relève de l'impossible pour le patient psychiatrique. Par ailleurs, comme on l'a déjà vu en première partie, les effectifs de médecins « somaticiens » en psychiatrie sont encore largement insuffisant pour vraiment répondre à cette problématique du soin somatique en santé mentale, qui n'est certes pas nouvelle mais dont l'élévation au rang de problématique de santé publique est, elle, assez récente.

« Déjà c'est la pénurie de médecins en ville. » Dr N.

-La problématique sociale : les patients psychiatriques sont fréquemment en situation précaire, soit sur le plan économique, soit sur le plan social, bien souvent les deux. Ils sont isolés, et beaucoup n'ont pas la capacité de travailler. La raison économique semble toutefois au second plan puisqu'ils n'ont pas toujours à avancer le prix des consultations, elle intervient davantage pour les soins dentaires par exemple, ou pour les prothèses visuelles et auditives, qui sont des soins pas ou peu remboursés. En revanche, l'isolement social

contribue largement à cette absence de suivi, aucun proche n'étant présent pour énoncer cette fameuse phrase : « tu devrais aller voir un médecin. »

« L'autre souci du manque de suivi c'est je pense leur situation sociale, leur isolement. » Dr H.

« Il y en a qui disent qu'il y a aussi un souci économique. C'est beaucoup dit. Mais ça j'y crois beaucoup moins parce que la plupart sont en ALD, ils ne paient pas. » Dr F.

« Il y a aussi le fait que ces patients voient peu de médecin, parce que les médecins sont compliqués à voir, il n'y a pas grand monde qui les encourage à aller les voir... » Dr K.

-Les réticences ou le déni des patients : les patients souffrant de troubles mentaux sévères échappent d'eux-mêmes au suivi somatique, soit qu'ils le fuient, soit qu'ils n'en ressentent pas le besoin ou ne perçoivent pas leurs symptômes, soit qu'ils n'aient même pas envisagé la chose ni pris conscience de la problématique du corps et de ses soins. La maladie mentale désorganise, isole, et plonge dans l'errance nombre de ses victimes. L'hôpital permet dans une certaine mesure de « raccrocher » certains patients, mais la majorité de ceux qui ne sont pas hospitalisés reste la plus difficile à atteindre. En outre, l'effet pervers des hospitalisations longues en psychiatrie réside dans une désadaptation à la vie dans la cité, incluant notamment le suivi médical en ville.

« Je pense qu'il y a leur maladie qui fait qu'ils ne se font pas suivre. Certains sont un peu anosognosiques quand même. » Dr E.

« La confiance. Le repli sur soi, la psychose.

Alors je pense qu'ils n'ont pas la même conscience de leur corps, de la nécessité du prendre soin de soi. Ils n'ont pas conscience de ça.

Les difficultés d'aller vers l'autre, pour eux. » Dr C.

-Les réticences et appréhensions des médecins : les patients psychiatriques demandent du temps, un temps qui n'est pas rémunéré. En outre, le nombre des consultations manquées, les « PVPP » (« pour pas venu pas prévenu ») est élevé, et ces deux paramètres suffisent à déséquilibrer le planning déjà chargé d'un médecin généraliste libéral. Quant aux autres appréhensions, sur la pathologie mentale en elle-même, on rejoint la question du manque de formation et de contacts préalables... cependant il reste une part incompressible de sensibilité personnelle à la question de la pathologie mentale, et l'un des attraits de la médecine générale aujourd'hui et qui compensent les nombreux désagréments du salariat est la notion de liberté. Une liberté qui se manifeste notamment dans l'adéquation progressive du médecin avec sa patientèle.

« Pour voir un patient psychotique ou bipolaire grave, il faut s'investir plus qu'avec un patient normal, il faut adopter des stratégies plus élaborées pour obtenir des informations fiables, il faut parfois appeler l'entourage, il faut plus de temps. Et le temps c'est ce qui manque le plus. » Dr A.

-Le manque de communication avec le secteur de psychiatrie : ce qu'appréhendent aussi les médecins généralistes, c'est d'être seul et démuni face au patient qui se dégrade, à celui qui n'est manifestement pas équilibré par son traitement, qui est en rupture ou en absence totale de suivi psychiatrique, ou qui subit les effets secondaires d'un traitement dont le médecin généraliste n'est parfois pas même informé.

« Et puis il y a quand même la communication entre le psychiatre et le médecin généraliste qui est un peu...

-Complicquée ?

-Oui enfin surtout un peu absente. » Dr R.

-Enfin, plus rarement, l'ambiguïté des rôles a été évoquée : qui est réellement le médecin traitant, le médecin généraliste ou le psychiatre ? Qui s'occupe des effets indésirables des traitements psychotropes ? Lorsque les rôles ne sont pas clairement établis, les tâches ne sont souvent pas accomplies.

II-B-2-c : Appréhension des médecins de ville (Q.4)

Le ressenti des médecins somaticiens, souvent amenés à faire le lien avec les médecins de ville et le médecin traitant s'il existe, est que globalement leurs confrères de ville ne sont pas dans l'évitement, et font rarement preuve de mauvaise volonté, mais ils ne s'investissent pas à hauteur de ce que ces patients particuliers exigent pour que le suivi perdure.

Il faut bien sûr du temps, mais comme pour un enfant ou un vieillard... seulement ce temps-là n'est pas rémunéré comme il l'est pour les âges extrêmes de la vie qui bénéficient de cotations spécifiques.

Il y a davantage de « PVPP » et, à juste titre, les médecins généralistes excluent maintenant de façon assez systématique de leur patientèle les personnes au bout d'un, deux ou rarement trois rendez-vous manqués non justifiés. Or la folie n'est pas une excuse, ou du moins n'est pas considérée comme telle. Pourtant il ne viendrait à l'esprit de personne de demander à un patient dont les jambes auraient été coupées de se rendre, sans accompagnant, à son rendez-vous. Est-il légitime, dans ce cas, d'en tenir rigueur au schizophrène dont l'âme est coupée et non les jambes¹⁴ ?

¹⁴ Le terme de « **schizophrénie** » provient du grec « σχιζειν » (schizein), signifiant fractionnement, et « φρήν » (phrèn), désignant l'esprit.

Sur la question du relationnel avec le patient psychotique, les éléments évoqués lors des entretiens corroborent ceux de la littérature, évoqués en première partie : étrangeté dans le contact, bizarrerie comportementale, difficultés à communiquer... Ce dernier point nous permet de rebondir sur l'écho qu'il trouve avec la psychiatrie en générale : le médecin généraliste a finalement autant de mal à communiquer avec le patient psychiatrique dans le colloque singulier qu'il en a ensuite à communiquer avec le secteur, avec le psychiatre, avec la structure.

L'étude néerlandaise de Oud en 2007(59) sur l'expérience subjective des médecins généralistes vis-à-vis de leurs patients psychotiques résume bien le constat qui est que la relation dépend essentiellement de deux facteurs. Le premier est bien sûr la personnalité du médecin, et son rapport à la pathologie mentale, et le second est la qualité de la collaboration locale avec les services de santé mentale. Deux facteurs sur lesquels il est possible d'agir, comme nous le verrons plus loin, par le biais de la formation des médecins généralistes et celui de l'organisation des soins et de la communication entre professionnels.

II-B-2-d : Peur, danger et préjugés (Q.5,6)

L'une de mes questions portaient sur la question de la peur et du danger, perçu ou objectif, dans l'exercice de la médecine auprès de patients atteints de pathologies mentales sévères.

La maladie mentale fait peur. Une peur ancestrale, primaire, profondément ancrée en nous. Manifestation divine dans l'antiquité où la folie semblait plus acceptée, elle devient l'œuvre du Diable, d'un démon, d'une possession, dans la culture chrétienne. Pas de psychiatre mais des prêtres, pas de soins mais des exorcismes ou des exécutions.

La folie fait peur, et le meilleur moyen de s'en préserver reste de s'en éloigner. Pourtant ces médecins que j'ai interrogés ont délibérément choisi, en dépit d'une spécialité qui leur ouvrait une patientèle infinie et très variée, d'aller se confronter à la maladie mentale, spécifiquement. Intérêt personnel, histoire familiale, découverte au cours d'un stage ou simplement opportunité et désir de pendre un poste hospitalier, telles ont été les réponses évoquées plus haut. Les entretiens suggèrent cependant qu'une majorité des somaticiens (14 sur les 21 interrogés) ont d'abord fait un stage d'externat ou d'internat en psychiatrie avant de venir y travailler.

Cette peur est-elle alors totalement irrationnelle ou existe-t-il un véritable danger ? Et ce danger est-il concret ou ressenti ?

Dans leurs réponses, les médecins évoquent généralement une, voire deux situations précises durant lesquelles ils ont ressenti la peur ou le danger face à un patient souffrant d'une pathologie mentale sévère. Ces situations, somme toute assez rares, ne leur semblent pas plus fréquente qu'en médecine générale avec des patients non psychotiques. Il faut toutefois souligner le biais considérable qui existe entre l'exercice libéral, parfois isolé, et l'exercice hospitalier, institutionnel et en équipe.

Les patients pour lesquelles les médecins se sont sentis en danger ou ont été réellement agressés, physiquement ou verbalement, sont toutes reliées à des épisodes de crise, des patients déséquilibrés. Ainsi les médecins travaillant aux urgences ou effectuant des gardes sont-ils plus exposés, et ceux du secteur ont-ils tendance à voir les patients lorsqu'ils se sont « posés » dans le service. Les patients psychopathes ou pervers, plus rares, ont fortement tendance à mettre les médecins mal à l'aise.

Il semble prédominer parmi les médecins interrogés un sentiment de sécurité, conféré par l'institution et l'équipe, mais également parce qu'en pratique, les patients et notamment les patients schizophrènes dans les services sont plutôt

calmes et acceptent volontiers la présence du médecin généraliste. Il ressort d'ailleurs l'idée que ce dernier est en quelques sortes le « bon objet », il a le bon rôle : il ne prescrit pas les neuroleptiques, ne s'occupe pas du cadre ni de la sortie, mais soulage les symptômes et désagréments que personne n'était venu questionner jusqu'alors. Il apporte des soins que le patient n'attendait même pas, en cela il est souvent bienvenu.

Ceux des médecins interrogés qui ont exercé en libéral avant d'être en psychiatrie rapportent plus de situations dangereuses dans l'expérience libérale et notamment en solitaire, surtout avec les patients exigeants une prescription en particulier, un arrêt de travail, ou les patients toxicomanes.

Devant le constat que finalement, ces situations ne semblaient finalement pas plus fréquentes que dans l'exercice de la médecine en général, venait naturellement la question des préjugés que l'on peut avoir sur le monde de la psychiatrie... une question très biaisée par le type de personnes interrogées bien sûr mais qui a quand même permis de repérer quelques idées intéressantes.

Des préjugés sur la psychiatrie en elle-même, il ressort finalement que peu des médecins en aient eu, en raison des stages effectués durant leurs études notamment. Ceux qui en avaient sortaient d'une longue carrière libérale le plus souvent. L'idée qui ressort est, une fois de plus, celle du temps. Le Dr A. commence sa réponse par ceci : « *j'avais beaucoup l'image du temps long en psychiatrie* ». Le temps, l'avancement de la prise en charge, la longueur des entretiens.

Les appréhensions sur le cadre et la restriction des libertés, sur l'enfermement, étaient aussi évoquées par plusieurs médecins.

« *L'appréhension porte surtout sur le cadre au début, les portes fermées à clef mais maintenant on a de plus en plus de service ouvert, sur l'hôpital... Et puis après tu te*

rends compte que cet hôpital, c'est un parc. Et que les gens se baladent dedans. » Dr H.

Enfin, bien sûr, quelques médecins avaient des préjugés sur l'hôpital comme « asile de fous », qu'ils considéraient avec une certaine appréhension, mais cela restait assez rare. Le Dr U a évoqué le célèbre film : « *Vol au-dessus d'un nid de coucou* », emblématique des représentations archaïques de la psychiatrie.

Les préjugés sur les patients portaient davantage sur leur curabilité que sur leur dangerosité (quoi qu'il y en ait), et sur la difficulté à s'investir en ayant le sentiment que, d'une certaine manière, tout est vain. Des préjugés que la pratique est venue déconstruire.

Les préjugés au sein du colloque singuliers avec le patient étaient perçus comme un obstacle et l'occasion d'une prise en charge plus difficile pour le médecin et donc potentiellement moins juste pour le patient. La plupart des médecins étaient ainsi partisan de l'idée qu'il n'était pas souhaitable de connaître le passé criminel d'un patient. Et si tel était déjà le cas, la plupart s'en accommodait. Cependant plusieurs médecins, toutes des femmes, soulignaient la difficulté de prendre en charge des patients pédophiles sans avoir l'idée sous-jacente qu'ils ne méritaient peut-être pas les soins, une idée qu'elles parvenaient à juguler grâce à la remise en question et au travail d'équipe.

La peur des fous, des psychopathes, de l'imprévisibilité, étaient somme toute plutôt rarement évoquée, ce notamment du fait d'un contact préalable avec le monde de la psychiatrie.

II-B-3 : Compétences des « somaticiens » et spécificités de leur exercice

La question de mes entretiens relatives aux spécificités de la médecine générale exercée auprès de patients atteints de pathologies mentales sévères a fait naître des réponses initialement en tout ou rien (« je ne vois pas beaucoup de différences » ou, à l’opposé, « il y a beaucoup de différences »). Ensuite, dans le déroulement de la réponse, qui ne se limite jamais à ces premiers mots très catégoriques, beaucoup d’éléments communs émergent et que nous allons développer dans cette partie.

Nous aborderons dans le même temps les réponses qu’ils apportent en pratique aux particularités et aux difficultés que l’on peut rencontrer dans le soin et dans la relation médecin-patient avec les personnes atteintes de pathologies mentales sévères.

II-B-3-a-Relation (Q.2 et Q.11)

Il y a d’abord ce que l’on pourrait des spécificités dans la relation médecin malade. Ces spécificités pour lesquelles le médecin généraliste doit développer d’importantes facultés d’adaptation et de communication, et parfois, comme évoqué en avant-propos, réinvestir les mécanismes archaïques de l’enfance pour trouver des ressemblances.

L’altérité du lien est abordée, sous différentes formes, dans tous les entretiens.

Premier contact (Q.7)

Le premier contact dépend avant tout du type d’unité où travaille le médecin : aux urgences et dans les unités spécifiquement dédiées à la médecine

polyvalente, aux soins de suite et de réadaptation, ou en gériopsychiatrie, les patients sont systématiquement vus par le médecin à leur arrivée.

Dans les autres services, qu'ils soient vus systématiquement ou seulement sur point d'appel dépend surtout des effectifs : idéalement, ils le sont, mais en pratique si l'effectif médical est insuffisant, seuls les patients non connus, ayant un passé somatique lourd ou un problème aigu sont vus, sur dossier ou sur appel de l'équipe soignante (système de bons, agenda ou relève).

Lorsqu'il est possible en termes de temps et d'effectif de voir les patients des unités sans appel de l'équipe, afin d'initier un bilan et une prise en charge somatique, la question du premier contact devient réellement intéressante. Le Dr A. nous explique qu'elle considère qu'il est important de laisser le temps au patient de « se poser » dans l'unité, d'y trouver sa place, de s'apaiser, avant d'aller le voir. Ce afin de faciliter la relation d'une part, et d'autre part de bien signifier qu'il s'agit d'une hospitalisation en psychiatrie, et que le soin somatique vient en complément mais ne conditionne pas le cadre ou la sortie. Le Dr C nous explique quant à elle qu'elle va jusqu'à préférer laisser les patients venir à elle autant que possible. Très présente dans l'unité, elle a généralement l'occasion de les croiser, de se présenter, sans jamais aller dans la chambre du patient, ce qu'elle considère comme intrusif.

Il est en effet important de souligner, comme le fait le Dr T, que les patients de psychiatrie ne choisissent pas leur généraliste durant l'hospitalisation, qu'ils ne choisissent pas non plus dans beaucoup de cas. L'importance de ne pas s'imposer, d'être accepté, de travailler avec le patient comme on le ferait en médecine de ville, est donc essentielle.

Communication

« Je suis tout à fait de votre avis, répondit la duchesse ; et la morale de ceci, c'est : soyez ce que vous voudriez avoir l'air d'être ; ou, pour parler plus simplement : ne vous imaginez pas être différente de ce qu'il eut pu sembler à autrui que vous fussiez ou eussiez pu être en restant identique à ce que vous fûtes sans jamais paraître autre que vous n'étiez avant d'être devenue ce que vous êtes. »

Lewis Carroll, Alice au Pays des Merveilles

La communication est pour ainsi dire au centre de la psychiatrie comme de la médecine générale. Le médecin généraliste en psychiatrie, à la croisée entre ces deux disciplines, est d'autant plus concerné par la question du savoir-être.

« Les psychiatres sont des pro de la communication non violente », nous dit le Dr H, médecin aux urgences psychiatriques, qui nous rappelle que face à l'agressivité et aux propos parfois très virulents des patients décompensés qui arrivent aux urgences, il est essentiel de ne pas prendre personnellement les attaques. En un sens, cette position requiert l'usage des fameux accords toltèques : parole impeccable, faire de son mieux, ne pas en faire une affaire personnelle, et dans une certaine mesure, ne pas faire de suppositions.

La communication, c'est à la fois ce que le médecin reçoit et ce qu'il donne au patient.

Dans la première dimension, c'est avant tout la question de la compréhension qui est évoquée, avec une forme d'hermétisme de la pensée chez le psychotique notamment. Discours incompréhensible, parfois très productif et délirant ou, à l'inverse, pauvre voire inexistant. La compréhension du patient, de ses attentes s'il en a, de ses peurs, requiert une fois de plus du temps, de l'écoute, et le respect de temps de silence parfois long puisque la perception du temps, elle aussi, varie.

Dans la seconde, dans ce que le médecin exprime et tente de faire entendre, comprendre et accepter au patient, le temps n'est pas moins important. Calme, bienveillance, persévérance : la plupart des médecins s'accordent à dire qu'il faut souvent plusieurs consultations pour y parvenir. Ce d'autant plus que le foisonnement des informations sature rapidement les patients les plus déficitaires ou les patients autistes, créant de l'anxiété, de la tension, sans permettre aux informations d'être assimilées.

Perception altérée du réel

« L'important n'est pas que l'amour dure toujours, mais qu'il soit infini pendant qu'il dure. » Pablo Neruda

Un exemple de ces caractéristiques « psychotiques » troublantes dans la relation est celui de l'impermanence de l'objet. Le cas d'une patiente relaté par le psychiatre et analyste Jérôme Lecaux, qui anime les séminaires de lecture psychanalytique, illustre fort bien ce proverbe : « Loin des yeux, loin du cœur ». Cette patiente vivait une relation à distance et, à chaque départ, avait le sentiment d'être abandonnée. Elle vivait chaque séparation comme une rupture et devait se reconstruire une vie de célibataire toutes les semaines. Puis lorsqu'elle revoyait l'homme dont elle était amoureuse, elle avait besoin d'un temps de reconstruction de la relation. D'un point de vue Lacanien, c'est la fonction symbolique de cette patiente qui lui faisait défaut. Là où un névrosé, quelqu'un de « normal » en somme, ferait vivre la relation malgré la distance au moyen de lettres, d'appels... elle en faisait un deuil systématique.

La présence du médecin dans l'environnement du patient en milieu hospitalier favorise le lien, mais un tel lien est d'autant plus difficile à maintenir en médecine de ville.

La perception altérée du réel amène aussi les thèmes de la méfiance, de la paranoïa et du délire, ainsi qu'en conséquence le thème du refus de soins, qui seront abordés plus loin.

Enfin, elle s'accompagne souvent d'une perception altérée du soi, et donc du corps, avec tout ce que cela implique : pauvreté de la clinique et des symptômes, retard diagnostique, ou, au contraire, foisonnement de symptômes déconnectés de lésions organiques, délire d'infestation (Syndrome d'Ekblom), somatisation.

Ces difficultés requièrent, comme nous le verrons plus loin, une rigueur de la part du médecin, qui doit être systématique pour ne pas manquer une lésion somatique grave, et l'établissement d'une relation de confiance pour contourner les barrières délirantes du patient.

Humour et second degré

« -Comment avez-vous trouvé le steak ?

-Tout à fait par hasard sous une feuille de salade. »

Ce défaut de la fonction symbolique se traduit aussi parfois par une incompréhension du second degré, ou des métaphores, ce qui demande une fois de plus au médecin de s'adapter.

Le Dr G m'expliquait utiliser l'humour comme médiateur de la relation lorsqu'il était médecin généraliste rural. Il m'expliquait que cette habitude lui avait parfois joué des tours en psychiatrie, et que s'il usait toujours d'une certaine forme d'humour, il était maintenant prudent et l'adaptait au patient qu'il avait en face de lui.

En parallèle, les patients psychotiques ont une faculté déconcertante à rendre concrètes certaines métaphores, comme si le corps prenait au pied de la lettre ce que l'esprit ne peut assimiler (*Voir Annexe VI*).

Adaptabilité

Chaque patient vit plus ou moins bien certains éléments de la prise en charge, de l'interrogatoire aux examens complémentaires en passant par l'examen clinique, avec le déshabillage et le toucher, et c'est au médecin d'adapter la temporalité de ces éléments voire la manière dont ils seront ou pas réalisés, en fonction du patient.

Les limites du soi et du non-soi, psychiques ou physiques, chez le patient psychotique, sont variables et parfois loin d'être intuitives. Il y a quelque chose d'intimement violent pour certains patients dans le fait d'être touché, même du bout du stéthoscope.

Quant aux patients autistes, sur ce sujet, et bien qu'ils n'aient pas été initialement inclus dans le sujet de cette thèse, leur exemple est intéressant. Si l'on reprend l'image présentée lors du congrès de l'ANP3SM de la « multiprise », l'idée que nous sommes susceptibles d'être connectés à plusieurs personnes ou attentifs à plusieurs stimulations sensorielles ou intellectuelles en même temps, le patient autiste (« prise unique ») risque d'être saturé par le simple fait d'être examiné pendant qu'on lui pose des questions. Il est donc important de décomposer les différentes étapes de la prise en charge et d'aller au rythme du patient, un rythme parfois lent et qui nécessite souvent de reporter à plus tard. Cela fait écho aux notions d'agenda patient et agenda médecin que nous entendons lors de nos enseignements facultaires et cette idée est particulièrement bien éprouvée dans ce contexte : en suivant notre agenda, en voulant « gagner du temps » ou faire ce qui serait conforme à l'EBM dans la

séquence recommandée, nous allons inéluctablement vers le refus de soin et la mise en échec de la prise en charge.

Sincérité

Quelques-uns des médecins ont mentionné aussi la sincérité qu'ils ont pu trouver dans la relation médecin-malade avec le patient psychotique et notamment schizophrène. En psychiatrie, à part bien sûr lorsque l'on a à faire à un patient pervers ou psychopathe, ce qui reste finalement assez rare, beaucoup de patients ne sont pas en demande de soins somatiques, et beaucoup ignorent le second degré et la manipulation car ils ne sont pas en mesure de développer une stratégie en vue d'un bénéfice secondaire. Si tant est que le somaticien est bien identifié comme tel, ce qui est rapidement le cas, il est tenu à l'écart des questions de permissions, de sortie, de cadre, de visites, de cigarettes... tenu à l'écart, en somme, de tous les sujets conflictuels ayant trait à la restriction des libertés. En outre, il n'est pas le prescripteur des traitements en cause majoritairement dans les problèmes de iatrogénie, autre sujet conflictuel. Pour ainsi dire, le somaticien devient rapidement le « bon objet » du patient, ce qu'une large majorité des médecins interrogés s'accordent à dire. Le médecin généraliste est cet autre intervenant, qui n'est pas le psychiatre, et qui vient s'enquérir du bien-être du patient, de ses petits ou gros désagréments, et le patient psychotique lui répond avec une certaine sincérité en dépit de l'altération de sa perception du réel.

« Le patient dit toujours la vérité », m'a dit l'une des médecins, une phrase qui vient faire front devant la fameuse réplique : « everybody lies » du médecin de cette série que beaucoup d'entre nous connaissent maintenant. Il dit « sa » vérité, car c'est ainsi qu'il perçoit les choses, et cette vérité doit être entendue et comprise au mieux : « ils ont mal (...), il faut les croire ».

« Cette petite difficulté de la psychose est stimulante, plus authentique aussi » : le patient psychotique est « très premier degré », et cette sincérité brut est un élément qui semble plaire notamment aux médecins ayant plus ou moins souffert, en médecine de ville, du sentiment que le patient vient avec un but précis. Pour caricaturer, les patients qui cherchent à obtenir une prescription d'antibiotiques ou un arrêt de travail. La consultation devient alors davantage une négociation pour justifier de l'inutilité de cet antibiotique sur une angine virale ou de cet arrêt de travail quatre jours après celui qui a été manqué... des situations que nous avons tous connues et qui suscitent parfois un certain mal-être et un sentiment de perte de sens.

Les patients atteints de pathologies mentales sévères ont bien souvent un grand besoin des soins somatiques qu'ils ne viennent pas forcément réclamer. Et lorsque l'on prend le temps de leur apporter ce soin, en dépit des appréhensions que l'on peut avoir initialement, ils se montrent plutôt reconnaissants, et acceptent beaucoup de choses et notamment une certaine lenteur institutionnelle et procédurale : « *Moi globalement je dirais que nos patients sont plutôt gentils. Délirants et fous, oui, mais gentils* »

Disponibilité

« *Un peu plus que le pain... un petit peu plus de chaleur... un petit peu d'amitié* »

Marie Colmont, La Bonne Vieille

Le Dr D. surtout a abordé l'importance de la disponibilité psychique que requiert le colloque singulier avec le patient psychiatrique en particulier.

Disponibilité pour recevoir un patient psychotique, recevoir sa plainte, entendre et comprendre ses besoins, cette charge émotionnelle peut s'avérer fatigante voire épuisante psychiquement.

On conçoit facilement, de manière très générale, que la médecine requiert une certaine disponibilité pour l'autre, et nous connaissons tous l'adage qui consiste à dire que pour soigner les autres, il faut se soigner soi-même. Malheureusement, nous connaissons aussi son pendant pessimiste, à savoir que les cordonniers sont les plus mal chaussés.

L'importance de notre état psychologique est d'autant plus marquée que l'investissement affectif dans ce type de relation est conséquent, que ces patients peuvent se montrer envahissants, inadaptés dans le lien, délirants, agressifs, en grand besoin d'écoute et de réassurance. L'importance pour le médecin de se percevoir lui-même et de partager avec ses pairs en est d'autant plus marquée.

Lors de ces consultations, dont la durée varie souvent d'un quart d'heure à une heure entière, il arrive que les patients déposent des récits extrêmement violents et durs, avec une impassibilité parfaite, comme s'ils guettaient chez leur interlocuteur la réponse émotionnelle adaptée qu'ils sont dans l'incapacité d'exprimer.

En outre, le contact et l'échange avec les patients psychiatriques fait naître des questionnements parfois troublants. La névrose, poussée dans ses retranchements, nous renvoie aisément à nos propres angoisses, nos propres humeurs, et sans être à proprement parler dépressif, la tristesse existentielle que l'on peut ressentir parfois sans raison clairement identifiée ne nous est pas étrangère, de même que l'anxiété qui sourde. Le malêtre de l'autre fait alors facilement écho à certaines choses en nous qui nous font du mal lorsqu'elles refont surface, dans un continuum certes désagréable mais facile à comprendre.

La psychose, en revanche, est par essence étrange, étrangère, et lorsqu'il arrive que la psychose d'un patient trouve un écho en nous, l'émotion suscitée est bien plus terrifiante encore.

Beaucoup d'individus expérimentent au cours de leur vie des symptômes ou des états psychotiques, sans être psychotiques à proprement parler. Nombreuses sont les raisons qui peuvent pousser les médecins à s'intéresser à cette question, comme le montrent ces entretiens : histoire familiale, stages au cours des études, hasard... Mais il n'est pas impossible que certains d'entre nous aient été mus par une quête personnelle de l'essence de leur propre étrangeté. Et lorsque cette quête, probablement inconsciente, trouve des éléments de réponse et des similitudes au cours d'entretiens avec des psychotiques, cela suscite peut-être davantage de peur que d'éclaircissement.

Se savoir disponible et en état de recevoir l'autre est une chose. Percevoir l'autre et sentir quand il est nécessaire de se protéger, savoir écouter une consultation lorsque l'on atteint ses limites ou celles du patient et sa tension interne en est une autre.

L'échange verbale étant souvent plus complexe et plus hermétique avec un patient atteint de maladie mentale sévère, il est essentiel de percevoir par d'autres biais l'état psychosomatique du patient : son attitude non verbale, évidemment, son odeur, son regard, ses mouvements. C'est en cela qu'il y a quelque chose d'instinctif, d'archaïque, à mettre en mouvement.¹⁵

Pensées

¹⁵ Voir Annexe 7 - Soins somatiques en psychiatrie, premier récit

La pensée de nos patients sur leur versant productif, ses métaphores hermétiques et son cours perturbé¹⁶ ne sont pas sans évoquer certaines formes d'art. L'art contemporain, en ce qu'il n'entre en résonance avec la sensibilité d'un spectateur que par chance ou par hasard puisqu'il ne vise plus l'universel comme la peinture impressionniste ou romantique. La poésie de Rimbaud, en ce qu'il peut arriver que la folie du lecteur trouve son écho en celle de l'auteur, sur un malentendu, et que sa beauté en soit ainsi décuplée.

La visite du Palais Idéal du Facteur Cheval m'a particulièrement touchée, en ce qu'elle m'apparaissait comme une construction solide, concrète, d'un esprit troublé, blessé, mais profondément poétique, dans tout ce que sa pensée pouvait avoir d'absurde ou d'héroïque. (*Voir Annexe 1- Image 5*)

À l'inverse, sur le versant déficitaire et dans la phase du repli autistique, l'impermanence de l'objet, le mutisme, la défaillance des fonctions symboliques, peuvent donner le sentiment de se heurter au fameux rempart de la psychose qui enferme et qui isole, et par-dessus lequel il est si difficile et si essentiel de créer un pont, à force de temps, de patience et de persévérance.

II-B-3-b-Le temps et la confiance (Q.11)

Temps

« Le Chapelier protesta qu'on ne pouvait pas parler du temps comme d'une chose qu'on perd ou qu'on gagne.

« Le Temps est une personne », déclara-t-il. Et il ajouta :

« Le Temps et moi, nous nous sommes disputés en mars dernier, juste avant que celui-ci (de sa cuillère à thé, il désignait le Lièvre de Mars) ne devint fou. (...)

Et depuis lors, (...) le Temps ne veut plus rien faire de ce que je lui demande.

¹⁶ Voir annexe 7 – Alzheimer, mon amour

Il est toujours six heures, désormais. (...) Il est toujours l'heure du thé ». »

Lewis Carroll

La problématique du temps, qui pour rappel est le sixième mot le plus présent dans mes entretiens, est au cœur de la psychiatrie. Le temps a été évoqué sous de nombreuses formes par tous les médecins interrogés : durée des consultations, temps nécessaire à l'acceptation du médecin par le patient et à la compréhension de la prise en charge, temps qui manque pour faire en soins somatique tout ce qui devrait l'être au cours d'une hospitalisation... Les médecins somaticiens sont des médecins patients. Une patience que l'exercice hospitalier favorise certainement quand les effectifs sont suffisants.

Evidemment, si l'on se décentre, si l'on prend de la hauteur, le temps... est au cœur de la problématique humaine. Le temps nous est comptés.

Pour les grecs, nous sommes les sculptures d'argiles du titan Prométhée auxquelles la vie a été insufflée par la déesse Athéna, faits de terre et d'eau car en toute chose la terre est mère, et nous sommes voués à redevenir poussière. Et le temps, sous la forme du titan Chronos, est un monstre terrifiant qui dévore ses enfants.

Pour les nordiques, la fin des temps, le Ragnarök, coïncide avec le jour où les Managarm, chiens loups de la lune et descendants de Fenrir, avaleront la lune et le soleil, et aspergeront le ciel et le trône des dieux de sang.

Pour les chrétiens, la mortalité réside dans le péché originelle, une pomme fatidique à laquelle il ne fallait pas goûter.

Le temps nous est compté, dans la vie comme sur un planning de médecin généraliste où le temps est argent, le nerf de la guerre.

L'idée d'un « agenda du patient » auquel on doit ajuster notre prise en charge de médecine générale est l'un des concepts que l'on aborde au cours de notre formation dans l'optique d'avoir la fameuse approche centrée sur le patient, par opposition à une médecine paternaliste et autoritaire maintenant le patient dans un rôle passif. Nous avons donc tous, en médecine générale, été confronté à ces problématiques d'exigences contradictoires, des plus futiles (« je veux un rendez-vous urgent chez un dermatologue... ah mais non pas demain parce que je pars en week-end ») au plus déchirants (« je ne peux pas aller faire cet examen car mon épouse est malade et ne peut pas rester seule »). Il s'agissait cependant, dans la plupart des cas, de contraintes externes au patient, d'ordre organisationnel plutôt¹⁷.

Nous avons vu plus haut les spécificités relationnelles abordées lors des entretiens. De ces spécificités découle une temporalité spécifique.

Dans la prise en charge des patients psychiatriques, la contrainte temporelle se décline sur un ensemble de contraintes internes au patient, sans pour autant annuler les contraintes organisationnelles, bien présentes surtout chez ces patients volontiers isolés et précaires.

Par contraintes internes, j'entends l'ensemble des mécanismes en jeu dans le psychisme du patient, affecté par la pathologie psychiatrique, et dans la

¹⁷ J'ai pu ces derniers temps expérimenter à mon échelle la discordance qui peut exister entre deux agendas, deux temporalités. En travaillant à ma thèse chez mes parents, entourée de ma famille et pourtant souvent seule à mon bureau, je ressentais comme une sorte d'urgence à vivre, interagir et profiter lors des instants que je m'accordais en dehors de mon travail. Le temps, mon temps, étant compté, précieux, et empreint d'une certaine culpabilité, j'avais en quelques sortes besoin de rentabiliser ce temps en présence des miens. Au point d'être irritée presque que tout le monde ne soit pas dans la même pièce, que tout ne soit pas actif, interactif, dense... en somme tout le contraire d'une temporalité douce et lente de vacances en Normandie. Il m'a fallu concilier l' « agenda thèse » et l' « agenda famille », ce qui m'a permis d'envisager ces questions sous un œil nouveau.

relation, qui viennent ralentir et complexifier des éléments de prises en charge a priori très simples, aussi basique qu'un examen clinique.

Les entretiens permettent de dégager deux grandes problématiques dans ce sens, qu'on pourrait ainsi appeler l'apprivoisement et le cheminement.

Tout d'abord, **apprivoiser** fait référence au temps d'acceptation mutuelle.

Si je fais si souvent référence au Petit Prince, c'est que le temps est avant tout ici le moyen de créer la relation avec le patient et d'y faire naître une forme de confiance, et que ce processus, infiniment plus long et difficile lorsqu'il se débat avec la sauvagerie de la psychose, n'est pas sans évoquer cette idée d'apprivoiser. L'établissement d'une relation de confiance avec un patient se fonde bien évidemment sur notre attitude vis à vis du patient, sur notre écoute, notre gestuelle, et quelque part aussi sur des affinités individuelles. Mais là où ce processus peut paraître très rapide avec les patients indemnes de maladies mentales, qui peuvent spontanément avoir une bonne opinion de leur médecin dès la première consultation et revenir spontanément le voir, il prend de manière générale beaucoup plus de temps avec un patient psychotique ou souffrant d'une pathologie psychiatrique sévère.

Le temps est l'élément essentielle qui va autoriser l'apparition de ce lien de confiance, préalable à la bonne prise en charge du patient. Une rencontre progressive, où chaque étape nécessite un nouveau temps de consultation. Ce temps est incompressible, déterminé par le patient, compris et respecté par son médecin. Le temps de l'acceptation du médecin lui-même vient en amont du temps nécessaire à l'acceptation de la prise en charge qu'il propose, des examens complémentaires et du traitement.

Ensuite, **cheminer** fait référence au temps d'acceptation de la prise en charge.

Progressivement, l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et son médecin facilitera l'acceptation de la prise en charge. Il est parfois nécessaire d'expliquer plus longtemps, de proposer plus souvent, d'attendre parfois plusieurs années pour qu'un patient psychotique accepte un examen ou une prise en charge. Et le respect de ce temps de cheminement est indispensable, car une attitude trop coercitive ou trop insistante met en péril le lien de confiance si délicat et si durement établi.

Bien évidemment ces idées ne sont pas étrangères à la médecine en générale, qu'elle concerne ou non les patients psychiatriques. Mais la temporalité est extrêmement différente et les étapes du processus apparaissent plus décomposées.

Confiance

La confiance est une question délicate car encore asymétrique : nous n'accordons pas aux patients la même confiance que celle que nous leur demandons. Fluctuants, oscillants, parfois imprévisible, loin de nous l'idée d'avoir « confiance » en l'autre dans ce contexte, et certainement pas au point de confier notre corps ou notre vie, ainsi que nous le demandons comme préalable aux soins.

Mais cette problématique est inhérente à la médecine en générale, et même à notre société actuelle. La philosophe Laura Lange, dans sa conférence donnée sur le thème de la confiance à l'Université Lyon Est, décompose la notion de confiance en trois niveaux :

-La « Confiance en foi » : sous-entendu « avoir foi », confiance, en l'environnement, en la vie, en Dieu. C'est la confiance aveugle que l'on peut parfois retrouver dans la relation médecin-malade des patents qui ne cherchent pas à comprendre, qui ne questionnent pas, qui s'en remettent à l'expert, sur un modèle paternaliste. C'est bien souvent la confiance que nous accordent les

patients psychiatriques les plus calmes et les plus stables, ainsi qu'en médecine rurale certains patients âgés.

-La « Confiance en soi » : confiance née de la philosophie des Lumières et qui nous appelle à oser savoir, questionner, qui nous amène à un état de majorité, à l'autonomie. C'est cette confiance qui sous-tend l'idéal du patient autonome et expert de ses soins.

Mais cette confiance en soi s'est aujourd'hui exacerbée au point de nuire à la confiance personnelle et à la confiance en l'autre.

Le monde contemporain, en valorisant l'excès de confiance en soi, encourage aussi une forme de scepticisme voire de complotisme. Et c'est ce que nous vivons fréquemment en médecine de ville, lorsque nous nous confrontons non sans un certain agacement aux grandes vérités d'internet que nous apportent les patients.

Nous sommes, en quelques sortes, passé d'un individualisme « bon », à un individualisme mauvais ou l'objectif est plutôt d'acquérir et non de grandir. La confiance en soi est conquête, dépassement, expérimentation compulsive, plutôt qu'introspection, apprentissage et réflexion. Le monde dans lequel on est poussé à une hyper confiance en soi, pour être plus performant dans cette société. Elle va venir altérer le vivre avec soi-même et le vivre avec l'autre. Cela devient une injonction, qui fait douter, qui fait culpabiliser si on n'y parvient pas. On risque de se décevoir, quand on ne tient plus le rythme de l'hyper consommation, de l'hyper performance.

-La « confiance en l'autre » : dans une société où on a l'injonction d'avoir confiance en soi, que fait-on de l'autre? On s'en défie, on s'en méfie, on palie l'absence de confiance en établissement des contrats, des « contrats de défiance » pour reprendre les termes de Michela Marzano(60). La confiance est maintenant à construire et se remarquera davantage, elle surprend, elle constitue une prise de risque optimiste pouvant être taxée de naïveté puisque l'on part du principe que les gens peuvent nous mentir, nous arnaquer. Et ce

faisant, on érige le mensonge au rang de la norme et l'honnêteté au rang des exceptions, on pratique la « doublepensée »(61). Et le milieu politique en est un bon exemple.

Ces évolutions sociétales se ressentent en médecine, et quoique la confiance en psychiatrie ait toujours été une problématique à part, elle rejoint maintenant celle de tout médecin, à la fois parce que tout le monde se méfie et même les patients non psychiatrique, et parce que tout patient a droit au meilleurs soins même les patients psychiatriques : c'est le principe même de la démocratie sanitaire.

Que faire alors ? Accueillir la défiance, et construire la confiance en expliquant plutôt qu'en imposant. En y consacrant du temps. ¹⁸

II-B-3-c-Le cri du corps

« Ma folie me rend immortel. Je peux choisir d'être une libellule, qui ne craint pas la mort parce qu'elle est bleue et rapide, et que la mort est lente et noire. Mais si toutefois la mort me rattrape, je disparaiss dans le sol et je reparais en Chine, où le soleil brille et où la mort n'est pas encore. »

V. Ferry

Le monde de la psychiatrie a longtemps été bercé par l'idée diffuse et irrationnelle que la folie préservait de la mort, que la psychose préservait de la

¹⁸ Voir annexe 7 – réanimation ; hépato-gastro-entérologie ; soins somatiques en psychiatrie

maladie. Autrement dit, que la pathologie mentale était à elle bien assez et qu'elle préservait les patients de la pathologie somatique(62).

Cette « superstition » n'ayant pas de base scientifique, on peut néanmoins supposer que cela a trait à la perception du corps qui peut être altérée dans la psychose d'une part, et d'autre part à l'idée que le délire a pour effet positif quelquefois de préserver les patients de la trop grande souffrance ou de la solitude que représente leur vie à un moment donné.

Quoi qu'il en soit, aujourd'hui le soin somatique en psychiatrie tend à rattraper l'écart qui s'est creusé d'avec le reste de la médecine. Un écart qui se traduit notamment par les données qu'on sait, et dont la plus caricaturale est cette différence de 20 ans d'espérance de vie entre les patients psychiatriques et les autres.

Il y a bien sûr des spécificités somatiques, qui ont été largement mentionnées bien qu'elles n'aient pas été initialement l'objectif ciblé par ma question.

On peut citer parmi les plus évoquées :

-La iatrogénie : la prise en charge des effets indésirables des traitements neuroleptique représente une part importante du travail des somaticiens (surveillance de l'électrocardiogramme, effets cardio-vasculaires et métaboliques, toxicité rénale et thyroïdienne, constipation...). Cette particularité suscite un certain nombre de questionnement quant à la responsabilité du psychiatre vis-à-vis des traitements qu'il prescrit, sur la répartition des tâches et ce notamment lorsque le patient sort d'hospitalisation.

-Les pathologies statistiquement les plus répandues, à savoir les maladies cardio-vasculaires et oncologiques, sont bien évidemment les plus représentées en psychiatrie aussi, mais à des stades souvent plus avancés, et dans des proportions plus importantes encore, ce du fait du manque de dépistage et de suivi, de l'hygiène de vie et de l'alimentation, et de la consommation de toxiques (alcool, tabac et substances illicites).

- Forte prévalence des addictions
- Etat bucco-dentaire souvent catastrophique.

Mais par-delà ce constat, ce qui fait le lit de ces pathologies réside dans l'essence même de la pathologie mentale. Les médecins interrogés décrivent un rapport au corps et au somatique altéré chez les patients psychotiques notamment. On rencontre en psychiatrie d'une part des patients qui multiplient les demandes et les plaintes, décrivent une symptomatologie floride et incohérente, avec le risque à terme de masquer l'apparition d'un symptôme annonciateur d'une complication somatique grave. À l'inverse, beaucoup de patients et notamment sur le versant déficitaire de la psychose, n'ont aucune plainte, ne perçoivent pas la douleur ou ne se préoccupent pas de leur enveloppe corporelle.

Enfin, l'étiquette du « patient psy » peut parfois nous amener à une mauvaise interprétation des symptômes. Car s'il est essentiel de tenir compte de la souffrance comme une entité globale, qu'elle soit physique ou psychique n'étant pas au cœur du problème, il est important de ne pas passer à côté d'un événement aigu. L'exemple typique de ce problème et que l'on rencontre fréquemment est celui de la douleur thoracique chez une personne faisant régulièrement des crises d'angoisses.

Alors, que devons-nous faire lorsque le corps se tait, lorsque le langage fait défaut ?

On peut distinguer dans les réponses deux grands types de réponse à ce problème.

En premier lieu, avoir une approche systématique. D'abord dans l'examen clinique, qui ne doit pas se limiter aux points d'appels, souvent absents ou trompeurs : qu'il s'agisse d'un patient se plaignant peu ou pas du tout, un

examen complet et systématique est une base indispensable pour trouver une pathologie qui passe souvent inaperçue, ou à l'inverse pour écarter un certain nombre de diagnostics lorsqu'un patient est dans la multiplication des plaintes somatiques.

Et bien que la clinique ne perde en rien de son importance, le recours à l'imagerie et à la biologie est souvent plus rapide en psychiatrie. En outre, le médecin s'occupant d'un malade psychotique doit garder à l'esprit une sorte de check-list des pathologies et des dépistages systématiques, qui va au-delà du symptôme du patient. On utilise en quelques sortes l'opportunité que représente une hospitalisation pour organiser ou pratiquer tous les examens de dépistage que le patient n'a pas été en mesure de réaliser de façon autonome, soit qu'il n'ait pas de médecin traitant, soit qu'il mette en échec les démarches de celui-ci.

En somme la prise en charge d'un patient atteint de maladie mentale sévère est la mise en œuvre par excellence d'une prise en charge globale s'inscrivant dans un modèle bio-psycho-social comme enseignée à la faculté.

Ensuite, la médecine générale en psychiatrie fait appel à des capacités d'analyse dépassant la perception sensorielle consciente, évidente, comme la vue, le toucher, ou de dialogue avec le patient. Des capacités déjà présentes en nous mais que l'expérience va raviver et affuter.

Tout d'abord l'intuition médicale. Notre cerveau, après 10 longues années d'études, est une immense bibliothèque dans laquelle sont stockées des milliers d'informations relatives à la médecine, informations qui ne sont pas immédiatement accessibles à notre conscience mais qui sont bien présentes. L'intuition peut se voir comme la résultante d'une réflexion pré-consciente, le fruit de l'analyse, à l'aide de ces connaissances, d'un ensemble d'informations perçues par nos sens. Le processus en lui-même reste trop rapide et trop

complexe pour être immédiatement disponible à notre conscience, mais le résultat de cette analyse se présente à nous sous forme d'intuition, une intuition qu'il nous faut donc prendre en compte(63). Il arrive que l'on soit intimement convaincu que « quelque chose cloche », et ce peut-être une raison suffisante d'investiguer¹⁹.

Ensuite, ce qu'on pourrait appeler une forme d'instinct. L'archaïsme connoté par la notion d'instinct est propre à l'enfance ou à l'animalité, et c'est en cela qu'elle nous intéresse car l'enfant comme l'animal interagissent avec une forme de virginité d'esprit, une absence de préjugés, qui nous est utile pour entrer en relation avec l'autre quand son altérité paraît insurmontable. À l'inverse, c'est aussi une forme d'instinct que de percevoir chez un patient psychotique l'augmentation de la tension interne et le risque qu'il peut y avoir à prolonger une consultation.

Enfin, la proximité avec les patients, et l'étroitesse des liens qu'il peut y avoir avec eux, rendent les observations des familles ou des équipes paramédicales d'autant plus précieuses qu'il s'agit de patients peu communicant.

II-B-3-d-Comment taire, comment dire ? Le rapport au corps et la place du symptôme en psychiatrie, entre l'interprétation et le traitement (Q.9)

L'intrication entre le corps et psychisme est une problématique, encore une fois, inhérente à la profession médicale. Elle est cependant véritablement au cœur des difficultés de prise en charge des patients atteints de maladies mentales sévères.

¹⁹ L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings » Magali Coppens¹, Pierre Barraine¹, Marie Barais¹, Patrice Nabbe¹, Christophe Berkhout², Erik Stolper³, Jean-Yves Le Reste¹ - *exercer* 2011;95:16-20.

Au cours des entretiens, les médecins l'ont qualifiée souvent de complexe, parfois de stimulante.

Le clivage psychique/somatique relève davantage d'un exercice intellectuel en vue de traiter la souffrance d'un patient de la manière la plus efficace possible. Mais la plupart des médecins s'accordent à dire qu'une distinction trop nette est à l'origine d'une mauvaise prise en charge. Nos médecins sont des généralistes, formés à avoir une approche globale du patient, et n'envisage la prise en charge de ce dernier que de façon holistique. Certains reprochent précisément à leurs confrères psychiatres d'envisager parfois les patients comme des têtes pensantes sans corps, ou du moins un corps dont ils ne se préoccupent absolument pas.

Pour citer l'un d'entre eux : *« Après je pense qu'aussi ça doit être une préoccupation de tous, et justement c'est ce que j'ai souvent dit moi quand je suis arrivée ici, le somatique ça ne doit pas être juste ma prise en charge et c'est tout, ça doit être la préoccupation de tout le monde. Nos patients ne sont pas juste des cerveaux qui flottent dans le service, ils ont une enveloppe corporelle et il faut aussi s'en occuper et ça fait aussi partie de la prise en charge. On ne peut pas scinder la prise en charge comme ça. et si tout le monde s'en préoccupe, le patient va s'en préoccuper aussi. »* Dr T.

En effet, on sait aujourd'hui que le psychisme impacte le corps au point d'occasionner des lésions organiques objectives, et l'inverse est également vrai. Lorsqu'on ne peut distinguer avec certitude l'œuf de la poule, la cause de la conséquence, on doit bien sûr soigner le patient à tous les niveaux.

Je cite ici la réponse très complète du Dr B :

« On est en psychiatrie, il y a des troubles somatiques associés, il faut pouvoir concevoir les deux, parfois d'un point de vue intellectuel il faut les séparer, et il faut essayer de voir qu'est ce qui relève « purement » du corps, de ce qui relève « purement », enfin si on peut faire des distinctions aussi rigides, du psychisme. Et la grosse partie du travail, c'est d'allier les deux, c'est de les refaire converger. Et ça, à tous les niveaux. Il y a un

niveau individuel, comment est-ce qu'on comprend telle pathologie, comment on comprend tel symptôme psychique, et éventuellement est ce qu'on peut le relier à tel symptôme physique, et puis il y a la question du modèle de compréhension auquel on veut se référer. Nous ici dans le service on est ouverts, on n'a pas de dogmes et on lutte contre les dogmes, et donc on estime qu'on peut essayer de comprendre les choses en utilisant différents modèles. On est des médecins, on a donc une formation scientifique. On est médecins généralistes, et clairement, on essaie de se référer aux données acquises de la science. Bon. Ça c'est une base, très bien. Par ailleurs, on voit qu'on est dans une évolution de la psychiatrie avec une psychiatrie qui est de plus en plus neurobiologique, qui appuie certaines de ses théories sur des questions très biologiques hein, la sérotonine dans la dépression, la dopamine dans la schizophrénie, et on sait que tout ça a été vérifié, et on n'a aucune idée de contester ça. On sait aussi qu'il y a toute cette évolution, on va dire ce grand courant des thérapies cognitivistes comportementales, de la question du neurodéveloppement, qui là aussi, nous, ça nous convient tout à fait, et je prends ce type de théories. Pour autant, on peut tout à fait se référer à des modèles beaucoup plus psychodynamiques, de type Freudien (c'est presque un gros mot maintenant...), et moi je le dis très clairement, on a la chance de travailler ici avec un psychanalyste qui rend service aux patients, et ça c'est la seule chose qui compte. Et on peut travailler à comprendre le psychisme avec des modèles différents, sans qu'ils soient exclusifs les uns des autres. Et ça c'est très important, je pense qu'il faut... là où l'on fait l'erreur c'est quand on considère que le psychisme c'est dans le cerveau. Le psychisme, c'est le psychisme. Et le cerveau, c'est le cerveau. Et je pense que on peut y retrouver des points communs, on peut y retrouver des neuromédiateurs, on peut y retrouver des choses qui s'allument à l'IRM fonctionnelle, on peut y retrouver tout ça, très bien, entièrement d'accord. Pour autant, ça n'efface pas d'un revers de main l'ensemble de la compréhension du psychisme qui a pu être élaborée sur des modèles plus psychodynamiques. »

(Voir annexe 6)

(Voir annexe 7)

-M.Ciel

-Surdité de Mme R

-Leçon de Botanique

II-B-3-e-Le délire (Q.8)

« Revenus à eux, ils ne savent pas d'où ils viennent ; étaient-ils dans leur corps ou l'avaient-ils quitté ? Ont-ils dormi ? ont-ils veillé ? Qu'ont-ils vu ? qu'ont-ils entendu ? qu'ont-ils dit ? qu'ont-ils fait ? ils n'en ont qu'un vague souvenir ; tout ce qu'ils peuvent affirmer, c'est qu'ils étaient parfaitement heureux dans leur délire, qu'ils sont désolés d'être rendus à leur bon sens et désireraient rester toujours dans une pareille extase. »

Erasme

Enfin, il y a la question du délire et de l'instabilité des patients.

Freud a qualifié le délire de tentative de guérison : « Et le paranoïaque rebâtit l'univers, non pas à la vérité plus splendide, mais du moins tel qu'il puisse de nouveau y vivre. Il le rebâtit au moyen de son travail délirant. Ce que nous prenons pour une production morbide, la formation du délire, est en réalité une tentative de guérison, une reconstruction. »

En ces mots, il faut comprendre que la production délirante est un écho de la pulsion de vie, par opposition au versant déficitaire de la psychose qui côtoie de près la mort.

Dans le prolongement de cette idée, et pour faire écho cette fois au texte de Didier Erasme tirée de l'Éloge de la Folie, le délire a parfois vocation à se

substituer à une réalité insoutenable²⁰. La psychose, et toutes les maladies mentales sévères, s'accompagnent volontiers d'un isolement social qui va en s'amplifiant, et d'un vide intérieur dévorant. La construction d'un délire, parfois très élaboré, très riche, vient combler dans certains cas le vide relationnel et existentiel des patients. Erasme en ce sens, faisant parler la folie d'un vieillard, écrivait: « *Son délire est un de mes bienfaits ; il le délivre de mille soucis qui sont le supplice du sage.* »

L'image qui me vient est celle de la petite fille aux allumettes du conte d'Andersen : l'illusion qu'elle s'offre dans cette vie de misère vaut mieux que la réalité nue et froide dont ses flammes éphémères l'extirpent.

Ces éléments de précisions portent un éclairage sur les réponses que les médecins ont apportée à la question de comment s'y prendre lorsque le patient tient des propos délirants. Lorsque les médecins ne comprenaient pas le sens de ma question, je proposais à titre d'exemple trois grands types d'attitudes: une confrontation directe du patient à l'incohérence de ses dires, ou, bien au contraire, une entrée dans le délire du patient pour accéder à lui et créer une alliance. Enfin, un contournement du délire, ni une opposition, ni une validation, mais un changement de sujet pour revenir au symptôme somatique à traiter.

Comme on pouvait l'attendre, l'ensemble des médecins s'accorde à dire qu'une confrontation, ou une opposition franche au délire, n'apporte rien. Qu'elle favorise le refus de soin, nuit à l'alliance thérapeutique, et peut même conforter un patient paranoïaque dans son délire.

L'attitude consistant à entrer dans le délire a eu des réponses plus mitigées: de façon générale les médecins s'accordent à dire qu'il faut éviter cela, mais

²⁰ Je pense notamment à une patiente du Vinatier, très isolée tout au long de sa vie, et qui avait un délire très construit dans lequel elle avait un mari et des enfants, délire auquel l'ensemble des soignants avait pris parti de ne pas s'opposer.

quelques uns ont répondu qu'ils avaient pu parfois user de ce stratagème pour accéder au patient, plutôt sur un versant d'écoute et de questionnement sur le délire: « Ah bon? Mais comment? Racontez moi. » Ce, afin d'établir une relation de confiance et de faciliter ensuite l'acceptation des soins.

Enfin, la troisième stratégie semble faire l'unanimité. Avec d'une part des médecins qui évitaient complètement la question, changeaient de sujet ou revenaient voir le patient lorsqu'il était moins délirant, et d'autre part des médecins qui exprimaient avec précaution l'existence d'un désaccord ou d'une incompréhension, et revenaient progressivement à la question du symptôme dont souffrait le patient²¹.

Le « respect » du délire apparaît comme un moyen de préserver la sensibilité de certains patients, pour lesquels notamment le délire fait office de vie alternative, et lorsqu'on n'a pour ainsi dire rien de mieux à leur proposer. En outre, il semble stratégiquement plus habile de ne pas prendre le risque de fermer le patient en s'opposant à lui, dans l'optique d'une meilleure acceptation des soins.

Enfin, entrer dans le délire apparaît comme une prise de risque et pour le patient, et pour le médecin, et comme une solution de facilité parfois mais qui n'apporte à terme aucune amélioration.

Un autre élément qui a été abordé est celui du sens du délire. Les thèmes évoqués dans le délire ne sont évidemment pas hasardeux et il peut être utile et intéressant d'avoir une démarche analytique pour comprendre quelle part

²¹ L'exemple utilisé lors des entretiens était celui d'une patiente de 70 ans souffrant d'une mycose des plis mammaires et qui refusait le traitement anti-fongique parce qu'elle était persuadée d'être enceinte et d'avoir seulement des pertes de lait. La première stratégie consisterait à lui dire qu'elle n'est pas enceinte en lui expliquant pourquoi, la seconde à lui dire qu'elle est sûrement enceinte et que d'ailleurs il s'agit d'une crème hydratante pour ses seins afin d'éviter les vergetures, et la troisième à lui dire que nous ne sommes pas de cet avis mais que, enceinte ou pas, elle présente une lésion qu'il faut traiter, pour éviter que cela s'infecte et la démange, et que de toutes façons le traitement n'est pas contre-indiqué en cas de grossesse.

de vérité et de souffrance est ainsi cryptée. Cette démarche profite à la fois au patient, car lorsque l'on est dans l'écoute et que l'on cherche à comprendre, on est déjà dans une démarche thérapeutique, et au médecin, en ce qu'elle facilite la relation transférentielle et l'empathie.

Je cite ici les extraits de deux réponses de médecins interrogés, qui résument de façon générale les grandes idées sur la question du délire :

« Alors moi j'ai plutôt tendance à ne pas m'opposer complètement au délire, parce que je pense que le délire a une fonction pour le patient. Peut-être une fonction cicatrisante. En tout cas, une fonction de survie, sûrement. Et que, agir frontalement et aller dans un conflit immédiat, de manière générale c'est voué à l'échec. Et surtout, cela peut même renforcer le délire, et finalement on n'obtient rien. En revanche, à l'inverse, je ne vais pas non plus abonder dans le sens du délire. C'est-à-dire qu'on ne va pas... délirer à deux. L'équilibre est difficile ; l'équilibre c'est rappeler la réalité avec une forme de neutralité bienveillante : « Écoutez, je ne comprends pas bien ce que vous me dites, je ne pense pas que ce soit tout à fait exact, on va pouvoir en reparler. En tout cas, là, pour ce que vous présentez, si vous voulez avoir moins mal, si vous voulez aller mieux, vraiment, il faudrait faire ça. » » Dr B.

« Alors ça j'ai beaucoup tâtonné. Quand j'étais interne, j'étais très maladroite là-dessus. Parce que c'était très compliqué effectivement pour moi de décider s'il fallait rentrer dans le délire ou complètement le repousser. Je pense que là ce que je fais, c'est que je m'adapte au patient. Alors je ne rentre jamais complètement dans le délire. Je ne rentre jamais dans le délire. Parce que j'ai essayé une fois quand j'ai commencé, et que ça ne marche pas du tout. Et en fait j'essaie de ne pas nier la parole du patient. Je tourne autour du pot. Et je dis que moi, c'est mon ressenti, mais que tout est subjectif et je tourne un peu autour du pot. Et j'essaie d'arriver à ce que le patient fasse ce que je pense être bon pour lui. » Dr A.

II-B-3-f-Le refus de soins (Q.10)

La question du refus de soin a permis de faire émerger les problèmes déontologiques et psychologiques qui en découlent, et les stratégies pour y faire face.

La question du vécu personnel du médecin a été abordée : le refus de soin est mal vécu par beaucoup de médecins. Sur le plan narcissique, car il est perçu comme un échec personnel, un constat d'impuissance. Sur le plan existentiel, parce qu'il interroge la quête personnelle du sens chez le médecin, son utilité, son impact sur le monde environnant.

Hegel nous dit que l'homme obtient la conscience de lui-même à la fois en se regardant, et en regardant dans la transformation des choses extérieures par lui. Cette contemplation de son impact sur le monde environnant relève du besoin, et se trouve en lui depuis son plus jeune âge : « le petit garçon qui jette des cailloux dans la rivière et regarde les ronds formés à la surface de l'eau admire en eux une oeuvre, qui lui donne à voir ce qui est sien. »²²

Le vécu de ce refus relève d'un travail sur soi-même.

L'aspect médico-légal a lui aussi été mentionné plusieurs fois. Au regard de la loi, les soins sous contrainte portent sur l'aspect psychiatrique. Ici les situations à la frontière, où le patient délire, décompense la pathologie psychiatrique, et refuse dans ce contexte la prise en charge urgente d'une pathologie somatique mortelle à très court terme, posent beaucoup de questions ; dans les entretiens, elles constituent les seuls cas où les soins somatiques sont imposés au patient.

²² Friedrich Hegel, Cours d'esthétique (1818-1829), t. I, introduction, texte établi en 1842, trad J.-P. Lefebvre et V. von Schenk, Aubier, coll. «Bibliothèque philosophique», 1995, p. 45-46.

Enfin, la gestion de ce refus sur le plan pratique voit souvent les mêmes réponses advenir.

Il faut toujours répéter, reformuler, revenir plusieurs fois, laisser le temps agir. Certains parlent de présenter différemment les choses, en justifiant par exemple un examen complémentaire sur un motif secondaire mais plus important aux yeux du patient que le motif principal.

Insister, donc, mais en équilibre avec le respect du libre arbitre des patients.

« Après il faut parfois, en revenant à la charge, faire attention à ne pas franchir la limite entre insistance et intrusion. » Dr A.

Faire intervenir un autre interlocuteur peut s'avérer utile, par exemple un infirmier ayant une affinité particulière avec le patient, ou un autre médecin.

Il ressort également de plusieurs entretiens que le refus de soin n'est finalement à terme, lorsque les patients ne sont pas en phase aiguë, pas plus fréquent qu'ailleurs, mais que lorsqu'un patient refuse un soin, nous sommes confrontés à ce refus sur du long terme et surtout s'il est hospitalisé sous contrainte. Ce qui biaise notre vécu du refus : dans un service de médecine autre, le patient serait tout simplement parti puisqu'il refuse les soins, et nous n'aurions pas à subir ce refus pendant plusieurs semaines, ni n'aurions l'opportunité de répéter, proposer à nouveau, et finalement parfois d'obtenir qu'il accepte. En médecine générale, le patient n'est pas non plus forcé de revenir.

Il a aussi été énoncé cette idée peut-être un peu dérangeante, que finalement le refus de soin est davantage accepté, respecté et compris dans le milieu des soins somatiques en psychiatrie. Sans aller jusqu'à tomber dans l'écueil de la simplicité (« le patient refuse, je le note, et ce n'est plus mon problème »), qui est hélas parfois une réalité, il est de bon ton de ne pas non plus se servir de la pathologie mentale comme d'une excuse pour imposer les soins somatiques, et c'est une chose qui a été bien assimilée si l'on en croit ces entretiens.

Cependant que dans certains services de médecine, en oncologie par exemple, les patients subissent parfois des traitements qu'ils n'ont pas réellement acceptés, davantage par peur de contredire le médecin que parce qu'ils ont compris et souhaité tel ou tel chimiothérapie.

Le patient, même malade psychiatrique, a le droit de refuser les soins, et notre but étant avant tout de soulager les souffrances, il faut concevoir qu'imposer un soin est une souffrance pire que d'accepter le refus du patient.

II-B-3-g-Suivi systématique, dépistage, prévention : du paternalisme à l'autonomie (Q.13)

La tendance actuelle de notre enseignement tend vers une responsabilisation des patients, où les notions de patient expert, acteur de ses soins, sont prépondérantes. Un patient autonome, littéralement capable de se fixer ses propres lois, est avant tout un patient auquel on délivre l'information nécessaire à la prise de décision. Vient alors la notion d'information adaptée, et c'est notamment en psychiatrie que cette question prend tout son sens.

Il serait facile et malhonnête d'adopter vis à vis de la notion d'autonomie une complaisance totale et reposante, tout comme dans la question du refus de soin: « je vous informe de l'importance d'effectuer cet hiver votre dépistage du cancer colorectal », point. Un dépistage que le patient schizophrène équilibré pourra, à l'instant T où le médecin s'adresse à lui en face à face et dans un endroit calme, comprendre et assimiler, mais qu'il pourra oublier aussi vite dès lors qu'il ne sera plus dans ce colloque singulier.

À l'inverse, les médecins peuvent assumer seuls toute la prise en charge et porter sur leurs épaules le poids des patients poly-pathologiques en appelant pour eux, en les faisant accompagner; à l'extrême, en gardant les patients

hospitalisés « à vie ». Un tel investissement est tout à l'honneur du médecin et des équipes, et prémunis certes contre les oublis et les ruptures dans la prise en charge... mais outre le fait que le système de santé tend actuellement vers une saturation, un manque de moyen et un manque de personnel qui ne fera qu'augmenter les rangs de nos collègues en épuisement professionnel et que de telles prises en charges deviendront impossibles, c'est aussi un modèle discutable que celui du patient psychiatrie tenu « en dehors » de la société, mis à l'écart, et ce que ce soit pour le protéger lui, ou pour protéger la société de cette folie qu'elle ne saurait voir. La tendance ira plus volontiers à un modèle intégratif, où le patient atteint de maladie mentale sévère est intégré à la cité, accède aux soins de ville et ne revient vers l'hospitalisation traditionnelle qu'en cas de rupture, de décompensation, le temps nécessaire à son retour à la vie civile.

En réalité il est du devoir du médecin qui prend en charge un patient atteint d'une pathologie mentale sévère d'accompagner le patient dans ses soins, qu'il s'agisse des rendez-vous chez les spécialistes, des dépistages, de la prévention. Il faut toujours rappeler, répéter, recommencer. Ce que l'un des médecins a qualifié de « surmoi auxiliaire ».

L'éducation thérapeutique(64) est évidemment une aide précieuse mais elle ne peut être efficace en une fois, en une prise, elle doit faire l'objet de rappels fréquents comme un vaccin dont l'ennemi mute trop souvent.

Dans le même temps, il est important de garder à l'esprit que les patients changent et que ce n'est pas parce qu'un patient est incapable de prendre soin de lui à l'instant où nous le voyons qu'il en sera toujours ainsi, d'où l'importance du temps que l'on consacre à l'informer et à lui expliquer progressivement ces démarches.

Avec la question du manque d'autonomie de certains patients vis à vis des soins somatiques, vient la notion de **travail en équipe**. Le regard attentif des

équipes paramédicales qui, connaissant bien les patients qu'elles côtoient quotidiennement, vont repérer quelques infimes modifications comportementales qui sont les signes avant-coureurs d'une perturbation du corps, est essentiel au médecin généraliste. Le soutien des structures et des familles, pour poursuivre les prises en charge débutées en milieu hospitalier, est essentiel lorsque l'on prend en charge des patients déficitaires. L'organisation de l'institution et la répartition du personnel permet, si les effectifs et le budget sont suffisants, d'accompagner les patients dans les différents rendez-vous et examens auxquels ils ne peuvent se rendre seuls, de rappeler, programmer et centraliser tous ces éléments afin que le généraliste, qui navigue généralement sur plusieurs unités, puisse se dégager du temps clinique. Enfin, l'équipe est simplement le garde-fou de chaque individu qui est confronté à la maladie mentale, à la folie, à toutes les situations de stress, de peur et d'agressivité, enfin, au transfert très lourd qui peut exister dans la relation médecin-malade.

En pratique, toutes les réponses s'accordent sur le fait que le dépistage, le suivi, la prévention, dépendent principalement du temps et des effectifs consacrés aux soins somatiques. Et de l'investissement du personnel de santé, qui dépend lui aussi de la charge de travail.

Il dépend également en grande partie du plateau technique à disposition sur l'hôpital concerné, l'accompagnement à l'extérieur étant un facteur limitant (puisque relatif au temps et aux effectifs, une fois de plus). La gynécologie et les soins dentaires étaient par exemple favorisés lorsqu'une consultation dédiée existait sur place.

Un peu à part, le dépistage systématique du cancer colorectal n'était jamais effectué malgré quelques tentatives de la part de certains médecins somaticiens, à la fois parce qu'il était pratiquement impossible d'obtenir les kits, réservés officiellement aux médecins traitants, et parce que les soignants

percevaient mal le déroulement du test qui représentaient à leur yeux un geste tabou (manipulation des selles).

II-B-3-h-Différences liées au fonctionnement hospitalier

Le rôle du médecin généraliste en psychiatrie est comme son nom l'indique **frontalier**, entre des problématiques vraiment inhérentes à la médecine générale (dépistage, prévention), et une organisation qui s'en approche parfois (consultations à la demande, ponctuelles), et des problématiques hospitalières (iatrogénie, complications infectieuses et thromboemboliques, contraintes de l'hospitalisation) ainsi qu'un plateau technique plus ou moins important, et cette notion aussi que le patient ne demande pas forcément à voir le médecin, c'est parfois le médecin qui vient à lui, en profitant de cette accessibilité que fournit l'hospitalisation en psychiatrie.

En outre, le **recrutement** des services de psychiatrie n'est pas celui de la médecine de ville. En ville on peut souvent remarquer une adéquation progressive entre le médecin et sa patientèle, en hospitalisation ni le médecin ni le patient n'ont vraiment le choix. Aussi si le service est un service de psychiatrie adulte, il n'y aura pas pour le médecin d'activité pédiatrique.

Un autre élément intéressant est celui du **tabou qui pèse sur la question de la sexualité**. Un médecin a évoqué la notion de "tabou institutionnel » autour de l'examen gynécologique, qui rendait pratiquement impossible l'exercice de la gynécologie, même la simple réalisation des frottis, et ce malgré un grand manque.

Le tabou sexuel dans l'institution a donné matière à débat dans plusieurs établissements de soins psychiatriques et notamment la question de la sexualité des patients: dès lors que l'hôpital devient un lieu de vie, n'ont ils pas le droit d'y vivre une vie « normale » et donc d'y avoir des relations sexuelles? Et dans ce cas-là, n'est-il pas de notre devoir en terme de prévention de mettre à disposition des préservatifs?

En outre ce tabou couvre aussi la question de la santé sexuelle des patients, victimes des effets secondaires des traitements psychotropes sur la libido, la sécheresse vaginale chez la femme, et l'impuissance chez l'homme. Le terme en lui-même d'impuissance est très fort, très stigmatisant, et le sujet en est d'autant plus difficile à évoquer avec le médecin, qu'il soit psychiatre ou généraliste, alors qu'il s'agit bien d'un effet secondaire ayant un réel impact sur le moral des patients et leur estime d'eux-même.

Enfin, l'élément qui ressort en filigrane de toutes ses différences est bien sûr celui de la **contrainte**. Certes le patient, dans ce contexte, ne choisit pas son médecin, ni ses fréquentations, ni son lieu de vie temporaire... à l'extrême, les patients psychiatriques ne choisissent pas toujours d'être en psychiatrie. Les hospitalisations sous contraintes, l'isolement, la contention, sont des situations dont les autres champs de la médecine, exception faite du milieu carcéral qui est très spécifique, sont très préservés.

Il faut cependant souligner que la contrainte s'applique en psychiatrie, mais pas en soin somatiques. Et à l'inverse d'un service de médecine autre que psychiatrique, où l'on a majoritairement à faire à des patients compilants et où l'alliance thérapeutique est volontiers acquise (sans quoi le patient ne serait pas ici), le soin somatique en psychiatrie requiert, à l'instar de la médecine de ville, un temps de construction de cette alliance, car le patient peut refuser catégoriquement les soins. Et cette alliance est d'autant plus complexe que le

duo médecin-patient ici ne s'est pas choisi, et d'autant plus importante que, dans ce contexte, le patient n'a pas la possibilité d'aller voir un autre médecin.

Il est donc important de se positionner d'entrée de jeu en tant que médecin généraliste, indépendant de la question du cadre et de la contrainte, tout en gardant une cohérence vis-à-vis du reste de l'équipe car les patients peuvent se montrer particulièrement clivants.

II-B-3-i-Pas si différents

Malgré toutes ces notions, beaucoup de médecins s'accordaient finalement sur le constat qu'un patient dont la pathologie n'est pas décompensée, autrement dit un patient « équilibré » et non en phase aiguë, est avant tout un patient comme les autres et qui nécessite peut-être plus d'écoute et de temps... mais que nécessiteraient au fond tous nos patients, malades mentaux ou pas, si notre exercice nous le permettait.

Pour reprendre les propos d'un des médecins interrogés : *« ils ne sont pas différents des autres malades. C'est à dire que c'est des malades qu'il faut écouter et examiner comme les autres, et que si tu ne donnes pas un temps d'écoute à ton malade, tu as beau être le meilleur médecin du monde, ton malade n'a pas du tout l'impression d'avoir été soigné. »*

Les différences que l'on pourrait faire entre eux et d'autres patients relèveraient notamment parfois d'appréhensions et de préjugés liées à l'absence de contact préalable avec la pathologie mentale et au manque de formation dans ce domaine.

Il est peut-être au contraire d'aborder le patient psychiatrique, dans une certaine mesure, comme n'importe quel patient qui nécessite et de l'écoute, et de l'adaptation.

L'un des médecins que j'ai interrogé remarquait qu'à son arrivé en psychiatrie, il avait reçu de nombreuses mises en garde sur la difficulté de soigner un patient psychotique, sur le rapport au corps qui était complexe, et qu'il avait été au contraire agréablement surpris de constater que ces patients, qui n'en avaient pas l'habitude, était justement « très contents » que l'on prenne soin de leur corps et que c'était quelque chose de positif pour eux.

En somme, il concluait : « « Est-ce que j'ai vraiment des techniques particulières? Je ne saurais pas dire en fait. C'est vrai... je n'ai pas l'impression de me comporter de manière très différente avec les autres gens. »

On en revient à la question du semblable, du même, qu'on peut aussi retrouver en psychiatrie.

La « différence » réside peut-être dans la nécessité, plus que jamais avec le patient psychiatrique, d'avoir une approche générale justement, globale, et de considérer l'intégralité du patient sans se focaliser sur un symptôme, parfois inexistant, ou très bruyant, ou très atténué : être médecin somaticien en psychiatrie c'est aussi savoir se préserver de la spécialisation et rester généraliste.

(Voir annexe 7)

-Mme R et la bibliothèque (percevoir du semblable)

II-B-4 : Articulation médecine générale-psychiatrie et ville-hôpital *(Voir annexe 2, tableau 4)*

II-B-4-a : Médecine générale et psychiatrie

Pourquoi choisir la médecine générale ?

Les plus cyniques diront que la médecine générale représentant le plus grand nombre de poste à l'internat, beaucoup y accèdent par défaut.

À ma petite échelle, j'ai connu plus de gens ayant véritablement choisi la médecine générale que de gens s'étant replié sur elle. Mais même parmi ces derniers, les plus déçus ont vite réalisé la grande liberté et la diversité de pratique que la médecine générale offre, avec des possibilités d'internat bien plus vastes que pour les autres spécialités où certains stages font office de passage obligatoire, et pas des plus agréables. Et je ne connais personne aujourd'hui qui regrette cette filière quand, à l'inverse, nous connaissons tous des internes des autres spécialités effectuant un droit au remord en médecine générale.

Pourquoi généraliste en psychiatrie ?

Dans les réponses des médecins interrogés, on voit un véritable attrait pour ce mode d'exercice qui s'apparente à de la médecine interne, polyvalente, avec une grande diversité de pathologies et un plateau technique hospitalier plus ou moins riche. Avec toutefois une subtilité dans les services de psychiatrie : les patients ne sont pas obligés de suivre une prise en charge somatique. Comme en médecine générale, comme ils ne sont pas là pour le somatique, ils peuvent refuser.

On retrouve également l'idée du bon rôle, du bon objet : le médecin généraliste en psychiatrie n'est pas au premier plan, et il est souvent vu comme le médecin qui apportent des bénéfices mais pas de contraintes.

Évidemment, l'attrait pour le travail en équipe, et/ou le salariat a été souvent cité.

Enfin, l'intérêt pour la pathologie mentale ou pour la médecine auprès de patients vulnérables concerne une grande partie des médecins interrogés.

Mais ce rôle charnière entre le médecin généraliste de ville et le psychiatre de secteur implique une part de responsabilité dans le lien qui existe ou devrait exister entre les deux, ainsi qu'un rôle qui se débat entre les responsabilités du psychiatre et celles d'un médecin généraliste.

Le somaticien est au cœur de la problématique de savoir qui doit faire quoi dans la prise en charge.

II-B-4-b : Sortie d'hospitalisation et lien avec la médecine de ville (Q.14 et 15)

La sortie d'hospitalisation du patient est une question délicate. Sur le secteur, la sortie est décidée et planifiée par le psychiatre. Le médecin généraliste n'en est pas toujours informé, bien qu'il ait débuté une prise en charge somatique entre temps. Ceci représente le premier obstacle, et peut-être le plus absurde, à une bonne communication entre l'hôpital et le médecin de ville.

Dans le cas où le somaticien est averti de la sortie, il faut ensuite qu'il ait le temps de se consacrer à la rédaction d'un courrier. La plupart des médecins travaillant dans des services de psychiatrie font un courrier en cas d'événement somatique majeur ou si des examens ont été réalisés. Ce courrier est alors soit un courrier à part, soit un paragraphe inclut dans le courrier du

psychiatre, qui est théoriquement systématique (dans l'un des hôpitaux, cela semblait encore un peu aléatoire). Plus rarement, le psychiatre note lui-même les éléments somatiques important en s'inspirant des observations du somaticien. Pour les médecins travaillant dans des unités somatiques, le courrier est systématique.

Plusieurs somaticiens ont également le réflexe d'appeler le médecin généraliste au cours du séjour, par souci de simplifier l'échange et surtout pour s'informer du suivi du patient : il est fréquent que le médecin déclaré n'ait pas vu le patient depuis des années. C'est alors l'occasion de s'enquérir de sa volonté de reprendre le suivi et de fixer un rendez-vous après la sortie.

Les patients sont exceptionnellement rappelés ou reconvoqués, et cela correspond à quelques situations particulières de patients n'ayant aucun suivi et présentant de graves pathologies somatiques, et dépend de l'initiative propre du médecin somaticien.

Lorsqu'il n'y a pas de médecin traitant, la sortie devient plus problématique encore.

Beaucoup de médecins avouent tout simplement ne rien faire de particulier. Cas exceptionnel, les médecins du pôle ouest du Vinatier envoient les patients à CoReSo, dispositif dédié dont nous avons déjà parlé. Dans les situations de patients n'ayant pas de médecin traitant mais souffrant d'affections somatiques graves nécessitant un suivi, certains médecins essaient d'en trouver un avec le patient en téléphonant, d'autres en avertissent le secteur, le CMP ou l'assistante sociale pour qu'une recherche soit faite (l'histoire ne disant pas si elle aboutit), d'autres enfin reconvoquent les patients (cas de figure le plus rare).

Évidemment cette réponse ne tient pas compte de tous les patients qui sortent avec un courrier envoyé au médecin traitant bien que ce dernier ne suive plus le patient, auquel cas la situation revient à celle d'un patient n'ayant pas de

médecin traitant mais pour lequel rien n'est fait, ce qui confirme qu'on a tout intérêt à téléphoner. Et qu'il faut pour cela du temps et des effectifs suffisants.

II-B-4-c : Communication avec le psychiatre (Q.16)

Sur les vingt-et-un médecins interrogés, onze se disaient satisfaits de leurs échanges avec les psychiatres. Ceux-là généralement concilient participation aux réunions de service quand le temps le permet, échange par mail et au moyen du dossier informatique, appels, mais surtout des discussions de vive voix, informelles, pendant le déjeuner ou dans les couloirs, et qui facilitent grandement la collaboration entre les deux. Aux urgences, la situation est un peu particulière car l'examen initial se fait en binôme psychiatre-somaticien, et le poste de travail unique vient encore davantage renforcer la collaboration, que les deux médecins somaticiens concernés qualifient de facile et agréable.

Quatre avaient des réponses assez pragmatiques, sur le mode d'échange, sans donner à leur réponse une valence positive ou négative : souvent des échanges de mail ou téléphoniques ou par le biais des mots dans les dossiers.

Six d'entre eux qualifiaient l'échange de pauvre, difficile, voire absent : dans ces cas-là il était fait mention de la non participation du médecin somaticien aux staffs (uniquement axés sur la psychiatrie), d'incompréhension mutuelle voire de tensions, de la barrière de la langue avec les médecins étrangers reconvertie dans la psychiatrie en France, ou du fait que les psychiatres comme les médecins somaticiens étant en sous-effectif, il était difficile de se croiser (psychiatre à la fois sur l'unité et le CMP, somaticien pouvant être appelé sur tout l'hôpital).

On conçoit aisément que l'amélioration des soins somatiques en psychiatrie passe par une communication fluide entre le somaticien et le psychiatre, et c'est en cela que certains modèles étrangers d'unités mixtes sont si intéressants (sera vu dans la partie suivante).

La revue *The Lancet Psychiatry*(58) a publié en 2016 un article intéressant sur le sujet : « Psychiatry and general practice have much in common in terms of their philosophy: both aim to combine technical knowledge and skills with whole-person care. Both practise a form of medicine that is less about miracle cures than helping people to lead fulfilling lives in the face of adversity. And both need to negotiate the difficult boundaries where theories from the laboratory meet the complexities of the outside world. It is time for this natural affiliation to be matched with innovative partnerships in research and practice. »

II-B-4-d : Répartition des rôles et partage des tâches (Q.17)

À la question de la responsabilité (partagée) du psychiatre concernant la prise en charge somatique des patients, les médecins interrogés ont presque unanimement répondu par l'affirmative.

Deux d'entre eux avaient des réponses plus nuancées : le Dr N considérait que seule la surveillance biologique des traitements psychotropes leur incombe dans le cadre de l'hospitalisation, et qu'en ville il était surtout nécessaire d'établir une bonne communication entre le secteur (CMP) et le médecin traitant. Le Dr C évoquait joliment l'image d'un couple médecin généraliste-psychiatre : peu importe finalement qui fait quoi, tant que la répartition des tâches est discutée, entendue, et acceptée, afin que tout soit fait.

Les autres considéraient qu'à l'hôpital, le psychiatre est le responsable principal de la prise en charge du patient (sauf unité de somatique), et qu'il doit également tenir compte de l'aspect somatique. En ce sens, beaucoup

reprochaient aux psychiatres d'avoir tendance à déléguer le problème de la iatrogénie au médecin somaticien (la sempiternelle constipation, l'allongement du QT, la surveillance cardio-métabolique). D'autres plus rarement avaient une expérience positive avec les psychiatres sur ce point, soit qu'il s'agisse d'unités pour patients déficitaires très bien suivis comme le Dr S, soit qu'il s'agisse de jeunes psychiatres plus concernés par l'aspect somatique (Dr C), soit que la relation de confiance se soit construite au fil du temps entre les deux.

Les réponses concernant la responsabilité du psychiatre en ville étaient plus contrastées, entre ceux qui répondent la même chose que pour l'hôpital (oui, le psychiatre est responsable et surtout des traitements qu'il prescrit) et ceux qui considèrent (la majorité) que le psychiatre et, plus généralement le CMP, est responsable non du suivi en lui-même mais de s'assurer qu'il y en a un, et donc qu'il y a un médecin traitant. Le psychiatre a un rôle de vigilance, d'alerte, en cas de dégradation somatique de l'état de santé du patient. Pratiquement tous les somaticiens s'accordent sur le fait qu'en tant qu'interlocuteur privilégié, et étant parfois le seul médecin vu par le patient (ce d'autant plus qu'il n'est jamais hospitalisé), il a le devoir d'inciter le patient à avoir un médecin traitant voire d'agir dans ce sens ou de déléguer au secteur ou à une structure intermédiaire cette recherche.

II-B-5 : Solutions envisagées

Les problématiques relatives à la prise en charge par le généraliste du patient psychiatrique grave évoquées par les médecins somaticiens trouvent leur écho sur le poster de Chloé Bougerol, Cyrille Orset, Rodolphe Charles et Catherine Massoubre présenté au 17e congrès de l'ANP3SM portant sur le point de vue des médecins généralistes de ville sur le suivi ambulatoire des patients

psychotiques, qu'il s'agisse des problèmes organisationnels (le temps et l'argent), de la question du contact et de la complexité relationnelle, des particularités somatiques, ou du manque de communication avec la psychiatrie et des difficultés de coordination.

À ces problèmes, nos vingt-et-un somaticiens proposent des réponses variées, et qui se recoupent entre elles, sur les différents plans.

II-B-5-a : Sur la question du temps, de la rémunération et des moyens humains

Temps de consultation plus long, nombreux « pas vu pas prévenu », sont des freins largement évoqués au suivi par les médecins généralistes de ville des patients psychiatriques, de même que la baisse de la démographie médicale. Plusieurs solutions ont été proposées:

- Créer une cotation spécifique pour le suivi du patient psychiatrique sévère
- Imaginer un salariat en médecine générale, suffisamment attractif pour que les médecins généralistes acceptent de renoncer au libéralisme, et qui permettrait ainsi que le temps de consultation ne soit plus un obstacle
- Augmenter le nombre d'infirmiers en CMP afin que certains puissent accompagner les patients les plus complexes à leurs consultations
- Augmenter l'effectif global des médecins généralistes

II-B-5-b : Sur la question de la communication entre les médecins généralistes et la psychiatrie

En premier lieu, la systématisation des courriers. Il y a encore trop de médecins généralistes aujourd'hui qui n'ont aucun élément concernant le suivi psychiatrique des patients, et découvrent que ce suivi existe lorsqu'un patient

a besoin de faire renouveler une ordonnance sur laquelle figure des traitements neuroleptiques lourds dont on ignore si le suivi des effets indésirables est à jour. Transmettre un bref résumé d'une l'hospitalisation, les modifications thérapeutiques et les contacts au médecin traitant est un minimum.

En cas de détérioration de l'état psychique d'un patient, les médecins généralistes devraient avoir une personne ou un établissement de référence vers lequel se tourner. L'idée d'une « Hotline » psychiatrique pour les généralistes a été évoquée en raison des difficultés à joindre les différents acteurs, surtout dans un temps limité par le planning de consultation.

Enfin la notion de décloisonnement, dans les mentalités, le somatique et le psychiatrique, a bien sûr été abordée. Ce qui signifie, en pratique, que les médecins peuvent se parler, s'appeler, simplement, pour mettre en commun le suivi du patient. Le suivi psychiatrique n'a pas à être un tabou pour le médecin généraliste. La méfiance réciproque qui persiste a minima entre le psychiatre et le généraliste, entre le patient psychiatrique et les médecins non psychiatre, est à l'origine d'un manque de partage des informations nécessaire à la prise en charge globale. L'organisation de rencontres pourrait également bénéficier à une meilleure communication.

II-B-5-c : Encourager la formation des futurs généralistes à la psychiatrie

Décloisonner, c'est aussi en finir avec cette méfiance, avec les préjugés et les peurs qui planent sur la psychiatrie. Déconstruire l'image du « fou dangereux » et celle du « psychiatre bizarre », pour ne plus entendre d'un patient qu'il est « psy », cela passe par une réelle immersion dans la psychiatrie. Pour ne citer qu'un exemple, le modèle Danois, où les médecins généralistes sont en première ligne dans la prise en charge des pathologies

mentales, et ce jusqu'à un stade avancé et déjà sévère, sans avoir forcément recouru au psychiatre, parce qu'ils sont tous formés aux soins psychiatriques.

Le constat est aujourd'hui que la plupart des médecins généralistes ne passent jamais en psychiatrie, or la psychiatrie représente un motif de consultation prépondérant, comme nous l'avons vu en première partie. Il est donc légitime de se poser la question d'un passage obligatoire en stage de psychiatrie.

La grande majorité des médecins a évoqué la question des stages mais de façon un peu différente: certains sont partisans d'un stage obligatoire, soit durant l'externat où les étudiants n'ont pas encore forcément une idée précise de ce qu'ils veulent faire et moins de préjugés, soit pendant l'internat de médecine générale, soit au moins une fois sur l'ensemble du parcours. D'autres suggèrent qu'il serait plus judicieux de favoriser le stage de soins somatiques en psychiatrie pendant l'internat mais sur la base du volontariat, en proposant davantage de postes et en mettant en avant l'aspect à la fois polyvalent de ces stages (à l'inverse des stages de spécialités) et l'abord de la question de la pathologie mentale. L'idée étant que l'on ne peut forcer quelqu'un à faire de la psychiatrie car cette spécialité touche davantage à l'intime et réveille davantage de peurs, qu'une méthode coercitive ne saurait résoudre. Plusieurs options de stages ont été proposées: en psychiatrie (plutôt observationnels et qui seraient plus courts), en soins somatiques en établissement psychiatrique, en CMP, ou sur les journées de formation libre du stage praticien de niveau 2. L'un des médecins généralistes a évoqué le modèle roumain, où les internes de médecine générale ont un passage obligatoire en psychiatrie (et en pédiatrie, gynécologie, médecine interne) avec un examen de validation des compétences acquises à l'issue de ces stages.

Il n'en reste pas moins qu'à l'heure actuelle la psychiatrie fait défaut dans la plupart des parcours. Elle reste ainsi très mystérieuse pour beaucoup de généralistes, de par le sujet sensible qu'elle touche, l'esprit humain et sa folie,

et de par son organisation très spécifique. Or, à moins d'aller en psychiatrie, on n'y est peu confronté, à l'inverse des spécialités souvent rencontrées dans tous types de stages comme la cardiologie, la pneumologie, et caetera.

L'idée de proposer des formations à destination des internes a également suscité un certain enthousiasme de la part des somaticiens, qui se disaient volontiers prêts à animer des cours sur le suivi du patient psychotique ou tout autre thème utile. La validation d'une FMC pourrait alors encourager les internes à participer et leur fournir la possibilité de se libérer de leurs stages pour l'occasion.

Des formations ouvertes aux médecins généralistes pourraient aussi être envisagées(65).

L'idée d'organiser davantage de rencontres entre les acteurs du secteur psychiatrique et les médecins généralistes du territoire a été elle aussi abordée, afin de mettre des noms, des visages et des voix sur les personnes avec lesquelles nous sommes amenés à collaborer dans la prise en charge des patients, afin d'échanger des moyens de communication pour la suite (mail, téléphone, courrier).

II-B-5-d : Organisation du parcours de soin et du réseau de santé

L'idéal qui transparaît dans les différents entretiens pourrait se résumer ainsi : recréer en médecine de ville un réseau pareil à celui qui permet la prise en charge hospitalière, et qui puisse servir de support aux médecins traitants pour l'accompagnement des patients dans leurs démarches de soins (examens complémentaires, prises de rendez-vous, dépistages, etc).

Cela passe notamment par l'amélioration de la communication, par les acteurs du CMP, et par des moyens et effectifs suffisants.

*Le rôle des infirmiers, à la fois dans le soin, dans l'organisation du parcours des patients, et en tant qu'intermédiaires, fait partie des pistes les plus abordées:

-Création de postes d'infirmiers coordonateurs dans chaque structure (CMP, MSP);

-Accompagnement des patients les moins autonomes par les infirmiers de secteur dans les démarches relatives aux soins en ambulatoires, à la fois pour rassurer les patients et les professionnels, et pour éviter les rendez-vous manqués

-Émergence des Infirmiers en Pratique Avancée qui permettent un suivi plus rapproché des patients, et qui permettent d'espacer les consultations chez le médecin dans un contexte où l'offre de soin est insuffisante dans de nombreuses zones en France. On peut envisager par exemple la présence d'un IPA en psychiatrie dans une MSP.

Le poster DOLOPSY (GHU Paris, psychiatrie et neurosciences), présenté au 17e congrès de l'ANP3SM par M.Eschbach (IDE MSc), C.Bergot (cadre supérieur de santé), C.Chekroun (IDE) et le Dr E.Fertout-Aharouni, décrivait le bénéfice apporté par les IPA dans le parcours de soin extrahospitalier du patient douloureux en santé mentale, qui facilitent le dépistage, l'évaluation et la prise en charge rapide de la douleur.

*Favoriser l'essor de structures de soin rassemblant des médecins généralistes, spécialistes, et des professionnels paramédicaux, à l'image des maisons de santé pluridisciplinaires, permettra d'améliorer l'offre de soin ambulatoire. Car ces établissements facilitent le parcours des patients de par le regroupement au sein d'une même structure, et ils permettent aux professionnels de recréer une ambiance d'équipe qui les sécurise, et les aide à

répartir la charge mentale et émotionnelle que constitue le soin, particulièrement aux patients psychiatriques lourds. Le fait d'être simplement entouré de confrères plutôt que seul lorsque l'on ressent le besoin de discuter d'un patient ou simplement de faire une pause est un facteur protecteur.

Ces structures pourraient favoriser l'émergence de nouveaux rôles à jouer pour coordonner le parcours de soin. L'idée d'un infirmier coordonnateur de la MSP a été évoquée, qui organiserait sur le temps le plus court possible l'ensemble des examens et rendez-vous d'un patient ayant une autonomie limitée, afin qu'il puisse être facilement accompagné par un aidant ou un infirmier de secteur. Ou encore, la présente sur la MSP d'un acteur de la question du psychisme, qu'il s'agisse d'un infirmier de pratique avancée en psychiatrie, d'un psychologue ou d'un psychiatre coordonnateur, qui pourrait, en cas de décompensation ou de questionnement sur la santé mentale d'un patient, donner un premier avis, temporiser, aiguiller sur le secteur pour éviter un passage inutile aux urgences. Des rôles, en somme, qui contribueraient à entretenir le lien entre les différents acteurs de santé, entre la ville et l'hôpital, et à décloisonner le psychique et le somatique.

L'écueil que l'on peut craindre dans l'émergence de ces structures est celui du maillage du territoire, car c'est une problématique que nous avons pu rencontrer avec le regroupement des maternités et des CMP: mathématiquement, certains patients seront plus éloignés que lorsqu'il y avait davantage de structures plus petites. Et en dépit de tous les avantages sus-cités, on peut également redouter que ces structures servent de prétexte à des réductions drastique des moyens humains. Or s'il peut être économiquement intéressant de partager des locaux pour avoir moins de personnel d'entretien ou de secrétariat, le manque d'infirmiers et de médecin, quant à lui, est un problème mis en avant par tous les médecins interrogés, plus encore en périphérie.

*Favoriser des partenariats pour resserrer les liens entre les différents acteurs de l'ambulatoire, suivant l'exemple des maisons médicales de garde associées à des CMP, comme le font certains hôpitaux psychiatriques avec les hôpitaux généraux. Le modèle norvégien a même été évoqué, où de nombreuses consultations se font en binôme (psychiatre et généraliste).

*Financer la création de dispositifs intermédiaires entre l'hospitalier et l'ambulatoire, et entre la psychiatrie et le reste de la médecine :

-CoReSo Somapsy: ce dispositif novateur, actuellement en place sur le pôle ouest du Vinatier, repose sur des consultations de médecine générale en CMP, en présence d'un infirmier psychiatrique, à destination des patients du secteur n'ayant pas de médecin traitant. En trois consultations, parfois plus, le médecin identifie les problématiques somatiques du patient, règle les plus urgentes, et l'adresse à un confrère généraliste proche du domicile du patient avec un courrier très complet et des contacts. Ces consultations sont l'occasion d'un travail sur le rapport au corps et au soin somatique, avec des patients qui en sont parfois très éloignés.

-le dispositif de prise en charge des premières décompensations psychotiques du Vinatier: ce service cible les patients jeunes qui entrent dans la psychose et n'ont pas encore (ou peu) de pathologies somatiques, afin d'effectuer en amont un travail de prévention, de dépistage, et d'accroche au réseau de soin somatique ambulatoire. Ils ont dans ce cadre un suivi rapproché, proactif, pendant 3 ans, avec un accompagnement aux consultations dans les soins somatiques. L'objectif est de les rendre autonomes dans la prise en charge de leurs soins, d'introduire la notion du « prendre soin de soi » sur le plan somatique, d'instaurer un suivi et de trouver un médecin traitant.

-Consultation dédiée aux personnes en situation de handicap à l'Etablissement Public de Santé de Ville-Evrard: une offre de soins somatiques destinée aux

patients de la file active psychiatrique et au secteur médico-social et incluant des médecins généralistes, un stomatologue, un endocrinologue, un psychiatre, 4 infirmiers polyvalents, deux infirmières en addictologie, un chirurgien dentiste, un ophtalmologue, un gynécologue, un pédicure-podologue, une assistante dentaire et une infirmière CSSP.

-Dans plusieurs services, plus particulièrement dédiés à la prise en charge des patients autistes, il existe des systèmes de consultations blanches, avec le médecin et/ou en présence d'infirmiers. L'objectif est de familiariser les patients d'abord avec les lieux, les personnes, le déroulement général d'une consultation et sa temporalité, avant d'introduire progressivement l'interrogatoire, puis l'examen clinique. Le système est le même pour les examens complémentaires.

-Les programmes d'éducation thérapeutiques, qui rassemblent plusieurs professionnels autour de la prise en charge somatique des patients, de la prévention et de la nutrition, sont aussi l'occasion pour les patients psychotiques de renouer avec le corps et d'assimiler l'importance des soins et du suivi. Ils représentent également un recours précieux dans les processus de sevrage au tabac ou à d'autres substances addictogènes (66).

Certains des médecins interrogés sont allés jusqu'à envisager une complète refonte du système de soins ambulatoires, en proposant notamment un salariat, un système de dispensaires de soins responsables d'un territoire et de ses patients (modèle du dispensaire calédonien), rémunéré à hauteur du manque de médecin dans les zones les moins attractives (modèle canadien). D'autres ont plus modestement proposé de simplifier et favoriser l'exercice mixte libéral/salarié afin de permettre aux généralistes d'effectuer par exemple des vacations en CMP, ou aux psychiatres d'effectuer des vacations en MSP.

II-B-5-e : Autres

D'autres remarques ont été faites par certains médecins, issue de leur expérience dans la santé mentale :

-L'importance de ne pas perdre de vue la clinique par excès d'examens complémentaires dans un climat de peur du médico-légal: nous avons certes une « obligation de moyens », mais nos études et nos stages nous ont enseigné avant toute chose la sémiologie et la clinique.

-Le respect du libre arbitre du patient. Certains patients refusent d'avoir un médecin traitant, même en dehors du champ de la psychiatrie. Un patient atteint de pathologie mentale, s'il est bien équilibré, s'il n'est pas en crise, a son libre arbitre au même titre que n'importe quel patient, et s'il est de notre devoir de proposer, plusieurs fois, d'expliquer, d'inciter les patients à avoir le meilleur suivi possible, il n'est en aucun cas d'être coercitif ou menaçant.

-L'impact de la durée d'hospitalisation : si certains établissements se sont orientés vers un objectif de retour rapide à la cité et aux soins ambulatoires dans le souci de ne pas désadapter les patients (et dans un souci économique), d'autres continuent à garder assez largement les patients pour plusieurs années. La remarque qui a été faite concerne ces patients qui, après plusieurs années en hôpital psychiatrique, n'ont plus aucun lien avec la vie de quartier, voire plus aucun logement ni aucune ressource sociale ou économique.

-La discordance entre les traitements introduits lors d'une entrée dans la schizophrénie, et l'évolution déficitaire de cette maladie. Le Dr Q insiste sur l'urgence qu'il y aurait à avoir finalement la main moins lourde sur les traitements neuroleptiques, qui, s'ils permettent de rapidement stabiliser un patient lors d'une bouffée délirante à la symptomatologie bruyante, sont souvent laissés tel quelle ad vitam aeternam sur l'ordonnance malgré le repli

autistique flagrant des patients et qui nécessiterait une révision de l'ordonnance.

Au total, formation des professionnels de santé, création de structures intermédiaires et de postes d'infirmiers de liaison : ces éléments corroborent ceux d'études qualitatives réalisées à l'international sur la question de l'amélioration des soins somatiques en santé mentale (67)(68)

TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION

TROISIEME PARTIE: ANALYSE ET DISCUSSION

A-Interprétation des données

1-ce qui nous rassemble et ce qui nous distingue

2-Différentes approches

3- savoir faire et savoir être

4-Des problèmes

5-Des solutions

B-Retour sur les hypothèses initiales et perspectives d'amélioration : le stage en psy

C-Limites et conflits d'intérêts

D-Ouverture

III-A : INTERPRETATION DES DONNEES

Ces vingt-et-un entretiens mettent en évidence les spécificités de l'exercice de la médecine générale en psychiatrie mais aussi la continuité qui existe avec la médecine de ville : les problématiques sont souvent les mêmes, exacerbées par la pathologie mentale.

Ils nous éclairent sur le savoir-être et le savoir-faire qu'attisent cette pratique chez les médecins interrogés, et sur l'approche qu'ils ont de la psychiatrie.

Ainsi, ils mettent en évidence les problèmes de fond, les obstacles à l'amélioration de la prise en charge et au rattrapage de l'écart évoqué en première partie avec la population générale.

Enfin, ils nous donnent des pistes d'amélioration, à l'échelle du médecin généraliste et à celle du système de santé.

C'est ce que nous tâcherons de résumer dans cette partie III-A.

L'idée de cette partie étant de résumer et simplifier la partie II, qui laisse la part belle à la rédaction, celle à venir sera au contraire simplifiée afin d'une part d'extraire les informations des entretiens de façon courte et visuelle. Mais aussi et surtout parce que l'objectif idéal d'un tel travail serait d'établir une grille précise des problématiques abordées lors d'un stage de soins somatiques en santé mentale, et des compétences qu'il apporterait à un interne de médecine général. Une grille qui pourrait représenter les objectifs précis de ce stage.

III-A-1 : Ce qui nous rassemble et ce qui nous distingue :

Cette partie résume les éléments, spécifiques ou exacerbés, qui complexifient la prise en charge des patients atteints de pathologies mentales sévères, d'après les médecins somaticiens qui les prennent en charge :

-Le temps : tous les processus sont plus lents, de l'établissement de la relation de confiance à la réalisation des examens complémentaires , et jusqu'à l'examen clinique de base.

-La complexité relationnelle : disponibilité psychique du médecin nécessaire, savoir se protéger contre l'agressivité ou les vécus traumatiques, et sans être fermé à l'excès.

-Le refus de soin : les patients psychiatriques ont fréquemment moins conscience de la nécessité de prendre soin du corps et, qui plus est, ont pour beaucoup une méfiance vis-à-vis du corps médical.

-Le rapport au corps : symptômes trop ou trop peu bruyant, les patients psychiatriques nous confronte à la difficulté d'évaluer ce qui relève d'une lésion organique de ce qui relève d'un délire, ou d'un processus de somatisation. Les troubles

somatoformes sont l'exemple même d'une douleur bien réelle, bien perçue par le patient, pour laquelle il est impossible de traiter une lésion organique précise. À l'inverse, la pauvreté des symptômes chez les patients déficitaires peut entraîner un retard diagnostique important.

-Le délire : élément perturbateur de l'interrogatoire, de la clinique, de la relation et de l'acceptation des soins, voire déclencheur d'agressivité, le délire est ce qu'on associe le plus volontiers à la pathologie mentale comme premier rempart entre le malade et les autres.

-Le manque d'autonomie : désorganisation liée à la pathologie mentale et ce souvent dans un contexte d'isolement sociale voire de précarité, les patients psychiatriques, à moins d'être parfaitement équilibré sur le plan de leur pathologie mentale, ne sont pas assez autonomes pour avoir un suivi médical cohérent sans aide extérieure.

-Complexité somatique : les patients psychiatriques sont, à moins d'être très jeunes, souvent atteint de nombreuses comorbidités somatiques, de par leur manque de suivi, les traitements qu'ils prennent, la sédentarité, les addictions, et caetera.

-Coordination insuffisante avec le secteur de psychiatrie et difficulté de faire le lien ville-hôpital

Complexité, mais aussi défis intellectuel pour ceux qui ont choisi d'orienter leur pratique en ce sens : c'est ce qui en fait l'intérêt et même, la beauté. Une relation de confiance qui n'est pas acquise d'emblée.

III-A-2 : Différentes approches :

Je suis vie qui veut vivre, entouré de vie qui veut vivre. Chaque jour et à chaque heure cette conviction m'accompagne. Le bien, c'est de maintenir et de favoriser la vie : le mal, c'est de détruire la vie et de l'entraver. »

À travers les rencontres qu'a occasionné ce travail de thèse, j'ai perçu des façons d'aborder le patient et sa pathologie mentale ayant une réelle différence ontologique :

-Une approche phénoménologique : « il faut avoir une forme de virginité d'esprit face au patient. » Dr B. C'est l'idée de se départir des préjugés sur la maladie mentale, sur ce qui doit être, comportementalement, socialement, physiquement acceptable. Ce afin d'aborder l'autre avec une vraie neutralité bienveillante.

-Une approche analytique : comprendre les symptômes, comprendre la maladie, donner du sens. Car même si l'on encourt le risque de se tromper, le simple fait de se questionner, de trouver un sens qui nous parle, nous aide à aborder l'autre avec moins d'appréhension, moins d'animosité, et plus d'empathie.

-Une approche pragmatique : plutôt que de s'appesantir sur la complexité de la relation et les spécificités de la pathologie mentale, quelques rares médecins ont pris le parti de s'en tenir littéralement au rôle de « somaticien » et d'écarter systématiquement du champ de la consultation les questions relatives à la santé mentale, d'écarter le délire, et d'ainsi se focaliser sur les soins somatiques nécessaires au patient.

Bienveillance et patience sont primordiales, quelque soit l'approche. Ainsi que le dit le personnage d'une pièce de Marivaux : « *Dans ce monde il faut être trop bon pour l'être assez.* »

III-A-3 : Savoir-faire et savoir-être

Toute la subtilité de cette médecine réside dans la création de la relation avec le patient psychiatrique en dépit de ses difficultés.

Nous utilisons en médecine générale des techniques rhétoriques qui visent :

- à convaincre les patients : dans un monde où internet donne accès à toutes les informations et leur contraire, prendre le temps d'expliquer en vulgarisant la physiopathologie d'une maladie peut s'avérer une stratégie efficace. En outre, cela répond au principe d'information du patient, à travers la démonstration des fondements logiques et scientifiques sur lesquels reposent la prise en charge proposée.
- à les persuader : évoquer la question du bien-être physique, le spectre des risques encourus, dans une démarche faisant jouer la sensibilité et les affects.

Ces techniques sont souvent peu efficaces en psychiatrie : à la raison s'oppose une construction délirante, aux sentiments, la méfiance et le mutisme, bien souvent.

Le maître mot est le temps, une fois de plus, et la relation repose sur la faculté du médecin à apprivoiser l'autre, à louvoyer jusqu'à lui pour s'en rapprocher, à établir des rites.

J'ai beaucoup côtoyé le milieu équestre et notamment une troupe de cascadeurs. Leurs étalons viennent d'Espagne, et sont bien souvent farouches, nerveux et méfiants à leur arrivée dans les écuries. Le temps d'approche et toutes les manœuvres que le cascadeur développe pour installer une relation de confiance entre le cheval et lui, une confiance où chacun confie à l'autre sa vie, m'a toujours fascinée.

Le délire étant l'un des principaux obstacles s'opposant aux méthodes habituelles de communication, nous serions tentés de le nier, de confronter l'autre à ses contradictions. Ou au contraire, de jouer le jeu pour le manipuler. Et comme nous avons pu le voir au cours de ces entretiens, seules les stratégies visant à le contourner sont efficaces : nuancer le propos, revenir au symptôme. Le corps se fait médiateur plutôt qu'obstacle.

De façon plus pragmatique, les somaticiens ont développé une approche systématique des patients en connaissant leurs points faibles au niveau somatique, et vont rechercher certaines pathologies.

Enfin, les somaticiens connaissent souvent leurs propres faiblesses et la nécessité d'être disponible psychologiquement avant d'aller se confronter à la psychose. En cela, le partage entre confrères et avec les équipes est essentiel.

III-A-4 : Des problèmes

Des freins et des limites persistent dans la prise en charge somatique des patients atteints de troubles mentaux sévères, bien qu'il soit important de souligner que des progrès ont été fait récemment, et qu'il sera essentiel d'en évaluer l'impact dans les décennies à venir.

III-A-4-a : Prise de conscience : enfin l'avènement du patient corps et âme

Il faut dire ce qui est : il y a à l'heure actuelle une réelle prise de conscience en cours sur la détresse somatique des patients psychiatriques, et c'est aujourd'hui un problème de santé publique reconnu.

La présence dans les consciences des soignants de cet aspect se ressent chez les patients. L'objectif est que cela devienne une préoccupation partagée par le patient, le psychiatre, l'équipe et le généraliste.

Ce processus est cependant loin de s'être étendu à tous les centres hospitaliers, comme on peut le constater dans les entretiens et notamment celui du Dr K.

III-A-4-b : Des professionnels à former

- **Démystification** : sans nier le psychisme, il est maintenant grand temps de l'accepter. Tout ce qui commence par « psy » est enrobé de mystère, au point que ce préfixe est devenu à lui seul un mot dans le langage familier de l'hôpital, à connotation péjorative. Il est temps maintenant de réhabiliter ces mots et de les comprendre²³.

- **Communication** : Nous sommes finalement peu formés à la question de la communication. Si je devais recenser les rares contributions qui ont été faites à mon apprentissage dans ce domaine, seules certaines des formations organisées par le CUMG ont eu un impact sur ma pratique. Avant cela, j'ai surtout bénéficié des conseils de ma mère, mais de rien émanant de la faculté ou de mes stages hormis l'expérience brute des choses.

Lors de mon premier semestre, j'ai en revanche participé à deux conférences d'accès libres, organisées par le Pr Yves Zerbib, avec comme invitée la philosophe Laura Lange, autour du soin et de la relation. Je n'ai hélas pu poursuivre en raison de mon stage et des chefs qui estimaient alors qu'il était inadmissible que je quitte le service une heure plus tôt une fois par mois pour assister à ces conférences... Bien entendu, il n'était absolument pas question de prendre une demi-journée de formation dans ce stage. J'ai cependant eu le temps d'assister à celle portant sur la confiance. La philosophe, à travers la métaphore des poupées russes, interrogeait l'ensemble des croyances et des représentations inconscientes, nos « contenants », qui nous influencent dans la relation à l'autre. Une analyse et un recul sur ce qui s'apparente finalement à des préjugés nous amène vers, justement, une approche plus phénoménologique, plus naïve, moins jugeante. Avec l'approche analytique, qui nous aide elle à trouver du semblable, nous

²³ « Savoir faire avec l'énigme de l'humain, qui ne fait pas taire l'énigme mais qui la fait parler. Travailler avec les mots et les maux. » Jacques Borie, *Nouvel éloge de la folie*

avons à notre disposition des outils pour avoir avec l'autre une relation positive, ou du moins assez neutre pour ne pas être désagréable.

L'une des idées qui sous-tend cette réflexion est bien sûr que le sens des mots varie selon l'orateur et la situation. En découle la possibilité que lorsqu'il y a un conflit, ce conflit, cette animosité, naissent davantage de la situation que des deux protagonistes. C'est l'une des méthodes abordées par le docteur en rhétorique Victor Ferry dans son interview par Antoine BM. En faisant l'effort de prendre du recul, d'analyser le contexte, voire de faire l'effort d'imaginer que dans un autre contexte la relation pourrait être plaisante, que l'autre a des centres d'intérêt et des éléments de vie qui le rapproche de nous, la colère retombe.

-Formation à la psychiatrie : nombreux sont les médecins généralistes n'ayant à aucun moment de leur parcours été en contact avec le monde de la psychiatrie, les stages n'étant pas un passage obligatoire et la formation théorique étant très limitée sur les pathologies du champ des psychoses

III-A-4-c : Des moyens à mettre en œuvre

Il y a, à l'heure actuelle, une inadéquation entre le temps et l'accompagnement que requiert les patients psychiatriques, et :

- En médecine générale de ville, la rémunération d'une consultation non coté spécifiquement, et les contraintes organisationnelles, qui pose la question de la pertinence du salariat dans ce domaine

- À l'hôpital, les effectifs médicaux (ETP en somatique) et paramédicaux

- Au CMP, les effectifs de psychiatres et d'infirmiers de secteur (délais de plusieurs mois voire année pour prendre un nouveau patient, impossibilité d'accompagner les patients par manque de personnel)

-La démographie médicale (s'il est difficile pour tout le monde de trouver un médecin, ça l'est encore plus pour un patient psychiatrique).

III-A-4-d : Affinités

Reste de tout cela une limite sur laquelle il est plus difficile d'agir : la sensibilité personnelle du médecin vis-à-vis de la pathologie mentale.

Peur, rejet, ou simplement désintérêt, l'un des attraits de la médecine générale est d'avoir au fil du temps une patientèle qui ressemble au médecin. Or si le médecin n'aime pas la psychiatrie, il est probable que, même sans aller jusqu'à rejeter un patient, il n'investisse pas celui-ci autant qu'il le serait nécessaire.

Seuls les stages en psychiatrie peuvent faire céder certaines appréhensions, voire, s'ils ont lieu pendant l'externat, susciter un intérêt là où il n'y en avait pas.

III-A-5 : Des solutions

-Augmenter la démographie médicale : Bien sûr cela implique notamment de repeupler les zones sous-médicalisées. Une étude réalisée en Ecosse(56) comparant l'évolution des patients dépressifs suivi par des médecins généralistes en zone sous-médicalisée et dans les zones bénéficiant de plus de généralistes montre clairement une différence en faveur des médecins qui, moins surchargés, sont plus disponibles lors de ces consultations.

Sujet vaste, puisqu'il va sans dire que ces zones représentent soit des quartiers dangereux, soit des zones rurales qui manquent souvent d'autres services que le médical. Les médecins étant aussi des humains n'ont pas forcément plus envie d'y aller que leurs congénères. Ce sujet fait l'objet d'autres travaux, mais les leviers se situent à

la fois sur l'augmentation du nombre d'étudiants, et à la fois au niveau des mesures incitatives. Je préfère ne pas évoquer plus avant les mesures coercitives qui viennent infantiliser et contraindre des «jeunes diplômés» de presque trente ans, potentiellement parents ou aspirant à le devenir et qui ne peuvent abandonner conjoint, enfant, amis, et logement pour aller là où on le leur demande.

-Rémunérer le temps passé : la plupart des médecins étaient d'accord sur l'idée d'une cotation spécifique en médecine générale pour le suivi du patient psychiatrique : soit sous forme de ROSP comme pour les pathologies chroniques, soit sous forme de tarification comme pour la pédiatrie, soit pour une consultation annuelle ou bisannuelle payée le double ou le triple d'une consultation normale. Plus rarement, l'idée de salarier la médecine générale a été évoquée. À la croisée entre ces deux idées, il y a les vacations de médecins généralistes en CMP, ou les centres de santé type handiconsult.

-Recruter sur le secteur de psychiatrie, afin de faciliter les échanges avec la médecine générale, d'avoir des délais de rendez-vous plus courts, de pouvoir accompagner les patients dans leurs soins

-Encourager voire systématiser la communication entre le médecin généraliste et le secteur de psychiatrie (CMP ou hôpital). Cela passe par l'obligation de renseigner un médecin traitant dans le dossier psychiatrique et d'avoir un premier contact, téléphonique par exemple, afin de s'assurer qu'il suit effectivement le patient. Ce pour dépister les patients n'en ayant pas et pouvoir les aider dans ce sens. Ensuite, la systématisation des courriers. Enfin, faciliter l'accès pour le généraliste à un interlocuteur du secteur en cas de difficulté.

-Création de dispositifs intermédiaires et novateurs tels que CoReSo Somapsy

-**Création de centre de santé** pluridisciplinaires et pluriprofessionnels qui facilitent l'accès aux soins en regroupant géographiquement les rendez-vous, et où l'on pourrait imaginer l'existence d'un poste de coordonnateur qui pourrait fixer tous les rendez-vous d'un patient le même jour.

-**Former les généralistes**, soit pendant leurs études avec des stages, des journées SASPAS ou des FMC, soit plus tard au moyen de formations libres.

III-B : RETOUR SUR LES HYPOTHESES INITIALES

Mes hypothèses initiales portaient sur, d'une part, l'élaboration de la relation entre le médecin et le patient atteint de pathologie mentale sévère et sur le temps nécessaire à la construction de cette relation et à l'acceptation des soins. D'autre part, sur l'idée que la psychiatrie ne s'apprend pas dans les livres, et que le rapport à l'autre en psychiatrie relève d'un apprentissage empirique. Que cet apprentissage par l'expérience est un préalable nécessaire pour faciliter la relation et que c'est là un levier sur lequel appuyer pour améliorer la prise en charge des patients psychiatriques en médecine générale.

Ce travail a permis de voir qu'il y avait une coïncidence entre ces hypothèses et les réponses données par la grande majorité des médecins interrogés.

Le temps, et derrière lui la question de l'organisation des soins, de la rémunération et des effectifs médicaux, a été abordé dans tous les entretiens.

La formation pratique était elle aussi un sujet récurrent, tant sur l'impact qu'un stage avait eu sur la pratique des médecins en ayant fait un durant leur internat ou leur externat, que sur la nécessité pour les médecins généralistes de ville d'être formés à la psychiatrie, préférentiellement en amont.

Certes, il serait tentant d'exporter toutes les notions abordées en terme de savoir-faire et de savoir-être des somaticiens à la médecine générale de ville, mais cette dernière a ses propres contraintes. Isolement, contrainte de rentabilité, une salle d'attente à gérer. Les solutions aux problèmes de temps et d'argent ont été évoquées.

Mais la question de la formation l'a été tout autant, et celle-ci se situe à une échelle plus accessible de nous, étudiants et médecins. Et plus particulièrement la question des stages.

J'aimerais donc finir cette dernière partie par un plaidoyer pour le stage de soins somatique en psychiatrie au cours de la formation des futurs médecins généralistes. Soigner les patients psychiatrique requiert une formation particulière et ce travail m'a déjà donné des éléments pour caractériser cette formation et les éléments qu'elle devrait apporter.

L'intérêt d'un tel stage pour aborder la pathologie mental paraît assez évident. Il s'agit d'apprendre le « savoir-être », par l'expérience et le compagnonnage. Il s'agit aussi d'acquérir des connaissances de base sur la pathologie mentale, et d'apprendre les spécificités somatiques des patients psychiatriques. Il s'agit, et c'est peut-être le plus important, de faire tomber les préjugés et appréhensions sur la question. Car la pathologie mentale reste un motif de consultation fréquent en médecine générale.

Je voudrais m'attarder maintenant sur l'intérêt de ce stage pour la médecine générale. Finalement, ce qui fait la relation médecin-malade dans le cadre de la médecine générale, ou somatique, auprès des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévère, trouve une continuité avec les grands principes de la relation d'un médecin avec son patient, quel qu'il soit, tels qu'enseignés de nos jours avec en son centre le principe d'approche centrée sur le patient.

Le temps, l'adaptation au patient, à ses valeurs, la nécessité d'être disponible pour l'autre, celle de se protéger, la subtile nuance entre sympathie, empathie,

et compassion... Sont les idées que nous assimilons au cours de notre formation, de notre pratique et de nos rencontres.

La médecine générale en psychiatrie est en quelque sorte l'épreuve du feu de ces principes, car on ne peut pas tricher en se reposant sur une gestuelle acquise, mécanique, systématique, bien rodée, presque automatisée. Ouvrez la bouche, faites « Ah », respirez fort par la bouche, TDR positif, amoxicilline 6 jours, carte vitale, 25 euros... C'est un service minimum que l'on peut assurer même en étant fatigué, même en étant déprimé, même en étant indifférent. Certes, cette mécanique affecte la qualité de la relation et des soins, mais le service rendu peut convenir à certains patients.

En revanche, il n'y a point d'automatismes qui tiennent face à nos patients psychotiques, qui malgré leur apparente impassibilité peuvent se montrer parfois très perceptifs et déstabilisants.

Le stage en milieu psychiatrique nous apprend un savoir-être, une introspection nécessaire au soin, la recherche de la bonne distance, de l'empathie sans compassion, de la protection de soi-même sans indifférence. Il nous forme aux notions de transfert, contre-transfert. Il nous rend adaptables.

Je propose donc ici un prototype de **grille de compétences** et objectifs d'un stage de soins somatiques en psychiatrie :

- Connaissances de base sur les traitements psychotropes et leurs effets indésirables
- Apprentissage du suivi cardio-métabolique recommandé du patient sous neuroleptiques
- Apprentissage des spécificités somatiques avec une vigilance particulière : examen clinique systématique, recourt aux examens complémentaires, pour palier la discrétion ou l'excès des symptômes
- Adapter la prise en charge à ce que le patient est en mesure d'accepter
- Aborder le malade psychiatrie : comprendre, écouter, prendre le temps, afin d'acquiescer une posture et un contact naturel qui facilite la relation

- Analyse socio écologique du milieu et des dimensions du patients
- Compréhension du secteur et de l'organisation des soins psychiatriques
- Travail en équipe et coordination avec le réseau de soin en vue d'une cohérence dans le parcours du patient

Voici pour finir quelques paroles de somaticiens sur le sujet :

Dr P: « Avec toujours cet attrait pour la prise en charge globale, et aussi -et c'est peut-être ça qui est intéressant- c'est une médecine générale qui est un peu complexe, qui fait appel à des connaissances théoriques, et on se doit de prendre en charge les patients psychiatriques à la hauteur des patients qui ne le sont pas, ce qui demande beaucoup d'adaptation, et des techniques de contournement, d'ajustement, qui rendent la prise en charge à la fois un peu technique, et aussi innovante pour certains patients, il faut s'adapter, il faut faire avec, et les prises en charges sont toutes différentes. Alors c'est tout le temps valable en médecine hein, les prises en charges sont toujours singulières, mais quand il n'y a pas l'écueil de la psychiatrie ça peut se rapprocher.

Là, notre objectif, c'est de toujours être au plus proche de l'idéal de prise en charge en faisant avec les symptômes psychiatriques, et ça demande de l'inventivité et de la persévérance et ça, ça me plaisait bien. »

« Donc c'est comme en médecine générale finalement, on est obligé de composer avec le fait qu'on a une affinité plus ou moins grande avec les patients. »

« C'est ça, il y a des patients qu'on aime bien, et d'autres qu'on aime moins bien, et ceux qu'on aime moins bien, ce n'est pas forcément parce qu'il y a des choses très évidentes, mais oui ça je pense que ça n'est pas différent d'une patientèle normale. »

Dr T: « après je trouve, et c'est ça que j'aime bien dans mon travail ici, c'est que ça reste un travail hospitalier mais en fait ça reste de la médecine générale

un peu comme on peut faire en ville puisque contrairement à des services de somatique où on impose quand même beaucoup les choses aux gens, où de toutes façons ils sont là, ils sont compliants, ils prennent les traitements qu'on leur donne et on ne cherche pas à avoir une alliance ou quoi que ce soit, je trouve qu'en médecine de ville on est obligé de rechercher ça puisque de toutes façons après on n'est pas derrière les patients. Donc on est obligé de travailler avec eux, de faire des compromis, etc. Et je trouve qu'en service de psychiatrie c'est exactement le cas aussi, puisque du coup on peut, enfin voilà, ils sont souvent là sous contrainte mais pour la psy, moi je ne peux rien leur imposer sur le plan somatique, donc on essaie de travailler les soins je trouve de la même manière que si on était en libéral finalement. »

Dr K: « Je n'ai jamais pu accéder au stage de médecine générale en milieu psy, alors que ça m'aurait bien plus intéressée que de faire six mois de pneumo à ne voir que des BPCO et des néo pulmonaires, et les effets secondaires du carbotaxol... je trouve qu'on devrait avoir plus de stage en médecine générale dans un hôpital psy, parce que c'est ce qui se rapproche le plus de ce qu'on fera en ville aussi, par rapport à des stages plus spécialisés. »

« Je trouve ça passionnant. Parce que je trouve que c'est de la médecine générale, mais portée chez le patient plus fragile. »

Dr U : « C'est un métier passionnant, à bien des égards. C'est un des rares métiers encore en médecine générale hospitalière où l'on peut vraiment avoir le temps de voir les patients sous un angle un peu global, avec une prise en charge psy, somatique, sociale, préventive, avec parfois un rapport de confiance qui se tisse sur des mois et des années... donc c'est très intéressant. »

III-C : LIMITES DE CE TRAVAIL

III-C-1 : Limites

Ce travail est régi à la fois par la subjectivité de l'auteure et celle des médecins interrogés. De par sa nature qualitative elle ne constitue pas une démonstration mais le repérage de grandes idées et de perspectives. L'utilisation d'un logiciel adéquat a pour but de corriger au maximum la subjectivité de l'auteure, tandis que le nombre des entretiens, qui permet d'atteindre une saturation des données, vise à corriger celle des médecins interrogés.

Les questions de l'entretien semi-dirigé prêtaient parfois à confusion dans leur imprécision. Certaines comme la question des spécificités (Q.2) pouvaient être interprétées de manière très pragmatique (spécificités somatiques, hospitalières) ou au contraire très abstraite (relationnel, vécu). Cette faiblesse était cependant intéressante pour évaluer les différentes conceptions et les schémas de pensée des médecins arrivant en psychiatrie, mettant en lumière une vraie diversité.

Cette étude est réalisée en Auvergne-Rhône-Alpes et n'inclut pas tous les hôpitaux psychiatriques de cette région, et notamment pas les cliniques privées. Elle est cependant multicentrique, mixte, incluant des médecins de différents âges et différents parcours, dans les limites de leur nombre qui est de vingt et un.

III-C-2 : Déclaration des conflits d'intérêt

L'auteure est la sœur de Victor Ferry, docteur en rhétorique.

Elle est également une ancienne interne du Centre Hospitalier Le Vinatier, qui a eu le meilleur taux de recrutement pour ce travail.

III-D : OUVERTURES

Cette thèse soulève des questions et des perspectives de recherches qui pourraient faire l'objet de travaux pour la suite :

- Étudier l'apport d'un stage de médecine somatique en psychiatrie a posteriori chez des internes de médecine générale ou des jeunes généralistes
- Travail sur l'apport des MSP pour apporter une cohérence au parcours de soin des patients psychiatriques
- Evaluer les besoins des étudiants en médecine sur des formations dévolues au champ du savoir-être (communication, relation transférentielle). Puis évaluer l'impact de ses formations.
- Etude sur l'ACP en psychiatrie

CONCLUSION

« -Qu'est-ce que signifie " apprivoiser " ?

- C'est une chose trop oubliée, dit le renard. Ça signifie " créer des liens... "

- Créer des liens ?

- Bien sûr, dit le renard. Tu n'es encore pour moi , qu'un petit garçon tout semblable à cent mille petits garçons. Et je n'ai pas besoin de toi. Et tu n'as pas besoin de moi non plus. Je ne suis pour toi qu'un renard semblable à cent mille renards. Mais, si tu m'apprivoises, nous aurons besoin l'un de l'autre. Tu seras pour moi unique au monde. Je serai pour toi unique au monde... »

Antoine de Saint-Exupéry

La relation médecin-malade est éprouvée par la psychose. J'ai évolué en parallèle dans la médecine générale de ville et dans l'univers de la psychiatrie. Mes apprentissages et mes réflexions ont été alimentées par les diverses formations de la faculté, des congrès et des hôpitaux, et passé au prisme des notions théorisées par le département de médecine générale. Les groupes d'échanges des pratiques m'ont encouragée à intellectualiser et mettre à l'écrit les questions et les idées qui me parcourent dans l'exercice de la médecine.

De cette évolution croisée, je garde l'intime conviction que la psychose est en somme l'épreuve du feu de l'approche centrée sur le patient. Elle vient repousser les limites de ce que nous avons compris mais pas forcément assimilé. Patience, empathie, compréhension. L'importance de ne pas prendre personnellement les émanations brutes du ressenti des patients. Le devoir de se décentrer, de tenir compte de la volonté du patient, de son agenda, de ses préférences, de ses croyances, qui dans ce cas précis repoussent les limites de l'entendement. Car si nous acceptons d'assouplir les protocoles, d'ajuster les soins, voire le refus de ceux-là, pour certaines convictions

religieuses, pour certaines traditions, nous devons l'accepter pour certaines des convictions jugées irrationnelles de nos patients psychotiques qui persistent même à l'état d'équilibre. Le travail d'adaptation qui consiste à s'ajuster à ces croyances tout en cherchant à tendre vers une prise en charge idéale au vu des recommandations requiert ici beaucoup de finesse et de patience pour ne pas céder à la violence d'imposer à des patients qui n'ont pas toujours l'énergie de refuser.

L'approche centrée sur le patient nous est représentée comme une fleur, et cette fleur n'est autre pour moi que celle du Petit Prince, une fleur qui apprivoise.

« - S'il te plaît... apprivoise-moi ! dit-il.

- Je veux bien, répondit le petit prince, mais je n'ai pas beaucoup de temps. J'ai des amis à découvrir et beaucoup de choses à connaître.

- On ne connaît que les choses que l'on apprivoise, dit le renard. Les hommes n'ont plus le temps de rien connaître. Ils achètent des choses toutes faites chez les marchands. Mais comme il n'existe point de marchands d'amis, les hommes n'ont plus d'amis. Si tu veux un ami, apprivoise-moi !

- Que faut-il faire ? dit le petit prince.

- Il faut être très patient, répondit le renard. Tu t'assoiras d'abord un peu loin de moi, comme ça, dans l'herbe. Je te regarderai du coin de l'oeil et tu ne diras rien. Le langage est source de malentendus. Mais, chaque jour, tu pourras t'asseoir un peu plus près... »

Antoine de Saint-Exupéry

Patient, c'est un mot intéressant. À la question des spécificités du soin somatique en santé mentale, on m'a souvent répondu: « il faut être patient ». Nos patients psychotiques, par le temps qu'exige cette relation, font de nous des gens patients.

En dépit de la peur et de l'incompréhension qu'ils suscitent parfois, l'expérience montre qu'ils sont eux-même parfois bien plus patients que les autres.

« *Le lendemain revint le petit prince.*

· *Il eût mieux valu revenir à la même heure, dit le renard. Si tu viens, par exemple, à quatre heures de l'après-midi, dès trois heures je commencerai d'être heureux. Plus l'heure avancera, plus je me sentirai heureux. À quatre heures, déjà, je m'agiterai et m'inquiéterai; je découvrirai le prix du bonheur! Mais si tu viens n'importe quand, je ne saurai jamais à quelle heure m'habiller le coeur... Il faut des rites.*

- *Qu'est-ce qu'un rite ? dit le petit prince.*

- *C'est aussi quelque chose de trop oublié, dit le renard. C'est ce qui fait qu'un jour est différent des autres jours, une heure, des autres heures. »*

Antoine de Saint-Exupéry

Complexes, bizarres, ils nous surprennent de bien des façons²⁴. Effet du temps que nous leur consacrons, ou de cette reconnaissance démesurée qu'ils nous témoignent parfois, ou encore de l'empathie surprenante qu'ils nous témoignent aux moments les plus inattendus, nous, médecins généralistes exerçant auprès d'eux, sommes bien souvent émus et touchés par eux plus profondément que par d'autres patients. La psychiatrie touche à l'intime, à la fois dans ce que les patients ont de vulnérable ou de fou, et dans ce qu'elle éveille chez nous d'inquiétant, de refoulé. Les patients psychiatriques nous amènent à revoir nos méthodes de communication, à palier l'insuffisance du langage ou les pièges d'une sémiologie altérée par des esprits coupés de leur corps par des mécanismes intuitifs, instinctuels, parfois archaïques.

C'est pour moi cette complexité immense qui rend cette médecine si passionnante.

²⁴ Voir Annexe 7 – Externat – Psychiatrie

Il est pour moi essentiel de valoriser le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients psychiatriques sévères, de rendre ainsi à la médecine générale tout son sens. Le décloisonnement, la prise en charge globale, le lien entre toutes les spécialités, entre le corps et l'esprit, c'est à mon sens toute la spécificité de cette médecine « générale » et ce qui la classe au rang des spécialités où il reste impossible à l'intelligence artificielle de remplacer l'humain.

J'ai consacré beaucoup de temps et d'énergie, quoique non sans plaisir, à ce travail de thèse avec lequel j'ai noué une relation particulière, à l'instar du sujet dont il traite. S'il remplit sa fonction primaire, à savoir l'acquisition pour moi du doctorat, j'aurais à réciter le fameux serment d'Hippocrate. J'ai beaucoup lu et réfléchi à ce serment, sous sa forme actuelle et sa forme originale. J'ai tenté de lier chaque phrase et la problématique dont elle traite au moment exact de mon parcours où j'y ai été confrontée pour la toute première fois. Et finalement, si j'ai pu effectivement trouver du sens à chaque ligne, ce serment reste pour moi une adaptation à la médecine de celui qui nous lie au reste du monde vivant. Un serment que j'ai appris en terminale mais dont le fond m'avait déjà été enseigné depuis ma plus tendre enfance : *« Agis comme si la maxime de ton action devait être érigée par ta volonté en loi universelle de la nature »*. L'impératif catégorique, d'Emmanuel Kant. Aussi le respect de ce serment d'Hippocrate représente pour moi le moyen de respecter, à travers la médecine, mon engagement plus profond et plus ancien envers les hommes et envers la vie.

Une telle médecine, belle dans son humanité, exige avant tout du temps.

« On ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux. »

Antoine de Saint-Exupéry

BIBLIOGRAPHIE

1. Tilman M-N. Transfert et médecine générale. :12.
2. Chottin A, Zaoui P. Le psychotique et le psychanalyste. *Vacarme*. Association Vacarme; 2013;N° 62(1):206-27.
3. Lakhdari S. Hypnose, hystérie, extase : de Charcot à Freud. *Savoirs Clin*. 2007;8(1):201.
4. Kirkpatrick B, Miller B, García-Rizo C, Fernandez-Egea E. Schizophrenia: A Systemic Disorder. 2015;13.
5. Masi FD, Davalli C, Giustino G. Hallucinations in the psychotic state: Psychoanalysis and the neurosciences compared. *Int J Psychoanal*. 2014;26.
6. Lézé S. Mort de la clinique ou épuisement d'un modèle du soin en psychiatrie ? Journée du Pôle Ouest : "Soigner en 2017. Quelle folie", CHU Le Vinatier, Bron, 6 décembre 2017. [cité le 5 sept 2020]; Disponible: https://www.academia.edu/35285414/Mort_de_la_clinique_ou_%C3%A9puisement_dun_mod%C3%A8le_du_soin_en_psychiatrie_Journ%C3%A9e_du_P%C3%B4le_Ouest_Soigner_en_2017_Quelle_folie_CHU_Le_Vinatier_Bron_6_d%C3%A9cembre_2017
7. ROGER-VERMOND A. ÉTAT DE SANTE SOMATIQUE DE PATIENTS SOUFFRANT DE PATHOLOGIE MENTALE SEVERE SUIVIS EN PSYCHIATRIE PUBLIQUE AMBULATOIRE. Lyon; 2019.
8. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. déc 2011;199(6):441-2.
9. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. déc 2011;199(6):453-8.
10. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. *L'Encéphale* [En ligne]. sept 2009;(35(4):330-9). Disponible: <file:///Users/margotferry/Downloads/main.pdf>
11. EM-Consulte (Elsevier Masson) [En ligne]. Saravane D. Observance et prise en charge somatique des patients en santé mentale; [cité le 4 sept 2020]. Disponible: <https://www.em-consulte.com/article/151013/observance-et-prise-en-charge-somatique-des-patien>
12. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Label de la HAS - Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique; [cité le 4 sept 2020]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059048/fr/label-de-la-has-comment-ameliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique
13. Casadebaig F, Philippe A, Lecomte T, Gausset MF, Quemada N, Guillaud-Bataille JM, et al. Etat somatique et accès aux soins de patients schizophrènes en secteurs de psychiatrie générale. *Inf Psychiatr*. 1995;71(3):267-71.
14. [En ligne]. SPF. Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013; [cité le 4 sept 2020]. Disponible: </notices/mortalite-des-personnes-souffrant-de-troubles-mentaux.-analyse-en-causes-multiples-des-certificats-de-deces-en-france-2000-2013>
15. Dr W. Yekhlief (EPS Ville-Évrard) et S. Peron (CH Laborit à Poitiers). Enquête Psy-Soma 2018. *Santé Ment*. mai 2019;(238).
16. Nankivell J, Platania-Phung C, Happell B, Scott D. Access to physical health care for people with serious mental illness: A nursing perspective and a human rights perspective-common ground. *Issues Ment Health Nurs*. 2013;34(6):442-50.
17. Wheeler A, McKenna B, Madell D. Access to general health care services by a New Zealand population with serious mental illness. *J Prim Health Care*. 1 mars 2014;6(1):7-16.
18. Scheifer C, Georgin-Lavialle S, Dzierzynski N, Mattioni S, Bachmeyer C, Garandeau E, et al. Intrication des problèmes psychiatriques et somatiques en médecine d'aval des urgences : étude transversale de 104 séjours. *Rev Médecine Interne*. juin 2016;37:A81-2.

19. Levinson Miller C, Druss BG, Dombrowski EA, Rosenheck RA. Barriers to primary medical care among patients at a community mental health center. *Psychiatr Serv Wash DC*. août 2003;54(8):1158-60.
20. Jang J, Futeran S, Large M, Curtis J. An audit of general practitioner involvement in public community mental health care: *Australas Psychiatry* [En ligne]. SAGE PublicationsSage UK: London, England; 2 juill 2015 [cité le 4 sept 2020]; Disponible: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1039856215592479>
21. Montariol P, Guillard M, Bollengier O, Escaffre-Groussard N, Hallouche N, Petittedemange M, et al. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? *Inf Psychiatr*. 2006;Volume 82(10):793-800.
22. Norton J, Roquefeuil G de, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. */data/revues/00137006/v35i6/S0013700608002674/* [En ligne]. 8 déc 2009 [cité le 4 nov 2019]; Disponible: <https://www.em-consulte.com/en/article/236547>
23. [En ligne]. COLLABORATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET PSYCHIATRES; [cité le 4 sept 2020]. Disponible: <http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/restAPI/preview/default/db16c83d-61a0-40be-9b0b-a654c29421b0/default/>
24. Chloé BOUGEROL', Cyrille ORSET', Rodolphe CHARLES?', Catherine MASSOUBRE. Prise en charge ambulatoire des soins somatiques chez les patients psychotiques: point de vue de médecins généralistes.
25. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*. 31 juill 2007;7(1):188.
26. Hetlevik Ø, Solheim M, Gjesdal S. Use of GP services by patients with schizophrenia: a national cross-sectional register-based study. *BMC Health Serv Res*. 18 févr 2015;15:66.
27. Fablet A. Regards de patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères sur la place du médecin généraliste dans leur prise en charge somatique. Rennes : Renne 1; 2016.
28. Farrer LM, Walker J, Harrison C, Banfield M. Primary care access for mental illness in Australia: Patterns of access to general practice from 2006 to 2016. *PloS One*. 2018;13(6):e0198400.
29. Catherine P-H. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes: une enquête qualitative. 2012;104.
30. HARDY-BAYLE (M.C.), HARDY-BAYLE (M.C.), REBOUL (G.), MILLERET (G.), al et. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? *Quelle Coop Entre Médecins Généralistes Sect Psychiatr*. 2011;
31. Van W, Richter C, Müller METM, Verwey B. The medical-psychiatric unit: Added value for patients, physicians and hospitals. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2004;148(5):209-11.
32. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*. févr 2017;16(1):30-40.
33. [En ligne]. Balint Michael, Le médecin, son malade et la maladie. - Persée; [cité le 4 sept 2020]. Disponible: https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1961_num_2_1_6824
34. Cohen-Léon S. Groupe Balint. Approche Balint: Fonction Balint. Évolution d'une pratique et d'un concept. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe*. 2008;50(1):141.
35. Le développement de la personne [En ligne]. 2020 [cité le 4 sept 2020]. Disponible: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/developpement-personne-0>
36. Ford S. Patient-centered Medicine, Transforming the Clinical Method (2nd edition). *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. juin 2004;7(2):181-2.
37. Canguilhem G. Le normal et le pathologique [En ligne]. Presses Universitaires de France; 2013 [cité le 4 sept 2020]. Disponible: <https://www.cairn.info/le-normal-et-le-pathologique--9782130619505.htm>
38. Baarts C, Tulinius C, Reventlow S. Reflexivity--a strategy for a patient-centred approach in general practice. *Fam Pract*. oct 2000;17(5):430-4.

39. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. mars 1989;27(3 Suppl):S110-127.
40. Dedianne M-C. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale: application de la méthode par focus groups. :129.
41. MOREAU (A.), MOREAU (A.), CAROL (L.), DEDIANNE (M.C.), DUPRAZ (C.), PERDRIX (C.), et al. What perceptions do patients have of decision making (DM) ? toward an integrative patient-centered care model : a qualitative study using focus-group interviews. *What Percept Patients Have Decis Mak DM Integr Patient-Centered Care Model Qual Study Using Focus-Group Interviews*. Amsterdam : Elsevier; 2012;
42. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 30 nov 1991;303(6814):1385-7.
43. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé.
44. Tate Peter. Soigner (aussi) sa communication. p 225. Ed de boeck Bruxelles. 2005.
45. Communication médicale - Guy Llorca [En ligne]. [cité le 4 sept 2020]. Disponible: <https://www.decite.fr/livres/communication-medicale-9782729894849.html>
46. Chambon O, Marie Cardine M. Les bases de la psychothérapie. Dunod Paris. 1999.
47. [En ligne]. psychologie médicale de ph jeammet m reynaud s consoli - AbeBooks; [cité le 4 sept 2020]. Disponible: <https://www.abebooks.fr/rechercher-livre/titre/psychologie-m%E9dicale/auteur/ph-jeammet-m-reynaud-s-consoli/>
48. ResearchGate [En ligne]. (PDF) Efficacité thérapeutique de “l’effet médecin” en soins primaires; [cité le 4 sept 2020]. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/246223947_Efficacite_therapeutique_de_l'effet_medecin_en_soins_primaires
49. momox-shop [En ligne]. Les Thérapies comportementales et cognitives (Medecine et Psy) de Jean Cottraux; [cité le 4 sept 2020]. Disponible: <https://www.momox-shop.fr/jean-cottraux-les-therapies-comportementales-et-cognitives-medecine-et-psy-taschenbuch-M02225822220.html>
50. Poitras M-E, Maltais M-E, Bestard-Denommé L, Stewart M, Fortin M. What are the effective elements in patient-centered and multimorbidity care? A scoping review. *BMC Health Serv Res*. 14 2018;18(1):446.
51. Kim SK, Park M. Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*. 2017;12:381-97.
52. Bogerd MJL, Slottje P, Schellevis FG, Giebels A, Rijken M, van Hout HPJ, et al. From protocolized to person-centered chronic care in general practice: study protocol of an action-based research project (COPILOT). *Prim Health Care Res Dev*. 24 2019;20:e134.
53. Bowman MA, Neale AV. Investigating patient-centered care. *J Am Board Fam Med JABFM*. avr 2014;27(2):169-71.
54. Mosshammer D, Gröber-Grätz D, Bölter R, Joos S. [GP (general practitioners)-centered care - international data and recent development in Germany with focus on Baden-Württemberg]. *Gesundheitswesen Bundesverb Ärzte Öffentlichen Gesundheitsdienstes Ger*. déc 2009;71(12):832-8.
55. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 1982. oct 2000;51(7):1087-110.
56. Jani B, Bikker AP, Higgins M, Fitzpatrick B, Little P, Watt GCM, et al. Patient centredness and the outcome of primary care consultations with patients with depression in areas of high and low socioeconomic deprivation. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. août 2012;62(601):e576-581.
57. CCOMS [En ligne]. Santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG); [cité le 5 sept 2020]. Disponible: <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=content/sant%C3%A9-mentale-en-population-g%C3%A9n%C3%A9rale%C2%A0-images-et-r%C3%A9alit%C3%A9s-smpg>
58. The Lancet Psychiatry. Primary process: why psychiatry and general practice should collaborate. *Lancet Psychiatry*. févr 2016;3(2):91.
59. Oud MJ, Schuling J, Slooff CJ, Jong BM. How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patients? *BMC Fam Pract*. 28 juin 2007;8:37.
60. « Le contrat de défiance », Michela Marzano [En ligne]. 2020 [cité le 6 sept 2020].

Disponible: <https://www.grasset.fr/livres/le-contrat-de-defiance-9782246758518>

61. Babelio [En ligne]. 1984 - George Orwell; [cité le 6 sept 2020]. Disponible: <https://www.babelio.com/livres/Orwell-1984/2961>

62. La folie protège-t-elle de la maladie? Paris : Presses universitaires de France; 2005.

63. Coppens M, Barraine P, Barais M, Nabbe P, Berkhout C, Stolper E. L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». 2010;22:5.

64. [En ligne]. Developing a service to monitor and improve physical health in people with serious mental illness. - PubMed - NCBI; [cité le 7 févr 2018]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/gate2.inist.fr/pubmed/16164514>

65. Tobin M, Hickie IB, Urbanc A. Increasing general practitioner skills with patients with serious mental illness. Aust Health Rev. 1997;20(3):55.

66. Gaughran F, Stahl D, Ismail K, Atakan Z, Lally J, Gardner-Sood P, et al. Improving physical health and reducing substance use in psychosis--randomised control trial (IMPACT RCT): study protocol for a cluster randomised controlled trial. BMC Psychiatry. 16 oct 2013;13:263.

67. Björk Brämberg E, Torgerson J, Norman Kjellström A, Welin P, Rusner M. Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. BMC Fam Pract. 09 2018;19(1):12.

68. Ross LE, Vigod S, Wishart J, Waese M, Spence JD, Oliver J, et al. Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study. BMC Fam Pract. 13 oct 2015;16:135.

ANNEXE 1: Images

Image 1: Mindmap du CUMG de l'approche centrée patient

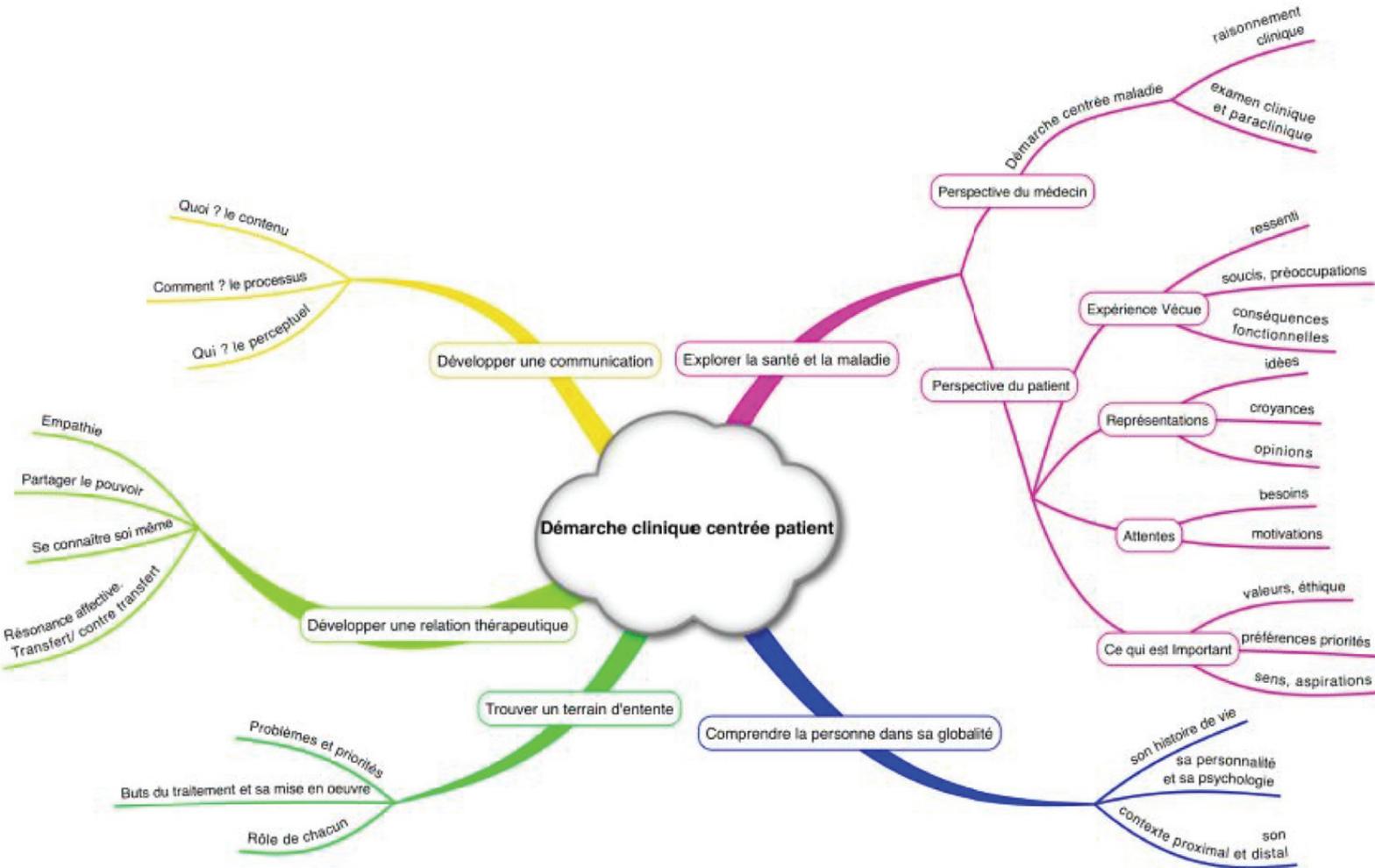


Image 2: Mindmap personnelle de la relation médecin-malade en psychiatrie

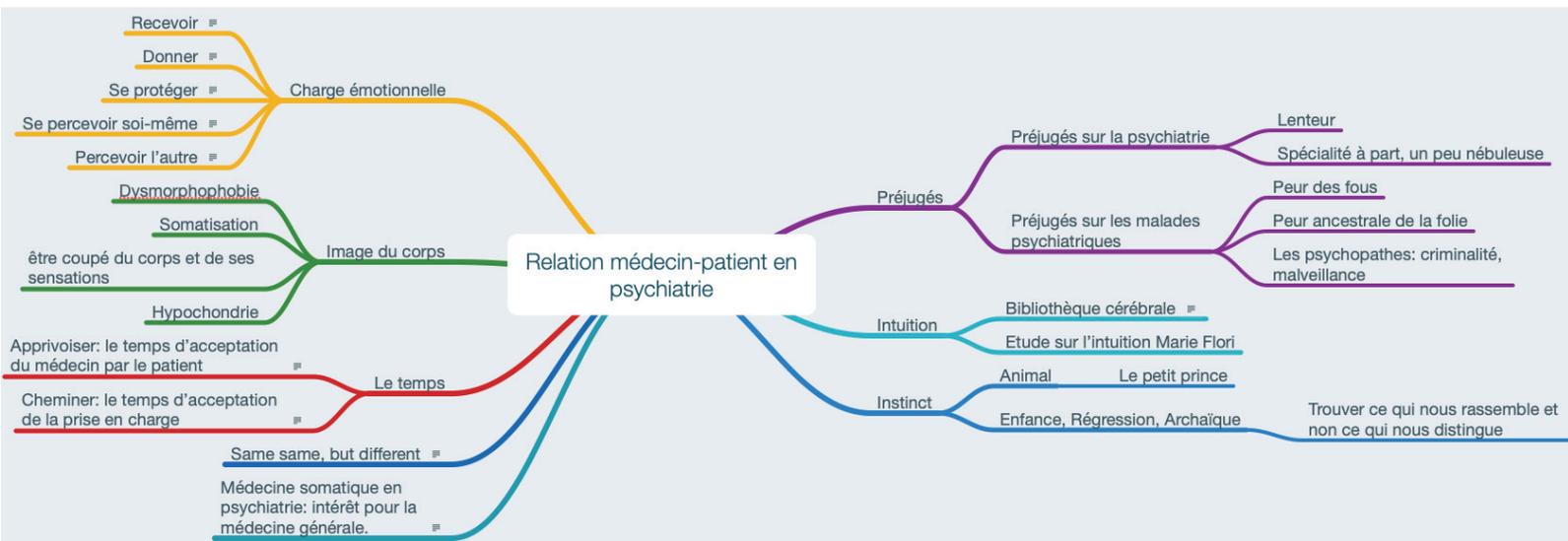


Image 3: Mindmap fusionnant l'ACP et la problématique psychiatrique



Image 4: Nuage de mot



Image 5: Palais idéal du Facteur Cheval :



« Amis de la nature Mais de naissance obscure Ce qui rend souvent la vie dure Je l'ai subi sans murmure »

ANNEXE 2 : Tableaux synthétiques

Tableau 1: Caractéristiques des médecins interrogés

Médecins interrogés	Expérience antérieure autre en post internat	Mode d'exercice	Formation spécifique	Âge patientèle
Entretien Dr A	Cabinet de groupe en ville	Mixte consultation hospitalière et médecine de ville	DU gynécologie	Adulte
Entretien Dr B	Non	Hospitalier dont quelques consultations externes	Non	Adulte/Gériatrie
Entretien Dr C	Médecine polyvalente et d'urgence hospitalières	Mixte	Médecine interne	Adulte/Gériatrie
Entretien Dr D	Urgences pédiatriques, pédiatrie hospitalière, SSR	Hospitalier pur	Assistanat de pédiatrie	Adulte/Gériatrie
Entretien Dr E	Remplacements en ville, médecine polyvalente, SSR	Hospitalier pur	Non	Adulte/Gériatrie
Entretien Dr F	Remplacements en ville	Hospitalier pur	Non	Adulte/Gériatrie
Entretien Dr G	Cabinet de groupe rural	Hospitalier pur	Attestation de pédiatrie préventive; DU de gynécologie	Adulte/Gériatrie
Entretien Dr H	Remplacements en ville	Hospitalier pur	Non	Adulte/Gériatrie
Entretien Dr I	Remplacements en ville	Hospitalier pur	Non	Adulte/Pédiatrie/Gériatrie
Entretien Dr J	Remplacements en ville	Hospitalier pur	Non	Adulte/Gériatrie (spécifiquement)
Entretien Dr K	Cabinet de groupe semi-rural	Hospitalier pur	DU pédiatrie	Adulte/Pédiatrie/Gériatrie
Entretien Dr L	SSR	Hospitalier pur	Non	Adulte/Gériatrie
Entretien Dr M	Remplacements en ville	Hospitalier pur	Non	Adulte/Pédiatrie/Gériatrie
Entretien Dr N	Cabinet de groupe semi-rural	Hospitalier pur	DU ANP3SM	Adulte/Gériatrie
Entretien Dr O	Non	Hospitalier pur	Non assigné	Adulte/Pédiatrie/Gériatrie
Entretien Dr P	Non	Hospitalier dont quelques consultations externes	Non	Adulte/Gériatrie
Entretien Dr Q	Cabinet de groupe semi-rural	Hospitalier pur	Non	Adulte/Gériatrie
Entretien Dr R	Remplacements en ville	Hospitalier pur	Non	Adulte/Pédiatrie/Gériatrie
Entretien Dr S	travail dans la brousse africaine puis en prison	70% hospitalier, 30% ambulatoire	Capacité de prise en charge de la douleur	Adulte/Pédiatrie > 8 ans
Entretien Dr T	Remplacements en ville	Hospitalier pur	Non	Adulte/Gériatrie
Entretien Dr U	Dispensaire, clinique privée, consultation privées, SSR, gériatrie	Hospitalier Hospitalier dont HDJ	Non	Adulte/Pédiatrie/Gériatrie

Médecins interrogés	Age	Sexe	Stage d'internat en psychiatrie	Stage d'externat en psychiatrie	Intéret préalable pour la psychiatrie	Département	Type d'établissement	Nombre d'années d'exercice en psychiatrie post internat
Entretien Dr A	33 F	Oui	Oui	Oui	Oui	Rhône	1-Public	4
Entretien Dr B	48 M	Oui	Oui	Oui	Oui	Rhône	1-Public	18
Entretien Dr C	47 F	Non	Non	Non	Non	Rhône	1-Public	12
Entretien Dr D	39 F	Non	Non	Non	Non	Rhône	1-Public	8
Entretien Dr E	43 M	Non	Non	Non	Non	Rhône	1-Public	4
Entretien Dr F	31 F	Oui	Non	Non	Non	Rhône	1-Public	2
Entretien Dr G	64 M	Non	Oui	Oui	Non	Ardèche	5-Semi-privé	6
Entretien Dr H	40 M	Oui	Oui	Non	Non	Rhône	1-Public	7
Entretien Dr I	36 F	Non	Non	Non	Non	Drôme	4-Public	2
Entretien Dr J	31 F	Non	Non	Non	Non	Rhône	1-Public	4
Entretien Dr K	37 F	Non	Non	Oui	Non assigné	Drôme	4-Public	4
Entretien Dr L	35 F	Non	Non	Non	Non	Ardèche	5-Semi-privé	2
Entretien Dr M	37 F	Oui	Oui	Oui	Non	Rhône	3-Public	8
Entretien Dr N	50 F	Non	Non	Oui	Non	Rhône	5-Semi-privé	2
Entretien Dr O	48 F	Oui	Oui	Non	Oui	Rhône	2-ESPIC	15
Entretien Dr P	48 F	Oui	Oui	Oui	Oui	Rhône	1-Public	21
Entretien Dr Q	70 M	Non	Non	Non	Non	Drôme	4-Public	8
Entretien Dr R	34 M	Oui	Oui	Non assigné	Non assigné	Drôme	4-Public	2
Entretien Dr S	58 M	Non assigné	Non assigné	Non assigné	Non	Rhône	1-Public	10
Entretien Dr T	35 F	Non	Non	Oui	Non assigné	Rhône	1-Public	7
Entretien Dr U	44 M	Oui	Non	Non	Non	Rhône	3-Public	17
Médecin ayant effectué un stage durant leurs études : 14								
Médiane :	41,5							
Moyenne :	43,23809524							7,761904762

Tableau 2 : Hôpitaux	Plateau technique	Spécialistes	MG « somaticiens »
Hôpital 1: public sectorisé	Labo 24/24 Radio/echo en journée	Dentiste Pédicure ORL Kinésithérapeutes Gynécologue APA Psychomotriciens Diététiciens Proche hôpitaux publics généraux	1 à 2 par pôle (chaque service de psychiatrie a son somaticien attitré) + 2 médecins en SSR + 2 médecins en médecine polyvalente
Hôpital 2: ESPIC sectorisé	Labo: extérieur Radio (téléradiologie en cours de mise en place) Echographe utilisé par cardio et gyneco	Dentiste + assistante dentaire (en cours de recherche) Cardiologue ORL Neurologue (clinique) Neurologue (EEG) qui les examine Endocrinologue Rhumatologue Pédicure Gynécologue Proche hôpitaux publics généraux	2 à temps plein; 2 à 80% et 2 à 50% Disponibles sur tout l'hôpital
Hôpital 3: public sectorisé	Radio Labo: envoyé à la clinique proche	Dentiste Neurologue Pédicure sur demande Kinésithérapeute sur demande Autres consultations spécialisées: hôpital publique et clinique proches	3 médecins généralistes, à 2,4 équivalent temps plein, qui se répartissent les 8 services en 3-3-2.
Hôpital 4: public sectorisé	Radio et labo: hôpital général de la ville voisine Prochainement echographe à disposition pour cardio et gyneco +/- généralistes	Soins dentaires Gynécologue Cardiologue (ECG) Cardiologue (clinique) Pneumologue (+dépistage SAOS)	CCM (centre de consultation médicale) auquel sont rattachés tous les médecins généralistes (4) Quelques affinités par service pour plus de continuité.
Hôpital 5: semi-privé sectorisé	Tout se fait à l'hôpital général proche	Toutes les consultations spécialisées se font à l'hôpital général proche	Service de médecine générale (5 médecins) appelés sur tous services

Tableau 3 : Etat des lieux

Médecin interrogé	1. Cheminement vers la psychiatrie	3. Comment expliquer le manque de suivi?	4. Appréhension des MG de ville?	5. Avez vous déjà eu peur d'un patient?	6. Préjugés sur la psychiatrie/les patients?
Dr A	Intérêt personnel Stages Autre pratique antérieure: médecine générale libérale	Manque de moyens et de personnel Manque de temps Réticence des médecins (investissement nécessaire) Réticence des patients (refus d'être interrogé, examiné, manque d'intérêt) Désorganisation des patients (ponctualité, errance)	Médecin dépendant: -Non pour les médecins de familles qui suivent depuis longtemps certains malades psychiatriques -Oui pour certains, qui essaient de ne pas entretenir le lien	Hôpital: jamais Libéral: 2 fois (patiente toxicomane-menaces; patient psychopathe-malaise)	Sur la psychiatrie: le temps long Sur les patients: frère ne pas connaître le passé criminel car rend la PEC plus complexe.
Dr B	Intérêt personnel Stages Autre pratique antérieure: non	Manque de moyens et de personnel Manque de temps Réticence des médecins (difficulté d'abord) Réticence des patients (fuyants) Désorganisation des patients (perception altérée de la réalité)	Plutôt oui mais pas tant par peur que par les difficultés rencontrées: -Pas un problème de savoir faire mais plutôt de savoir être -Problème logistique et de temps -Problème de communication -Quelques appréhensions pour certains.	Hôpital: 1 fois (patient pervers-malaise). +1 agression physique involontaire lors d'un épisode d'agitation. Se sent globalement en sécurité.	Sur la psychiatrie: non Sur les patients: -Frère ne pas connaître le passé criminel -toxicomanie et anorexie: le mythe de l'échec et le mythe de la réussite; supporter l'échec et ne pas développer d'agressivité.
Dr C	Intérêt personnel Opportunité Parcours en lien avec la vulnérabilité Attrait pour le salariat/le travail d'équipe Autre pratique antérieure: médecine interne/urgences	Manque de moyens et de personnel Réticence des médecins: de moins en moins Réticence des patients (confiance difficile) Désorganisation des patients (négligence du corps)	Plutôt non et de moins en moins avec la nouvelle génération.	Hôpital: 1 fois (patient psychotique criminel-malaise) Se sent globalement en sécurité.	Asymétrie et réciprocité de la relation médecin-malade en psychiatrie

Médecin interrogé	1. Cheminement vers la psychiatrie	3. Comment expliquer le manque de suivi?	4. Appréhension des MG de ville?	5. Avez-vous déjà eu peur d'un patient?	6. Préjugés sur la psychiatrie/les patients?
Dr D	Opportunité/Hasard Parcours en lien avec la vulnérabilité Attrait pour le salariat/le travail d'équipe Autre pratique antérieure: pédiatrie, SSR, dispensaire	Manque de moyens et de personnel Manque de temps Réticence des patients (examen clinique anxigène, confiance difficile à gagner, motivation limitée)	Médecin dépendant selon la souplesse de son timing de consultation et sa formation dans le domaine (Plus une question de temps, secondairement une question de formation)	À l'hôpital: 1 fois (patient agité mais pas de passage à l'acte). Se sent globalement en sécurité.	Préjugés sur la curabilité des patients. Légère appréhension sur la psychiatrie. Pas de préjugés sur le passé des patients.
Dr E	Opportunité/Hasard Autre pratique antérieure: SSR, médecine polyvalente hospitalière, médecine libérale	Manque de moyens et de personnel Précarité des patients Anosognosie Rôle ambigu du psychiatre	Plutôt oui mais médecin dépendant. Plutôt une question de temps et d'organisation, puis une question de peur et de manque de sensibilisation.	À l'hôpital: parfois, mais sécurité conférée par l'équipe et l'institution.	Beaucoup de préjugés qui tombent vite, notamment sur: -La violence (exagération) -L'intensité des pathologies (minimisation)
Dr F	Stage Opportunité Autre pratique antérieure: médecine libérale (rempla)	Absence de continuité et de MT. Désorganisation, anosognosie. Dépasse la capacité d'une consultation normale sans être mieux rémunéré (temps) Isolement social Réticence des médecins et des patients	Plutôt oui. Plutôt une question de temps et d'organisation, puis une question de formation en amont.	À l'hôpital: 1 fois (avec agression physique). Se sent globalement en sécurité du fait de l'équipe. En ville: 1 fois (patient toxicomane, seule dans le cabinet)	Sur le passé des patients: non. Sur la psychiatrie: non. Plutôt difficulté à s'investir au vu de la qualité de vie vraiment médiocre de certains patients.
Dr G	Attrait pour le salariat/le travail d'équipe Stage Autre pratique antérieure: médecine libérale rurale	Manque de formation des médecins. Dégradation de la médecine libérale et des rapports ville/hôpital; MG/psy.	Plutôt non, mais pourraient être mieux formés.	Non assigné	Pas de préjugés sur la psychiatrie ni sur le passé des patients. Un préjugé culturel local: connotation de la ville où se trouve l'hôpital psychiatrique (« chez les fous »)

Médecin interrogé	1.Cheminement vers la psychiatrie	3.Comment expliquer le manque de suivi?	4.Appréhension des MG de ville?	5.Avez vous déjà eu peur d'un patient?	6.Préjugés sur la psychiatrie/les patients?
Dr H	Stages Opportunité Lien fort avec un hôpital en particulier plutôt qu'avec la psychiatrie en général Autre pratique antérieure: médecine libérale (rempla)	Multifactoriel: toute la chaîne en cause. Patients qui échappent à l'hôpital; ou patient trop chaperonnés par l'hôpital et démunis en ville. Facteurs sociaux (isolement, précarité) Ambiguïté des rôles (MG/Psy) Envahissement et désorganisation par la maladie psy; ne font pas la démarche d'aller au soin.	Plutôt non, mais médecin dépendant surtout selon formation (passage en psy ou non) et patient dépendant (stabilisé ou non)	Certaines situations oui. Sentiment de sécurité conféré par l'hôpital en question. S'est plus souvent senti en danger au cabinet ou aux urgences générales.	Sur l'hôpital: « Asile » Sur les patients: folie, dangerosité, curabilité. Retombe vite avec les stages: voir les patients qui vont mieux, voir qu'il s'agit bien d'un hôpital. Change aussi la vision des gens « décompensés » à l'extérieur: interpréter la violence comme de la souffrance.
Dr I	Hasard/Opportunité Attrait pour le salariat/le travail d'équipe Autre pratique antérieure: médecine libérale (rempla)	Anosognosie des patients. Ce n'est pas leur priorité. Manque de temps des généralistes. Absence de formation des médecins généralistes.	Plutôt un problème de temps à consacrer.	Peur des états d'agitation, de l'imprévisibilité, pas au point de ne plus pouvoir soigner.	Pas de préjugés sur la psychiatrie. Peur que le contact avec la violence donne une vision biaisée. Importance de l'équipe pour rester dans son rôle de médecin avec des patients criminels.
Dr J	Stages Parcours en lien avec la vulnérabilité Opportunité Autre pratique antérieure: médecine libérale (rempla)	Réticence et anosognosie des patients Réticence de certains médecins et complexité de PEC en ville/pb du temps	Certains oui.	Rarement mais c'est arrivé. Importance de l'équipe.	Non

Médecin interrogé	1. Cheminement vers la psychiatrie	3. Comment expliquer le manque de suivi?	4. Appréhension des MG de ville?	5. Avez-vous déjà eu peur d'un patient?	6. Préjugés sur la psychiatrie/les patients?
Dr K	Opportunité/Hasard Attrait pour le salariat/le travail d'équipe Parcours en lien avec la vulnérabilité Stage Autre pratique antérieure: pédiatrie; collaboration libérale	Manque de sensibilisation des psychiatres Désorganisation des patients et négligence de l'aspect somatique Manque de médecins, de temps, de rémunération PVPP Isolement social Réticence des patients	Appréhension oui certains Surtout lié au manque de temps Évitent non (prennent en charge tout types de patients)	Oui	Préjugés sur la dangerosité Apparences trompeuses sur la dangerosité des patients Impressionnée par l'isolement
Dr L	Hasard/opportunités Autre pratique antérieure: -	Désorganisation et errance des patients Abandon des médecins devant l'oppositionnisme de ces patients	Plutôt non. Ce sont plutôt les patients qui ne viennent pas souvent.	Oui (1 fois, à l'hôpital psychiatrique, patiente agitée mais pas d'agression)	Non.
Dr M	Stages Parcours en lien avec la vulnérabilité Intérêt pour la psychiatrie Autre pratique antérieure: remplacement en libéral	Désorganisation et manque de volonté/d'énergie des patients Réticences des médecins Manque de temps	Plutôt oui, manque de temps et inadéquation de l'organisation libérale avec ce type de patients.	Oui à l'hôpital (tension interne, regard noir) et en ville (demandes agressives). Jamais d'agression.	Sur la psychiatrie non (expérience précoce de la pathologie mentale) Sur les patients: plus de difficultés avec psychopathes, dealers, pédophiles, mais arrive à surmonter.
Dr N	Hasard/opportunités Stages Autre pratique antérieure: médecine libérale générale, rurale	Désorganisation et évitement des patients Pénurie de médecins Isolement et précarité Toxicomanie	Plutôt non, manque de médecins.	Au début. Impressionnée aussi par l'iso/contention. Maintenant non. Voit les patients accompagnée ou prévient.	Sur la psychiatrie, sur la violence des patients, le danger. N'est plus dérangée maintenant par le passé des patients mais ne veut pas s'appesantir dessus.

Médecin interrogé	1.Cheminement vers la psychiatrie	3.Comment expliquer le manque de suivi?	4.Appréhension des MG de ville?	5.Avez vous déjà eu peur d'un patient?	6.Préjugés sur la psychiatrie/les patients?
Dr O	Stages Autre pratique antérieure: remplacements en libéral	Réticence des patients (évitent) Réticence des médecins Manque de communication ville/hôpital	Plutôt oui, par manque de temps, et pour des raisons d'organisation (salle d'attente...)	Non, mais écourte l'examen quand perçois une tension.	Non.
Dr P	Stages Intérêt familial Attrait pour le travail en équipe Autre pratique antérieure: quelques remplacements en tant qu'interne, en libéral	Réticence du patient + idée des soignants qu'il fait ce qu'il veut. Réticence des médecins et manque de temps Perception altérée du corps, désorganisation Manque de communication ville/hôpital	Plutôt non: les patients psychotiques ne viennent pas souvent à eux. Plutôt oui pour certains: manque de formation et manque de communication avec l'hôpital.	Une fois en 20 ans. Pas d'agression. Sécurité conférée par l'hôpital, l'équipe.	Non mais contact précoce + psychiatre dans la famille. En revanche perçoit le préjugé général sur les patients psychiatriques (violents, pénibles, agressifs), que dément beaucoup la pratique (tolérants, reconnaissants)
Dr Q	Hasard/opportunité Attrait pour le salariat/le travail d'équipe Autre pratique antérieure: médecine libérale générale; régulation SAMU	Manque de formation du médecin, réticences Manque de com MG/Psy Indifférence/négligence/désorganisation du patient.	Plutôt oui: agitation en salle d'attente, PVPP	En ville, 2 fois (danger réel) Jamais à l'hôpital.	« planque »: on ne travaille pas assez en psychiatrie Prescriptions médicamenteuses lourdes (continue à penser l'un et l'autre)
Dr R	Intérêt pour la psychiatrie Stages Autre pratique antérieure: remplacements en libéral	Réticence/errance/désorganisation du patient. Manque de com MG/Psy Ambiguïté des rôles (MG/Psy)	Médecin dépendant, mais plutôt du mal à les faire venir et à leur faire suivre une prise en charge.	Rarement, plutôt les psychopathes qui viennent de la prison et profèrent des menaces.	Non pas sur la psychiatrie car appréhendée tôt en stage. Appréhension vis à vis des patients autistes. Sur les patients: ne cherche pas à savoir, les prend en charge comme les autres.

Médecin interrogé	1.Cheminement vers la psychiatrie	3.Comment expliquer le manque de suivi?	4.Appréhension des MG de ville?	5.Avez vous déjà eu peur d'un patient?	6.Préjugés sur la psychiatrie/les patients?
Dr S	Intérêt pour la prise en charge de la douleur Opportunité Autre pratique antérieure: travail dans la brousse africaine puis en prison	Manque de formation et de temps des médecins. Surcharge de travail en médecine libérale Absence d'encadrement/équipe en libéral	Pas un problème d'évitement ou de volonté, mais un problème de faisabilité (temps, formation, moyens)	Non	Oui Notion de culpabilisation des familles avec l'idée selon laquelle ils sont responsables du TSA des enfants
Dr T	Stages Attrait pour le travail en équipe Autre pratique antérieure: remplacements en libéral	Précarité Préoccupation récente Défaut d'expression du patient Symptômes somatiques étiquetés psychiatriques	Plutôt oui: -Manque de réseau -Défaut de com psy/MG -PEC difficile quand on est seul	Oui quelques fois. Jamais d'agression. Importance de la structure et de l'équipe.	Non grâce au stage d'externat. Pas non plus sur les patients. Confrontés aux préjugés des autres quand demande une PEC au CHU.
Dr U	Stages Hasard/opportunité Histoire familiale Autre pratique antérieure: SSR, gériatrie, consultations en privée	Fuite des patients ou négligence du suivi précarité réticence des médecins Equipes psychiatriques peu formées à la question du somatique	Certains, non. D'autres oui: -PVPP -Agressivité -chronophage	Rarement oui. Jamais d'agression physique. « Bon rôle » du somaticien.	« Vol au dessus d'un nid de coucou » Mais pas d'a priori négatif. Pas de gêne vis à vis des patients criminel mais ne veut pas savoir.
	Stage: 14 sur 21				

Tableau 4 : Articulation ville-hôpital

Médecin interrogé	14. Sortie d'hospitalisation	15. S'il n'y a pas de médecin traitant?	16. Lien avec le psychiatre	17. Responsabilité du psychiatre dans la prise en charge somatique
Dr A	<ul style="list-style-type: none"> -Patients revus: non -Rappels: non -Courrier: oui (unique soma/psy) 	CoReSo	<ul style="list-style-type: none"> -Mail, staff, réunions -Bonne écoute de la part des psychiatres 	<ul style="list-style-type: none"> -Hospitalier: oui (bio initiale, ECG, iatrogénie) -En ville: le CMP devrait s'assurer qu'il y a un suivi somatique et un MT (rôle de PEC globale). Manque de communication de la part des psychiatres vers les MG.
Dr B	-Courrier systématique	Complexe. Tentatives de recherche par collègues interposés...	<ul style="list-style-type: none"> -Mail au psychiatre de secteur SB -1 psychiatre dans l'unité: discussions de vive voix. -Bonne communication -Si psychiatre libéral: courrier +/- contact 	<p>Oui toujours car souvent le médecin le plus vu par le patient. Doit assurer le suivi des traitements neuroleptiques (ou s'assurer que c'est fait). Doit s'assurer qu'il y a un MT/suivi somatique.</p>
Dr C	<ul style="list-style-type: none"> -Patients revus: oui de façon informelle (connaissent les jours de présence) -Rappels: oui pour examens à faire à l'extérieur -Courrier: si a le temps, et si éléments somatiques majeurs durant l'hospitalisation. 	Recherche d'un médecin traitant avec le patient	<p>Discussions, staff. Grosse relève du lundi matin. Echange facile mais consensus parfois difficile (balance bénéfice/risque des traitements) Confiance établie avec le temps entre somaticien et psychiatres.</p>	<p>Idée de couple MG/psy qui doit fonctionner ensemble: peu importe qui fait quoi tant que c'est acté et que tout est fait. Impression que les jeunes internes en psy se préoccupent plus du somatique que leurs aînés.</p>
Dr D	<ul style="list-style-type: none"> -Patients revus: non (sauf patients en séquentiel) -Rappels: non -Courrier: si peu d'éléments, paragraphe somatique dans le courrier du psychiatre, fait par le psychiatre. Si élément marquant (nouveau diagnostic ou autre), courrier à part fait par somaticien. 	<p>CMP informé de la PEC somatique en cours. Courrier remis au patient qui doit faire la démarche lui-même, et s'il ne la fait pas, reprise du dossier à la prochaine hospitalisation.</p>	<p>1 réunion d'équipe par semaine. Echanges informels avec le psychiatre. Pas de difficultés à communiquer avec les psychiatres (dépendant d'eux toutefois).</p>	<p>Oui car voient plus souvent les patients. Doivent avoir une vigilance par rapport à ça et alerter le somaticien/MG. Sont responsables des traitements prescrits par eux et donc de leurs effets indésirables. En ville: regard vigilant, suivi annuel du bilan métabolique.</p>

Médecin interrogé	14. Sortie d'hospitalisation	15. S'il n'y a pas de médecin traitant?	16. Lien avec le psychiatre	17. Responsabilité du psychiatre dans la prise en charge somatique
Dr E	<ul style="list-style-type: none"> -Patient le plus souvent transféré en service ou en clinique -> mail aux médecins du service. -Courriers exceptionnellement au MT sur des problématiques bien précises + observations jointes 	<ul style="list-style-type: none"> -Plus un travail qui relève du secteur que des urgences. -Appellent volontiers les médecins généralistes mais répondent rarement (doctolib, secrétariat électronique...) donc plutôt les pharmaciens. 	<ul style="list-style-type: none"> -Travail en binôme dans les urgences et la post-urgence. Bonne entente. -Dossier médical fait office de transmissions au secteur. 	<ul style="list-style-type: none"> -Oui. A minima gestion des EI des traitements. -Doit inciter le patient à avoir un médecin traitant généraliste. S'assurer qu'il y a un suivi somatique.
Dr F	<ul style="list-style-type: none"> -Courrier systématique au MT en espérant qu'il y a un vrai suivi. Appelle des MT avant sortie autant que possible +/- rdv pris à l'avance. -Pas de rappel. Quelques patients suivis par la chef du service. 	<ul style="list-style-type: none"> -Essaies pour en trouver un. -CoReSo selon secteur. 	<ul style="list-style-type: none"> -Psychiatre dans l'unité: communication directe et facile. -Psychiatres du secteur suivant le patient: téléphone, mail. -Si psychiatre libéral, courrier envoyé (rare). 	<ul style="list-style-type: none"> -Oui. Au minimum s'assurer que le suivi de ses traitements et des EI est fait. -S'assurer que le patient voit un généraliste/a un suivi somatique.
Dr G	<ul style="list-style-type: none"> -Courrier de sortie fait par les psychiatres. Lettre rédigée par le médecin somaticien seulement en cas de problème somatique majeur. -A suivi une fois personnellement un patient à la demande de l'assistante sociale: échec. 	Rien	<ul style="list-style-type: none"> -Participation selon emploi du temps à la réunion hebdomadaire des services. -Place facile à trouver, communication simple. 	<ul style="list-style-type: none"> -Oui en partie, et ils le font (suivi des EI des traitements), à l'hôpital. -En ville, ont déjà beaucoup de travail, on ne peut pas leur demander d'assurer le suivi somatique. Ils s'occupent déjà des traitements, mais ils ne peuvent pas forcer les patients à avoir un MT.

Médecin interrogé	14. Sortie d'hospitalisation	15. S'il n'y a pas de médecin traitant?	16. Lien avec le psychiatre	17. Responsabilité du psychiatre dans la prise en charge somatique
Dr H	<ul style="list-style-type: none"> -Patient le plus souvent transféré en service ou en clinique -> mail aux médecins du service. -Courriers au MT si retour à domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> -La plupart ont un MT. Exceptionnellement proposition au patient de revenir voir le médecin des urgences si pas de MT. En UHCD occasionnellement prise de RDV chez un MG pour le patient. -Appui sur le secteur et sur les infirmiers libéraux + MG de quartier. -Info via pharmacien, labo, infirmiers... 	<ul style="list-style-type: none"> -Travail en binôme dans les urgences et la post-urgence. Bonne entente. -Dossier médical fait office de transmissions au secteur. 	<ul style="list-style-type: none"> -Oui mais le psychiatre ne peut pas tout faire, nécessité de structures intermédiaires pour s'occuper du suivi somatique. -Pour le suivi des EI, se mettre d'accord. -Nécessite une bonne communication entre le psychiatre et le MG (téléphone++)
Dr I	<ul style="list-style-type: none"> -Synthèse somatique complétée au fur et à mesure, insérée automatiquement dans le courrier de sortie. -En cours de travail avec les secrétaires pour que les CR d'examen complémentaires/bio soient joints. 	<ul style="list-style-type: none"> -Parfois essaie d'appeler un MG de ville pour assurer le suivi, parfois passage par le CMP. -Rien d'organisé, souvent problématique. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ne se croisent pas tant que ça. -Ne participe pas aux staffs. -Mail, discussions informelles rares -Essaie de la part des somaticiens d'organiser des rencontres sur des sujets généraux (MTEV, ECG...) 	<ul style="list-style-type: none"> -Oui: suivi des traitements/EI -Oui car sont parfois les seuls à voir les patients et renouveler leurs traitements même somatiques: devoir d'orienter vers un généraliste au besoin. -En pratique dans l'hôpital ce sont surtout les somaticiens qui gèrent même les EI
Dr J	<ul style="list-style-type: none"> -géronto: lettre de liaison systématique envoyée au MT. Explications au patient et à sa famille de la suite de la PEC/du suivi. -Pôle: lettre seulement si problèmes, au patient et au MT. Parfois appel du médecin. -Peu de rappel, pas de reconvoation. 	<ul style="list-style-type: none"> -Transmis au psychiatre du CMP. Problématique car pas de dispositif dédié et frustration de savoir que si le traitement initié à l'issue de la PEC n'est pas reconduit par un MG, le patient va l'arrêter. 	<ul style="list-style-type: none"> -Réunions hebdomadaires. Y allait avant mais ne peut plus car sous effectif. -Discussion par mail/tel ou de vive voix avec le psychiatre -Fonctionnement inhabituel du fait du manque de temps et de médecins 	<ul style="list-style-type: none"> -oui pour EI des traitements psy; au minimum communication avec le MG/le somaticien. -En ville doit s'en préoccuper, communiquer sur qui fait quoi.

Médecin interrogé	14. Sortie d'hospitalisation	15. S'il n'y a pas de médecin traitant?	16. Lien avec le psychiatre	17. Responsabilité du psychiatre dans la prise en charge somatique
Dr K	-Jusqu'à récemment, 1 patient sur 100 avait un courrier récapitulatif la PEC somatique. Depuis la redéfinition du courrier de liaison par l'HAS, ont mis un système en place pour insérer une synthèse somatique dans le courrier psychiatrique à condition que les somaticiens soient informés de la sortie du patient (sont rarement informés, doivent demander)	-Pas de réelle prise en charge. Courrier adressé à la mauvaise personne. -Si prévenue à temps de la sortie, va imprimer les pages jaunes et essayer d'appeler avec le patient. -Axe d'amélioration. Voudrait plus de temps, et une consultation dédiée type CoReSo.	-Echanges très pauvres. Peu de psychiatres de formation et difficultés à communiquer. -Organisation récemment de staff par les somaticiens sur des problématiques fréquentes -Quelques RCP	-Oui mais dans les faits ça n'est pas le cas. -En ville aussi. Un seul CMP est muni d'un ECG sur tout le département, les autres majorent les traitements sans vérifier le QT et pensent que le MT va surveiller mais sans le prévenir.
Dr L	-Courrier seulement si problématique majeur, parfois mot ajouté au courrier du psychiatre qui lui est systématique. -Pas de rappel, pas de rdv de suivi.	Rien	Synthèses d'équipe, discussions informelles. Parfois difficile de communiquer car psychiatres à la fois sur le CMP, l'HDJ, pas tjrs présents.	-Oui car voient davantage les patients et ont leur confiance. Gestion des EI des ttt. -En ville devraient vérifier, communiquer avec le MG, veiller sur l'état de santé.
Dr M	-Rappel seulement si bio faite mais sortie du patient sans avoir été prévenu (fréquent) -Courrier au MT pas assez fait par manque de temps/d'effectif; fait si problématique majeure ou si entrée en ehpad. Rarement mot somatique fait par le psychiatre. -appel du MT fréquent mais qui connaît souvent peu le patient.	-Incitation faite auprès du patient pour en trouver un -aide de l'assistante sociale, du CMP, quand le patient a des pathologies somatiques	-discussions informelles (self++) -revues pluridisciplinaires d'ordonnances hebdomadaires -mails	-Oui pour les EI des ttt -En ville aussi, communiquer avec le MT si qqch les interpelle, suivi des ttt... mais manque de temps et de personnel en CMP++
Dr N	-Annexe au courrier du psychiatre si besoin -Pas de rappel, pas de rdv de suivi	Rien	Staff hebdomadaire; communication via les mots dans le dossier du patient.	-Seulement la surveillance biologique des ttt -En ville, bonne communication avec le MT nécessaire (psychiatre ou infirmiers du CMP)

Médecin interrogé	14. Sortie d'hospitalisation	15. S'il n'y a pas de médecin traitant?	16. Lien avec le psychiatre	17. Responsabilité du psychiatre dans la prise en charge somatique
Dr O	-Courrier au MT... à condition d'être averti de la sortie (problématique)	-Parfois aide de l'AS et des équipes mobiles, souvent reste en suspens	-Très variable selon les unités: allant d'une vraie collaboration à un clivage totale entre somatique et psychiatrique.	-Oui pour les EI des ttt, très difficile de les impliquer -En ville au minimum s'assurer qu'il y a un MG qui s'en occupe
Dr P	-Normalement appel du MT puis courrier remis à tous les correspondants + au patient -Très rare de rappeler ou fixer un rdv de suivi	-essaient d'en trouver un, n'y arrivent pas toujours. -Pour les patients compliqués qui ont déjà utilisé tous les MG du quartier, rdv de suivi à 3 mois. -CoReSo pour les patients du bon secteur. -Beaucoup en ont qu'ils ne voient plus: renvoie du patient vers son MT.	-Psychiatre présent dans l'unité -Mail au psychiatre du secteur/appele si problème -courrier systématique	-Oui en ville et à l'hôpital, doit au moins être vigilant car parfois le seul médecin qui suit le patient: déclencheur pour passer ensuite la main. -Suivi des ttt et EI -Communication avec le MG/somaticien
Dr Q	-très peu de sorties mais si transfert en ehpad, courrier et examens complémentaires transmis -Pas de rappel ni rdv de suivi	-à l'heure actuelle rien n'est fait -Volonté d'avoir un CoReSo	-Par l'intermédiaire des mots sur le dossier -n'est pas convié aux staffs qui sont exclusivement axés psychiatrie et devenir	-Oui, et même pour des choses basiques comme l'HbA1C du diabétique.
Dr R	-Rappel quand sortie du patient alors que PEC somatique en cours et médecin pas prévenu -courrier rapide au MT si problématique ou nouveau diagnostic -Essaie d'accélérer des PEC avant que le patient sorte	-Projet de CoReSo non abouti à ce jour -Adressage à un spécialiste pour PEC d'une pathologie découverte en cours d'hospitalisation, sinon rien.	-discussions informelles selon les psychiatres -manque de communication	-oui et devraient le faire davantage qu'ils ne le font à l'heure actuelle. Essai de mise en place d'un bilan systématique d'entrée mais pas encore d'adhésion...au minimum EI des ttt. Se déchargent volontiers sur les somaticiens. -En ville aussi (iatrogénie)

Médecin interrogé	14. Sortie d'hospitalisation	15. S'il n'y a pas de médecin traitant?	16. Lien avec le psychiatre	17. Responsabilité du psychiatre dans la prise en charge somatique
Dr S	-Courrier systématique au médecin, à la structure, remis à la famille. -suivi si consultation douleur	-Invite la structure ou la famille à trouver un MT.	Consultations communes, très bon lien, collaboration enrichissante.	-Oui, et très bien fait en pratique dans le service. Vigilance et appel du somaticien si question. Ordonnance commune. -En ville suivi des ttt et EI, communication. -Travail particulièrement collaboratif dans ce contexte particulier des patients déficitaires.
Dr T	-courrier somatique si problématique majeur. théoriquement courrier systématique du psychiatre. -Pas de rappel ni rdv de suivi	Rien sauf nécessité absolue manque de généralistes en ville++ dispensaire parfois tentative du CMP de créer du lien avec les médecins de ville	-relève hebdomadaire dans chaque service -discussions informelles avec les psychiatres, self -mail	-Oui: EI des ttt, connaître les antécédents, concernés. -En ville doit s'assurer que le suivi est fait s'il ne peut l'assurer; qu'il y a un MT
Dr U	-Courrier fait par le psychiatre, qui reprend certains éléments de la PEC somatique. Fait par le somaticien en cas de problématique majeure. -Pas de rappel, pas de rdv de suivi	Rien Parfois les équipes psychiatriques s'en occupent.	-mail -dans les services de vive voix -rapports faciles, confiance, écoute.	-oui. Medico légalement responsable des EI de ses ttt. -En ville au minimum s'assurer qu'il y a un suivi somatique/un MT

Tableau 5 : Savoir des somaticiens et spécificités de leur exercice

Médecin interrogé	2.Spécificités de prise en charge	7.Premier contact	8.Délire	9.Intrication psyché-soma	10.Refus de soin	11.Attitudes et stratégies pour gagner la confiance	13.Suivi systématique, dépistage, prévention
Dr A	Relationnelles (Communication, Compréhension: très variable d'un patient à l'autre, parfois pas de différences) Somatiques (terrain, iatrogénie, addictions...) Délire Temporalité	-Agenda électronique pour voir tous les nouveaux patients + sur demande des infirmiers qui filtre les demandes des patients ou remarquent des symptômes -Patients vu quelques jours après l'arrivée pour « laisser se poser » -Consult systématique ritualisée pour patients très demandeurs	contournement	complexe non spécifique à la psychiatrie importance des examens complémentaires	-mal vécu -revenir, répéter, reparler, reformuler, présenter différemment les choses -médiateurs: infirmiers -respect du libre arbitre sauf urgence vitale	-humour -revoir, reparler « attention à ne pas franchir la limite entre insistance et intrusion. »	Autant (au temps?) que faire se peut
Dr B	-Autonomie, Manque de suivi -Perception et expression altérée -Somatiques (hygiène de vie, défaut d'accès aux soins, structures classiques inadaptées) -Temporalité	Observation initiale systématique	contournement	complexe surtout troubles somatoformes	Le temps, la répétition	-humour -patience et temps -égalité	Oui

Médecin interrogé	2.Spécificités de prise en charge	7.Premier contact	8.Délire	9.Intrication psyché-soma	10.Refus de soin	11.Attitudes et stratégies pour gagner la confiance	13.Suivi systématique, dépistage, prévention
Dr C	-Temporalité, confiance -Importance de rester généralistes -Somatique (pathologie, iatrogénie) -Rattacher le lien à l'extérieur avec le MT -Intimité de la relation avec le patient en crise -Sémiologie, importance des équipes et des signes subjectifs	laisser venir, bouche à oreille, suivi depuis l'ordinateur jusqu'à croiser le patient	Ni adhésion, ni confrontation =>temps, contournement	Ne pas créer de clivage entre les deux : dans le diagnostic, jamais. Dans la thérapeutique, oui. Positionnement en fonction de la manière de travailler du psychiatre	Accepter Revenir souvent	Temps, persévérance, pugnacité Ne pas se mettre en colère ni prendre personnellement Education thérapeutique	Exposé au patient, proposé, puis fait au rythme du patient en fonction de ses attentes et besoins
Dr D	-Temporalité, confiance -Autonomie du patient -Persévérance -disponibilité psychique du médecin, bien être -Sincérité	Sur point d'appel de l'équipe Selon dossier du patient et ce qui a été dit/fait par le somaticien des urgences en amont	Ne pas prendre personnellement Choisir son moment pour parler Rappeler son rôle, contournement, exposer le bénéfice Répéter, reformuler	On gagne à apprendre l'un de l'autre (somaticien et psychiatre) Toujours entendre la plainte et croire le patient : la douleur est réelle, quelle que soit son origine	Sur l'urgent et le grave, peu de refus. Sur pathologie type cancer, accompagner, discuter, accepter. Reproposer hors contexte psy aigu, associer le psychiatre à la PEC.	Etre extrêmement présent et disponible (pas d'écran) Poser des questions sur le patient, ce qui l'intéresse, aborder ses centres d'intérêt, questionner son environnement Sens en alerte	Fait selon dispo et plateau technique, limité par l'accompagnement à l'extérieur donc on priorise. ++ pour gynéco, dentaire, sérologies... Fait surtout en ULE

Médecin interrogé	2.Spécificités de prise en charge	7.Premier contact	8.Délires	9.Intrication psyché-soma	10.Refus de soin	11.Attitudes et stratégies pour gagner la confiance	13.Suivi systématique, dépistage, prévention
Dr E	-communication -suivi erratique -symptomatologie amplifiée/diminuée -contextes (trauma/violences subies, social) -troubles cognitifs -agitation -contention	Systématique (urgences/uhcd)	Contexte d'urgence, la priorité est de constituer un dossier médical et d'informer le patient ; tout sera à rediscuter en aval (importance de la continuité)	Distinction peu faite, travail en binome avec le psychiatre	Soins psychiatriques sous contraintes aux urgences, pour le reste sera rediscuté plus tard sauf urgence vitale Finalement plus respecté en psy qu'en oncologie...	Informé, dire la vérité Etre calme, ne pas s'énerver	Fiche faite en avance pour Cs dentaire Pour le reste état des lieux mais pas d'organisation aux urgences
Dr F	-Autonomie -communication -rapport au corps, ressenti somatique altéré	systématiquement à l'entrée (unité de somatique)	Négocier, entrer un peu dans le délire	Impossible de distinguer les deux	Négocier, recommencer, changer d'interlocuteur puis accepter	Prendre le temps	oui
Dr G	-tabou autour du sexe -Contrainte institutionnelle sur les malades et sur les médecins -authenticité -challenge intellectuel -peu accessible au second degré -adaptabilité plus grande	Vu systématiquement dans les 24h si contrainte, plutôt dans les 48h sinon.	En parler, accompagner négocier	Difficulté de prise en charge Revoir ses objectifs à la baisse	Reproposer Impliquer l'équipe Accepter	Etre soi même humour	Renoncement

Médecin interrogé	2.Spécificités de prise en charge	7.Premier contact	8.Délire	9.Intrication psyché-soma	10.Refus de soin	11.Attitudes et stratégies pour gagner la confiance	13.Suivi systématique, dépistage, prévention
Dr H	-Pathologies graves; appellent peu pour le reste (ou ce sont les équipes qui le font) -Réticences des malades du fait de la pathologie psychiatrique ET de l'absence de contacts réguliers avec le soin. -autonomie -être systématique: chercher sans plainte -aisance avec la pathologie psy -sincérité -communication -suivi erratique -temporalité -autonomie -contexte social, isolement	Systematique (urgences/uhcd)	Contourner Attendre et revenir Information loyale et appropriée	Pas de difficulté particulière car vrai travail en binome avec le psychiatre et consult communes qui permettent de redresser les diagnostics	Accepter Pas plus fréquent qu'ailleurs	Se présenter, expliquer sa présence Avoir une attitude « normale »	Pas aux urgences mais en secteur oui

Médecin interrogé	2.Spécificités de prise en charge	7.Premier contact	8.Délire	9.Intrication psyché-soma	10.Refus de soin	11.Attitudes et stratégies pour gagner la confiance	13.Suivi systématique, dépistage, prévention
Dr I	-difficulté à trouver sa place de somaticien car l'urgence est psychiatrique et pour le patient aussi -exercice hospitalier ponctuel: on essaie de rattracher aux soins à l'extérieur -savoir-être, positionnement face au délire -contraintes institutionnelles -déné du somatique et refus de soin	Sur appel de l'équipe soignante	Plutôt contournement. Ressent un manque de formation dans le domaine et une difficulté à se positionner.	Difficulté	Revenir à la charge	Calmé Bienveillance	Si a le temps
Dr J	-expression des symptômes/rapport au corps et retard diagnostic -complexité du lien (persécution, repli) -acceptation des soins -temporalité -bon rôle, bon objet	Systématique en gériatrie Sur point d'appel ailleurs car sous effectif	contourner	Ne pas séparer dans l'idée Complémentarité psy/MG	Si pas grave, n'insiste pas. Si grave, revenir à la charge, impliquer le psychiatre et l'équipe	Patience, attente	Oui quand effectif normal, mais plus maintenant.

Médecin interrogé	2.Spécificités de prise en charge	7.Premier contact	8.Délires	9.Intrication psyché-soma	10.Refus de soin	11.Attitudes et stratégies pour gagner la confiance	13.Suivi systématique, dépistage, prévention
Dr K	-Adaptabilité -communication -acceptation des soins -temporalité -étiquette du « malade psy » -rendant plus difficile l'accès au soin -état somatique	Bons de demande de l'équipe Cs systématique impossible en terme d'effectifs	Ecouter, comprendre et reformuler le ressenti Eliminer les DD Traiter les symptômes	Intéressante Nécessité de tenir compte des deux en permanence	Devoir de le respecter malgré la difficulté que ça représente, hors urgence. Patience, revenir, reproposer. Adapter.	Casser les codes. S'asseoir à côté des patients ou se mettre à genou devant eux. Se positionner en tant que généraliste « comme le MT »	Voudrait le faire mais pas assez d'effectif pour la file active.
Dr L	-discordance clinique/perception du patient: « il faut les croire ». -imprévisibilité -délires	Vu systématiquement dans les 24h si contrainte, plutôt dans les 48h sinon.	Contourner et revenir au symptôme	Barrière mince, on ne devrait pas séparer autant les choses	Accepter Revenir à la charge	Aucune stratégie	A essayé mais ça ne tient pas
Dr M	-Adaptabilité -refus de soin -temporalité	Consultation d'entrée systématique	En parler simplement, le questionner sur le délire Ne pas s'impliquer, rester empathique cependant	Pas de dichotomie Toucher la psychée par le corps S'occupe du somatique sans entrer dans la partie psychiatrique	Accepter, tracer Travailler en équipe	Revoir les patients, les connaître humour	Oui : un jour par semaine consacré à mise à jour
Dr N	-spécificités somatique, iatrogénie: regard différent et surveillance renforcée	Vu systématiquement dans les 24h si contrainte, plutôt dans les 48h sinon.			Discuter sans imposer	Ecoute empathique Expliquer Patience	oui

Médecin interrogé	2.Spécificités de prise en charge	7.Premier contact	8.Délire	9.Intrication psyché-soma	10.Refus de soin	11.Attitudes et stratégies pour gagner la confiance	13.Suivi systématique, dépistage, prévention
Dr O	-Adaptabilité -difficulté de communication -difficulté dans l'examen clinique -iatrogénie -diag dif soma psy	Essaie de voir les entrées systématiquement. Sur bons de l'équipe.	Interroger pour chercher la part de vérité dans le délire Revenir plus tard	Séparation dommageable pour le patient : être global	Patiente, attendre que le patient aille mieux sur le plan psychiatrique Sauf urgence (imposé)	Se positionner comme une aide pour soulager des symptômes Temps revenir	Oui si possible
Dr P	-Patients reconnaissants qui acceptent beaucoup de choses -Temporalité (lenteur de l'institution, temps nécessaire à l'acceptation du patient et au gain de sa confiance) -Adaptabilité (faire correspondre PEC idéale et ce que le patient peut accepter : innovation et persévérance) -Autonomie -Travail en équipe	Vu systématiquement (unité de somatique)	Contourner Si le délire lui-même est source de souffrance, le traiter	Rôle de PEC globale du généraliste	Retourner à la charge Temps acceptation	Patience Humour Ne pas s'énervier	Oui

Médecin interrogé	2.Spécificités de prise en charge	7.Premier contact	8.Délire	9.Intrication psyché-soma	10.Refus de soin	11.Attitudes et stratégies pour gagner la confiance	13.Suivi systématique, dépistage, prévention
Dr Q	-Adaptabilité -communication -importance de l'observation et avis des personnes côtoyant le patient -clinique trompeuse, imagerie facile -iatrogénie et autres spécificités somatiques	Sur appel de l'équipe soignante (peu d'entrées, unités de longue évolution)	Contournement	Manque de vision globale de la part des psychiatres	Revenir à la charge Tracer, accepter	Courtoisie Ecoute Revoir souvent Interpeller le patient en le prenant au dépourvu sur une réponse	Oui Surtout gynéco
Dr R	-temporalité, revoir et créer confiance -communication -obtenir des informations via la famille/les infirmiers	Sur appel de l'équipe soignante	Etre carré sur l'élimination des diagnostics différentiels et sur le fait de vérifier que le patient ne dit pas vrai (par exemple sur les délires d'infestation) contourner	Trop marquée entre les psychiatres et les services de médecine qui se renvoient la balle	Reproposer Equipe Accepter	Passer régulièrement	Oui autant que possible
Dr S	-Autonomie -Travail en équipe (soignants/famille/structure) - multiprofessionnalisme -temporalité	Tous les patients vu systématiquement	Temps	Co morbidités psychiatriques Psychiatres formés à être plus polyvalents car majorité de décompensations liées à un pb physique	Pas de refus mais des reports	Cs blanches Concessions Présence d'un parent ou de l'éducateur	Oui tant qu'ils sont là mais sans se substituer au MT

Médecin interrogé	2.Spécificités de prise en charge	7.Premier contact	8.Délire	9.Intrication psyché-soma	10.Refus de soin	11.Attitudes et stratégies pour gagner la confiance	13.Suivi systématique, dépistage, prévention
Dr T	-Contraintes -Enthousiasme des patients -Rechercher l'alliance thérapeutique (médecin non choisis) -iatrogénie	Sur appel de l'équipe soignante Si patient avec lourds antécédents ou problématique somatique active	Transmettre l'information Raisonner sans confronter Attendre que le délire s'amenuise Travail en équipe	Limite floue. On n'est pas somaticien mais généraliste : on s'occupe de tout	Rare Confrontation plus longue au refus car patients hospitalisés sous contrainte psychologique Répéter Travailler en équipe	Examen clinique Présence d'un infirmier Proposer des choses qui améliorent le bien-être	Oui en fonction du temps disponible
Dr U	-Médecine intermédiaire entre MG de ville et médecine interne -temporalité -résistances, agressivité: adaptation du médecin, savoir être	Tous les patients vus systématiquement	Contourner, détourner l'attention Réessayer plus tard (temps)	Complexe Nécessite une grande vigilance	Difficile dans le cas de l'alimentation (anorexie) Parfois demander à un collègue (meilleure affinité) Loi : respect du refus de soins somatiques mais certains cas douteux Autoritarisme	Proximité Humour Réassurance Empathie Lien de confiance établi avec les années	Oui

Tableau 6 : Solutions

Médecin interrogé	Communication	Formation	Organisation	Moyens	Autres
Dr A		Permettre aux internes intéressés d'aller en psychiatrie +/- stage obligatoire pendant l'externat	Responsabilité: psychiatres, tuteurs, curateurs, doivent s'assurer qu'il y a un MT	Valorisation financière des consultations avec les patients psychiatriques lourds	Libre arbitre du patient qui peut refuser de se faire suivre (s'il est équilibré).
Dr B	Rencontre avec les MG de ville et les spécialistes	Déstigmatiser les patients	-Support de l'hôpital au MG en cas de problème -Infirmier coordonnateur pour organiser la PEC ambulatoire -Plateformes de soins somatiques ambulatoire type MSP -Accompagnement par infirmiers de secteurs (évite les PVPP) -Travail en équipe -Psychiatrie de liaison dans les MSP (IPA ou psychologue ou psychiatre pour aiguiller)	-Moyens humains à renforcer -Cotation pour une consultation spécialisée d'une heure avec le patient psychiatrique	-CoReSo: MG en CMP -« hotiline » pour les MG de ville -Envisager un salariat pour tous les médecins à la condition que la rémunération soit assez intéressante pour renoncer au libéral -ETP -Ecueil du maillage du territoire moindre lorsqu'on rassemble
Dr C	-Communication plus fluide entre secteur psychiatrique et MG du territoire, réseau informel	-FMC -Stage obligatoire en psychiatrie pendant l'externat ou l'internat	-Partenariat CMP/maison médicale de garde	-Cotation	-Ne pas perdre de vue la clinique par excès d'exams complémentaires dans un climat de peur du médico-légal

Médecin interrogé	Communication	Formation	Organisation	Moyens	Autres
Dr D		-Consultations de pairs -compagnonnage en stage	-Modèle du dispensaire en brousse calédonienne -Liens entre professionnels, lutte contre l'isolement (Balint, équipes...)	-Démographie médicale -Cotation associée à une obligation de prendre en charge la patientèle du territoire -Modèle Canadien	-Salariat en médecine générale sur un territoire délimité en valorisant selon le manque de médecin du territoire -Modèle Canadien
Dr E		-Améliorer la formation: stages en CMP par exemple, ou en psychiatrie hospitalière, quitte à faire des stages plus courts	-Accompagnement par infirmiers de secteurs -MSP +/- psychiatres dedans -MG en CMP -Favoriser et simplifier l'exercice mixte salarié/libéral pour inciter les MG à travailler en partenariat avec un CMP ou un HP	-Cotation spécifique -démographie médicale -ROSP pour le suivi du patient schizophrène -Forfaitiser la prise en charge pour tenir compte des PVPP	-Dispositifs type CoReSo
Dr F	MG plus proches des psychiatres	-Stages en psychiatrie (soins somatiques) -FMC -Journée SASPAS en psychiatrie ou CMP	-décloisonnement	-Cotation spécifique avec recommandations claires sur le suivi clinico-biologique	-Dispositifs type CoReSo
Dr G		-Ouverture de postes de stage de soin somatique en psychiatrie	-Vacation de MG en CMP	-Débloquer des moyens pour qu'au sein de l'institution la médecine générale se fasse dans de bonnes conditions -Démographie médicale	

Médecin interrogé	Communication	Formation	Organisation	Moyens	Autres
Dr H	Outils à améliorer Compréhension des problématiques et de la temporalité des uns et des autres et surtout l'hôpital doit aller vers le généraliste	-Stage ou au minimum journées en CMP	-Modèle Norvégien -Manque d'acteurs intermédiaires pour les patients manquant d'autonomie (IPA, infirmiers de secteur) -back up du secteur lorsqu'il adresse un patient	-Cotation pour une consultation annuelle longue du patient psychiatrique	-Laisser tomber les chartes qui ne fonctionnent pas -Dispositifs type CoReSo
Dr I	-Rôle du psychiatre: inciter le patient à se préoccuper de son suivi somatique et s'y impliquer	-Stages -Formations faites par les psychiatres -Formations faites par les somaticiens	-Vacation de MG en CMP	-démographie médicale -cotation	-Dispositifs type CoReSo
Dr J	-Rôle du psychiatre et de l'infirmière pour amener le patient à avoir un MT / l'accompagner à la consultation		-Accompagnement des patients à leurs consultations par les infirmiers du CMP -Avoir des CMP et des centres de santé géographiquement proches		-Dispositifs type CoReSo
Dr K	-Développer le dossier médical partagé	-Stages	-transmission d'un dossier complet et de contacts au MT lors de la sortie d'hospitalisation	-cotation -plus de somaticiens en HP	-Dispositifs type CoReSo
Dr L	-Davantage de communication de la part des psychiatres avec les MG	-Davantage de formation pratique en psychiatrie	-Suivi somatique au CMP -MG au CMP	-cotation	-Changement des mentalités en psychiatrie (persistance d'une négligence de l'aspect somatique)

Médecin interrogé	Communication	Formation	Organisation	Moyens	Autres
Dr M	-faciliter la communication avec le CMP et entre les différents intervenants médecins		-profiter des hospitalisations pour une PEC somatique complète et transmission dossier au MG -MG au CMP	-plus de somaticiens en HP -cotation	-Dispositifs type CoReSo
Dr N	-communication au sein d'un triangle MT-somaticien-psy	-DU soins somatiques en santé mentale -stages (en Roumanie tous les MG passent en psychiatrie)	-MT pour tout le monde	-cotation	
Dr O	-améliorer la communication MG/psy	-Stages (accent mis sur la polyvalence des pathologies du champ de la médecine générale avec en plus l'aspect psychiatrique et l'importance de la clinique) -FMC pour les internes de MG	-MG au CMP -Psychiatres en MSP -Recréer une plateforme de soin équivalente à celle hospitalière mais sur le mode ambulatoire type MSP très complète	-cotation	-système type MyHCL à généraliser + étendre aux psychiatres
Dr P	-rapprochement géographique pour favoriser l'informel à la fois pour favoriser la communication et pour la formation	-Stages -FMC pour les IMG	-Miser sur le CMP car tous les patients ne passent pas par l'hôpital -Que le secteur en partenariat avec le MG s'assure qu'il voit un MG au moins une fois l'an -Décisionnement, partenariat psy/MSP, MG au CMP ou psy en MSP	-cotation	-Dispositifs type CoReSo -Co-consultations (MG/Psy) -Axer la PEC sur de la prévention précoce dans les psychoses émergentes

Médecin interrogé	Communication	Formation	Organisation	Moyens	Autres
Dr Q	-courrier systématique, augmenter les échanges entre MG et psy	-Stages mais pas 6 mois (trop long)			-Dispositifs type CoReSo -hospitalisations plus courtes pour éviter une désadaptation/désocialisation
Dr R		-Formations ouvertes aux MG (déjà disponibles pour l'autisme dans l'hôpital)	-Rôle du CMP pour dépister et alerter sur les situations préoccupantes sur le plan somatique ou l'absence de suivi		-Dispositifs type CoReSo -investissement des psychiatres dans le somatique, le suivi des EI, et adressage au MT en cas de comorbidités
Dr S		-Association défi-science: milite pour que tous les étudiants en médecine passent soit en tant qu'externe, soit en tant qu'interne, dans une structure médico sociale pour les personnes avec un handicap psychique -FMC		-cotation tenant compte du temps de consultation qui est forcément plus long	-Accès pour les MG à des dispositifs type handiconsult
Dr T	-accès facilité au psychiatre pour les MT -communication des infos par le psychiatre au MT -Rôle du CMP dans le lien	-former les MG à la psychiatrie pour lever les appréhensions, et à l'organisation sectorisée de la psychiatrie publique -Stages (au minimum pendant l'externat) -FMC	-ne pas scinder la prise en charge: le somatique doit être la préoccupation de tous pour devenir celle du patient	-démographie médicale -cotation pour une consultation annuelle ou bi annuelle de suivi	-dispositif de suivi rapproché à l'entrée dans la psychose

Médecin interrogé	Communication	Formation	Organisation	Moyens	Autres
Dr U	-cooperation CMP- médecins de quartier	-légitimité du stage du fait de la prévalence des pathologies mentales en MG -FMC	-IPA ou MG dans les CMP pour les patients ne passant pas par l'hôpital -revue systématique des patients en intra hospitalier (mise à jour des dépistages, surveillances etc)	-recruter dans les CMP -cotation	

Tableau 7 : Champs lexicaux

Mot	Nombre	Pourcentage pondéré	Mots similaires
patients	1820	4,22%	patient, patiente, patientes, patients
psychiatrie	1023	2,37%	psychiatre, psychiatres, psychiatrie, psychiatrique, psychiatriquement, psychiatriques
médecin	959	2,22%	médecin, médecine, médecines, médecins
généralistes	653	1,51%	général, générale, généralement, générales, généraliste, généralistes, généraux
pensée	583	1,35%	pensais, pensait, pensant, pense, penser, penseriez, penses, pensez, pensé, pensée
temps	374	0,87%	temps
vraiment	372	0,86%	vrai, vraie, vraies, vraiment
traité	368	0,85%	trait, traitait, traitant, traitants, traite, traitement, traitements, traiter, traité, traitée
suivis	339	0,79%	suivante, suivi, suivie, suivies, suivis
somatique	321	0,74%	somatique, somatiques
soins	315	0,73%	soin, soins
prise	284	0,66%	pris, prise, prises
dire	258	0,60%	dirais, dirait, dire
essayé	245	0,57%	essaie, essayais, essayait, essayant, essayer, essayez, essayé

consulté	233	0,54%	consult, consultais, consultants, consultation, consultations, consulte, consulter, consulté
trouvé	233	0,54%	trouvais, trouvait, trouve, trouver, trouverais, trouves, trouvez, trouvé
voir	232	0,54%	voir, voire
service	231	0,54%	service, services
quelqu'un	222	0,51%	quelque, quelques, quelqu'un
ici	188	0,44%	ici
délire	187	0,43%	délirant, délirante, délirantes, délirants, délire, délirer, délires
coups	178	0,41%	coup, coupe, couper, coups, coupé, coupés
hôpital	177	0,41%	hôpital, hôpitaux
maladie	176	0,41%	malade, malades, maladie, maladies
compliqués	172	0,40%	complications, complique, compliquer, compliqué, compliquée, compliquées, compliqués
souvent	167	0,39%	souvent
toujours	166	0,38%	toujours
refus	166	0,38%	refus, refusaient, refusait, refuse, refuser, refuserai, refuseraient, refusez, refusé
dise	160	0,37%	dis, disaient, disais, disait, disant, dise, disiez
ans	160	0,37%	ans
cas	155	0,36%	cas, case

question	155	0,36%	question, questionne, questionnements, questionnés, questions
ville	152	0,35%	ville
sortis	152	0,35%	sort, sortaient, sortais, sortait, sortant, sorte, sortes, sorti, sortie, sorties, sortir, sortira, sortis
exemple	149	0,35%	exemple, exemples
examen	148	0,34%	examen, examens
jours	145	0,34%	jour, jours
urgences	145	0,34%	urgence, urgences
partir	142	0,33%	part, partaient, partait, partants, parti, partie, parties, partir, partis
hospitalisation	142	0,33%	hospitalisation, hospitalisations, hospitaliser, hospitalisé, hospitalisée, hospitalisées, hospitalisés
gène	139	0,32%	gens, gène
problème	139	0,32%	problème, problèmes
dit	136	0,32%	dit, dite, dites
jamais	135	0,31%	jamais
mal	131	0,30%	mal
travaillé	129	0,30%	travaillaient, travaillais, travaillait, travaillant, travaille, travailler, travaillerait, travailles, travaillez, travaillé, travaillées
systematique	126	0,29%	systematique, systematiquement, systematiques
soignés	123	0,29%	soignaient, soignais, soignant, soignante, soignantes, soignants, soigne,

			soigner, soigné, soignés
moment	121	0,28%	moment, moments
forcément	120	0,28%	force, forcer, forcerais, forcé, forcée, forcément
parlé	119	0,28%	parlais, parlait, parlant, parle, parler, parlera, parlerais, parlerez, parles, parliez, parlé
interne	119	0,28%	interne, internes, interniste
psychotiques	118	0,27%	psychoter, psychotique, psychotiques
équipe	114	0,26%	équipe, équipes
pathologie	113	0,26%	pathologie, pathologies, pathologique, pathologiques
cmp	112	0,26%	cmp
différents	110	0,26%	différemment, différence, différences, différent, différente, différentes, différents
seul	107	0,25%	seul, seule, seulement, seules, seuls
infirmières	105	0,24%	infirmier, infirmiers, infirmière, infirmières
somaticien	105	0,24%	somaticien, somaticienne, somaticiens
entrées	101	0,23%	entré, entrée, entrées
juste	99	0,23%	juste, justement, justes
courrier	99	0,23%	courrier, courriers
vais	98	0,23%	vais
symptôme	98	0,23%	symptôme, symptômes

trop	97	0,22%	trop
unité	96	0,22%	unité, unités
premier	96	0,22%	premier, premiers, première, premières
plutôt	91	0,21%	plutôt
voit	90	0,21%	voit
appelle	89	0,21%	appel, appelais, appelait, appeler, appelez, appellation, appelle, appellees, appels, appelé, appelée, appelés
contacts	89	0,21%	contact, contactant, contacter, contacts, contacté
expliqué	88	0,20%	explication, explications, expliquait, expliquant, explique, expliquer, expliquez, expliqué
stage	88	0,20%	stage, stages
finaleme nt	88	0,20%	final, finalement
rapports	87	0,20%	rapport, rapportait, rapporte, rapporter, rapports, rapportés
spécialités	87	0,20%	spéciale, spécialement, spéciales, spécialiste, spécialistes, spécialité, spécialités, spéciaux
libéraux	87	0,20%	libéral, libérale, libérales, libéraux
intéressée	87	0,20%	intéressaient, intéressais, intéressait, intéressant, intéressante, intéresse, intéresser, intéressé, intéressée
situation	85	0,20%	situation, situations
mettre	85	0,20%	mettre
lien	84	0,19%	lien, liens

peurs	84	0,19%	peur, peurs
mois	84	0,19%	mois
formations	83	0,19%	format, formation, formations
fonctionner	82	0,19%	fonction, fonctionnaient, fonctionnait, fonctionne, fonctionnement, fonctionner, fonctions
sévères	81	0,19%	sévère, sévères
données	81	0,19%	don, donnaient, donnais, donnait, donne, donner, donnerait, donnez, donné, données, donnés
établissez	77	0,18%	établi, établir, établis, établissement, établissements, établissez, établit
possible	77	0,18%	possible, possiblement, possibles
côtés	76	0,18%	côte, côté, côtés
collègues	76	0,18%	collègue, collègues
prend	76	0,18%	prend, prends
mentaux	75	0,17%	mental, mentale, mentales, mentaux
peuvent	75	0,17%	peuvent
travail	75	0,17%	travail
améliorer	75	0,17%	améliorerait, amélioration, améliore, améliorer, améliorera, amélioré, améliorée
vinatier	74	0,17%	vinatier
difficile	74	0,17%	difficile, difficilement, difficiles
plans	74	0,17%	plan, plans
place	74	0,17%	place, places, placé, placée

enfin	73	0,17%	enfin
monde	73	0,17%	monde
peux	73	0,17%	peux
savoir	73	0,17%	savoir
maintenir	73	0,17%	maintenaient, maintenant, maintenir
aura	72	0,17%	aura, auraient, aurais, aurait, aurez, auriez
façons	72	0,17%	façon, façons
laissé	72	0,17%	laissait, laissant, laisse, laisser, laissera, laisses, laissez, laissé, laissée, laissées, laissés
rendez	71	0,16%	rend, rendais, rendait, rende, rendez, rends
sait	71	0,16%	sait
surtout	71	0,16%	surtout
importe	71	0,16%	importance, important, importante, importantes, importants, importe
pourrait	71	0,16%	pourra, pourraient, pourrais, pourrait, pourriez, pourrir, pourris
compte	70	0,16%	comptant, compte, compter, comptes, compté
manières	70	0,16%	maniement, manier, manière, manières
restée	70	0,16%	restait, reste, rester, restera, resterais, resteront, restez, resté, restée, restés
spécifique	69	0,16%	spécificité, spécificités, spécifique, spécifiquement, spécifiques
difficulté	69	0,16%	difficulté, difficultés

gérez	68	0,16%	gère, gères, gérail, gérer, gérez, gérées
accepté	67	0,16%	acceptabilité, acceptait, acceptant, acceptation, accepte, accepter, acceptera, accepterait, accepté, acceptée
besoin	67	0,16%	besoin, besoins
télé	66	0,15%	tel, telle, tellement, télé
veut	65	0,15%	veut
aimé	65	0,15%	aimais, aime, aimer, aimeraient, aimerais, aimerait, aimé
idée	65	0,15%	idée, idées
posé	65	0,15%	posaient, posait, pose, poser, poserait, poses, posez, posé, posée, posés
facile	65	0,15%	facile, facilement, faciles, facilité
venir	63	0,15%	venaient, venait, venant, venez, venir
vie	63	0,15%	via, vie
hein	62	0,14%	hein
croiser	61	0,14%	crois, croise, croiser
globalité	60	0,14%	global, globale, globalement, globales, globalité
notamment	60	0,14%	notamment, note, noté
personnes	60	0,14%	personne, personnes
relations	59	0,14%	relatif, relation, relations, relativement
présenté	59	0,14%	présent, présentation, présentations, présente, présenter, présenterais, présentes, présentez, présents, présenté, présentés

préjugés	59	0,14%	préjugé, préjugés
formés	59	0,14%	formait, forme, former, formes, formé, formée, formées, formés
ait	59	0,14%	ait
santé	59	0,14%	santé
moyens	58	0,13%	moyen, moyenne, moyens
pratique	57	0,13%	pratique, pratiquement, pratiques, pratiqué
secteur	57	0,13%	secteur, secteurs
voulez	56	0,13%	voulaient, voulais, voulait, voulez
manque	55	0,13%	manque, manquerait, manqué, manqués
raisons	55	0,13%	raison, raisonnable, raisonne, raisonner, raisons
rappelle	55	0,13%	rappel, rappeler, appelez, rappelle, rappellerais, rappelée
propres	54	0,13%	propre, propres
gynéco	54	0,13%	gynéco
mieux	54	0,13%	mieux
sens	53	0,12%	sens
organisé	53	0,12%	organisation, organise, organiser, organisez, organisé, organisée, organisées, organisés
amène	53	0,12%	amener, amené, amenée, amenés, amène
bilan	53	0,12%	bilan, bilans
responsable	52	0,12%	responsabilité, responsabilités, responsable, responsables
assurer	52	0,12%	assure, assurer, assuré, assurément

type	52	0,12%	type, types
confiance	52	0,12%	confiance
trois	52	0,12%	trois
chaque	51	0,12%	chaque
internat	51	0,12%	internat
plupart	51	0,12%	plupart
semaine	51	0,12%	semaine, semaines
truc	50	0,12%	truc, trucs
femme	50	0,12%	femme, femmes
grande	50	0,12%	grand, grande, grandes, grands
psy	49	0,11%	psy
effectivement	49	0,11%	effectif, effectifs, effectivement
cabinet	49	0,11%	cabinet, cabinets
hospitalier	49	0,11%	hospitalier, hospitaliers, hospitalière, hospitalières
informer	49	0,11%	information, informations, informe, informer, informé, informés
dossier	49	0,11%	dossier, dossiers
pareil	49	0,11%	pareil, pareils
gardé	49	0,11%	gardait, gardant, garde, garder, gardes, gardez, gardé
faudrait	49	0,11%	faudra, faudrait
communication	48	0,11%	commun, commune, communes, communication, communications, communique, communs
marché	48	0,11%	marchait, marche, marcher, marché
médicaux	48	0,11%	médical, médicale, médicales, médicaux

regarder	48	0,11%	regard, regardait, regarde, regarder, regarderas, regardes, regardez
dépistages	47	0,11%	dépistage, dépistages
heure	47	0,11%	heure, heures
pouvoir	47	0,11%	pouvoir, pouvoirs
occuper	47	0,11%	occupais, occupait, occupant, occupation, occupations, occupe, occuper, occupez, occupé, occupés
troubles	47	0,11%	trouble, troubles
complètement	47	0,11%	complet, complets, complètement, compléter
envie	46	0,11%	envie
pôle	46	0,11%	pôle, pôles
souffrant	46	0,11%	souffrait, souffrant, souffre, souffrir
semble	45	0,10%	semblait, semblants, semble, sembler, semblerait
postes	45	0,10%	post, poste, postes, postée
thérapeutique	45	0,10%	thérapeutique, thérapeutiques
avis	45	0,10%	avis
clinique	44	0,10%	clinique, cliniquement, cliniques
vient	44	0,10%	vient
accompagné	44	0,10%	accompagne, accompagnement, accompagner, accompagné, accompagnée
jeunes	44	0,10%	jeune, jeunes
rentré	44	0,10%	rentrait, rentrant, rentre, rentrer, rentres, rentrez, rentré

fermés	43	0,10%	ferme, fermer, fermé, fermée, fermées, fermés
plaintes	43	0,10%	plaint, plainte, plaintes
rare	43	0,10%	rare, rarement, rares
population	43	0,10%	population, populations
ailleurs	43	0,10%	ailleurs
terme	43	0,10%	terme
veux	43	0,10%	veux
abord	42	0,10%	abord, aborde, aborder, abordez, abords, abordé
devrait	42	0,10%	devraient, devrais, devrait
particulier	42	0,10%	particulier, particuliers, particulière, particulièrement, particulières
douleur	42	0,10%	douleur, douleurs
schizophrène	42	0,10%	schizophrène, schizophrènes, schizophrénie
petit	42	0,10%	petit
diabétique	41	0,10%	diabète, diabétique, diabétiques
modes	41	0,10%	mode, modes
discuté	41	0,10%	discutable, discutait, discute, discuter, discutez, discuté, discutées
basé	41	0,10%	bas, base, bases, basé
normal	41	0,10%	normal, normale, normalement, normales, normalité, normaux
veulent	41	0,10%	veulent
domaine	41	0,10%	domaine, domaines
chambre	40	0,09%	chambre, chambres

attention	40	0,09%	attente, attentes, attention, attentive
simple	40	0,09%	simple, simplement, simples
années	40	0,09%	année, années
pluridisciplinaire	40	0,09%	pluridisciplinaire, pluridisciplinaires
proposé	40	0,09%	proposant, propose, proposer, proposez, proposé, proposées
sentir	40	0,09%	sent, sentais, sentait, sente, sentez, senti, sentie, sentiment, sentiments, sentir, sentirais, sentirez
suite	40	0,09%	suit, suite
dépend	40	0,09%	dépend, dépendant, dépendante, dépends
durée	39	0,09%	dur, dure, durer, duré, durée, durées
long	39	0,09%	long, longs
remplaçants	39	0,09%	remplace, remplacement, remplacements, remplacer, remplacera, remplacé, remplacés, remplaçant, remplaçante, remplaçants
contraintes	39	0,09%	contraint, contrainte, contraintes, contraints
disent	39	0,09%	disent
rdv	39	0,09%	rdv
examinés	39	0,09%	examinais, examinait, examine, examiner, examinerais, examinez, examiné, examinés
grave	39	0,09%	grave, graves
exercice	38	0,09%	exercice, exercices

psychique	37	0,09%	psychique, psychiquement, psychiques
connais	37	0,09%	connais, connait
coreso	37	0,09%	coreso
dentaire	37	0,09%	dentaire, dentaires
étaient	37	0,09%	étaient
technique	37	0,09%	technique, techniques
assistante	37	0,09%	assistance, assistances, assistant, assistante, assistants, assiste
centre	37	0,09%	centre, centres, centrée
aidé	37	0,09%	aidant, aide, aider, aides, aidé
prenait	37	0,09%	prenait, prenant, prenante, prenez, prenne
courir	37	0,09%	courant, courante, courantes, courir, cours
extérieur	37	0,09%	extérieur, extérieure, extérieures, extérieurs
points	37	0,09%	point, points
gros	36	0,08%	gros
longtemps	36	0,08%	longtemps
parcours	36	0,08%	parcours
prennent	36	0,08%	prennent
puisse	36	0,08%	puisse
soient	36	0,08%	soient
viennent	36	0,08%	viennent
mette	36	0,08%	met, mets, mettaient, mettais, mettait, mettant, mette, mettez
pédiatriques	36	0,08%	pédiatre, pédiatres, pédiatrie, pédiatrique, pédiatriques

obligé	36	0,08%	obligation, oblige, obliger, obligé, obligée, obligés
début	36	0,08%	début, débute
connaissances	35	0,08%	connaissaient, connaissais, connaissait, connaissance, connaissances, connaissant, connaisse, connaissez
chercher	35	0,08%	cherchaient, cherchais, cherche, chercher, cherché
pouvait	35	0,08%	pouvaient, pouvais, pouvait, pouvant, pouviez
représenter	35	0,08%	représentation, représentations, représente, représenter, représentés
stratégies	35	0,08%	stratégie, stratégies
entretiens	35	0,08%	entretien, entretiens
accord	35	0,08%	accord, accordée
gagné	35	0,08%	gagne, gagner, gagneraient, gagnerais, gagnes, gagnez, gagné
ecg	35	0,08%	ecg
époque	35	0,08%	époque
régulièrement	34	0,08%	régulier, régulièrement, régulières
changé	34	0,08%	change, changement, changer, changerait, changé, changée
personnel	34	0,08%	personnel, personnelle, personnellement, personnelles, personnels

commencé	34	0,08%	commence, commencer, commences, commencé, commençaient
finit	34	0,08%	fin, fine, fini, finisse, finissent, finit, fins
sociale	34	0,08%	social, sociale, socialement, sociales, sociaux
niveau	34	0,08%	niveau, niveaux
accès	34	0,08%	accès
alliance	34	0,08%	alliance
avaient	34	0,08%	avaient
cancer	34	0,08%	cancer
nombre	34	0,08%	nombre
effets	33	0,08%	effet, effets
expérience	33	0,08%	expérience, expériences
utilisez	33	0,08%	utilisant, utilise, utiliser, utilisez
voyez	33	0,08%	voie, voies, voyaient, voyais, voyait, voyant, voyants, voyez
contents	33	0,08%	content, contente, contenter, contentes, contention, contentions, contents
ensemble	33	0,08%	ensemble
intrication	33	0,08%	intrication, intriqué, intriquées
discussion	32	0,07%	discussion, discussions
disposition	32	0,07%	dispositif, dispositifs, disposition
envoie	32	0,07%	envoie, envoyait, envoyant, envoyer, envoyez, envoyé, envoyée, envoyées, envoyés
adaptés	32	0,07%	adaptabilité, adaptation, adapte,

			adapter, adaptera, adapté, adaptée, adaptés
état	32	0,07%	état, états
courts	31	0,07%	court, courte, courtes, courts
choix	31	0,07%	choix
journée	31	0,07%	journée, journées
longue	31	0,07%	longue, longues
prescrit	31	0,07%	prescris, prescrit
augmenté	31	0,07%	augmente, augmenter, augmenté
dernier	31	0,07%	dernier, derniers, dernière, dernières
exercez	31	0,07%	exerce, exercer, exercez, exercé, exerçais, exerçant
méfier	31	0,07%	méfiant, méfiants, méfier
isolement	31	0,07%	isolement, isolé, isolée, isolés
lutter	31	0,07%	lutte, lutter
cardio	30	0,07%	cardio
évolution	30	0,07%	évoluant, évolue, évoluer, évolution, évolué, évoluées
problématique	30	0,07%	problématique, problématiques
sectorisé	30	0,07%	sectorisé, sectorisée, sectorisées, sectorisés
cadré	30	0,07%	cadrant, cadre, cadré, cadrées
risqué	30	0,07%	risquait, risque, risques, risqué
surveillance	30	0,07%	surveillance, surveille, surveiller, surveilles, surveillé, surveillés
atteint	30	0,07%	atteint, atteints
motif	30	0,07%	motif, motifs

vite	29	0,07%	vit, vite
arrivent	29	0,07%	arrivent
autant	29	0,07%	autant
connaissent	29	0,07%	connaissent
maison	29	0,07%	maison, maisons
staff	29	0,07%	staff
structure	29	0,07%	structure, structures, structuré
relèves	29	0,07%	relevait, relève, relèves
adressé	29	0,07%	adresse, adresser, adresses, adressé, adressés
composez	29	0,07%	compose, composer, composez, composé
fasse	29	0,07%	fasse, fassiez
évitent	28	0,06%	évitent
impression	28	0,06%	impression
actuellement	28	0,06%	actuel, actuelle, actuellement
biologie	28	0,06%	biologie, biologies, biologique, biologiques
revenir	28	0,06%	revenaient, revenait, revenant, revenez, revenir
comprends	28	0,06%	comprend, comprends
écouté	28	0,06%	écoute, écouter, écoutez, écouté, écoutée
distinction	28	0,06%	distinction, distinctions
études	28	0,06%	étude, études
rôle	28	0,06%	rôle, rôles
créé	27	0,06%	créer, créé, créées
décidé	27	0,06%	décide, décider, décidé
évidemment	27	0,06%	évidemment, évident, évidente, évidentes

famille	27	0,06%	famille, familles
complexes	27	0,06%	complexe, complexes, complexité
médicaments	27	0,06%	médicament, médicaments
mis	27	0,06%	mis, mise, mises
coordonné	27	0,06%	coordonateur, coordonateurs, coordonner, coordonné, coordonnées
engagé	27	0,06%	engage, engagement, engager, engagez, engagé
métabolique	27	0,06%	métabolique, métaboliques
petite	27	0,06%	petite, petites, petits
principaux	27	0,06%	principale, principalement, principales, principaux
attrait	27	0,06%	attrait
demi	27	0,06%	demi
eut	27	0,06%	eut
neuroleptiques	26	0,06%	neuroleptique, neuroleptiques
partagé	26	0,06%	partage, partageais, partageant, partager, partagé, partagée, partagées, partagés
décririez	26	0,06%	décririez, décriis, décrit
intérêt	26	0,06%	intérêt, intérêts
plateau	26	0,06%	plateau, plateaux
appréhendent	26	0,06%	appréhendent
appris	26	0,06%	appris
semi	26	0,06%	semi
attitudes	25	0,06%	attitude, attitudes
expose	25	0,06%	expose, exposer, exposé, exposées
permet	25	0,06%	permet, permette

spécialisés	25	0,06%	spécialisation, spécialise, spécialiser, spécialisé, spécialisée, spécialisées, spécialisés
existe	25	0,06%	existait, existant, existe, exister, existerait
portée	25	0,06%	porte, porter, portes, porté, portée
régler	25	0,06%	règle, réglerait, règles, régler, réglé, réglée, réglées, réglés
tête	25	0,06%	tête, têtes
activité	25	0,06%	active, activité, activités
agressivité	25	0,06%	agresser, agressif, agressifs, agression, agressions, aggressive, agressives, agressivité, agressée, agressés
constipation	25	0,06%	constipation, constipations, constipe, constipé, constipée, constipées, constipés
objectif	25	0,06%	objectif, objectifs, objectivement, objectives
dirigés	25	0,06%	dirige, diriger, dirigé, dirigés
mots	25	0,06%	mot, mots
ouvert	25	0,06%	ouvert, ouverte, ouvertes, ouverts
pourtant	25	0,06%	pourtant
chroniques	24	0,06%	chronique, chroniquement, chroniques
choisi	24	0,06%	choisi, choisir, choisissait, choisit

franchement	24	0,06%	franchement, franchises, franchir
habitude	24	0,06%	habitude, habitudes
hermétiques	24	0,06%	hermétique, hermétiques
physique	24	0,06%	physique, physiquement, physiques
clairement	24	0,06%	clair, claire, clairement, claires, clairs
externe	24	0,06%	externe, externes
manifestations	24	0,06%	manifestation, manifestations
respecté	24	0,06%	respectant, respecte, respecter, respecté
retrouvée	24	0,06%	retrouve, retrouver, retrouvé, retrouvée
aucun	24	0,06%	aucun, aucune
compris	24	0,06%	compris
disponibilité	24	0,06%	disponibilité
positive	24	0,06%	positif, positifs, position, positions, positive
psyché	24	0,06%	psyché
revol	24	0,06%	revol
soma	24	0,06%	soma
voient	24	0,06%	voient
vue	24	0,06%	vue, vues
histoire	23	0,05%	histoire, histoires
dépression	23	0,05%	dépressif, dépressifs, dépression, dépressive
limité	23	0,05%	limitant, limitation, limite, limiter, limites, limité, limitée, limitées, limités
mortalité	23	0,05%	mortalité
réunions	23	0,05%	réunion, réunions

confrontation	23	0,05%	confrontation, confronte, confronter, confronté, confrontés
imaginer	23	0,05%	imaginai, imagination, imagine, imaginer, imagineriez, imagines, imaginez
élevée	23	0,05%	élevé, élevée, élève
aujourd'hui	22	0,05%	aujourd'hui
bout	22	0,05%	bout
corps	22	0,05%	corps
nouveau	22	0,05%	nouveau, nouveaux
obligatoire	22	0,05%	obligatoire, obligatoirement
public	22	0,05%	public
uhcd	22	0,05%	uhcd
réussir	22	0,05%	réussi, réussir, réussisse, réussit
solution	22	0,05%	solution, solutions
ferait	22	0,05%	fer, fera, ferai, feraient, ferais, ferait
intégré	22	0,05%	intègre, intégrait, intégrant, intégrante, intégration, intégrer, intégrité, intégré, intégrée, intégrés
rendu	22	0,05%	rendu, rendue
considère	22	0,05%	considère, considérable, considérait, considération, considérer, considérez, considérée, considérés
leviers	22	0,05%	levier, leviers
secondaires	22	0,05%	secondairement, secondaires
matin	21	0,05%	matin, matins, matinée
psychotropes	21	0,05%	psychotrope, psychotropes

rencontré	21	0,05%	rencontre, rencontrer, rencontres, rencontré, rencontrés
ressentir	21	0,05%	ressent, ressentez, ressenti, ressenties, ressentir
droit	21	0,05%	droit, droite, droits
préoccupation	21	0,05%	préoccupation, préoccupations, préoccupe, préoccuper, préoccupés
tard	21	0,05%	tard, tarde
thèse	21	0,05%	thèse, thésé
touchés	21	0,05%	touchaient, touchants, touche, toucher, touché, touchés
approche	21	0,05%	approche, approcher
couverture	21	0,05%	couverture
etablissement	21	0,05%	etablissement
êtes	21	0,05%	êtes
genre	21	0,05%	genre
morbi	21	0,05%	morbi
notion	21	0,05%	notion, notions
psychose	21	0,05%	psychose, psychoses
savent	21	0,05%	savent
suivre	21	0,05%	suivre
mail	20	0,05%	mail, mails
comporter	20	0,05%	comporte, comportement, comportements, comporter, comportée

Entretiens semi-dirigés : Dr A

Femme Médecin de 33 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale

-Fonction: assure les consultations de gynécologie aux spécialités du CH Le Vinatier (pour les patientes hospitalisées au Vinatier, ou suivies au CMP, ou ayant été hospitalisées au Vinatier). Avant, assistante en soins somatiques sur trois services de secteur d'hospitalisation.

-Service: Les spécialités

-Etablissement public sectorisé avec tous types d'unités (pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, ouvert, fermé, patients déficitaires, ULE).

-Mode d'exercice: hospitalier et libéral. Patientes vues en hospitalier: adultes.

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: entre trois et cinq patientes vues par journée de consultation de gynécologie (car beaucoup de PVPP)

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-J'ai commencé en 2016. Et j'ai fait un stage d'internat avant, aussi.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie?

-Alors pendant l'internat j'avais des stages à faire et j'ai toujours été très intéressée par la psychiatrie, et j'avais fait un premier stage quand j'étais externe au sein d'une unité fermée à l'époque, à l'hôpital psychiatrique de Strasbourg. Du coup quand il s'est agit de faire un stage en plus en spécialité, je voulais faire de la psychiatrie, et il y avait un stage aux urgences psychiatriques où l'on ne faisait que de la psychiatrie et pas de somatique. Donc j'ai commencé par là, et c'était ici. J'ai fait six mois de psychiatrie en faisant effectivement très peu de somatique. Et puis j'ai terminé mon internat et j'ai commencé par faire des remplacements en médecine libérale de ville. Et à un moment donné j'ai vu apparaître une annonce sur le site Facebook des remplaçants, on recherchait une assistante en somatique au Vinatier. Donc j'ai sauté sur l'occasion parce que j'avais un remplacement qui ne se passait pas très bien, et j'ai pris le poste d'assistante. Sachant que j'étais la seule et unique candidate de toutes façons, vu le peu d'intérêt en général de mes collègues pour cette discipline. Et j'ai commencé mon assistanat là bas, donc j'ai passé deux années au pôle ouest du Vinatier, à faire donc pour le coup de la médecine somatique uniquement. Ensuite au bout de deux ans, je suis retournée en médecine générale de ville (en aout 2018). Je me suis installée en collaboration. Et en janvier 2019, après 6 mois d'interruption, je suis retournée une demi journée par semaine au Vinatier pour cette fois faire des consultations de gynécologie, les mardi après midi, en plus de mon activité libérale.

-Est-ce que prendre psychiatrie après l'ECN t'avait traversé l'esprit? 3:36

-Oui, ça m'avait traversé l'esprit. J'avais hésité entre la médecine générale et la psychiatrie. Mais j'aime bien avoir un regard général sur le patient, je n'aime pas trop faire tout le temps la même chose, et du coup je trouvais que la médecine générale était plus intéressante sur ce plan-là. D'autant plus qu'on peut faire plein de psychiatrie en médecine générale mais qu'on ne fait pas beaucoup de médecine générale en psychiatrie. Donc j'ai choisi la médecine générale pour ça.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère? 4:29

-Alors il y a beaucoup de différences.

La première différence c'est l'abord du patient. Parce que la communication est généralement altérée dans les deux sens: à la fois pour expliquer au patient mais aussi pour recueillir les informations. Du coup c'est parfois une médecine qui ressemble un peu à la pédiatrie, où l'on se base sur l'entourage, et surtout sur l'examen... l'interrogatoire, ça va être très variable, il y a des patients dont l'interrogatoire va être quasiment similaire à celui d'un patient qui n'a pas de psychose. Il y a des patients bipolaires avec qui ça se passe très bien. Il y a même des patients psychotiques qui sont tout à fait capables de donner des informations fiables. Et puis bien sûr il y a des patients complètement délirants, des patients qui parlent très peu, des patients qui sont très opposants, et où l'interrogatoire va être très compliqué. Donc il y a déjà ça, le contact, et de se faire comprendre, et de ne pas se laisser disperser, envahir par le délire. Ce qui peut être compliqué parfois, surtout quand les patients ont des délires somatiques, de type hypochondriaque. Donc là c'est difficile de ne pas se faire envahir mais c'est quelque chose qu'on apprend et on est meilleur au bout de deux ans que le premier jour. Donc ça c'est la première spécificité.

Après il y a des spécificités somatiques. Les patients ont des terrains de toute façon à risque, avec les traitements qu'ils prennent, avec les toxiques qu'ils prennent souvent, avec les comportements à risque, avec un terrain favorable aux maladies cardiovasculaires, au syndrome métabolique, aux pathologies pulmonaires, aux pathologies infectieuses, ce genre de choses. Le fait qu'ils soient institutionnalisés souvent, aussi, ça augmente certaines pathologies.

Et puis après il y a le regard des spécialistes aussi, qui est difficile. Parce que comme on est médecin généraliste on fait souvent appel quand même aux spécialistes. Et c'est vrai qu'il est parfois compliqué d'avoir un spécialiste qui s'intéresse un peu au patient, qui essaie de... alors la plupart du temps ça se passe très bien, mais c'est vrai que parfois il y a des examens qui ne sont pas possibles, des consultations qui sont compliquées. Là je le vois en gynécologie, les consultations gynécologiques ne sont déjà pas faciles pour les femmes qui n'ont pas de problèmes psychiatriques, mais quand c'est une femme qui a une vision de son corps qui est compliquée, quand c'est une femme qui a subi des violences, des viols, ou qui pensent en avoir subi... parce qu'on a aussi beaucoup de délires de viol, de grossesse, de choses comme ça... quand une patiente me soutient mordicus qu'elle est enceinte et qu'elle ne l'est pas, c'est parfois compliqué à gérer. Et l'examen gynécologique est parfois compliqué parce qu'il est très intrusif. Parfois on le diffère, il faut parfois deux ou trois consultations. Parfois quand il s'agit plutôt de douleurs ressenties, on le fait sous MEOPA, on le fait avec l'aide de l'infirmière qui va faire un peu d'hypnose pour calmer la patiente... voilà.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients? 8:25

-Je pense que le problème vient des deux côtés. Il faut être objectif, il y a plein de patients psychotiques qui ne se rendent pas aux consultations parce qu'ils n'en voient pas l'intérêt. Des patients qui n'ont pas envie d'être questionnés, qui n'ont pas envie d'être examinés. La question de l'examen aussi physique, c'est parfois très facile et parfois beaucoup plus compliqué. La question de l'incurie aussi qui est parfois difficile à vivre, pour le patient et pour le médecin. Donc ça c'est le côté patient.

Après il y a le côté médecin. Pour voir un patient psychotique ou bipolaire grave, il faut s'investir plus qu'avec un patient normal, il faut adopter des stratégies plus élaborées pour

obtenir des informations fiables, il faut parfois appeler l'entourage, il faut plus de temps. Et le temps c'est ce qui manque le plus. Donc c'est parfois compliqué de consacrer du temps à un patient qui vient tout le temps en retard, qui ne se présente pas une fois sur deux, qui vous raconte des choses complètement délirantes pendant la moitié de la consultation. Et il faut s'investir plus et c'est parfois compliqué. Et puis il y a des collègues, je pense, qui ne sont pas là dedans. Qui veulent être efficaces, et qui le sont surement pour la plupart des patients, mais pour ce genre de patient ça ne marche pas.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients? 10:03

-Je pense que ça dépend du médecin. Il y a des médecins plus ou moins orienté psychiatrie, plus ou moins patients. Après je pense que tous les médecins généralistes ont, dans leur patientèle, quelques patients psychotiques qu'ils connaissent très bien, dont ils connaissent la famille, et qu'ils arrivent à suivre parce que le patient a confiance en eux, parce que c'est le médecin de famille. Mais je dirais qu'il y a des patients comme ça, et qu'il y a le reste des patients qui ne voit pas de médecin, ou qui en voit de façon complètement anarchique, avec de l'errance médicale. Mais ça dépend des médecins. Je pense qu'il y a des médecins qui clairement fuient les patients psychotiques, ne veulent pas les voir et qui ne cherchent pas à entretenir la relation et approfondir le lien pour ne pas que le patient revienne.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient? 11:20

-Jamais à l'hôpital psychiatrique, mais ça m'est arrivé deux fois en libéral.

-Et c'était des patients psychotiques ou autre?

-La première c'était une patiente toxicomane. J'étais remplaçante ou interne, en cabinet, et cette patiente me demandait un dossier MDPH pour son AAH, et en fait elle refusait de répondre à mes questions. Elle me menaçait. Elle voulait que je remplisse le dossier sans lui poser de questions. Ce qui est tout à fait intéressant en terme de relation en fait, puisqu'elle attendait de moi quelque chose que je ne pouvais pas lui donner puisqu'elle ne me donnait pas les informations nécessaires. Donc elle m'a menacée quasiment physiquement, je l'ai fait sortir et elle a revu son médecin traitant habituel, a priori.

Et puis le deuxième patient, c'est un patient que je suis actuellement. Il n'est pas diagnostiqué. Je pense qu'il est psychotique. Mais c'est compliqué, je ne suis pas psychiatre, mais je pense qu'il est psychotique, probablement paranoïaque, violent, qui a fait de la prison, qui n'a jamais été franchement menaçant envers moi, c'est pour ça que je continue à le voir, mais qui me dit battre sa femme, qui me dit qu'il a beaucoup de violence en lui et c'est vrai que ça m'est arrivé à certaines consultations de me dire « bon, il faut que ça s'arrête », et j'arrêtais la consultation parce que sinon j'étais très mal à l'aise. Je sens bien qu'il ne faudrait pas que je le contrarie. Alors je ne vais pas dans son sens non plus mais pour le moment il n'a pas fait de demandes exorbitantes auxquelles j'aurais été obligée de dire non. Pour l'instant, je lui renouvelle son traitement, on discute, il me parle de sa haine des psychiatres et du fait qu'il ne veut plus jamais en revoir un seul, et pour l'instant ça s'arrête là. Mais le jour où je lui refuserai quelque chose, je ne sais pas comment ça va se passer.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine? 13:39

-Hm.. je n'avais pas de préjugés quand je suis arrivée en tant qu'interne aux urgences, mais après 6 mois j'avais beaucoup l'image du temps long en psychiatrie. Ça c'est quelque chose

qui m'avait énormément marquée, parce que quand j'avais pris stage d'urgences, j'entendais le mot « urgences » dans « urgences psychiatriques ». Et en fait non, c'était « psychiatrique » qu'il fallait entendre, sachant que le temps en psychiatrie est très allongé, très étiré. Toutes les prises en charge sont très longues. On prend le temps de faire tout ce qui est bien mais qui peut sembler parfois, pour quelqu'un qui n'a pas l'habitude, un peu difficile à supporter. Même si je suis plutôt quelqu'un de patient, c'est vrai que quand on dit que le patient va voir son psychiatre une fois par semaine alors qu'il est hospitalisé pour ça... C'est compliqué à entendre. Après il y a toutes les histoires budgétaires, l'organisation etc, mais c'est vrai que c'est quelque chose qui est parfois difficile. Compréhensible dans certaines situations mais parfois surtout lié à l'organisation, au manque de moyen en psychiatrie, de toutes façons c'est un problème récurrent et qui impacte beaucoup les prises en charge. Mais oui c'était surtout sur ça que j'essayais de lutter quand je suis arrivée.

-Et est-ce que par rapport à un patient justement, le fait de savoir qu'il a commis des actes violents, des crimes, est ce que ça te pose problème de le savoir quand tu les prends en charge?

-Oui, moi je trouve que ça pose un gros problème. Quand j'étais interne je suis allée travailler dans la prison, et sans que je n'ai rien demandé une infirmière m'a dit que le patient était pédophile, ce qui m'a beaucoup dérangée parce que le patient était très sympathique et que je me serais sûrement comportée différemment si je ne l'avais pas su. Et du coup maintenant ça m'arrive de voir des patientes de la prison en gynécologie, et je ne veux pas savoir ce qu'elles ont fait avant de les voir. Donc je les vois comme des patientes normales sauf qu'elles sont menottées au brancard quand elles arrivent et qu'il y a trois policiers qui vérifient les fenêtres de mon cabinet de consultation avant que je puisse les voir, mais sinon je ne regarde pas du tout leur dossier psychiatrique avant et je ne leur demande pas. Et je pense que ça permet de se comporter plus facilement. Après, je suis dans un hôpital psychiatrique. Donc il y a des infirmiers autour, il y a la sécurité, un cadre sécurisant... je peux avoir la liberté de faire ça. Dans un cabinet c'est plus compliqué. Le patient qui me fait un petit peu peur je préfère être au courant qu'il a fait de la prison, qu'il a été violent, parce que je pense que je suis plus sur mes gardes et que je fais plus attention à ce que je dis, et que je suis peut-être moins « cash », je vais prendre des pincettes pour éviter qu'il s'énerve.

-Après le risque c'est que ça produise l'effet inverse non?

-Tout à fait. Le risque c'est d'être moins naturelle et qu'il le sente. Après je pense que ça peut paraître égoïste mais il faut penser à notre sécurité avant tout. Quand je peux le faire et que je peux ne pas savoir ce qu'ils ont fait, je préfère. Parfois, ce n'est pas possible.

— — — — —

-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service? (Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)

17:28

-Alors il y avait plusieurs modes d'entrée. Parce qu'on avait trois services, deux services d'entrée et un service transversal. Donc les services d'entrée on avait quand même des patients qui revenaient régulièrement, donc on ne faisait pas un bilan à chaque fois, mais tous les nouveaux patients, normalement je les voyais. Donc j'avais un système d'agenda sur l'ordinateur où les infirmiers me mettaient les nouveaux patients à voir sur une journée. Donc j'essayais de voir assez systématiquement, quand ils étaient plus calme de préférence, sauf urgence somatique j'essayais de les voir après quelques jours pour leur laisser le temps

de se poser. Et puis pour bien signifier qu'on était en hôpital psychiatrique et pas en hôpital général. Et que l'objectif c'était de faire le point au niveau psychiatrique, et de les aider sur le plan psychiatrique, et que le bilan somatique venait « en appoint ». Sachant que c'était souvent des patients qui n'étaient pas du tout suivis. Après on avait des patients qui étaient très bien suivis et là je me mettais en contact avec le médecin traitant, on refaisait le point s'il y avait des examens qui étaient plus faciles à organiser 18:32 pendant l'hospitalisation, des choses comme ça. Et puis après les infirmiers pouvaient me mettre des patients quand ils avaient des plaintes. J'ai eu un ou deux patients très très très demandeurs, qui m'interpellaient à chaque fois et pour lesquelles je faisais des consultations systématiques. Je leur disais « je vous vois tous les mardis à 14h », et quand ils m'interpellaient les autres jours je leur disais « vous gardez ce motif là et vous m'en parlerez mardi à 14h ». Et donc j'en ai pas eu beaucoup, des patients comme ça, mais j'en ai eu quelques uns que je voyais systématiquement, même si c'était pour bavarder et discuter de choses qui avaient généralement pas beaucoup d'importance sur le plan physique. Ça leur faisait du bien, je pense.

Et puis après il y avait les urgences où là on m'appelait directement.

-C'est bien comme technique!

-Ah au bout d'un moment c'est obligé, sinon c'est trop chronophage. Mais je pense que ça fait partie du fait de notre position privilégiée, on n'est pas psychiatres, donc on ne punit pas, on n'enferme pas, on ne donne pas de traitements qui font baver, donc on a le bon rôle et il y en a qui préfèrent venir nous voir parce qu'ils savent que ça n'a pas de conséquences sur leur privation de liberté.

-Oui, il y a une souffrance et comme ce n'est pas toujours simple de distinguer si elle est psychique ou somatique, ils vont t'en parler parce qu'ils savent que tu es médecin.

-Oui. Et même si la gynécologie c'est de l'ordre de l'intime, ce sera toujours beaucoup moins intime que de parler de problèmes psychiques. C'est toujours moins intrusif.

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif? 21:30

-Alors ça j'ai beaucoup tâtonné. Quand j'étais interne, j'étais très maladroite là-dessus. Parce que c'était très compliqué effectivement pour moi de décider s'il fallait rentrer dans le délire ou complètement le repousser. Je pense que là ce que je fais, c'est que je m'adapte au patient. Alors je ne rentre jamais complètement dans le délire. Je ne rentre jamais dans le délire. Parce que j'ai essayé une fois quand j'ai commencé, et que ça ne marche pas du tout. Et en fait j'essaie de ne pas nier la parole du patient. Je tourne autour du pot. Et je dis que moi, c'est mon ressenti, mais que tout est subjectif et je tourne un peu autour du pot. Et j'essaie d'arriver à ce que le patient fasse ce que je pense être bon pour lui. Après parfois, je n'y arrive pas.

Ça ne m'est arrivé qu'une seule fois de forcer un patient à faire quelque chose. Une seule fois dans toute ma carrière. Et c'était un patient psychotique qui ne marchait plus, un jeune patient qui ne marchait plus, simplement, et donc qui refusait d'aller aux urgences. Et donc je l'avais pour le coup forcé, je l'avais presque engueulé. Lui il disait qu'il n'avait pas de souci, qu'il marchait très bien, alors qu'il tombait par terre. Alors je l'ai forcé à se mettre sur le brancard. Et c'était une sclérose en plaque donc heureusement que j'ai un peu outrepassé mes droits de médecin ce jour-là. Mais d'habitude je fais avec l'accord du patient. Et s'il ne veut pas je réessaie une autre fois et puis voilà.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux? 23:25

-De toutes façons ça je pense que l'intrication psychique et somatique n'est pas spécifique à la psychiatrie. Elle est présente chez tout le monde, et il n'y a pas besoin d'être psychotique pour faire de l'eczéma quand on est stressé ou pour avoir mal au ventre et la diarrhée avant le bac. Mais c'est même parfois plus simple chez un psychotique, parce que quand c'est franchement délirant, bon, on est plus rassuré si les examens sont normaux. Alors que quand c'est plus nuancé, c'est parfois plus compliqué. Mais de toutes façons c'est très intriqué. Après... j'étais avec quelques psychiatres qui étaient très psychanalytiques et qui analysaient tous les... même les symptômes somatiques comme des expressions de la psyché, bon parfois je trouve qu'ils allaient un peu loin et que c'était très interprétatif symboliquement. Moi je n'allais pas aussi loin. Si l'examen était rassurant... Mais c'est vrai que c'est quelque chose qui peut être compliqué parfois.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale? 24:35

-Très mal. Très très mal. Je vis très mal le refus de soin, et ce d'autant plus qu'il n'y a pas de pathologie psychiatrique. Parce que quand il y a une pathologie psychiatrique, je retourne à la charge, régulièrement. J'essaie d'aborder sous différents aspects, parfois c'est intéressant que les infirmiers s'y mettent aussi. 24:58

Surtout qu'en général les patients ont des infirmiers préférés, qui peuvent parfois avoir une influence sur eux. Donc sur certains patients parfois je me suis éhontément servie d'infirmiers pour essayer de convaincre le patient de faire ce que je voulais qu'il fasse. Je ne mens jamais franchement au patient, mais parfois je tourne un petit peu. Je peux, si je veux qu'il fasse un examen, invoquer d'autres raisons utiles pour cet examen, alors même que ce n'est pas la raison principale.

Après le refus de soin, je le respecte. Quand il n'y a pas d'urgence vitale et immédiate, je le respecte toujours. Quand il est répété et vraiment refusé... je pense qu'on n'a pas à nier le libre arbitre du patient même si c'est pour de mauvaises raisons. Même les gens pas psychotiques ont parfois de mauvaises raisons pour refuser les soins donc de toutes façons on n'est là que pour proposer, je pense aussi pour insister un peu plus qu'auprès des patients qui n'ont pas de pathologie psychiatrique, mais ma foi s'ils refusent, ils refusent et puis c'est tout.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants? 26:26

-L'humour. Dans tous les cas. Adaptés au patient, car il y a des patients qui sont un peu plus... qui ont du mal à intégrer le second degré. Je ne fais pas de second degré avec des patients psychotiques. Mais généralement le sourire, la détente, les petites plaisanteries, ça marche assez souvent.

De toutes façons j'essaie de voir les patients quand ils ne sont pas en crise, aussi, sauf urgence.

Et puis quand je peux aller dans leur sens, je vais dans leur sens. Si ce n'est pas complètement délirant et que ça ne heurte aucun principe, je vais dans leur sens et je les caresse dans le sens du poil.

Généralement ça se passe assez bien. Il y a assez peu de patients qui sont vraiment réfractaires et, ma foi, ce sont eux dont on parle le plus et ce sont ceux qui posent le plus de problèmes... Mais finalement la plupart du temps ça se passe très bien.

Je les revois plusieurs fois quand c'est compliqué, quand il faut reparler de certaines choses. Après il y a certains patients avec lesquels je ne suis jamais arrivée à rien. Les patientes de gynéco, ça ne fait qu'un an et demi donc là je commence juste à en revoir pour leur suivi annuel, donc ça c'est super aussi parce que ça se passe bien. Si elles reviennent, je me dis que c'est que ça va. Après il faut parfois, en revenant à la charge, faire attention à ne pas franchir la limite entre insistance et intrusion.

Et puis oui, je les revois, mais en service ce n'était pas toujours facile parce qu'on a parfois beaucoup de patients à voir, aussi. On manque de temps parfois pour revoir. Mais je ne peux pas non plus trop me plaindre du manque de temps en général, si je veux revoir un patient j'y arrive.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-IDEM VINATIER

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...? 29:47

(question qui s'applique à la période où tu étais en secteur)

-Oui, autant que faire se peut et si on avait le temps, parce qu'il y a parfois des hospitalisations très courtes pour faire ça. Mais comme la plupart du temps elles sont assez longues, on essayait de reprendre, si ce n'est tous les suivis, au moins de s'assurer que le patient avait un médecin généraliste, sinon de l'envoyer à CoReSo, le système que tu connais bien pour trouver un nouveau médecin traitant, et puis après oui la gynécologie, sachant que pareil il y avait la consultation spécialisée du Vinatier mais avec un mois et demi de délais, on prenait rendez vous mais s'ils n'étaient plus hospitalisés au moment du rendez-vous il fallait s'assurer qu'ils y aillent, etc. Mais oui on essayait de reprendre les suivis systématiques, oui.

— — — — —

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis? 30:50

-Alors je ne revois pas les patients après leur sortie. Je faisais un paragraphe somatique qu'on intégrait dans le compte rendu d'hospitalisation. On avait décidé de faire ça au début pour qu'il y ait quand même un compte rendu des examens qu'on avait pratiqué, des choses qu'on avait faites, mais pas dans un courrier à part parce qu'on considérait que ça faisait partie de l'hospitalisation et de la prise en charge globale. Et puis on sait que les médecins généralistes n'ont pas forcément le temps de lire en détail tous les courriers donc si on envoie un courrier c'est mieux que deux.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

-On envoyait à CoReSo pour lui trouver un nouveau médecin traitant. On avait beaucoup de chroniques qui eux, avaient un médecin traitant depuis le temps, mais c'était surtout les nouveaux patients qui n'en avaient pas et on les envoyait systématiquement à CoReSo.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

32:29

-Alors en gynécologie il n'y a rien. Mais j'ai une boîte mail avec accès aux adresses de tous les psychiatres du Vinatier. Donc ça m'est arrivé quand je voyais une patiente en gynécologie qui me semblait un peu instable ou problématique, d'envoyer un mail au psychiatre pour lui expliquer la situation, et puis avec mes collègues somaticiens aussi. Quand j'étais en hospitalisation, les réunions, les staff, les relèves infirmières, on faisait plusieurs réunions par semaine donc c'est vrai qu'il y avait beaucoup de concertations. Je dois dire que j'étais assez écoutée des psychiatres, ça je n'ai jamais eu de soucis avec ça, on ne m'a jamais reléguée au second plan, d'ailleurs parfois c'était plutôt l'inverse: « trouve nous une cause somatique! » à quelque chose qui n'en avait pas... Mais on discutait beaucoup avec les psychiatres. Les psychiatres sont très friands de discussions et donc ça se passait plutôt bien en général, il n'y avait pas de soucis là dessus. Et puis avec les infirmiers psychiatriques aussi, ça c'était très important aussi.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? 33:43

-Oui. Parce qu'il n'y a pas assez de somaticiens de toutes façons, donc il faut forcément qu'il s'y intéresse. C'est un médecin, le psychiatre, ce n'est pas un psychologue. Que le psychologue ne fasse rien là dessus ça ne me choque pas, mais que le psychiatre ne fasse rien, sachant qu'il va lui prescrire des médicaments qui vont avoir des effets secondaires somatiques, qu'il est responsable du patient pendant son hospitalisation, en quelques sortes. Donc oui l'histoire éternelle de qui fait l'électrocardiogramme avant l'introduction des neuroleptiques, qui lui fait un bilan d'entrée, qui est généralement faite mais qui n'est pas lue par les psychiatres... Alors moi je trouve que c'est plutôt une question de génération, tous les nouveaux psychiatres qui sont plus dans la neurologies, les nouvelles théories génétiques etc, ils le font plus. Les psychiatres plus anciens, plus psychanalytiques, ceux-là l'ECG ils ne voudront pas le voir. Après c'est mon expérience. Mais je pense que quand on est prescripteur on doit assumer la prescription, le bilan pré prescription, et les conséquences. Et puis on sait que les patients psychiatriques ont une espérance de vie beaucoup plus faible que les patients non psychiatriques donc de toutes façons il faut prendre ça en compte.

-Quitte à au moins s'assurer que c'est fait par quelqu'un à défaut de le faire eux-même.

-Oui, tout à fait. Après je pense qu'il y a des choses à développer quand même parce que les somaticiens ne sont pas assez nombreux pour regarder toutes les biologies, tous les ECG, donc c'est vrai que... Et puis les normes sont écrites sur les biologies, la plupart de mes patients arrivent très bien à interpréter leurs biologies donc les psychiatres aussi. Il faut juste s'y mettre. Après je comprends qu'ils soient débordés etc mais c'est quand même intéressant. Qu'ils s'assurent qu'il y ait une IRM cérébrale, par exemple, c'est presque pas du somatique en fait. C'est du diagnostic différentiel, donc ce serait presque au psychiatre de le faire. Alors c'est bien qu'on le fasse ensemble mais ce n'est presque pas du somatique, en fait.

-Et en ville?

-Alors je serais plus nuancée en ville. Parce que c'est pareil, c'est terrible à dire hein mais l'organisation et le manque de psychiatres en ville est flagrant, donc je dirais que si déjà ils pouvaient nous prendre des patients en suivi psychiatrique ça m'arrangerait bien, et qu'ensuite le somatique moi je m'en charge. Mais ça je parle de mes patients. Mais je pense que les psychiatres au CMP voient des patients qui ne sont jamais hospitalisés, mais qui n'ont pas de médecin traitant, et le psychiatre du CMP ne va jamais s'en inquiéter. Et le jour

où ils sont hospitalisés, on se demande comment en 10 ans de suivi au CMP il n'a toujours pas de médecin traitant et ça n'a inquiété personne. Je pense que le CMP a vocation à avoir une prise en charge un peu plus globale que le psychiatre libéral qui va juste s'occuper effectivement du psychique.

Et puis il y a le manque de communication entre les psychiatres, en ville, et le médecin traitant. C'est vraiment flagrant. Il y a très peu de psychiatres libéraux qui écrivent au médecin traitant alors même qu'après 25 ans on est censé faire un courrier d'adressage à tous les patients qu'on envoie au psychiatre. Moi je fais plein de courriers d'adressage, et je ne reçois jamais de réponse. Au CMP c'est pareil, ils n'en parlent jamais, ils ne font jamais de courrier. Alors peut-être par manque de temps, mais juste de temps en temps avoir un peu des nouvelles ce serait normal. Quand on prend en charge un patient de façon globale, on prend tout en charge.

Voilà, le rôle du CMP oui c'est aussi de surveiller qu'il y a un suivi somatique, s'assurer qu'il y a un médecin traitant. Le rôle du psychiatre libéral un peu moins.

— — — — —

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné? 39:04

-Ah c'est une vaste question.

Bon, je pense que, comme on a dit, quand les psychiatres voient un patient, il faut qu'ils s'assurent qu'il y a un médecin traitant derrière. Quelque soit le mode d'exercice du psychiatre.

Après il y a aussi les tuteurs des patients ou les curateurs, qui devraient s'assurer que chacun de leur protégé a un médecin traitant.

Après, il y a quand même normalement l'obligation pour tous les patients d'avoir un médecin traitant. Ce n'est pas respecté partout mais voilà.

Ensuite, il y a quand même le libre arbitre. Certains patients ne veulent pas de médecin traitant, ne veulent pas de suivi. Si tant est qu'ils sont équilibrés au niveau psychiatrique et que ça ne soit pas une manifestation de leur psychose, ma foi, il y a certains patients psychiatriques qui ne veulent pas de médecin traitant non plus. Donc parfois on est bien obligé de respecter ça. Même si c'est mauvais pour leur santé et leur espérance de vie, a priori. Après l'hôpital est là aussi pour palier ce genre de situations, pour répondre aux demandes urgences des gens qui n'ont pas de médecin traitant parce qu'ils l'ont choisi. Mais je pense qu'il y a encore de la marche avant d'arriver à ce noyau dur de patients qui refusent vraiment. Et on peut faire mieux.

-Qu'est ce que tu penses de faire une cotation spécifique en médecine générale?

-Oui, il faudrait que ce soit payé beaucoup plus cher pour inciter. Mais oui c'est une idée, d'augmenter la cotation pour le suivi du patient psychiatrique grave. Je pense qu'il y a beaucoup de récalcitrances du fait d'expériences de patients psychotiques qui ne viennent jamais à leurs rendez-vous. Alors c'est vrai que pour un exercice libéral ça désorganise très facilement. Du coup oui pourquoi pas. Mais je pense que ce sera toujours les mêmes médecins qui auront une appétence pour la psychiatrie et qui verront des patients psychiatriques et d'autres médecins n'en verront jamais, même si certains actes sont mieux cotés que d'autres. Mais oui c'est une idée.

-Et par rapport à la formation, est ce que le fait d'intégrer plus la psychiatrie ou du moins le soin somatique en psychiatrie dans le parcours de l'interne de médecine générale serait bénéfique selon toi?

-Oui et non. Oui ce serait bien d'intégrer plus la psychiatrie dans la formation. Mais le problème c'est qu'il y a beaucoup de choses qu'il faudrait intégrer dans la formation et c'est un volume d'heure inextensible, donc il faudrait plus permettre à ceux qui ont un intérêt pour la psychiatrie, d'y aller. Moi je pense qu'il faut que ça reste basé sur le volontariat des gens. Je pense que le médecin généraliste qui se spécialise en médecine du sport ne voudra jamais faire de psychiatrie et on aura beau lui mettre des formations et des cotations, s'il n'aime pas la psychiatrie il n'en fera pas.

Mais peut-être plus au niveau de l'externat, je ne sais plus si le stage de psychiatrie est obligatoire... Mais ça serait le minimum, quand même. Parce qu'en externe on est encore ouvert, malléable, et on ne sait souvent pas encore ce qui nous attire.

Mais je pense que plus tard en fait c'est... peut être c'est pessimiste de ma part de dire ça, mais la psychiatrie on aime ou on n'aime pas. Et je pense qu'il faut permettre à ceux qui aiment, qui ont un intérêt pour cette discipline, de faire plus. Mais on ne peut pas forcer les gens à le faire quand ils n'aiment pas parce que c'est trop intime, la psychiatrie, ça réveille trop de peurs ancestrales trop de choses de la vie des gens aussi, de leur vie personnelle. Et je pense qu'il y a certains médecins qui ne sont pas capable d'aller vers ça... mais comme moi je ne suis pas capable d'aller vers d'autres disciplines hein. Mais la psychiatrie c'est trop symbolique, c'est trop lourd comme discipline pour qu'on oblige les gens à faire ça.

-Après les généralistes en ville sont théoriquement tenus de gérer tous les problèmes des gens, et on est souvent confronté à la pathologie mentale en ville, alors que justement les médecins généralistes redoutent ça.

-Alors la formation il faut en faire, encore une fois pour les volontaires. Je pense qu'il faudrait éveiller l'intérêt plus tôt dans le cursus, quand tu es interne ou installé c'est trop tard. Donc plus de formation à la psychiatrie pendant l'externat. Et puis... quand on est en libéral, on a cette liberté, positive ou négative, de faire un peu ce qu'on veut. Il y a des médecins libéraux qui ne vont faire que de la pédiatrie ou presque, que de la médecine du sport ou presque, d'autres un peu de tout. On a quand même une orientation possible, et une patientèle orientée selon nos intérêts. La patientèle ressemble au médecin traitant, en général.

Donc je pense qu'il faut éveiller l'intérêt, faire découvrir, beaucoup plus tôt que ça. Et après ceux qui s'y intéressent iront vers des formations, alors pourquoi pas des formations d'internes un peu plus.

Mais la psychose, en formation, c'est assez abstrait. Vous ne saurez jamais comment réagir face à un psychotique tant que vous n'en avez pas vu un en vrai, que vous n'avez pas pris sa tension en vrai. Et vous aurez beau faire des jeux de rôle, des formations sur la prévention cardiovasculaire, tant que vous n'aurez pas eu le contact avec un patient complètement délirant, ça restera un peu effrayant et un peu théorique.

Entretiens semi-dirigés: Dr B

Homme Médecin de 48 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale

-Fonction: PH et chef du service de médecine du Vinatier

-Service: unité Revol (médecine polyvalente), unité Semelweise (SSR), service ambulatoire des spécialités, service de radiologie, diététique.

-Etablissement public; service non sectorisé (inter-sectoriel de tous les patients du Vinatier mais aussi hors Vinatier). Unités ouvertes.

-Mode d'exercice: hospitalier avec activité de consultations minime en médecine générale sur l'hôpital, pour des patients qui ne peuvent vraiment pas bénéficier de consultations ambulatoires.

Activité clinique tous les jours, surtout depuis qu'il n'y a plus d'internes et parce qu'il n'y a pas eut d'assistante pendant plusieurs mois.

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: 200 séjours par an (file active de 200 patients). Au jour J dans l'hôpital, 14 patients sur 22 lits dans l'unité actuellement présents + 4 patients hospitalisés pour des soins techniques précis. Habituellement remplissage à 95% donc a généralement 22 patients sous sa responsabilité dans l'unité de médecine polyvalente.

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-Et bien en fait depuis que j'y suis arrivé interne en mai 2001, soit 18 ans. J'ai fait interne, faisant fonction d'assistant, assistant, praticien hospitalier, chef de service. Donc ça fait 18 ans.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie?

-Alors, pas plus que ça... j'étais passé dans le service en tant qu'externe en 95 et donc j'ai commencé mon internat en 98, donc par des stages qui n'étaient pas du tout ici, et j'ai choisi en 4e semestre (à l'époque la maquette était de 5 semestres) l'unité Revol, essentiellement parce que c'était très polyvalent en médecine, je n'avais pas envie d'être dans un service très orienté sur une spécialité particulière, je préférais voir un petit peu de tout. Je pense que de manière tout à fait inconsciente, on ne vient pas par hasard à l'hôpital psychiatrique, ça ce n'est pas vrai. Donc de manière inconsciente il y a probablement un attrait, ou en tout cas une curiosité, peut être parfois une fascination... dont on n'a pas conscience, et qui nous amène là. Le fait est également que parfois le hasard fait bien les choses, et au choix de stage, en fonction de ton rang de classement, j'avais fait plusieurs choix qui étaient autres que celui-ci, et finalement celui-ci est arrivé en bonne place parce que les choix que j'avais fait avant étaient pris. Et donc ça c'était mon 4e semestre hein. Donc en fait j'aurais dû, en dernier semestre, faire un autre stage. Et il s'est trouvé que, bah il s'est reproduit, c'est un concours de circonstances, c'est à dire que j'ai, au choix de stage de mon dernier semestre, l'ensemble des choix que j'avais fait qui étaient différents de celui de Revol ont tous été pris, et notamment par le type qui choisissait juste avant moi, et à l'époque on pouvait refaire 2 fois le même stage. Ce qui n'était plus possible après. Mais nous on pouvait. Et donc finalement je me suis retrouvée avec Revol uniquement, au choix de stage, et j'avais rien d'autre. Et je l'ai repris en me disant: « je connais, ça sera plus facile, ça me laissera du temps pour faire ma thèse ». Et après il y a un concours de circonstances qui a fait que, n'ayant

plus d'assistant, j'ai occupé les deux postes d'interne et d'assistant pendant les 6 mois, et que au bout de 6 mois, l'assistant ne revenant pas, le patron m'a dit « si tu veux prendre le poste d'assistant, reste là », et les choses se sont embrayées comme ça.

-Et la psychiatrie, comme spécialité, ça n'a jamais été une option?

-La psychiatrie, à un moment donné, ça m'a interrogé. Sur, vraiment, la grande spécificité qu'elle me semble représenter sur l'ensemble des spécialités. Vraiment, ça n'est pas la même temporalité, et on est vraiment dans quelque chose qui est aussi sur de la distance. On ne touche plus les patients, on ne les examine plus hein, ça passe par la parole. Et en même temps ça m'a un peu effrayé je dirais, pour tout un tas de raisons. Est ce qu'on arrive à être efficace au sens où on l'entend en médecine générale? Est ce qu'on peut guérir? Maintenant, avec l'âge, je sais qu'on ne peut guérir aucune maladie, on essaie de les soigner mais on ne les guérit pas. Et donc ça m'a effleuré, mais bon voilà je me suis bien fait à l'idée, et, comment dire, je suis à l'aise dans la médecine générale. Telle que je la pratique ici.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère?

-Alors je crois qu'une des caractéristiques fondamentales de ces patients-là, si on voulait le résumer en un mot, c'est peut-être la question de l'autonomie. On ne peut pas considérer que ce sont des patients lambda. Alors moi je n'en suis pratiquement plus, des patients lambda... je suis quelques personnes du personnel qui ont décidé que c'était plus simple de voir un médecin ici, donc qui sont des patients lambda, et à qui on va dire « voilà quel est le diagnostic, voilà ce qu'il faudrait faire, on prend le RDV, on fait la lettre, vous y allez, vous vous débrouillez. ». Ça ce n'est pas possible chez le patient psychotique, ou en tout cas chez le patient souffrant de maladie mentale sévère. Il y a vraiment la question de l'accompagnement, et en quelques sortes d'une forme de... j'allais dire, de surmoi auxiliaire. Le terme est peut-être un peu fort mais en tout cas de, non pas de penser à leur place, mais de bien avoir conscience que les choses ne vont pas obligatoirement être spontanées chez eux. Et ce que c'est pas parce qu'on dit quelque chose, ce n'est pas parce que l'on pose le traitement sur la table de nuit, qu'il va être pris. Ce n'est pas parce que l'on donne un carton de RDV avec un scanner qui est nécessaire pour la surveillance de je ne sais quel nodule pulmonaire avec un examen qui a lieu un mois plus tard, que le patient va se rendre à cet examen. Donc il y a vraiment cette attention à porter, et cet accompagnement permanent à avoir. Et je pense, alors ça c'est une règle de base, avec la notion à mon avis que rien n'est perdu. Ce n'est pas parce que spontanément ces patients ne vont pas s'occuper d'eux, qu'ils ne pourront jamais s'occuper d'eux et qu'ils ne peuvent pas apprendre à s'occuper d'eux. Ça il faut vraiment l'avoir en tête. Et après il faut inscrire cette priorité là, cet élément, cette caractéristique essentielle, dans ce qu'on connaît maintenant depuis 40 ans, dans toutes les études que tu connais et qui se vérifient à chaque fois qu'on en refait une, c'est que l'espérance de vie de ces patients là est réduite d'environ 15 à 20 ans, toutes choses égales par ailleurs. Parce qu'ils meurent plus tôt, de maladies essentiellement somatiques, par mauvaise hygiène de vie donc, par défaut d'accès aux soins, parce que les structures sanitaires globales classiques sont inadéquates, parce qu'il y a des effets secondaires des traitements qu'ils prennent, parce qu'il y a des addictions qui traversent tout ça... et donc quand tu as tout ça en tête en back ground, et que tu reçois un patient schizophrène qui a une altération de l'état général, on a notre formation anatomo clinique classique: un symptôme -> une recherche de pathologie -> un traitement. Donc en gros « j'ai mal au ventre » -> je vais aller voir dans le bide, je vais faire un examen clinique, un interrogatoire,

et je vais me diriger sur une pathologie abdominale. Et c'est ce qu'il faut faire chez tout le monde, que ce soit quelqu'un qui est psychotique, ou pas. Et la douleur abdominale, est ce que ce sera une toxé infection alimentaire, un début d'appendicite, une constipation toute bête, une sigmoïdite, ça, c'est l'examen, c'est l'art médical qui va le dire. Chez le psychotique en plus, il a mal au ventre, il vient ici, très bien. Mais c'est un homme de 60 ans, qui ne s'estampais occupé de sa prostate, qui ne va jamais dire s'il a du mal à uriner, et donc si on l'a sous la main, pendant qu'on fait son examen abdominal, on va jeter un oeil sur sa prostate. Mais il est fumeur? Est-ce qu'il a un jour vu ses poumons? Quelqu'un s'est-il occupé de ses poumons? On va voir ça tant qu'on l'a sous la main. Même chose chez les femmes. Là j'ai un exemple qui est vraiment caractéristique actuellement, dans le service, d'une dame schizophrène d'une cinquantaine d'années, alcoolique par ailleurs mais bien équilibrée sur le plan schizophrénique. Qui a l'occasion d'une ivresse fait une rupture totale du tendon d'achille. Elle est amenée à l'Hôpital. Là les chirurgiens décident de ne pas l'opérer mais de lui faire un traitement orthopédique par botte plâtrée et la renvoie à domicile. Dans la foulée. Elle passe 8h à l'Hôpital et c'est tout. Et finalement chez elle l'équipe de psychiatre constate que ça va de pire en pire, qu'elle ne se lève plus, qu'elle ne se fait plus à manger, qu'elle ne mange plus, qu'elle ne prend plus ses traitements, il y a une incurie totale qui arrive... voilà. Elle arrive dans ces conditions là, pour l'absence globalement d'activité diagnostique: on sait quelle est la pathologie, il y a une rupture du tendon d'Achille. On sait simplement qu'il faut pouvoir garder un conditionnement physiologique et qui n'y aurait normalement pas du tout besoin d'un hôpital pour ça. La voilà donc en hospitalisation. On fait donc le point sur le plan orthopédique, qu'elle ai bien l'arixtra, qu'elle ne soit pas douloureuse. Et puis c'est une femme de plus de 50 ans qui n'a jamais eu de suivi gyneco. Donc on va jeter un oeil. Et là on découvre un cancer du sein. Et donc elle est opérée, elle va avoir sa radiothérapie. S'il n'y avait pas eu cette attention apportée à l'ensemble de la santé, parce qu'on sait que ces patients là, ils sont plus malades que les autres, et qu'ils se négligent, on n'aurait jamais été voir de plus près ce sein, la mammo, la biopsie, etc. Voilà. Donc c'est avec ce back ground, c'est ça la spécificité, que un il faut vraiment les accompagner, au maximum sur l'autonomie et la réinsertion dans la cité, le droit commun... mais il y en a un certain nombre, il y a un besoin incompressible à un moment donné, d'une structure hospitalière, qui puisse les accueillir, qui puisse supporter les troubles du comportement, et pousser les examens et fournir un accès total aux soins, dépistage, prévention, qui soit le même que pour la population générale. Donc c'est ça je pense une des caractéristiques principales, c'est que vraiment il faut faire attention, non seulement à ce qu'on doit faire vis à vis des symptômes présentés par le patient, mais aussi à l'ensemble de tout le reste, dans quelque chose qui est globale, le modèle bio psycho social que vous apprenez à la fac. On a un être humain devant nous et pas un cas, pas un foie, ou un poumon, mais un être humain, et l'ensemble d'une histoire de vie. Et c'est ça qui est intéressant.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients?

-C'est patients difficiles parce qu'ils sont difficiles d'abord, ils sont fuyant, ils n'ont pas obligatoirement la même représentation de la réalité. La schizophrénie, sa meilleure définition actuellement c'est que c'est un trouble de perception de la réalité, hein, ce n'est pas du tout une double personnalité. C'est vraiment ce trouble-là. Et donc ce trouble-là interfère avec globalement ce qu'il faudrait faire correctement pour bien s'occuper de soi. Et donc il faut que l'on puisse remplacer, et corriger ces interférences. L'idée c'est d'effacer l'obstacle que représente la maladie psychique pour l'accès au soin, par tous les moyens possibles, qui sont l'accompagnement sur l'extra hospitaliser, sur l'ambulatoire, mais qui

sont aussi, quand c'est nécessaire, le fait de pouvoir faire en sorte que le patient puisse avoir un moment où on se centre sur lui, dans un lieu secure.

En l'occurrence, une structure hospitalière qui permet d'assurer une sécurité des soins et d'éviter l'urgence de l'embolie pulmonaire, du syndrome de détresse respiratoire aiguë, de tout ce que tu veux, et qui permet de donner du temps, ça c'est une valeur absolument incompressible, qui permet de donner le temps que à la fois les soins se déroulent, et que se déroule la possibilité d'accéder aux soins pour le patient, dans son propre psychisme, tu vois. Parce qu'on a, on se confronte, de manière générale, pour la moitié des patients, à quelque chose qui s'apparente de plus ou moins près à un refus de soin. Par manque de connaissances, par peur, par négligence... alors, la plupart du temps, dans quand même 90% des cas, ça cède. Rapidement, mais il faut quand même prendre le temps. Et ce temps là on n'a pas souvent le temps à l'Hôpital général où on est pressé par le temps, pour des raisons hélas purement financières de rentabilité et de durée de séjour. Ce qu'on a pour l'instant pas à l'Hôpital psychiatrique et c'est une très bonne chose.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients?

-Alors, je pense que c'est très variable en fonction de la formation de chacun, et évidemment des sensibilités et des appétences de chacun. Je pense globalement qu'ils savent faire. Un schizophrène qui a un cancer du poumon, c'est d'abord un être humain, qui a un cancer du poumon... et qui est, en plus, schizophrène. Les difficultés, je pense, sont essentiellement liées à finalement une problématique relationnelle: qu'est ce qu'induit la psychose dans la relation? Et notamment la psychose quand elle n'est pas très équilibrée. Et ça, on peut tout à fait comprendre que dans un cabinet de médecine générale, un patient délirant certainement, ou un schizophrène qui n'est pas obligatoirement délirant mais qui se présente comme on les connaît nous, c'est à dire qui ne sait pas pourquoi il vient, pour lequel les consultations, s'il s'agit de patients psychotiques un peu grave, durent bien une heure, parce que de toutes manières il faut au moins 20 minutes pour commencer à savoir quel est le motif, si le collègue qui l'envoie n'a pas fait un courrier bien détaillé. Donc, ça, en cabinet de ville, c'est très problématique. Et le soucis c'est qu'il y a un réel manque de médecin, les patients schizophrènes qui ont entre 30 et 40 ans n'ont pour la plupart pas de médecin traitant, et quand ils en ont un c'est pour le folklore, ils ne vont pas le voir. Ce n'est pas de la faute des médecins traitants, c'est juste que c'est compliqué de recevoir ces patients là. Les formes que présentent ces patients là sont souvent des formes asthéniques. Combien de fois on s'est fait piéger par des occlusions ou sub occlusion sur des gens qui n'ont ni défense ni contracture ni douleur. Ça c'est compliqué. Et en plus, quand un médecin généraliste veut bien accepter de recevoir un schizophrène, ça se sait, il y a une espèce d'appel d'air et il y en a tellement qu'il peut vite être submergé et ne plus pouvoir gérer. Je pense que certains ont peut être une forme d'appréhension, d'autres, à mon avis, rencontrent des difficultés dans la prise en charge. Je pense qu'aussi il faut se regarder dans un miroir, le monde de la psychiatrie est ce qu'il est, et parfois les relations entre la médecine de ville et le psychiatre qui travaille dans l'Hôpital public sont assez ténues. Les collègues généralistes le disent: on n'arrive pas à joindre le service, on n'a jamais de compte rendu, on ne sait pas ce qu'il se passe, ça fait 10 fois que j'appelle je n'ai toujours rien, le patient est dans mon cabinet qu'est ce que je reconduis comme traitement?

Cette communication-là, elle a fait défaut. Elle s'est je pense améliorée mais elle continue parfois de faire défaut et il y a là je pense des pistes d'amélioration majeures. Voilà. Après je pense que l'autre piste d'amélioration c'est les dispositifs de type CoReSo. Si on considère, et ça c'est à écrire en gras, surligné, Arial 80, que c'est un dispositif complémentaire qui ne

vient pas en remplacement de ce qui existe déjà. C'est-à-dire qui ne vient pas en remplacement des prises en charge intra hospitalières qui existent sur le plan somatique, des structures intra hospitalières, et du système de droit commun (la médecine ambulatoire). C'est vraiment un système complémentaire qui vient s'articuler entre tous ces acteurs.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient?

-Peu. J'ai eu peur une fois d'un patient. J'étais un jeune médecin, c'était un patient dont j'ai appris après qu'il était pervers, au sens psychiatrique du terme, avec de mémoire des histoires judiciaires. Et que j'avais vu en chambre d'isolement parce qu'il fallait aller le voir, et je ne peux pas te dire qu'est ce qui... ce n'était pas rationnel et objectif, c'est simplement ce sentiment de peur qui est apparu et je pense qu'il faut avoir travaillé en psychiatrie, au contact de patients psychiatriques, pour expérimenter quelque chose qui est très subjectif, qui n'est pas sous tendu... il n'était pas agressif, il n'avait pas d'arme à la main... mais il y avait quelque chose dans le contact qui était absolument glaçant, voilà. J'ai eu peur une fois, voilà. Après, je me suis fait frapper une fois par un patient qui était très délirant, et que j'examinais, et qui avait en fait un fixateur externe sur une fracture de l'avant bras... je ne sais pas quelle hallucination il a eut mais je n'ai pas vu le bras partir, je l'ai pris dans le visage. À l'époque j'avais des lunettes, j'aurais pu avoir un oeil crevé. Bon, ça s'est bien passé. Il y a peut-être eut deux ou trois épisodes comme ça d'agitation qui, en 18 ans, représentent vraiment quelque chose qui à mon avis est moins de 0,5% des patients et des cas qu'on a.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine?

-Alors pour ce dernier point, je me rappelle de ce que me disais un collègue quand j'étais jeune interne aux urgences, y'avait eu un patient qui était arrivé aux urgences, de cet hôpital qui n'était pas du tout un hôpital psychiatrique, et qui sortait de prison pour avoir tué... sa mère, ou sa femme. Et ça brassait un peu l'équipe. Et mon collègue leur a dit « on n'a pas à le savoir ». Et je crois qu'il avait raison. On reste des êtres humains et je pense que c'est toujours compliqué de prendre en charge un violeur pédophile, en tout cas l'empathie n'est pas la même que pour quelqu'un qui n'a pas fait ce type d'acte. Et pourtant, voilà, dans notre position de médecin, c'est tout le monde avec les mêmes droits. Quel que soit ce qui a été fait. Donc quand on peut ne pas savoir je pense qu'il vaut mieux ne pas savoir. Maintenant, quand on est amené à savoir, et c'est bien toute la problématique, c'est qu'en général ça vous tombe dessus au détour d'un dossier... moi je suis un patient qui a tué sa mère à la hache, voilà, qui est schizophrène. Je le suis, il est compliqué parce qu'il est très inobservant... mais il n'y a pas de raisons qu'il ne soit pas suivi.

-C'est peut-être plus facile de suivre un patient ayant tué sa mère à la hache s'il est schizophrène que s'il ne l'est pas...

-Effectivement! Parce qu'il y a la question de l'irresponsabilité. Mais même, sur la question de la responsabilité, ça reste quelque chose de très compliqué, alors bon.

Je dirais que les préjugés... il y a ce côté pénal, d'assassinat, de meurtre, de ces patients très difficiles, avec des choses qu'on entend, y compris chez les soignants, de type « pourquoi est-ce qu'on les soigne » etc..., qui nous ramène hélas à des heures très sombres de notre histoire, et je pense qu'il faut se rappeler de l'histoire. Je dis toujours, je fais le vieux radoteur mais... Je dis toujours, les hommes qui ne savent pas tirer partie des leçons de l'histoire sont condamnés à la revivre. Donc ça c'est un fait. Après je pense, moi, personnellement, sur la question des préjugés auxquels j'aurais eu à lutter pour faire bien prendre en charge un

patient, c'est plutôt des préjugés, ou en tout cas plutôt des positions, je dirais instinctives, qui sont survenues dans le domaine de l'addictologie. Et notamment des patients alcooliques ou toxicomanes, extrêmement rechutants et récidivants, qu'on voit arriver pour la 15e fois pour le même motif... Et je pense que là il y a des choses qui sont à rechercher dans notre propre histoire. On peut avoir la tentation de se dire « ça suffit, maintenant, ça fait 10 fois qu'il vient pour un sevrage alcoolique, pour une overdose, pour une tentative... », il y a souvent, surtout chez les toxicomanes type héroïnomanes, une question de la transgression qui est assez marquée, cela peut être difficile à vivre pour les équipes dans un service cadré comme peut l'être un service hospitalier, et qui nécessite effectivement de vraiment faire attention à des mécanismes de défense qui viennent très vite se mettre en place et qui font qu'on peut prendre le patient plus mal en charge, voilà. Et comme je le dis toujours, je pense qu'il faut pour tous les patients, et particulièrement pour ceux-là, se garder des deux écueils que sont les deux opposés du mythe de la réussite et du mythe de l'échec.

C'est à dire, en gros, le mythe de la réussite, c'est une espèce de sur-investissement du patient où tu te dis: celui-là je vais le sauver. Et évidemment quand ça ne marche pas... c'est une grosse déception, d'une part, et d'autre part le risque c'est de se dire que c'est la faute du patient et finalement de dégrader les soins auxquels il a le droit.

Et le mythe de l'échec c'est de se dire qu'il n'y a rien à faire, cela fait 20 fois qu'il vient, c'est 20 fois le même résultat. Peut-être, mais peut-être que la 21e sera la bonne...

Et en tant que médecin, il faut qu'on arrive à être sur ce fil-là, cet équilibre, il faut apprendre à supporter l'échec (peut-être qu'on ne les sauvera pas, et c'est quelque chose qu'on reçoit de plein fouet avec les anorexiques, qui sont des patients très difficiles, et on sait qu'il y a en gros 1/3 qui meurt, 1/3 qui survit et 1/3 qui se chronicise... L'idée c'est comment on fait pour que la patiente qu'on a devant nous, on puisse la faire basculer dans le bon tiers. En faisant le maximum et en essayant de réfléchir à des abords que peut-être elle n'a pas encore eut, par parfois les mêmes abords conduisent aux mêmes échecs... Tout en n'ayant pas cette espèce de contre transfert ou d'agressivité qu'on peut tous ressentir et qui est à mon avis un phénomène naturel face à l'échec. Il faut quand on est soignants apprendre à vivre avec l'échec. Quand on arrive à cela, on a fait un très grand pas dans la médecine, dans l'art médical.

-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service? (Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)

-Alors pour moi qui dirige un service d'hospitalisation, les demandes d'entrée émanent des collègues médecins quels qu'ils soient.

De l'hôpital, qu'il soient généralistes ou psychiatres, qui ont à faire à une situation qui nécessiterait un service de médecine, et qui me contactent par tous les moyens qu'ils jugent nécessaire (téléphone, mail, essentiellement), et donc on décide d'une date d'entrée du patient. Le patient arrive dans le service et là l'entrée est faite, théoriquement et initialement par l'interne, mais qu'on n'a plus....donc globalement soit par moi, soit par ...

Le patient arrive, il y a un accueil fait par l'équipe qui va faire l'inventaire, faire remplir la fiche de personne de confiance, prendre les coordonnées, donner le livret d'accueil, et donc dans la foulée en général dans la demi heure qui suit l'arrivée, on va voir le patient nous et on fait une observation médicale qui est je dirais l'observation comme on a appris quand on

était en stage à l'hôpital. Cette observation initiale dure un peu longtemps, on fait l'état des lieux et on va croiser ça avec les données du courrier d'admission et du dossier, etc. Après, dans un premier temps, l'idée générale c'est de pouvoir apprivoiser le patient. Alors, souvent il n'y a pas besoin, car il vient en hospitalisation libre de son plein gré, il ne sait pas forcément pourquoi mais on va le lui réexpliquer, et souvent on va lui demander ce qu'il sait d'abord, ça permet de voir ce qu'il a compris, et de pouvoir recadrer. Et puis on lui dit ce qu'on pense faire, ce qui serait nécessaire. Et puis encore une fois la temporalité est vraiment un élément capital, et on n'aborde jamais un patient en ayant d'emblée dans l'idée, et avec un discours qui dit « voilà, vous rentrez mardi et vendredi vous êtes sorti ». Ce qui prime c'est le temps nécessaire, on fait en sorte que ce temps soit le plus court possible mais ça reste le temps nécessaire. L'évaluation du patient et de ses capacités va beaucoup impliquer le temps nécessaire. Est ce que c'est un patient à qui en gros, on peut faire confiance et qui a une certaine forme d'autonomie, et qui sera capable, via son entourage ou seulement lui-même, d'aller à un rendez-vous qui va être un peu plus tard (consultation spécialisée, scanner, IRM...), ou est ce que au contraire c'est un patient qu'il va falloir accompagner, non seulement au RDV en lui-même, mais aussi accompagner dans l'idée de ce type de prise en charge. Un patient qui va par exemple entrer dans un traitement prolongé de 3 mois de l'hépatite C, pour lequel si on veut que ça marche l'observance doit être absolument parfaite.

Soit on pense que ce sera possible à domicile et il repart, soit si c'est impossible, à partir du moment où l'on a décidé de traiter une pathologie qui est traitable, on se donne les moyens d'aller jusqu'au bout, et peut être qu'il devra rester en hospitalisation 3 mois, si on estime que c'est nécessaire et si c'est ça qu'il faut pour qu'il ai le traitement.

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif?

-Alors moi j'ai plutôt tendance à ne pas m'opposer complètement au délire, parce que je pense que le délire a une fonction pour le patient. Peut-être une fonction cicatrisante... en tout cas, une fonction de survie, sûrement. Et que, agir frontalement et aller dans un conflit immédiat, de manière générale c'est voué à l'échec. Et surtout, cela peut même renforcer le délire, et finalement on n'obtient rien. En revanche, à l'inverse, je ne vais pas non plus abonder dans le sens du délire. C'est-à-dire qu'on ne va pas... délirer à deux. L'équilibre est difficile; l'équilibre c'est rappeler la réalité, d'une manière neutre, une forme de neutralité bienveillante: « écoutez, je ne comprends pas bien ce que vous me dites, je ne pense pas que ce soit tout à fait exact, on va pouvoir en reparler... en tout cas, là, pour ce que vous présentez, si vous voulez avoir moins mal, si vous voulez aller mieux, vraiment, il faudrait faire ça. »

-Donc revenir sur la plainte fonctionnelle et sur le symptôme.

-Voilà, je reviens sur ce genre de chose. D'une manière générale, c'est rarissime les cas où le délire va sur du long terme - oui, on en revient à la temporalité, il faut effectivement accepter que le traitement n'aura pas lieu aujourd'hui ou demain, mais peut-être que dans 3-4 jours ou la semaine prochaine ce sera possible, et on se donne une semaine à l'hôpital sous surveillance et ça permet de faire le traitement. Mais c'est rarissime les cas où un délire fixe va empêcher une prise en charge. J'ai un exemple là actuellement, premier exemple en 18 ans de service, de refus de soins. C'est un patient qui a une nécrose dépassée des deux pieds.

-Ah oui, le Dr P m'en a parlé.

-Voilà. Donc c'est une nécrose vraiment dépassée qui nécessite une amputation. Cet homme-là a une forme de délire paranoïde très calme, très stable dans le temps. Il dit en

gros qu'il veut aller dans un autre service pour avoir un autre avis, chose qui a déjà été faite X fois. Il a déjà vu plusieurs chirurgiens, il a vu plusieurs autres services de médecine internes et cela a toujours débouché sur la même conclusion qui est la nécessité d'une amputation. Voilà, je pense que ce délire, enfin, cette position là, c'est qu'il veut mourir entier, je pense. Effectivement, d'un point de vue éthique après avis du comité d'éthique, il reste sur une position fixée qui est qu'il ne veut pas qu'on lui coupe les jambes... Tout bêtement.

-La psychose représente déjà un tel morcellement psychique qu'il n'a sans doute pas envie que son corps aussi soit morcelé.

-Voilà, c'est vrai. Mais c'est le seul moyen thérapeutique. Et là on voit l'os, les pieds sont morts... et en amont il est plutôt en phase de cicatrisation, ou en tout cas d'anabolisme tissulaire. Et c'est résistant à tout, hein, sismothérapie, clozapine... Dans ces cas-là, on est dans une autre position, on est dans... je pense que l'intérêt qu'on a dans le service, c'est un intérêt qui est éthique et philosophique, c'est que l'on continue malgré tout de soigner cette personne là en sachant très bien que les soins qu'on fait sont inutiles, des pansements inutiles... Mais ces soins-là le remettent dans une position de sujet. Et c'est la seule chose, c'est le seul petit bout qu'on peut garder, y compris si on doit le garder jusqu'au bout dans un contexte d'accompagnement palliatif, s'il fait un choc septique ou je ne sais quoi. Voilà. En tout cas, il faut garder ça, parce que c'est peut-être la seule solution qu'on aura.

-Et les soins palliatifs, vous les faites ici? Ou il serait envoyé à HEH?

-Oui, ici. D'une manière générale, alors il faut savoir qu'en service dit de soins palliatifs, étiqueté, tamponné soins palliatifs, la durée moyenne de séjour est de 15 jours. Si le patient ne meurt pas dans les 15 jours il est renvoyé. Nos patients... En soins palliatifs, il faut, comment dire... différencier la pathologie incurable évolutive rapide qui rentre dans la définition classique des soins palliatifs, exemple d'un cancer multi métastatique en phase terminale, en dehors de toute possibilité thérapeutique. Et puis il y a des situations où il ne serait pas raisonnable de réanimer le patient qui par ailleurs présente une pathologie chronique évolutive mais qui pourrait durer un peu plus longtemps avec un traitement bien conduit. Exemple typique: la bronchite chronique obstructive stade IV, oxygène-dépendante, chez le patient schizophrène qui continue de fumer. Qui ne prend pas son oxygène, ou qui fume avec, ce qui est encore pire en terme de risque. Et qui, lorsqu'on arrive à lui faire bien prendre un traitement dans une structure très étayante par ailleurs, peut avoir plusieurs mois d'espérance de vie devant lui. Mais qui, en revanche, a été par exemple refusé à l'intubation par les réanimateurs une nouvelle fois. Voilà. Donc on est dans des situations qui sont... Que moi j'appelle « palliatives », mais qui sont plutôt du soin d'accompagnement qui peut potentiellement être de long terme. On a certains patients, y compris cancéreux, qui sont jugés en soins d'accompagnement, en soins palliatifs, parce qu'il n'existe plus de chimio mais qui sont des cancers d'évolution lente pour lesquels les patients vont peut-être avoir 8-12 mois d'espérance de vie. Mais qui souffrent de pathologies psychiatriques qui font que s'ils sont isolés à domicile, voire en présence d'une famille un peu défaillante, une sortie d'hospitalisation, on sait très bien à quoi ça conduit.

-Ils peuvent aller en foyer, ces patients là?

-Non, la plupart du temps le niveau de soins, qui n'est pas énorme, mais qui dépasse celui potentiel des foyers, fait qu'en fait ils ont besoin d'une structure hospitalière. Le patient qui est en refus de soin pour cette nécrose dépassée, il est un peu dans ce cadre là. On a établi que s'il fait un choc septique, ce qui sera probablement sa voie d'évolution si on ne parvient pas à l'amputer, il paraît licite de le proposer une fois au réanimateur, pour que peut être l'évolution rapide et l'engagement du pronostic vitale fasse qu'il s'en rende compte et qu'il revoie sa décision à ce moment-là. Ce qui n'est pas du tout garanti. Et si ça n'est pas le cas et qu'il parvient à sortir d'un premier choc septique avec un traitement antibiotique, qu'il

revient avec toujours cette même position très arrêtée, là je pense qu'il peut être raisonnable de poser une limitation de soins, pour respecter son choix, dans un temps qui n'est absolument pas déterminable. Avec une espérance de vie longue.

-Après le risque, en l'envoyant en réanimation, c'est qu'ils l'amputent alors qu'il est dans le coma.

-Alors voilà, ça c'est le risque, d'ailleurs qu'on a discuté avec les chirurgiens avec lesquels je me suis entretenu, qu'ils veulent éviter, parce que s'il se réveille sans jambes effectivement c'est une chose qui est plus délétère, ce n'est pas du tout respectueux et ça va à l'encontre de ce que dit la loi pour l'instant. Donc voilà. On a ces deux grandes phases en soins palliatifs. On a le soin palliatif clair, étiqueté, et les maladies neuro dégénératives, démences terminales, voilà...qu'on accompagne, pour un temps, encore une fois on retombe sur la question de la temporalité, pour un temps nécessaire. Là on a eu un patient qui était depuis presque un an dans le service, sur des pneumopathies d'inhalation très régulières, sur une oesophagite ulcérée, une sténose médio-gastrique sur une séquelle d'anneau gastrique, avec un état cachectique, avec des troubles trophiques, une nutrition entérale exclusive, et chaque fois qu'on augmente la nutrition entérale exclusive on guérit l'escarre mais il fait alors des régurgitations et des pneumopathies, donc il faut baisser la nutrition entérale, et l'escarre s'aggrave, et ainsi de suite. Une localisation dans l'apex de cette pneumopathie qui orientait fortement vers l'hypothèse d'un cancer du poumon, avec un état physique qui contre indique la réalisation d'une fibroscopie, ou d'une ponction, et même sur les dernières semaines la possibilité de le transporter pour un scanner. Voilà. Sur un schizophrène vieilli, évoluant, grabataire, et donc ça a duré plusieurs mois d'accompagnement.

43:12

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux?

-Je pense que c'est pas une difficulté... c'est une difficulté quand les deux sont très clivés chez le patient, et qu'on a du mal à faire un lien, et que le patient lui même a du mal à faire un lien entre un trouble psychique, un traumatisme, et une pathologie somatique, notamment dans la question des troubles somatoformes. Parce que là pour le coup c'est une question... Les gens ont authentiquement mal au ventre, authentiquement tel symptôme, et pourtant la médecine ne trouve pas de cause selon la méthode classique.

Alors, il faut se méfier, là il y a plein d'écueils... Moi j'ai l'habitude. Les patient viennent me voir en colère, en disant « mais enfin, docteur, ça fait deux ans que j'ai mal au ventre, ça n'est pas dans ma tête! ». Et je leur dis: « Et même si c'était dans votre tête, ça prouverait que vous avez un cerveau, c'est plutôt une bonne chose! ». Je les prends un peu sur un ton humoristique et de provocation... On sait qu'il y a des liens très clairs entre la neuro-immunologie, le psychisme...

Alors, voilà, sur la distinction, c'est pas une difficulté, ça fait partie du contrat de base en quelques sortes. On est en psychiatrie, il y a des troubles somatiques associés, il faut pouvoir concevoir les deux, parfois d'un point de vue intellectuel il faut les séparer, et il faut essayer de voir qu'est ce qui relève « purement » du corps, de ce qui relève « purement », enfin si on peut faire des distinctions aussi rigides, du psychisme. Et la grosse partie du travail, c'est d'allier les deux, c'est de les refaire converger. Et ça, à tous les niveaux. Il y a un niveau individuel, comment est ce qu'on comprend telle pathologie, comment on comprend tel symptôme psychique, et éventuellement est ce qu'on peut le relier à tel symptôme physique, et puis il y a la question du modèle de compréhension auquel on veut se référer. Nous ici dans le service on est ouverts, on n'a pas de dogmes et on lutte contre les dogmes, et donc on estime qu'on peut essayer de comprendre les choses en utilisant différents modèles. On

est des médecins, on a donc une formation scientifique. On est médecins généralistes, et clairement, on essaie de se référer aux données acquises de la science. Bon. Ça c'est une base, très bien. Par ailleurs, on voit qu'on est dans une évolution de la psychiatrie avec une psychiatrie qui est de plus en plus neurobiologique, qui appuie certaines de ses théories sur des questions très biologiques hein, la sérotonine dans la dépression, la dopamine dans la schizophrénie, et on sait que tout ça a été vérifié, et on n'a aucune idée de contester ça. On sait aussi qu'il y a toute cette évolution, on va dire ce grand courant des thérapies cognitivistes comportementales, de la question du neurodéveloppement, qui là aussi, nous, ça nous convient tout à fait, et je prends ce type de théories. Pour autant, on peut tout à fait se référer à des modèles beaucoup plus psychodynamiques, de type Freudien (c'est presque un gros mot maintenant...), et moi je le dis très clairement, on a la chance de travailler ici avec un psychanalyste qui rend service aux patients, et ça c'est la seule chose qui compte. Et on peut travailler à comprendre le psychisme avec des modèles différents, sans qu'ils soient exclusifs les uns des autres. Et ça c'est très important, je pense qu'il faut... là où l'on fait l'erreur c'est quand on considère que le psychisme c'est dans le cerveau. Le psychisme, c'est le psychisme. Et le cerveau, c'est le cerveau. Et je pense que on peut y retrouver des points communs, on peut y retrouver des neuromédiateurs, on peut y retrouver des choses qui s'allument à l'IRM fonctionnelle, on peut y retrouver tout ça, très bien, entièrement d'accord. Pour autant, ça n'efface pas d'un revers de main l'ensemble de la compréhension du psychisme qui a pu être élaborée sur des modèles plus psychodynamiques.

-Oui, et puis le fait d'avoir vu les neuromédiateurs, les IRM fonctionnelles, ça ne veut pas dire que c'est parce qu'on n'a pas assez de sérotonine qu'on est dépressif, ça peut aussi être parce qu'on est dépressif qu'on n'a pas assez de sérotonine.

-On est bien d'accord. Ces choses-là, ce sont des corrélations diagnostiques dont, je pense, on ne peut pas tirer, quand on est un vrai scientifique, des vérités absolues. Il faut simplement être très modeste et pouvoir se remettre en question, ce qui est le propre de la science. Et là j'ajouterai, puisque je suis enregistré, j'en profite... J'ai un collègue psychiatre qui dit une phrase que je trouve très juste en parlant des américains, parce qu'on sait qu'il y a une certaine forme de scientisme aux états-unis, même s'il y a des gens de très grande qualité qui reviennent là dessus, mais il y a aussi un certain nombre d'européens également, d'anglo-saxons, qui disent en gros qu'ils assimilent le psychisme à la conscience, la conscience à la raison, et la raison à la recherche du bonheur. À mon avis ça c'est exactement ce qu'il faut pour se fourvoyer, mais ça donne des attitudes ou des constatations où on se dit bah, t'es tabagique, tu sais que le tabac c'est pas bon pour la santé, donc tu vas arrêter de fumer. C'est logique. C'est clair. C'est net. Puisque la recherche du bonheur c'est être en bonne santé, la raison c'est de vouloir rechercher le bonheur, et puisqu'on te dit que le tabac c'est dangereux, y'a aucune raison si tu es conscient de ça de ne pas arrêter de fumer. Voilà, la boucle est bouclée. Et voilà, et finalement c'est le patient qui paye à la fin.

Je pense qu'il faut avoir la possibilité de faire coexister des modèles complètement différents et de les utiliser simultanément, sans juger un modèle avec les instruments qui mesurent l'autre modèle. Et en acceptant qu'un modèle de soit pas obligatoirement mesuré, mais en constatant empiriquement ce que ça fait pour le patient. Je pense notamment aux psychothérapies.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale?

-De manière générale, pas le temps. Le temps est un grand maître, il règle bien des choses disait Corneilles, et effectivement il faut prendre le temps et il faut avoir une forme de virginité d'esprit face au patient. C'est à dire que l'absence d'a priori en gros... le patient qui est en refus de soin, ok il est en refus de soins. On va y revenir. Parfois on ne va rien

dire, on va juste rester là, et pouvoir le garder à l'hôpital. Parfois il y a des refus de soins qui sont des refus de soins comme on les voit chez les vieux schizophrènes qui disent non parce qu'ils disent non, et parce qu'ils n'ont su que dire non. Moi j'ai eu un patient, qui avait une altération de l'état général, qui voulait absolument ne pas rester là, amené par sa famille. Je lui ai dit « Bon là je ne vous laisse pas le choix, vous restez ici. C'est comme ça. » Bon ben finalement il est resté trois ou quatre semaines, on lui a trouvé son abcès du poumon, on l'a traité, et il est parti en nous remerciant. Parfois il faut se méfier de cette espèce de côté un peu politiquement correct, où il faudrait que le patient soit absolument... signe chaque chose qu'il fait, chaque médicament il faudrait lui lire tous les effets secondaires, qu'il ai signé presque un consentement comme quoi il les a compris... À un moment il y a besoin d'une forme de confiance dans la relation, une forme de fluidité. 52:16

Voilà. Et moi je ne connais pas de médecins qui font des prises en charge ou des gestes médicaux, ou qui impliquent des types de prise en charge, pour se faire plaisir. La prise en charge, elle est pensée pour le patient, d'abord et avant tout.

Donc dans le cas du refus de soin, la plupart du temps, franchement, dans 80% des cas, le refus initial cède juste parce qu'on a pris le temps de parler. Et quand il dure un peu plus longtemps, on attend, 4 jours, 5 jours, 2 semaines, on fait repartir le patient, on l'a apprivoisé, on le fait revenir. Et finalement ça passe et on fait l'examen.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants?

-On revient à la question du temps, on revient à la question de ne pas leur sauter dessus tout de suite, de les écouter, de pouvoir entendre ce qu'ils disent, mais très souvent quand je reçois des patients en consultation, la chose qui revient à plus des deux tiers, alors même que à l'occasion d'une consultation longue, la conclusion que j'ai dite, c'est que un, je ne suis pas compétent pour ce pour quoi vous venez me voir, je n'ai pas de solution thérapeutique, je n'ai pas de solution diagnostique, et bien les gens me remercient en me disant « au moins vous avez pris le temps. » Alors je ne dis pas que je pense que le... Une grande difficulté des médecins actuellement c'est cette question d'avoir le temps. Et notamment dans des systèmes qui se veulent rentables, le temps c'est de l'argent et la rentabilité c'est sur le temps qu'elle va se faire. Et effectivement on a plein de collègues qui n'ont pas le temps. Qui n'ont pas le temps de faire une consultation d'une heure, par rapport à ce qu'ils vont être payés, que ce soit en libéral ou à l'hôpital. Voilà. Donc c'est vraiment cette question là de prendre le temps et puis de... c'est la technique de l'hameçon, on va un peu à la pêche, et une fois que le poisson a mordu, faut pas obligatoirement tirer dessus tout de suite, il faut pouvoir le laisser repartir pour pouvoir le ramener au soin. Avoir une relation au maximum d'égalité... le terme est peut-être mal choisi, mais disons sortir d'une forme de hiérarchie. On est médecins, on a des compétences, et le patient, il est patient et il a des besoins, des désirs, et on essaie de faire coexister ça. Globalement on sait ce qu'il devrait faire pour ce qu'il a, mais il faut accepter, il faut l'accepter dans son entièreté, et notamment dans le fait qu'il puisse, en nous disant non, nous dire je ne suis peut-être pas d'accord avec vous, et vous n'avez peut-être pas raison. Et ça, on n'a pas appris à la fac. On nous a appris à avoir le savoir, et le pouvoir, entre guillemets.

-Alors, maintenant, c'est très différent. Maintenant, c'est l'approche centrée sur le patient...ça a changé.

-Mais c'est très bien. Je pense cependant qu'il faut se méfier des écueils de cette approche centrée sur le patient, qui peuvent être « Eh bah, il a dit non, il a un refus de soin, donc on va respecter ça et puis on va laisser trainer.... » Voilà, c'est un va-et-vient, parce que parfois

on sait quand même que ce serait bien qu'il s'occupe de lui, qu'il a un cancer traitable et que s'il le traitait il guérirait.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-IDEM Vinatier.

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...?

-Alors oui, dans le cadre de l'hospitalisation. Après, dans le cadre de l'après hospitalisation, ça c'est une vraie problématique dans la pénurie de médecins traitants actuelle. En général nos points de chute sont les services qui nous les ont adressés. Donc c'est repris par le service. Parfois c'est une sortie direct à l'extérieur et dans ce cas systématiquement, quand il existe, on a un lien qui est fait avec le médecin traitant. Mais les situations problématiques c'est quand il n'y a pas de médecin traitant.

Alors parfois on propose nous de les revoir à distance, une ou deux fois, pour laisser le temps qu'il puisse y avoir un médecin traitant. Ça peut arriver de proposer une reconvoction en disant « là il faudrait... on peut essayer de se revoir ». Je l'ai eu fait, j'ai beaucoup moins le temps de le faire maintenant, mais l'idée c'est de pouvoir s'appuyer sur des systèmes type CoReSo pour essayer d'améliorer les choses.

— — — — —

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis?

-Nous faisons un courrier à tous les correspondants médicaux, médecin traitant et spécialistes.

-Si vous vous rendez compte qu'il ne voit jamais son médecin traitant?

-Alors nous on va en parler au patient, et si on peut, on va essayer de contacter le collègue médecin, en lui disant ce qu'on a pu faire... On a un gros travail social, notamment sur l'étayage à domicile, avec notre assistante sociale. Tout ce qui va être paramédical à domicile, télé-alarme, voilà, ça c'est des choses qu'on arrive à mettre assez régulièrement, et en général ça se met en place parce qu'il y a un médecin traitant qui va prendre le relais.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

-Quand il n'y a pas de médecin traitant, et qu'on sait que la solution c'est ça, parce que la maison de retraite c'est dans trop longtemps, parce qu'il n'y a pas de solutions, à ce moment là on essaie d'en trouver un, parfois par collègues interposés, mais ça devient de plus en plus difficile.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?
58:10

-Alors le psychiatre on a la chance qu'il travaille dans le pôle. Alors, l'organisation.

On a un psychiatre dans le pôle (MOPHA, somatique) qui est à 20% dans chaque unité, qu'on voit deux demi journées par semaine, et qui parallèlement est à temps plein dans le pôle sur la structure qui s'appelle la PAS. Donc le plus simple, si on veut qu'il le voit ou

qu'il ai l'information tout de suite s'il y a un caractère d'urgence, c'est le SMS, le téléphone, le mail...

Et pour le psychiatre habituel du patient, à la sortie du patient tous les correspondants sont informés. Si le patient est du secteur du Vinatier, c'est le logiciel unique Cortext avec le dossier commun partagé. Quand le psychiatre est libéral ou vient d'ailleurs, il y a un courrier systématique. Si le courrier lui suffit, on se contente du courrier. Mais il peut y avoir un contact auparavant, résumant l'évolution, souvent c'est des contacts aussi pour essayer de débloquer des situations avec des patients qui ont été très somatiques et psychiatriques, compliqués, dont personne n'a voulu, qui ont été plus ou moins exclus. Et qui sont arrivés dans le service pour X raison. Là j'ai une anorexique de 27kg, un peu compliquée, le psychiatre contacté ne veut plus la prendre en charge, c'est un psychiatre de secteur et la patiente est sous contrainte. Alors on pourrait le faire de façon un peu conflictuelle: elle est sous contrainte, elle n'a pas le choix, elle va dans l'hôpital de son secteur et puis voilà. Le souci c'est que ça, ça va souvent déboucher sur une levée de la contrainte et puis une sortie du patient. C'est ce qui se passe concrètement après. Donc l'intérêt du patient c'est plutôt d'avoir une alliance avec le psychiatre et d'essayer de lui expliquer ce qui s'est passé, comment ça a évolué, et puis encore une fois de prendre le temps de laisser évoluer. Voilà.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? Et en ville?

-Alors là, je suis très clair, je pense que le psychiatre est souvent le médecin que le patient psychotique voit le plus souvent. Est ce qu'il a vocation à être le médecin traitant au sens de la référence légale, de la signature du contrat, je n'en suis pas sûr, mais par contre je pense que le psychiatre doit se préoccuper de la santé somatique de son patient, et lui rappeler si c'est une femme qu'elle a 55 ans et que peut-être il est temps de s'occuper d'avoir une mammographie, un suivi gynéco... Et de manière générale, est-ce que le patient prend bien, par exemple son levothyrox, est ce qu'il a vu le cardiologue puisqu'il a fait un infarctus il y a 3 ans... Voilà.

On ne demande pas au psychiatre de savoir parfaitement lire un ECG. On ne lui demande pas non plus de savoir palper un ventre et de le faire. Mais, par exemple, et c'est un corollaire, c'est le psychiatre qui prescrit les psychotropes qui ralentissent le transit intestinal, donc il doit aussi prescrire les laxatifs.

-Est-ce qu'il doit prescrire le bilan de suivi métabolique?

-Alors oui pourquoi pas, ou alors s'assurer que le généraliste le fait. Voilà. Et s'il ne sait pas quoi faire d'une hypokaliémie, appeler le généraliste.

-Dans ce cas le psychiatre est peut-être responsable de s'assurer que son patient a un médecin traitant, un suivi somatique.

-Oui, c'est l'avis que je partage. Je pense que c'est le médecin que le patient voit le plus souvent, et donc c'est le médecin le mieux à même d'avoir cette attention à la santé somatique, même si ce n'est pas obligatoirement souhaitable qu'il soit le médecin traitant dans le sens où le médecin traitant a une action de coordination et une action somatique que le psychiatre ne peut pas avoir.

— — — — —

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné?

-Alors, je pense qu'il faut poursuivre la déstigmatisation du patient, et il faut à mon avis que les médecins du champs somatique, de manière générale, les spécialistes, tout ça, soient - alors, je ne vais pas dire qu'ils soient moins réticents, parce que ça s'est beaucoup amélioré, et globalement on a très peu de réticences- mais je pense qu'il ne faut pas hésiter à se rencontrer pour faire en sorte que ces collègues-là connaissent un peu ces patients. De notre côté, je pense qu'il ne faut pas être seul sur ce type de prise en charge. Donc par exemple quand on a besoin d'un médecin généraliste qui soit le médecin traitant du patient, je pense qu'il faut de notre côté, lui assurer que si ça se met à déconner en ville, il ne soit pas tout seul. Qu'il ait une réponse, voilà.

Alors, les pistes, je pense que la question de l'élargissement de CoReSo, si encore une fois est souligné que cela vient en complémentarité de l'existence, c'est capitale, c'est à dire mettre des somaticiens au centre des CMP qui permettent de mettre de l'huile dans les rouages et de faire en sorte que les patients suivis sur le secteur psychiatrique n'ayant plus de médecin traitant effectif puissent en retrouver un, au sens du droit commun, ça c'est important. Je pense que ce qui serait utile, sous réserve que les moyens associés soient donnés, c'est peut-être une hotline qui soit une forme de « je suis généraliste en ville, je ne sens pas ce patient mais peut-être qu'il n'y a pas d'urgence... à qui je dois m'adresser pour discuter de ça en un quart d'heure, savoir qu'est ce qu'on fait », type un peu numéro unique, qui arrive et qui soit dispatcher. Voilà. Sur la question de la prise en charge des patients, je dirais un peu... les patients pour lesquelles on sait qu'il y a tel syndrome, tel symptôme, on sait qu'il faut aller pousser plus loin, c'est la question de l'accès à la consultation spécialisée, au scanner, à l'IRM, à tout ce qu'on veut.

Peut-être que des postes de type infirmier coordonnateurs, mixtes, qui soient des sortes d'infirmiers coordonnateurs sur une plateforme de soin ambulatoire où on va... bah tiens, patient diabétique qui a besoin de son bilan tous les ans, comment on peut faire pour qu'il ait dans le temps le plus court possible son fond d'oeil, son doppler des TSA...

-Ce serait un infirmier du CMP?

-Alors c'est à voir...et qui soit en relation parallèlement avec un infirmier coordonnateur d'une structure médicale type maison de santé, où il y a plusieurs spécialistes, et que ces deux coordonnateurs puissent se contacter en se disant « j'ai monsieur machin, diabétique, hypertendu, il a besoin de son bilan annuel avec fond d'oeil, écho coeur, doppler des TSA, consultation endocrinologue, jeter un oeil sur ses pieds par un pédicure, est ce que tu as tout ça? » et l'autre lui dit « jeudi prochain, il enchaine, il arrive le matin et on lui fait tout dans la foulée ». La question subsidiaire étant: est ce qu'il peut faire ça tout seul? Ou est ce qu'il faut l'accompagner?

-Est ce que du coup les infirmiers de secteur pourraient se charger de l'accompagner?

-Pourquoi pas? Là il faut être ouvert. Est ce que c'est l'infirmier de secteur, est ce que ça doit s'intégrer dans quelque chose de type hospitalisation courte, type hospitalisation de semaine en psychiatrie, où on va faire l'ETP, de la réhabilitation, on va faire quelque chose d'un peu... voilà, et puis, bah il est diabétique hypertendu, on prend à l'hôpital de jour les 3 RDV le même jour, et en même temps de notre côté on va peut-être s'occuper de sa prostate, on va peut-être le montrer à la diététicienne, on va peut-être lui faire faire un peu de sport. Quelque chose qui soit à la fois assez médicalisé, donc à mon avis de type sanitaire, et qui permette d'avoir un peu cette vision globale, voilà. Ça ça pourrait être des pistes. Alors moi je suis un peu de la vieille école mais... pour faire une tarte aux pommes il faut des pommes. Donc quand il n'y a pas de moyens, il n'y a pas de soins. Et les soins, c'est avant tout des moyens humains. 80% voire plus du budget d'un hôpital, c'est le personnel,

les médicaments ça coûte que dalle. Donc c'est vraiment la question des moyens humains qu'on met en regard des objectifs qu'on veut avoir. Ça c'est capital.

-Juste pour reprendre un peu ce que vos collègues ont pu souligner, et voir si vous êtes d'accord.

Comme la question du temps est assez fondamentale et que c'est l'une des raisons pour lesquelles en tant que généralistes de ville, on a du mal à suivre ces patients-là, est ce que ça pourrait être une solution de soit fractionner les consultations avec ces patients là parce qu'on ne peut pas tout gérer en une fois, soit quand ce sont des patients avec qui on sait que ça va durer trois quarts d'heure, revaloriser les consultations?

-Il faut faire un type de consultation spécialisé qui dure 1h et les revaloriser. Je pense que c'est plutôt la piste à privilégier parce que quand on fractionne... ces gens-là sont déjà fractionnés dans leur psychisme, si on re fractionne la prise en charge, je ne suis pas sûr que ça soit une bonne chose. Moi je suis plutôt partisan, y compris dans une consultation spécialisée d'une heure, parfois on n'arrive à faire qu'une seule chose, on arrive à tirer sur un seul noeud, et on arrive à sortir le côté, je ne sais pas moi... En tout cas il ne faut pas que ça soit payé 25 euros. Après ça c'est des questions politiques, qu'est ce qu'on considère, comment on considère qu'un médecin doit être payé de manière moyenne, quand on voit le temps de travail... moi ça ne me choque pas qu'un médecin doive toucher autour de 10 000 euros par mois. C'est pas un truc... je n'ai pas de problème avec la question de l'argent. On peut faire des comparatifs, on a eut une étudiante québécoise il y a 2 semaines dans le service, à qui j'ai demandé un petit topo sur le système de santé québécois, et sur les salaires des médecins: le salaire moyen d'un médecin québécois dans le public c'est 200 000 euros (ça fait entre 15 et 20 000 par mois). Moi, au 9e échelon sur 10, c'est publié au journal officiel, c'est 66 000 euros brut par an. Donc on enlève 20%. Donc en temps plein on est autour, une fois les impôts payés avec le prélèvement à la source, on est autour de 4500 euros par mois. -Finalement vous gagnez moins qu'un généraliste de ville qui... bon, qui taff comme un porc, pour le coup, mais qui n'a pas le choix.

-Oui, qui travaille beaucoup et qui a beaucoup de charges, etc. Mais voilà. Effectivement, quand on parle de l'attractivité des carrières, que ce soit à l'hôpital ou en libéral, moi je ne suis pas sûr que le système libéral... Finalement on a une espèce de passage du salaire, du prix de la consultation par la sécu au médecin. On pourrait finalement salarier tout le monde. Mais là il y aurait... ça ne se fera jamais parce que je pense que les gens sont attachés à une forme de liberté, mais ce ne serait pas illogique que les médecins soient salariés, correctement. Et actuellement, je pense que ça n'est pas le cas. Et je ne parle même pas des jeunes médecins à l'hôpital, du salaire d'un assistant qui est de 2100 euros par mois, ni des internes telle que tu l'as été.

-Oui certes. Il y a aussi une autre chose qui revenait, c'était l'importance d'être en équipe. Est ce que du coup les maisons de santé pluridisciplinaires pour prendre en charge ces patients là ce ne serait pas plus facile?

-Je pense que si. Je pense que de toutes façons c'est l'évolution générale de la médecine actuellement, et je crois que les médecins traitants qui vissaient leur plaque et faisaient 40 ans de carrière seule avec une abnégation totale, 14 heures de travail par jour, je pense que c'est globalement fini. Après je trouve intéressant le travail en équipe parce que ça permet, non pas que les médecins qui sont seuls ne le fassent pas, mais ça permet peut être plus facilement la mise en commun de situations difficiles, la confrontation de points de vue différent, la remise en question de soi-même, le partage de la charge mentale et émotionnelle, et ça je trouve ça plutôt très intéressant. Et probablement à l'avenir la question qui va se poser c'est qu'il faudra faire un peu des formes de pôle d'attraction, et globalement, qui risque d'éloigner physiquement, mathématiquement, le maillage du territoire, puisqu'il y aura plusieurs médecins à un endroit, couvrant plusieurs territoires, et donc les gens à

l'extrémité de ce territoire, c'est ce qui s'est vu quand on a voulu rationaliser les maternités, les CMP en psychiatrie, sur un grand secteur où il y avait 4 CMP, on n'en fait qu'un... mathématiquement une grande partie des gens sont plus loins quand il n'y en a qu'un, que quand il y en avait 4. Au passage ça permet la réduction de moyens par mutualisation, et finalement cette réduction de moyens, dans le cas des CMP, il y a forcément plus d'infirmiers dans 4 CMP pour que ça tourne, que dans un seul. Donc la question de cette réduction de moyens elle se ressent à la fin sur la prise en charge. Alors même que c'était supposé améliorer les choses, moderniser... et bien, finalement, les gens ont moins accès aux soins.

-Et est ce que envisager qu'il y ait plus de psychiatres ou infirmiers psychiatriques dans les maisons de santé, plus de somaticiens dans les CMP?

-Des somaticiens en CMP sur des dispositifs de type CoReSo, oui. Mais je ne crois pas que ce soit intéressant qu'il y ait des médecins traitants libéraux en CMP. Après sur des psychiatres en maison de santé, pourquoi pas, la question qui va se poser c'est globalement les activités en maison de santé, pour l'instant à ma connaissance ce sont des activités libérales. Donc ça veut dire que s'il y a un psychiatre, il aura sa clientèle. Et c'est très bien, mais simplement ce sera la sienne et pas une autre, et donc la question qui se pose c'est, comme on programme des plages de consultations un peu d'urgence, non programmées, pour des soi-disant urgences pour désengorger les urgences sur un plan somatique, est ce que dans une maison de santé, il pourrait y avoir quelqu'un, du fait psychique -alors est ce que ça doit être un psychiatre, un psychologue, un infirmier de pratique avancée en psychiatrie, c'est toute la question- qui puisse faire un peu de tri, lever la sous-pape de pression, dépressuriser les peurs instinctuelles de tout un chacun vis à vis du patient qui se met à délirer: « Qu'est ce qu'on en fait? Est ce qu'on va tout de suite aux urgences psychiatriques? Est ce qu'on ne peut pas passer d'abord par une filière qui serait son secteur, etc? » Une sorte d'antenne de communication au sein des maisons de santé, quelqu'un qui soit formé à la question psychique, psychiatrique, et qui soit un peu une voie d'aiguillage, voilà. Est ce qu'il faut que ce soit un psychiatre, même, je n'en sais rien. Pourquoi pas. Mais si c'est un psychiatre il faut décider s'il a sa clientèle ou au contraire, si c'est exclusivement une forme de psychiatrie de liaison de santé. Peut-être, pourquoi pas, s'ils sont payés correctement.

Entretiens semi-dirigés: Dr C

Femme Médecin de 47 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine interne avec un complément médecine d'urgence

-Fonction:

-Service: Canguilhem (unité sectorisée, ouverte) à 50%; UHSA (unité hospitalière pour les patients psychiatriques incarcérés, non sectorisée, fermée) à 50%; une journée par semaine à la Permanence d'Accès aux Soins (patients précaires, migrants, sans papiers, qui ont tous des troubles psychiques comme on peut l'imaginer), au Vinatier.

-Etablissement public sectorisé avec tous types d'unités (pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, ouvert, fermé, patients déficitaires, ULE).

-Mode d'exercice: hospitalier + PAS. Pas de pédiatrie.

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: 60 lits à l'UHSA, 20 à Canguilhem.

Après les patients de l'UHSA arrivent souvent de la prison et là bas c'est obligatoire d'avoir un examen somatique, des dépistages, une radio de thorax, et un suivi. Donc il y a moins de travail que dans une unité comme Canguilhem, où il y a toujours plein de choses à faire.

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-Depuis 2008.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie?

-J'ai fait une formation de médecine interne après avoir voulu faire de la médecine générale à l'origine, parce que mon époque, à Nancy, nous n'avions pas de formation en médecine générale, il n'y avait pas de stage de formation chez les médecins généralistes. Et donc j'avais réfléchi je m'étais dit je vais choisir la médecine interne pour voir plein de choses et puis à la fin je repasserai en médecine générale. En l'occurrence, il y a eu une réforme qui rendait plus compliqué de repasser en médecine générale, mais j'aurais pu m'installer en médecine interne et faire de la médecine, tout court.

Et deuxièmement j'ai adoré tout ce que j'ai fait pendant mes études en fait et donc je n'ai pas souhaité finalement repasser tout de suite en libéral.

À la fin de mes trois années d'assistantat en médecine interne à Lyon Sud, je suis partie aux urgences de Lyon Sud, au SMU, pour faire de la médecine polyvalente dans une unité un peu à cheval entre les urgences et les services sans être une UHCD parce qu'il n'y avait pas de délais, on s'occupait des patients, on faisait des bilans, on s'occupait des patients psychiatriques de Saint Jean de Dieu que le Dr L nous envoyait à l'époque.

Et puis quand les urgences se sont restructurées sur un mode UHCD ça m'allait moins bien, on perdait en qualité de soin dans l'unité de médecine d'urgence, et du coup il y avait un poste ici au Vinatier et ça correspondait à de la médecine générale en équipe.

Alors par contre les patients psychiatriques, j'avais commencé à me faire une expérience via les patients de Saint Jean de Dieu qui venait dans mon unité à Lyon Sud pour leurs bilans sur quelques jours, mais je n'étais pas passée ni en tant qu'externe, ni en tant qu'interne, en psychiatrie.

-Est-ce que tu avais un attrait pour la psychiatrie à la base?

-Alors, moi j'ai habité en IME, très longtemps. C'est les instituts médico-éducatifs, pour les jeunes adolescents qui ont des troubles cognitifs et qui sont un peu à la limite du handicap mental. Mes parents travaillaient tous les deux en milieu socio-éducatif, ils étaient

instituteurs spécialisés, donc ils donnaient des cours aux enfants handicapés mentaux et ils avaient des classes là-bas.

Donc j'ai rencontré très tôt la psychiatrie, le handicap.

-Ils avaient un logement de fonction?

-Oui. On a vécu 10 ans là bas. Et ma maman a donné des cours à l'époque à l'hôpital psychiatrique de la petite ville où on habitait, pour les enfants hospitalisés. C'était il y a 47 ans, et dans une petite ville de campagne, donc c'était des enfants qui étaient vraiment au très long court, ça s'apparentait à l'asile.

Donc il y a ça. Je pense que j'étais quand même très intéressée par la médecine générale, et je n'étais pas attirée par la psychiatrie au début de mes études pour cette raison: je reste très médecine générale. C'est toujours important de bien faire le diagnostic pour pouvoir construire une bonne relation thérapeutique, savoir ce que le patient a, ce qu'il veut, ce dont il va avoir le plus besoin. Et pour pouvoir investir le champ de la relation parfaitement libre après. Je suis encore pas arrivée forcément dans l'idée de faire de la psychiatrie, c'était plus l'idée de faire de la médecine générale en fait, quand j'ai décidé de partir des urgences pour venir ici. Le poste m'a été présenté comme étant de la médecine générale à l'hôpital psychiatrique, donc c'était une super opportunité, j'en avais envie à ce moment-là. En sachant qu'il y a une de mes assistances, quand j'étais à Lyon Sud en endocrinologie, qui avait pris, elle, un poste à Saint Jean de Dieu bien avant moi, et on s'était revues après pas mal de fois et on en avait aussi beaucoup parlé. Et puis il y avait la petite expérience de travailler avec le Dr L de Saint Jean de Dieu qui faisait hospitaliser ses patients au SMU. Et enfin, en médecine interne, à l'époque où j'étais assistante, il y avait le Pr R qui était un type un peu exceptionnel et qui adorait la psychologie, la psychiatrie, justement, le soin aux patients psychiatriques. Qui faisait des groupes de photo-langage. Alors ce n'était pas de la psychiatrie comme on fait ici. Il y a le futur chef de pôle de l'UHSA qui était venu faire un stage hors CHU en médecine interne 6 mois, qui avait aimé et qui m'avait dit « mais quand même vous voyez des patients super graves, vous ne vous rendez pas compte ». Tu vois comme le regard de l'autre spécialité (la psychiatrie), qui est plus habitué... C'est bien qu'on s'y intéresse mais ça manque un peu de compétence, quoi. La rencontre des deux champs n'est pas simple mais très intéressante. Donc il s'intéressait beaucoup à ça, le Pr R. Ce que ne développe plus du tout maintenant la médecine interne de Lyon Sud. Mais à l'époque où moi j'étais assistante, on recevait beaucoup psychiatriques. Moi je recevais aussi beaucoup des patients handicapés, des patient pour lesquels les soins étaient difficiles, je me souviens de personnes de MAS (maison d'accueil spécialisée) qui venait faire des myélogrammes, des choses comme ça, que j'avais quand même pas mal à ma consultation parce que finalement au bout d'un moment les gens me connaissaient, tu vois, et j'avais des infirmières très sereines qui arrivaient bien à calmer les patients. Donc j'avais fait un peu de cette médecine un peu spécialisée par hasard, mais ce n'était pas pensé quand je suis arrivée ici. C'était vraiment quelque chose que tu prends au fur et à mesure dans la vie professionnelle, qu'on te propose et puis « oh bah tiens, ça pourrait me plaire ».

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère? 11:21

-Alors. Je pense que au contraire, on est des médecins généralistes donc on n'a pas de spécificités. Et même nous qui travaillons à l'hôpital psychiatrique.

On peut le penser de deux manières.

On peut se dire qu'on développe nous une spécificité pour ses patients parce qu'on est plus habitué. On connaît mieux les effets secondaires des médicaments, les difficultés diagnostiques, les pathologies qu'ils peuvent avoir un peu plus. Mais ça va un petit peu à l'encontre de ma vision de la médecine générale, où je pense, vraiment, que le médecin généraliste n'est pas un spécialiste, et il faut qu'il garde cette polyvalence, vraiment. Tu vois, moi je suis interniste, je travaille ici et je fais toujours des gardes à N (urgences générales) et ce n'est pas facile non plus parce que je ne fais pas ça tous les jours, mais pour moi c'est super important tu vois de garder en vue la globalité de ce dont a besoin le patient quoi. Je vais le faire moins bien qu'un spécialiste: quand je suis de garde à N je suis moins bonne que les urgentistes. Bah peut-être que quand je suis un médecin généraliste, finalement de travailler ici je suis peut-être moins pertinente qu'un médecin généraliste qui ne travaillerait pas en psychiatrie, parce qu'on perd certaines choses qu'on ne fait plus. Et puis on travaille à un rythme plus lent. On a une autre vision, on développe d'autres capacités. Mais c'est un petit peu transformateur. Moi je me bats pour que les médecins généralistes... Enfin pour moi la médecine générale, il n'y a pas beaucoup de domaines où l'on garde cette globalité, il faut la garder. En plus on est dans une société où de plus en plus on nous demande d'être hyper spécialisé, et ce qui convient à plein de médecins et il en faut, il faut des médecins très spécialisés. Mais nous il faut qu'on se batte pour dire: on n'est pas spécialisés. Donc je n'aime pas trop l'idée de mettre l'étiquette de « somaticien spécialisé pour les patients psychotiques ».

Après, il y a des compétences qu'on développe par l'expérience ici, mais qui peuvent être transmises à un médecin généraliste de ville, qui sont des choses très théoriques: les pathologies qu'on voit, la surveillance de la iatrogénicité, le maniement des psychotropes, le bilan biologique de base, les facteurs de risque, tout ça. Mais ça il n'y a pas... tu vois ce que je veux dire? Il n'y a pas besoin de nous, finalement. Nous on peut le transmettre parce qu'on le fait et qu'on le connaît bien, mais finalement, les psychiatres, ils peuvent le transmettre aux généralistes sans que ça passe par nous. 14:17

Moi, c'est vraiment mon avis, ça n'engage que moi, mais ce qui me plaît dans le fait de travailler ici, c'est que c'est évidemment la relation médecin malade, c'est la relation de soin, mais on n'a pas plus de relation de soin qu'un médecin généraliste à l'extérieur qui arriverait à prendre en charge son patient. Ce que je veux dire c'est que là encore ce n'est pas une spécificité qu'on va développer parce que le médecin généraliste qui va recevoir son patient, il va le voir encore plus souvent que nous, donc il aura une encore meilleure relation de soin que nous. Sachant que les patients d'intra hospitaliser, ils ont plus de mal à y aller, ça on le sait. Donc... il y en a qui ont des vraiment bons médecins généralistes qui les suivent -quand je dis « bon » c'est que la relation est bonne, c'est pas le médecin qui est bon, il y a une vraie relation et c'est ça qui est bien- il y en a qui n'ont pas de médecin. Moi je pense qu'en intra hospitalier il y a plus de ces derniers qu'en extra. Les patients d'extra sont moins graves, les patients d'intra sont des patients bien plus psychotiques, qui ont encore plus de mal. Donc c'est ça, notre spécificité. Ça va être de rattacher, de refaire ce lien à l'extérieur. Même si je me bats pour l'intra, moi, je pense qu'on a beaucoup de ses patients là, de faire le lien avec l'extérieur, avec ce qui peut se tisser à l'extérieur.

La deuxième chose c'est que c'est des patients en crise, c'est pas la même relation de soin. Et je pense que moi ça m'intéresse, c'est cette relation qui m'intéresse. Comme quand je travaillais aux urgences à Lyon Sud, j'aimais la relation que tu pouvais avoir avec le patient quand il arrivait pour une problématique d'urgence, dans un contexte d'anxiété, qu'est ce qu'il a, qu'est ce qu'on va faire. Et Je pense que d'aimer travailler en intra, il y a de ça. C'est la relation avec le patient mais la relations avec le patient qui est hospitalisé, qui est moins bien, je pense que ça touche encore plus l'intime, tu vois, quand il est à l'hôpital et qu'il ne

va pas bien, que quand il est à l'extérieur. Donc c'est moi je pense ce qui m'intéresse le plus en fait. Probablement que c'est pour ça que je travaille ici.

Alors, tu demandais, qu'est ce qui va être différent d'avec un patient qui n'est pas suivi en santé mentale?

-Oui. Tu disais notamment que vous n'aviez pas le même rythme.

-Oui! La relation, la confiance. Ça va être d'instaurer un lien de confiance au rythme du patient, et pas au rythme où nous on le veut, évidemment. Et pour le faire aller à des soins dont on aurait convenu tous les deux ensemble que c'était mieux pour lui qu'il les aient. Voilà. Et parfois il faut beaucoup de temps. Parfois il y a un petit déclic, et puis on y arrive. Parfois il y a certains patients il faut du temps, il faut repasser. Moi il y a des choses que j'arrive à faire avec des patients que je connais depuis 5 ans et que je n'arrive à faire que maintenant, tu vois. Ce n'est pas parce que maintenant je suis meilleure avec eux, c'est parce qu'ils me connaissent maintenant, ils ont plus confiance, ils m'ont identifiée. Cette relation peut mettre vraiment beaucoup de temps pour certains patients.

Il y a ça.

Il y a le mode d'expression. Moi c'est ce que j'aime avec mon côté médecine interne. C'est que ce n'est pas la séméiologie classique des livres. Ils s'expriment différemment, parfois pas, parfois trop. La séméiologie clinique n'est pas du tout la même. On me dirait il n'y a pas longtemps « c'est casse-gueule ». Et oui. Parce qu'on n'a moins de choses objectives sur lesquelles on peut s'appuyer. Même en médecine somatique. Et moi je pense que c'est ce qui me plaît. Et là je trouve que c'est très important, les infirmiers, l'équipe. C'est ce travail, qui n'est pas toujours simple, mais c'est ce qui fait que j'aime travailler là quand même. Les équipes les connaissent très bien, leurs patients, et quand il y a des petits trucs qui changent, tout petit, je ne dis pas quand il a une mauvaise constante, mais quand il y a des toutes petites choses qui changent dans le comportement et qu'on a encore pas de signes objectifs, elles le rapportent très bien. Elles savent nous interpeller.

Arriver à construire cette complémentarité, c'est ce qui fait que pour de la séméiologie compliquée, on va arriver au diagnostique sans trop perdre de temps et on va arriver à prendre en charge le patient.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients? 19:04

-Alors la confiance. Le repli sur soi, la psychose.

Alors je pense qu'ils n'ont pas la même conscience de leur corps, de la nécessité du prendre soin de soi. Ils n'ont pas conscience de ça.

Les difficultés d'aller vers l'autre, pour eux.

La difficulté d'accès au soin au jour d'aujourd'hui. On rêve, quoi. À côté hier, Clémence, l'interne, avait une patiente qui décompensait une maladie de Bouveret avec 500 de troponine, et le cardiologue a fait réduire sa tachycardie ici par l'interne avec de la striadine, sans muter la patiente, et elle avait encore 500 de troponine ce matin.

-Parce qu'il ne voulait pas prendre le patient?

-Oui il disait que ce n'était pas grave, que c'est fonctionnel... et c'est vrai, ceci dit. Mais on se dit quand même, pour le coups, petite dame de 62 ans qui a des troubles cognitifs... c'est risqué pour le patient, et elle a le droit aux soins comme tout le monde. Evidemment qu'on adaptera les soins à ce qu'elle est, à ce qu'elle peut avoir, on va discuter, mais on ne peut pas dire d'emblée « je vais la laisser à l'hôpital psychiatrique, c'est pas grave, on fait rien de plus ». Ça doit être discuté. Elle aurait besoin de faire une échographie cardiaque, un bilan, une surveillance de la troponine pour voir si elle n'augmente pas...

-Et tu penses que c'est lié au fait que la patiente est psychiatrique ou que c'est un problème de place dans les hôpitaux?

-Je pense qu'il y a les deux. Il y a peut-être une représentation des soins aux patients psychiatriques, mais je pense de moins en moins. Je pense que les jeunes internes ne pensent plus comme ça. Je pense qu'il y a beaucoup de problèmes de place. À N tu vois beaucoup de personnes âgées arriver aux urgences, passer la nuit à l'UHCD et repartir le lendemain matin, et revenir 15 jours après, parce que ce sont des maintiens à domicile difficiles, que l'accès au soin est de plus en plus difficile et qu'on a tous le plus en plus de travail. Donc tu vois ce n'est pas une question de personne, on répond quand on peut, quoi. 23:00

On ne répond pas tout le temps tout de suite.

-Et ça passe aussi par la famille, de régler les problèmes à long terme comme le maintien à domicile. Si les patients sont isolés comme ils le sont souvent en psychiatrie, je doute qu'ils aient des proches pour s'en occuper.

-Exactement. Tout à fait. C'est ça. Et puis, enfin, comme c'est difficile de trouver de la place pour tous, à qui on n'en trouve pas? C'est aux patients les plus compliqués. Ce n'est pas de la discrimination volontaire, mais c'est involontaire, les équipes sont tellement en souffrance déjà avec les patients qui ne sont pas des cas compliqués, que elles ne peuvent pas absorber ces difficultés de prise en charge des patients compliqués, quoi. Et bah c'est pareil, ma dernière garde à N -c'est pour ça aussi que c'est intéressant de faire des gardes aux urgences générales, c'est intéressant sur le plan somatique, sur le fonctionnement aujourd'hui du système de santé- il y avait un infirmier, je crois d'interface, qui a muté un patient qui était suivi sur cardio, un patient qui était en foyer ADOMA, qui ne se lève plus, qui va mal. C'est étiqueté incurie psychiatrique mais enfin le patient n'avait jamais eu de bilan somatique complet donc ils avaient commencé à faire un début de bilan à cardio, mais en hôpital de jour donc le reste du temps il retourne dans son foyer où il ne se lève pas, tu vois. Et là pareil le médecin nous l'adresse un vendredi soir, alors moi je l'ai mis à la post urgence pour faire un début de bilan avant de dire s'il a besoin d'aller en psychiatrie. Et on voit bien... ben finalement ça fait deux mois que l'infirmier essayait de faire prendre en charge ce patient sur le plan somatique. Et à part le passage aux urgences, il n'y arrive pas. Et ça ce n'est pas normal, tu vois. Il ne devrait pas avoir à passer par les urgences un vendredi soir pour avoir un bilan somatique. Ça veut dire que, même aidé par des gens du domaine de la santé et du soins, puis qui sont motivés, on n'arrive pas à faire rentrer le patient dans une unité de médecine polyvalente ou d'infectiologie, peu importe, ça ne reçoit pas ces patients-là. Tu vois ce que je veux dire? C'est terrible. L'accès au soin c'est très compliqué en ce moment, et surtout pour ces patients-là.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients? 25:27

-Je pense qu'il n'y a pas de règles. Les généralistes, c'est comme les hommes partout, il y en a qui aime un truc et d'autres pas. Je pense que les généralistes sont comme les autres, il y a des choses qu'ils appréhendent plus que d'autres. Est ce que c'est forcément dirigé contre la psychiatrie? Je ne pense pas. La psychiatrie c'est 20% de votre recrutement en médecine générale, donc c'est énorme.

-Oui, après c'est beaucoup de troubles anxieux, dépressifs, qui sont différents des troubles psychotiques.

-Oui, mais je pense que quand même pas de base, je suis sûre que non (qu'ils ne les évitent pas).

Quand tu vois les posters au congrès de médecine générale des jeunes internes, comment ils parlent, il y a vraiment de belles présentations sur la prise en charge des patients complexes. Non je crois que, encore plus que notre génération, vous savez prendre en

charge tout le monde. Moi je n'ai pas de doute. Vous savez, et vous avez envie de prendre en charge tout le monde.

La deuxième chose, et ça je pense que c'est quelque chose qui vient de mon éducation, et puis aussi de... j'ai 48 ans maintenant, j'ai mon avis personnel. Moi je suis pour une cité qui intègre tout le monde. Je te disais, mes parents étaient instituteurs en IME, ils étaient l'équivalent de l'intra, qui prend en charge les patients où ils sont. Mais ils ont toujours favorisé l'extra.

C'est drôle d'ailleurs que je fasse ce métier et que je me retrouve à prendre en charge une population aussi en difficulté, et de voir ce que mes parents m'ont transmis.

Mais ma mère, elle était inspectrice après, et elle se battait, alors qu'elle a travaillé dans les IME et dans les hôpitaux psychiatriques pour donner cours, elle s'est battue le plus possible pour l'accès du patient handicapé dans des classes normales, pour l'intégration. Parce qu'un petit de 4 ans, c'est mieux qu'il apprenne qu'il peut aider son voisin et qu'il y ait un vrai échange, une vraie réciprocité entre quelqu'un d'handicapé et quelqu'un qui ne l'est pas, et qu'ils apprennent cet échange, qui est vraiment un échange, qui n'est pas... moi je pense qu'il y a de la richesse des deux côtés.

Je me dis qu'aujourd'hui je pense vraiment que c'est très important qu'ils aient leurs soins à l'extérieur. C'est compliqué à faire mais c'est très important. Et je ne suis pas du tout pour des soins en CMP ou à l'hôpital psychiatrique, de base. Alors évidemment il y aura toujours des patients avec lesquels on n'y arrivera pas, et évidemment que ces patients là on va s'en occuper nous, avec plaisir et c'est ce qu'on aime faire. Mais je pense que, de base, moi je pense qu'il faut inclure toutes les personnes dans la société. Et moi je trouve que c'est stigmatiser que de faire des endroits pour les personnes handicapés, des endroits pour les malades psychiatriques... Je trouve qu'il faut aller vers l'extérieur. Au plus possible.

Maintenant il y a des modèles, je voyais sur le site de la CPAM, il y a des tarifs pour les soins psychiatriques en maison médicale de garde. Ou faire venir les infirmiers psychiatriques, enfin, tu regarderas. Il y a des tarifs spéciaux pour que ces gens puissent être pris en charge sur l'extérieur.

-Mais je crois qu'il n'y a pas de cotation pour les consultations longues avec les patients psychiatriques en ville et que ça c'est quelque chose qui a été soulevé par vos collègues.

-Mais ça je crois qu'il faut qu'il y en ai une. Mais je croyais qu'il y avait la consultation médicale complexe, ça ne marche pas pour eux?

-Ne je crois pas.

-Il faut que ce soit. Evidemment. Ça prend du temps de clinique, ça prend du temps de formation... Après je te dirais, ma mère qui a fait ça dans un autre domaine, elle s'y est cassée les dents. Et c'est compliqué, tu vois. Et l'idéal ne peut pas être atteint. Mais ce n'est pas parce que l'idéal ne peut pas être atteint qu'on ne peut pas penser que c'est ainsi que la société sera meilleure, tu vois. Donc moi je reste sur cet idéal. Et d'ailleurs j'élève mes enfants comme ça. Je pense qu'il ne faut pas cloisonner, il faut qu'il y ait un échange.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient?

-Une fois. Ouh là là. Mais ce n'était même pas au cours de mon exercice, c'était un patient que je connaissais depuis que je suis ici. Mais je ne suis pas peureuse et j'ai un lien avec les patients qui fait que... ce n'est pas forcément les mots, mais le regard, je ne sais pas, la posture... ça ne m'est jamais arrivée. Sauf cette fois-là et ce n'était pas dans le soin. C'était un patient qui avait tué sa mère, il y a dix ans, qui était au foyer L, à l'époque j'étais sur l'unité M, et il y était hospitalisé. Il allait un peu moins bien. Il était sous contrainte. Et ce jour là je me souviens, il remontait dans les escaliers, je ne savais pas que c'était lui. Et je n'étais pas à l'aise, je sentais qu'il y avait quelqu'un derrière moi, et je me suis retournée et

il avait un regard noir, et j'ai eu un moment de malaise. Il ne m'a rien fait mais... la sensation. C'est la seule fois où j'ai eu peur.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine? 31:53

-Oui. Mais dans tous les domaines, dans la vie en règle générale.

-Est ce que par exemple, ce patient qui avait tué sa mère, le fait de le savoir a priori ça te posait problème pour le prendre en charge?

-Ah non ça ne serait pas des préjugés comme ça, pas du tout. Bah non, tu vois bien, à l'UHSA, je soigne des pédophiles, hein. Et, non. Je ne sais pas comment je fais, je ne me pose même pas la question d'ailleurs. Mais non. J'ai tellement cette idée que... ben c'est comme la peine de mort. Tu ne peux pas juger que quelqu'un doit mourir même s'il a fait quelque chose de très grave. Tu ne peux pas refuser de le soigner, ou le soigner moins bien, même inconsciemment, parce qu'il a fait quelque chose de répréhensible et qui te choque. Pour moi c'est deux choses vraiment très différentes, ce que tu peux ressentir, même inconsciemment, par rapport à ce qu'il a fait, et ce que tu vas être capable de donner pour qu'il aille bien. Et moi je pense qu'on soigne tout le monde. Personne ne mérite de mourir. Personne ne mérite de ne pas être soigné. Ça c'est vraiment...

Par contre là où je dirais que j'ai pu me battre sur des préjugés, ou des représentations, c'est plus pour avoir une relation réciproque. Parce qu'on travaille dans la précarité, donc c'est toujours bienveillant, ça c'est sûr, mais pour ne pas être trop protecteur, être d'égal à égal, ce n'est pas facile. Toi tu vas pouvoir lui apporter, tu vas... Donc la difficulté c'est plus de remettre la relation sur un pied d'égalité, ça bien sûr je continue à apprendre encore. D'autant plus chez ces patients là, qui sont plus précaires, et où ils te renvoient leurs difficultés, alors tu aurais tendance à te mettre dans une position de « je vais pouvoir faire ».

-Un peu paternaliste, peut-être?

-Oui, bien sûr, trop. Et là dessus toujours il y a des choses à améliorer. Moi je laisse faire, je propose, et c'est le patient qui choisit. Ou on va discuter ensemble, pas toujours la première fois d'ailleurs, mais dans le fil de la relation.

Mais après non, dans les représentations sur le soin, vraiment non.

-Donc plus le souci de maintenir l'autonomie?

-Bien sûr, parce que je pense qu'on fait, quand on fait tout de suite, on fait. Et puis on arrive à faire faire. Mais pour moi le travail, il est de... On en revient au début, mais de demander pourquoi ils vont moins bien. Et je disais ils n'ont pas conscience du fait qu'il faut prendre soin de soi. Et pour moi le travail il est là, c'est de réussir à leur faire prendre conscience de ça. Je ne sais pas si on va réussir, mais de travailler avec eux sur la nécessité de prendre soin d'eux, ou de savoir alerter quand ils ne sont plus capables de le faire. Ou de revenir vers nous à un moment donné, s'ils n'ont pas été capables, et ce sans culpabiliser. Quand on fait les choses en hospice et qu'on fait le travail à leur place, on ne travaille pas ça. L'idée c'est vraiment qu'on puisse accepter qu'ils ne veulent pas faire à un certain moment, ou accepter qu'ils ne fassent pas, mais que ce soit eux qui fassent après. Après ce n'est pas l'ensemble des patients et bien sûr qu'il y a des patients pour lesquels on interviendra avant que cet idéal là ne survienne.

-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service? (Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte

une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)

36:09

-Alors tout sauf la consultation systématique d'entrée. Surtout pas ici à Canguilhem, parce que quand ils arrivent dans le service c'est qu'ils ne vont pas bien. (Et à l'UHSA ça a été fait en prison).

Donc évidemment nous on veut travailler le fait qu'ils aient envie de venir nous voir, alors ce n'est pas au moment où ils ne vont pas bien qu'on va leur sauter dessus. Ce n'est pas ma manière de penser. Donc moi, ce que j'aime, c'est quand au fur et à mesure ils viennent. Je pense que je ne vois que deux tiers des patients au cours de l'hospitalisation, qui viennent me voir. Il y a une sorte de bouche à oreille qui se fait entre patients, ils me connaissent.

-Tu vas te présenter?

-Pas systématiquement mais par contre je les ai en tête. Je ne vais pas me présenter systématiquement la première semaine. Ceci dit je sais généralement quand ils vont sortir. Donc si un patient est là depuis plusieurs semaines, que je n'ai toujours pas vu la tête qu'il a parce qu'il ne sort pas de sa chambre, moi de mon côté je regarde quand même toujours le dossier informatique, et à un moment donné je vais y aller. Alors je ne vais pas me présenter dans leur chambre. Je vais essayer de les croiser à la salle télé pour me présenter. D'abord je me présente et je ne fixe pas de rendez-vous. Et au bout d'un moment je vais essayer de le faire venir pour l'examiner. Ça n'est jamais arrivé qu'un patient refuse. Mais tu vois c'est très progressif.

-Tu ne vas pas dans leur chambre parce que c'est leur espace?

-Alors je peux examiner un patient dans sa chambre. Mais je vais rarement me présenter là parce que j'aime mieux que ce soit une rencontre spontanée, la plus naturelle possible, plutôt que d'aller les chercher. Donc je vais essayer d'établir le contact dans les parties communes, à un moment où ils n'auraient pas le regard noir, les yeux fixés sur le sol. À un moment où ils seraient un peu disponibles, et puis moi aussi. Un moment où je ne suis pas en train de courir, où je n'ai pas plein de choses à faire, où ça va peut-être être possible d'entrer en lien avec eux. 38:40

-Et sinon après sur appel des infirmiers?

-Alors oui il y a des patients que je vais voir tout de suite quand ils arrivent, soit parce que les médecins me les signalent, quand il y a quelque chose. Les psychiatres savent comment je fonctionne, donc quand il y a un patient qui a une grosse cardiopathie qui arrive, je le sais avant, et je vais le voir. Et puis évidemment les infirmiers me signalent aussi s'il y a des choses.

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif? 39:40

-Alors je ne peux pas me servir du délire pour arriver à mes fins, donc je ne vais pas rentrer dans le délire, rentrer dans son jeu, pour avoir ce que je veux. Je trouve ça pervers, je ne ferai jamais ça. Et le confronter au moment du délire, aucun intérêt.

Il y a des patients qui délirent sur certains points et pas sur d'autres, donc je dirais que même les patients qui délirent on arrive à faire des choses. Et puis il y a des choses, on n'y arrive pas tout de suite. Donc je compose, comme d'habitude, avec le temps. Il y a des choses que j'arrive quand même à faire, voilà il délire sur un point... il y a un patient qui est rentré la semaine dernière, il est très délirant, très parano, je pense qu'il est terrorisé. Bah, au début il ne voulait pas l'examen. Et puis là pour le coup je suis allée le voir parce qu'il n'est pas passé par les urgences, il n'a pas eu de bio, enfin tu vois. Et finalement il a quand même accepté d'aller dans la salle d'examen pour se faire examiner... et en arrivant dans la salle il

a dit « mais je sais ce que vous allez me faire, vous les psychiatres, les infirmiers, je sais parfaitement ce que vous voulez. » Moi je lui ai dit « vous savez moi je ne suis pas le psychiatre, je suis le médecin généraliste, je voulais juste vous proposer un examen du corps. » Et puis finalement il a accepté l'examen, la prise de sang, et il est revenu me voir lundi. Donc il y a des patients très envahis avec lesquels on arrive quand même à faire des choses.

Il y a une patiente qui était arrivée il y a deux ans dans le service, en insuffisance rénale avec 800 de créat, qui refusait la dialyse, et c'était semi urgent, tu vois. Et très délirante. Et comment j'ai composé? Ben je suis venue la voir tout le temps. Je l'ai vue tous les jours, je suis revenue le samedi, je suis revenue le dimanche, parler avec elle, et puis j'ai fait avec l'équipe, tu vois. Pas forcément avec le médecin psychiatre mais avec les infirmiers. Toujours discuter, redire. Pas une confrontation de type « il faut y aller », tu vois, mais redire. « C'est nécessaire, c'est pour votre santé, le corps va mal aller si vous refusez ». Et ils entendent toujours. Même s'ils sont délirants ils entendent. Ils en font ce qu'ils peuvent, ils le transforment parfois, parfois ça leur fait encore plus peur quand il y a une nécessité comme ça de soins urgents, dans quelque chose de très parano par exemple. Mais ça ne m'est pas arrivé de ne pas y arriver. Et ce n'est pas parce que c'est moi, toi aussi quand tu y étais je pense, je trouve qu'on a peu de vraies impossibilités thérapeutiques. Avec le temps, et les équipes, qui nous aident beaucoup, on arrive à beaucoup de choses.

Et je pense que quand ils sont vraiment embêtés par un symptôme et qu'ils demandent après nous, ils acceptent tout. Enfin, quand le patient est demandeur à cause d'un symptôme, je n'ai jamais vu refuser. Qu'il m'interpelle et qu'il refuse le traitement, jamais ça ne m'est arrivée. Après si le patient refuse un traitement en particulier il faut proposer autre chose, lui dire d'essayer au moins. Par exemple les pieds plein d'intertrigo comme on voit souvent, je leurs dit « on voit ça souvent, on connaît, c'est désagréable, on peut le traiter. Essayez de me faire confiance. Essayez. Vous avez le droit de ne pas me croire mais essayer de penser qu'on ne vous ferait pas de mal, et que ce qu'on veut, c'est que ça s'améliore. » Et quand tu leur parles de confiance dans un moment où ils ne sont justement plus dans la confiance, souvent ça débloque des trucs.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux?

-Ce n'est pas du tout une nécessité de distinguer les deux. Il ne faut pas. Moi je dis toujours qu'on s'en moque, de savoir qu'il y a 30% de psy, 70% de neuro ou quoi, on s'en moque. Ce qui compte, c'est le soin. L'idée, c'est le soin, que le patient se sente mieux, et que la pathologie aille mieux. Donc je me fous de savoir s'il y a 30%, 100%... Quand je suis arrivée à l'hôpital du Vinatier, je n'ai pas beaucoup dit ça mais parce que j'étais interpellée pour tout, quoi. Ou alors par exemple à la PAS, le moindre patient qui avait besoin d'un hypnotique, qui dormait dehors et qui n'arrivait pas à dormir, on te le mettait. Et il y a un moment tu dis stop. Il faut discuter, il faut qu'on travaille ensemble. Mais ça veut dire qu'il faut que les deux soient dans la prise en charge, voilà.

Je me souviens quand je suis arrivée à l'hôpital je disais parfois « c'est pas somatique » mais c'est parce qu'il faut qu'il y ait une discussion entre le médecin somaticien et le psychiatre, pour savoir qui va faire quoi, à quel moment, qui a envie, parce qu'il n'y a pas de règles. Il y a des psychiatres qui vont faire du somatique, qui vont gérer tout et puis tu en as qui ne vont pas du tout vouloir en faire. Et puis toi tu ne vas pas forcément te positionner de la même manière en fonction du médecin avec qui travailles. 46:09

C'est un couple, comme les couples dans la vie. On se moque de savoir combien combien, par contre ce qui est important à savoir c'est sur le plan thérapeutique, ce qui va pouvoir

aider. S'il y a des traitements somatiques... c'est là que la différence est importante dans la prise en charge. Comment ce qui va pouvoir être mis en place en terme de traitement et par qui. Voilà.

Donc dans le diagnostic non, dans la thérapeutique oui.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale? 46:51

-Moi je l'accepte. J'accepte parce qu'il faut accepter mais aussi parce qu'au-delà je pense que c'est comme un gamin adolescent qui ne veut pas faire un truc, ben, moi j'accepte. Mes gamins, s'ils ne veulent pas, ben, « fais pas. », et puis dans trois mois on en reparle, c'est lui qui viendra me voir. Et je pense que c'est comme ça qu'on apprend la vie.

Alors le refus de soin c'est un peu plus compliqué parce que c'est pas des ados.

Mais je trouve que dans la relation thérapeutique tu gagnes à accepter le refus de soin.

Les patients reviennent souvent par eux même à un moment donné.

-Et si c'est vraiment urgent, par exemple cette histoire de dialyse?

-Je reviens à chaque fois, matin et soir, même le week end. Je pense que quand il y a des vraies urgences il y a un moment où ils sont moins bien physiquement et ils ne s'opposent plus. La toute petite expérience que j'en ai, car finalement on n'est pas souvent confrontés à ça, quelqu'un qui a une vraie urgence. De toutes façons on ne contraint pas mais sauf urgences. On ne peut pas mettre une contrainte légale mais on ne peut pas laisser le patient mourir d'une vraie urgence non plus. La loi c'est sur l'urgence, c'est un peu plus compliqué: on ne peut pas contraindre mais on ne peut pas non plus laisser le patient mourir. Donc une hémorragie, un infarctus... Je pense que quand ils sont vraiment moins biens, ils cèdent, et ça a été le cas pour un de nos patients qui est mort d'un cancer du poumon... et qui avait fait un infarctus une fois. C'est un patient que j'aimais beaucoup. Ce n'était pas moi qui m'en occupait initialement, c'était dans un autre secteur, et il est arrivé dans mon secteur quand il a fait le cancer pulmonaire. Ce patient se plaignait toujours de tout. « J'ai mal au coeur », « je fais un ACV »... Et puis un jour il a encore dit à l'infirmier « j'ai mal au coeur », il a fugué à l'hôpital cardio où le diagnostic d'infarctus avec nécessité d'un triple pontage a été posé. Incroyable quand même! Mais j'ai dit à l'infirmier qu'on aurait tous fait comme lui... Là vraiment... On ne pouvait pas lui faire un ECG à chaque fois qu'il se plaignait de douleur thoracique non plus, quoi.

C'est là où tu vois, la fine connaissance de l'équipe, quand un infirmier remarque que le patient n'est pas comme d'habitude, il se plaint de la même chose mais pas comme d'habitude. C'est intéressant. Enfin bref, il est arrivé à cardio, il a refusé le pontage. Et puis ils ont attendu, ils l'ont gardé 24h. Et puis il a cédé. Je pense qu'il allait mal, qu'il était moins bien, et il a cédé, il a eut son pontage et il a pu vivre quelques années en plus.

-Il y a une grosse part d'intuition.

-Bien sûr, oui. La relation thérapeutique, ce n'est pas que la relation soignant-soigné. On est en relation avec notre côté professionnel, et avec notre côté d'homme de tous les jours, et le patient, évidemment ce n'est pas qu'un patient, c'est une personne, donc il est en relation avec nous par son côté malade, mais aussi par tout ce qu'il est autour. Une personne riche aussi de la créativité née de la maladie, surtout chez le patient psychotique.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants?

-Le temps. Vraiment le temps. La pugnacité.

Ça aussi j'ai un bel exemple. Il ne veut pas mais je suis là, je suis toujours là. S'il met en échec je re propose. Mais pas parce que je veux gagner. On réorganise, il met en échec, mais on n'est pas en colère. C'est notre travail.

Au tout début j'ai eu un patient qui avait une image suspecte à la radio, il fallait faire un scanner. Ça ressemblait vraiment à une tumeur. Et alors ce patient était psychopathe, psychotique, alcoolique, SDF. Il arrivait toujours bourré. Et il ne voulait pas. Et l'équipe était en colère parce qu'il mettait toujours tout en colère. Et moi je n'étais jamais en colère. Et je lui disais « vous voyez, on n'a encore pas pu le faire, mais par contre il ne faut pas compter sur moi pour oublier. On va vous le reproposez. Et puis quand vous vous sentirez, quand peut-être ça ira mieux... » Et il a mis 6 mois mais il a fini par avoir son scanner. Il a pu être opéré, il a accepté le drain, il a accepté le redon à Revol. Le temps donc. Et ne pas... souvent quand on s'énerve c'est qu'on se sent impuissant. Là c'était grave, c'était un cancer, tu vois. Et il faut y arriver! Et bah, accepter ce compromis de perdre un peu de temps mais pour qu'après... il accepte vraiment. Parce que si derrière il refuse la chimiothérapie tout ça n'aura servit à rien à part nous rassurer sur le fait d'avoir fait notre boulot. Mais ce n'est pas notre vrai travail, qui est de le faire vivre plus longtemps avec une bonne qualité de vie. Donc le temps qu'on se donne c'est du temps gagné pour après. Si on arrive à lui faire prendre conscience qu'il faut qu'il fume moins, qu'il prenne soin de lui, c'est efficace pour après.

-Oui et puis on est un peu obligé de respecter les croyances des patients même s'ils sont schizophrènes puisqu'on accepte le refus des patients religieux pour d'autres croyances.

-Oui, bien sûr. En médecine il faut avoir compris que la qualité de vie est aussi importante que la quantité. Enfin pour le patient. Et que, psychiatrique ou pas, personne ne peut choisir pour un patient. On va l'aider dans sa norme à lui, on va lui proposer des choses où nous on peut l'aider dans sa norme à lui, sans avoir forcément l'idéal de ce qu'il faut faire, la prise en charge parfaite. On ne peut pas obliger le patient à se traiter, à faire la chimio, quitte à ce qu'il meurt de la toxicité de la chimio.

Moi j'ai appris ça en médecine interne. Le refus de soin. Un type qui avait une maladie de Wegener, que j'adorais, et qui était suivi depuis 30 ans dans le service de médecine interne. Avec des traitements assez intensifs, il a fait des manifestations pulmonaires graves, des hémorragies pulmonaires, des hémoptysies graves... c'est un monsieur qui était directeur, avec une femme super, des gens posés, de belles réflexions sur la vie, des enfants présents, simple. Moi j'adorais parler avec lui, il avait une vraie sagesse. Un type super. Et puis un jour il vient pour faire sa perf d'endoxan, et il y avait une hématurie à la bandelette en fait, il avait un cancer vésicale à cause de l'endoxan. Donc je lui propose l'avis uro, la biopsie... il me dit qu'il ne veut pas se faire traiter, qu'il ne veut pas mener cette deuxième bataille. Il me dit « j'ai vécu 30 ans en me battant pour ma famille contre la maladie », et quelqu'un de bien, pas aigri, posé, pas dépressif, pas en colère... Vraiment une espère de sagesse, de recul sur sa vie. J'ai passé des heures à discuter avec lui, pas pour le convaincre hein mais des discussions de la vie, tu vois. Et ce patient m'a appris. Tu vois c'est ça l'échange. Je n'ai même pas essayé de batailler pour qu'il se fasse traiter. Ce n'était même pas un traitement très invasif mais il allait avoir une poche. Il a refusé, et il est mort. 52 ans. Il ne voulait pas. Il ne voulait pas cette partie là de sa vie. Mais tout le monde a accepté, tout le monde dans sa famille, moi... Et il est mort à ma fin d'assistantat. Moi j'ai appris énormément. Je n'ai jamais bataillé. J'avais confiance, je savais qu'il s'avait mieux que moi, qu'il avait compris. Je n'avais rien de plus à dire, je ne pouvais qu'accepter sa position. Et puis en plus c'était un patient que j'aimais beaucoup, quoi. Donc j'ai évidemment accepté. Et il est mort quand je suis allée aux urgences après, quand j'ai passé le relais à une autre assistante. Et je me suis fait pourrir par l'autre assistante, qui a présenté le patient, en disant que ça n'était pas

possible de ne pas se battre pour un patient comme ça... ça a été terrible, quoi. Comme si je n'avais pas été compétente.. alors que c'était son choix et que j'ai respecté ce qu'il voulait. Donc voilà, tout ça pour te dire que le refus de soin, ça n'est pas en psychiatrie que je l'ai appris.

Et j'en ai eu un autre monsieur comme ça, qui était plus âgé, qui avait un cancer colique. En gériatrie c'est plus fréquent, aussi.

Tu vois je pense que c'est entremêlé le somatique et le psychiatrique. On voit des choses à l'hôpital somatique qui sont très en rapport avec la problématique qu'on a ici aussi. Et puis moi en médecine interne à Lyon Sud ils étaient très humanistes.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-IDEM CH VINATIER

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...? 1:01:29

-Alors je le parle avec le patient. Je ne peux pas tout faire en 5 semaines. Je ne vais pas proposer toute la batterie que tu as dite à tous les patients. Par contre je les reçois en consultation quand ils veulent, et si je l'estime nécessaire, plus, et en fait c'est eux qui me guident sur leur programme de ce qui va être institué à l'hôpital et à l'extérieur. Donc on va le faire mais ensemble, tu vois. Et par contre, pendant les consultations je vais faire un état des lieux de ces suivis là et des besoins.

J'avais fait un petit truc en sexologie, au congrès de psychiatrie de Bastia. J'avais pris la formation sexologie et il fallait faire un petit mémoire. Et du coup j'avais pris l'été et je m'étais dit voilà, je vais regarder sur deux mois (donc en posteriori, sans savoir, sinon inconsciemment tu fais des trucs...), je prends des dossiers sur les 2 mois passés et je regarde si j'ai fait quelque chose sur la santé sexuelle des patients. Et je ne savais pas ce que ça donnerait. Donc il y avait la consultation gynéco, les MST, les effets secondaires des médicaments, parler du bien être, prendre connaissance de leur vie... Et finalement j'ai sorti 20 dossiers, et sur ces 20 dossiers il y avait un point qui avait été évoqué à chaque fois, mais pas le même. Ce qu'on va instituer comme programme de soin c'est vraiment eux qui le déterminent. Je peux faire ça parce que je ne suis pas leur médecin traitant. Donc il y a des choses dont ils peuvent parler avec moi mais je sais que derrière il y a un médecin généraliste sur l'extérieur qu'on appelle généralement pendant l'hospitalisation, tu vois. Donc il y a des choses qui peuvent être instituées par la suite. Je ne suis pas le seul médecin généraliste. Je ne pourrais pas fonctionner comme ça si c'était moi qui les prenait en charge complètement. Mais là du coup c'est vraiment un mix entre ce dont ils ont vraiment besoin (par exemple un patient fumeur qui n'a jamais eu de radio pulmonaire ou de consultation ORL, là c'est sûr que je vais moi l'amener au premier plan), et ce qu'ils amènent à ma connaissance.

-Et par exemple une patiente qui n'aurait jamais eu de frottis?

-Je leur demande si elles ont une gynéco, je leur dis qu'il faut le faire. Généralement elles ne refusent pas, et je les laisse faire avec leur gynécologue à l'extérieur en permission (souvent les patientes jeunes en ont un). Je fais avec la gynéco du Vinatier quand ce sont des patients difficiles pour le soin, où qu'ils vivent ici. Mais pas pour tout le monde. Moi j'ai toujours cette idée de l'extérieur, du patient dans la cité. L'idée c'est qu'ils vivent comme tout le monde. C'est une idée folle, ils ne peuvent pas vivre comme tout le monde... mais c'est l'idée vers laquelle on tend: qu'il y ait le moins de différences possible entre les patients psychotiques et les autres. Que les soins soient faits de la même manière. Qu'on ne les

discrimine pas par des plateaux à part. Alors il faut qu'il y ait des spécialistes ici, parce que tout le monde n'aura pas accès à l'extérieur, et parce qu'il n'y a pas d'accès au soin, et parce qu'eux ont du mal. Donc il le faut pour certains patients, mais pas pour tout le monde.

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis? 1:05:48

-Alors, le problème du médecin traitant il est vu quasi systématiquement. On se le pose. Moi quand je vois les dossiers je regarde s'il y a un médecin traitant ou pas.

Quand il n'y en a pas, on le cherche ensemble. On prend ce temps, il me dit où il habite, on cherche, on l'appelle ensemble pour prendre rendez-vous. Et là je fais un courrier.

Le courrier, je ne vais pas te dire qu'il est systématique, sinon je ne ferais que ça et je ne verrais plus les patients. Je fais les courriers, quand j'ai le temps, et s'il y a des éléments somatiques durant le séjour, ou des examens somatiques pendant l'hospitalisation que je veux transmettre au médecin traitant. Là c'est fait.

Des patients que je rappelle pour une consultation... bah non. Moi ça ne m'est jamais arrivé de ne pas trouver un médecin traitant au patient pendant l'hospitalisation. Par contre il y a des patients très compliqués, qui viennent à la cafétéria très régulièrement, et qui reviennent me voir. Donc je ne donne pas de rendez-vous mais ils connaissent mes jours et ils reviennent me voir quand il y a besoin. C'est informel. Il y a des gens du foyer aussi parfois qui me croisent en bas et qui me demandent s'ils peuvent venir me voir. Donc oui. Mais ce sont des patients qui ont des médecins traitants, théoriquement. Alors quand ce sont des choses importantes, moi je ne veux pas interrompre la relation médecin malade donc je les encourage toujours à aller voir leur médecin traitant. Mais après parfois s'ils ont besoin d'être rassurés, ils connaissent les jours où je suis là donc...

Et est ce que je rappelle les patients, oui, bien sûr. Là j'ai en tête des patients qui ont des examens à faire à l'extérieur, donc je les rappelle pour organiser. Mais pas pour consulter.

Vraiment ici ils ont des médecins traitants, sur ce pôle.

Mais même à la PAS je le fais, j'appelle avec les patients et je trouve un médecin traitant avec eux.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

-Cf réponse précédente.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

-Oui pour les staff et oui pour les discussions. L'échange est facile, toujours. Nous on a la réunion du lundi matin avec toute l'équipe, après il y a des relèves tous les matins mais moi je ne fais que celle du lundi matin sinon c'est pareil c'est trop. Mais par exemple pour la relève du jeudi je me mets à côté comme ça je travaille en même temps, je fais des courriers, et en même temps j'entends. L'équipe me parle, les patients aussi. La communication entre le psychiatre et le somaticien est essentielle. Donc soit ils viennent me chercher, soit c'est moi, on parle des patients ensemble, on réfléchit ensemble. Est ce qu'elle est toujours facile... non! En fonction de la balance bénéfique risque parfois c'est compliqué... alors si, maintenant elle l'est, parce que je les connais bien. Mais je me souviens moi d'une patiente en 2016 ça avait été terrible.

Mais les rapports ne sont pas distendus. Et puis maintenant ça fait longtemps, on se fait confiance.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? Et en ville? 1:10:10

-Je pense... alors c'est pareil ça ce sont des choses qui se sont modifiées. Au début je disais « c'est le psychiatre, le médecin traitant du patient psychotique, parce que c'est lui qui le voit et qui peut coordonner. » Alors du coup je sais que F.M. pense ça, mais quand on en reparle je lui dis moi j'ai changé d'avis. C'est comme des enfants, c'est pas le père ou la mère, c'est une coordination à deux têtes. Et là je pense que c'est pareil, d'accord?

Alors je pense qu'il y a certains patients... et puis c'est pareil dans un couple ce n'est pas l'homme qui est l'homme et la femme qui est la femme, il y a des hommes qui font des tâches « féminines » et réciproquement, le fonctionnement de la famille c'est pas la position de chacun, c'est que tout soit fait, qu'on soit vigilants, qu'on fonctionne. Là c'est pareil, ce n'est pas plus le somaticien ou plus le psychiatre qui va faire un truc. C'est à deux têtes. Il faut juste vérifier que tout est fait.

-Et alors si un patient a tendance à ne pas voir son généraliste mais qu'il voit son psychiatre régulièrement, est ce que c'est logique pour toi que le psychiatre s'assure de la santé somatique du patient, quitte à l'adresser au généraliste s'il a un doute ou si le suivi n'est pas à jour?

-Ah oui, bien sûr. Le psychiatre peut faire ce qu'il veut dans cette relation, de même que nous nous pouvons être alertés par quelque chose de psychiatrique, moi je ne m'en chargerais pas à leur place sans leur en parler, mais au moins si j'ai une idée qui concerne leur domaine de compétence, je ne vais pas la garder pour moi, je vais la partager avec eux. Il n'y a pas de règles sur qui fait quoi, par contre on vérifie que c'est fait.

Moi je pense qu'il y a des psychiatres qui ont envie de faire ça, surtout parmi les jeunes. Je vois les internes de psy, je trouve qu'ils font plus de somatique que de psy. C'est dommage même je trouve. Les jeunes internes, ils ont plus besoin d'être actifs, donc ils font du somatique quoi.

-Et par rapport au bilan biologique et à l'ECG dans l'introduction et la surveillance des psychotropes, est ce que c'est au psychiatre de prescrire ou de s'assurer que c'est prescrit?

-Moi je pense qu'il n'y a pas de règle. Par contre en hospitalisation, je vérifie ce qui est fait et pas fait. Sur l'ordinateur. C'est biaisé par rapport à des gens qui ne travaillent pas en hospitalisation.

Mais il y a toujours des choses qui ne sont pas faites. On ne sera jamais de meilleurs psychiatres qu'eux et eux ne seront jamais d'aussi bons somaticiens que nous. Il y a tellement à faire... moi ça ne me gêne pas que quelqu'un fasse. Mais il faut qu'on vérifie. voilà.

Le bémol: les sérologies. Le dépistage. Il faut que ce soit parlé. Quand on dépiste un patient, on lui explique. Moi je vois des patients qui viennent des urgences, avec des sérologies, ils ne sont pas au courant qu'ils les ont. J'ai vu une fois une patiente qui était positive et qui ne savait pas qu'elle avait eu le test (hépatite). Je trouve que les urgences ce n'est pas le lieu, que quand on prescrit une sérologie il faut garder à l'esprit que ça peut être positif, et cela doit être parlé et élaboré autre part que dans un cadre d'urgences. Avec un médecin qui connaît le patient.

Donc voilà. Je n'ai pas de problème avec le fait que le psychiatre prescrive un dépistage, s'il va l'annoncer au patient quand c'est positif. Ce qui n'est pas le cas. Ça m'est arrivée que le psychiatre fasse le test et vienne me chercher pour l'annonce. Là je ne suis plus d'accord. Ce qui se passe dans l'annonce, ça se passe en amont aussi, tu dois avoir discuté avec le patient

en proposant la sérologie, tu le connais, il y a déjà des choses qui sont travaillées et qui vont permettre que si c'est positif, ce soit moins rude, quoi.

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné? 1:16:35

-C'est le lien entre le CMP et le cabinet de médecine générale, ou les maisons médicales de garde. Avec des temps... le cabinet de médecine général, c'est le secteur. Ce n'est pas sectorisé, néanmoins c'est le secteur, c'est du réseau informel. Quand tu travailles en CMP, tu les connais. Les psychiatres de CMP les connaissent, les médecins généralistes.

Je n'ai pas l'expérience mais je pense qu'il y a un réseau informel. Même avant qu'il y ait CoReSo, avant 2014, la culture du médecin généraliste sur ce secteur a toujours été posée, ils ont leurs généralistes depuis longtemps, les psychiatres les connaissent. Pour les endroits où ça n'existerait pas, il faut une communication plus fluide. Mais en tout cas c'est tout ce qui va pouvoir améliorer cette communication.

En priorité c'est l'informel, je pense que ce sont les médecins qui prennent leur téléphone et qui appellent, quand ils ont un patient. Quand on suit... je ne me rends pas compte de la file active d'un CMP. On connaît les médecins du secteur. Quand on travaille dans le 5e, on connaît les médecins du 5e. Les psychiatres les connaissent, ils les appellent de temps en temps. Donc je pense que ça se fait de manière informelle.

Dans les secteurs où ça n'existerait pas, il faut que ça se fasse. L'autre jour les Dr F, G et F avaient organisé une présentation sur un CMP qui travaillait avec une maison médicale de garde. Donc il y avait le psychiatre, et le médecin généraliste, et ils travaillaient très très bien, ils faisaient parfois des réunions, voyaient les patients ensemble en cas de crise.

-Donc faire des lieux pluridisciplinaires pour arrêter de séparer les deux?

-Oui! Et tu vois qu'il y ait des infirmiers psychiatriques dans les maisons médicales de garde, moi ça me paraîtrait bien. Pour aider les médecins généralistes. Ça existe ça.

-Oui et puis le travail d'équipe pour gérer les patients complexes c'est plus facile.

-Ben oui, si tu as l'infirmière, le cardiologue, à côté... après il n'y a pas de règles non plus tu vois. Là c'était bel exemple, ils travaillaient juste à côté avec seulement la rue à traverser. Ils avaient un vrai lien. Après ça peut être un médecin psychiatre qui trouve une maison de santé pour son patient où il y a tout sur place. C'est faire en fonction de l'environnement, et qu'il y ait un vrai lien entre le psychiatre et le médecin généraliste, c'est l'essentiel. Il y a plein de choses qui ont été proposées, mail, téléphone, réunions, il n'y a pas de règles. Et les courriers évidemment, les médecins généralistes se plaignent de ne pas en recevoir assez. 1:20:37

-Oui les généralistes se plaignent de ne pas recevoir de courriers et certains psychiatres arguent encore que le contenu des entretiens ne concerne pas le généraliste.

-Oh ça n'existe plus ça... de toutes façons ils n'ont plus le droit, légalement. Le courrier il doit y en avoir un. Mais tu vois ce problème c'est vraiment parce qu'on ne se parle plus, parce qu'on ne prend pas son téléphone pour appeler, tu vois.

-Et en terme de formation, est-ce que tu penses que ce serait utile de proposer des formations aux internes type FMC sur le suivi du patient psychotique.

-Oui bien sûr. Et il faudrait que le stage en psychiatrie soit obligatoire, pendant l'externat ou l'internat. Moi je pense que c'est obligé que les externes ou les internes passent en psychiatrie, comme c'est 20% de la population après. C'est comme si on disait « on ne se forme pas en gynécologie ». On a forcément de la gynécologie, maintenant. Il ne faut pas être spécialiste, il faut juste une idée. Et le stage en psychiatrie, il devrait être obligatoire.

-Et que pensez vous d'une revalorisation des consultations de médecine générale pour les patients psychiatriques complexes?

-Oui bien sûr. Ça peut durer plus de 45min ces consultations, surtout que le médecin généraliste ne va pas les voir tous les mois. Donc bien sûr il faut que ce soit plus valorisé.

-Des choses à ajouter?

-Non je ne crois pas... L'accès aux soins. Je trouve que l'accès aux soins est super compliqué. Quand je vois là encore... Un petit monsieur qui est venu aux urgences, pour douleur épigastrique et fièvre. Et puis c'est un monsieur précaire, confus, qui ne s'exprime pas trop. Donc il a eut biologie puis scanner puis PL et comme tout était normal, IRM. Et en fait l'externe m'appelle, ça faisait 4 jours qu'il était à l'UHCD: il avait une défense. Et c'était un abcès du foie de 4cm. C'est de la clinique ça. Il y a quelque chose qui n'est pas bien transmis, ou qui est transmis avec la peur du médico-légale: faire le scanner puis la PL...des espèces de protocoles et de peurs qu'on a dans la tête, versus la réalité de la clinique du patient. De l'examen clinique, et de se donner le temps, de l'observer, de sentir, on a de l'expérience clinique, on sait à quoi ça ressemble.

Entretiens semi-dirigés: Dr D

Femme Médecin de 39 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale

-Fonction: PH de médecine générale

-Service: Jusqu'à décembre, PH à temps plein sur le pôle centre (essentiellement sur deux services d'entrée et une ULE), et puis j'ai été maman une deuxième fois l'année dernière donc j'ai choisi de revenir à temps partiel, sur le pôle Est, à 60% sur l'unité Erasme et Avisienne (unités d'entrée, sectorisés. (bientôt 25%))

-Etablissement Public; unités d'entrée, ouvertes, avec chambre d'isolement et d'apaisement.

-Mode d'exercice: hospitalier; et activité à 14% au centre de santé ESSOR (centre de santé financé par l'association Forum Réfugiés, consultations) jusqu'à décembre que je vais reprendre à 25% prochainement. Là bas il n'y a pas de psychiatre et il s'agit d'une prise en charge globale somatique et psychiatrique, donc je suis amenée à prescrire des psychotropes. Leurs pathologies principales ce sont essentiellement des troubles dépressifs et post traumatiques.

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: 24x2 +/- 4 patients

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-Depuis 2012. Ça fera 8 ans cette année en aout.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie?

-Parcours atypique. Moi je n'ai jamais remplacé en libéral. J'ai fait médecine générale, j'ai fait un assistantat d'urgences pédiatriques, donc j'étais plutôt du côté urgentiste... à Avignon, puisque j'ai fait mon internat à Marseille-Avignon. Donc j'ai été assistante des urgences pédiatriques jusqu'en 2010. Ensuite entre 2010 et 2012 j'ai fait des remplacements de salariat, principalement... pédiatrie, SSR, et en dispensaire. Et en 2012, ma meilleure amie de promo, qui est psychiatre, m'a dit « il y a un poste de salariat à l'hôpital psychiatrique, est ce que tu veux venir découvrir? » et j'ai dit oui.

-C'était ici?

-Oui. C'était donc sur invitation et sur confiance d'une collègue psychiatre. Et moi j'ai toujours aimé le salariat, je n'ai connu que ça. Et je suis arrivée directement en tant que praticien contractuelle et j'ai passé dans l'année mon concours de praticien hospitalier pour être non-contractuelle. Donc j'ai un parcours plutôt pédiatrique avant.

-Est ce que vous aviez déjà fait des stages en psychiatrie?

-Je n'avais fait aucun stage en psychiatrie. Donc c'était plus un pari de confiance. Mais par contre, dans ma prise en charge globale on va dire sur les 5 années d'exercice que j'avais eu avant, j'avais pu notamment chez les adolescents prendre en charge des troubles du comportement alimentaire, en équipe pluridisciplinaire hein. Par le biais de la pédiatrie, j'avais eu accès aux problématiques psychiques de l'adolescence. Donc voilà j'avais cette petite expérience des problématiques psychiques du développement de l'adolescence, et puis aussi j'avais remplacé à la clinique de l'Union, il y avait aussi pas mal d'accueil de patients qui posaient problème dans la suite d'une adoption. Donc voilà, donc j'avais une petite approche d'expérience, par mon travail, de la psychiatrie, plutôt le versant développement de l'enfant et adolescence. Mais... bon j'avais rencontré, comme tout

médecin généraliste dans son exercice, des patients ayant des troubles dépressifs, mais très peu psychotiques finalement. Les toxiques, aussi, les problématiques d'addiction. Mais pas vraiment la psychose.

-Et la psychiatrie comme choix à l'internat, ça ne vous avait pas effleurée?

-Non j'avais hésité entre pédiatrie et médecine générale. La psychiatrie, sans doute que ça m'impressionnait plus jeune, et peut être que j'avais besoin de me lancer dans quelque chose de plus générale avant de m'y intéresser mais c'est plutôt le hasard qui m'y a amenée finalement.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère?

-La Temporalité. C'est à dire moi j'ai travaillé dans des services d'entrée et puis aussi dans des unités de longue évolution, sachant que ces derniers sont ceux qui sont le plus inadaptés à la société telle qu'on la décrit aujourd'hui. Et ça a pu m'arriver de côtoyer des patients pendant 4-5 mois avant de leur proposer un soin. C'est à dire qu'il fallait qu'il me connaisse moi, qu'ils m'accordent leur confiance, avant de dire « on va chez le cardiologue ». C'est sûr que si on n'est pas avec eux, si on ne partage pas cette proximité visuelle et de présence corporelle et psychique dans leur unité qui est leur lieu de vie, en y passant deux fois par semaine concrètement, la confiance n'est pas du tout accordée. Donc voilà, la temporalité, bah oui on voit qu'il y a des choses qui ne sont pas faites au niveau du dossier médical, mais on ne peut pas les faire parce qu'on a décidé de les faire. Il faut d'abord gagner ce terrain de confiance.

Après la complexité est toujours multiple. Alliance thérapeutique avec le patient, alliance thérapeutique avec les équipes, qui sont... Moi je n'ai pas travaillé pendant 6 mois, et quand je suis revenue j'ai trouvé des équipes très déprimées, non pas parce qu'ils n'aiment pas ce qu'ils font, mais par leur conditions de travail, de réduction de personnel, d'ambiance de réduire les possibilités de soin par la médiation humaine, et donc du coup bah, si on ne donne que des médicaments et des contentions, les équipes ne peuvent pas bien aller, ça c'est sûr. 10:30

Voilà, donc évoluer dans un domaine où finalement c'est vite facile de baisser les bras sur la prise en charge somatique, parce que c'est compliqué. C'est compliqué parce qu'il faut accompagner le patient, que le bilan d'une hémoptysie chez un patient qui comprend pas la gravité d'une hémoptysie, il faut le porter, avoir son accord, il faut porter sa demande et la porter en équipe, parce que c'est pas moi le médecin généraliste qui vais l'accompagner dehors en consultation. Du coup il y a toujours aussi le problème d'aller jusqu'au bout. Il faut avoir une certaine constance et patience pour mener à bien ces soins, parce qu'on peut rapidement par lassitude se dire « bon c'est pas grave on ne le fait pas. De toutes façons le patient n'est pas d'accord. » Qu'est ce que ça veut dire « le patient n'est pas d'accord » si on ne l'a rencontré qu'une fois et qu'on n'a pas essayé de comprendre ce qu'il avait? En ville c'est facile parce que si le patient n'est pas d'accord il ne revient pas et ce n'est pas de notre faute.

Donc, c'est pas une médecine qu'on peut passer à la T2A, voilà, c'est mon point de vue.

Parce qu'il y a beaucoup de non-visible. Et après... que dire de plus sur cette approche?

Elle peut aussi être dans la durée faisable si on n'est pas le seul médecin dans l'hôpital. J'ai connu des périodes difficiles, notamment sur mon autre pôle, où j'ai été seule pendant des mois, je n'avais pas de collègue, bah là voilà on fait le médecin de premier recourt, mais ce n'est pas de la médecine somatique satisfaisante ni pour le patient ni pour soi parce qu'on

fait juste...le minimum, l'aigu. Si on veut vraiment prendre en charge le patient qui a un trouble psychotique ou bipolaire sévère, il faut être dans une disponibilité intérieure, psychique, soi-même, qui aille bien, et que du coup si on commence à partir soi-même en burn out, ça ne peut pas bien se passer pour le patient forcément. Mais ça comme dans tout métier de soin, il y a la vigilance à avoir sur sa propre santé mentale. D'autant plus avec des malades qui ne vont pas bien psychiquement.

-Qui nous renvoient à nos propres problématiques psychiques?

-Voilà, donc il y a une attention particulière à avoir sur sa santé mentale propre aussi, alors que je n'avais pas plus jeune, peut-être parce que j'étais plus jeune aussi, j'en sais rien, en tout cas j'avais pas la même population de vulnérabilité psychique avant, j'avais pas eu cette propre vulnérabilité en miroir. 13:26

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients?

-Aujourd'hui c'est le parcours du combattant pour se faire soigner en ville, quand même. On voit pour soi-même comment avoir un rendez-vous en médecine générale, même quand on est médecin, on a du mal... imagine bien que pour les patients, qui ne sont pas des patients faciles, s'il n'y a pas une estime de soi suffisante pour aller chercher un médecin traitant et s'imposer comme nouveau patient à un médecin, c'est facile de ne pas trouver. 14:08

Voilà donc il y a la démographie médicale qui pour moi est une histoire écrite d'avance, vu tout ce qu'on dit depuis des années, on sait très bien que la médecine de ville actuellement n'est malheureusement pas assez considérée pour qu'il y ai assez de médecins généralistes qui persistent dans le temps... et en dehors de ça, ça reste une médecine à l'acte, et avec ces patients, le médecin ne va rien gagner avec la médecine à l'acte, là. Alors il peut les voir un quart d'heure quatre fois, mais un quart d'heure quatre fois ça ne remplacera pas une première approche de trois quart d'heure en faisant des détours pour approcher le patient... moi je peux le faire ici mais en ville on ne peut pas le faire. Moi quand je consultais en ville j'avais un quart d'heure par consult. Je ne pouvais pas avoir un psychotique en face de moi et avoir un entretien qui se finisse par quelque chose d'aidant pour lui au bout d'un quart d'heure. D'autant que l'approche corporelle peut être tellement anxiogène, ils peuvent avoir une vue complètement morcelée de leur propre corps... donc si nous on est dans le forcing d'un examen clinique, ça peut leur faire ressurgir des angoisses extrêmement... insoupçonnables pour nous. Moi ça m'arrive régulièrement de les rencontrer une première fois, de prendre 20-25 minutes avec eux, juste pour me présenter, leur demander leur parcours médical, et puis je vois très bien que c'est suffisant pour leur psychisme, j'enchaîne surtout pas avec l'examen clinique. Je leur dis « écoutez je reviendrai dans deux jours, si vous êtes d'accord, à ce moment-là, je vous examinerais. » Parce qu'on le voit, s'ils commencent à se décomposer ou à se fermer, il ne faut surtout pas insister, il faut se dire qu'il y aura plusieurs temps d'approche. Ou alors je vais dire aujourd'hui je vais le voir et essayer de faire juste un examen neurologique correct. Car ils n'ont déjà plus d'énergie à l'issue de ça donc, soit on se fait renvoyer et ils ne veulent plus nous voir, soit on adapte son approche clinique.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients?

-Je ne peux pas répondre pour eux, je pense que la plupart n'ont pas peur d'eux, mais qu'ils appréhendent le fait d'être en retard sur leur consultation globale. C'est plus que c'est chronophage. Bon après il y a des pathologies particulières, des persécutés ça sera compliqué de les soigner, ce sera toujours de la faute du médecin, voilà. S'ils n'ont pas

quelques brins de lecture de psychiatrie et de psychologie, ça peut être extrêmement attaquant, voilà. Après ceux qui ont un peu de lecture de ce côté là, ils ne vont pas prendre personnellement les attaques du patient qui va dire que le médecin est nul, qu'il n'a jamais rien fait pour eux alors qu'en réalité il se plie en quatre pour eux... Voilà. Donc je dirais que ça dépend surtout de la souplesse de sa consultation et puis des clefs de relecture qu'on lui a donné ou pas durant son parcours, sur la maladie psychique. Parce que c'est évident qu'une persécution contre un médecin ce n'est pas appréhendé de la même manière quand on sait que c'est une pathologie, ou quand on le prend en pleine face, pour soi, à la lettre.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient?

-Je dirais peut-être une fois, mais ça a été bref. Un patient qui est décédé depuis. Qui pouvait être assez impulsif. Voilà. Mais c'était, sur huit ans, très anecdotique, et il ne s'est rien passé de grave. 18:31

Il a juste peut être monté un peu la main, sans passer à l'acte.

Je ne me sens jamais en insécurité. Quand ça s'est produit, c'était je pense la 2e année que j'étais là, ça ne m'a empêché derrière de continuer mon travail.

-Et est ce que votre sentiment de sécurité est lié au cadre hospitalier? Ou les patients en eux-même ne vous semblent pas dangereux?

-Les deux, parce que c'est sûr que quand ils deviennent dangereux, bon bah il y a des mesures de soin spécifiques, ils sont en apaisement, en isolement, donc la structure est là pour répondre à leur montée en agressivité. Après voilà je pars du principe que ceux qui ne sont pas dans ces types de structure de soins intensifs ne sont pas dangereux. Moi je les vois toujours, ou quasiment, seule, sauf quand ils sont en chambre d'isolement ou d'apaisement.

-Vous n'appellez pas les infirmiers pour voir les patients avec vous?

-Non parce que sinon je ne vois personne, il n'y a pas assez de personnel. Ce n'est pas que je ne le souhaite pas hein, ou alors parfois dans certaines situations où j'ai vraiment envie que les choses soient dites en présence d'un infirmier, là je vais le faire, mais là c'est dans une histoire d'alliance thérapeutique, voilà. Pour les patients clivants, les patients qui ont des troubles du comportement alimentaire, des choses comme ça où il peut y avoir des choses qui sont déposées de manière très agressive sur l'équipe, et éparpillante. Là j'y vais volontairement avec un soignant. Mais sinon, 90% du temps je les vois seule, et sans angoisse de me dire « ça va mal se passer ».

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine? 20:30

-Alors, pas sur le passé judiciaire des patients, ça ne m'intéresse pas. C'est un peu caricatural ce que je dis mais je n'épluche pas du tout le côté judiciaire. Je sais qu'il y a plein de patients matricides, patricides, je ne saurais dire pourquoi mais ça ne m'a jamais limitée dans mon approche du patient. Je ne crois pas en tout cas. Après on est tous les jours déçus de ces préjugés. On peut voir un patient qui va très très mal, et moi quand j'étais au pôle centre j'habitais le secteur de mes patients, et du coup en dehors de l'hôpital où ils étaient complètement fous, et je dis ça sans stigmatiser, quand on les voit dans un milieu ordinaire faire leurs courses à carrefour comme nous, ça par exemple ça déconstruit l'image un peu caricaturale du patient qui est hospitalisé au long court ici et qui ne pourra jamais sortir. Bah non, même des gens longtemps hospitalisés ici peuvent sortir et se retrouver à carrefour avec moi. Voilà. Donc c'est plutôt sur ce genre de préjugés où forcément ça m'a changée.

Après moi je pars du principe que le patient dit toujours la vérité. Toujours des choses justes, même quand il est complètement écartelé par sa maladie mentale. Il est, quand il vient vers moi... pour vous dire sur huit ans j'ai eu très très peu de faux semblants dans la pathologie, ou de recherche de bénéfices secondaires, de calculs d'être malade pour avoir des bénéfices... pas du tout. Moi j'ai plutôt des patients graves, qui ne sont pas en demande de soin et pas en demande, c'est des patients qui n'ont pas accès suffisamment aux soins.

-Et quand vous avez eu cette proposition de poste par votre meilleure amie, le fait que ce soit de la psychiatrie ne vous a pas braquée?

-Non, je me suis quand même dit « on verra, si je ne suis pas bien je ne resterais pas », il y avait quand même une inconnue, mais ce n'était pas de la crainte.

**-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service?
(Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)**

23:25

-Ça dépend de la charge de travail. Pendant l'hiver où j'ai plus d' « urgences » infectieuses. Et c'est très souvent que je ne peux pas voir tout le monde, ça c'est sûr. Parce que effectivement, sur trois journées par semaine, je vais devoir prioriser. Alors on a une grande chance, c'est qu'on a des médecins généralistes aux urgences, donc les trois quarts des patients voire 80% sont passés par les urgences avant, 20% peuvent être des admissions directes. Et donc je vois déjà ce qui a été fait aux urgences par mes collègues et s'il y a une urgence à aller voir ou pas. Si le mot aux urgences c'est un examen systématique où tout va très bien, ce n'est pas le patient vu 48h plus tôt aux urgences qui va très bien que je vais prioriser dans ma consultation. Ça va être bon déjà oui qu'est ce qui a été repéré par les équipes, infirmiers et psychiatres, qu'est ce qu'ils m'indiquent, ça c'est le premier screening. Et puis après par exemple ce matin il y a eut la réunion hebdomadaire, moi là je regarde du coup la liste des patients et je me dis « tiens, j'ai Mme B là, elle a eut une IRM, il y a des histoires neuro qui sont pas très claires, je vais refaire l'historique neuro ». Et donc là je vais plus focaliser sur un patient. Mais bon je m'écarte un peu de notre question qui était: comment j'aborde en premier le patient. Donc c'est d'abord, on va dire les premières consultations de la demi-journée (parce que moi je fais une demi journée dans les services) c'est les choses que me rapportent l'équipe, et après le temps qu'il me reste je vais creuser sur des choses qui peuvent passer complètement inaperçues parce que la dame qui a une hydrocéphalie à pression normale, si personne ne s'occupe de lui reprendre un rendez-vous chez le neurologue, personne ne va s'en occuper. Parce que oui tout le monde sait qu'elle a cette maladie sauf que son examen de 2015 à 2020 n'est plus le même au niveau neurologique. Je le sais parce que je fais l'historique. En 2015 son examen neurologique était normal et aujourd'hui il ne l'est pas tout à fait. C'est très fin mais si personne ne s'y penche, personne ne le voit, parce qu'elle, elle n'a aucune plainte. Alors quand on l'interroge elle dit « ben oui j'ai un peu des troubles de l'équilibre dans l'escalier ». Donc elle n'a déjà pas une marche normale. Peut-être que l'indication de 2015 de ne pas l'opérer va se transformer en indication d'opérer en 2020. Je ne sais pas, hein. Mais il y a des choses, la différence entre « on fait appel à un médecin quand on en a besoin », qui est le mode de fonctionnement général du service, et il y a aussi la nécessité d'aller chercher, parce que le patient ne va pas se rendre compte

que sur les 5 ans il ne marche plus pareil, parce que justement il est coupé de sa sensation corporelle, et il y a des choses qu'il ne va pas rapporter alors que pour nous, si on s'y penche, ça semble évident qu'il n'a pas une démarche normale. Alors il y a des choses du coup qui sont plus du travail de fond, et donc je vais voir les patients, plus de 90% des cas seule pour la première rencontre.

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif? 26:47

-Alors c'est régulier, le refus des examens. C'est pareil, il ne faut pas le prendre à titre individuel comme un refus parce qu'on a mal présenté... il faut savoir re présenter ces investigations sur une période où la maladie psychique sera moins aiguë. J'ai un exemple typique d'un patient qui a très mal à la tête, surtout le matin au réveil, bon, moi je propose au vu de son histoire, parce qu'en plus il a pris 40kg sous neuroleptiques, je propose une exploration du sommeil pour recherche de syndrome d'apnée du sommeil. Ce patient il n'en veut pas. Je préviens quand même le psychiatre, « attention, cliniquement ça fait quand même bien apnée du sommeil, donc attention au valium. »

On n'a pas de preuve mais on a une forte suspicion clinique, donc ça change quand même notre modalité de prise en charge du patient. Et peut-être que dans un an il acceptera l'examen. Ce n'est pas grave, tant pis.

Et son délire est orienté sur « on m'a volé mon cerveau ».

Et moi je m'en fiche, enfin ce n'est pas que je m'en fiche mais j'ai quand même un tableau qui me fait évoquer une apnée du sommeil.

Moi je pars toujours du principe que le patient dit juste. Donc je n'irais pas dire « ce n'est pas vrai, on ne vous a pas volé votre cerveau ». Ça ne servirait à rien. C'est stérile. Donc moi je lui dis « j'entends bien votre souffrance aujourd'hui qui fait que vous avez la sensation qu'on vous a volé votre cerveau, mais moi mon rôle de médecin généraliste, c'est de vérifier que vous n'avez pas autre chose qui pourrait expliquer que vous n'êtes pas bien au niveau physique. Donc moi j'essaie d'éliminer d'autres choses, si on y arrive vous irez mieux. »

Je rappelle mon rôle. Moi je n'entre pas dans la surveillance de ses symptômes psychiques. Je lui dis bah voilà cette sensation de vol de cerveau ce serait bien que vous en discutiez avec votre psychiatre. Je me retranche un peu derrière mon incompétence de prise en charge psychique, mais moi en tant que compétente sur la prise en charge corporelle je souhaite qu'il ait le même niveau d'accès aux soins que les autres et que comme je le prends en charge c'est de ma responsabilité de lui proposer des bons soins. Et après, je lui assure qu'il n'y a pas de soucis, qu'on en reparlera, qu'il a le droit de ne pas être d'accord et que je ne le contraindrai jamais à faire quelque chose parce que bien sûr, hormis urgence vitale, on ne peut pas contraindre un patient à des soins somatiques, mais que on peut reprendre les choses dans deux ou trois jours, qu'il me dise s'il a des questions, voilà. Souvent les manifestations de refus brutal, il y a souvent derrière quelque chose, soit qui n'a pas pu être élaboré par le patient et partagé, soit qui est trop anxiogène à partager pour le patient, mais ça peut venir plus tard.

Par exemple « moi je ne veux pas aller à la gastroscopie parce qu'on va m'ouvrir le ventre », des représentations très anxiogènes, et en fait on a beau avoir expliqué ce que c'était, ils n'ont pas entendu sur le moment. J'ai expliqué l'autre jour le mécanisme d'une hernie de la ligne blanche à un patient, deux jours après il est venu me voir en catastrophe en me disant qu'on ne lui avait rien expliqué. Bon. Je ne l'ai pas pris à titre personnel en me disant « il ne m'a pas écouté, etc », je me dis non c'est sa pathologie qui fait qu'il n'a

pas pu entendre cette première explication. Donc on reprend l'explication en schématisant: « les viscères sont dans une enveloppe qui peut être comme un sac à dos, et quand le sac à dos est troué, le pique nique sort. » Lui a pensé la première fois que c'était une maladie de ses viscères alors que je pensais avoir bien expliqué, mais pas suffisamment pour qu'il ait pu l'intégrer la première fois. Bah voilà, on reprend une deuxième fois en prenant des comparaisons plus terre à terre avec le sac à dos troué.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux? 32:40

-Je pense qu'on doit toujours gagner de l'un et de l'autre. Moi je gagnerais à apprendre un peu plus des psychiatres et les psychiatres gagneraient à apprendre un peu plus du somatique.

En tout cas, je suis persuadée que la base, au niveau de la prise en charge, c'est qu'il faut croire le patient. Voilà. Le nombre de drames qu'il y a pu y avoir c'est quand on ne croyait pas que le patient allait mal, qu'on pensait que c'était du cinéma, parce que malheureusement il y a des patients qui sont anxieux toute leur vie... J'ai un exemple en tête, un patient qui n'arrivait pas à avaler sa salive, régulièrement. Et puis un jour il a fait un cancer de la gorge et il en est décédé. Et on a peut-être perdu un peu de temps, je ne me souviens plus exactement de comment ça s'est passé, parce que curieusement ça a parlé au niveau somatique au même endroit que son symptôme anxieux, et c'est de ça dont il est décédé.

Donc je pars toujours du principe que la plainte du patient doit être entendue, qu'on soit psychiatre ou somaticien, après on a une réponse, on n'a pas de réponse, on continue d'accompagner. Mais voilà, notre base commune devrait être de croire le patient dans sa plainte, en tout cas. Dans sa douleur.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale? 34:21

-Dans la plupart des cas, si c'est pas quelque chose de très très très important comme examen, typiquement une polysomnographie ce n'est pas vital, c'est un soin proposé mais il y a plein de pays où il n'y en a pas, on soigne quand même les gens...

Quand c'est un refus de soin qui est plus sur une pathologie type cancer, là ça devient plus complexe, c'est là où on fait des entretiens psychiatre - généraliste avec le patient. C'est vraiment une prise en charge où on doit être ensemble pour essayer d'accompagner le patient dans son refus. Après, finalement, sur des choses graves, il n'y a pas tant que ça de refus de soin. En tout cas là où je suis. Sur Revol et le SSR c'est peut-être différent.

Après sur les refus de soins des patients qui sont en chambre d'apaisement ou d'isolement, il faut espérer que 8 jours après ça aille mieux. On repropose, on associe plus le psychiatre dans la prise en charge.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants? 35:50

-Être extrêmement présent dès la première rencontre. C'est à dire extrêmement présent c'est pas de regarder son ordinateur et puis de poser des questions sur la liste de question qu'on a à lui poser. C'est d'être en communication visuelle... moi je n'ai pas d'ordinateur quand je les vois, je les vois en salle de soin, et j'écris mon mot après. Je les regarde, je m'intéresse à ce qu'ils ont à me dire, je pose toujours la question de est-ce qu'ils ont fait des études si ce sont des jeunes, est-ce qu'ils ont travaillé, je m'intéresse à autre chose qu'à

leur pathologie physique et mentale. J'essaie de voir un peu quel est leur environnement, quels sont leurs centres d'intérêt, leurs occupations. S'il y a quelqu'un qui me dit qu'il adore la musique et que, je ne sais pas, je viens de voir un concert ou j'ai une mélodie en tête, il va me demander quelle mélodie... voilà, partir un peu sur des questions qui sont gratuites. S'il n'y a pas de gratuité, c'est plus compliqué. Il y a une approche qui doit être un peu gratuite, pour dire qu'on est là pour lui, pas pour remplir notre dossier médical. Donc s'intéresser, et ça passe par le fait d'être pleinement présent à l'autre et c'est pour ça que je disais que quand on ne va soit-même pas très bien, ça ne marche pas. Parce que l'autre sent très bien notre disponibilité psychique. Donc voilà il faut être extrêmement bien dans sa tête, dans son corps, dans ses pompes, écouter ce qu'il nous dit... et on ajuste au fur et à mesure de l'entretien, on écourte s'il faut écourter parce que l'on sent que ça commence à monter en l'autre, et c'est, voilà. C'est un travail d'ajustement.

-Ça joue donc beaucoup sur la perception, effectivement donc il faut être présent.

-Voilà, j'aime souvent dire qu'on est un peu des détectives, on met en alerte tous nos sens, pas seulement l'audition mais aussi la vue, percevoir si tout d'un coup il se met à avoir des tics, voilà. Avoir une approche très détective. En Alerte.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-IDEM VINATIER

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...? 38:20

-Alors c'est de plus en plus compliqué. Bon, les soins dentaires, s'ils sont en demande, c'est facile. Ce n'est pas systématique, c'est souvent à la demande du patient. Les soins gynécologiques je les propose systématiquement. Mammographie, non dans les unités d'entrée, parce qu'il faut les accompagner, je leur rappelle mais ce n'est pas nous qui allons l'organiser. Mais dans les unités de longue évolution où les patients restent des mois et des mois, oui. On a le rôle de médecin traitant.

Tout ce qui est consultations gynécologie, dépistage par les sérologies sanguines, je le fais très facilement. Parce qu'on a une consultation gynéco dans l'hôpital. Imaginons que demain on n'en ai plus, qu'ils nous enlèvent le Dr A, ce serait la même problématique. Donc ça dépend beaucoup du plateau de soin qu'on a à proximité. Faire l'échographie d'une cirrhose, oui je vais le faire, mais le jour où je n'ai plus d'échographie, je vais y réfléchir à deux fois. Parce que le facteur limitant c'est l'accompagnement à l'extérieur par le personnel. Donc je priorise, sur la consulte cardio, sur un examen de dépistage.

— — — — —

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis? 40:20

-Alors dans les cas ordinaires, de patients qui n'ont pas présenté une décompensation somatique particulière pendant l'hospitalisation, il y a un mot dans le compte rendu du psychiatre, des soins somatiques qui ont pu avoir lieu. C'est le psychiatre du coup, qui reprend les événements somatiques s'il y en a eu, dans son compte-rendu. Après quand il s'est passé quelque chose qui est de l'ordre d'un nouveau diagnostic, d'une introduction de traitement, etc... là c'est moi qui fait un courrier, qui est joint à celui de psychiatre.

Donc là elle va mettre « Cf courrier du médecin somaticien ». En gros c'est au cas par cas et quand il y a des choses spécifiques que j'écris.

-Vous ne les revoyez pas derrière et ne les rappelez pas?

-Non. Après bon ça arrive d'avoir des liens, par exemple on a des patients qui sont en séquentiel. Donc ils viennent une semaine tous les deux mois, par exemple. Bon. Hier j'ai fait un courrier pour un des patients qui vient en séquentiel parce que si ce n'est pas moi qui fait le courrier, personne ne va lui faire. Concrètement, aujourd'hui, à part son infirmière et moi, il n'y a personne qui le voit. Donc du coup c'est pour une consultation en gastro-entérologie pour un fibroscane pour une cirrhose. Donc c'est à moi de le faire parce qu'il n'y a personne d'autre. Je ne vais pas appeler un médecin qui n'existe pas pour lui dire qu'il faut l'envoyer au fibroscan et qu'il faut qu'il ait une consultation à HEH. Donc dans ces cas-là je m'appuie sur le tiers qui l'accompagne en social, pour dire qu'il faudra appeler tel numéro pour prendre un rdv en fibroscan et en gastro, et j'envoie par mail le courrier. Donc voilà, les patients qui sont en séquentiel, ça peut être un peu du bricolage avec les intervenants sociaux autour.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant? 42:10

-Ben, par exemple, il y a un patient qui a fait une hémoptysie, il a eut le temps d'avoir son scanner par nous mais pas de consultation pneumo parce qu'il n'y avait pas de soignant disponible pour pouvoir l'accompagner, je lui remets et j'espère que... Voilà, je lui dis vous avez tout votre dossier pour aller consulter un pneumologue et... il peut, avec mon courrier, le faire, mais il peut très bien ne pas le faire aussi. Moi je lui donne en mains de quoi aller à une consultation mais je ne vais pas l'accompagner.

-Et les infirmiers du CMP?

-Ben ça dépend de s'ils va y aller au CMP quoi, c'est... Nous on diffuse les informations au psychiatre du CMP qui va être amené à le revoir, mais c'est fait ou c'est pas fait, ça dépend des patients, voilà. Un certain nombre reviennent trois mois plus tard et on reprend les choses là où on les avait laissées. Voilà.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

-Alors moi je vais à une réunion d'équipe par semaine, voilà, et puis il y a des échanges informels à chaque fois que je suis présente dans l'unité. S'il veut m'interpeller pour une inquiétude sur un patient, c'est en direct. Pour le coup, comme je ne suis là que sur 2 unités, que trois jours mais c'est facile de communiquer. Quand j'avais quatre services c'était différent. Et ça dépend aussi du psychiatre, de sa manière de communiquer, c'est toujours pareil. Si quelqu'un est bon communicant ou mauvais communicant. Mais je n'ai pas de difficultés personnelles à communiquer avec les psychiatres.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé?

-Tout à fait parce qu'il le voit plus souvent que moi. Je donne un exemple concret. J'étais sur cette patiente avec son hydrocéphalie à pression normale, j'ai envoyé un mail au neurologue qui l'avait vue en 2015 et qui m'a dit « oui oui effectivement j'ai déjà été alerté par le Dr S », qui est le médecin de l'hôpital de jour. Je lui ai dit « ah ben excusez-moi je ne suis arrivée qu'il y a un mois je n'étais pas au courant. ». Voilà donc c'est elle qui a donné l'alerte en premier sur les symptômes. Elle trouvait probablement que l'examen neurologique n'était pas le même que d'habitude sur ses dernières années. Voilà, donc

l'observation du psychiatre, même s'il n'a pas forcément examiné le patient, est essentielle. Moi j'ai régulièrement des mails du Dr G pour me dire « tel patient m'inquiète, je le trouve vite dégradé en un an », ils ont un regard que moi je n'ai pas puisque je ne connais pas l'état antérieur d'il y a un an du patient. Donc déjà dans la répétition de leurs rendez-vous ils peuvent voir des choses que nous on ne voit pas sur un moment donné, et puis de toutes façons on reste en sous-effectif de médecins généralistes sur l'hôpital, là on est quatre médecins généralistes sur les pôles adultes, alors qu'on devrait être huit, donc de toutes façons il y a des moments où il n'y a pas de médecin généraliste et il faut bien se soucier quand même de la continuité de sa prise en charge, même si on n'est pas là.

-Et par rapport aux effets indésirables des traitements qu'ils prescrivent, ou les ECG pour le QT, vous pensez que c'est à eux ou à nous de le faire?

-Ben, c'est d'abord à eux, parce que quand on prescrit un neuroleptique on sait qu'on surveille le QT, et après c'est aussi à nous quand on voit le patient de vérifier son Qt, mais c'est de sa responsabilité de connaître les effets secondaires de ses traitements. La responsabilité se partage au moment où il a une question, mais moi au départ je ne considère pas que c'est à moi de vérifier qu'ils ont tous eu un ECG. Pour moi je donne un avis quand il y a quelque chose de la routine de la surveillance qui ne va pas. On a eut par exemple un patient, Monsieur P, il a fait une espèce de syndrome sérotoninergique, il ne faut pas attendre le médecin généraliste pour penser que ça peut être un syndrome sérotoninergique sous paroxétine quoi. C'est son boulot de se dire « j'ai augmenté le traitement et il débloque, le patient ». Après moi je viens, je dis « oui il faut interrompre le traitement tout de suite on est bien d'accord », il me demande mon avis et je confirme qu'effectivement ça ressemble à un effet iatrogène. Je pense que la iatrogénie ça représente plus de 30% de mon activité. Donc ça fait partie intégrante de mon activité, mais il y a plein de iatrogénies qui ne sont pas gérées par moi. Et heureusement, parce que si j'étais appelée pour tous les effets iatrogènes, que le psychiatre ne sait pas si c'est son médicament ou pas... il y aurait un souci.

-Et en ville?

-Il doit s'impliquer dans la mesure où effectivement il doit toujours avoir un œil observateur sur son patient. C'est à dire que ça me semble de bon aloi que le psychiatre rappelle au patient qu'il faut qu'il trouve un médecin généraliste pour le suivre, enfin voilà. La plupart des psychiatres assument une fois par an la prise de sang de surveillance des effets cardio-métaboliques, pour vérifier le bilan métabolique et autre générale. C'est de bonne pratique que le psychiatre le prescrive une fois par an. Voilà. Donc la plupart le font, d'autres doivent ne pas le faire, mais c'est leur prise en charge. Et avec avis, secondairement, s'il y a un souci.

— — — — —

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné? 49:00

-Bon la question de la médecine de ville est très complexe et très large, hein. Donc je pense que si déjà il y a suffisamment de médecins en ville, il y aura plus d'accès pour nos patients à un médecin en ville. C'est déjà une question de nombre de médecins exerçant la médecine générale en ville. Après je suis pour la médecine salariée en ville, je ne le cache

pas non plus, quand on est médecin salarié en ville, je pense que, voilà, peut-être que les choses seraient plus d'accès égalitaire pour tous, voilà. Et ce type de médecine, je pense, favoriserait un accès plus large à des patients plus complexes.

-Ce qui réglerait notamment le problème de la durée de ces consultations.

-Oui. En tous cas moi, je travaille dans un centre de santé avec des patients qui parlent une autre langue, je ne me verrais pas faire une consultation d'un quart d'heure avec un traducteur et un patient qui parle une autre langue. C'est une spécificité, avec un traducteur, on ne peut pas faire une consultation de moins de 30 minutes parce que on traduit ce qu'on dit et le patient, on traduit ce qu'il nous a dit. Et c'est la même chose pour la maladie mentale. Il y a un décodage à faire et ce temps de décodage il faut qu'il soit pris en compte comme faisant pleinement partie de la consultation. Voilà. Donc je pense qu'une consultation plus longue devrait être valorisée en ville. Si on a passé trois quart d'heures avec un patient ayant des troubles mentaux sévères, ça doit être une consultation valorisée. Il n'y a pas de raison que le médecin gentil puisse le faire et que les autres ne le fassent pas parce qu'ils ont décidé que ça ne leur rapportait pas d'argent. On en revient à la question du salariat de ce côté-là.

-D'ailleurs vos collègues ont tendance à dire qu'il faudrait une tarification spéciale pour ces consultations. Mais du coup le salariat serait une autre option.

-Voilà, moi je vais plus loin. Je ne suis pas pour la tarification spéciale parce que entre guillemets on peut continuer à choisir de ne pas les recevoir. Mais voilà, quand on maille les soins en ville en attribuant un médecin à un territoire, qui reçoit les patients de son territoire et qui est salarié pour ce travail-là, comme je reçois moi les patients de mon « territoire », je n'ai pas le choix, ce sont mes patients (bon, la porte d'entrée c'est qu'ils ont tous des maladies mentales) mais ça ne me dérangerait pas d'être médecin en ville et qu'on me dise « vous prenez en charge la population de tel quartier, tout venant, tout âge et toute pathologie confondue ».

-Après tout le monde n'a pas envie de travailler dans certains quartiers. Moi cette position ne me choque pas parce que je travaille en Ardèche et que les patients seront sympa où que j'aie. Il n'en serait pas de même dans le 78.

-Oui, je suis d'accord avec vous. Beh comment ils font dans les zones désertifiées au Canada? Ils les paient cinq fois plus. Dans les zones où personne ne veut aller travailler. Ils les paient jusqu'à ce qu'ils aient des médecins qui arrivent. Ils augmentent le tarif. Et puis quand ils voient qu'ils recrutent cinq fois plus... Il y a plein réflexion à avoir et je n'ai pas la solution. Moi j'ai passé mon internat en 2004, c'est le plus bas taux de recrutement de médecin, numerus clausus au plancher. Donc je ne me plains pas, j'ai pu exercer là où je le voulais, mais il y a quand même une bombe à retardement c'est sûr. Je ne sais pas si ce sera résolu du temps de notre génération mais voilà, ça devient compliqué.

-On soulève aussi parmi vos collègues et c'est un point que j'avance moi-même, c'est que nos études nous forment peu à la question de la pathologie mentale et au milieu de la psychiatrie. Pensez vous qu'il faudrait faire des formations à destination des internes de médecine générale?

-Alors je ne sais pas, en tout cas, là il y a eut un topo sur la médecine au Danemark où, en première ligne, ce sont beaucoup les médecins généralistes qui prennent en charge les pathologies mentales, déjà assez sévères, avant d'aller voir un psychiatre. Et on voit que ce qui fait que ça marche, c'est qu'ils ont été formés aux soins psychiatriques, voilà. Moi j'avoue que je pense que je suis assez mauvaise, si aujourd'hui je me transpose en médecin de ville, je serais assez mauvaise pour prescrire les psychotropes finalement. Parce que c'est fait par les psychiatres ici et moi je fais tout le reste autour. Donc j'ai des notions bien sûr de iatrogénie. Mais comment ça se prescrit, je ne suis pas sûre d'être meilleure qu'une autre, loin de là, alors que je bosse ici. Mais effectivement je n'ai pas été en posture d'être

le psychiatre de première ligne, qui est le médecin de ville. Donc c'est sûr que je trouve, à mon époque en tous cas, que la formation en psychiatrie était largement insuffisante. Quand je suis arrivée ici j'ai eu l'impression de découvrir la psychiatrie. Voilà, je n'avais pas d'a priori mais je ne connaissais pas non plus.

Rétrospectivement je me suis dit, dans les 5 ans où j'ai exercé avant j'en ai vu, et je me suis rappelée que j'avais eu des contre transferts un peu agressifs envers certain qui en fait sans doute avait une pathologie mentale. Rétrospectivement. La formation c'est toujours important... après est ce qu'il y a une spécificité soins somatiques pour les patients psychiatriques, c'est comme avoir une approche auprès d'un enfant de 1 an, on n'a pas la même approche, pareil pour un vieillard de 100 ans, il y a aussi du refus de soin, de la difficulté à communiquer... la difficulté à communiquer avec un patient, que ce soit les extrêmes de la vie ou la barrière des troubles mentaux qui disjonctent, ça arrive finalement assez régulièrement. Ce n'est pas tout limpide, le patient ne vient pas avec son diagnostic. Voilà. Du coup je pense que c'est le travail constant d'un médecin d'essayer d'être le détective et de voir comment de sa position il peut aider le patient. Je ne suis pas sûre que ça relève spécifiquement d'un stage somatique en psychiatrie, mais en tout cas être formé à la lecture des troubles mentaux qui interfèrent dans la prise en charge, oui ça oui il faut avoir quelques clefs de lecture, après l'examen somatique restera l'examen somatique.

-Et notamment ces notions de transfert, contre transfert, ce sont des notions que je ne comprends et connais que parce que je les tiens de ma mère, mais jamais on ne m'a enseigné ça dans mes études.

-Je ne sais pas comment sont organisées aujourd'hui les études médicales, mais c'est sûr que c'est beaucoup plus techniques que psychologique. Voilà. Donc après c'est l'intérêt de passer un peu dans des stages différents pour se forger une approche clinique qui soit un peu souple, qu'on soit capable d'entendre des patients qui parlent depuis leur souffrance psychique, et qui ne sont pas en train de nous agresser personnellement.

-Et est-ce que vous, vous envisageriez de former les internes dans le cadre, par exemple, d'une FMC validante sur la question de la pratique auprès des patients psychotiques?

-Moi j'aime être dans la transmission. J'ai eu beaucoup d'étudiants, surtout pharmaciens, c'était sympathique d'ailleurs parce qu'au niveau iatrogénie ils étaient bien plus forts que moi. Moi je trouve que quand il y a de la motivation, de la remise en question, dans ce format-là en binôme, je trouve que c'est toujours intéressant. Et je trouve que notre génération, vous je ne sais pas mais nous on a aussi souffert de ce manque de transmission, entre paires. Parce que la médecine devant être lucrative, rentable pour l'état... si on retrace l'histoire de la médecine il y a des siècles où il y avait des consultations de pairs, où au « moyen âge » le généraliste et le spécialiste voyaient le patient ensemble. Moi je rêverais de pouvoir parfois accompagner mon patient à la consultation neurologique pour faire un peu mieux la part des choses entre les troubles neurologiques et les troubles psychiatriques, parce que ce sont deux spécialités qui sont assez proches aussi. Mais ça on ne peut pas le faire quand on est en sous-effectifs, c'est évident.

Donc voilà, je trouve que le partage des compétences c'est jamais inintéressant des deux côtés.

-Et que pensez-vous des groupes Balint?

-Je n'en ai pas fait partie moi, car ce sont souvent les médecins de ville qui font les groupes Balint, mais j'imagine que c'est très intéressant. Après c'est comme tout il faut le choisir. Nous on a quelques liens entre nous qui sont très importants, sans ces liens ce serait dur de tenir dans le temps avec des pathologies mentales lourdes. Le lien entre professionnels partageant les mêmes préoccupations de soin du patient, ça fait tenir c'est sûr.

-Et si on imagine un salariat dans le cadre de maisons de santé, cela ne répondrait-il pas à une autre problématique de la prise en charge de ces patients complexes, qui est l'isolement des médecins de ville? Avec dans ce contexte un lien direct avec d'autres intervenants.

-Tout à fait. Moi j'ai remplacé dans des zones désertées, notamment en brousse Calédonienne, pendant trois mois, mais là on est assez bluffé. On a un dispensaire qui est situé à un endroit, tous les gens de la brousse y viennent de part et d'autre, et leur dossier médical est nickel. Et ça marche parce qu'il y a un infirmier, un médecin, on a des réseaux pour aller à Nouméa si besoin. Malgré l'étendue du territoire et un fonctionnement différent parce qu'ils vivent dans la brousse, on n'a pas les patients sous la main, et bien ça marche parce que c'est aussi une médecine salariale, les soins sont à un endroit, c'est assez fluide, le recourt de santé est là et on ne peut pas dire « on ne vous prend pas, on a trop de patients ». C'est un dispensaire pour le territoire.

Je ne peux pas parler d'autres médecines que celles que j'ai expérimenté, et ça ça marche dans un contexte d'éparpillement géographique des gens, avec aussi des problématiques sociales très compliquées. Et là on travaille toujours en équipe à partir d'un lieu identifié, et aussi quelques visites dans des villages de brousse, mensuelle. L'organisation de santé du territoire, c'est une question de santé publique.

(Province Nord de Nouvelle Calédonie, dispensaire de Hienghene)

Entretiens semi-dirigés: Dr E

Homme Médecin de 43 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale

-Fonction: médecin somaticien

-Service: UPRM (urgences), UHCD (post urgences, 10 lits, durée d'hospitalisation 6 jours en moyenne, patients globalement HL), UHTCD (fermé, dans l'attente des services, hospitalisations souvent sous contrainte. 13 lits mais souvent 17 patients) du CH Le Vinatier

-Etablissement public sectorisé avec tous types d'unités (pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, ouvert, fermé, patients déficitaires, ULE). Mais l'UPRM est inter sectoriel sur Rhône métropole.

-Mode d'exercice: hospitalier pur, médecine adulte

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: 40 à 50 en permanence en comptant les passages vus par jour et les deux unités.

Fonctionnement des urgences: les deux médecins somaticiens présents voient en priorité les patients sous contrainte, en Chambre d'Isolement, et après tous les gens ayant des problèmes de santé, globalement. Examen somatique non systématique, selon affluence.

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-Ça va faire 4 ans dans un mois.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie?

-Non, je ne voulais pas faire psychiatrie à l'internat. Je n'avais pas d'attrait spécialement pour la psychiatrie, mais on m'a proposé le poste et je voulais changer.

Avant ça j'ai fait de la médecine libérale en tant que remplaçant, de la médecine polyvalente à l'hôpital, et du SSR en SSR oncologique.

-Et donc ça s'est présenté comme ça?

-Oui, par connaissances en fait. Le service ouvrait, c'était un nouveau poste. C'était un truc à créer donc ça m'intéressait.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère? 3:24

-Bonne question! Ben les différences ça dépend quand même du degré de la pathologie... Moi je les vois quand même dans des périodes de crise. Donc pas quand ils sont stabilisés. Je pense qu'un patient stabilisé il ne doit pas y avoir tant de différences que ça, à mon avis...enfin ça se discute, je n'ai pas l'expérience là-dessus. En tout cas un patient en temps de crise, ce n'est pas évident. Parce que la communication déjà n'est pas facile, le recueil, l'anamnèse, les antécédents, ce n'est pas facile. Ils sont moins suivis que les autres, en général. Ils n'ont pas souvent de médecin traitant. Quand ils en ont un, c'est souvent des médecins traitants qui concentrent pas mal de patients psychiatriques parce qu'ils ont des consultations ouvertes, sans rendez-vous, donc ce ne sont pas forcément les médecins qui

ont le plus de dossiers, de suivi, etc. Ces patients utilisent beaucoup les urgences, SOS médecin, donc ce n'est pas évident de faire vraiment un recueil des antécédents avec un seul interlocuteur.

Après leur maladie elle-même minore, majeure, atténuée, multiplie les symptômes.

L'évaluation de la douleur est parfois difficile. Juste s'enquérir de choses simples comme le transit, ça peut être impossible.

Après par rapport à la population générale... Oui on a pas mal de spécificités, on a des patients autistes qui ne communiquent pas verbalement, ce qui amène des difficultés supplémentaires. Il y a des violences aussi, subies par les patients, qui sont traumatisés... tout ça c'est des contextes parfois difficiles. Mais bon ce sont des patients en crise et je ne pense pas qu'on puisse généraliser sur les patients qui ont des maladies chroniques en psychiatrie, en général. Là ce sont des périodes bien particulières de leur maladie, où je les vois.

Après ils ont aussi plus de pathologies secondaires aux neuroleptiques, ils ont plus de pathologies traumatiques, je pense qu'il y a un nombre de traumatismes crâniens non pris en charge qui est hallucinant. Moi depuis 4 ans, quand on voit les antécédents de traumatismes crâniens assez graves qui n'ont jamais été pris en charge, avec des troubles cognitifs... On a aussi pas mal de personnes âgées plus ou moins démentes, ou en voie de l'être... donc c'est une population spéciale, quand même. Mais qu'on voit aussi aux urgences générales ou en gériatrie.

Après il y a les moments d'agitation, les contentions, qui rendent parfois l'examen ou les discussions impossible. Mais c'est les moments de crise. Je ne généralise pas.

On a beaucoup de SDF, aussi. On a quand même une population très précaire. Les gens qui finissent aux urgences psychiatriques sont quand même des gens qui n'ont pas de bouée de sauvetage ailleurs.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients? 6:55

-Je pense qu'il y a leur maladie qui fait qu'ils ne se font pas suivre. Certains sont un peu anosognosiques quand même.

Je pense qu'il y a aussi le problème de l'accès aux soins. Les délais de rendez-vous ça joue énormément. Le nombre de rendez-vous pris puis manqués quand le patient est sorti, c'est très fréquent. Je pense que l'aspect financier joue aussi sur l'accès aux soins pour le secteur 2.

Il y a aussi une ambiguïté sur parfois les psychiatres qui jouent le rôle de médecins traitants. Il y en a moins qu'avant je pense mais il y a quand même des patients qui ne voient que leur psychiatre et leur psychiatre renouvelle y compris les médicaments qui ne relèvent pas de leur spécialité. Après je comprends que ça rende service au patient... mais ou pas, en fait.

Et après je pense qu'il y a aussi des médecins généralistes qui n'ont pas d'appétence particulière pour ce genre de patients, et qui leur font sentir.

Je ne sais pas. En tout cas, ce que je vois aux urgences c'est qu'on prend quand même le nom du médecin généraliste, on a l'impression que certains en concentrent, certains en font plus parce qu'ils ont un attrait pour la psychiatrie et qu'ils les prennent bien en charge, d'autres qui en prennent plus parce qu'ils sont en sans rendez vous, mais en tout cas il y a certains cabinets qui concentrent les patients qui vont consulter aux urgences.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients? 8:39

-Je ne sais pas. Il faudrait leur demander... Hm... Moi j'ai quand même fait pas mal de libéral, et quand j'étais à l'hôpital j'avais des consultations, donc c'est vrai qu'on en voyait... Je ne m'étais jamais trop posé la question avant de venir. Quand tu as des schizophrènes qui sont stabilisés, au final ce n'est pas très problématique hein. Mais bon je n'étais pas particulièrement sensibilisé. Je pense qu'il y a un manque de sensibilisation, peut être de la peur. Je pense que quand ils ne vont pas bien, le problème des rendez-vous, la disponibilité, je pense que c'est vraiment un problème. C'est vrai qu'ils sont souvent en retard, il y a beaucoup de « pas venu pas prévenu ». Ma femme est cardiologue en ville, et concrètement ça la saoule, les patients psychiatriques. Ce n'est pas le patient quand il est là, qui la saoule, mais c'est les « pas venu pas prévenu ». Donc ils n'en mettent pas 50 non plus parce que ce n'est pas possible, quoi. Je pense que concrètement c'est l'un des gros écueils. Il faudrait limite qu'il y ait une tarification spéciale pour prendre en compte ce facteur-là, parce que il y a des cabinets de médecine générale ou des centres d'imagerie qui ne prennent plus les patients du Vinatier. C'est black-listé. Et dès qu'ils black-list, c'est général, pour le coup (tout le Vinatier). Donc oui je pense qu'il y a un vrai souci là-dessus. Je ne pense pas que ce soit tant le comportement des patients, ou que les médecins aient peur ou ne sachent pas quoi faire, c'est vraiment le fait que ça te désorganise ta journée. Le gars qui arrive avec une demi-heure de retard, je vois bien comment c'est en libéral. Quand tu as tes rendez-vous toutes les demi-heures, si le patient n'est pas là tant pis, tu ne peux pas décaler tout le monde. Surtout sur des consultations spécialisées qui peuvent être longues, ou des examens, il n'est pas là il n'est pas là. Et tu n'as pas envie de le reprendre la prochaine fois.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient? 10:44

-Là aux urgences?

-Oui.

-Ouais il y en a qui sont inquiétants, mais bon on est en équipe... Ce n'est pas la même chose que quand tu es tout seul en cabinet.

-Ce sont des patients pour lesquels tu t'es dit que tout seul ça aurait été compliqué?

-Ouais... mais je ne pense pas que ce soit les plus psychiatriquement malades qui sont les plus flippants. Les sociopathes, les toxicomanes en manque, je pense que ça doit être plus flippant en cabinet qu'un schizophrène décompensé qui délire. De toutes façons... les bipolaires en phase up ne vont jamais aller consulter leur médecin, eux personne ne les voit puisque tout va bien! Et les schizophrènes délirants, les psychotiques chroniques, je ne sais pas s'ils font vraiment peur... Par contre je pense que les types de patients qu'on a aux urgences, oui tu n'as pas forcément envie de les voir tout seul au cabinet, c'est sûr. Il y a des gens qui peuvent être menaçants pour des prescriptions, pour tout ce que tu veux... Et je ne suis pas sûr qu'au cabinet ce soit gérable, mais je ne pense pas que ce soit forcément le déprimé sévère ou le schizophrène sous traitement qui fassent peur... souvent ils sont plus touchants qu'inquiétants, ces patients. Ils font plus vulnérables qu'inquiétants.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine? 12:29

-Ah oui, clairement oui. Quand je suis arrivé au Vinatier, honnêtement oui.

J'ai fait mon premier stage d'externat en psy, donc c'était hyper vieux, et je n'ai pas fait de stage d'internat en psy. Donc au début de ma carrière j'ai dû faire des injections de loxapac sur des cas d'agitation aiguë, faire du suivi et du renouvellement de traitements, comme tout le monde, mais je n'avais jamais manipulé ni les traitements ni instauré de vrai suivi psychiatrique. Donc oui j'avais plein de préjugés. Mais ça tombe assez vite. C'est pour ça

qu'honnêtement... le fait qu'il n'y ai plus d'internes de médecine générale en psychiatrie, c'est une erreur monumentale. Tu peux l'écrire en gros et en gras! Passer en hôpital psychiatrie ou en CMP, peu importe. En médecine générale ce qui est bien c'est que tu apprends plein de choses au cours de ta vie en fonction de ce que tu fais. Moi j'ai appris plein de choses en oncologie, et quand j'étais à l'hôpital à Mayotte, et en infectiologie... mais quand tu arrives en psychiatrie tu te rends compte que tu ne connaissais rien avant quoi. Parce qu'il y a un moment, il ne suffit pas de lire, il faut voir des patients. Et penser qu'on va faire de la psychiatrie juste dans les livres est une grave erreur. Et les préjugés, ils ne se lèvent pas avec des cours, il faut vraiment aller voir des patients. Pas forcément pendant six mois mais il faut en avoir vu.

-Et c'était quoi comme type de préjugés que tu avais?

-Ben sur la violence, clairement. Et voir ce que c'est qu'un vrai syndrome dépressif. Réaliser l'intensité des pathologies, quoi. Parce que c'est vrai qu'en ville, tu vois les gens déprimés. Mais à partir du moment où ils sont vraiment au fond du trou, tu ne les vois plus, ils ne viennent plus consulter. Ce ne sont pas des gens que tu peux voir en stage chez le prat, ça.

Et par rapport à la violence, ça relevait en fait plus du fantasme. Que les médecins ont, je pense. Mais en pratique... Pour être sur quelques forums de médecins, je vois qu'il y a quand même de gros préjugés sur les patients psychiatriques. Mais ce sont des gens qui ne connaissent pas. Ils en rencontre un qui les marque... alors que si ça se trouve ils en croisent plein et ils ne le savent juste pas.

Voilà, j'avais des préjugés en arrivant et je trouve que ça se lève très vite.

— — — — —

-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service? (Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)16:12

(Bon comme tu es aux urgences cette question est moins adaptée!)

-Oui nous c'est assez systématique, ainsi qu'à l'UHCD et l'UHTCD. En tout cas on essaie, le but ce serait ça. Si on était en nombre, on verrait tout le monde. Qu'ils aient au moins une observation somatique. Déjà c'est médico-légal, c'est les recommandations de l'HAS. Tous les patients sous contrainte doivent être vus sur le plan somatique. Et en plus il y a quand même des bons traitements médicamenteux avec plein d'effets secondaires, des trucs incompatibles avec le traitement... Donc le but serait qu'on voit tout le monde, après on n'est pas tout le temps là, quand il y en a un qui est en vacances le second est tout seul, donc après c'est la contrainte du nombre qu'on est quoi.

-Et à l'accueil des urgences?

-Pareil ça devrait être systématique. On aimerait bien. Quand il n'y a pas trop de monde, on voit tout le monde. Mais bon il y a des patients ça te prend une matinée pour démêler les choses. Il y a 30 nouveaux patients tous les jours donc à deux et parfois un, concrètement on ne peut pas tous les voir. Mais ça serait l'objectif. après ici il y a des patients qui ont déjà été vu il n'y a pas longtemps, des patients jeunes, qui ne posent pas de problème... De toutes façons ils ont une biologie systématique à l'entrée. Et les constantes sont prises. On a ce filet de sécurité quand même. Ils sont surveillés quand même aux urgences.

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif? 18:15

-Nous honnêtement comme on n'est pas dans les prises en charge longues, on est sur les trucs courts, globalement on fait avec. Mais c'est vrai qu'on laisse souvent... comme ils sont en crise, au niveau de la temporalité ce n'est pas forcément le moment de proposer des explorations... Nous concrètement ce qu'on essaie de faire c'est de constituer un dossier médical, avec les antécédents, l'examen clinique à l'entrée, reconduire les traitements qui ont été oubliés, et après si on trouve quelque chose qui n'est pas urgent mais qui doit être fait, laisser le soin au secteur ou au médecin de ville de le faire. Ce n'est pas le patient en crise qui va se soucier de ça, ce n'est pas le moment de lui en parler en fait. Je l'informe, juste, qu'il faudra le faire, s'il ne veut pas c'est comme ça, je le note, et ce sera à rediscuter plus tard. On a le temps de toutes façons. Mais c'est pour ça il faut qu'il y ait une continuité. C'est pas mal que nous généralistes on soit aux urgences, et dans les secteurs, et qu'il y ait CoReSo derrière. Que la prise en charge somatique soit un peu continue, idéalement.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux? 19:47

-Bah... non moi je ne fais pas trop de distinctions. Je prends le patient comme il est. J'attends que le psychiatre l'ai vu quand même, mais après nous on travaille avec le psychiatre, en binôme. Et c'est vrai que les psychiatres en général... quoi que il y en a qui s'occupent un peu des ceux.

Il y a des problématiques frontières, comme l'addictologie, il y a des psychiatres qui le font plus ou moins, nous on le fait plus ou moins, c'est variable ça globalement. C'est forcément hyper intriqué. Et surtout aux urgences, et chez les vieux c'est typiques. Ils décompensent des trucs psychiatriques sur des problèmes somatiques. Il faut soigner le patient, avoir une prise en charge globale.

La distinction elle se fait plutôt au niveau des médecins, on est deux médecins différents avec deux spécialités différentes. Sur un patient commun, qui lui ne présente pas trop d'intérêt à faire une différence.

-Et pour expliquer la symptomatologie, c'est souvent un problème?

-Pour les troubles un peu somatoformes? Oui mais nous on est vraiment dans les courtes durées quoi, donc souvent ce sont des symptômes chroniques. Après il y a un peu des hallucinations synesthésiques, des choses comme ça mais le patient va souvent vite mieux et ça disparaît rapidement. Mais pour tout ce qui est douleurs chroniques, troubles somatoformes, nous on ne sait pas trop quoi en faire. Ce n'est pas du tout dans le timing des urgences de les gérer, franchement. Souvent les patients, la problématique des déjà connue, ils ont déjà consulté. Nous, notre rôle c'est de le mettre sur le dossier, que ce soit connu de tous les intervenants, mais après on ne va pas changer des prises en charge alors qu'on voit le patient pendant 3 jours, ça n'aurait pas tellement de sens.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale? 21:50

-Mal! Non mais le refus de soins, après... bon pour les soins psychiatriques il y a la contrainte. Mais le refus de soins somatiques, on en a plein, honnêtement. On compose, on atteint des entre-deux. Ce qui est très compliqué ce sont les gens qui ne boivent plus, qui ne s'alimentent plus, parce qu'il y a un risque vital rapide. Après qu'ils refusent... moi je

n'ai pas la problématique aux urgences du gars qui ne veut pas se faire soigner son cancer, on en a plein mais ce n'est pas le problème aux urgences.

-Et quand c'est vraiment urgent?

-Ben soit là parfois c'est vrai qu'on profite de la contrainte psychiatrique pour... hydrater les gens, des choses comme ça. Mais nous c'est vrai qu'on est dans des temps courts où si le patient ne veut pas prendre son kardegic pendant trois jours, c'est dommage, on lui dit, on lui explique, mais on ne va pas lui mettre une sonde pour qu'il le prenne, soyons clairs. Je pense que sur les refus de traitements chroniques, on fait au mieux. On négocie, il prend celui là parce qu'il veut bien... c'est au cas par cas dans la négociation et oui ça arrive souvent. Après nous on a la facilité du temps qui est court. Et en général ça ne dure pas non plus très longtemps, ce refus.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants? 23:47

-Les patients méfiants, il y en a plein aux urgences... Je ne sais pas, je leur dis à peu près la vérité et après ils en font ce qu'ils veulent... ils écoutent, ils n'écoutent pas... Je pense que comme ils sont aux urgences psychiatriques, leur priorité ce n'est pas tellement le soin somatique, il faut quand même le dire, même si ça dépend des gens. Globalement je les informe, comme tout patient, je note pour que le suivant fasse pareil, mais voilà, en 2 jours tu ne vas pas faire une alliance thérapeutique, c'est un peu illusoire. Donc je note qu'il est méfiant, qu'il est réticent à l'examen, mais je sais que je n'aurais pas d'alliance particulière avec les patients parce que ça pour le coup ça se fait sur un temps super long, avec le médecin généraliste, ou en secteur quand ils restent des mois et des mois... Nous honnêtement... Moi j'essaie d'être bienveillant avec les patients. Je ne sais pas s'ils sont en état de le ressentir. J'arrive à rester calme. Ce sont des gens qui sont malades quand même. Après paradoxalement, quand j'étais en oncologie j'en ai vu beaucoup des refus de soin, et honnêtement j'ai trouvé qu'on leur laissait moins le choix sur le traitement qu'en psychiatrie. Il ne faut pas se leurrer, quand on dit que le patient a un choix éclairé, dans certains domaines il faut le dire vite. Moi je trouve que les oncologues expliquent très rapidement et que parfois les patients se retrouvent avec leur 8e chimiothérapie alors qu'ils n'en veulent pas. Et ça en SSR on le voit, des patients qui reviennent du centre Léon Bérard en disant « non mais moi en fait je ne voulais pas, je ne veux pas de chimiothérapie encore une fois ». Donc voilà, il y a en fait d'autres formes de contraintes plus insidieuses qu'en psychiatrie. En psychiatrie au moins les choses sont carrées, c'est écrit, c'est dit.

-Est-ce que ça nécessite plus de self control de travailler ici?

-Ouais... Après c'est savoir parler aux gens... mais moi de manière générale j'ai du mal à m'imaginer m'énerver contre un patient, qu'il soit psychiatrique ou pas. Il faut rester professionnel. Enfin tu vois, sauf le patient qui te cherche, volontairement. Mais en psychiatrie on les considère comme des gens malades, tu ne vas pas aller râler contre quelqu'un qui a un cancer qui évolue et que ça te fait chier. Donc là c'est pareil, un patient qui est anxieux, qui est déprimé, tu ne vas pas lui dire que c'est un connard pour ça, quoi. Si tu commences à te plaindre des malades et de leur maladie... autant ne pas faire médecine!

-Oui c'est finalement peut-être plus simple de rester calme et de ne pas prendre les choses personnellement ici parce qu'on sait que les gens sont malades et qu'ils agissent ainsi du fait de leur pathologie.

-Oui, après il y a aussi des gens qui ont un caractère de cochon et qui même stabilisés sont pénibles. Mais les patients pénibles, chacun ses techniques pour les gérer mais en tout cas

s'énervé ce n'est pas utile, ça te mine plus qu'autre chose. Il faut aussi se préserver, moi je le fais aussi pour me préserver. Si tu t'énerves une fois par jour, à 40 ans t'es usé.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-IDEM VINATIER

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...?

-Nous on regarde les dents, on fait quand même pas mal de fiches pour une future consultation dentaire. Parce qu'il n'y a que là qu'ils le feront, ils ont une petite fenêtre pour le faire, les délais sont un peu longs donc si on ne prend pas le rendez vous tout de suite... Voilà on essaie d'anticiper pour le secteur à cause des délais.

Gynéco... honnêtement je m'intéresse surtout à la contraception, qu'elle ne soit pas enceinte, qu'il n'y ai pas de trucs bizarres, aménorrhée, ou autre, mais je ne parle pas frottis... Bah les personnes âgées je leur demande si elles ont fait une mammographie, mais je ne vais pas l'organiser aux urgences. Je fais l'état des lieux. Je ne parle pas prévention. Enfin encore que ça arrive.

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis? 29:22

-Alors exceptionnellement, les patients qui sortent de nos unités directement vers la ville, il y en a quand même car en UHCD c'est moitié clinique, moitié chez eux... UHTCD c'est 90% sur l'hôpital, et les urgences c'est moitié mais on ne voit pas tout le monde.

Donc exceptionnellement on fait des courriers dédiés sur des problèmes bien précis au médecin traitant, et avec le mot du psychiatre. Ou si j'ai prescrit une biologie, un examen en particulier. S'ils sortent de l'UHCD on joint nos observations. Quand ils sortent de nos unités vers chez eux, ils partent avec nos observations et elles sont envoyées au médecin traitant.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

-Bah, on ne l'envoie pas au médecin traitant. Non mais on ne cherche pas forcément un médecin traitant. À l'UHCD parfois, oui, mais vu le temps, nous on n'a pas le temps de leur trouver un médecin traitant en général. Ça c'est pareil c'est plus un travail à faire dans le secteur qu'aux urgences. Et moi j'appelle souvent les médecins généralistes, bien que ça soit de plus en plus compliqué avec doctolib, quand il n'y a pas de secrétariat. J'appelle beaucoup les pharmaciens, qui répondent, qui ont un dossier médical, qui ont les dernières ordonnances et qui, pour les patients qui sortent un peu de l'ordinaire, les connaissent. Donc... Je te dis on a eu une patiente récemment, pas connue de la psychiatrie, moi je voulais juste récupérer son traitement, on a eut le pharmacien: c'est lui qui m'a tout expliqué! C'est une figure du quartier, elle a perdu son petit chien, elle décompense depuis... Il connaissait toute l'histoire.

Les médecins généralistes deviennent plus difficiles à joindre que l'hôpital maintenant. Il y en a peu qui répondent. Après je comprends, ils sont en consultation, il n'y a pas de

secrétariat... Mais quand tu tombes sur une secrétaire, si elle connaît bien le patient parfois même tu n'as pas besoin d'avoir le médecin. 32:24

Quand la secrétaire te dit il vient tout seul, il est autonome, il habite tout seul, tu as déjà plein d'informations hein. Là maintenant ça n'existe plus à Lyon, franchement c'est la catastrophe. Je comprends que les généralistes se plaignent d'avoir du mal à joindre l'hôpital mais nous pour les joindre c'est devenu compliqué aussi. Enfin bref. Compliqué. Donc voilà, moi j'utilise pas mal des pharmaciens et les infirmières aussi, qui connaissent bien les patients.

Et après sur les sorties... on fait des courriers quand il y en a besoin, on programme des examens... les patients problématiques qui vont sur le secteur, on fait des mails aux collègues et il y a le dossier. Mais quand il y a un problème on fait quand même un mail un peu systématique.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

-Nous on est à côté en permanence, on fait même les consultations en binôme parfois.

-Et c'est le psychiatre plutôt qui va faire le lien avec le psychiatre du secteur?

-Oui, enfin c'est le dossier informatique, ils ne s'appellent pas de médecin à médecin. Il y a une relève infirmière mais pas de médecin à médecin, c'est le dossier qui fait la relève. Et nous honnêtement ça nous arrive souvent de faire les consultations à deux, de voir le patient avec le psychiatre. En général je l'examine et après il discute avec le psychiatre, on fait ça ensemble. Donc il n'y a pas vraiment besoin de relève ou de transmissions.

-Et les relations sont faciles aux urgences entre vous et les psychiatres?

-Oui il n'y a pas de problèmes. Tout le monde est utile l'un à l'autre, il y a une bonne ambiance globalement. Je sais que ce n'est pas tout le temps le cas dans les secteurs, mais aux urgences tu trouves vite ta place, et chacun fait son boulot de façon complémentaire. Je pense que faire les consultations à deux c'est utile.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? Et en ville?

-Ah bah carrément. Au moins gérer à minima les effets secondaires des médicaments psychotropes, les addictions, aux benzodiazépines par exemple, qui ne sont pas toujours bien gérées par les psychiatres. Niveau addicto, tous les psychiatres ne se valent pas... Au moins le service après vente des traitements prescrits, quoi.

Il y a des recommandations: bilan lipidique sous neuroleptiques, glycémie, électrocardiogramme, surveillance du poids, savoir ce qu'est un syndrome métabolique, je pense que c'est leur boulot quoi. Après quand on bosse étroitement avec un médecin généraliste, en bonne intelligence, ils peuvent se répartir les tâches mais enfin c'est à eux de s'assurer que c'est fait. S'ils ne veulent pas le faire, ils doivent au moins s'assurer que c'est fait.

-Et est ce que du coup, s'ils sont le médecin référent des patients et celui que les patients voient le plus souvent, est ce qu'ils ne doivent pas s'assurer que justement, ils ont un médecin généraliste traitant?

-Oui, non mais après il faut se répartir les tâches. Je pense que s'il y a un problème psychiatrique, le généraliste doit pouvoir se tourner vers le psychiatre. L'interlocuteur privilégié c'est clairement le psychiatre. Le somaticien de l'hôpital, il ne va pas lui apporter grand chose, au généraliste de ville, il sait faire. Sauf cas exceptionnel, comme Revol, sur les patients hyper complexes quoi. Mais autrement ça devrait être le psychiatre. Pareil pour les psychiatres de ville.

Ils prescrivent des médicaments qui ont quand même pas mal d'effets secondaires. Donc celui qui prescrit surveille. C'est comme si le médecin de la douleur prescrivait de la morphine et demandait à un gastro entérologue de prescrire le laxatif qui va avec quoi! Il y a un moment, si tu prescris de la morphine, tu vérifies que ton patient chie.

-Et concernant le suivi plus suivi plus générale des patients, la prévention, le dépistage, si le patient n'a pas de médecin généraliste, que doit faire le psychiatre?

-Je pense qu'il faut qu'il incite fortement le patient à avoir un médecin traitant. C'est une mauvaise idée que ce soit le psychiatre. Sauf s'il veut vraiment jouer le rôle d'un médecin généraliste hein après, mais je ne sais pas s'il y en a qui le font sérieusement, et ça me semble un peu ambigu, quand même. Il y a des psychiatres qui sont déclarés médecin traitant. Mais je pense qu'ils devraient encourager les patients à avoir un médecin généraliste. Après je ne sais pas, honnêtement je ne connais pas les patientèles en psychiatrie libérale, je ne sais pas si les gens n'ont pas de médecin généraliste, comme les patients de l'hôpital. J'imagine qu'ils en ont plus. en tout cas je pense que c'est quand même au psychiatre, pour les patients qui ont des pathologies mentales, de s'assurer qu'il y a un suivi au niveau somatique.

— — — — —

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné? 39:10

-Bah, qu'il y ait des médecins traitants!

Non mais je pense qu'il faudrait une consultation spécifique, avec une cotation spécifique, mieux rémunérée. Parce que 25 euros la consultation avec un patient qui va avoir plusieurs problèmes à gérer, qui peut durer longtemps, et surtout qui risque de ne pas venir la prochaine fois et qui te fait perdre un créneau, c'est quand même des patients compliqués! Que ce soit chez le généraliste ou pour les consultations spécialisées. Dans les ROSP, tu as les pourcentages de patients sous statine, mais tu n'as pas le pourcentage de patients schizophrènes suivis par tel ou tel généraliste. Et je pense qu'il y a des médecins généralistes qui en suivent zéro, et d'autres qui font le job. Et ceux-là, ils ne sont pas du tout rémunérés pour ça. Comme d'habitude en médecine générale: ceux qui font bien leur métier, avec des consultations longues et des patients compliqués, ils sont moins payés que les autres. Donc... mais ça c'est le problème du paiement à l'acte, mais dans ce cas précis ce n'est même pas atténué par le ROSP, pour le coup. Parce qu'il n'y a pas d'indicateur là-dessus dans le ROSP. Donc il faudrait que dans le ROSP, si tu n'as pas ton 1% ou 2% de bipolaires, schizophrènes, on te demande pourquoi. Comme on te demande pourquoi tu prescris trop d'arrêts. Ça me semblerait utile de voir pourquoi il y a des médecins qui en ont plus et d'autres pas du tout. Et je pense qu'il y a de la discrimination, je pense que ça doit exister, comme pour plein de pathologies. En plus ce sont des patients CMU... En tout cas à l'heure actuel si tu prends bien en charge ces patients, ce n'est pas du tout valorisé.

-Et par rapport au pas vu, pas prévenu, est-ce qu'on ne pourrait pas imaginer quelque chose avec les infirmiers de secteur, les infirmiers coordinateurs, pour accompagner les patients?

-Oui ça pourrait, les accompagner vraiment. Ou autrement il faut forfaitiser la prise en charge. Que le pas vu pas prévenu soit compris dans la rémunération sur une année. Tu vois il y a des majorations pour les sorties d'hospitalisation en chirurgie, mais pas pour les sorties d'hospitalisation en psychiatrie. Il n'y a vraiment rien qui incite spontanément, à part l'échelle de dépression qui est bien cotée. Mais c'est vrai que prendre en charge un état limite, un dépressif chronique, ça prend du temps quoi. Même s'ils ne sont pas hyper sévères. Moi je trouve que tu ne peux pas rémunérer de la même manière la rhinopharyngite d'un gamin de 7 ans et l'état limite qui va t'emboliser ton temps. Donc voilà, premier truc, l'argent étant le nerf de la guerre.

Après en solution, il y a sur les études, franchement. Moi, pour m'être aperçu que je ne connaissais franchement rien en psychiatrie, je me dis que maintenant si je m'installe en libéral, je prendrai nettement mieux en charge les patients avec des maladies psychiatriques sévères, ce que je n'aurais pas fait avant. Mais bon ça c'est un des grands écueils des études de médecine générale en ce moment.

-Oui, ils ont supprimés les quelques postes d'internes en médecine général qu'il y avait au Vinatier.

-Oui... je sais qu'ils sont hyper axés ambulatoire, mais bon ils pourraient faire des stages en CMP quoi. Qu'ils aillent faire de l'ambulatoire, qu'ils aient au moins 2 ou 3 mois d'expérience de la psychiatrie. Qu'ils sachent concrètement ce que c'est que faire du suivi, qu'un patient qui ne va pas bien, les choses qu'on peut proposer aussi. Parce que c'est hyper illisible toutes les lignes de soin qu'il y a maintenant. Honnêtement si tu n'es pas passé dans le truc, tu n'y comprends rien. C'est compliqué. Et le problème c'est que ce sont des pathologies hyper courantes, tu n'es pas dans une niche, là. Moi je ne comprends pas qu'on puisse commencer à exercer sans avoir fait un minimum de psychiatrie, un minimum de pédiatrie, un minimum de gynécologie, et se dire médecin généraliste. Et la gériatrie, aussi. Moi je trouve qu'il faut faire tout ça, quitte à faire des stages plus courts, plus observationnels. Moi a posteriori, puisque j'ai découvert la psychiatrie tardivement, je me dis que c'est une hérésie de ne pas avoir fait de psychiatrie pendant mon internat. Ça me semble hallucinant, en fait, que ça ne soit pas proposé de façon quasi obligatoire. Il faut qu'il y ait à un moment un contact avec les patients, les psychiatres, autrement ça n'avancera jamais.

Et après tu rémunères correctement, et là ça devrait bien marcher.

-Et les maisons de santé pluridisciplinaires, qu'on essaie beaucoup de développer en ce moment, est ce que ça ne serait pas un bon moyen de prendre en charge ces patients là, pour ne pas être tout seul?

-Oui ça peut être intéressant d'avoir un psychiatre dans une maison de santé pluridisciplinaire, mais c'est assez rare, de ce que je connais.

-Oui il y a surtout des psychologues.

-Oui et ils ne suivent pas le même genre de patients. Mais je pense que si tu as une maison de santé pluridisciplinaire avec un cardiologue, un endocrinologue, un généraliste, un psychiatre, c'est très bien. Mais franchement les psychiatres ils s'installent de façon isolée en général.

-Oui mais même sans parler du psychiatre je pensais plus le fait de centraliser la prise en charge somatique en un seul lieu.

-Oui je pense que c'est plus simple. Mais comme pour pas mal de pathologies. Un insuffisant cardiaque c'est bien d'avoir une infirmière qui le pèse régulièrement. Un patient psychiatrique tu es content qu'il y ait une infirmière qui passe une fois par semaine pour voir comment il va. Ça c'est du suivi. Et les infirmières de pratique avancée, on verra ce que ça donne... ça va peut-être débloquer des choses. Il y en a qui se spécialisent en psychiatrie et ça ça peut être intéressant. Mais ça ça ne dédouane pas le médecin

généraliste de faire de la psychiatrie pendant ses études. Ça me semble bizarre qu'on puisse s'installer avec des notions aussi minces et théoriques. Et même théoriquement on avait très peu de cours de psychiatrie à mon époque.

-Et par rapport aux médecins généralistes en CMP comme CoReSo?

-Ben c'est pas mal, moi honnêtement je suis plus pour les exercices mixtes. Même ici on pourrait avoir des généralistes qui viennent un ou deux jours, vu qu'on ne fait pas de suivi, et qui feraient du libéral à côté. Après il ne faut pas que CoReSo se substitue au médecin traitant.

Mais ouvrir un cabinet de médecine générale, à côté ou même dans les murs d'un CMP, pourquoi pas, ça peut être intéressant. On pourrait imaginer en CMP pour les patients problématiques de faire des consultations mixtes avec le psychiatre et le généraliste.

Mais si on était un peu plus mixtes ça simplifierait la vie à tout le monde. Je pense qu'il y a plein de généralistes qui aimeraient bosser un peu à l'hôpital. Et moi je me dis parfois que ça me ferait du bien de bosser un peu en maison médicale de garde. Mais concrètement tu ne peux pas parce que les deux statuts totalement différent c'est trop chiant, pour les impôts, pour tout, c'est chiant. C'est encore ultra cloisonné. Tu fais les choses successivement. Mais c'est rare d'avoir les deux activités, c'est trop compliqué.

Entretiens semi-dirigés: Dr F

Femme Médecin de 31 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale

-Fonction: Assistante

-Service: SSR Semmelweis (service ouvert, inter-sectoriel pour les patients atteints de pathologies mentales nécessitant des soins de suite et réadaptation)

-Etablissement public sectorisé avec tous types d'unités (pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, ouvert, fermé, patients déficitaires, ULE).

-Mode d'exercice: hospitalier pur, adulte

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: 24 lits d'hospitalisation pour deux médecins (normalement, mais certains ont fermé parce qu'il n'y a pas assez de soignants). On avait des internes mais ils nous les ont sucrés.

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-J'ai fait un an de remplacements en libéral après la fin de l'internat avant de venir travailler ici.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie?

-En fait j'ai été interne ici, et j'ai beaucoup apprécié le travail. Et après ce sont un peu des circonstances de vie qui ont fait que j'ai choisi de prendre le poste d'assistante. Mais je ne suis pas certaine de faire ma carrière au Vinatier.

-Et est-ce que tu avais pensé à faire psychiatrie à l'internat?

-Hm... je ne connaissais pas très bien la psychiatrie avant l'internat. Donc je n'étais pas partie pour être psychiatre, non. J'ai voulu faire plein de spécialités à un moment dans mes études mais la psychiatrie ça n'a pas duré longtemps, comme idée. Je n'étais pas particulièrement attirée par ça mais je trouve que c'est quand même une spécialité qui est très présente dans la médecine générale, et donc c'est pour ça que j'ai choisi le stage d'interne. Et je pense que ça ne peut qu'être bénéfique pour moi à terme d'être passée par là.

-Et à terme, plutôt médecine libérale?

-Oui en ce moment je me vois plus en médecine générale libérale. Après je suis encore ouverte sur ce qui va se trouver.

-Donc au départ c'est plutôt ce stage d'internat qui vous a menée ici?

-Oui c'était hyper agréable, c'est pour ça que je suis revenue.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez en charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère?

-Il y a déjà... ce ne sont pas les mêmes interrogatoires ni examens cliniques. On apprend bien à se méfier du patient. Il y a des patients qui n'arrivent pas bien à verbaliser et qui ne ressentent pas forcément les choses donc on est obligés d'être plus vigilants et complets sur l'examen clinique et même sur l'examen paraclinique. Moi j'ai vu des pancréatites

aiguës quasi indolores. Des choses qu'on ne voit pas ailleurs, je crois. La symptomatologie est plus pauvre.

Et puis ce sont des patients qui n'ont pas la même adhérence au suivi, au soin. Donc quand ils arrivent chez nous on est un peu obligé de refaire le point. On part du principe qu'ils n'ont pas vu de médecin depuis des années. Ce n'est pas comme avec des patients qui se prennent en main tout seuls.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients? 4:56

-Bon ça ça touche un peu mon sujet de thèse.

Ça vient déjà du patient, il n'est pas dans le monde, il ne cherche pas forcément, il ressent beaucoup moins les maladies, il comprend beaucoup moins les notions de prévention.

Et de l'autre côté les médecins généralistes n'ont pas du tout envie de suivre ce genre de patients parce que ce sont des patients qui se pointent sans rendez-vous, qui ne viennent pas aux rendez-vous, qui sont compliqués, qui n'ont pas leur ancienne ordonnance, qui ont des traitements psychiatriques de folie qui demandent à être re-prescrits, qui dépassent tout ce qui est recommandé donc si on n'a pas l'habitude ça fait peur. Ils sont souvent un contact pas très agréable. Il y a tout pleins e choses qui fait que les médecins libéraux n'ont pas du tout envie de les voir.

Moi j'ai fait un an de remplacement avant d'être là et en libéral, et ces patients sont très difficiles à gérer, ça dépasse les capacités souvent de la consultation normale, ce n'est mieux rémunéré pour autant... il y a peu de généralistes pour prendre les patients psychiatriques en charge, eux qui ne sont pas beaucoup dans la demande.

Donc ni les médecins ni les patients n'ont l'envie alors c'est très difficile de le faire.

Il y a des patients qui n'arrivent pas à organiser assez leur vie pour avoir un suivi.

Ça vient un peu des deux côtés.

Après il y en a qui disent qu'il y a aussi un souci économique. C'est beaucoup dit. Mais ça j'y crois beaucoup moins parce que la plupart sont en ALD, ils ne paient pas.

Après c'est plus qu'il n'y a pas l'encadrement social qui fait que « allez, je vais voir le médecin parce que tout le monde le fait ». Ils n'ont pas trop l'habitude quoi.

-Ton sujet de thèse du coup c'était quoi?

-C'était sur la communication entre le médecin et le psychiatre dans le suivi des patients chroniques. Et en vrai j'ai vu que déjà la communication, elle n'est pas là. Et qu'en plus souvent ils n'ont pas de médecin traitant ni de psychiatre traitant. Ils sont beaucoup suivis en hospitalisation, les psychiatres au CMP tournent souvent... Et il n'y a pas de médecin traitant.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients?

-Oui. Je l'ai vécu moi-même quand j'étais en ville. Je connaissais mieux les patients et leur détresse alors je me suis motivée pour, mais clairement j'ai déjà travaillé avec des médecins qui disaient à la secrétaire « ce patient, je ne veux pas le voir ». Après c'est souvent des toxicomanes, ils se pointent sans rendez-vous, tout ça. Les toxicomanes sont même encore pire mais même sans être toxicomanes, les patients psychiatriques lourds, les psychotiques, c'est quand même difficile à gérer. Après ça dépend aussi des médecins, de la formation qu'ils ont eue et de leur motivation dans leur vie. Ça varie aussi en fonction des médecins qui prennent moins de 15 minutes par patient, qui regardent leurs chiffres, et les médecins qu'on voit plus nous en stage, qui prennent des internes, qui prennent le temps pour leurs patients.

Mais c'est très difficile et je pense qu'ils ne veulent pas forcément les voir. Ce ne sont pas les patients de rêve.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient? 11:08

-Oui. Je ne suis pas très peureuse, de base. Ici je n'ai jamais eu très peur mais il y a des situations où j'aurais dû avoir peur.

Si alors quand j'étais interne, il y a une patiente qui a commencé à psychoter sur ma grossesse parce que j'étais déjà enceinte... Qui essayait de me toucher le ventre... et ça je ne voulais pas. Et au bout d'un moment elle a fini par me jeter une béquille, parce qu'elle était persécutée par moi tout au long de la grossesse. Donc j'ai pris un peu mes distances. D'ailleurs cette patiente habitait dans le même quartier que moi et quand je l'ai recroisée dans la rue j'ai eu un peu peur d'elle, mais elle ne m'avait pas vue.

Après j'ai toujours été bien rassurée ici dans le service, avec l'équipe qui est autour...

Donc.... oui il y a des patients qui font un peu plus peur, mais on y va à deux et du coup on n'a plus peur.

En médecine de ville, j'ai eu une situation, quand j'étais en SASPAS. En plus j'étais chez un médecin qui travaillait seul, sans secrétaire, au 3e étage d'un immeuble d'habitation. Et j'ai un patient qui a sonné, qui n'avait pas rendez-vous, justement c'était un toxicomane qui est venu comme ça, sans rendez-vous, sans être connu. J'étais toute seule face à lui et je ne savais pas si on m'aurait entendue crier donc là j'ai eu un petit moment de peur. J'ai eu plus peur qu'ici où on n'est pas seuls. C'est aussi pour ça que personne n'a envie de s'installer seul.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine? 13:41

-Il faut que je réfléchisse un peu à cette question... Je ne crois pas. Après certainement parce que tout le monde a des préjugés ou du moins des jugements qu'on se fait trop facilement.

-Par exemple, le fait de prendre en charge un patient qui aurait eu un comportement choquant, moralement, ça te pose des difficultés?

-Non, je n'ai pas eu trop de soucis pour les soigner par rapport à ça.

Souvent quand ils viennent chez nous ils sont stabilisés et on les voit vraiment dans le contexte de leur famille. Souvent ce sont des choses que j'apprends après avoir connu le patient. Ce qui facilite en fait de ne pas avoir trop de préjugés. Quand on connaît le patient, après...

Moi j'ai plus le souci que des patients aient une qualité de vie que je juge tellement invivable que j'ai du mal à beaucoup investir le patient. J'ai des patients qui n'ont plus grand chose dans leur tête et j'ai du mal à les investir parfois. C'est plus ça. Mais ce n'est pas par rapport à ce qu'ils ont fait, c'est par rapport à leur présentation. 15:50

Ils sont très différents, ils sont très limités...

-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service?

(Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)

Bon, ça c'est plus une question qui s'adresse aux somaticiens qui vont dans les unités de psychiatrie...

-Oui nous on les voit systématiquement à l'entrée. On voit toutes les deux tous les patients, le Dr P et moi, après c'est moi qui suis plus présente dans le service et elle, elle passe tous les voir.

-Et il y a une visite tous les jours?

-On fait le tour le matin mais pas tous les jours un tour complet car nous avons des patients qui sont là depuis longtemps. J'essaie de les voir tous au moins une fois par semaine mais je ne les examine pas à chaque fois. C'est surtout en fonction des plaintes et de ce que les infirmières rapportent.

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif? 17:40

-Ça ne m'est pas beaucoup arrivé. En général on arrive assez bien à négocier avec eux. Dans l'idéal en expliquant des faits réels... et au pire, en rentrant un peu dans leur délire si on n'arrive pas du tout à les équilibrer au niveau psychiatrique même avec l'aide des psychiatres. Et après si, on a eu des patients qui refusaient tout de toute façon. Et après il faut apprendre à accepter.

-Est ce que de manière générale vous avez tendance à essayer d'amener le patient à comprendre que c'est délirant, ou plutôt à entrer dans le délire pour l'amener où vous voulez, ou plutôt à contourner en revenant sur le symptôme et en mettant le délire de côté?

-Les patients qui sont vraiment dans leur délire, qu'on n'arrive pas du tout à faire critiquer et qui sont au mieux de leur stabilisation psychiatrique, après au pire on rentre dans leur délire si c'est ce qu'il faut pour qu'ils acceptent. Après je n'ai pas eu trop de patients qui étaient délirants par rapport aux symptômes en fait. Je crois que je n'ai pas eu beaucoup cette situation. J'ai eu des patients qui ont refusé des examens, mais ce n'était pas forcément délirant. Des patients très délirants qu'on n'arrivait pas à améliorer... Non en général, je n'ai pas trop ça.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale? 19:55

-Bah en fait on est obligés. On n'a pas le droit de faire des soins somatiques sous contrainte. On a eu une patiente qui était très difficile, qui a tout refusé, quasiment tous les soins, même les toilettes. Elle m'a un peu amenée au bord des larmes, ce qu'elle a certainement apprécié. On a tout essayé, la négociation, le chantage, vraiment tout. On lui a expliqué qu'elle risquait la mort, tout. On a essayé de voir avec les psychiatres, on a essayé de voir de tous les côtés, elle refusait quasiment tout. Et on a même essayé de voir avec le psychiatre si on pouvait faire des soins sous contrainte parce qu'elle refusait même les traitements psychiatriques... mais il n'y avait pas d'indication à la contraindre à prendre son traitement psychiatrique. Donc on a fait des réunions et c'est la patiente qui a gagné parce qu'on avait pas le droit. On a essayé de lui dire que c'était obligatoire mais elle avait bien compris que ça ne l'était pas.

-Elle refusait aussi de s'alimenter?

-Non elle s'alimentait, elle acceptait parfois de faire de la kiné. De temps en temps elle acceptait la toilette. Parfois on pouvait l'examiner un peu. Mais du coup elle est décédée cet été d'une embolie pulmonaire parce qu'elle refusait les anticoagulants.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux? 22:14

-C'est impossible de distinguer les deux. Je crois que c'est impossible.

Oui c'est difficile, c'est notre grand défi de tous les jours, notamment sur les douleurs. Il y a des patients comme celui qui a fait la pancréatite aiguë et qui avait juste « un peu mal au ventre », moi je n'aurais rien fait mais heureusement l'assistante le connaissait et a demandé un bilan biologique. Parce qu'à l'examen clinique son ventre était souple, il ne se plaignait pas de grand chose et il était juste un peu fatigué.

Et puis de l'autre côté il y a des patients qui ont très mal pour rien. Donc surtout au niveau de la douleur je trouve ça très difficile.

Justement c'est pour ça aussi que j'avais appris mon truc sur la communication, parce que ça nous aide beaucoup à communiquer avec les patients, avec toute l'équipe, avec la kiné, la psychomotricienne, ça nous aide vachement de communiquer pour faire la part des choses. On a des longues relèves deux fois par jour. Et on faisait des réunions sur les patients plus compliqués une fois par mois, en conviant tous les membres impliqués dans le soin quand c'est trop compliqué.

Mais rien qu'au quotidien ça aide vachement d'avoir l'évaluation de l'équipe des soignants. Parce que les patients sont très différents avec les soignants et avec les médecins.

-Ils clivent beaucoup?

-Oui j'ai l'impression que c'est encore pire qu'avec d'autres patients. Ces patients où on envoie trois personnes pour poser la même question et on a trois réponses différentes, j'ai l'impression que c'est plus fréquent encore chez nos patients. D'où l'intérêt d'avoir toujours l'avis des autres soignants.

Donc oui c'est compliqué après je n'ai pas le truc miracle pour faire ça chez les patients psychiatriques. Je fais peut-être plus spontanément une prise de sang dans le doute, ou d'autres examens complémentaires, que je ne ferais pas chez d'autres patients.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants? 25:11

-J'essaie de prendre le temps. C'est un peu le luxe qu'on a d'être en hospitalier, surtout ici au SSR. Il y a des journées où ça bouge mais il y a beaucoup de journées où c'est calme. Donc sur ces patients difficiles j'essaie de prendre le temps avec eux. De les revoir plusieurs fois, d'en profiter qu'on n'est pas tout seul pour, quand un patient bloque sur une personne, faire passer le message par quelqu'un d'autre.

Prendre le temps de discuter, d'écouter le patient. Je n'ai pas de solution miracle.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-IDEM CH VINATIER

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...? 26:42

-C'est... moi j'essaie de faire toujours le point sur tout, faire comme si j'étais un peu leur médecin traitant. Puisqu'ils sont là, autant profiter pour faire ce qu'on peut en examens et programmer des soins. Après c'est un peu ce que je veux mettre en place, qu'on s'assure qu'il y ait un suivi après l'hospitalisation. On n'a pas encore eu le temps de le faire

systématiquement mais ça fait partie de mes projets, de faire sortir mes patients avec une consultation chez un médecin généraliste qui pourra les suivre.

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis?

-On fait systématiquement un courrier au médecin. Dans l'espoir que c'est le bon médecin et qu'il y a un suivi derrière. On essaie de plus en plus surtout depuis que j'ai passé ma thèse de s'assurer qu'il y a un réel suivi derrière. J'essaie d'appeler les médecins traitants à l'entrée et à la sortie des patients. Et dans l'idéal qu'ils partent avec un rendez-vous de pris.

Mais en général ils partent plus facilement avec un rendez-vous de CMP qu'avec un rendez-vous chez un médecin généraliste mais on essaie de le faire.

On ne rappelle pas les patients qui sont sortis. On considère aussi que c'est quelque chose qu'on ne peut pas vraiment assurer. Il y a quelques patients qui sont suivis par Françoise, des chroniques, vu qu'elle a sa consultation une fois par semaine. Mais on ne peut pas rappeler tous les patients derrière. On est un service d'hospitalisation donc on s'occupe des patients qui sont là. On essaie de les faire sortir dans de bonnes conditions avec des médecins qui vont prendre le relais.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

-On essaie d'en trouver un, ou s'ils sont éligibles à CoReSo, de passer par le Dr F. Mais on essaie au maximum de ne pas les lâcher dans la nature sans rien derrière.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?
29:55

-On fait plus le lien avec le psychiatre de l'unité nous, du coup, puisqu'on se voit, et c'est bien plus facile, surtout pour les patients qui sont suivis par lui. Après il y a des patients qui continuent leur suivi avec leur psychiatre s'il est sur le Vinatier. Donc là c'est soit par téléphone, soit par mail.

-Et s'il est suivi par un psychiatre de ville sur Lyon, vous envoyez un message?

-Si on en ressent le besoin. Sinon de toutes façons il reçoit le compte-rendu d'hospitalisation à la fin du séjour. Mais c'est assez rare les patients qui sont suivi en libéral chez nous parce que ce sont souvent des patients qui sont assez lourds.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? Et en ville? 31:20

-Oui déjà il est responsable du fait s'assurer qu'au moins le suivi de son traitement est fait. Le suivi somatique du traitement psychiatrique, prise de sang, ECG, pour moi le psychiatre n'est pas obligé de le faire lui-même mais il doit s'assurer au moins que c'est fait.

Je ne crois pas qu'on puisse demander au psychiatre qu'il fasse lui-même le suivi somatique. C'est une spécialité tellement à part qu'il perd l'habitude d'examiner les patients. Mais les psychiatres devraient garder la prise en charge globale du patient en vue

et devrait justement s'assurer que leurs patients voient de temps en temps un médecin généraliste ou des spécialistes adaptés.

Parce que souvent ils ont avec eux une relation assez privilégiée et souvent les patients psychiatriques voient plus facilement leur psychiatre que leur médecin généraliste. Donc je crois que les psychiatres devraient se sentir responsable du fait que le patient ait un suivi somatique.

— — — — —

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné? 33:30

-Déjà je trouve que ce que le Dr F fait avec CoReSo c'est très bien, de rapprocher la médecine générale de la psychiatrie pour les patients atteints de maladies mentales sévères. Il y a plusieurs dispositifs comme ça qui font le lien ou qui essaie de réinsérer les patients dans les soins somatiques.

Et je crois que ça serait bien aussi de faire des consultations consacrées types, qui soient mieux rémunérées en médecine générale. Parce que c'est une vraie motivation. Quand on est payé on a plus envie de faire, et c'est normal parce qu'on est pas surpayé du tout en médecine générale donc faire une consultation longue de psychiatrie comme ça existe pour les visites longues en sortie d'hospitalisation, ça devrait être le cas. Avec des recommandations bien claires sur ce qu'il y a à faire pour les patients psychiatriques, une fois par an ou tous les six mois, avec une cotation, pour réellement prendre le temps pour. Parce qu'être payé 25 euros pour une consultation avec un patient qui ne vient pas trois fois de suite, et qui quand il va venir ne sera pas à l'heure, va faire prendre du retard, va demander plus de temps, c'est beaucoup en demander au médecin généraliste, je trouve.

-Et parmi les autres choses que vos collègues ont évoqué, qu'est ce que tu penses de proposer de façon plus systématique, ou au moins plus de postes, de stage de médecine générale en psychiatrie pour les internes de médecine générale. Ou de proposer des formations à l'attention des internes.

-Oui c'est ce que j'avais bien noté dans ma thèse aussi, c'est qu'il faut connaître la psychiatrie, il faut connaître les patients psychiatriques, et être dans le milieu. Je ne dis pas qu'on est obligé de faire un stage en psychiatrie, parce que c'est très différent, mais je trouve que c'est très triste que nos stages ici en service de médecine soient fermés, parce que moi ça m'a énormément appris pour ma pratique de tous les jours. Moi je l'ai vu en libéral, rien que d'avoir l'œil pour le patient psychiatrique. Parce que si on rencontre les patients de tous les jours dans les services habituels, aux urgences, en cabinet, on a du mal à bien catégoriser et comprendre les patients psychiatriques si on n'a pas un peu baigné dedans. Moi je n'ai toujours pas de grandes connaissances psychiatriques, parce qu'on ne fait pas de la psychiatrie ici, mais j'ai des notions et j'ai beaucoup appris comment gérer ses patients, comment les aborder, comment déjà me rendre compte qu'ils ont des problèmes psychiatriques, pendant mon stage d'interne ici. Parce que ça peut sembler bizarre en fait quand on ne les connaît pas, qu'on n'a pas l'habitude des patients schizophrènes. On ne sait pas forcément comment les aborder. Et je crois que c'est très important d'avoir ce premier contact tant qu'on est jeune et en étant dans le milieu. Parce

que juste les voir passer comme ça en médecine de ville, en stage à côté d'un médecin généraliste, qui ne connaît pas forcément bien non plus, ça n'aide pas en fait.

-Et est ce que ce serait envisageable de faire des journées de formation gratuites pour les médecins généralistes, ou des FMC pour les internes, ici au centre social du Vinatier?

-Oui je crois bien que les FMC certainement aussi ça peut aider. Moi je ne me sentirais pas encore trop capable parce que je me sens encore très jeune dans ce poste mais oui, pourquoi pas. Après, à mon avis, se déplacer pour une journée au Vinatier, les internes le feraient peut-être encore mais les médecins généralistes je ne sais pas s'ils prendraient tout ce temps pour ça. Parce que c'est très difficile d'avoir l'envie. Je ne critique pas mais je pense qu'il faut vraiment le faire jeune sur les journées de formation.

Et je crois que la formation ne suffit pas. Il faut avoir le contact avec les patients, en fait. Donc ouvrir des postes, pas forcément à temps complet mais même faire une journée par semaine en psychiatrie, sur les SASPAS. Parce qu'on a envie de voir beaucoup de choses à la fin de l'internat. Alors ce n'est peut-être pas la psychiatrie qui donne envie en premier mais je trouve que ça serait important de rendre un peu plus obligatoire la psychiatrie pendant l'internat de médecine générale. Pas forcément en stage de psychiatrie ni à temps complet, mais par exemple en stage ici, ou à CoReSo, où on fait vraiment de la médecine générale, ça devait vraiment être génial.

-Ah oui moi j'ai adoré ce stage.

-Il faudrait essayer de faire plus de structures comme celle-là, avoir des médecins dédiés à ça. On devrait avoir plus de médecins généralistes qui sont près des psychiatres, aussi.

Entretiens semi-dirigés: Dr G

Homme Médecin de 64 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale

-Fonction: médecin généraliste / somaticien

-Service: Tout l'hôpital

-Etablissement semi-public/semi-privé; sectorisé? quel service? type d'unité? (ULE, unité d'entrée, patients déficitaires, fermé?)

-Mode d'exercice: hospitalier pur? CMP? Gériatrie? Pédiatrie?

-Nombre de patients pris en charge en moyenne

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-J'ai fait 30 ans de libéral et cela fait 6 ans que je suis dans l'institution.

J'étais en milieu rural, en cabinet de groupe, en Charente. J'étais Ardéchois d'origine mais ma vie personnelle m'a mené en Charente. Et puis j'ai vu se dégrader un peu l'exercice de la médecine générale, le poids des tutelles, le poids des ARS, les contraintes financières de la CPAM sur nos pratiques, bien que je sois assez soucieux de ces questions, mais je trouvais que...j'avais du mal à supporter cet interventionnisme. Et par ailleurs j'étais en association avec une collègue qui était très investie dans sa pratique, qui était célibataire, qui n'avait pas de famille à charge, et qui était très investie dans la médecine générale, qui mettait la barre de l'exigence toujours plus haut, donc à la fin j'en pouvais plus, j'ai décidé de partir.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie?

-Alors c'est une question qui m'avait interrogé dans mes études à titre personnel, ça m'intéressait. Il se trouve que j'ai un beau frère qui est psychiatre et psychanalyste, un psychiatre de la vieille école, qui a fait des études de psychiatrie comme on en faisait, qui était un ancien cadre des hôpitaux psychiatriques. C'est un alter ego parce qu'on a fait nos études ensemble, et donc j'ai souvent eu l'occasion d'échanger avec lui sur ces questions, c'était toujours intéressant. Donc je n'étais pas fermé au monde de la psychiatrie. Ceci dit, j'étais plus orienté sur ces questions là de psychologie et de psychanalyse que sur la psychiatrie pratique que je rencontre ici, que j'ai quand même pas mal découverte, et je me rends compte que mes connaissances en la matière étaient quand même bien limitées.

Dans ma pratique de généraliste.

-Et aviez-vous fait des stages en psychiatrie?

-Oui j'avais fait un stage d'externe en psychiatrie, voilà, non ça n'était pas un domaine qui m'était inconnu. Je me sentais pas démuni, mais j'aurais il me semble une autre maîtrise en libéral, maintenant que j'ai connu la psychiatrie de l'intérieur.

-Et à l'internat, aviez-vous pensé à choisir psychiatrie?

-À mon époque ce n'est pas comme ça que ça se passait. On faisait... l'internat n'était pas obligatoire, donc on avait des filières d'externat, on passait dans différents stages et on sortait médecin généraliste, et si on voulait devenir spécialiste il y avait deux voies, soit la voie du DES (Diplôme d'études spéciales), donc de cardiologie, de gynéco, de je ne sais quoi... soit la voie de l'internat, qui était la voie royale, pour se former après dans les hôpitaux et pour avoir un titre plus valorisant, enfin une formation meilleure et un titre plus reconnu que le DES. Non, je n'étais pas tenté par les spécialités, moi j'aimais bien la

médecine générale. Cette polyvalence me plaisait, j'aimais bien le contact avec les patients, je n'avais pas de domaine tabou dans la médecine générale. Il n'y avait rien qui me rebutait. Après j'avais des domaines de prédilection, aussi, j'aimais bien la cardio, j'aimais bien la gynéco, j'aimais bien la pédiatrie. J'avais fait la première année des études de pédiatrie, la spécialisation. J'avais fait l'attestation de pédiatrie préventive. Et puis j'avais aussi fait un DU de gynéco pour les généralistes à l'université de Poitiers il y a une quinzaine d'année maintenant.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère? 4:18

-Alors d'emblée il y a deux grosses différences: on ne fait pas de gynéco, on ne fait pas de pédiatrie. Ici le recrutement c'est des mineurs de 16 ans pour les plus jeunes, et la gynéco elle n'est pas tout à fait impossible mais en théorie. En pratique on ne peut pas faire la gynéco, d'abord parce que tous les collègues psychiatres et de manière générale tous les soignants sont très méfiants de manière générale, dès qu'on parle de gynéco ça devient suspect, il faut y aller avec beaucoup de précautions. Au début j'étais fort de ma compétence et de mon diplôme, et rapidement je l'ai rangé dans les tiroirs parce que j'ai compris qu'il ne valait mieux pas. Il y a de gros barrages, il n'y a pas de matériel, il y a la peur que ça traumatise les patientes, il y a pour règle de toujours se faire accompagner pour examiner le moindre patient alors que bon, moi j'ai l'habitude de travailler tout seul, il était hors de question de faire de la gynéco accompagné. J'en ai fait un peu au début, j'ai trouvé des cancers du sein, mais les examens vaginaux, j'ai dû en faire 2 ou 3 devant des métrorragies un peu urgentes, des trucs comme ça.

Alors qu'il y a un gros besoin, un gros manque. Je pense que ce serait bien qu'on fasse les frottis ici, il y a plein de femmes qui ne sont pas à jour. Mais c'est trop tabou dans l'institution. Alors c'est peut être un peu compliquer en effet d'arriver dans ce genre d'institution avec ses gros sabots et de proposer un frottis. Quand on a des patients délirants je pense qu'effectivement il faut savoir rester en retrait sur ces questions là. Mais il y a des patientes en long séjour qui ont un suivi gynéco à l'extérieur, je pense que ceux là on aurait pu les assumer. Mais enfin bon. Voilà.

-Et dans la relation, qu'est ce qui vous paraît différent?

-D'abord lorsque ce sont des psychotiques sévères, ils ne sont pas toujours en soins libres. Donc la notion de liberté n'est pas la même. Notre présence leur est imposée. En médecine libérale, la relation est acceptée par les deux. Si on ne convient pas à quelqu'un, il ne vient pas nous voir. Tandis qu'ici, on est obligé de s'imposer au patient, et le patient, nous, on le prend tel qu'il est. On ne peut pas ne pas le soigner, ne pas le choisir. Ça m'est arrivé parfois en libéral de dire à des gens que je n'étais pas le médecin qui leur convenait, que je ne voulais plus avoir à les soigner. Pas souvent, quand même! Il fallait bien bouffer (il rit). Mais on avait quand même cette liberté qu'on n'a pas ici. Dans l'institution, on se plie au fonctionnement institutionnel. Après bon, à part ce problème de la contrainte et du libre choix qui n'est pas tout à fait le même, non, moi je... Au contraire, je trouve que la relation est plaisante, parce que cette petite difficulté de la psychose est stimulante, et plus authentique aussi. Parce qu'en libéral, je n'étais pas dupe. Souvent les patients, je sentais qu'ils avaient un intérêt à venir me voir. Au-delà de la maladie. Là, le patient, il est là avec sa psychose, et moi je trouve que c'est toujours un petit défi de réussir à rentrer en relation avec lui, et de façon souvent modeste. Et j'ai appris à mes dépens qu'il y avait des comportements qui étaient les miens qu'il fallait que j'abandonne. Par exemple moi je suis

quelqu'un d'assez rigolard, j'aime bien plaisanter, c'est ma façon aussi d'être, et ma façon aussi de mettre les gens à l'aise, et je me suis rendu compte que c'était pas une bonne technique pour les psychotiques. Ils ne sont pas accessibles à l'humour, il faut savoir parfois rester neutre, ça m'a changé aussi. Mais en même temps, comme c'est des outils que je maîtrise un peu, je me suis bien régalé moi dans cette relation avec les patients. C'est quelque chose que j'ai trouvé plaisant. Alors les différences qu'il y a avec la pratique libérale... la liberté, le recrutement qu'on n'a pas en libéral, tous ces patients décalés, qui ne sont pas adaptés. On a quelques patients psychotiques en libéral, il y en a quelques uns qui sont soit à domicile, soit en famille d'accueil. Il y a pas mal de toxicomanes dans nos campagnes. Bon, la dépression, c'est notre psychiatre de routine dans les cabinets, on faisait ça quand même. Et ça je ne vois pas trop de différence. Sinon je ne vois pas dans la relation d'autres différences fondamentales. Tous les patients même en libéral et sans psychose ont un caractère qui leur est propre et auquel il faut s'adapter. Maladie mentale ou pas, peu importe. Il y a une petite difficulté supplémentaire, qui pimente un peu la relation je trouve.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients? 9:45

-D'abord quand même je me rends compte que j'étais loin d'être compétent dans ce domaine quand j'étais en libéral. Donc ça les patients doivent le ressentir tout de suite. Après, ça fait six ans que je suis là, je trouve que l'exercice de la médecine, autant libéral qu'à l'hôpital, s'est beaucoup dégradé. Donc à l'époque je pense que les patients psychiatriques, on avait quand même des relais, les CMP fonctionnaient, on avait des interlocuteurs, il y avait encore des psychiatres libéraux qu'on pouvait interpeller, à qui on pouvait adresser un patient, on pouvait demander un avis à un psychiatre hospitalier sur un patient qui était suivi en CMP, enfin on n'était pas en difficulté, et donc on les voyait occasionnellement en crise, mais on n'avait pas forcément à les voir non plus. Il avait où se soigner en dehors de nous. On n'était pas les plus idéalement formés, et la psychiatrie officielle fonctionnait. Actuellement ce n'est plus le cas.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients?

-Alors d'abord je trouve que les médecins généralistes c'est quand même de sacrés Jourdain de la psychiatrie. Ils en font sans le savoir quoi. Quand on est médecin généraliste, même si on n'en a pas conscience, on a le sens de la relation. Et de savoir déjà établir une relation avec quiconque, qu'il soit malade mental ou pas, c'est déjà un début de prise en charge, même si ce n'est pas toujours maîtrisé, même si on ne sait pas toujours où on va, je pense que déjà sans le savoir on apporte quelque chose au patient. Après je pense qu'on peut faire beaucoup mieux si on est mieux formé. Je pense que si je reprenais un cabinet, j'aurais pas la même pratique. C'est quelque chose que je développerais un peu. Je pense que je sais mieux où je mets les pieds maintenant.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient?

-

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine?

-Non parce que j'ai fait des stages, et de par ma famille et mes liens personnels je savais comment ça fonctionnait. Non, aucun préjugé, aucun a priori. Alors, si, j'en avais un

culturel, parce que étant ardéchois d'origine, quand on disait de quelqu'un « il est à Privas », ça voulait dire « il est chez les fous ». Voilà, c'est le seul a priori que j'avais.

-Et prendre en charge quelqu'un ayant par exemple un passé criminel, est ce que cela vous pose problème?

-Alors, ici, j'ai appris à faire taire ces préjugés. En ce moment dans le service j'ai un patient qui a étouffé sa femme sous un oreiller, qui a essayé de se suicider. La gendarmerie nous demande régulièrement s'il peut passer en garde à vue, et le mec s'est tellement bien sectionné le poignet qu'il a eut une chirurgie de la main à Grenoble, et c'est un cas lourd car non seulement il déglobulise, mais les vasculaires nous ont demandé de garder l'aspégic à dose efficace anti-aggrégante, et donc je l'ai déjà fait transfuser une fois, il continue à déglobuliser, je garde son aspegic... voilà. Mais ce mec, dans la relation, je ne pense pas au fait qu'il a étouffé sa femme.

-Vous clivez un peu?

-Oui, et puis je ne suis pas le seul. On est porté par une équipe. Il y a une conscience quand même d'appartenir à une équipe de soin, et je n'ai jamais vu dans les équipes des a priori influencer sur la prise en charge. Ça pour ça ils sont très professionnels, et puis même si parfois on est interloqué par ce qui a pu se passer, pour nous le patient c'est le patient. On le prend en charge pour ce qu'il est et non pour ce qu'il a fait. Vraiment ça ce mec je ne pense pas qu'il a étouffé sa femme. Alors parfois j'essaie d'y réfléchir à côté. Alors, il nous dit que c'est un suicide à deux, consenti, ce qui est possible hein. On a aussi des gens un peu tordus, c'est vrai. Mais quand on doit les soigner, on les soigne. Vraiment la question ne se pose pas. Dans la structure, je ne connais pas une équipe qui se pose cette question.

— — — — —

-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service?

(Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)

15:00

-La première consultation, il y a un cahier des charges. D'abord la loi nous impose de voir le patient sous contrainte dans les 24h, il faut qu'il ait un examen somatique. Alors ça, notre tour de garde a été allégé par manque d'effectif, mais on maintient ça. L'astreinte du week-end a été scindée en deux. Le week-end on vient le samedi matin et le dimanche matin, pour pouvoir assurer justement ce contrôle dans les 24h du patient sous contrainte. Et en allégeant quand même la charge du généraliste qui n'en pouvait plus du fait de l'effectif restreint. Ça la direction l'a entendu, ils nous ont donné ça. Et les psychiatres ont bien voulu aussi, ça a été pour eux un tremblement de terre, de devoir repasser en première ligne, et d'accepter que les généralistes ne soient pas tout le temps là. Mais pour ce qui est de l'accueil du patient psychiatrique, on essaie de voir toutes les entrées. S'ils sont en soins libres, si c'est des jeunes et qu'on est débordés, on remet au lendemain, mais en général ils sont vus quand ils arrivent. C'est la règle. Il peut y avoir des exceptions.

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif? 16:20

-J'ai appris à ne pas m'en alarmer... j'ai appris aussi que on pouvait tout à fait vivre bien avec un délire. Que le délire on n'est pas obligé de le mettre sous l'établi... on peut aussi l'accompagner, enfin je veux dire, il y a des patients qui critiquent leur délire. Alors quand ça gêne la prise en charge il faut voir ce que ça a comme implications. Le patient psychiatrique peut être contraint pour les soins psychiatriques mais on ne peut pas le contraindre pour les soins somatiques. Donc, fort de ça, on essaie de négocier. On fait comme la jurisprudence nous rappelle de le faire, on revient à la charge, on trace bien ce qu'on a fait, et s'ils ne veulent pas... moi je me rappelle un diagnostic de cancer du sein, cette femme était... elle a consulté au moins trois centres anti cancéreux, et puis elle a toujours refusé les prises en charge en dernier recours. Après j'en ai pris mon parti, j'ai quand même demandé l'avis du comité d'éthique car c'était au début de ma pratique ici et ça me chagrinerait un peu. Ça n'avait pas changé la prise en charge.

-Et par rapport au délire en lui-même, est ce que vous auriez tendance à adhérer, à essayer de lui faire entendre raison, ou plutôt à contourner?

-Sincèrement ça n'est pas notre problème, le patient est en psychiatrie, les psychiatres s'occupent d'eux, on sait qu'ils sont délirants et on laisse le psychiatre se débrouiller avec ça. Quand on est en entretien avec eux, qu'ils nous racontent des salades, si ça ne gêne pas notre prise en charge on l'accompagne, si ça le rend opposant on essaie de lui expliquer pourquoi on lui propose des choses, s'il change d'avis c'est bien, parfois ils ne changent pas mais on ne les presse pas trop. Alors après il y a des situations d'urgence qui sont parfois un peu difficiles à gérer, je pense à une hypokaliémie en chambre d'isolement, pour moi c'est une vraie difficulté mais ça a été clarifié à l'hôpital général qui s'est engagé, lorsqu'on avait un patient psychiatrique avec une hypokaliémie, à nous le prendre, à le rééquilibrer et à nous le renvoyer dès que c'est possible. voilà, il y a eut des cas un peu particulier mais le délire en lui-même ne gêne pas. Alors en médecine libérale, je me rends compte que j'ai été un peu effectivement... je n'ai pas fait parfois à temps le diagnostic de délire. Je m'en suis rendue compte après coup, au fur et à mesure des consultations, que ce qui m'était exposé n'était pas vrai. Et c'était très construit, très argumenté, je n'avais pas d'interlocuteur... et puis après j'ai atterri. Alors qu'ici le diagnostic est quasiment fait puisque le patient voit systématiquement le psychiatre, on lit quand même un peu les observations des psychiatres, on voit bien qu'on a à faire à quelqu'un de délirant... après il y a plusieurs formes de délire, quand c'est un délire très structuré, on peut se laisser prendre. Mais c'est pas toujours le cas.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux? 19:30

-Il y a une dichotomie de faite, par le fonctionnement, par le choix qu'on a fait, oui ça induit des difficultés dans la prise en charge parce qu'on ne peut pas imposer la prise en charge somatique au patient qui la refuse. Donc la difficulté elle est là, mais après quand on le sait bah on compose et puis... moi j'ai revu mes objectifs à la baisse ici, je me disais il n'y a pas de raison que les patients psychiatriques n'aient pas accès aux mêmes soins que les autres et je me suis beaucoup engagé, et puis je me suis rendu compte que certaines des équipes qui étaient moins incisives que moi avait peut-être pas forcément tort. Il faut savoir quelquefois en rabattre, il faut savoir quels objectifs on se donne. Par exemple moi je suis très impliqué dans la lutte contre le tabagisme. Bon ici c'est un vrai scandale: tout le monde fume. Les patients, le personnel... il y a du tabac partout, et on me demande moi d'améliorer l'espérance de vie de ces patients, alors qu'on sait très bien qu'ils ont une mortalité cardiovasculaire raccourcie de 10 ans. Donc si je ne parlais pas du tabac, je ne

ferais pas mon boulot. Et en même temps, quand j'en parle avec des collègues psychiatres fumeurs, ils me disent « regarde la vie qu'ils mènent, si en plus tu leur enlèves le tabac... » Indépendamment du fait que le tabac est peut-être un bon anti-psychotique par le biais de la nicotine, mais ils me disent « qu'est ce que tu veux, cette vie de merde, moi ça ne me gêne pas que... » mais ça c'est des arguments de fumeurs. Mais je n'ai pas démissionné dans ma lutte contre le tabac, et je n'arrive quasiment à rien. M'enfin bon.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale? 21:10

-Ça ne m'empêche pas de dormir. Je reviens à la charge et si je vois que ça ne sera pas possible, moi personnellement j'en fais vite mon deuil. Je pense que je propose des soins, je les repropose, je les expose à l'équipe, et puis si ça n'est pas possible il faut admettre que la maladie psychiatrique est là et tant qu'elle n'est pas réglée bah il faut faire avec.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants?

-Alors moi c'est la même avec tous mes patients, c'est que je suis moi-même. Je ne triche pas. J'ai pas de calculs. Je me présente comme je suis, je dis ce que je pense, bon des fois je me modère, parce qu'il faut s'adapter un peu. Mais non j'ai pas de stratégies, j'ai pas de techniques, ma technique c'est d'être moi, de proposer avec conviction ce à quoi je crois, et puis en respectant... enfin moi j'ai besoin qu'on me respecte, et mon éthique, c'est de respecter les autres, et donc le patient psychiatrique comme les autres. Et après je crois que je sais faire, l'exercice libéral m'a beaucoup appris sur la gestion de la relation. Après j'étais impliqué dans des groupes de pairs, j'ai fait pas mal de formations, il y avait... bon moi j'en ai pas fait mais mes collègues faisaient du Balint, des trucs comme ça, et disons que je suis ouvert à ça mais, encore une fois je pense que les bons médecins, enfin ce que j'estime moi avoir été de bons médecins généralistes, c'était des gens qui étaient eux-même, leur patientèle se calquait sur leur personnalité et même si je ne partageais pas leur façon d'être, je me rendais compte qu'ils arrivaient à prendre en charge des patients que moi je n'aurais pas su prendre en charge, et c'était vrai de mon côté donc voilà, il faut être soi-même et respecter les gens. Voilà. Pas de trucs...

Après moi j'ai des ficelles comme tout le monde, mais moi j'aime pas le chantage à la cigarette. Moi je trouve ça insupportable.

-Et l'humour?

-Ah mais bien sûr, moi c'est ma façon d'être, la dérision, l'ironie, ça me renvoie à mes angoisses, je sais d'où ça vient. Et je n'ai pas envie de tricher, je suis comme ça avec mes patients y compris à l'hôpital. Alors parfois avec modération, attention, j'essaie d'être adapté et de faire de manière appropriée. Mais voilà, je trouve qu'une plaisanterie bien amenée, un trait d'humour, ça détend les soignants, ça détend l'environnement, et si le patient est accessible à ça, ben là, l'alliance... elle n'est pas acquise, mais elle est permise.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-IDEM PRIVAS

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...? 24:07

-Je me suis épuisé à ça, et je suis dans le renoncement là. Je me rends compte que l'institution ne me porte pas assez là dedans. D'abord moi ça fait depuis que je suis là que je parle du tabac. Et j'attendais au moins de l'institution qu'elle mette en place quelque chose...on se réfugie derrière des consultations anti-tabac, des journées anti-tabac annuelles, enfin on ne se questionne pas en revanche... sous prétexte de respecter leur liberté, on va leur acheter leur tabac, on gère leur tabac, je trouve que pour des soignants c'est quand même un peu problématique.

-Vous avez des patch à disposition?

-Oui on a le patch, m'enfin bon ça marche jamais le patch.

-Et des inhalateurs?

-Alors ça, les stratégies sont déjà très difficiles à mettre en oeuvre chez les patients qui ne sont pas psychiatriques, donc dans l'hôpital psychiatrique, je ne crois pas que j'ai pu mener à bien un sevrage du tabac en six ans. Alors je ne suis pas le seul intéressé par cette question, on a une équipe d'addictologie qui le fait, qui organise des consultations, qui arrive à obtenir temporairement des résultats, qui tente un discours assez volontariste, mais je trouve que sur le tabac on n'est pas à la hauteur.

Et il n'y a pas que le tabac. Oui moi j'ai essayé de... ben pour une femme je demande systématiquement si elle est à jour de ses frottis, de ses mammo, tout ça, encore que mes convictions sur l'intérêt de la mammographie se sont beaucoup émoussées au fur et à mesure de mes lectures...

En tout cas j'interroge les gens pour savoir s'ils ont fait leur hémocult, tout ça, alors j'ai essayé de le faire en long séjour. Mais alors. Je me suis heurté aux mêmes réticences des équipes, en disant « ouais mais le caca, trois fois de suite, ça va réactiver le délire... ». Donc ça a été ça le premier barrage. J'ai quand même voulu essayer de me donner les moyens d'y arriver, mais quand j'ai voulu prescrire les hémocult, ça a été un patacaisse sans nom. Parce que l'hémocult il n'y a que le médecin traitant qui peut le demander. Et moi je ne suis pas le médecin traitant. Et ces gens-là n'ont pas de médecin traitant, en long séjour. Donc je me suis engueulé avec des gens de la CPAM pour essayer d'obtenir les tests. J'ai fini par réussir. La sécu me le refusait, j'ai fini par en obtenir quelques uns en disant que j'étais le médecin traitant de ma femme, parce que je n'étais pas inscrit sur leur liste de médecins libéraux. J'ai menacé de porter plainte contre la sécu s'ils ne me fournissaient pas des tests de dépistage pour ma femme. Mais depuis je n'ai jamais réussi à les proposer. Ce n'est jamais le bon moment.

Je pense que j'étais sur le point d'y arriver avec les nouveaux tests, parce qu'il n'y a qu'un prélèvement. Avant c'était trois tests successifs, et je comprends que ça pose problème aux équipes. Faire trois fois ce rituel.. c'est quand même un peu particulier. Il y a beaucoup de patients qui refusaient parce que la technique leur déplaisait. Et donc le fait d'être passé à un seul prélèvement je pense que ça rendrait déjà l'acceptabilité meilleure dans les services de psychiatrie. Voilà.

— — — — —

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis? 28:52

-Alors, moi j'ai la confiance des psychiatres, ils font leur courrier de sortie, en général j'évite de m'en mêler parce que quand c'est de la bobologie, des trucs qui ne valent pas le coup de se casser la tête, je leur laisse mettre un petit mot mais je ne fais pas un courrier dédié. Quand en revanche j'ai eu un gros problème à régler pour un patient, que j'ai été

confronté à une grande difficulté somatique, la moindre des choses est d'en informer le médecin traitant et de faire une belle lettre. Et là je la fais moi-même à part.

Il m'a été demandé à une époque pour un patient, par une assistante sociale, de suivre un patient parce qu'il n'avait pas de médecin traitant. Donc c'est un mec que j'ai dû voir et revoir. Je lui avais fait un touché rectal, ça ne s'était pas mal passé mais quelques années après il a su me le ressortir. Et surtout il a mis en échec toutes les stratégies que j'avais mise en place, j'avais pris des rendez-vous chez l'urologue... Donc en fait j'avais à faire à un pervers, et je l'ai revu il y a quelques mois là, il est rentré en hospitalisation et je l'ai jeté parce que ça s'est très mal passé dans le colloc singulier, et je n'étais pas accompagné, donc tout de suite le ton est monté entre nous. Bon c'est sûr que je n'ai peut être pas été suffisamment à distance et neutre vis à vis de la problématique de ce patient, mais verbalement il m'a cherché et il m'a trouvé, il a su me faire sortir de mes gonds. Donc ça a été vite réglé. De toutes façons je pense qu'il n'avait pas sa place à l'hôpital, ce que m'a confirmé le psychiatre. Bon, qui l'a fait sortir le lendemain quoi, qui m'a dit on ne peut pas le jeter comme ça.

Je me rappelle aussi d'un jeune qui avait une polyglobulie, une vraie polyglobulie, j'avais demandé une écho rénale, un bilan rénal, une radio pulmonaire, et j'avais demandé à le revoir avec la radio pulmonaire et j'avais pris un rendez-vous en hématologie, et en fait il n'est pas venu mais son père m'a assuré qu'il était allé voir l'hématologue et effectivement j'ai reçu un courrier.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

-Non, là administrativement c'est bloqué. Et on est gênés pour le mettre en ALD. Et alors ça ces histoires administratives... moi j'essaie de les soigner du mieux que je peux mais après si l'environnement n'est pas favorable, qu'est ce que vous voulez...

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

31:53

-Dans la plupart des services il y a une réunion hebdomadaire, moi je n'y assiste pas toujours car comme on a plusieurs services, les emplois du temps ne sont pas toujours compatibles. J'aime bien y aller, je suis toujours bien accueilli dans ces réunions, je n'ai pas honte d'intervenir, enfin je ne perturbe pas... au contraire, ça participe de la prise en charge et tout le monde me reconnaît ma place de somaticien, mais bon quand c'est pas possible et qu'il y a un véritable problème, on discute entre nous, les relations sont simples entre nous. Et enfin on a vraiment l'impression..

Alors moi, c'est pas pour dire, mais fort de mon expérience libérale, je bénéficie d'une certaine considération des psychiatres, ce qui n'est pas tout à fait vrai de certains de mes collègues qui sont d'origine étrangère, avec la barrière de la langue et une formation qui n'a pas été la même, et qui sont parfois perçus comme des médecins... pas de seconde zone mais un peu au rabais, qu'on traite parfois avec condescendance. Et je n'ai pas ce problème là, moi.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? Et en ville?

-Oui oui, en partie. Enfin ils se sentent investis. Ça les choque pas qu'on les interpelle sur des questions somatiques. Ils ne se choquent pas si parfois j'arrête un neuroleptique parce qu'il n'est plus là, qu'il est tard le soir et j'ai un ECG qui montre un QTc long, j'arrête le

neuroleptique et on peut discuter. Mais ils ne se gênent pas pour me demander ou même le faire eux même, une lithémie, un bilan hépatique, avant de prescrire un anti-dépresseur toxique...

-Vous pensez que c'est à eux de gérer cela?

-Ah mais ils le font. Les anti psychotiques, la clozapine, ils assument le suivi de la NFS etc, c'est eux qui le programment, qui le valident, on a une pharmacienne très rigoureuse sur ces questions, donc c'est eux qui restent dans les clous pour ça. Il n'y a pas de laissé aller dans la prise en charge somatique de leur part.

-Et en ville, les patients suivis par le psychiatre libéral ou de CMP, est ce que vous pensez qu'il est de leur responsabilité d'assurer le suivi cardio métaboliques relatif aux traitements qu'ils prescrivent, de s'assurer qu'il y a un médecin traitant pour le faire au minimum?

-Leur dire que c'est à eux d'assumer le suivi somatique, non. Je n'irais pas jusque là. Moi je sais qu'ils le font parce que la plupart sont d'anciens généralistes de formation, donc je sais qu'ils sont sensibilisés à ça, mais ils croulent sous le travail... ce n'est pas particulièrement à eux de le faire, c'est à toute la société de se demander comment on veut soigner ces patients à l'extérieur. C'est pas plus à eux qu'à d'autres de le faire. Ils en font déjà beaucoup. Après certains ont fait le choix de ne pas être généralistes ou de ne plus l'être, et leur demander de continuer à l'être c'est un peu fort de café.

-Non mais pas forcément de le faire eux-même, seulement de s'assurer que c'est fait.

-S'assurer que c'est fait, quand ces patients sont à l'extérieur, on n'a aucun moyen de les contraindre... On peut leur suggérer de prendre un médecin traitant, mais ils font ce qu'ils veulent les patients. On n'est même plus dans ce domaine là. C'est tellement compliqué déjà le suivi dans les CMP. Moi je trouve que mes collègues maîtrisent vachement tout l'aval. Il n'y a pas que la médecine somatique, il y a le social, le juridique, parce qu'alors à ce compte là ils sont aussi responsables des tutelles, des...y'a pas de raison qu'ils ne fassent pas tout, qu'ils ne vérifient pas tout. C'est un tout la prise en charge de ces patients. Donc le somatique pas plus que le reste, au moins je trouve qu'ils le font pas mal et qu'ils sont sensibilisés.

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné? 36:38

-Bah d'abord une reconnaissance de l'intérêt de la médecine générale, une reconnaissance de la médecine générale, de ce qu'elle est. Ici l'institution a l'impression de faire des efforts parce qu'ils ont libéré du budget pour engager des généralistes, et ils n'ont aucune idée de ce que doit faire le médecin généraliste. Sous prétexte qu'ils ont embauché des généralistes, pour eux le contrat est rempli. Or, là, j'ai un bureau, mais dans les services il n'y a pas de quoi examiner les patients. Je suis sur un ordinateur à contre jour, assis sur un divan d'examen dans une salle exiguë, ou j'ai un peu examiné le patient, mais je veux dire... on a dû pleurer pendant des années pour avoir un bladder scan, on nous a compté trois saturomètres d'oreille pour tout l'hôpital. On n'a pas les moyens de faire du bon travail. Alors après on peut avoir plusieurs visions de la médecine générale.

-D'accord. Je parlais plutôt du suivi en ville.

-Comment ils pourraient mieux accéder à la médecine libérale? Je crois que tant que la médecine libérale sera en si grande difficulté, il n'y aura pas de place pour la psychiatrie dans ses cabinets. À moins que le praticien ait un intérêt particulier pour ces questions mais... parce que un malade psychiatrique, un toxicomane, ça peut vous vider une salle d'attente.

(digression)

Pourquoi pas faire une vacation dans les CMP avec un généraliste? Une fois tous les mois, passer 4 heures dans un CMP, voir une dizaine de patients, et puis savoir qu'on pourra les revoir 4 mois après avec le résultat de leur numération, voir s'ils ont traité leur apnée, changé leur stérilet...

-Et est ce que niveau formation vous pensez qu'il faudrait améliorer quelque chose?

-Si on veut développer ces filières, moi je sais que ma formation initiale était insuffisante. En revanche là c'est un rôle qui me plairait beaucoup si on mettait ça sur pieds. Maintenant que j'ai cette expérience de l'institution. Je pourrais former des internes. Je pense qu'il faut recruter des généralistes dans les hôpitaux psychiatriques. Pas au compte goutte. Il faut leur donner un statut, des moyens matériels, et un rôle reconnu. Et moi j'étais maître de stage quand j'étais généraliste donc je sais ce que c'est d'accueillir un étudiant et pourquoi on le fait.

Je pense que les généralistes connaissent beaucoup de choses dans beaucoup de domaines et ils sont capables d'une grande adaptabilité et si on leur donne les moyens de se former ils le feront et ils le feront très bien. Mais c'est vrai que leur formation pêche un peu.

-Très bien. Est ce que vous avez des choses à ajouter?

-Je trouve que c'est très intéressant que vous fassiez un travail de thèse sur ces questions là, en tout cas je n'ai pas connu des internes depuis que je suis là. Le recrutement il ne se fait quasiment pas ici. Quand je suis arrivé on était 12 sur le tour d'astreinte et puis j'ai vu les effectifs fondre, c'était infernal. Je pense que si on avait eu des internes, pas que pour nous soulager des astreintes, mais pour la reconnaissance de cette pratique somatique dans l'institution psychiatrique, ça aurait été très bien. Mais d'après ce que j'ai compris les patrons préfèrent se les garder pour eux, les internes.

-Le problème n'est pas vraiment spécifique aux périph, même au Vinatier les postes d'internes de médecine générale ont été fermés, depuis la réforme. Les internes doivent passer obligatoirement dans certains stages et dans un certain ordre et la psychiatrie ne fait pas partie des objectifs.

En tout cas si des postes devaient s'ouvrir à Privas, je parle d'expérience et par rapport aux retours de mes collègues, ce qui serait essentiel c'est d'en prendre plusieurs sur l'hôpital de Privas, l'hôpital général et l'hôpital de Sainte Marie, parce qu'on ne peut pas dire à un interne d'aller tout seul à Privas, loin de tout et tout seul. C'est extrêmement anxiogène. On a quand même besoin d'avoir une vie sociale!

Entretiens semi-dirigés: Dr H
Homme Médecin de 40 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale

-Fonction: médecin somaticien

-Service: UPRM (urgences), UHCD (post urgences, 10 lits, durée d'hospitalisation 6 jours en moyenne, patients globalement HL), UHTCD (fermé, dans l'attente des services, hospitalisations souvent sous contrainte. 13 lits mais souvent 17 patients) du CH Le Vinatier

-Etablissement public sectorisé avec tous types d'unités (pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, ouvert, fermé, patients déficitaires, ULE). Mais l'UPRM est inter sectoriel sur Rhône métropole.

-Mode d'exercice: hospitalier pur, médecine adulte

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: 40 à 50 en permanence en comptant les passages vus par jour et les deux unités. Très variable. Aujourd'hui par exemple, il y a 37 patients sur l'ensemble des services des urgences.

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-Depuis 2013.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie?

-Avant ça j'exerçais en ville, en tant que remplaçant en ambulatoire. J'étais interne à Revol en 2007, l'année suivante j'ai fait des remplacements, de 2008 à 2013, et puis après...

-Et ce qui vous a amené ici c'est plutôt votre stage à Revol, ou un attrait plus ancien pour la psychiatrie?

-Je n'avais pas envie de faire de la psychiatrie à l'internat, non. J'ai eu un contact avec Revol en 2013 quand ils cherchaient des assistants en somatique, et globalement j'ai été recontacté par les collègues de Revol et j'ai tenté l'expérience. D'abord sur un pôle de psychiatrie adulte puis aux urgences.

-Et ça vous intéresse plus que la médecine de ville ou c'était plus pour l'opportunité?

-Ben non c'était une opportunité, j'avais fait 5 ans de médecine de ville, je n'avais pas de problèmes avec la psychiatrie, je sais qu'il y en a qui sont un peu gênés par ça mais moi j'avais beaucoup aimé mon stage à Revol et je me suis dit pourquoi pas. Et je suis resté, malgré le poste d'assistant, parce qu'il y avait un projet intéressant. Ils avaient en 2013 vraiment augmenté la prise en charge somatique sur le Vinatier en recrutant un assistant pas pôle, en plus, et du coup il y avait un vrai projet de renfort de la part de l'établissement là dessus. D'ailleurs l'établissement a quand même cette renommée, d'avoir une prise en charge somatique sérieuse pour les patients. Moi j'ai toujours gardé un petit peu des contacts et, voilà. Voilà comment je suis arrivé là. Après c'est vraiment l'hôpital du Vinatier lui-même, et pas vraiment la psychiatrie ou l'hôpital en général qui m'attirait. J'aimais bien cet hôpital, et les gens qui y travaillaient, et je me suis dit pourquoi pas.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous

semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère? 5:25

-Ceux qui ont des troubles sévères tu veux dire? Parce qu'il y en a beaucoup qui n'ont pas des troubles ultra sévères. Mais ceux qui ont vraiment... Moi je ne vois pas beaucoup de différences dans la prise en charge. Ils ont des caractéristiques plus fréquentes chez eux, comme des situations sociales plus compliquées, et il faut davantage en tenir compte, se préoccuper de où est ce qu'il habite, comment il s'en sort... Ils n'ont pas de suivi, pour la plupart, et donc tu fouilles quoi. Tu regardes pas mal de choses. Notamment ici ce qui m'a le plus interpellé au début, ce sont les états dentaires catastrophiques. Ça marque tout de suite, tu te dis « mais pourquoi? », bah tout simplement parce qu'ils n'ont pas de soins dentaires.

Les spécificités c'est déjà qu'il ne faut pas qu'il y ait d'obstacle du côté du soignant. Il faut être à l'aise avec la pathologie psychiatrique. Et je pense que pour ça il faut avoir eu un contact avec elle. Moi je pense que mon stage à Revol m'a beaucoup aidé. Mais moi je les aborde de la même façon, ces patients psychiatriques, que les patients non psychiatriques. Et pour moi il n'y a pas une frontière, il y a une continuité entre celui qui a une maladie psychiatrique très grave et celui qui n'a pas de maladie psychiatrique. Il n'y a pas un mur. En fait, ce sont des gens que je trouve très sincères dans leur expression. Et ils n'exprimeront pas les mêmes plaintes. Par exemple quand j'étais au Vinatier sur les pôles, en trois ans, jamais on ne m'a appelé pour un rhume, ou pour un ganglion ou un machin... je trouve qu'ils me sollicitaient pour des choses d'emblée graves. Alors les équipes constatent que les patients ont ceci, cela, mais ils vivent avec... parfois je me dis qu'ils vivent des choses, des situations tellement compliquées qu'une petite grippe à côté...

Après ici il faut vraiment aller à la pêche aux informations, parce qu'ils sont très peu suivis. Il y avait 30% des patients du Vinatier, sur une étude à une époque, qui avaient un médecin traitant, et encore ça ne voulait pas dire qu'ils allaient le voir, tu vois. Et la particularité c'est qu'il faut être un peu pro actif, là dedans. Il ne faut pas attendre la plainte du patient. On peut aller chercher les choses.

Après moi, il n'y a pas beaucoup de différences dans ma prise en charge. Moi, tous mes patients, je les considère comme des patients, sans spécificités qui ferait obstacle. Y'a peut être moins de choses ou plus de choses, peut-être plus d'attention chez eux parce qu'il y a plus de choses à dépister. Ça c'est statistique, ils ont plus de problèmes. Par exemple pour les hépatites virales, le risque chez les patients psychiatriques est vraiment plus élevé, ils en ont plus. Pour les maladies cardiovasculaires, plus aussi, avec moins de probabilité d'être pris en charge. Donc voilà il y avait un tel gap qu'il faut aller chercher les choses. Mais bon après... je ne sais pas, ils t'ont dit quoi, les autres?

-C'est de la triche, ça!

-Non mais je suis curieux...

-Ben oui ils ont aussi parlé du fait que ces patients étaient volontiers polypathologiques, qu'ils s'exprimaient de façon biaisée, et que ça prenait plus de temps.

-Oui, le facteur temps c'est important. Il faut beaucoup de temps pour certaines pathologies, pas forcément. Mais pour amener... ils peuvent être réticents sur des examens pour lesquels tu n'as pas forcément d'explication. Mais tu sais après moi je pense qu'il y a la part de la pathologie psychiatrie et puis après il y a le fait qu'ils n'ont aucun contact avec le soin et ça, ça joue. Bon pour ne voir aucun médecin pendant 20 ans je pense qu'il faut avoir un problème, quand même. Il y a quelque chose qui ne va pas.

-Ou il faut être ardéchois...

-C'est possible! Après qu'est ce qui est psychiatrique chez les ardéchois... Non mais tu vois c'est pas... Ils ont un accès au soin qui est vraiment plus limité que la population

générale. Et c'est là qu'une fois que tu les as sous la main, ces patients-là, il faut essayer de ne pas les lâcher. Tout en respectant hein.

Moi quand je suis arrivée en unité de longue évolution, il y avait toutes les femmes qui avaient plus de 50 ans, qui étaient un peu passées à travers les mailles du filet... alors il y avait des collègues avant moi qui avaient commencé à reprendre les choses. Mais il y a des gens, avant qu'il y ait vraiment une occupation somatique de tous les services, bah, le dépistage, c'était un peu à part quoi. Avec des moments où tu te dis « elle on va essayer de lui faire les dépistages », mais on te répond « oui mais ça ne fait que trois jours qu'elle est sortie de chambre d'isolement », mais à chaque fois tu vois qu'elle ne tient qu'une semaine en dehors de la chambre alors tu dis « bah pendant cette semaine là, on y va les gars, faut qu'on essaie de faire les choses ». Donc parfois ce n'est pas le moment et parfois tu as une fenêtre.

Ça c'est vraiment sur le secteur, après aux urgences on les prend en charge un peu différemment. On fait plus quelque chose d'assez systématique, on essaie de faire un diagnostic différentiel quand il y a besoin de le faire, et de voir ce qu'il y a d'autre d'urgent sur le moment, quoi. Histoire de ne pas passer à côté d'une confusion sur une méningite ou quelque chose comme ça. Encore que ce n'est pas ce qu'il y a de plus fréquent. L'esprit de la loi, c'est un peu ça. Faire l'examen somatique surtout à la base c'est pour qu'on ne se retrouve pas avec quelqu'un qui a une hyperglycémie, ou une désaturation, et qui se retrouve aux urgences psychiatriques alors qu'il n'a rien à faire là. C'est un peu l'esprit. Après il y a un truc complémentaire qui est en plus qu'au delà de ça ils ont besoin de soins somatiques. Au final on fait très peu de diagnostics différentiels. La plupart des gens sont bien orientés. Mais après ils arrivent avec un bagage, plein de pathologies, des ruptures de prise en charge... Donc beaucoup de choses relèvent d'un problème de continuité. Si tu fais un ECG aux urgences qui est anormal et que tu l'adresses au cardiologue, le cardiologue va lui redonner un rdv de suivi ou de coro, et le patient va disparaître à ce moment-là. Et on le revoit un an plus tard aux urgences, le gars, il n'a toujours pas revu le cardiologue, ni fait la coronarographie, ni pris le kardegic. Ici il faut vraiment aller repêcher les choses. En ville quand ton patient vient au cabinet, il a son dossier, tu ne te demandes pas trop si les examens prescrits ont été faits. Ici, si. Et ce n'est pas forcément parce que le patient ne veut pas les faire, il y a d'autres facteurs qui rentrent en compte, soit du fait de sa pathologie, soit des facteurs sociaux, l'isolement. Mais bon après on se fait aider par Revol.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients? 14:43

-Ben déjà moi c'est biaisé parce que j'ai dirigé une thèse sur le suivi cardio-métabolique des patients psychiatriques. Donc j'ai déjà la réponse. Mon impression à moi c'est que ça vient d'un peu tout le monde. Ça vient du patient et ça vient des professionnels de santé. Après quand un professionnel de santé a le patient psychotique en face de lui, il va le prendre en charge. Mais le problème c'est que le patient n'entre pas dans le cabinet. Rares sont ceux qui vont voir leur médecin traitant pour un suivi régulier.

Il peut y avoir des freins parfois de la part des médecins de ville. Moi je me souviens, souvent ils viennent pour un motif psychiatrique au cabinet. Et le reste est un peu plus négligé. Moi j'ai l'impression que la maladie psychiatrique est tellement grave qu'elle peut envahir tout le reste. Pour moi c'est vraiment la gravité de la maladie, un des problèmes. C'est une maladie chronique.

Et puis l'autre souci du manque de suivi c'est je pense leur situation sociale, leur isolement. Il y a des CMP qui essaient d'accompagner les patients chez les professionnels ambulatoires, et je pense que le manque de suivi c'est le lien social, parce que nous on

prend en charge je ne sais combien de patients sur le Vinatier, on en a 800 qui sont hospitalisés mais il y en a des milliers dehors. Et on ne sait pas bien comment ça se passe. Ce qui est dur c'est d'avoir un médecin traitant qui arrive à mettre la main dessus. La communication n'est pas toujours au top, comme quand tu reçois un courrier du cardiologue deux semaines après la sortie de la coronarographie. L'accès au soin est limité par les facteurs sociaux à mon avis en premier lieu, parce qu'une fois qu'ils sont dans le cabinet, les collègues les prennent en charge comme tout le monde.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients? 17:35

-Non.. là c'est compliqué de généraliser. Je pense qu'il y en a qui appréhendent et d'autres pas du tout. Et puis ça dépend du patient. Si tu suis un patient psychotique qui est intégré socialement, avec un boulot etc, moi je n'appréhendais pas du tout quand j'étais en ville. Après j'avais un patient qui avait plutôt un état limite grave et qui venait mettre un esclandre total au cabinet, j'appréhendais quand il venait parce qu'il mettait vraiment le bazar. Et puis si tu veux, je ne sais pas combien de médecins généralistes passent pas la psychiatrie durant leur cursus, mais je trouve qu'on n'est pas beaucoup, et que passer par là c'est pourtant un grand plus. Le contact direct avec la maladie psychiatrique facilite beaucoup par la suite. Je ne trouve pas ça difficile, je les considère comme les autres patients, mais je pense que tu peux avoir une appréhension quand tu n'as jamais de contacts avec eux et que tu ne sais pas du tout faire.

Moi je milite un peu contre l'idée que les médecins généralistes de ville évitent ces patients psychiatriques parce qu'ils ne sont pas bien formés: on apprend le module psychiatrie. Mais c'est comme tout, c'est toujours plus facile quand tu es passé en stage avant. La psychiatrie ne fait pas partie du parcours obligatoire de l'interne de médecine générale.

-Et ça vous pensez que ça devrait être le cas?

-Ça pourrait. Si on regarde la prévalence de la maladie psychiatrique et du fait que pour le coup la clinique en psychiatrie c'est complexe et qu'on ne la croise pas vraiment dans les autres stages, alors que de la cardiologie on en fait un peu partout... Et puis la psychiatrie tu as beau lire le bouquin, conduire un entretien et essayer de comprendre un peu. Tu as pu remarquer que le personnel ici a la même aisance sociale avec les patients ici que le personnel d'ailleurs avec les autres patients.

Après on essaie toujours de trouver le maillon qui ne va pas, mais c'est global. Le maillon ce n'est pas toujours l'autre. Après peut-être que le problème c'est aussi l'hôpital. Peut-être qu'on essaie trop de les chaperonner. Mais on essaie vraiment de prendre en charge les patients de façon poussée parce qu'on se dit que ce sont des cas trop complexes et que le généraliste ne pourra pas. Sur l'unité de Revol par exemple les cas sont tellement complexes, c'est inimaginable de les prendre en charge en ambulatoire.

Je pense qu'il y a des gens qui ne peuvent pas être pris en charge en ambulatoire mais ils sont rares quand même.

Mais je pense quand même que la plupart des gens (des malades psychiatriques) peuvent être pris en charge en ambulatoire. Mais il faut connaître leur existence. Par exemple sur la question du suivi cardio vasculaire, qui s'en occupe? Est ce que c'est le psychiatre qui prescrit, celui qui initie le traitement à l'hôpital? Alors il va faire un ECG, un bilan métabolique, mais après? Est ce que c'est le CMP? Le médecin traitant? Comment définit-on les rôles? Un patient qui est diabétique, est ce que c'est l'hôpital ou le généraliste qui fait le suivi cardio-vasculaire? En fait ça dépend, il y a des gens qui vont tout faire en hôpital de jour, d'autres en consultation chez l'endocrinologue... toutes les modalités sont possibles.

Mais tu vois un cardiologue il n'hésite pas à dire au généraliste « je vous laisse gérer l'hypertension, moi je lui ai fait son écho, tout va bien, et je le reverrais si besoin ». Peut-être qu'il faut que le psychiatre laisse un peu le soin au généraliste de faire des trucs aussi, quoi. Sachant qu'un généraliste peut faire plein de choses, il a une vision plus globale, alors peut être qu'il sera moins compétant en psychiatrie, mais le psychiatre sera moins compétant dans la prise en charge globale du patient. Parce tu vois le problème du patient qui est sous zyprexa, qui est très bien équilibré mais qui a pris 25kg, qui a un diabète à 28 ans, et qui n'a plus de vie sociale, qui a la bouche sèche, qui a les dents toutes abimées, c'est bien qu'il ait un suivi autre que psychiatrique. On ne peut pas demander au psychiatre de gérer les crises qui sont graves et en plus d'assurer le suivi derrière. Moi je pense que le problème c'est que on fait certes le relai autant que possible avec la médecine générale, mais il y a plein de patients qui ne passent pas par l'hôpital.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient? 24:42

-J'ai eu quelques situations compliquées. Je n'ai pas eu peur du patient mais de la situation. Pas au point de me sentir en danger. Je me suis déjà senti en danger sur d'autres services qui n'étaient pas de la psychiatrie, sur les urgences générales, tu vois. Moi quand j'étais au vinatier en tant qu'externe il y a eu un décès d'un soignant, ici, il y a eut pas mal d'agressions... mais il y a quand même ici un sentiment de sécurité. Mais il y a aussi des décès de soignants dans d'autres endroits. Moi tu vois je me suis senti plus en danger aux urgences au au cabinet, mais pas au Vinatier. C'était plutôt rare. Il y a une certaine violence aux urgences psychiatriques mais c'est très cadré, et les patients viennent aussi se mettre ici en sécurité quand ils ne sont pas bien. Là en ce moment tu vois les urgences sont calmes.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine? 26:38

-Bah au début je ne savais pas. Je n'ai pas trop eu à lutter contre des préjugés parce que je suis passée ici en tant qu'externe, et je trouve que le stage avait été vraiment bien, on était bien accueillis, très vite à l'aise là-dessus. Les infirmiers et aides soignants, notamment, qui sont très au contact des patients, ils ont une aisance sociale avec eux, qui fait que quand tu es externes, que tu arrives et que tu appréhendes un peu, ça aide. L'appréhension porte surtout sur le cadre au début, les portes fermées à clef mais maintenant on a de plus en plus de service ouvert, sur l'hôpital... Et puis après tu te rends compte que cet hôpital, c'est un parc. 27:41

Et que les gens se baladent dedans.

Et puis tu rentres dans la chambre d'un patient, tu discutes avec lui et tu te dis « bah en fait, ce patient, il a une famille... » Le premier que j'ai vu, je m'en souviens, il avait un trouble anxieux grave. Il me racontait sa vie et je me suis dit, en fait, c'est juste un mec normal, avec une pathologie psychiatrique. Mais tant que tu n'es pas venu voir, de l'intérieur, tu t'imagines des choses. Alors évidemment il y a des lieux plus sécurisés, des chambres d'isolement, des espaces de soins intensifs, etc. Mais en fait c'est vraiment le contexte des soignants, ça. Un patient en soins intensifs de psychiatrie, j'y fais autant attention qu'à un patient de réanimation, quoi. Il faut le pouponner, faire tout pour qu'il soit à l'aise, qu'il ne se fasse pas mal, etc.

Et en fait... c'était quoi ta question? Ah, les préjugés.

Ben, comme tout le monde, quand on te dit « hôpital du Vinatier », au début, c'était l'asile du Vinatier, et on en gardait cette idée là. Mais en fait en y étant tu te rends comptes que ce n'est pas un asile, mais un hôpital.

-Ou alors un asile mais au sens originel du terme, un lieu où l'on se sent en sécurité?

-Alors, tu sais il y a un système derrière, parce que si on se sent en sécurité c'est parce qu'on est vigilants là-dessus.

-Mais du point de vue des patients?

-Ah oui du point de vue des patients c'est très sécurisant. La plupart, quand ils ne sont vraiment pas bien, vraiment envahis, ils arrivent aux urgences, nous on les voit en pleine crise. Et puis quand on les revoit deux ou trois jours plus tard, ils sont vraiment mieux. La plupart des gens sont apaisés. Après il y a toute la difficulté de la prise en charge sur le secteur pour que non seulement ils soient mieux mais que ça se pérennise et qu'ils puissent ressortir.

Mais par rapport aux préjugés, je pense qu'il suffit de passer trois jours ici à l'hôpital pour que tous les préjugés disparaissent.

Je ne me souviens même plus des préjugés que j'avais, tu vois.

Et puis je en sais pas si ça te le fait mais quand tu es à l'hôpital psychiatrique...

Par exemple quand tu vas dans le tramway et que tu vois les patients qui sont psychotiques qui décompensent sur un truc, qui sont super énervés, parce que le tramway est arrêté... moi j'en ai vu un, un gars qui mettait des grands coups dans le plafond du métro. Et puis il faisait peur aux gens, il parlait fort. Une fois j'ai pris le métro avec lui et le métro s'est bloqué. Je me suis dit « diantre, c'est lui, il va se mettre à taper ». Et ça n'a pas manqué. Il a tapé, il a fracassé le plafond du métro. Et les gens ont commencé à avoir peur. Et moi j'avais déjà vu ce patient sur la liste des tutelles au Vinatier, et là, nouveau courage que je n'avais pas avant, je me suis dit que cet homme était juste malade. Et je voyais une maman à côté avec une petite fille qui était effrayée. Et donc je lui ai dit « Monsieur s'il vous plaît, vous tapez, et c'est vrai que vous faites un peu peur à tout le monde. » Et j'ai pu faire ça non par courage mais parce que j'étais familiarisé à la psychiatrie, que je me suis dit que c'était un homme angoissé, qu'il n'allait pas bien. Et je l'ai recroisé plus tard dans le tramway à l'arrêt vinatier, donc c'était bon pour lui je faisais partie de l'hôpital.

Tu regardes les choses différemment.

Bon ce n'est pas tout le temps le cas, il y a des gens vraiment violents qui veulent vraiment tout casser.

Quand tu n'es pas passé par la psychiatrie, il y a des situations qui vont te mettre mal à l'aise et que tu vas chercher à fuir. Même des patients en cabinet qui mettent le bazar. C'est souvent plus des patients état limite que psychotiques d'ailleurs. Mais du coup tu vas plutôt chercher à les éviter. Alors qu'en psychiatrie, personne ne cherche à éviter une situation. On cherche à l'apaiser et à la comprendre. Et ça on l'apprend ici auprès des soignants. Les psychiatres sont admirables de communication non violente mais ferme. Ils n'expriment pas leurs affects alors qu'ils sont parfois sérieusement agressés verbalement. Comprendre ce qui se passe, mettre des mots dessus. Angoisse, hostilité. Les gens qui ont une manie hostile, si tu le prends pour toi ce n'est pas possible. Alors qu'ici les soignants le prennent un peu comme une blague, ils savent qu'ils vont se faire insulter par un patient mais que dans quelques jours ce sera retombé, elle sera plutôt sur un versant abattu et il faudra la reconforter.

Aux urgences on les voit rentrer décompensés. Et puis sur le secteur on les voit ressortir dans la vie de tous les jours. Et tant que tu n'as pas vu tout le processus tu te dis que c'est vraiment un asile, l'hôpital. Mais en fait pas du tout. Quand les gens sortent, ils vont mieux, comme dans les autres hôpitaux. Voilà.

— — — — —

**-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service?
(Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)**
36:12

-Nous c'est les deux... on est assez systématiques. On a des priorités: d'abord si à la relève l'équipe nous rapporte quelque chose d'urgent, et quand on fait du systématique on va prioriser les patients qui ont une contrainte, parce qu'il faut qu'ils aient un examen somatique dans les 24 heures. Nous on a un peu élargis à tout le monde... mais je t'avoue que quand on est tout seul et qu'il y a 40 patients, on trie et on ne les voit pas tous. En sachant qu'on va prioriser les patients ainsi: ceux qui ont un problème somatique grave, ceux qui sont sous contrainte, et après on cible un peu certaines fragilité, l'âge avancé, les patients ayant des conduites à risque (exemple d'une femme qui fait des voyages pathologiques et qui s'exhibe sur la voie publique), les mineurs... Mais le premier contact est plutôt systématique, ici. On a un examen somatique un peu standard qu'on a protocolisé, pour qu'il puisse aussi être fait par des gens quand on n'est pas là. Sur l'UHTCD souvent on les a déjà vus.

Sur le secteur c'est plus sur point d'appel, le premier contact. Quand j'y étais c'était un somaticien pour 75 lits, donc quand l'autre est en congé ça fait 150 lits, tu ne vas pas courir après toutes les entrées. Tu cibles un peu et ton premier contact se fait souvent sur les situations délicates. Mais quand on est en nombre, le premier contact se fait peu après l'entrée de façon un peu systématique pour se présenter comme le somaticien et faire le point.

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif? 39:17

-C'est comme tout le monde... le délire c'est son expression sur le moment mais il ne va pas délirer tout le temps... Le plus dur c'est sur les délires qui sont enkystés. Alors rentrer dans le délire, non, jamais. Adhérer je trouve que ce n'est pas possible, je ne sais pas si ça se fait. Aller à la confrontation ne sert à rien. Déjà parce que le patient n'est pas obligé d'accepter des soins somatiques.

Sur le secteur j'avais une patiente qui avait un cancer du sein, et elle était très délirante, et elle parlait avec son mari décédé tout le temps. Et au moment de décider de la prise en charge avec le CLB, elle a répondu « non, moi, vu le stade de mon cancer, je ne veux pas un traitement qui me fasse perdre mes cheveux et me mette dans un état lamentable, par contre je ne veux pas souffrir. »

Et là cette patiente d'ordinaire très délirante, ce qu'elle te disait sur sa pathologie somatique c'était des choses que tu entends chez des gens qui n'ont pas de délire par ailleurs. Et à ce moment là, ben tu ne vas pas dire « non elle délire, vu qu'elle est psychotique, donc on va lui imposer une chimiothérapie ». Bon après je t'avoue que c'est Revol qui l'a prise en charge, mais ils ont l'habitude de ça.

Mais il faut bien penser que le délire, on peut le traiter, les gens ne sont pas délirant tout le temps, c'est assez fluctuant. Et il peut arriver qu'il soit un frein au soin somatique. Mais la confrontation ne sert à rien et souvent il faut du temps. D'autres te le diront, parfois il faut des semaines voire des mois pour arriver à un examen qui est important. Après tu fais un peu la sélection mais moi l'exemple c'est un patient qui perd du poids, qui a du sang dans les selles, à 60 ans, et qui refuse de faire une coloscopie, tu te dis que quand même là c'est important. Il faut du temps. C'est compliqué. Mais tu n'as pas 50 solutions. Tu pensais à quel exemple de délire?

-Je pensais à une patiente qui avait une mycose des plis mammaires à 70 ans et qui refusait qu'on traite sa mycose parce que selon elle c'était des pertes de lait liées à sa grossesse actuelle...

-Il faut toujours donner une information loyale et appropriée. Pour qu'elle soit appropriée tu ne peux pas rentrer dans le délire. Pour qu'elle soit loyale il faut qu'elle soit compréhensible. Tu peux dire « vous, vous pensez ça, mais moi je pense que ce que vous avez c'est une mycose, c'est un champignon, et ça se traite comme ça. » Si tu adhères au délire et que tu dis au patient « oui oui c'est du lait et d'ailleurs on va juste mettre du talc », c'est n'importe quoi. Si tu lui dis « non c'est pas du lait et on va vous contenir pour vous mettre de la crème », c'est n'importe quoi aussi.

On dit plutôt « vous savez moi je pense que c'est ça », Et puis parfois on arrivera à la traiter et parfois non... Mais là encore ce n'est pas grave.

La question se pose plus sur les patients avec un risque vital. Le patient de Revol qui refusait l'amputation de sa jambe nécrosée, c'était compliqué.

Par exemple, je Dr J disait « est ce que tu es sûre que ton traitement ça l'améliorera? ». C'est pas certain, même si l'indication est évidente! Et c'est compliqué.

Moi en médecine générale j'ai exercé dans une région qui était plutôt... les gens venaient te voir pour savoir s'ils avaient une maladie grave mais ils préféraient se soigner avec des méthodes naturelles. Alors très bien. Mais parfois sur des pneumopathies franches lobaires aiguës les patients préféraient ne pas avoir d'antibiotiques. Donc là j'étais obligée de lui dire à la fin que ses bactéries n'en avaient rien à foutre de ses méthodes naturelles. Parfois ça nécessite d'hospitaliser, de prendre du temps, de faire passer les soins psychiatriques avant et de remettre le somatique à plus tard, il faut l'accepter.

Par contre quand c'est urgent de chez urgent, c'est rare que ça pose problème. Mais bon tu sais il y a des religions où ils refusent les transfusions même à 4 d'hémoglobine... Donc je ne trouve pas qu'on soit dans ces situations graves plus confrontés au refus que dans la population générale, pour des motifs qui ne sont pas considérés comme délirants dehors. Quand il y a un refus, c'est comme ça il faut l'accepter. Ils sont obligés, contraints aux soins psychiatriques. Après quand tu as un soin somatique qui est lié à la psychiatrie, par exemple un patient contenu qui refuse l'anticoagulation préventive, c'est compliqué.

La grande majorité des soins acceptent les soins somatiques et sont même contents d'en avoir. La plupart des patients du Vinatier sont contents de voir le somaticien. C'est rare qu'ils ne veuillent pas. Ils faut aller les trouver mais ils sont contents qu'on s'inquiète de ça. Ils sont contents qu'on s'occupe de leur poids, de leur activité physique... ça tu verras peut-être avec le Dr F...

-C'est ma directrice de thèse, donc je ne lui fais pas passer d'entretien.

-Ha oui! Mais tu vois les patients pris en charges en éducation thérapeutique, là bas... il y a plein de préjugés qui disent qu'ils n'ont que la nourriture pour se faire plaisir... mais ceux qui perdent 30kg et qui retrouvent la forme, c'est comme tout le monde, ils sont contents.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux? 48:15

-Alors nous à l'UHCD on essaie de faire une consultation commune avec les psychiatres. Alors pas tous les patients mais justement quand il y a cette intrication psyché-soma. Ça débouche beaucoup sur du psychique, où le symptôme somatique va disparaître au profit d'un traitement psychiatrique. Ça veut dire que la consultation a un sens. Mais il y a aussi plein de fois où l'on se dit « bah non, là, on va quand même faire une IRM médullaire parce que l'examen neurologique est louche ». Cette intrication, c'est ce qu'on essaie de

développer à l'UHCD. Ce qu'on dit c'est que ce sont les mêmes neurones qui donnent la douleur et l'angoisse.

Mais non moi ça ne me pose pas de difficultés particulières.

Après tu as toujours une crainte, quand un patient très angoissé va se plaindre tout le temps d'une douleur thoracique, qu'il fasse un jour vraiment un infarctus.

Ma première intervention en unité de longue évolution, c'était un patient qui se plaignait d'une douleur thoracique, comme à chaque fois qu'il était angoissé, sauf qu'en voyant l'électro j'ai vu qu'il avait peut-être déjà fait un infarctus avant, et qu'on lui a peut-être dit que c'était de l'angoisse... et peut-être qu'à la 15e ou 20e douleur thoracique, il l'a vraiment fait.

On ne se rend pas bien compte mais on a une patiente ici qui a déjà eu 25 gastroscopies à 25 ans, parce qu'elle disait avoir avalé ceci ou cela, et à chaque fois c'était vrai, et c'était potentiellement grave. Il faut les croire à chaque fois. Tu ne peux pas te reposer sur l'intrication psy-soma ou sur l'avis du psychiatre pour éviter de faire des examens, il faut vraiment écouter le symptôme du patient et lui donner un sens. Et pour moi c'est toujours un diagnostic d'élimination, l'absence de lésion organique. On ne peut pas dire aux gens « c'est rien », sous prétexte qu'ils sont en psychiatrie.

Dans la vieille psychiatrie, on avait tendance à penser que les patients psychiatriques étaient immunisés contre la maladie somatique. Voilà, ça a changé, et notamment dans notre hôpital. L'intrication psy-soma elle est intégrée ici, parce que les somaticiens ici sont intégrés dans les unités. Ça en dit long sur la vision qu'on a.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale?

-Cf questions précédentes:

« Parfois ça nécessite d'hospitaliser, de prendre du temps, de faire passer les soins psychiatriques avant et de remettre le somatique à plus tard, il faut l'accepter.

Par contre quand c'est urgent de chez urgent, c'est rare que ça pose problème. Mais bon tu sais il y a des religions où ils refusent les transfusions même à 4 d'hémoglobine... Donc je ne trouve pas qu'on soit dans ces situations graves plus confrontés au refus que dans la population générale, pour des motifs qui ne sont pas considérés comme délirants dehors. Quand il y a un refus, c'est comme ça il faut l'accepter. Ils sont obligés, contraints aux soins psychiatriques. Après quand tu as un soin somatique qui est lié à la psychiatrie, par exemple un patient contenu qui refuse l'anticoagulation préventive, c'est compliqué.

La grande majorité des soins acceptent les soins somatiques et sont même contents d'en avoir. La plupart des patients du Vinatier sont contents de voir le somaticien. C'est rare qu'ils ne veuillent pas. Ils faut aller les trouver mais ils sont contents qu'on s'inquiète de ça. Ils sont contents qu'on s'occupe de leur poids, de leur activité physique... ça tu verras peut-être avec le Dr F...

-C'est ma directrice de thèse, donc je ne lui fais pas passer d'entretien.

-Ha oui! Mais tu vois les patients pris en charges en éducation thérapeutique, là bas... il y a plein de préjugés qui disent qu'ils n'ont que la nourriture pour se faire plaisir... mais ceux qui perdent 30kg et qui retrouvent la forme, c'est comme tout le monde, ils sont contents. »

« Mais la confrontation ne sert à rien et souvent il faut du temps. D'autres te le diront, parfois il faut des semaines voire des mois pour arriver à un examen qui est important. »

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants? 51:20

-Des stratégies?

-Est-ce que vous pensez avoir une manière d'être différente ici par rapport à votre pratique en médecine générale en ville?

-Non... différent qu'avec des patients du cabinet? Non pas forcément, je n'ai pas de stratégies particulières. Quand un patient est vraiment hermétique, déjà il faut lui expliquer pourquoi t'es là. Souvent le patient hermétique n'a pas demandé à te voir. Sur la prise en charge ici, il faut bien se dire que le patient ne vient pas te voir parce qu'il pense avoir un cancer du larynx ou un truc comme ça. Il vient là parce qu'on l'a ramassé chez lui parce qu'il a un problème... Donc il faut bien lui dire pourquoi toi tu es là, quoi. 52:13

-Et c'est quoi votre phrase d'accroche, quand vous abordez le patient des urgences pour l'examen somatique?

-Je me présente comme je me présenterais à n'importe quel autre patient. Mais tu sais les patients nous épargnent un peu, ils sont plutôt sympa avec les somaticiens, je trouve. Enfin ça dépend de la pathologie hein. Je dis que je suis le médecin généraliste. Parce que somaticien, c'est pas clair du tout. On en parlait dans le secteur, les psychiatres disent somaticien, ça fait un peu « magicien ». Non, moi je suis généraliste. « Je suis médecin, mais je ne m'occupe pas de la psychiatrie ».

Mais les gens nous font plutôt un bon accueil. Après quand ils sont très hostiles ils le sont avec tout le monde.

Puis quand tu poses le stéthoscope, tout redevient normal. Après il y a quelques patients qui vont essayer de passer par toi pour négocier le cadre... Mais j'ai même trouvé que certains patients abandonnaient leur symptômes psychiatriques le temps de l'examen somatique.

Aux urgences, on a l'avantage que c'est assez intensif. On a 3 chambres d'isolement dans les urgences et 4 en UHTCD, et c'est vraiment du soin intensif. Si le patient refuse à 11h, peut-être qu'il voudra à 15h. Mais entre temps on aura quand même essayé de prendre une tension, de vérifier son dextro, etc. Donc on a quand même plusieurs moyens. Mais après il n'y a pas vraiment de stratégies. Quand les patients refusent je leur dis que cet examen (somatique) je le propose à tout le monde, que tout le monde peut en bénéficier. La stratégie c'est que j'essaie de le présenter comme quelque chose de positif, quoi.

Les gens vont plutôt refuser le bilan sanguin.

Mais les gens acceptent pas mal de choses assez vite. Quand ils sont mal il faut leur foutre la paix, mais souvent deux ou trois jours plus tard ou même quelques heures plus tard, ils sont d'accord. Moi je n'impose pas la prise de sang au patient. Aucun examen para clinique n'est imposé au patient. De toutes façons c'est irréalisable. S'il refuse, on verra plus tard.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-IDEM VINATIER

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...?

-J'essayais de le faire en secteur mais ici non. Après ici on est des somaticiens mais pas des urgentistes. Les gens ne viennent pas ici parce qu'ils ont une embolie pulmonaire, mais parce qu'ils ont une décompensation psychiatrique. Nous, notre abord du patient, c'est comme lorsque l'on fait une entrée en hospitalisation quoi. On essaie d'avancer un peu le travail, on réoriente ceux qui ont une urgence somatique, une intoxication médicamenteuse aigue ou autre, et le suivi de médecine générale oui on essaie de

recupérer des infos. On ne sait pas quand les gens vont partir, combien de temps ils vont rester. Il est arrivé qu'un patient reste 20 jours sur l'ensemble des services d'urgence quand d'autres restent deux heures. Donc on commence le travail sans se mettre de limites, même si on ne va pas relancer tous les suivis et dépistage d'emblée. Après sur le secteur je sais que je le faisais et ma collègue aussi, avec un gros boulot pour essayer de faire en sorte que le suivi se poursuive dehors avec un médecin traitant. Nous, ce qu'on fait beaucoup ici aux urgences, c'est appeler les médecins traitants.

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis?

-Nous on fait peu de sorties des urgences, on voit surtout des patients qui vont être hospitalisés. On fait des sorties depuis l'UHCD, où ce sont des patients moins décompensés qui restent 5 à 6 jours en UHCD. Donc là on fait un courrier au médecin traitant.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

-La plupart des patients de l'UHCD ont un médecin traitant. Ils ont pas mal de suivi. Alors rarement il m'est arrivé de dire au patient de revenir en consultation me voir aux urgences pour le suivi, quand ils n'ont rien. Mais c'est compliqué dès les urgences de leur trouver un médecin traitant. En UHCD en revanche on leur prend parfois un rendez-vous avec un médecin, mais on ne s'assure pas derrière qu'ils y vont. Nous en 6 jours on ne peut pas trouver un médecin traitant aux patients, mais on arrive toujours à trouver une solution. Et ceux pour qui il y a retour à domicile c'est qu'il y a quand même une situation sociale qui le permet, donc on n'a pas trop de difficultés. Sur le secteur en revanche c'était vachement plus compliqué. Et puis souvent on ne décide pas de la sortie, c'est le psychiatre. Donc on essaie de se préparer. On n'avait pas de CoReSo, c'était de la débrouille. Après la plupart avaient déjà vu un médecin du quartier et on demandait au médecin si le patient pouvait revenir le voir. Après statistiquement... 30% avaient un médecin traitant avant la création de CoReSo... Ce qui n'est pas possible c'est de laisser sortir quelqu'un avec la nécessité de faire quelque chose sur le plan somatique, tout seul sans suivi derrière. Mais après je m'appuyais aussi sur les infirmiers libéraux, depuis le secteur. Parce que souvent les gens qui ont une psychose, qui ont un traitement à administrer le soir chez eux, ils ont des infirmiers libéraux qui ont un rôle primordial là dedans. ET puis c'est eux qui alertent de suite si le patient n'ouvre plus la porte un jour. Ils les connaissent très bien et ils s'inquiètent de ça. En général quand tu travailles dans un secteur, tu connais plutôt bien les acteurs de ce secteur, les médecins, et autres. C'est important le secteur, pour ça.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

1:02:50

-Bah là nous ici on est en live, il y a 6 postes de travail avec ordinateur dans les urgences et qui sont dans la même salle, on est les uns à côté des autres ou les uns en face des autres. Et parfois on va voir les patients en même temps. La communication est facile. Mais même sur le secteur, au sein des unités, c'était plutôt simple.

Les postes de somaticiens aux urgences existent depuis 2016. Avant quand ils avaient un problème, ils alertaient des médecins de l'hôpital, souvent Revol, pour venir. Et maintenant on travaille vraiment ensemble, on parle de l'ordonnance ensemble pour éviter les contre indication. On fait beaucoup de conciliation médicamenteuse avec les pharmaciens et le psychiatre.

Ici c'est chouette.

Ici les psychiatres font assez facilement le lien avec le psychiatre de ville ou le médecin traitant du patient. Il arrive qu'on rappelle un médecin généraliste parce que le psychiatre n'a parlé que psychiatrie avec lui et que nous on aimerait savoir pourquoi il a du kardegic et des beta bloquants...

Ici nos liens avec les médecins de ville ce n'est pas toujours évident parce que les patients arrivent à n'importe quelle heure. On passe souvent par les pharmaciens pour avoir une info rapide, parfois les infirmiers libéraux, ou les laboratoires où ils font leurs prises de sang. On concilie les différentes sources. J'ai vu une patiente, c'était l'infirmière du laboratoire qui la connaissait le mieux parce qu'elle la voyait pour ses lithémies et la patiente lui racontait.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? Et en ville? 13:54

-Oui. Après ici je trouve qu'ils s'en alertent. Parfois les psychiatres nous appellent juste pour nous dire qu'un patient est dans un état somatique catastrophique et qu'il semblerait qu'il n'ait pas de médecin.

-Et en ville, vous pensez que le psychiatre a son rôle à jouer en tant que médecin traitant ou pour s'assurer qu'il y en a un?

-Ça dépend un peu de comment ils sont suivis... ils sont rarement suivis par des psychiatres libéraux, les patients psychotiques. Beaucoup sont suivis sur le CMP, mais est-ce que celui-ci doit être le médecin traitant ou lui en trouver un? Je pense que le psychiatre s'inquiète de ça, mais qu'il ne peut pas tout faire. Donc il faut des structures intermédiaires comme nous, pour s'occuper du suivi.

-Et par rapport au suivi cardio-métabolique lié aux psychotropes?

-Ben c'est comme pour savoir qui gère le diabète entre l'endocrinologue et le médecin généraliste, il faut juste se mettre d'accord. Si le psychiatre et le médecin généraliste s'appellent une fois, ils s'arrangent. Moi je pense que le psychiatre assume cette responsabilité mais il ne devrait pas hésiter à écrire au généraliste pour lui demander de faire tel ou tel suivi, déléguer, comme les autres spécialistes. Après c'est sûr que si tu prescribes un zyprexa et que tu ne surveilles pas la glycémie, on peut te le reprocher.

Au Vinatier on fait un groupe de travail pour améliorer le lien avec la médecine de ville. On bosse là dessus, c'est une vraie inquiétude. C'est vraiment un travail de réseau local. Le lien médecine de ville-psychiatre a plein de modèles possibles selon les endroits. On peut faire plein de chartes mais le mieux reste de se parler au téléphone 5 minutes. Ça règle vachement de choses. Nous on le fait davantage aux urgences parce que parfois le patient doit partir rapidement mais il y a encore des choses non réglées qui seraient à revoir dans 48h avec un médecin. Mais je trouve que les généralistes sont quand même assez joignable. Enfin avec doctolib c'est plus difficile. Mais à l'hôpital aussi on est difficile à joindre.

— — — — —

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné? 1:10:45

-Ben déjà il faut voir tout ce qu'on a essayé de faire et qui ne fonctionne pas: les chartes. Les outils de communication sont à améliorer. Par exemple la soirée organisée au CMP pour que les acteurs du secteur se rencontrent: ils n'étaient que 5 généralistes. Et en fait le généraliste qui a deux patients psychiatriques dans sa patientèle contre 50 qui ont un problème cardiovasculaire et 20 qui ont un cancer... il ne va pas aller à la rencontre de tous les soignants concernés sur son temps libre. Il faut arriver à se mettre dans le même contexte, la même temporalité. Je trouve qu'à l'hôpital on a du mal à comprendre les contraintes de la médecine de ville. À quel point tu peux être parfois isolé, sans secrétariat pour te faire tes courriers, à quel point tu gères tout de A à Z. Parfois tu entends « c'est quoi ce courrier de merde » alors que le généraliste a mis les antécédents, le motif, un moyen de le joindre... il n'est pas là à raconter sa vie au dictaphone, nous c'est sûr qu'on peut se le permettre, on a le temps et quelqu'un qui tape derrière.

-Oui c'est sûr que le généraliste a juste un quart d'heure pour voir le patient et faire le courrier et que sa salle d'attente se remplit derrière et qu'il n'a pas forcément de secrétaire.

-Moi j'ai une super idée, déjà, c'est qu'il faudrait rémunérer ce temps-là. En Norvège, bon ils ne sont pas rémunérés pareil, ils ont un modèle de consultation où même parfois le psychiatre va chez le généraliste, c'est des sortes de cliniques là bas. Mais déjà il faut rémunérer ça.

-Faire une tarification spéciale pour le suivi du patient psychotique?

-Alors pas une tarification pour le patient psychotique à chaque fois, parce qu'il y a plein de fois où le patient va venir pour quelque chose qui ne relève pas de la maladie psychiatrique. Par contre qu'il ait une tarification spéciale pour une visite annuelle, un examen systématique annuel, ça pourrait être bien. Mais une vraie tarification. Par exemple le suivi cardio métabolique du patient sous psychotrope, ça pourrait être quelque chose qui se côtoie. Pourquoi ce serait au psychiatre, qui bosse en CMP, qui sera payé sur son salariat et qui est blindé de consultations, il faut voir les délais des CMP... On ne peut pas leur dire de faire le suivi cardio métabolique en plus alors qu'il y a des gens dehors qui sont très compétents pour le faire. Les généralistes c'est quand même les rois du suivi et de la maladie chronique. Ça devrait être un acte reconnu. Et si on raisonne en terme de santé publique, quand tu sais qu'une femme jeune a, si elle est psychotique, cinq fois plus de chances de faire un événement cardio-vasculaire, tu te dis bon peut-être que tous les psychotiques de 35 ans devraient avoir une visite consacrée chez le généraliste et qui serait prise en charge. On s'emmerde pour des visites d'aptitude au sport... on pourrait quand même le faire pour les patients psychotiques.

Mais moi je trouve qu'il y a un vrai problème de rémunération, un problème de communication, et puis je pense qu'il manque des acteurs intermédiaires pour certains patients.

-Est-ce que les infirmiers de pratique avancée ou les infirmiers du CMP ça pourrait être une réponse adaptée?

-Oui, c'est bien ça. Des acteurs qui soient capable d'accompagner les gens. Comme nos soignants ici qui accompagnent les patients pour un examen. C'est pas un taxi ou une ambulance hein, ils accompagnent vraiment dans l'examen. Et ça c'est nécessaire pour certains patients. Pas tous, il y en a qui sont très autonomes.

Moi je pense qu'il faut arrêter de demander aux généralistes de faire des trucs pour lesquels ils ne sont pas payés. On ne peut pas leur demander d'être bénévoles. On ne peut pas leur reprocher d'être mal formés. Il faut favoriser le contact avec l'hôpital psychiatrique, mais ce n'est pas à lui d'aller chercher l'hôpital. C'est plutôt à nous d'aller vers le généraliste.

-Et est ce que faire des formations pour les internes de médecine générale pour les familiariser avec ça, qu'en pensez vous?

-Moi je pense que la psychiatrie ne s'apprend pas dans les bouquins. Enfin si mais l'exercice en soit il faut au moins quelques jours de pratique. Je ne dis pas qu'il faut passer un an en hôpital psychiatrique mais tu vois, ce ne serait quand même pas idiot que pendant l'internat les internes fassent ne serait-ce que des consultations au CMP. Il y a aussi plein de confrères qui prennent en charge des patients psychotiques, en orthopédie, en chirurgie ou autre, et qui s'en sortent très bien même sans avoir été formés, simplement en intégrant les difficultés sociales derrière. Mais Pour la suite c'est compliqué parce qu'ils peuvent par exemple les mettre sous préviscan et leur demander de faire contrôler l'INR quelques jours après... alors que le patient est complètement dissocié. Donc c'est quand même une histoire d'habitude et pour s'habituer il faut un premier contact. Il faut aussi offrir une porte de sortie quand on adresse les patients psychotiques, dire qu'on le récupère derrière, qu'on est là si besoin.

Avant je pensais qu'il fallait tout centraliser à l'hôpital psychiatrie mais c'est une connerie, on n'est pas là pour les paterniser. Mais des structures comme CoReSo c'est bien. C'est préparer le terrain, donner un numéro à joindre en cas de problème.

Mais moi pour avoir fait de la médecine général en ville, le secteur, et les urgences, je pense que les gens ne se rendent pas compte de la temporalité de chacun.

Il faut communiquer.

Entretiens semi-dirigés: Dr I

Femme Médecin de 36 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale

-Fonction: Praticien contractuel somaticien

-Service: CCM (centre de consultation médicale qui intervient sur toutes les unités, avec une petite spécificité sur certains services pour chaque médecin quand cela est possible, selon effectif)

-Etablissement Public Sectorisé. Unités d'entrée, unités de longue évolution, services fermés. Il y a 3 pôles (centre, nord, sud), contenant chacun des chambres fermées et des services fermés. Il y a un pôle adolescents, et de la pédiatrie à la journée mais pas en hospitalisation. Pas d'EHPAD mais unité USLD à partir de 65 ans. MAS (handicap mentale). TAPIES (unité de patients présents au long court). Réhabilitation.

-Mode d'exercice: hospitalier pur

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: tout l'hôpital selon répartition.

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-Depuis avril 2018.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie? 1:24

-Non, pas du tout. Je pense que c'est plus une opportunité. Je faisais des remplacements de médecine générale, je me sentais peut-être un peu seule, un peu surmenée, et j'ai eu l'appel d'un des autres médecins qui travaille ici parce que j'étais sur la liste des remplaçants, pour faire un remplacement. Je suis venue passer quelques jours et puis c'est plus l'idée de travailler en équipe qui m'a fait rester ici.

-Donc plutôt un hasard?

-Oui.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère?

-Je crois qu'il y a une grosse différence qui est l'acceptabilité des soins, le refus de soins qui est assez fréquent finalement chez les patients psychotiques, et le déni de la pathologie somatique. Donc je trouve que c'est difficile de trouver sa place, surtout qu'ici les patients psychotiques décompensés, on comprend bien que l'urgence, elle est quand même « psychiatrique », et du coup trouver sa place en tant que médecin généraliste c'est parfois difficile parce que le patient ne se préoccupe pas de la partie somatique, voire ne l'entend pas, ne la comprend pas.

Et n'a pas de suivi pas un médecin généraliste, aussi, souvent.

Donc on fait plus un travail de recherche au départ, de recenser un peu tous les examens qu'il a déjà eu, de faire une espèce de check up. Comparé à ce qu'on fait en médecine de ville où on connaît les patients...

Après, quelles autres spécificités... Le fait que ce soit en milieu hospitalier c'est très différent parce qu'on ne suit pas les gens, on intervient que ponctuellement, du coup on

essaie de travailler pour les amener aux soins somatique pour au moins qu'ils prennent conscience que c'est important aussi, et puis après tout se fait en ville avec le médecin traitant s'il y en a un.

C'est un positionnement particulier.

-Et par rapport aux entretiens avec les patients, dans le contact?

-Alors oui quand même c'est toujours pareil on ne sait pas trop, face à un patient délirant notamment, on ne sait jamais trop... c'est difficile de se positionner, surtout quand il y a des délires un peu somatoformes notamment, voilà. Essayer de rassurer sans aller contre le délire, sans le nier complètement, c'est pas toujours évident. Il faut effectivement plus adapter son discours, aller doucement, être plus... on ne peut pas tout dire non plus, on ne peut pas expliquer tout, tout n'est pas compris dans la prise en charge. Et faire de l'éducation thérapeutique je trouve ça beaucoup plus difficile en psychiatrie, parce qu'il faut s'adapter, adapter le discours, et finalement on n'a jamais de formation là-dessus, que ce soit pendant les études ou après, en fait. 5:33

Le savoir-être avec un patient psychotique, notamment, on n'a jamais de formation. C'est difficile.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients?

-Alors déjà ce sont des patients qui prennent beaucoup de temps, en ville, donc je pense que peut-être il y a aussi des médecins qui ne souhaitent pas les prendre en charge. Il y a aussi que eux-même ne sont pas concernés, n'ont pas l'impression d'avoir des problèmes somatiques.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients?

-Évitent je ne pense pas, appréhendent peut être, et du coup n'ont pas forcément du temps à passer... le patient du coup se désinvestit aussi je pense, et ça passe vraiment au second plan, leur problématique somatique, je pense, pour la plupart. Il y en a même qui l'expriment vraiment, ça c'est pas la priorité quoi. Donc ils ne vont pas consulter. Et en plus le médecin généraliste n'a probablement pas assez de temps, il n'a pas la possibilité de prendre en charge comme il faudrait ces patients psychiatriques.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient?

-Oui, je pense. Oui, peur de l'état d'agitation. Après pas au point de ne plus pouvoir lui parler ou autre, mais peur de ne pas justement anticiper sa réaction, oui.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine?

-Non, pas vraiment de préjugés, en tout cas non je n'ai pas de difficultés à soigner des patients atteints de pathologies psychiatriques.

Après peut être plus de peur d'avoir une vision biaisée de la réalité, voilà d'être en contact avec des gens violents... alors qu'ils ne le sont pas forcément tous mais, que ça biaise un peu ma vision du soin.

-Et quand vous prenez en charge un patient dont vous savez qu'il a des antécédents de violence sur d'autres personnes, est-ce que ça vous bloque?

-Non je pense que je reste dans mon rôle, ça ne me gêne pas dans la prise en charge du patient. Je reste dans mon rôle de médecin généraliste, après je vais peut-être être plus attentive à ce que je dis, à ne pas générer une violence s'il est décompensé. Après il y a

probablement des situations de soins où oui, on s'interroge sur jusqu'où on va dans les soins, s'il y a par exemple des patients qui ont tué, oui c'est une pensée qui peut entrer dans ma tête, mais justement c'est pour ça qu'en général on en discute tous ensemble.

**-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service?
(Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)**
-Sur appel de l'équipe soignante

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif?
-Manque de formation, difficile de trouver la bonne position, la bonne attitude à avoir. Plutôt ne pas rentrer dans le délire mais le contourner.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux?
-Oui.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale?
-Revenir plusieurs fois.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants?
-Calme, bienveillance

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?
-IDEM CH DROME VIVARAIS

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...?
-Si on a le temps.

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis?

-Alors oui, depuis peu, on a fait mettre par les informaticiens dans le logiciel un encart qui est une synthèse somatique, qu'on essaie de remplir au fur et à mesure de l'hospitalisation,

parce qu'il y a des patients qu'on ne voit qu'une fois et qu'on ne revoit jamais. Mais, du coup, si on a pensé à écrire dans la synthèse somatique que, je ne sais pas, on a instauré ou modifié un traitement d'une hypertension, ça s'insèrera automatiquement à la sortie avec le courrier de liaison, le compte-rendu d'hospitalisation psychiatrique. Et on est en train de travailler pour que les secrétaires de chaque pôle joignent tous les comptes rendus de consultations, examens para cliniques fait durant l'hospitalisation. Ce qui n'existait pas jusque là. Et donc la plupart des patients sortaient sans rien, parce qu'on n'avait pas le temps.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

-Alors... là c'est un peu... souvent on ne s'en aperçoit qu'à la sortie du patient. Donc ça c'est quelque chose qu'il faudrait mettre en place je pense, que les infirmières puissent nous alerter quand il n'y a pas de médecin traitant, pour remettre en place, le raccrocher à un parcours de soin, mais, pour l'instant...

Alors ça nous arrive d'appeler et de chercher un médecin généraliste qui accepte de suivre le patient, juste avant la sortie, mais la plupart du temps on est embêtés. Ça nous arrive de passer par le CMP pour essayer de trouver un médecin généraliste mais, pour l'instant on n'a rien d'organiser pour réinsérer le patient dans le parcours.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

-Non, il y a des liens quand on se croise, on essaie de se croiser mais c'est vrai qu'on ne se croise pas tant que ça... pour les situations pour lesquelles on pense qu'il est nécessaire qu'on discute, on arrive à se croiser, à s'envoyer un mail. On ne participe pas au staff des différents services sauf situation très particulière, parce qu'on n'a pas le temps. Donc oui, ça se passe de manière informel, au lit du patient j'ai envie de dire, quand on les croise dans les unités. Mais pas assez à mon goût.

On essaie d'organiser des rencontres entre nous mais c'est plus pour échanger des sujets généraux entre psychiatres et somaticiens, l'ECG en psychiatrie, la thromboprophylaxie en chambre d'isolement... mais ce n'est pas au sujet de patients particulièrement.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? Et en ville?

-Ben oui, moi je pense complètement que sachant qu'ils prescrivent, ils sont responsables des potentiels effets secondaires et du suivi, que ce soit le poids, le bilan lipidique, voilà, tout ce qui est cardiométabolique. Surtout qu'ils sont parfois les seuls à suivre les patients, ils leur renouvellent leurs traitements somatiques aussi, donc je pense que du coup ils sont un peu responsables, faudrait au moins qu'ils puissent orienter vers un médecin généraliste quand ils pensent que c'est nécessaire, et prendre en charge le suivi selon les recommandations de l'électrocardiogramme annuel, etc, je pense que c'est plus au psychiatre de gérer ce qui est relatif à son traitement. Après pour le reste, le suivi somatique global non lié aux thérapeutiques spécifiques de la psychiatrie, non c'est sûr que là c'est le lien avec le médecin généraliste. Ils sont médecins aussi et le minimum serait d'adresser au généraliste en cas de problème, comme ils sont les premiers interlocuteurs. Au moins savoir détecter quand il y a besoin d'aller aux urgences ou chez le généraliste.

-Et dans les services, le suivi cardio métabolique, l'ECG, ça ils le font?

-C'est... quand même beaucoup nous. Déjà c'est nous qui recevons les biologies. Alors depuis qu'on a mis en place le bilan standard c'est quand même eux qui les prescrivent et dedans il y a le bilan lipidique, la glycémie...

-Mais ils ne les regardent pas?

-Alors sûrement qu'il y en a qui les regardent, mais je n'ai pas l'impression que c'est ce qu'ils regardent en priorité. 5:44

Surtout en hospitalisation. Après au CMP je ne sais pas, c'est peut être un peu plus du suivi au long court.

Ici on se concentre sur la problématique aiguë et le suivi cardio métabolique c'est nous à 90%.

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné?

-Bon alors déjà on rentre dans de la politique... il faut plus de médecins généralistes. Parce que dans des journées ultra chargées, prendre une demi heure pour un patient ça devient compliqué, quel que soit le patient. Donc déjà, s'il y avait plus de généralistes, ils auraient plus de temps, et probablement que ça ne poserait pas de soucis de prendre en charge des patients avec des pathologies psychiatriques.

Après le fait qu'il y ait un médecin généraliste dans les CMP, éventuellement, qui vienne de temps en temps pour raccrocher un peu le patient. Je connais un peu le dispositif que le Dr Fau a mis en place. On y avait pensé aussi et on a appris que ça existait déjà, voilà, je pense que c'est quelque chose qui va largement améliorer les soins somatiques en psychiatrie.

Et probablement aussi que les psychiatres soient plus impliqués dans ce suivi là et en parle avec le patient, et eux aussi aient un rôle à jouer dans l'éducation thérapeutique, au moins amener le patient à se préoccuper aussi de sa santé somatique.

-Et donc vous parliez plus tôt de formation, c'est vrai qu'on est peu formé à la problématique du patient psychiatrique en médecine générale et que les quelques stages d'interne de médecine générale en psychiatrie ont fermé.

-Oui moi je pense que faire des formations serait important, plus on se sent plus à l'aise avec les choses, moins on y passe de temps, moins ça nous fait peur. Et puis sûrement on est plus efficace, on a un meilleur savoir-être avec le patient psychiatrique, je pense que ça aide. Et puis en éducation thérapeutique aussi, peut-être en éducation thérapeutique chez le patient psychiatrique le patient psychiatrique.

Et forcément quand on est passé en stage en psychiatrie c'est mieux.

-Et en dehors des stages, quel genre de formation vous imagineriez, vous? Des formations faites par des médecins somaticiens qui font déjà ça?

-Alors oui moi je pense que ça pourrait être très intéressant. Moi en étant déjà sur place, j'attendrais vraiment plus que des psychiatres... Vu que c'est le savoir-être qui me pose vraiment plus de difficultés, je verrais bien des formations avec les psychiatres. Savoir interroger un patient atteint de troubles mentaux...

Après je pense qu'il y a un savoir-être qui facilite la relation mais peut-être pas. Ça c'est mon imaginaire, peut-être. Et après s'il y avait des formations vraiment sur les soins

somatiques en santé mentale, oui, par des généralistes qui travaillent déjà dans des centres psychiatriques et qui ont déjà cette expérience-là. Ils ont plein de petites techniques, ils sentent comment le patient va réagir, comment la situation va évoluer, quel type de patient est dans l'incurie et va être difficile à amener aux soins, ils ont quand même beaucoup d'expérience.

-Et il y a une autre chose qui ressort parfois, c'est l'absence de cotation spécifique en médecine générale.

-Oui ça ne rentre pas dans la consultation annuelle du patient en ALD?

-Pas que je sache...

-Ça pourrait être une idée, c'est sûr.

Entretiens semi-dirigés : Dr J

Femme Médecin de de 31 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale

-Fonction: somaticienne sur le pôle centre

-Service: 3 services dont 2 services d'entrée (Falret et Domaison), et l'URPS (unité de réhabilitation psychosociale: foyer pour autonomiser les patients) + gérontopsychiatrie sur le pôle Psypa à Sisley. Actuellement en charge de tous le pôle centre (sur un 60%) car collègue en congé maternité.

-Etablissement public, services sectorisés. Pas de secteurs fermés.

-Mode d'exercice: hospitalier pur; adulte et gériatrie.

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: 25 patients par service (x 6 services actuellement) mais vu en fonction des besoins.

Actuellement en procédure dégradée car habituellement participation à la vie du service, aux réunions, essaie de voir presque tous les patients des services, mais actuellement impossible et ne voit les patients que sur appel.

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-Je suis thèse depuis 3 ans et demi (en mars 2016) et j'ai commencé au vinatier en juin 2016 après avoir fait 6 mois de remplacement dans un cabinet.

Et donc ça fait deux ans et demi que je suis sur le pôle centre. Et la gérontopsychiatrie depuis 2 ans.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie?

-Pas mal de choses... J'ai fait mon dernier stage d'externe ici au Vinatier. Donc avant de choisir la spécialité. Et puis j'avais vu les somaticiens passer dans les services et ça a un peu attisé ma curiosité, puisque moi j'aime bien le côté social. Dans mon parcours je suis passée à la PAS (permanence d'accès aux soins). J'ai fait une thèse sur le milieu de la précarité. Et c'était ce côté-là qui m'intéressait. Après quand j'ai atterri là c'était finalement un peu par hasard, suite à des événements personnels où j'ai vu qu'il y avait un poste: je me suis dis allez, c'est l'occasion. Et voilà. Je ne sais pas si j'ai bien répondu...

-Oui, si! Et la psychiatrie, est ce que vous l'aviez envisagée comme une option?

-Ah si! Et bien non, du coup. J'étais FFI en côté psy, au moment des choix de l'internat j'ai longtemps hésité entre les deux, et j'ai choisi du coup médecine générale parce que la petite expérience que j'avais eue de la psychiatrie, je trouvais ça quand même très dur face au patient, et ça peut être dur en tant que somaticien mais il y a quand même moins de confrontation, de relation de force.

-Donc les patients dans le milieu de la psychiatrie vous intéressaient mais c'était plus le lien en tant que généraliste qui vous convenait, qu'en tant que psychiatre?

-Voilà, je ne suis pas trop... finalement, les traitements neuroleptiques... Enfin, les prises en charge qui se font, il y a quand même des fois où je ne suis pas super d'accord, super à l'aise... et des fois on n'a pas forcément envie de crier qu'on bosse au Vinatier... dans certaines prises en charge je ne suis pas toujours... Non, je n'aurais pas pu être psychiatre.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère?

-Les pathologies? Ou la prise en charge?

-Plutôt la prise en charge.

-Alors, ce qui est différent, c'est que... tout est plus compliqué avec un patient psychotique. Parce les symptômes ne sont pas exprimés de la même façon. Il y en a certains qui vont avoir beaucoup de plaintes somatiques, qui peuvent être liées parfois à des hallucinations synesthésiques, ou parfois juste un gros état anxieux. Mais la plupart du temps ce sont des patients qui vont soit ne pas déclarer leurs symptômes, soit ne même pas les ressentir parce qu'ils sont un peu coupés de leur corps. Donc la spécificité c'est que... ben, là, même récemment, on peut arriver parfois à diagnostiquer des choses qu'on pensait ne plus voir en France, des pathologies assez évoluées. Il y a un retard diagnostic. J'ai un patient à qui on vient de trouver un cancer du rectum à un stade... Il était énorme, ça devait faire 3 ans qu'il l'avait et il devait bien sentir quelque chose mais il n'en a pas parlé. Et puis on a aussi une difficulté dans le lien: il peut y avoir de la persécution, des choses comme ça qui font que tout le côté lien qui est plus pauvre qu'avec des patients classiques, mais qui est en même temps un long travail, une grande partie du travail. Et surtout l'acceptation des soins. Parce que moi j'ai l'impression que c'est surtout ça mon travail. On n'a pas besoin d'être des grands techniciens, mais de faire aller le patient aux soins... parce que pour les spécialistes, c'est tout de suite plus compliqué, ils ne veulent pas faire telle ou telle chose et eux ce n'est pas leur problème au fond, nous on est un peu là pour ça.

-Avez-vous l'impression qu'en tant que généraliste vous avez plus le rôle du gentil par rapport au psychiatre?

-Oui complètement. On a quand même le beau rôle même si parfois ce n'est pas forcément le cas, oui on a le beau rôle. Parce qu'on est là, présents, pour écouter leur doléances, alors que le psychiatre, quand il n'y a pas de notion de reconnaissance de la pathologie... Oui, nous on est le bon objet.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients?

-Plein de choses. Parce que c'est compliqué de recevoir en cabinet un patient psychotiques. Moi j'en avais eu quelques uns quand je faisais mon remplacement, et le patient n'était pas capable de savoir les traitements que son psychiatre lui prescrivait... il était constipé mais il ne savait pas depuis quand... la consultation devrait durer deux fois plus de temps, en fait. Il y a ça, et le fait que pour le patient c'est parfois compliqué d'aller consulter, et puis pour les médecins, parfois, d'avoir à faire à des patients... ça dépend mais je pense que ça peut être compliqué, dans un cabinet du 6e, d'avoir un patient psychotique qui se mêle aux autres patients. Enfin, je ne sais pas.

Mais aussi parce qu'ils ne vont pas consulter.

Toi, tu as recherché?

-La question du temps ressort beaucoup, ça c'est sûr, après que les patients ne viennent pas consulter c'est aussi quelque chose qui ressort. Et dans ce cas-là, on en parlera plus loin dans l'entretien, mais peut être que le psychiatre est le mieux placé pour envoyer le patient voir le généraliste si c'est lui qui le suit.

-Oui, c'est vrai que ça c'est ce qui fait que moi je reste ici... enfin même si là je prends une dispo mais... je tiens beaucoup à mon travail parce que franchement je me sens vraiment

utile pour ces patients parce qu'il y en a qui vraiment ne se font pas du tout suivre. Il y en a un là, je l'ai engueulé, ça fait 4 mois qu'il est sorti d'hospitalisation et là il me parle et me dit qu'il a mal depuis 5 mois. Ben il faut s'occuper un peu de vous! Là ils ne le font pas, donc on se retrouve à rattraper des choses... pas toujours rattrapables d'ailleurs.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients?

-Je ne sais pas. C'est difficile à dire. Ben, appréhendent, je pense, oui, parce que je pense qu'il peut y avoir pas mal d'appréhensions...

Évitent, ben, il doit y en avoir certains, il y a des médecins qui refusent les CMU, je ne les connais pas et je n'ai pas envie de les connaître mais il doit y en avoir certains qui évitent, forcément.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient?

-Oh c'est arrivé, oui.

-Vous vous êtes sentie en danger?

-Je n'ai pas de souvenir qui me vienne vraiment mais... Bah si, en fait, hier, j'étais dans le bureau infirmier toute seule, et il y a une patiente qui frappe, qui frappe fort fort sur la porte et qui l'ouvre et qui commence à s'énerver pour je ne sais quelle raison de cigarettes et qui commencent à agiter les bras, j'étais toute seule, je ne faisais pas la maligne. Mais ça reste rare, quand même. La plupart des patients qui sont inquiétants, les infirmiers nous accompagnent.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine? (pour prendre en charge un patient...)

-Tu penses à quoi comme préjugé?

-Admettons que ce soit un patient qui a déjà tué, violé...

-Ah, non. Bizarrement, ça, j'arrive bien à faire la part des choses. Ce qui peut être plus compliqué c'est de faire face au patient paranoïaque, qui est agressif, quand toi-même tu es fatiguée, pas la grosse pêche, ça... j'ai appris mais au début ça n'était pas facile.

— — — — —

-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service?

(Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)

-Sur la gérontopsy, où là j'ai un service en charge de 24 patients, les patients je les vois tous. Donc il y a une consultation d'entrée avec un examen systématique et puis après je les revois.

Au pôle centre, avant, j'essayais quand même de voir les entrées, toutes les entrées, les primo hospitalisations ou les patients que moi je ne connaissais pas au moins une fois, maintenant ce n'est plus possible. Et puis je n'ai pas le temps de me présenter aux patients... je suis à 60% sur 6 demi-journées... donc ça fait une demi-journée par unité. Bon, je ne répartis pas comme ça, mais... donc du coup là c'est vraiment sur point d'appel. Mais les patients me connaissent. Les somaticiens, les patients doivent parler entre eux mais on n'a pas besoin de se présenter, en principe, ils viennent à nous directement.

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif?

-Oh ben alors ça c'est une vaste question, du coup!

-Est ce que vous contournez le délire, vous rentrez dans son jeu?...

-Ah, est ce que je vais lui dire non, y'a pas ça c'est délirant? Ou est-ce que je vais accepter ou le contourner?

Ben, en principe, je n'y vais pas en frontal en disant « non, c'est comme ça ». J'essaie plutôt de contourner. Je ne sais pas si c'est une bonne réponse...

Je pense que ça doit dépendre des fois mais plutôt pour maintenir le lien je préfère contourner plutôt que confronter.

-Et est ce que rentrer dans le jeu c'est envisageable?

-Non, j'essaie de ne pas trop rentrer dedans non plus, j'essaie de botter en touche et de repartir vraiment sur les symptômes. L'idée c'est « oui vous me dites que vous avez des serpents dans le ventre, mais là pour aller à la selle il va falloir prendre des laxatifs. »

Je vais te raconter un exemple. Là j'ai une patiente, c'est horriblement compliqué la prise en charge. Elle a 40 ans, elle est en bonne santé physique, et elle a une psychose d'Ekbom. Donc conviction d'avoir des parasites. Et du coup elle se trouve plein de symptômes cutané-muqueux, elle a consulté plein de dermatologues, et c'est la catastrophe. C'est à dire que là, à la dernière hospitalisation, elle est arrivée en s'étant rasée les cheveux, elle jette tous ses habits, elle traite avec de l'anti-mites, tout ça, tout le temps, et en fait la psychiatre... on la prend en charge toutes les deux, mais la patiente veut tout le temps me voir parce qu'elle a des trucs qu'elle n'a pas. Et donc on avait convenu avec la psychiatre qu'il fallait quand même que je la voie régulièrement, mais pas trop, pour répondre à ses demandes, et en fait la psychiatre a pris le parti de ne pas être frontale, parce que le délire est vraiment enkysté, mais du coup moi je me retrouve avec une patiente qui a des plaintes somatiques et qui est vraiment en grande souffrance par rapport à ça, parce qu'elle les vis vraiment... et moi je ne sais plus comment faire parce que ses plaintes, c'est que du délire, moi je n'ai rien à traiter, et voilà j'ai ça à faire... elle vient me voir tous les mois pour me montrer ses tâches qu'elle n'a pas ou... ses saignements des gencives... et ça franchement ça me questionne vraiment parce que... je ne trouve ça même pas honnête parce que... de ne pas dire les choses... On n'a pas réussi à la virer hein. Je divague un petit peu.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux?

-Moi je trouve que dans l'idée c'est une bêtise de distinguer les deux parce que on se rend bien compte que le psychisme influence le corps et vice versa, enfin ça c'est dans les principes. Mais sauf que dans la vraie vie, les psychiatres ne font pas de médecine générale, et qu'il y a vraiment besoin de soins... même sans parler de faire des dépistages, mais il y a la gestion des complications des traitements, qui peut parfois être compliquée et dépasser les compétences du psychiatre, après... malheureusement dans la pratique je ne vois pas comment on peut se séparer du poste de somaticien complémentaire au psychiatre. Mais dans l'idée...

Il y a des patients qui ont plein de plaintes somatiques, on se rend compte qu'ils sont très mal psychologiquement puis ensuite ça s'amande tout seul. On ne peut pas traiter l'un sans l'autre mais c'est ça qui est compliqué. Moi là je suis en bonnes relations avec les psychiatres donc on arrive vraiment à discuter. On va discuter d'un traitement si au

niveau somatique il est mal toléré et voilà. Mais la psychiatre de géronto c'est une catastrophe, je n'arrive pas à communiquer avec elle. Et du coup c'est encore pire parce que les personnes âgées au niveau de la iatrogénie...il y en a plus! Et là il n'y a pas du tout de prise en charge ensemble quoi. Et c'est pas super.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale?

-Ben, ça dépend. Si ce n'est pas grave, je n'insiste pas. Ça dépend des patients (parce qu'on les connaît parfois s'ils reviennent). Mais si ce sont des choses graves, je vais essayer de rediscuter, d'en parler au psychiatre pour qu'il aborde ça aussi avec le patient, et à force de répétitions, parfois on les fait changer d'avis. Essayer de voir ce qui bloque. Après ça dépend: psychiquement il y a des périodes où il ne vaut mieux pas insister, ça va plus les conforter dans leur refus. Ça dépend de la gravité.

Par contre je rappelle toujours au patient, chaque fois que je programme des examens ou autre, je trouve ça important de leur expliquer, de leur en parler, d'avoir leur accord. Contrairement au psychiatre, où ils n'ont souvent pas leur accord à donner. Donc quand ils ne veulent pas je leur explique que je ne les forcerais pas, et le pourquoi...

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants?

-Ben, la patience. L'attente.

-Vous y retournez plusieurs fois ou vous les laissez venir dans ces cas-là?

-Ben en fait moi si tu veux, vu que je suis sur plusieurs services, je ne peux pas laisser venir le patient, c'est une pratique qui n'est pas envisageable. En géronto, je peux faire ça. Il y a par exemple une patiente qui a vraiment un sale caractère et quand c'est moi qui y vais, en principe, je sais qu'elle me remballer. Donc j'attends qu'elle vienne me voir. Mais là dans mes services je ne peux pas. Ce n'est pas possible vu que je ne fais que passer dans les services. Je vois ce qu'il en est et en fonction de ce que me disent les infirmiers, je le vois avec un infirmier s'il le faut, pour les rassurer s'ils ne me connaissent pas encore. Mais c'est quand même un problème que je n'ai pas très souvent. Le refus d'examen ou de soins, oui, mais la réticence à me voir... au niveau du contact ça va plutôt bien. J'ai rarement des refus.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

IDEM Vinatier

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...?

-On ne peut pas dire toujours. Mais quand j'étais en effectif normal sur le pôle centre c'est quelque chose que j'essayais de faire. Maintenant c'est compliqué. Pour les patients qui sont en foyer, qui pour le coup vivent là en attente de logement ou de structure extérieure, pour eux si je suis obligée de le faire car ils ne sont pas suivis à l'extérieur. Après j'essaie si j'ai le temps au moment de la consultation de demander ça mais... là je gère plutôt les urgences actuellement. Je ne fais pas d'hémocult, c'est un peu compliqué avec les patients. J'ai essayé, j'en avais commandé un stock, mais... (rire)

— — — — —

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis?

-Ah bah c'est la grosse galère. Alors, en géronto, où c'est une prise en charge vraiment systématique (pour te laisser imaginer, en géronto, c'est comme d'être médecin en SSR, je gères les patients), bah là il y a une lettre de liaison systématiquement envoyée au médecin traitant, et puis j'explique au patient et à la famille ce qu'ils doivent faire, mais en principe je ne les revois pas en extra, je ne les revois pas après. Sur le pôle centre je fais un courrier uniquement pour les patients qui m'ont posé un souci. Souvent j'en donne un au patient et j'en envoie un au généraliste (car j'ai bien peur que le patient perde les choses). S'il y a des choses vraiment importantes, mais je n'ai pas trop de cas comme ça sinon c'est des patients qu'on va plutôt muter, j'appelle le médecin. C'est arrivé que je rappelle des patients mais que j'en revois c'était vraiment rare.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

-Quand il n'y a pas de médecin traitant, ben...je transmets au psychiatre du CMP. Mais ce n'est pas si souvent que ça. Enfin si il y en a plein qui n'en ont pas mais ça ne va pas souvent être des patients pour qui j'ai beaucoup d'informations à transmettre. Donc ça tombe bien.

-Il n'y a pas de CoReSo au pôle centre?

-Non, il n'y en a pas, mais j'aurais bien aimé. Je trouverais ça hyper intéressant pour compléter notre activité en fait, parce que moi je trouve ça quand même triste... Moi j'avais un patient qui était polyvasculaire, on lui a découvert des sténoses de partout, on lui a mis des stents et compagnie, et en fait ben c'est bien, tu prescrites ça, mais si le patient à l'extérieur n'a pas de médecin traitant, il ne prendra pas son kardegic parce qu'il ne sera jamais renouvelé. Donc, c'est un peu frustrant.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

-Ben, normalement, on a des réunions hebdomadaires, où il y a infirmiers, psychiatres, assistante sociale, psychologue, cadre, chef de service... Dans l'effectif normal, j'y vais, mais là je n'y vais plus donc la discussion avec le psychiatre c'est par téléphone, par mail, ou de vive voix quand il y a besoin mais, là comment je travaille, c'est vraiment la catastrophe, je ne fais plus aucune relève, je n'ai pas le temps de perdre 45min avec les infirmiers pour une relève. Donc, ce n'est pas le mode de fonctionnement normal du tout que j'ai. Mais bon je t'en parle quand même parce que c'est comme ça que ça se passe.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? Et en ville?

-Ben, en intra, pour moi, les ECG pour contrôler le QT après majoration des neuroleptiques ce n'est pas à moi de les regarder, c'est au psychiatre. Je peux les regarder s'il y a des problèmes mais tous les bilans bio après introduction de traitement et compagnie j'espère qu'ils les regardent parce que...

-Donc pour les effets indésirables des traitements prescrits par eux-mêmes, c'est aux psychiatres de surveiller.

-Oui. Bon après les bilans lipidiques, les effets secondaires cardio vasculaires au long court, ça je ne leur demande pas, mais la lithémie, les choses comme ça, en principe ils le font.

-Et vérifier la thyroïde, la fonction rénale?

-Ouais ça ils le font quand même pas mal. Ou souvent ils vont me dire s'ils ont introduit du lithium chez tel patient. On communique quand même pas mal.

-Et est-ce que vous pensez que le psychiatre de ville, si le patient a du zyprexa ou n'importe quoi, est responsable du bilan métabolique régulier, si le médecin traitant n'est pas impliqué... ou au moins de vérifier que c'est fait par un généraliste?

-Ben ça c'est une question, parce qu'il y a des choses...Moi ça fait 3 ans que je bosse là mais je ne sais pas qui est responsable. Par exemple le scanner ou l'IRM cérébrale après une primo décompensation, qui doit le faire? Parce que moi j'ai un patient qui est décédé de métastases cérébrales... il a dû l'avoir, son IRM à l'entrée, il y a plusieurs années, mais je ne l'ai jamais retrouvé. Et du coup ça m'a quand même posé question. Et nous on en prescrit, les psychiatres aussi, mais qui doit le faire? Et la surveillance métabolique c'est pareil, j'avoue, je ne sais pas. Je pense que c'est bien que le psychiatre s'en préoccupe aussi mais en ville je ne suis pas sûre que ce soit fait. Je ne sais pas. Ça devrait être le cas. Ils ont une palette de traitements qui est quand même assez réduite, en terme de classes de traitements, donc pour moi c'est à eux de s'en occuper.

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné?

-Ben je pense que le psychiatre a toute sa place pour accompagner le patient vers un médecin généraliste, mettons s'il a une suspicion de pathologie maligne ou quoi que ce soit. Pas forcément le psychiatre mais aussi l'infirmière du CMP. Je pense que c'est leur rôle aussi d'accompagner ces patients qui n'arrivent pas à aller consulter.

Bon, il y a CoReSo, mais CoReSo c'est un projet. C'est très bien, mais avant que ce soit généralisé, je pense que les infirmiers de CMP peuvent faire le lien vers les médecins généralistes. Moi je trouve que ça, ça peut être un levier.

Former les médecins, pourquoi pas, mais en fait il faut que le patient vienne, aussi.

Donc...coordination par le CMP. Je pense que ça c'est quand même quelque chose qui pourrait marcher. Et peut être qu'il y ait des médecins généralistes qui soient vraiment géographiquement juste à côté des CMP. Ben je crois qu'à Sévigny c'est comme ça, il y a un CMP et un centre de santé qui sont collés.

-Donc un mode d'exercice pluridisciplinaire, puisqu'on va un peu vers ça?

-Oui, mais le problème c'est qu'ils parlent de tout...le secteur, l'hospitaliser, ce n'est pas en bonne voie. Ils veulent tout mettre en ambulatoire et compagnie. Je ne sais pas. Je ne suis pas allée trop en CMP, je ne me rends pas trop compte. Je vois surtout l'articulation par le psychiatre.

Entretiens semi-dirigés : Dr K

Femme Médecin de 37 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale

-Fonction: médecin PH, « somaticien »

-Service: CCM (centre de consultation médicale qui intervient sur toutes les unités, avec une petite spécificité sur certains services pour chaque médecin quand cela est possible, selon effectif)

-Etablissement Public Sectorisé. Unités d'entrée, unités de longue évolution, services fermés. Il y a 3 pôles (centre, nord, sud), contenant chacun des chambres fermées et des services fermés. Il y a un pôle adolescents, et de la pédiatrie à la journée mais pas en hospitalisation. Pas d'EHPAD mais unité USLD à partir de 65 ans. MAS (handicap mentale). TAPIES (unité de patients présents au long court). Réhabilitation.

-Mode d'exercice: hospitalier pur 80%

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: environ 80

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-Depuis 4 ans. Après l'internat je me suis installée au cabinet en collaboration pendant trois ans, dans la région lyonnaise. Et on a déménagé pour des raisons personnelles, familiales, on a décidé de venir habiter dans la région de Valence. Et du coup là j'avais deux possibilités, c'était soit me réinstaller, parce que la médecine générale libérale ça me passionne, mais je savais que si je faisais ça je le faisais pour une trentaine ou une quarantaine d'années, parce que je compte rester là dans la région, et je ne connaissais personne, donc ça voulait dire se lancer dans des remplacements, et donc j'ai préféré la 2e option qui était de venir découvrir le même métier dans un hôpital psychiatrique. Parce que j'avais une amie qui avait fait un stage d'internat et qui travaille sur Saint Cyr au Mont D'or et qui me disait que c'était la même chose qu'au cabinet, sauf qu'avec des horaires plus sympa et puis un travail pluridisciplinaire. Et puis c'est vrai que du coup le fait de travailler, enfin j'adorais le libéral et j'adore toujours, mais j'ai vu quand même le fait qu'en trois ans, même en cabinet de groupe, je trouve qu'on travaille quand même beaucoup seuls... bon il faut dire qu'on avait un bureau pour deux donc forcément par définition quand je repartais lui arrivait et ainsi de suite, donc... Mais j'avais envie de travailler à plusieurs et surtout j'avais un DU de pédiatrie, et du coup je voulais faire énormément de pédiatrie donc j'avais affiché mon DU sur ma plaque, et je faisais presque que des enfants, j'avais 60% de ma patientèle qui étaient des enfants, et en fait je me suis du coup retrouvée hyper spécialisée. J'avais fait toute ma formation complémentaire sur la pédiatrie, et au rythme où ça allait je me rendais compte que j'oubliais complètement le diabète, la tension, les problèmes rénaux... et ça faisait juste 3 ans que j'étais diplômée et je me disais que ça serait bien de revenir à de la médecine générale plus générale. C'est pour ça que j'ai préféré venir travailler ici dans un premier temps, et je me suis dit au pire des cas je travaille ici 6 mois et après je repars en ville puisque j'adore le libéral, y'aura un petit peu de remplacement...

Et en fait quand je me suis retrouvée ici, ça m'a vraiment plu. Je trouve ça passionnant. Parce que je trouve que c'est de la médecine générale, mais portée chez le patient plus fragile. Moi j'ai toujours aimé travailler chez le patient fragile. Si je devais me réinstaller je voulais aller dans un quartier sensible. Enfin j'aime mieux, ça m'intéresse de travailler sur

la fragilité. J'ai un peu plus d'appétence. Après les patients sont tous potentiellement fragiles mais voilà, ici ils sont assurément fragiles, précaires, un peu rejetés de tous... Au départ, au début de mes années de médecine, je voulais faire de la médecine humanitaire, je voulais faire pédiatre dans l'humanitaire, et en fait je trouve que se retrouver médecin généraliste en psychiatrie c'est pas si loin. Parce que en fait on soigne les gens que les autres ne veulent pas soigner, et je vois beaucoup de sens à ça. À me battre pour eux, qui n'ont pas la force de pouvoir le faire.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie? 4:44

-J'avais bien aimé mon stage d'externe au Vinatier. Je trouvais que les patients étaient assez attachants, et ils ne m'ont jamais fait peur, je m'intéressais à tout ce qui tournait autour de l'autisme, plus sur le côté enfant, et déficit. En cabinet on en a beaucoup, des patients... je ne peux pas dire que je souhaitais particulièrement faire de la psychiatrie mais j'en recevais beaucoup et les patients ne voulaient pas trop aller voir les psychiatres, donc on se retrouve à faire pas mal de suivi sans le vouloir, de suivi psychologique. Mais je pense que ce n'est pas quelque chose à quoi j'avais pensé avant, mais j'aurais bien aimé en tant qu'interne passer dans le fameux stage de Saint Cyr en Mont d'Or, à l'époque c'était le seul, mais je n'ai jamais pu le choisir. Je n'ai jamais pu accéder au stage de médecine générale en milieu psy, alors que ça m'aurait bien plus intéressée que de faire six mois de pneumo à ne voir que des BPCO et des néo pulmonaires, et les effets secondaires du carbotoxol... je trouve qu'on devrait avoir plus de stage en médecine générale dans un hôpital psy, parce que c'est ce qui se rapproche le plus de ce qu'on fera en ville aussi, par rapport à des stages plus spécialisés.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère? 6:30

-Tout est différent. Peut être, la première chose, je vais peut-être faire dans l'ordre de l'examen clinique... La première chose c'est l'interrogatoire, la plupart du temps l'interrogatoire est limité, en fonction de l'état psychologique, parce que le patient à l'entrée qui va être en bouffée délirante ou en phase maniaque ne va pas répondre correctement à l'interrogatoire, on aura des informations très partielles. La deuxième chose, au niveau de l'examen clinique, il faut pouvoir s'adapter à l'état psychologique du patient en fonction de son état, si par exemple... il y a certains patients à l'entrée qu'on ne peut pas examiner, qui refusent. Je pense par exemple à un patient qu'on avait eu, qui était SDF depuis 20 ans, qui n'avait pas vu de médecin généraliste depuis encore plus longtemps. Je crois qu'il avait fallu, entre le moment où j'ai prescrit une prise de sang et sa réalisation, plus d'un mois avant que les infirmières arrivent à le faire, sans le heurter, sans être dans le conflit. Ils avaient décidé de le réacclimater progressivement à la vie sociale, parce qu'il était totalement marginalisé. Et il avait fallu 2 mois pour que je puisse l'examiner cliniquement, pour que à la fin, au bout de 1 an d'hospitalisation, on réussisse à le faire opérer d'un énorme glaucome pour lequel il était aveugle complètement d'un oeil, et à l'autre il lui restait 1/10e... Mais avec la chirurgie il a pu récupérer. Donc par exemple dans le cas de ce patient, il a fallu savoir attendre en fonction de l'amélioration de son état psychique pour pouvoir adapter son examen clinique. Donc il faut une grande adaptabilité en fonction du patient, pour pouvoir le soigner au mieux sans que ce soit quelque chose de mal vécu.

Et après quand on les examine cliniquement, il y a beaucoup de subtilités. Par exemple le patient autiste, il faut, si vous posez des questions pendant que vous l'examinez, vous saturez totalement leur capacité d'interaction sociale. C'est à l'un des congrès de l'ANP3SM, qu'un autiste expliquait que pour lui rien que quand on lui parle, répondre mobilise tous ses récepteurs et qu'il n'est pas capable en même temps de brancher... Il simplifiait en disant qu'un patient atteint de TSA c'est comme une prise multiple sur laquelle il y a par exemple une prise pour le toucher, une prise pour l'audition et une prise pour la vue, et il disait que eux n'avaient pas cette capacité à brancher tous les sens en même temps, que déjà écouter un des sens c'était compliqué, pour certains même parler n'était pas possible, mais si on essaie de les palper en même temps qu'on leur pose des questions, c'est très compliqué pour eux. En tout cas il y a un des sens qui peut se mettre de côté et du coup on n'aura pas les réponses, soit à notre question, soit au moment de l'examen le patient ne va pas se laisser faire, par exemple.

Et je crois que surtout la grosse différence c'est aussi par rapport au reste du monde soignant. Ils souffrent d'une double pathologie. Il y a la pathologie psychiatrique et puis la 2e étiquette du malade psy, qui limite souvent les soins somatiques. Car à l'heure actuelle, quand on est patient en 2020 il faut se battre pour obtenir un RDV en ophtalmo, en dermato, chez un pneumologue, chez un médecin généraliste, trouver un médecin traitant... Et du fait de leur pathologie mentale, beaucoup n'arrivent pas à mener ce parcours du combattant pour accéder au soin somatique. Du coup ils ont à la fois la maladie psy, de nombreuses autres tares somatiques, et ils sont en plus perdus dans un système de santé qui est compliqué et auquel ils ont peu d'accès.

Après on sait aussi que la durée de vie du patient psychotique est diminuée, alors là il y a plein d'études différentes mais si on écoute le Dr Djéa S., on retient plutôt une vingtaine d'années de vie en moins. On les voit, les patients quand on les regarde, on a l'impression qu'ils ont 80 ans quand ils en ont 60. Je trouve que physiquement c'est très marqué. Ils ont une durée de vie qui est la conséquence de plein de choses dont la difficulté d'accès aux soins.

Ça prend beaucoup de temps de les recevoir, et dans un cabinet de médecine générale c'est compliqué par ce que le patient va consulter et c'est d'abord l'aspect psy qui va prendre la place de la consultation, et du coup il ne reste pas grand temps pour le reste. C'est des patients, c'est compliqué de comprendre qu'il faut faire une consultation pour la gynéco une fois par an, une consultation pour un motif ou deux à la fois. Eux ils veulent venir et tout régler en 20 minutes.

-Enfin ça c'est le cas de la plupart des gens, qui viennent avec une liste!

-Oui c'est vrai. Mais chez le patient psy, c'est pire.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients? 13:00

-On en a parlé... après eux ils ne se rendent pas non plus compte de l'importance du suivi.

Mais il y a plein de choses qui expliquent le manque de suivi. Il y a à la fois la difficulté d'arriver dans un système de santé qui est déjà pour l'adulte dit « indemne de pathologies en santé mentale », mais il y a aussi le fait que ces patients voient peu de médecin, parce que les médecins sont compliqués à voir, il n'y a pas grand monde qui les encourage à aller les voir... nous sur l'hôpital on essaie de faire le maximum pour sensibiliser les psychiatres à l'absence de suivi somatique des patients mais on peut dire que ce n'est pas vraiment quelque chose qui les intéresse. Le gros psychotique qui va être suivi en CMP, je crois qu'il y en a un sur deux qui a un médecin généraliste, et le psychiatre qui prescrit les neuroleptiques ne va pas forcément prescrire la biologie annuelle qui est recommandée

par l'HAS du patient sous neuroleptique, ou recommander d'aller voir un médecin généraliste pour faire l'ECG annuel qui est aussi recommandé, du patient sous psychotropes. Malheureusement, dans les causes de difficultés d'accès aux soins somatiques, je pense qu'il y a un gros manque de sensibilisation des psychiatres. Parce que... nous en tout cas c'est ce qu'on voit ici. On essaie d'instaurer nous sur l'hôpital quelque chose de juste basique, qui est décrit dans les recommandations depuis 2015 donc il y a 4 ans et demi, qu'un patient, à son entrée en psychiatrie, il faut qu'il ai une biologie, un électrocardiogramme d'entrée, on a fait un protocole qui demande au médecin psychiatre de prescrire ce bilan à l'entrée, et que s'il n'est pas prescrit ce soit le médecin référent du patient qui le fasse, au retour dans la semaine. Et peut-être qu'il y en a un tiers de fait... il reste deux tiers des patients pour lesquelles les psychiatres ne prescrivent ni la biologie ni l'électrocardiogramme d'entrée. Alors que on a une procédure, que tout est déjà normé dans l'hôpital, qu'ils savent, qu'on a fait des réunions, qu'on en a parlé, qu'on a communiqué. Donc ils ne le font pas à l'hôpital, ils ne le font pas non plus au CMP... ça c'est un frein pour moi.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients?

-Non, je ne pense pas qu'ils évitent. Je pense que les médecins généralistes sont habitués à soigner tous types de patients, par contre je pense qu'il peut y avoir... une appréhension. Ils peuvent appréhender s'ils voient qu'ils ont beaucoup d'urgences, un agenda qui est bien chargé, le patient psy parce qu'il prend beaucoup de temps, en effet. Et du coup pour ce patient l'idéal serait de débloquer deux créneaux de rendez-vous mais à la fin le médecin généraliste n'est payé que pour un rendez-vous, et la probabilité est de un sur deux pour que le patient plante le rendez-vous, donc ça fait deux plages de rendez-vous pour rien. Donc il y a quand même un frein dans le fait que la consultation avec le patient psy elle est obligatoirement plus longue, parce qu'ils ne peuvent pas intégrer qu'on ne peut traiter que deux choses en une consultation, et puis parce que la polypathologie fait que c'est une consultation qui devrait faire partie des consultations longues et complexes, et ça ne l'est pas. Donc c'est un frein aussi dans la prise en charge parce que il n'y a pas la bonne rémunération.

On en parle en congrès.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient? 17:00

-En ville oui, mais j'ai une capacité pour oublier toutes ces mauvaises expériences... après ici, c'est quand même rare, mais ça arrive qu'on soit dans des situations un petit peu en effet... pouvant amener un peu de violence. C'est sûr que c'est plus risqué que de soigner d'autres patients, à certains moments, mais ce n'est pas non plus quotidien. Mais oui ça peut arriver.

Après la on reste dans les soins somatiques mais nous on est de garde ici comme médecins de première ligne, on voit les patients à leur entrée, donc quand il y en a qui s'agitent, qui s'énervent, on est obligés d'appeler des renforts, de mettre en chambre d'isolement, donc c'est des situations où on est au milieu d'une crise d'agitation. Mais on est protégés par les infirmiers. Ils nous mettent vite en retrait. Après les patients dans ces situations c'est souvent des patients un peu autistes qui n'apprécient pas qu'on les examine. Hier j'avais un patient autiste qui avait un paraphimosis, il y avait quatre infirmiers qui le maintenaient pour que nous on puisse toucher à son pénis qui était douloureux, dès que les quatre infirmiers sont partis et qu'on a essayé d'organiser son transfert aux urgences, il

est passé derrière moi et il a essayé de me taper. Mais bon moi je n'ai rien vu, ce sont les infirmiers qui lui ont demandé de s'écarter.

Après parfois des patients auxquels on ne s'attend pas. Il y a des patients avec qui on garde plus de distance, mais parfois des personnes âgées on ne s'y attend pas... on se dit « oh, 80 ans, tout gentil... » Mais qui en fait essaie de nous en retourner une petite au passage. Mais ce n'est rien de grave.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine? 19:37

-Pas bloquée mais c'est vrai que... en fait ce qui est assez surprenant c'est qu'on s'imagine avant de venir travailler ici que on va tout de suite le voir, voir le patient dangereux. En fait ce n'est pas du tout à la tête du patient. Il y a des patients ici qui sont réellement effrayant, ici à la MAS (maison d'accueil spécialisée), des patients bossus avec de grosses dysmorphies faciales, etc, et qui font presque un peu peur, et qui sont en fait réellement très attachant quand on les connaît, et pas du tout dangereux. Et d'autres qu'on voit plutôt sur le mode déficitaire un peu ralentis, mais en fait qui ont tué des gens. Donc c'est vrai... parfois on apprend après coup qu'ils sont là parce qu'ils ont tué des gens. Mais ça ne me bloque pas, je les soigne tout autant. Je crois que c'est dans le serment d'Hippocrate...

-Oui bien sûr. Après il peut y avoir une différence entre ce qu'on fait et ce qu'on pense.

-Oui le ressenti. C'est vrai que c'est difficile, je trouve, parfois, de soigner, de mettre le ressenti de côté. Enfin moi pour ma part ce qui est le plus difficile ce sont les gens qui ont commis des actes de pédophilie. Là je dois avouer que je sens que je lutte. J'ai plus de mal avec eux que ceux qui ont tué des grands mère à coup de couteau. Ces histoires d'abus de confiance, ce sont souvent des grands pères qui ont fait ça à leur petits enfants et qui là viennent pour syndrome dépressif... et c'est vrai qu'on entend facilement les infirmiers aussi dire « bien sûr qu'il est déprimé, maintenant qu'il a fait ça toute la famille lui tourne le dos, mais en même temps il l'a bien cherché »... ouais... c'est vrai qu'on n'a pas envie de dire le contraire non plus, quoi. On est humains.

-Et par rapport à la psychiatrie en général?

-Moi ce que je trouvais impressionnant au début c'était les chambres d'isolement. Les patients en chambre d'isolement. Le vrai fou quoi. Et puis l'appréhension peut-être de mes parents et de mon mari, il avait peur que je vienne travailler ici. Alors que moi, pas tellement. Et quand on est avec ce genre de personnes agressives où il faut 3-4 infirmiers avec toi pour espérer approcher le patient, c'est impressionnant. Ça fait peur. Mais je ne me suis jamais dit « eux, je ne vais pas les soigner. »

— — — — —

-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service?

(Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)

-Non ici on est 2,6 équivalents temps plein pour 250 patients à peu près, donc on a réussi pour l'instant à éviter la consultation systématique, sauf sur l'unité d'accueil, mais ça c'est Camille qui est postée sur l'unité d'accueil, nous on aimerait bien les voir de façon systématique mais il n'y a rien qui est organisé. On répond à des bons de demande de prise en charge qui sont rédigés soit par les psychiatres, soit par les infirmières, et ça nous amène vers le patient pour un problème lambda, mais par contre on va essayer de le prendre en charge dans sa globalité. De faire un examen d'entrée globale. Parfois ce sont

les pharmaciennes aussi qui viennent vers nous en nous disant « là, par rapport au précédent séjour, il y a des traitements qui n'y sont plus, est-ce que le psychiatre a juste oublié de reprendre ou est ce qu'il n'est plus diabétique, plus hypertendu... Donc du coup là on va à leur rencontre. Après on essaie d'organiser avec les infirmières de façon systématique des oxymétries chez les patients bipolaires... parce qu'on s'est rendu compte qu'un tiers des patients bipolaires avait un syndrome d'apnée du sommeil, qui est appareillable. Donc c'est un autre mode d'accès.

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif?

-Et bah j'écoute toujours... moi je fais de la communication non violente, je trouve ça hyper intéressant et donc j'essaie de toujours intégrer la vision du patient. Donc je vais d'abord reprendre son ressenti, je vais reformuler son ressenti. Par exemple dans les délires d'infestation, les psychoses d'Ekblom, c'est le cas typique où on est le plus en conflit. Et donc là je reformule: « vous vous sentez, vous êtes persuadé qu'il y a des parasites, parce que vous ressentez tel et tel symptômes, je reformule, et après j'essaie d'aller vers l'expression de leurs sentiments: « c'est quelque chose qui vous fait peur? Vous êtes inquiet? », pour qu'ils se sentent compris. Et après j'essaie de leur montrer... je fais toujours un peu plus d'examens pour ces patients qui ne sont pas d'accord, parce que je trouve que c'est notre rôle, arriver à amener le patient dans l'alliance, et souvent les infirmiers nous demandent aussi de venir pour ça. Mais par exemple dans le syndrome d'Ekblom, « vous avez déjà fait tout ça... » j'essaie de trouver un petit truc à faire en plus. Refaire une prise de sang... Sauf quand ils ont déjà été vus 3-4 fois, que c'est la 3e année qu'ils viennent pour ça, bon là je reste sur ma position. Mais la première fois j'essaie de reprendre tout le bilan, je récupère toutes les informations, je prends beaucoup de temps pour eux, et après je leur montre tout ce que j'ai fait et je leur dis « Je comprends votre ressenti. Vous vous pensez ça. Et maintenant moi ce que je pense que vous ressentez bien ce que vous dites, vous êtes persuadé d'avoir des parasites, vous sentez que ça vous gratte, vous pensez que c'est ça, mais moi j'ai aucun argument pour dire que ce sont des parasites. Moi je pense que ce sont des sensations et que ça n'est pas la réalité. » Et quand ces patients-là ont navigué vers beaucoup de spécialistes, quand ils n'en sont pas au début du parcours, au bout d'un moment on ne sent pas vraiment une alliance mais on sent qu'ils nous rangent dans une case. « Bon c'est un de plus qui dit ça », quoi. Mais au bout d'un moment j'ai l'impression... quand ils ont eu un certain nombre de personnes différentes, ils peuvent réussir parfois à diminuer leur plainte. Mais je pense qu'au font ils restent persuadés. Ils sont moins dans la demande.

-Et est ce qu'il t'arrive de revenir au symptôme lui-même et à comment le traiter? 27:09

-Oui, c'est ce qu'on fait oui. Exactement. C'est vrai que dans les douleurs abdominales pour toutes les patientes qui pensent être enceinte, à 70 ans, constipées... on leur dit par exemple que quand même à 70 ans c'est rare, que nous on pense qu'elle est constipée... mais c'est sûr qu'il faut être à l'écoute de leurs symptômes et c'est comme ça qu'on arrive à avoir une vraie alliance. Après, les plus compliqués, pour moi, en psychiatrie, ce sont les patients conversifs. C'est là que j'ai le plus de mal parce qu'il y en a qui vont très loin dans la conversion et du coup on n'est plus sur ce rapport « j'exprime mes symptômes et mes craintes », et on est sur un autre rapport qui est plus simulé et compliqué pour nous. Les pseudo crises épileptiques, maintenant c'est un nouveau symptôme, c'est des gens qui ne sont pas épileptiques mais qui simulent extrêmement bien, ou tous ces malaises de simulation de coma alors qu'en fait ce sont des conversions... ceux-là prennent beaucoup

de temps et beaucoup d'examens complémentaires parce que jusqu'à preuve du contraire ils ne sont pas conversifs, en fait. Donc on fait tous les examens, on appelle le SMUR, ils intubent même... souvent pour extuber le lendemain... Il y en a qui sont très très forts.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux?

-Moi je trouve que c'est ce qui est intéressant dans notre travail, au contraire. Et du coup c'est pour ça que nous on écrit nulle part qu'on est les somaticiens. Parce que nous pour nous, on est des médecins généralistes, c'est à dire qu'on soigne un corps, une tête. Certes on n'est pas des spécialistes de la schizophrénie, ni de la dépression, ni de la maladie bipolaire, cependant soigner un patient qui est psychotique et soigner un patient hypomane, ça n'a rien à voir, quelque un de dépressif non plus. Et nous on a besoin pour soigner les gens et prendre en compte leurs symptômes, on a besoin d'apprécier l'état psy. Alors ça nous sert de voir les mots des psychiatres parce que nos patients sont compliqués et parfois c'est pas au premier coup d'oeil qu'on arrive nous à poser un diagnostic. Mais du coup le fait de savoir l'avis des psychiatres ça nous aide à exercer au mieux pour les patients les plus complexes notre métier de généralistes. Ce matin on voyait une patiente que j'avais déjà vu il y a quatre jours pour pas de selles depuis huit jours, et là je la revoyais parce qu'elle dit qu'elle ne fait presque pas depuis, donc ça pourrait potentiellement faire 12 jours sans selles, et du coup j'ai tout examiné, revu, elle a eu du normacol, des lavements, des préparations coliques, je lui ai refait un touché rectal et je n'avais plus du tout de fécalome, mais c'est à la fin de tout ce nouveau bilan que j'ai pu écrire à la fin sur son dossier que pour moi cette patiente avait une grande participation psychiatrique à sa plainte de constipation, puisque objectivement elle avait évacué son fécalome, et que c'est le fait qu'elle soit dépressive avec des ruminations anxieuses qui fait qu'elle rumine sur cette constipation, et je ne vois pas comment je pourrais bien soigner cette constipation si je ne prends pas en compte cela, sinon j'en serais arrivée à faire un grand lavement ou des choses beaucoup plus importantes, alors qu'en fait elle a besoin de réassurance, d'une guidance, de la même façon qu'elle n'arrive pas à trouver sa chambre, elle n'arrive pas à prendre du recul sur son transit.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale? 31:45

-Alors le refus de soin, ben, c'est un peu ce qu'on disait tout à l'heure: c'est quelque chose qu'on est obligé de respecter du moment qu'il n'y a pas d'urgence vitale, quand bien même on trouve que c'est difficile, parce qu'en tant que médecin quand on voit un problème, on a envie de donner le plus de chances à notre patient, mais le refus de soin c'est quelque chose que l'on respecte totalement. Et qui est je trouve encore un ingrédient passionnant de notre métier, parce qu'en fait pour bien travailler en soins somatiques en santé mentale, il faut beaucoup de subtilité et beaucoup de temps. C'est l'école de la patience. Et la plupart du temps les gens qui refusent les soins...
Bon s'il y a une urgence vitale, on se passe du refus de soin bien sûr, s'il y a un infarctus, une embolie pulmonaire, un syndrome occlusif, on leur impose les soins. Puisque c'est une urgence vitale, c'est notre obligation, notre devoir.
Par contre tous ceux qui n'ont pas de réelle urgence vitale, on va prendre le temps et on va essayer de tisser une relation. Comme le patient de tout à l'heure qui était aveugle, et bien j'essayais de le voir une fois par semaine, de plus en plus près (au départ on était à quatre mètres!) et juste de discuter avec lui, de me présenter, qu'il comprenne que je travaillais avec l'équipe et même qu'on réussisse à lui couper la barbe, les cheveux, lui offrir une

douche, lui donner à manger, et progressivement qu'il m'intègre dans les personnes qu'il côtoie et qui veulent le bien pour lui... et au fur et à mesure on peut réussir à gratter sur ce refus de soin. 33:20

Mais ça peut prendre des mois et des mois. Le plus souvent ici on est confrontés au problème des frottis, les patientes qui refusent la consultation gynéco... il faut parfois un mois pour qu'elles acceptent un frottis, et qui finalement est anormal... Du coup on essaie de travailler aussi avec les psychiatres, de leur demander dans les refus de soin d'essayer eux-aussi de mobiliser la question dans leur consultation psychiatrique, que ça puisse être une des choses discutées en faveur d'une sortie puisque pour eux l'objectif c'est souvent la sortie. Mais si dans la sortie n'est pas intégré le risque vital... parce qu'un frottis anormal peut déboucher sur un cancer, et un cancer mal soigné... Enfin je trouve que c'est important que les psychiatres soient mobilisés, les équipes infirmières, et souvent quand on est dans le cas vraiment d'un vrai souci, d'une suspicion avérée de cancer, d'une grosse anomalie au frottis, on va facilement les voir tous les jours pour vraiment qu'ils comprennent notre implication, voire éventuellement on fonctionne avec un autre médecin, un confrère, parce que c'est arrivé qu'il y ait plus d'atomes crochus avec un médecin plutôt qu'un autre, une femme plutôt qu'un homme... donc on alterne pour qu'il y ait plusieurs personnes et qu'il voit qu'il y a quand même une certaine mobilisation, et franchement la plupart du temps on y arrive. On passe au dessus des refus de soins au prix de beaucoup d'énergie et beaucoup de temps. C'est la complexité. Ça demande beaucoup de temps. Forcément quand on a 80 patients qu'on va les voir tous tous les jours ça ne peut pas aller...

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants? 35:26

-Moi j'aime bien casser les codes au cours de la consultation, c'est à dire pas forcément rester en face du côté de mon bureau. Je m'assois très souvent à côté du patient, ou même à ses pieds, enfin quand ils sont dans des fauteuils je me mets à leur niveau, en bas. Je trouve que ça casse un peu la glace, et puis c'est ma façon d'être. Les tables d'examen je m'assois souvent à côté d'eux pour expliquer, parler, et c'est assez bien vécu. Je les vouvoie toujours par contre, je les appelle rarement par leur prénom, et je leur explique qu'ici je suis le relais de leur médecin traitant, que je suis là pour les aider et que je n'influence en rien la durée d'hospitalisation et que par contre tout ce que je veux c'est améliorer leur ressenti. Profiter du fait qu'ils soient ici pour les remettre un peu sur le bon chemin au niveau du corps.

-Oui, qu'ils ne vous identifient pas comme la personne qui donne les permissions et fixe le cadre.

-Oui. Il a dû te dire mon collègue tout à l'heure, il aime bien se présenter au patient en disant « je suis un médecin normal. Comme votre généraliste, c'est pareil. D'ailleurs je peux l'appeler si vous m'en donnez l'autorisation, on va travailler avec lui et à la fin on lui enverra un compte-rendu. » Et c'est vrai qu'on appelle souvent les médecins généralistes à l'entrée, et on en a plein qui nous disent « ah ben tant qu'il est là, si vous pouviez réussir à faire... ». Ben là notamment on a un jeune de 15 ans qui est entré, j'ai appelé sa mère parce que j'ai ouvert son carnet de santé j'ai vu qu'il n'avait pas fait son vaccin des 11 ans, je lui ai demandé si c'était fait exprès ou si on pouvait profiter de l'hospitalisation pour le faire. Elle m'a répondu « super, heureusement que vous êtes là, on aimerait bien le faire vacciner, et puis au fait il a des conduites à risque, c'est terrible, est ce que vous pourriez lui faire faire une prise de sang? » Et du coup à l'enfant je lui ai expliqué que j'avais eu sa mère, que son médecin traitant était d'accord avec moi, enfin voilà. J'essaie de montrer

qu'il y a une unité autour de lui. Et quand même le fait d'aller dans le sens du médecin généraliste, de façon un peu détournée ça va montrer au psychiatre une certaine alliance et le faire rentrer dans un parcours de soin. Parfois à l'extrême je suis obligée de rentrer là dedans quoi.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-IDEM CH DROME VIVARAIS

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...?

-Oui. Mais on peut dire qu'à l'effectif où on est, on arrive à peu près à le faire pour un tiers des patients qu'on va voir. On a une file active je crois de 1000 patients à l'année, du coup c'est pas énorme hein. On essaie de faire ça, c'est notre objectif dès qu'on est en nombre comme on est aujourd'hui, on essaie quand on voit un patient de ne pas voir que le problème du panaris, de le voir dans sa globalité, de faire de la prévention, on essaie de récupérer, enfin de savoir est-ce qu'ils ont fait le dernier hémocult, la dernière mammo, le dernier frottis, moi à chaque patient j'essaie de regarder aussi les dents, pour essayer de l'adresser en consultation dentaire, j'essaie de faire de la prévention. Les vaccins, aussi.

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis?

-Alors il y a une grosse amélioration. Donc jusque-là on faisait des courriers au médecin traitant vraiment que pour les patients qui avaient été les plus compliqués ou qui ont eu de gros problèmes pendant l'hospitalisation. 39:06

Ça nous prenait beaucoup de temps parce qu'on n'a pas un temps de secrétariat dédié pour le faire donc on faisait nous-même notre courrier, avec un logiciel, Cariatide, qui n'est pas vraiment... qui nous fait perdre du temps par rapport à des logiciels de ville, quand on voit le temps que ça nous prends pour faire un courrier, on a envie d'avoir des logiciels plus rapide, mais bon.

Maintenant on a réussi à travailler sur l'établissement, ça fait même pas 6 mois que c'est lancé, l'HAS a lancé un nouveau courrier, le courrier de liaison, avec des critères qui doivent être absolument mis dans ce courrier de liaison. Donc on a profité de cette redéfinition du courrier de sortie, parce que jusque ici il y avait un courrier de sortie par le psychiatre, et dans peut être un dixième des patients qu'on traite, peut-être un patient sur cent, il y avait notre compte rendu aussi qui arrivait en plus. Et donc maintenant, avec ce nouveau courrier de liaison, on a fait faire un onglet qui s'appelle synthèse somatique au cours de l'hospitalisation. Donc si on remplit cet onglet-là, dans le courrier de sortie du psychiatre, le médecin traitant recevra la synthèse du psychiatre et la synthèse du médecin généraliste. Voilà.

Le fait est qu'il faut qu'on ait le temps de le remplir et qu'on ait été avertis de la sortie avant. Ce qui n'est pas toujours le cas.

C'est valable uniquement si on est en nombre et si l'on va voir les infirmières pour demander quelles sont les sorties prévues, cette semaine. Sinon c'est rare qu'ils nous préviennent.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant? 40:43

-Alors, quand le patient n'a pas de médecin traitant, on... dans l'état actuel des choses, je crois qu'il n'y a pas grand chose de fait, vraiment, bien. Je crois que la plupart du temps le courrier est adressé à quelqu'un qui n'est pas la bonne personne, qui était l'ancien médecin que le patient ne veut pas venir voir. C'est pas bien pris en charge. Après moi quand je suis au courant, que c'est un patient que j'ai vu et que je sais qu'il n'a pas de médecin traitant, un patient incurique, j'essaie de trouver avec lui un médecin traitant, en fait. Je vais imprimer des feuilles sur les pages jaunes si je suis prévenue à temps de la sortie, et selon l'état du patient, s'il est capable et si l'équipe de psy veut qu'il se mobilise, lui demander de contacter lui-même. Mais le plus souvent en fait je vais prendre la liste avec lui et il me montre qui il a déjà vu, parce que la plupart du temps en fait ils en connaissent la moitié, mais ça ne le fait pas. Et après je vais appeler moi-même les médecins pour demander s'ils prennent des nouveaux patients, ou s'ils ne prennent pas, qui dans le coin en prend. Et en fait quand nous le médecin on prend le temps de le faire, je n'ai jamais eu de situations je crois où je n'ai pas réussi à en trouver. Mais c'est un temps qui est important pour le faire, et je crois que si on faisait une étude quantitative sur le... on ne serait pas forcément bon, pour l'instant. Mais nous on a pour objectif de monter une consultation à l'image de CoReSo, que ce soit un temps consacré, voilà. Déjà pour l'instant ce qu'on se dit c'est d'essayer au maximum, c'est un de nos objectifs au cours de l'hospitalisation d'essayer de le faire. Déjà en intra. Mais le problème c'est qu'il y en a beaucoup qui partent avant même qu'on ai le temps de les recevoir. Et du coup on ne dépiste qu'une partie des patients, que ceux qu'on a vu en intra. Et qu'il y en a probablement plein d'autres... c'est dans les axes d'amélioration, on va dire.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

-C'est très pauvre, franchement, autant le dire. Le constat est que c'est pauvre parce que comme on est loin de Lyon, on a des psychiatres qui sont principalement pas psychiatres, qui font fonction de psychiatre mais qui ne sont pas psychiatres. Ils sont gynécologues, orthopédistes, généralistes, du Liban, du Magreb, de Russie... Voilà.

-Vous n'avez pas de psychiatres de formation?

-On n'en a pas beaucoup. Là on en a de plus en plus qui sont en train d'arriver parce que notre hôpital est tout neuf, mais la plupart des « vrais psychiatres », qui sont diplômés de la psychiatrie et qui ont la reconnaissance qui s'appelle la PAE, qui donne l'équivalence pour être vraiment inscrit à l'ordre en tant que médecin français, la plupart sont chefs de pôle ou responsables de structures, ou en CMP. Et donc nous, ce qui nous reste en intra... comment dire, diplomatiquement parlant... nous n'avons pas forcément de psychiatres qui ne sont pas en cours de formation. Ceci étant, avec ces psychiatres, puisqu'ils travaillent comme psychiatre, on a des rapports avec eux si on les cherche. C'est nous qui allons les solliciter. Ou alors, ponctuellement ils vont nous demander notre avis, ça peut arriver...

-Mais alors ce sont par exemple des orthopédistes étrangers qui prennent des postes de psychiatrie en arrivant ici?

-Oui ils se forment à la psychiatrie en fait, ils sont inscrits au DU de psychiatrie. Mais bon. On a décidé, du fait qu'on trouvait qu'il n'y avait pas assez d'échanges, d'organiser un staff pluridisciplinaire avec les psychiatres. On en a fait deux, de staff, où c'est à l'initiative des médecins généralistes, on les a conviés à une heure de réunion. Nous on a essayé de leur faire un topo sur l'électrocardiogramme, pour qu'ils puissent valider eux-même les électro qui sont faits dans le week end, dans les gardes. Donc ils étaient très contents qu'on

les ai formés là dessus. Maintenant ils sont capables de signer des électrocardiogrammes, de les valider. Après ils nous arrivent dans un second temps... mais c'est plutôt un succès. Après on a fait un 2e staff sur le risque thromboembolique du patient en psychiatrie, donc là aussi ça les a intéressé parce que moi du coup j'avais ramené des trucs d'un congrès, eux ils avaient des questionnements de type « mon patient en chambre d'iso, quand est-ce que je le décoagule? Est ce qu'on fait bien? Est ce qu'on fait pas bien? » Donc c'était très riche et intéressant et je crois que c'est la seule solution pour réussir à se poser. Parce que eux la plupart sont en formation mais il y en a aussi qui sont formés, et du coup c'est l'occasion de parler et de prendre du temps. Là on a fixé deux autres dates, prochainement, et là c'est plutôt eux qui vont arriver avec des cas, et nous on va essayer de démêler avec eux. Des cas d'intrication psy et somatique.

Et après parfois on est invités à des réunions pluridisciplinaires sur des patients, ça reste ponctuel pour des patients complexes genre l'insuffisant respiratoire qui ne cesse de faire des allés-retours aux urgences et qu'on va mettre en soins palliatifs. On fait beaucoup de réunion soins palliatifs comme c'est un lieu de vie. Là, il y a les psychiatres et les médecins généralistes.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? 46:37

-Oui. Nous, nous le pensons. Mais... dans les faits, ça n'est pas le cas.

-Et en ville?

-En ville aussi. On a un psychiatre qui a demandé au CMP que... Donc sur toute la Drôme, il y a un CMP qui est muni d'un appareil à électrocardiogramme. Et c'est ce psychiatre qui a demandé, qui ne conçoit pas son travail autrement, qui refuse de majorer un neuroleptique sans faire un ECG. Parce que si tu ne sais pas à combien est ton QT, comment tu fais pour majorer?

Mais les autres, ils n'ont pas d'électro, et ils pensent que le médecin généraliste va faire la surveillance induite par les neuroleptiques que eux prescrivent.

Chacun pense que l'autre va faire, en fait.

-Après le généraliste ne peut le faire que si le psychiatre prend le temps de l'appeler pour l'avertir.

-Bien sûr, oui. Je ne veux pas passer pour quelqu'un qui a des préjugés négatifs, mais je te décris juste comment ça se passe de mon expérience. Je dois voir la vérité en face, à un moment.

— — — — —

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné?

-Alors comme propositions, revaloriser la consultation ça on l'a dit...

Qu'il y ai plus de somaticiens dans les hôpitaux psychiatriques afin qu'un vrai bilan puisse être fait et transmis au médecin généraliste, ce qui entrainerait le fait que du coup le médecin généraliste qui récupère un patient lourd qui est passé par l'hôpital psy, il ait un dossier consistant qui lui permette du coup de partir avec des bases solides, que le patient

soit ainsi moins lourd, les consultations moins complexes. Qu'il y ait plus de consultation de médecin généraliste via le CMP (système type CoReSo), pour tous ces patients qui ne passent pas par l'hôpital psychiatrique (ce qui doit représenter 90% des patients psy). Afin que ce généraliste du CMP puisse réaliser ce bilan un peu de base, qui permette au généraliste de ville après de s'y appuyer.

Je pense qu'il faut aussi développer tout ce qui est formation du médecin généraliste dans les hôpitaux psychiatriques, recevoir plus d'internes dans les hôpitaux psychiatriques pour des stages de médecine générale.

Et peut-être faire... améliorer le dossier médical partagé, parce que pour l'instant à l'heure actuelle le dossier médical partagé, par exemple quand on a un patient psychiatrique hospitalisé, nous ne pouvons pas remplir sur nos hôpitaux le dossier médical partagé pour qu'il soit transmis au médecin généraliste. Donc c'est une perte d'information pour le médecin généraliste, et du coup ça entraîne une consultation plus lourde et donc un rejet aussi.

Entretiens semi-dirigés : Dr L

Femme Médecin de 35 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale

-Fonction: médecin généraliste « somaticien »

-Service: médecine générale (non sectorisé), où les médecins se répartissent la responsabilité des différents services de l'hôpital.

-Etablissement semi-privé, sectorisé. ULE, service fermé, service d'entrée, service de long séjour, service de gérontopsychiatrie. Pas de service de pédiatrie, admission d'adolescents parfois dans les services adultes. Pas de service spécifique pour les personnes déficientes.

-Mode d'exercice: hospitalier pur

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: 1 à 2 services de 20 patients, selon effectif, sous la responsabilité d'un médecin. Mais on ne les voit pas tous.

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique? ...est ce que vous utilisez le mot somaticien ici aussi ou pas?

-Non alors justement c'est le seul endroit où j'ai entendu ce mot, pour la première fois. Je connaissais le mot, mais pour moi un médecin généraliste c'est un médecin généraliste, et un médecin psychiatre c'est un médecin psychiatre...

-Et ici ils disent?...

-Si, si, somaticien. Les psychiatres utilisent beaucoup le terme somaticien, les infirmiers aussi mais... moi j'ai commencé ici il y a deux ans, en février, et j'ai appris qu'on disait somaticien.

-Oui c'est un terme assez admis en psychiatrie! Alors donc ça fait deux ans que vous travaillez en psychiatrie.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie? 3:00

-Par hasard. D'abord parce que je n'avais jamais fait de stage en psychiatrie, donc je voulais voir ce que c'était, et aussi pour me rapprocher de ma région. En fait j'étais à Renne et je me suis rapprochée du Vaucluse, où mes parents habitent. Et je cherchais un poste où il n'y ai pas trop de gardes la nuit, et c'était le cas. Voilà. C'était pour essayer aussi la psychiatrie.

-Et donc jamais de stage en psychiatrie ni en tant qu'interne ni en tant qu'externe?

-Non.

-Et ça vous attirait un peu?

-Non je ne pensais pas que j'allais faire de la psychiatrie. J'ai vu quelques cas de psychiatrie pendant l'internat mais pas... mais je ne pensais pas que j'allais tomber là. C'est par hasard, je pense.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère? 4:07

-Beaucoup de choses! Il y a le fait qu'ils sont... comment dire... qu'ils ont des symptômes, on ne sait pas si c'est réel ou pas. On ne sait pas si c'est leur obsession, leur imagination,

leur délire, mais ils sont tellement en souffrance qu'on ne sait pas comment les aider. On sait que ça n'existe pas, qu'ils n'ont pas de douleur, qu'ils n'ont rien du tout, mais eux ils ont mal. Et du coup l'approche est particulière. Il faut les croire et en même temps... je ne vais pas dire qu'on ne les croit pas mais on est un peu démunis. Moi c'est comme ça que je me vois parfois en psychiatrie chez ces patients qui sont en souffrance, et on a beau les rassurer, ça ne les rassure jamais.

Souvent ce sont des gens qui ont aussi un contact particulier, que je ne connaissais pas... je n'imaginai pas qu'il puisse falloir se méfier des gens quand on les examinait. Ils sont imprévisibles. Et flous, dans leurs descriptions, très... vous connaissez. Ils ont beaucoup de plaintes, on ne sait pas ce qui est vrai. Je ne dis pas qu'ils mentent, mais on ne sait pas ce qui est réel et ce qui relève de leur délire. Et je trouve ça très compliqué de les gérer, pour ça.

-Est-ce qu'avant d'arriver ici vous avez remplacé en médecine générale?

-Alors je n'ai pas fait de remplacements en ville mais plutôt du SSR.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients?

-Par leur pathologie, je pense. Beaucoup sont... soit ils errent, soit ils sont complètement à côté. Ils ne sont pas dans le présent, ils ne sont pas dans la maladie somatique qu'ils ont, et donc ils n'ont pas de suivi.

Et souvent aussi, il arrive que ce soit compliqué avec les médecins généralistes, ce n'est pas facile de voir ces gens. Quand on les envoie chez un cardiologue par exemple, le cardio quand il ne peut pas examiner quelqu'un, que le patient ne lui parle pas, ben...il va laisser tomber. C'est normal hein. Il ne va pas forcer une personne à se faire examiner ni à se faire soigner. Donc ces gens-là passent à l'as.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients? 6:40

-Je ne crois pas qu'ils les évitent, parce qu'ils les voient. Quand j'appelle des collègues qui sont les médecins de ces patients, ils les voient. Mais ils sont... Comme ils ne peuvent pas tenir ces patients en laisse, ils ne vont pas aller les chercher. Donc ils vont les voir une fois l'an, une fois tous les deux ans, mais ils ne sont pas à dire « je ne les veux pas dans ma clientèle ». C'est les patients qui sont en retrait, en fait.

Ou alors vous avez ceux qui sont trop là, qui sont envahissants. Les maniaques...

Non je ne crois pas qu'ils les évitent.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient?

-Il m'est arrivé une fois, oui. C'était une femme, qui était agitée, qui avait des yeux noirs et qui me regardait... et je n'avais jamais vu un patient me regarder comme ça aussi violemment... ça faisait froid dans le dos. Après elle me parlait dans une langue que je connaissais, qui était ma langue natale et ça rendu ça beaucoup plus violent que pour d'autres personnes, pour d'autres hommes qui étaient beaucoup plus agités ou violents. C'était particulier.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine?

-Non. Non je n'avais pas de préjugés particuliers puisque je n'avais pas d'expérience de la psychiatrie.

-Et le fait de savoir qu'un patient a un passé criminel par exemple, est ce que ça change quelque chose?

-Ça ne m'est pas arrivé souvent. Le peu de fois où c'est arrivé, c'était des agressions sexuelles. Non je n'ai pas de... Pour l'instant non ça ne m'a pas impactée. C'est pas fréquent ces situations donc, non. Le peu de cas que j'ai eu, non.

— — — — —

**-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service?
(Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)**

9:03

-Le premier contact, c'est les entrées. En fait les infirmiers nous préviennent qu'il y a une entrée et on va la voir dans le service, dans une salle d'examen ou dans sa chambre si elle ne peut pas bouger.

-Donc tous les patients sont au moins vus une fois par un somaticien?

-Oui, à l'entrée oui. Le jour-même ou le lendemain.

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif?

-Hm... ça dépend des personnes, en fait. C'est très dépendant. 9:51

Je ne vais pas accepter le délire. Je ne vais pas lui dire qu'il ment. Je vais essayer de soigner le symptôme sans entrer dans le délire ni être dans la confrontation.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux?

-Je trouve que la barrière est fine. Il ne faudrait pas séparer autant les choses parce que c'est mêlé. Souvent c'est des gens que je vois pour des causes psychiatriques plus que somatiques, en fait. Et je me retrouve dans des situations où je dois gérer quelqu'un qui est plus psy, que malade physiquement. Donc je pense qu'il n'y a pas de différence. Ou très peu. Les gens qui pensent avoir de la constipation ou de la diarrhée, ils viennent m'en parler pendant une demi heure alors qu'ils ne l'ont pas, ce n'est pas le trouble digestif que je soigne, j'essaie de leur expliquer qu'ils ne sont ni constipés ni diarrhéiques. Je pense qu'on ne devrait pas séparer trop les choses. Si on pouvait faire les deux, ça serait bien.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale?

-C'est... délicat, le refus de soin. Je peux vous exposer deux situation que j'ai eu de refus de soin.

J'ai une patiente qui devait se faire opérer pour des varices, et elle avait un ulcère chronique qui saignait depuis des années. Je l'ai forcée à aller en consultation d'anesthésie, ils ont dû la forcer à aller à la consultation, elle est revenue en disant « non je ne veux pas, je ne veux pas ». Evidemment j'ai vu avec l'équipe et on a décidé de ne pas insister, de la laisser rentrer chez elle et... de garder son ulcère. Sachant qu'elle refuse les soignants, les infirmiers à domicile et... j'ai accepté son choix.

D'autres sont plus compliqués, comme les cancers du sein, qui refusent l'opération... ça je l'accepte aussi. Parce que c'est différent, c'est une chirurgie qui est plus invasive... mais n'empêche que je vais les voir à chaque fois pour leur en parler, pour leur dire pourquoi, comment. Je reviens plusieurs fois en espérant qu'il y ait un déclic, que ça mure dans leur tête, en fait. J'espère toujours qu'à un moment ça va mûrir dans leur tête. Et la patiente à laquelle je pense a fini par se faire opérer de son cancer du sein. Mais quand les gens sont opposés opposés, on ne peut rien faire.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants?

-Je n'ai pas de stratégie en fait...ça se fait au...Parfois ils n'adhèrent pas du tout donc...Non je n'ai pas de stratégie. Ça ne me vient pas de manière évidente.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-Tout se fait à l'hôpital de Privas, qui est à 5min, et les examens de biologie se font là-bas aussi. Donc on fait les prises de sang le matin et il y a un coursier qui amène les bilans là bas. Mais si on veut un truc en urgence il faut que le personnel se déplace et amène l'échantillon au laboratoire. Et les radio pareil, c'est au CAGA.

Et il n'y a ici que des généralistes et des psychiatres. Pour les consultations spécialisées ils vont au CH.

Une fois il y a un orthopédiste qui venait voir le patient dans l'hôpital, pour vérifier un panaris ou autre chez un patient qui ne pouvait pas se déplacer.

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...? 15:24

-J'ai essayé au début. Mais ça ne tient pas. Ils font pas. Ils sont perdus de vue. Et finalement je préfère que ce soit le médecin généraliste qui s'en occupe s'ils en ont un, et sinon c'est trop de... ça fait trop de choses à prévoir, et les patients n'y vont pas forcément, aux examens.

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis?

-On ne fait pas systématiquement de courrier. Parfois j'ai des patients que je n'ai pas besoin de voir au cours de leur séjour. Je ne fais un courrier que s'il y a eu des soucis particuliers. Parce qu'en général c'est le psychiatre qui fait un courrier, et on rajoute un truc si j'ai un mot à faire passer au médecin généraliste.

-Et le psychiatre, lui, fait un courrier du coup?

-Oui. Et on ne rappelle pas les patients sortis et on n'organise pas de rendez-vous de suivi.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

-Ben je ne fais rien.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

-Oui. On a des synthèses d'équipe, avec les infirmiers et les psychiatres, et l'assistante sociale, et la psychologue. Je les vois aussi de façon informel si j'ai besoin de leur avis sur un patient ou si j'ai des choses à leur demander ou à leur dire sur un patient, ou des choses qu'il m'a dites à transmettre et qui m'inquiètent. Donc j'ai des discussions avec eux. Parfois la communication est difficile parce qu'ils ne sont pas toujours présents, pas toujours là. Il y a des psychiatres qui sont aussi au CMP, à l'hôpital de jour, donc je ne les vois pas et je tarde à leur donner l'information. Donc ça dépend des psychiatres, c'est très variable.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé?

-Je pense oui. Parce qu'il voit plus le patient et parfois le patient a plus confiance en son psychiatre, qu'il voit plus souvent, qu'en nous. Et le psychiatre, c'est lui qui donne ses traitements et qui gère ses doses, qui gère ses prescriptions, donc c'est normal qui regarde les effets secondaires et qu'il guide le patient là-dessus. Trop séparer ça fait une perte d'information, on ne sait plus qui fait quoi et le psychiatre devrait être attaché à ça.

-Et en ville?

-Ils peuvent vérifier. Je pense que les psychiatres devraient plus communiquer avec les médecins généralistes des patients et c'est comme ça en ayant plus de lien qu'ils peuvent savoir ce qui se fait. Ils ne devraient pas forcément l'envoyer chez le cardio ou quoi, mais avoir un oeil dessus, et s'ils ont un doute les envoyer quand même au cardio car ce sont quand même eux les prescripteurs des médicaments à risque. Pas le généraliste. Souvent le généraliste ne sait même pas qu'il a ces traitements. Donc je pense que c'est à lui de veiller à ça.

— — — — —

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné? 19:37

-Ben, déjà, quand ils vont au CMP, qu'ils soient suivi au CMP pour la psychiatrie mais aussi pour leurs problèmes somatiques. Pour que les gens aient un point d'attache, qu'ils ne soient pas vagabonds dans tout le système. Et aussi dans l'hôpital même. Moi dans l'hôpital où je travaille, je sais qu'il y a des choses qu'on pourrait faire: l'hygiène dentaire, le tabac... bah c'est des choses qui échappent parce que les gens sont psy, parce qu'on considère qu'ils ne sont pas forcément adhérents, qu'ils ont besoin de libertés, que c'est difficile de leur imposer les choses, que ce sera compliqué pour un psychotique de l'empêcher de fumer dans un service... alors que non, je pense qu'on pourrait commencer par là. Ça pourrait au fur et à mesure leur donner des habitudes qu'ils pourraient conserver à l'extérieur. Donc je trouve qu'on ne fait pas assez. Il y a la barrière de la maladie, mais ce n'est pas pour ça qu'on doit les laisser faire ce qu'ils veulent et communiquer avec eux avec une cigarette.

-Et vous parliez aussi d'améliorer la communication entre les généralistes et les CMP?

-Oui, de ce que j'entends le psychiatre ne communique pas beaucoup avec le médecin généraliste. Les généralistes ne savent pas ce qu'ont leurs patients.

-Et donc mettre des médecins généralistes dans les CMP vous pensez que ce serait utile?

-Je ne sais pas du tout... Qui ne verrait que les patients psy?

-Oui.

-Ce ne serait pas une mauvaise idée. Après je n'ai jamais travaillé dans un CMP donc je ne sais pas trop comment ça se passe, mais ça ne serait pas une mauvaise idée.

-Et en terme de formation des généralistes dans le domaine de la psychiatrie?

-Oui on n'en a pas assez. On a la formation théorique, mais on n'a pas le lien avec le patient. Prendre en charge le patient psychiatrique, ça on ne sait pas le faire. On le fait dans l'urgence, mais après on ne sait pas. On ne sait pas faire. Les patients déments non plus.

-Et parmi les choses que certains de vos collègues ont évoqué, il y a l'idée d'une cotation spéciale suivi annuel du patient atteint de pathologie mentale sévère en médecine générale. Qu'en pensez vous?

-Oui, ce serait attractif, déjà. Ça serait bien. Parce qu'un psychotique, c'est difficile de lui parler en 15min. C'est pas possible. Mes consultations durent 1h. Donc un généraliste... oui ce serait une bonne chose.

Entretiens semi-dirigés: Dr M

Femme Médecin de 37 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale

-Fonction: médecin somaticien

-Service: les 8 services adultes de l'hôpital (180 patients) sont répartis en 3-3-2(UHCD/Réhabilitation) entre les 3 médecins (rotation tous les 2-3 mois).

-Etablissement public sectorisé. (6 unités sectorisées/UHCD/Réhab/HDJ pédiatrique). Pas de service fermé spécifique mais chambres d'isolement et possibilité de fermer un service si besoin.

-Mode d'exercice: hospitalier pur; et hôpital de jour. Pratique pédiatrie en aigüe sur l'HDJ mais pas d'hospitalisation. Gériatrie non spécifique.

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: 180

Organisation des soins somatique à Saint Cyr au Mont D'or:

Equipe de 3 médecins généralistes, à 2,4 équivalent temps plein, qui se répartissent les 8 services en 3-3-2. Travail en intra hospitalier exclusivement. Toutes les entrées sont vues par les 3 médecins dans les 48h (passage dans les services tous les matins). Ils s'occupent aussi des motifs aigus rapportés par l'équipe via un cahier dédié dans chaque unité. Les patients sont vus en présence d'une infirmière ou seuls. Font aussi un peu de suivi, de réévaluations, et de prévention quand le temps le permet (mammographies, frottis, hémocult, vaccins...) pour mettre à jour autant que possible les patients. La rotation permet de connaître un peu tous les patients.

L'UHCD reçoit la majorité des entrées, les primo-hospitalisations, et qui sont déployées ensuite sur le secteur s'il le faut. Mais toutes les unités peuvent être des unités d'entrée si besoin, si l'UHCD est pleine.

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-Je suis médecin somaticien depuis 2012. Et j'étais un peu comme toi, parce que moi j'ai fait un semestre d'internat en médecine générale en psychiatrie en 2009. Et j'étais ici, à Saint Cyr au Mondor. Maintenant on n'a plus d'internes mais à l'époque il y avait un interne. Et du coup j'ai fait ce stage là et en fait j'ai beaucoup accroché avec l'équipe et avec les soins et c'est comme ça que j'y suis revenue quand j'ai fini ma thèse.

Après l'internat j'ai fait pendant 1 an des remplacements en faisant ma thèse. Et le lendemain de ma thèse j'étais ici en tant qu'assistante.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie?

-J'étais à Paris pendant mon externat et j'ai fait un stage quand j'étais externe qui ne m'a pas plu franchement, à Versailles, à l'unité 72h, et je savais que j'aimais beaucoup la psy mais je n'avais pas aimé ce stage, et donc je me suis dit que le créneau médecin généraliste en psy était assez bien. Et donc c'est pour ça que quand je suis arrivée ici, dès que j'ai vu que ce poste existait je me suis dit qu'il fallait que j'essaie. 5:13

Je ne pensais pas prendre psychiatrie à l'internat. J'avais pensé me perfectionner en psychiatrie et en faire beaucoup en libéral. Parce que j'avais hésité entre pédiatrie, psychiatrie et médecine générale. Je m'étais dit que la médecine générale me permettrait de faire un peu tout.

-Et qu'est ce qui vous intéressait dans la psychiatrie?

-Le contact, les patients. Le côté simple, humain. Essayer de soulager la souffrance morale. J'aime bien aussi la médecine de précarité, de premier recours. Ça faisait un bon mix.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère? 6:30

-Il faut être beaucoup plus souple dans les soins, plus dans la négociation. Ils vont régulièrement refuser, il faut avoir la patience, proposer plusieurs fois, ne pas les brusquer, accepter d'aller à leur rythme. Ne pas s'offusquer quand ils sont insultants, délirants, accepter de reporter un soin s'il n'est pas tellement urgent. Je peux comprendre qu'un patient schizophrène décompensé dans une salle d'attente en libéral ça ne tienne pas la route. Et c'est pour ça qu'ici je suis assez contente de pouvoir avoir le temps, de pouvoir reproposez une semaine après, et en général ça marche.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients?

-À la fois le fait que eux ne sont pas capables de se prendre complètement en charge. Il y a des moments où ils vont avoir envie, et le délire ou autre chose va faire qu'ils ne vont pas aller au rendez-vous. Trop d'énergie pour eux. Et je pense qu'aussi il y a un épuisement du côté des professionnels en libéral, qui peuvent pas prendre en charge de les rappeler, de leur redonner rendez-vous, « vous avez une demi heure de retard c'est pas grave je vous reprends demain », c'est pas possible et je comprends. Dans un milieu où les médecins libéraux souffrent pas mal, ils travaillent énormément, je comprends que ce soit difficile. Et effectivement on a beaucoup de patients qui nous disent « on y va plus », « la dernière fois qu'on y a été ça s'est mal passé », « j'ai plus de médecin traitant », ou alors on a des appels de médecins libéraux qui nous disent « on ne veut plus voir », « il est venu trois fois mais après je ne l'ai plus jamais revu », donc il n'a pas le temps de l'appeler. Donc j'imagine que c'est comme ça que le suivi se distend.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients?

-Bien sûr que oui. Et c'est dommage parce que je pense qu'ils pourraient avoir de l'appétence pour ça, et ils peuvent être bons pour ça, mais ils n'ont pas le temps. Et quand ils ont une salle d'attente avec une maman qui attend avec son bébé, c'est compliqué pour tout le monde. Donc ce n'est pas forcément le lieu adapté. D'où l'idée de pouvoir faire des consultations de somatique en CMP.

On pourrait avoir un seul et même endroit pour faire le tout. Ça ça me semble intéressant. Mais nous on n'a pas encore les moyens de faire ça, à Saint Cyr.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient?

-J'ai jamais été agressée... Oui, ça m'est déjà arrivée d'avoir peur d'un patient quand même. J'y vais pas systématiquement avec un infirmier, normalement on devrait mais la réalité du terrain fait que parfois ils sont occupés ailleurs, et j'y vais. J'ai jamais eu d'agression, j'ai jamais été enfermé, mais il m'est arrivé de ne pas trainer dans la chambre parce que je sentais une tension interne, un regard un peu noir, voilà. Maintenant c'est pas du tout le plus fréquent dans mon exercice. Et d'ailleurs je peux dire aussi que dans mon

temps de remplacement ça m'est arrivé aussi, pas d'avoir peur mais d'avoir des moments désagréables avec des patients, pas du tout psychotiques, qui demandaient des arrêts de travail de façon agressive, et c'est tout autant désagréable. Voilà. Donc je ne dirais pas que c'est moins agréable ici que dans un cabinet libéral.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine? 10:28

-Je n'avais pas d'a priori sur la question avant d'entrer en psychiatrie. En fait j'ai travaillé en D4 dans un foyer à l'Arche, avec du coup des personnes handicapées mentales, avec beaucoup de trisomies 21 en particulier, j'ai travaillé 2 mois avec eux en ESAT. Donc j'avais déjà pas mal appréhendé la pathologie mentale, donc j'ai pas eu... ça ne m'a pas fait peur, par contre il faut s'habituer au lieu, aux clefs, au côté privation de liberté. Quand on rentre dans le service, parfois ça sent le renfermé, ils sont 25 dans une petite unité et il faut toujours penser à refermer... j'avais l'impression parfois au début, que quand je sortais je respirais un grand coup, comme si j'avais manqué d'air. C'est quelque chose qui a disparu complètement mais par contre j'ai jamais eu peur de la pathologie mentale.

-Et par rapport à un patient en particulier, connaissant son passé criminel par exemple?

-Non, après ça me pose plus de problème pour des psychopathes par exemple. Pour les patients qui sont schizophrènes, en général chez nous ils sont plutôt stabilisés, et ils sont... doux, c'est à dire que vraiment il y a une dualité, quand ils sont malades ils ne sont vraiment pas du tout maîtres de ce qu'ils font, et j'arrive à faire la part des choses. Et les deux ou trois patients que j'ai en tête, c'est des patients que je n'ai pas de mal à soigner. Et qui se laissent bien soigner. À la différence de patients psychopathes qui font être plus compliqués. Mais ça on en a rarement. C'est souvent des patients détenus qui peuvent arriver pour un court séjour. Là où j'ai plus de mal, ou je peux être en colère, c'est les patients dealers, qui vont amener de la drogue dans l'hôpital et en donner à des patients vulnérables. Ça ça me met beaucoup plus en colère qu'un patient psychotique. Après soigner un patient pédophile c'est plus compliqué. Mais j'ai quand même toujours pu les soigner. Et encore une fois ici ils sont quand même dans un cadre qui fait qu'ils ne sont pas dangereux.

-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service?

(Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)

-Nous on fait une consultation d'entrée systématique. 13:26

Et du coup on travaille vraiment en tandem avec les psychiatres car il sont vus à l'entrée par le somaticien et par le psychiatre, et moi je dirais qu'on a un lien qui est souvent très très bon avec les patients puisque nous on ne fixe pas le cadre, on ne décide pas de la sortie, on ne décide pas s'ils gardent leurs habits ou pas, s'ils peuvent aller dans le parc ou pas, s'ils peuvent aller fumer... tout ça c'est le psychiatre et nous on a vraiment la partie « Qu'est ce que je peux faire pour vous? Au niveau de votre santé, qu'est ce qui a péché? Où est ce que vous en êtes au niveau du tabac? Est-ce que vous voudriez réduire? Est ce que vous avez pensé au dépistage du cancer du colon? » Et du coup je fais un peu de gynéco moi, je fais les frottis, je pose les implants. Donc en général les patients sont vraiment reconnaissant et on a un lien sympa avec eux. À l'inverse parfois ils peuvent être violents, insultants avec les psychiatres, quand ils ne sont pas contents du cadre ou quand

ils ne sont pas contents d'une situation sous contrainte. Mais nous on est vraiment protégés de ça.

Et s'il y a une plainte somatique, les patients le disent aux infirmières et les infirmières le marquent. En général les infirmières relaient bien, et si un patient a trop de demandes, ça arrive des patients qui multiplient les demandes, l'infirmière peut tamponner, filtrer.

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif? 15:15

-Alors moi j'essaie de rentrer dans le délire. Je ne vais pas lui dire « vous êtes délirant ». Je vais lui dire « Ah bon? Vous pensez ça? Et du coup vos voix vous disent ça? » Et en général le patient est un peu surpris car ce n'est pas une position habituelle. Et donc on en parle de façon simple, et puis je peux dire « je reviendrais, là je vous laisse tranquille aujourd'hui et on en reparlera dans une semaine. » Maintenant on a des refus pas toujours sur du délire hein.

On a un patient avec une insuffisance cardiaque terminale, FEVG à 30%, qui doit avoir une coronarographie et qui refuse. Bah il refuse on ne peut pas y aller. Mais du coup on attend, on demande au psychiatre d'en parler aussi, on en reparle une fois de temps en temps et on espère qu'avec les médicaments ça ira mieux et qu'on pourra lui faire accepter l'examen.

Maintenant moi j'essaie toujours de ne pas le brusquer, ou le confronter. Ce n'est pas mon travail de faire ça. Et en général j'ai toujours eu l'impression, et j'ai entendu dire, que dans le délire il y avait toujours une part de vérité. Et j'essaie toujours d'écouter ça. Et si le patient vit dans ce monde là aujourd'hui, j'essaie de le rejoindre là où il est pour essayer de voir comment on peut composer ensemble.

-Est ce que ça vous arrive de revenir au symptôme? (Exemple de la patiente qui refuse le traitement d'une mycose car elle pense que ce n'est pas une mycose mais une perte de lait.) 16:5

-Parfois je propose des intermédiaires, par exemple si une patiente refuse l'éconazole, je vais proposer de la betadine gyneco, ou alors je lui dis que c'est tout à fait compatible avec une grossesse. Et parfois ça suffit. Je ne vais pas nier qu'elle est enceinte mais la rassurer sur l'absence de contre indication. On essaie de composer. C'est sûr que ce n'est pas forcément de l'Evidence Based Medicine mais j'aime bien ce côté là. Composer avec le patient pour qu'il soit aussi acteur de ses soins, ça je trouve ça important. D'essayer qu'il soit le plus possible acteur. Voilà.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux?

-Ben, c'est sûr que les patients sont une entité unique, il n'y a pas forcément de dichotomie à faire psychique/somatique. Maintenant, moi j'aime bien -je ne sais pas ce que répondrait un psychiatre- moi j'aime bien le côté d'aller aussi toucher la psyché par le corps. Et effectivement je trouve que le corps parle aussi beaucoup, et quand on prend soin d'un corps, qu'on écoute un coeur, qu'on palpe un ventre, qu'on examine, le patient peut lâcher un peu des choses à ce niveau-là et je trouve ça vachement intéressant. Donc du coup, qu'il y ai le moins de coupure possible ça serait intéressant, maintenant je suis contente aussi qu'on soit deux médecins à faire deux choses différentes mais en même temps complémentaires. Qu'il y en ai un qui examine, l'autre qui prescrit les médicaments, et qu'on puisse revoir ensemble une ordonnance, dire par exemple « j'ai vu que tu as mis ça,

ça interagit avec le miens, avec mon allopurinol, mais il fait régulièrement des crises de goutte, donc comment on peut se rejoindre », je trouve ça intéressant. Donc il ne faut pas complètement scinder mais ce sont des patients compliqués sur lesquels il est bien heureux qu'on soit plusieurs. Voilà ce que je dirais. Et moi j'aime pouvoir aussi parler avec eux de leur délire, de leur souffrance morale, c'est quelque chose qui manquerait si je ne m'occupais que du côté somatique, en oubliant complètement pourquoi ils sont là, ça me paraîtrait bizarre. Donc, c'est pas un entretien psy, mais ils parlent, je ne les questionne pas toujours d'ailleurs mais j'aime bien qu'ils me racontent pourquoi ils sont là, on parle aussi de cette souffrance pendant l'examen somatique.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale? 20:09

-Eh ben... ça dépend des fois. En général je l'acte. Un patient a le droit de refuser un soin somatique, donc du coup tout va dépendre de la gravité, mais en général on va essayer de travailler en équipe. Et puis on le note, on le trace.

On a une patiente paranoïaque qu'on n'a jamais réussi à examiner, ben on le trace. Régulièrement, on y va, on attend, on y retourne, et puis elle nous ouvre un quart de porte quand elle a une poussée de psoriasis pour qu'on lui mette un peu de diprosone. Mais c'est tout, on n'a le droit qu'à un coude. Et celle-là, quand on a un peu plus de temps on essaie de passer la voir, ou quand on la croise dans le parc on va lui dire « ah bonjour madame, comment allez vous? », on essaie d'établir un lien, des fois ça marche et des fois non. Voilà.

-Et vous ne faites pas du tout de soins somatiques sous contrainte?

-Alors non... ça dépend, on en a fait quand même pour une patiente qui avait des gros troubles du comportement alimentaire, donc ça c'est à la limite, mais du coup on avait prévenu le juge, on avait prévenu les tutelles. C'était une patiente anorexique mentale, gravissime, mais qui ne voulait absolument pas qu'on la nourrisse, et bien là la question s'est posée, on l'a nourrie, longtemps, avec une sonde nano gastrique. Donc c'était un soin somatique.

Un patient mélancolique, qui ne veut pas manger, qui veut se laisser mourir, on le nourrit. Avec des perfusions...

-Donc c'est plutôt sur la nutrition que ça arrive. Et sur un examen ou un traitement qu'ils refuseraient?

-Non.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants? 22:14

-L'humour. On essaie de faire rire le plus possible. Et du coup on a un rôle sympa pour ça. On est trois, toujours les même. Y'a des primo parmi les patients mais il y a aussi plein de chroniques, qui viennent, et donc en fait ils nous connaissent, depuis très longtemps. On a la chance d'avoir une équipe qui ne tourne pas beaucoup: moi je suis là depuis 2012, mon collègue depuis je crois 2007, et la chef de service depuis 32 ans. Et ça aussi pour les patients c'est vachement important. C'est des gens qui sont vus tout le temps. Et comme on les voit à chaque entrée, à chaque hospitalisation, ça crée un lien assez fort, pour eux. Et puis, on essaie de rire. On se fout d'eux, de nous, des psychiatres, des infirmières, on essaie vraiment de dédramatiser au possible. Et en général ça marche. Parce qu'ils ont quand même, les patients psychotiques en général, un bon sens de l'humour aussi. Ce côté un petit peu brut de décoffrage, et on leur fait une blague ils vont se dire « ah, je peux me permettre ça? », et du coup ils se permettent, et ça détend tout de suite.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement? 23:41

-Alors on a une radio, un dentiste, une neurologue qui vient 2 jours par semaine, c'est tout.

-Pour les examens biologiques?

-On a un laboratoire, on envoie au laboratoire à la sauvegarde. On a un coursier qui vient tous les jours, et on peut le rappeler autant de fois qu'on veut si besoin.

On travaille beaucoup avec Villefranche en Hôpital public et la Sauvegarde en hôpital privé, pour tout ce qui est consultations extérieures. Mais sinon on n'a pas un super gros plateau technique.

On a un pédicure et une kinésithérapeute qui ne sont pas sur l'hôpital mais qui peuvent venir.

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...?

-Oui. Et en fait depuis 1 an et demi on fait ça: une journée par semaine on prend un service, par semaine, et on fait la revue de tous les patients et on regarde si leur dossier est à jour, depuis quand il n'a pas eu de bio, d'ECG, et on parle des mammo, des frottis, des hémocult, et radio pulmonaire éventuellement pour les tabagiques de plus de 50 ans. Et donc quand on fait la revue, le médecin qui est dans ce service a souvent le lendemain plein de trucs à faire.

On regarde aussi tout ce qui est vaccination, DTP mais aussi pneumocoque chez les BPCO sévère, papillomavirus pour les jeunes, on essaie le plus possible de faire ça. Mais on ne le fait pas à l'entrée ça. C'est vraiment pour les patients qui vont rester un peu, qu'on passe en revue.

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis?

-Alors, du coup, normalement non (pour le rappel), ça nous arrive d'en rappeler quand on a fait une bio et que le patient est parti trop tôt. Et typiquement on n'est pas prévenus que le patient va sortir alors que ça fait 2 semaines qu'on s'en occupe et qu'on a fait plein de trucs... ça ça arrive souvent. Par exemple une charge virale VHC ça met quelques jours, le patient est sorti donc là on rappelle. Par contre on ne peut pas revoir les patients une fois qu'ils sont sortis.

Le courrier au médecin traitant, on le fait pas assez. Il faudrait qu'idéalement on soit plus nombreux, qu'on le fasse plus souvent. On en fait pour des gros gros patients. Par exemple un patient qui a eut un ulcère, une gastroscopie en urgence, voilà. Ou un patient qui a un suivi, ou qui a été opéré. Là du coup on va le faire.

-Et les mots que vous mettez, ils ne sont pas récupérés par les psychiatres? Parce que du coup lui il doit faire un courrier, non?

-Alors lui il fait à chaque fois, mais il va plutôt reprendre notre maquette d'observation d'entrée, les antécédents, mais il ne va pas forcément mettre une synthèse de nos mots. Parce que nous quand on fait un courrier là on fait une synthèse mais sinon lui il ne saurait pas où aller chercher. Parce que du coup on peut écrire 20-25 mots pour un patients... Il faudrait qu'on fasse plus souvent une synthèse.

Les psychiatres ne nous demandent pas forcément un CR somatique, ils de nous demande que quand c'est la structure qui le demande, quand c'est un foyer ou une admission en EHPAD, là bien sûr il faut un courrier, mais quand il sort, ils ne nous demandent pas forcément. Mais c'est psychiatre dépendant. Il y a des psychiatres qui épluchent tout ce qu'on fait, qui savent très bien ce qui s'est passé et qui font un petit mot. Mais il y a des psychiatres qui ne regardent pas du tout.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

-On lui demande d'avoir un médecin traitant. 28:30

On lui dit que c'est important, et en général l'assistante sociale est sur le coup. Et en général le patient est revu au CMP ou alors par le psychiatre, et dans ces cas là dès qu'il trouve un médecin traitant, nous on est au courant et on fait un courrier à ce moment là. Typiquement, et ça c'est quand même pour les patients très lourds. Un patient qui a 30 ans, qui n'a pas d'antécédents somatiques, on ne va pas le faire. Mais un patient de 50 BPCO avec des polypes coliques, qui a fait un infarctus, celui là du coup il a un courrier préparé, ou alors même on l'appelle, le médecin traitant. On n'est pas très fort sur les courriers mais vraiment souvent on appelle les médecins traitants. Les mélancoliques, les patients délirants, les patients qui ne répondent pas, on va appeler le médecin traitant. Il va être capable de nous dire au niveau antécédents, traitement, ce qu'il en est. Mais en général on est un peu déçu, ils nous disent qu'ils ne le connaissent pas bien, qu'ils ne l'ont pas beaucoup vu, qu'il n'a jamais parlé de ça.... on sent que l'examen à l'extérieur n'est pas très poussé. Voilà.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

-Alors du coup discussions informelles c'est sûr. Le meilleur endroit pour ça c'est le self. Quand on va au self, on travaille. Sinon, on a des revues pluridisciplinaires d'ordonnances. Tous les services ont ça une fois par semaine. Ça nous arrive d'y participer quand on peut, quand on n'est pas en réunion ou en train de voir le patient. Ça c'est pas mal. Et sinon, nous encore une fois ils nous connaissent très bien, on dialogue par mail. Très très facilement. Et en particulier on regarde toute la bio de l'hôpital tous les jours, en début d'après midi, et à chaque fois qu'il y a un truc à la bio, une dépakine, un lithium, une hépatite médicamenteuse, une neutropénie sous clozapine, n'importe quoi, on copie colle la bio, on l'envoie au psychiatre et on lui dit « tiens, regarde, celui là attention, je mets un contrôle dans une semaine ». Et on dialogue beaucoup comme ça. Donc en fait je dirais vraiment que, en tout cas pour ma part (mais mes collègues travaillent de façon assez similaire), on dialogue beaucoup par mail. On n'a pas le temps d'avoir trop de réunions, parce qu'on est quand même souvent dans les services, et nous on est aussi beaucoup pris en institutionnel. Car comme on n'est pas beaucoup de médecins, on est aussi pris sur le CLAN, le CLUD, le Codmed, et du coup on court un peu entre les consultations des patients, et tout ce qui est institutionnel. Donc on voit pas mal les psy à ces moments là, mais ce n'est pas forcément un temps dédié aux patients. Voilà.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? 31:31

-Oui, parce qu'on gère beaucoup de iatrogénie médicamenteuse des psychotropes, que lui instaure, et donc c'est le psychiatre prescripteur de ces médicaments là qui devrait normalement faire le suivi, tout ce qui va être prise de poids, suivi métabolique, diabète,

constipation, tout ça. De fait, nous on le fait beaucoup mais on essaie de les sensibiliser le plus possible, voilà. Mais on essaie de leur dire le plus possible que le laxatif ils pourraient le mettre à l'entrée, ils savent très bien, sous clozapine, voilà. Et ça marche un peu.

-Par exemple pour le leponex, ils prescrivent les NFS?

-Oui. Les bilans lithium aussi. Les ECG c'est nous. On les bassine avec ça... les patients hospitalisés en ont tous les 3 mois. Donc on en fait très régulièrement. Ça eux ils ne le font pas encore bien.

-Et en ville?

-Oui. Et alors du coup on a des fois des médecins psychiatres en CMP qui nous appellent.

« J'ai un patient là qui a cette bio, qu'est ce que tu en penses? »

Donc du coup ça arrive. Il y a pas mal de psychiatres qui étaient en intra avant, qui sont au CMP maintenant mais qui nous connaissent parce que l'équipe n'a pas beaucoup bougé, et ils savent comment nous trouver et ils nous appellent régulièrement. Maintenant c'est sûr que c'est fait sur le temps de la consult, qu'il y a beaucoup de postes vacants et qu'en CMP ils n'ont pas forcément le temps. Ils sont déjà complètement ric rac sur le temps qu'ils consacrent aux patients, ils n'ont pas le temps de faire un examen clinique. Mais ils sont interpellés par le fait qu'un patient n'ai pas de médecin traitant.

-Et pour le suivi biologique cardio métabolique?

-Moyen. Ça c'est encore pour eux... franchement... mais je pense qu'ils devraient le faire. Quand on voit un patient qui a pris 20kg sous zyprexa, on ne devrait pas avoir à leur dire.

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné? 3:08

-Et bien, moi je dirais qu'il faudrait mettre plus de médecins somaticiens. Plus on est, plus on aura un maillage important.

Effectivement, mettre un médecin somaticien dans les CMP, je trouve que c'est une très bonne idée. Et ce médecin somaticien pourrait faire le lien avec l'extérieur. Parce que des fois il ne suffit pas de grand chose. Un médecin généraliste qu'on appelle et à qui on dit « du coup ton patient est arrivé hier chez nous, t'inquiète, je le vaccine, je lui fais son hémocult, je te renvoie tout ça derrière, ou là je lui fais un frottis, il est bon ». Ben il est vachement content, il est remotivé pour le suivi, et il sait que si ça ne va pas, il peut l'adresser ici et qu'on pourrait essayer de faire avancer les choses. 35:15

Donc du coup moi je pense que ça va plutôt dans le bon sens. Parce que il y a 15-20 ans ça n'existait pas, les médecins somaticiens en psychiatrie. Il n'y avait que des généralistes qui venait faire une vacation, qui ne faisait que de l'urgence, c'est vraiment récent le statut de médecin somaticien. Et je trouve qu'on a encore des missions... moi en tout cas depuis 2012, même depuis 2009 quand j'étais interne, j'ai vraiment vu notre métier évoluer.

-Et par rapport aux idées de vos collègues: inclure des psychiatres ou des infirmiers psychiatriques dans des maisons de santé pluridisciplinaires?

-Bah déjà un infirmier psychiatrique s'il n'y a pas le psychiatre je trouve ça embêtant.

Parce que du coup soit on fait un suivi complet, soit on ne le fait pas. L'infirmier le fait de plus en plus mais il a quand même besoin de l'avis clinique du psychiatre. Donc après je dirais pourquoi pas, maintenant peut-être que ce serait plus adapté qu'il y ait des médecins généralistes dans les CMP.

-Et par rapport aux généralistes qui essaient de suivre les patients en ville, le problème qui revient c'est la durée des consultations, la non venue aux rendez-vous, et le fait qu'il n'y a malgré cela pas de cotation spécifique.

-Oui bien sûr ce serait une bonne idée. Parce que moi j'ai plein de copines généralistes en libéral qui aiment ça et qui en voit régulièrement. Mais elles, elles sont aussi en difficulté avec l'adressage. Quand elles ont un patient qui ne va pas bien, souvent ça prend un temps fou pour avoir quelqu'un au téléphone, elles ne sont même pas sûres que le patient sera hospitalisé. Quand elles appellent parfois personne ne répond... Il faut améliorer la communication avec le CMP, ça c'est sûr.

Entretiens semi-dirigés : Dr N

Femme Médecin de 50 ans environ

Situation du médecin:

- Spécialité: médecine générale, en France et dans cet établissement depuis 2012
DIU soins somatiques en milieu psychiatrique avec Dr Saravanne (j'étais très contente et j'ai appris beaucoup de choses utiles pour la prise en charge)
- Fonction: Médecin somaticien sur le CH Sainte Marie à Privas
- Service: tout l'hôpital
- Etablissement semi-privé. Association de 5 établissements, autrefois catholiques. (Public? Privé? sectorisé? quel service? type d'unité? (ULE, unité d'entrée, patients déficitaires, fermé?)
- Mode d'exercice: hospitalier pur
- Nombre de patients pris en charge en moyenne

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-Depuis 2012.

Avant j'avais mon cabinet en ville, j'étais médecin de famille en Roumanie. J'ai atterri ici et j'ai resté. Parce que j'y ai trouvé mes repaires.

-Quand vous êtes arrivée en France, vous avez pris directement ce poste-là?

-Oui. Mais pour éclairer un peu mes attributions, tout ce qu'il faut faire, tout ce qu'il faut pas faire, j'ai demandé et j'ai fait ce DIU. Entre 2013 et 2014.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie?

-Non, par contre j'étais un peu éloignée de la psychiatrie, j'avais des idées préconçues. Donc j'avais peur, de la prise en charge des patients. Même, je me souviens, quand j'ai commencé mon DU, j'ai posé une question « comment on peut s'adresser au patient psychiatrique? ». Et le prof m'a dit « la prise en charge pour une grippe c'est quoi? C'est un patient qui a des troubles, mais c'est une maladie, il faut accepter ça, et il faut s'adresser comme pour chaque autre patient. »

2:20

Donc j'ai eu peur mais maintenant, comme je vous ai dit, j'ai pris l'habitude.

-Est ce que au moment de choisir votre spécialité vous aviez pensé à faire de la psychiatrie?

-Non, du tout.

-Et pendant vos stages, pendant vos études, est-ce que vous aviez déjà fait de la psychiatrie?

-Oui, pendant mes études j'ai fait la psychiatrie, mais très court. Surtout, pour moi, psychiatrie, c'était avec les patients difficiles à gérer, qui sont dans leur monde, différent, qui sont pas à l'écoute et prend pas leurs traitements. C'était une autre vision sur la psychiatrie.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère?

-Déjà, le regard va changer, la prise en charge va changer, parce que les interactions avec les médicaments spécifiques en psychiatrie. On a beaucoup de comorbidités qui passent souvent inaperçues parce que les patients ne font pas attention, et aussi ils sont mal diagnostiqués, parce qu'ils n'ont pas la même perception des douleurs, la même perception de leurs besoins, donc c'est vrai qu'ils ont une autre vision sur la vie.

-Et comment le fait de savoir qu'ils sont moins à l'écoute de leur corps modifie votre prise en charge?

-On surveille, surtout les états dentaires, troubles métaboliques, les troubles cardiaques, les interactions avec les médicaments, les psychotropes, les neuroleptiques. Il faut distinguer entre syndrome malin et les vrais troubles respiratoires ou autre chose. La constipation se confond souvent avec une constipation liée aussi au traitement psy, et qui peut entraîner toutes les effets secondaires, les complications.

Et déjà, pour un patient qui est agité, on cherche un globe vésical, une constipation sévère, une douleur dentaire, quelque chose qui déclenche.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients? 6:45

-Déjà c'est la pénurie de médecins en ville. Après pas mal de patients n'ont pas de médecin traitant qui les suit régulièrement. Parfois même les traitements psy, au moment qu'il interrompt ce traitement, au moment qu'il sort de l'hôpital, et parce que, au moment qu'ils ont l'impression que tout va bien, qu'il interrompt parce que c'est pas leur but de continuer le traitement. Même si on leur explique que une fois que le traitement c'est obligatoire pour leur bien, mais ils ne sont pas à l'écoute. Et bien sûr la plupart des patients sont, du point de vue matériel, ils sont limités, donc ils ne se permettent pas d'avoir soins dentaires, d'avoir alimentation équilibrée, d'être entourés. Beaucoup de patients ont des familles mais d'autres non. Donc c'est isolement. Beaucoup d'addictions aussi, qui marche à côté de leur pathologie et qui augmente aussi le trouble.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients?

-Non je pense pas. Mais je sais pas si ce sont eux qui s'adressent, mais parfois les médecins sont débordés par les autres patients. Avec cette pénurie...

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient?

-Oh, ça m'est arrivé au début, mais maintenant non. Parce que j'ai appris des règles, par exemple pour chambre d'iso, au début j'étais choquée de voir des patients agités en chambre d'iso, contentonnés. Et après j'ai compris que c'est pour leur bien, pour les soigner et pas pour se faire du mal. Et je rentre jamais ou même dans consultation, jamais seule. Et je me sens rassurée.

-Et même quand vous voyez les patients, vous avez toujours quelqu'un avec vous?

-Oui, oui. Ou sinon j'annonce que je suis en train de voir un patient et s'il y a quelque chose, j'ai de l'aide.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine?

-Oui, oui, beaucoup beaucoup. Mais depuis j'ai fait aussi un grand travail, parce que l'hôpital nous assure des formations, pour bien-traitance, pour notions aussi de la prise en charge en psychiatrie, pour génosociogramme, pour self-défense... Et l'approche avec les

patients violents, comment on peut faire, pour discuter. Donc j'ai fait beaucoup de formations et maintenant, je me sens à l'aise. Je ne dis pas que je connais tout, je maîtrise tout. Mais déjà je suis moins réticente à tout ce qui est psychiatrie.

-Et c'était quoi justement vos préjugés sur l'hôpital psychiatrique avant d'y aller?

-Les patients qui vivent dans leur monde, qui peuvent décompenser à tout moment, d'être agressée, ou menacée.

-Et maintenant si vous devez aller voir un patient dont vous savez le passé criminel, est ce que ça vous bloque un peu?

-Non, non mais parfois j'aborde pas ce sujet. Je vois un patient du point de vue somatique, et le reste je laisse au psychiatre. Je décris juste son état, son regard, et c'est tout. Je ne rentre pas trop dans pathologie psychiatrique.

-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service? (Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)

-La prise en charge c'est d'abord somaticien ou psychiatre selon priorité. Et après c'est en équipe. Et pour tous les patients qui sont pour la première fois dans l'hôpital, on fait un examen médical complet, on envisage un bilan sanguin et on a plusieurs formules selon l'âge des patients et les pathologies. Donc on a un bilan minimal pour les patients jeunes, qui sont pas addict aux toxiques, après on a... je peux vous montrer, si vous voulez.

(Me montre sur l'écran de l'ordinateur les différents bilans tout faits à prescrire selon le type de patient)

On a un bilan à part pour géronto, plus complet, et un bilan pour les addictions. Et aussi, on fait un ECG dès l'entrée, et poids, taille, IMC, pour voir un peu troubles métaboliques aussi. Et périmètre abdominal.

Et après on a surveillance selon les besoins. Par discipline, on peut voir. Pour les femmes jeunes, on fait, parce que parfois les patients sont pas suivi du point de vue gynéco, ni de la contraception, donc elles sont plus exposées, parfois on fait les sérologies par ce que ce sont des patients à risque et aussi fragiles.

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif? 14:54

-On rentre un peu dans le délire, mais pas trop. On ne s'implique pas. Trop. On explique que c'est pour leur bien, que on fait tout ce qu'on peut pour l'aider, et c'est tout. Je rentre pas trop, je laisse le psychiatre gérer.

À l'inverse je n'essaie pas de lui dire « vous délirez ». Je reste dans l'empathie. Mais pas m'impliquer trop. Et même pour le patient psychotique qui supporte pas d'être touché, je les explique que j'ai besoin de leur accord et je fais minimum possible. J'ai pas l'intention de lui faire du mal.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux?

-Je fais mon côté somatique sans rentrer trop dans psy. Et je fais jamais la prescription des médicaments de psychiatrie. Mais par contre si existe une contre indication, QT long ou quelque chose qui met en danger la vie du patient, je donne un switch thérapeutique et je communique au psychiatre qu'il a un QT long ou problème cardiaque, ou quelque chose qui impose la baisse de dose. Par exemple les patients âgés, aussi la dose il faut baisser, parfois, parce qu'ils sont plus fragiles que les autres.

-Et pour les choses comme la douleur, quand on n'est pas sûr qu'il y ait une cause organique ou qu'on ne la trouve pas...

-On a une échelle, une grille, pour évaluation, et on surveille pendant plusieurs jours, et on discute avec le patient. On cherche une cause organique, déjà. On peut faire des examens pour voir si c'est vraiment une cause somatique. Et on discute aussi avec le psychiatre, parce que la plupart des patients psy ont une autre perception de la douleur. Donc... Et la température, aussi. Parce que ce sont des patients qui sont plus sensibles que les autres et qui font leur douche avec l'eau super bouillante, donc on fait super attention.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale?

-J'insiste pas. J'essaie de pas imposer. Mais par contre j'essaie de discuter. De voir qu'est ce qui se cache derrière ce refus: est-ce qu'il a été traumatisé avant? Comment il explique ça? Mais je n'essaie pas d'imposer quelque chose.

-Vous revenez souvent à la charge?

-Oui.

-Et ça marche?

-Ça a marché... un exemple récent c'est une dame qui était bien constipée, qui refusait normacol (lavement), et j'ai expliqué que sa vie en danger parce que j'ai constaté que son ventre est... voilà, tous les symptômes pour une constipation sévère, et je veux l'aider. Elle a refusé et le lavement, et le touché rectal. Et j'ai essayé de discuter avec elle, je l'ai laissée un peu, j'ai ajouté des laxatifs moins invasifs, et pendant plusieurs jours j'ai essayé de revenir sur ses douleurs, sur ses... et finalement elle a accepté.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants?

-Déjà parfois peut-être dans l'écoute et l'empathie. Parfois c'est facile, parfois non. Parce que souvent les patients sont fermés et ne disent pas tout. Juste on les voit tendus, voilà. Ce sont des patients qui ne supportent pas d'être touchés, donc il faut leur expliquer tous les gestes qu'on fait, on leur explique que ce n'est pas contre eux mais pour les soigner. Mais ça nécessite beaucoup de patience, beaucoup d'empathie.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-IDEM Ste Marie

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...?

-Oui, oui, oui. Parce que la plupart des patients sont mal surveillés. Donc on profite, surtout pour les jeunes, mais pas que ça, pour sérologies, personnes à risque, pour

dépistage. Et on a eut pas mal, c'est mon collègue le Dr B, qui va suivre je pense, qui a fait pas mal de dépistages même pour des cancers, pour hépatite C...

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis? 20:25

-Oui pour le courrier au médecin traitant. Le psychiatre rédige le courrier. Et on fait comme une sorte d'annexe en expliquant ce que pendant l'hospitalisation on a fait, les investigations qu'on a fait, et on met aussi un courrier aussi en mains propres au patient.

-Est ce que ça vous arrive de reconvoquer des patients pour la médecine générale?

-Non.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

Vous essayez d'en chercher un?

-Non.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

-Oui, ça se passe bien. J'ai eu deux services, maintenant un seul service, on communique avec les psychiatres, on fait le staff une fois par semaine, professionnel, et on discute de chaque cas, de chaque patient. S'il y a quelque chose, un bilan perturbé ou autre chose qui pose des questions, des problèmes, je présente ça, sinon je mets dans les observations et les psychiatres les voient. S'il existe une contre indication pour certains traitements psy, je note aussi dans les observations. Donc c'est une communication et par les dossiers des patients, et direct.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? Et en ville?

-Non, parce que on est somaticiens, on travaille en équipe, et s'ils trouvent quelque chose perturbé, à leur tour, on discute. La prise de sang pour surveillance de certains médicaments, oui c'est eux, mais tout ce qui est somatique sinon c'est moi.

-Et pour les patients suivi en ville?

-Non, il a aussi à avoir une bonne communication avec le médecin traitant. Sinon il y a aussi les infirmiers du CMP qui s'occupe de surveillance des patients.

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné?

-De trouver à l'extérieur aussi un médecin traitant, et d'avoir un lien avec le psychiatre et le somaticien en interne.

Améliorer la communication entraîne l'amélioration de la prise en charge.

-Est ce que vous pensez que votre DU vous a beaucoup apporté?

-Mais oui.

-Parce qu'actuellement comme la psychiatrie n'est obligatoire à aucun moment de nos études, il y a beaucoup de généralistes qui finissent en ayant aucune expérience dans le domaine. Est ce que vous pensez qu'il serait possible de faire des formations pour les internes de MG?

-C'est utile. Je ne sais pas comment ça se passe ici mais dans mon pays, quand on a fini les études, 6 ans de médecine, on passait à l'époque dans un internat, des stages de 6 mois, dans chaque spécialité essentielle pour la prise en charge des patients. Pédiatrie, gynécologie, maladies internes, psychiatrie, c'est obligatoire, avec un suivi, bien sûr sous surveillance d'un médecin senior, et au bout de six mois c'est avec un examen écrit et pratique pour voir nos acquis. Et ce qui m'a beaucoup aidé ici en France c'est ce DU.

-Et ce que disent les généralistes de ville c'est que ça prend beaucoup de temps, les consultations avec les patients psychiatriques, et que c'est payé autant qu'une consultation normale. Que pensez vous d'une cotation spécifique?

-Oui, c'est utile.

Entretiens semi-dirigés : Dr O

Femme Médecin de 48 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale

-Fonction: médecin chef

-Service: département de médecine polyvalente (service transversal)

-Etablissement: CH Saint Jean de Dieu, privé à but non lucratif, sectorisé. Tous types de services (ouvert, fermé, pédiatrie en HDJ seulement. Présence de gériatres à mi-temps dans les services de gérontopsychiatrie donc peu d'interventions là-bas, ULE, unité d'entrée, patients déficitaires.

-Mode d'exercice: hospitalier pur

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: 1300 patients en file active par an pour le service de médecine polyvalente.

Organisation des soins somatiques au département de médecine polyvalente du CH Saint Jean de Dieu:

Alors c'est le département de médecine polyvalente, donc actuellement... ça a changé un peu cette année. Avant il y avait des internes, plus maintenant (a priori ils privilégient les stages de médecine libérale et du coup ils nous ont enlevé des stages donc on n'aura plus d'internes). Donc du coup la directrice a accepté d'ouvrir deux postes de médecins généralistes en plus, parce qu'en fait, contrairement au Vinatier, les généralistes dépendent de cette unité là, et on va dans les services. On est un peu des prestataires de service, en fait. On essaie de se répartir quand même par unité pour qu'on revoie régulièrement les patients et qu'on ne change pas tout le temps, mais on peut être amenés à aller un peu à droite à gauche, et on fonctionne en fait par demandes, ce sont les psychiatres qui nous font des demandes pour qu'on intervienne et qu'on voit un patient.
1:50

-Donc les unités ne sont pas réparties entre vous?

-Alors c'est réparti mais comme on n'est pas forcément à temps plein, en fait on n'est que deux à être à temps plein, et comme je suis le médecin chef je m'occupe aussi de tout ce qui est CLIN, CLAN, CLUD, plein de choses à côté... et les autres médecins, il y en a deux à 80% et une à mi temps. Et du coup on aura un autre mi-temps.

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-Ça fait 15 ans.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie?

-Alors du coup moi j'ai été interne à Saint Jean de Dieu. Moi ce qui m'a plu, c'est qu'on fait de la médecine générale, avec de la psychiatrie, on voit vraiment de tout, c'est très varié. Parfois ce n'est pas aussi évident que ça parce que l'examen, l'interrogatoire n'est pas si facile que ça. Et du coup c'est ce qui m'a plu, en fait.

C'est aussi le contact avec les patients. Et la diversité des cas qu'on pouvait rencontrer.

-Et est-ce qu'avant l'internat vous aviez déjà rencontré le monde de la psychiatrie?

-Oui j'avais aide-soignante pendant les vacances, et j'étais au Vinatier.

-Et est-ce que vous aviez penser à choisir psychiatrie comme spécialité?

-Non, pas du tout, parce que c'était vraiment le fait de traiter le somatique qui me plaisait.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère? 5:13

-Alors il y a plusieurs choses, c'est effectivement le fait que l'examen ne soit pas forcément facile, l'interrogatoire non plus.

C'est tout les effets secondaires des traitements, qui interfèrent avec ce qu'on peut rencontrer, et aussi les diagnostics différentiels avec la psychiatrie. Ça c'est important puisqu'on se rend compte que parfois le patient est étiqueté psychiatrique, et en fait il y a d'autres choses qui expliquent ses symptômes et on voit... enfin nous on a fait des diagnostics assez inédits, on a eu un Creutzfeldt-Jakob, une sclérose latérale amyotrophique, on a eu plein de choses. C'est toute la difficulté. Il me semble que c'est plus difficile.

-Est-ce que vous avez déjà exercé en ville?

-Oui, des remplacements après l'internat.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients?

-Alors il y a plusieurs explications. Déjà, eux, qui ne veulent pas forcément avoir un suivi. Ils essaient... enfin ils échappent un peu au suivi.

Le fait aussi que c'est parfois compliqué de trouver un médecin généraliste qui veuille bien les recevoir.

Et puis aussi je pense qu'il y a peut-être un manque de communication entre ce qui se fait à l'hôpital psychiatrique et la médecine de ville, et ça rend le suivi plus compliqué.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients?

-Je pense que ce sont des patients qui prennent beaucoup de temps, et du coup effectivement soit ils manquent de temps, soit c'est aussi le problème d'un patient qui est dans une salle d'attente et qui peut rapidement être impatient, donc je pense qu'effectivement c'est plus compliqué pour la ville.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient?

-Alors je n'ai jamais eu peur mais... parfois quand je suis avec un patient et que je sens qu'il est assez tendu, j'écourte un peu l'examen, surtout si je suis seule, pour refaire l'examen en étant accompagnée. C'est déjà arrivé. Sinon en général... il me semble qu'on n'a jamais eu de violence envers nous. Enfin les patients nous ont bien identifiés comme médecins généralistes, on n'a pas les mêmes rapports qu'ils peuvent avoir avec le psychiatre, il n'y a pas la même agressivité.

-Oui j'ai trouvé qu'on était plutôt le bon objet...

-Oui, c'est ça.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine?

-Euh... non. Je n'avais pas d'a priori sur la psychiatrie.

-Et prendre en charge un patient dont vous connaissez le passé criminel par exemple, est ce que ça vous a déjà posé problème?

-Non ça ne m'a pas posé de problèmes. Peut-être que j'ai été plus attentive à comment je l'ai abordé juste.

-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service? (Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)

-On essaie de voir quand même le plus possible les entrées, et dans ce cas c'est nous qui y allons sans être appelés. Et pour le reste c'est le système des bons de l'équipe.

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif? 10:26

-Non je ne vais pas le confronter... Je vais plutôt essayer de l'interroger pour voir si derrière ce délire il n'y a pas quand même quelque chose de plus objectif. Après c'est variable en fonction des patients, on voit qu'il y en a avec lesquels on ne va pas pouvoir du tout creuser la question, et du coup on y retourne un peu après si nécessaire, parce que parfois s'ils sont de plus en plus tendus on arrête et on y retourne plus tard. Mais je ne les confronte pas.

Et entrer dans leur jeu non plus.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux?

-Moi je trouve que c'est très dommage, cette distinction, parce que c'est vraiment le patient dans son ensemble qu'il faut prendre, et on voit bien que tout est intriqué en fait. Il y a des répercussions sur les deux. Les problèmes somatiques peuvent avoir des répercussions sur le psychique, et inversement. Donc à mon avis il faut vraiment le prendre en totalité et c'est vrai que c'est un peu dommage je trouve, qu'on ne prenne pas le patient assez globalement.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale?

-Alors ça dépend. Si on a quand même l'impression qu'il y a un caractère d'urgence à faire un examen, parfois on est amenés à contenir pour pouvoir quand même l'examiner et éliminer quelque chose d'urgent. Sinon en général on attend un peu que le patient se pose et on y retourne après.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants? 12:40

-En fait j'essaie de jouer sur le fait qu'on est là pour les aider, pour les soulager sur des douleurs, des choses comme ça. Les aider à ce qu'ils aillent mieux, et du coup, voilà, en général...

-Donc vous revenez sur le symptôme primaire?

-Oui, c'est ça. Et puis on y retourne.

-Est-ce que vous trouvez que les consultations prennent plus de temps?

-Ah oui, oui, oui.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-Alors normalement on avait une dentiste et une assistante dentaire mais actuellement elles sont parties et donc on est en recherche... mais normalement on a tout ce qu'il faut. On a un cardiologue, un ORL, une neurologue qui les examine cliniquement, une neurologue qui interprète les électroencéphalogrammes, endocrinologue, rhumatologue, pédicure, gynécologue... on a une manipulatrice radio qui fait des radio à mi temps. Là on n'a plus de radiologue mais on va essayer de faire de la téléradiologie. On a un échographe que le cardiologue et le gynécologue utilisent.

-Et vous avez un labo?

-Pas sur place. On envoie les examens à biomnis. Donc il nous faut 3 ou 4h avant d'avoir un résultat. On peut faire des demandes en urgence la nuit mais ce sera quand même 3-4h.

-Et comment ça se passe d'ailleurs pour les gardes de nuit?

-Il n'y a pas de somaticien de garde parce qu'on n'est pas assez nombreux, du coup on ne peut pas être d'astreinte. Du coup c'est l'interne de garde qui est présent, qui est un interne de psychiatrie du coup, et comme on travaille beaucoup avec Saint Joseph et HEH, ils peuvent appeler s'ils ont un doute et à ce moment-là les urgences leur donne une conduite à tenir ou reçoivent le patient. On travaille aussi beaucoup avec le SAMU, parce qu'en fait on fait des formations de gestes et soins d'urgence, moi-même je participe aux formations pour les para-médicaux et les médicaux, et du coup on travaille beaucoup avec le CESU, le SAMU. Du coup en général souvent si on a une difficulté, on reprend le problème avec eux. Et ils font des cours aux internes aussi.

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...?

-Oui, on essaie. Soit c'est nous, soit on demande un avis aux spécialistes de l'hôpital. Et pour les mammographies on envoie à l'extérieur. On essaie de voir aussi les vaccinations.

— — — — —

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis?

-Il y a des courriers au médecin traitant... Le problème c'est que nous ne sommes pas forcément avertis de la sortie du patient, et du coup parfois le problème somatique n'est pas transmis au médecin traitant, ni les biologies ou examens complémentaires.

-Et le psychiatre ne se sent pas forcément investi de ça?

-Non.

-Est-ce que vous donnez des RDV de suivi?

-Non, on ne le fait pas. En général on essaie de les renvoyer à leur médecin traitant. Il y a quelques cas où vraiment le patient ne voulait voir personne à l'extérieur, où j'ai essayé de faire un suivi en attendant d'avoir une alliance avec un médecin traitant. C'est exceptionnel.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

-L'assistante sociale essaie de faire un travail pour en trouver un, mais parfois c'est vrai qu'ils n'adhèrent pas... et du coup ils n'ont pas de médecin traitant. Les équipes mobiles aussi peuvent participer à ça.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

-Alors ça dépend des unités. Il y en a où effectivement on travaille vraiment en collaboration, ils tiennent compte de ce que nous disons, il y a des échanges même par rapport aux examens qu'on pourrait faire.

Et il y en a où l'échange est plus difficile et où le somatique est vraiment mis de côté:

« vous, vous vous occupez de ça mais moi je ne m'en occupe pas », voilà. Donc c'est très variable selon les unités, selon les psychiatres.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? 18:30

-Moi je trouve que les psychiatres devraient vraiment tenir compte des effets secondaires, et parfois ils reportent sur nous alors que c'est leurs traitements. Donc ça... enfin moi je suis là pour les aider, mais c'est vrai que peut-être qu'ils s'en déchargent. Le suivi biologique cardio-métabolique c'est à eux de au minimum s'assurer que ce soit fait, et de nous interpeller si ce n'est pas fait.

-Et l'ECG, ils le font?

-C'est pareil, c'est souvent nous qui vérifions s'ils ont eu un ECG au moins une fois par an... après comme je disais c'est vraiment psychiatre dépendant. Certains vont le faire et d'autres non.

Et nous c'est un peu compliqué puisqu'on est extérieurs aux unités, on n'a pas forcément le temps de voir tous les patients et de vérifier pour tous les patients s'ils ont eu leur ECG annuel, leur bilan annuel.

-Et ça vous en avez déjà discuté avec eux?

-Oui, oui, oui. C'est toujours compliqué. C'est pareil pour la constipation, moi j'avais fait un protocole pour la constipation en leur disant ce qu'il faudrait faire, et en fait ils ne le font pas forcément. Et on est très souvent appelés pour des constipations qui auraient pu être prise en charge avant par un laxatif un peu systématique lorsque le patient est sous deux ou trois neuroleptiques... enfin bref.

-Et en ville?

-Oui. Ou au moins de s'assurer qu'il y ait un médecin généraliste qui s'en occupe. Moi il me semble que, pareil, vu que les traitements entraînent un suivi biologique et de l'ECG, il faut qu'ils s'assurent vraiment que c'est fait, et au moins qu'ils vérifient qu'il y a un médecin traitant qui fait ça.

— — — — —

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné? 21:20

-Moi je pense que c'est déjà le lien qu'il y a entre les psychiatres et les médecins généralistes, qui ne se font pas forcément très bien. Par exemple les médecins généralistes ont la possibilité de demander un avis en hématologie etc, et ça n'existe pas vraiment, en psychiatrie, de pouvoir, comme dans MyHCL... vous connaissez? En fait on a un site sur lequel on peut poser une question à un hématologue, un pneumologue, pour tel ou tel patient, et c'est donc pour les médecins généralistes, et du coup on a quelqu'un qui nous répond assez rapidement. Et en psychiatrie on n'a pas ça. Ça n'existe pas. Le médecin généraliste ne peut pas demander un avis à un psychiatre parce qu'il a un patient qui a tel ou tel problème. Et les psychiatres sont toujours difficiles à joindre, aussi. Parce que quand ils sont en entretien ils ne sont pas dérangeables... du coup je pense que pour le médecin généraliste, avoir un psychiatre, avoir son avis, c'est compliqué. Donc ça à mon avis il faudrait l'améliorer.

Il y a aussi le fait que par exemple, dans les CMP, il me semble que ce serait intéressant qu'il y ait un médecin généraliste, pas forcément que pour le CMP mais qui s'installe au sein du CMP, pour voir aussi les patients et qu'il y ait un meilleur suivi.

-Et à l'inverse est ce que des psychiatres en maison de santé pluridisciplinaire?

-Oui c'est vrai que ça aussi ça se voit peu, alors on voit d'autres spécialités mais les psychiatres, pas forcément. Donc je pense que ça serait aussi intéressant.

-Et est-ce que l'existence de ces maisons de santé, qu'on a créé au départ pour répondre au problème des déserts médicaux, est ce que ce n'est pas un bon moyen de prendre en charge les patients psychotiques, complexes, sans être seul?

-Oui tout à fait. En fait il faudrait... ce que nous, on a au sein de notre hôpital, il en faudrait aussi à l'extérieur.

-Et par rapport à la formation des généralistes à la problématique de santé mentale?

-Moi je trouve ça très dommage qu'on nous ai supprimé nos internes parce que effectivement, nous les internes quand ils venaient ici, ils nous disaient « c'est vraiment formateur », parce qu'on voit vraiment beaucoup de choses, très différentes, et en plus on fait de la psychiatrie. Donc ça couvre vraiment tout le champ de médecine. C'est vraiment formateur, même pour l'examen... C'est quand même compliqué chez un patient qui ne va pas forcément exprimer la même chose, et donc l'examen clinique est important, il faut prendre le temps...

-Est ce que vous ou vos collègues seriez partants pour faire une formation de type FMC sur la question du suivi du patient psychotique et les différentes problématiques autour de ça?

-Ben, oui pourquoi pas. C'est un peu ce qu'on fait quand on fait les formations aux gestes et soins d'urgence, c'est très... orienté, par rapport à la population psychiatrie. Par exemple on prend beaucoup de temps sur les fausses routes, l'épilepsie ou les choses comme ça, l'embolie pulmonaire parce que les traitements et la sédation entraînent ça. Et ces formations là sont faites à chaque début de semestre aux internes. Et effectivement oui, on pourrait former les internes de médecine générale.

-Et une autre chose qui revient souvent c'est le temps de consultation, est ce qu'une cotation spécifique vous paraît pertinent?

-Oui c'est sûr.

Entretiens semi-dirigés : Dr P

Femme Médecin de 48 ans

Situation du médecin:

-Spécialité: Médecine générale

-Fonction: chef de Pôle au pôle MOPHA et Clinicienne au SSR

-Service: SSR (24 lits)

-Etablissement public sectorisé (Le Vinatier), pôle MOPHA, service SSR (non sectorisé, ouvert), 24 lits, patients psychiatriques hospitalisés pour raison somatique, service ouvert.

-Mode d'exercice: hospitalier, quelques consultations externes occasionnelles pour quelques patients polypathologiques pour lesquels un MT n'a pu être trouvé, patients de plus de 18 ans.

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: 24 patients pris en charge par 2 médecins qui s'occupent conjointement des 24 patients.

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-J'ai fait mes deux derniers semestres d'internat ici, parce qu'à l'époque on pouvait doubler le même semestre, puis quand j'ai fini l'internat j'ai pris un poste d'assistante. A l'époque je travaillais en médecine puisqu'il y avait deux unités de médecine et pas d'unité de SSR, en 1998. Et j'ai travaillé jusqu'en 2008, donc pendant 10 ans, dans l'un des deux services de médecine, Revol 1, et en 2008 le chef de service de l'époque, le Dr ..., m'a confié la transformation d'un des deux services de médecine en SSR, et donc depuis je travaille sur le SSR.

-Donc cela fait...

-21 ans. Et je n'ai pas eu de réelle expérience autre, même si j'ai fait 4 ou 5 remplacements en cabinet libéral quand j'étais interne.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie?

-La médecine générale était mon premier choix, d'autant que à l'époque on ne passait pas l'internat quand on faisait de la médecine générale. Donc je n'ai pas passé l'internat, par choix, mais pendant mes études j'étais en stage ici au Vinatier, et je me suis dit « quand je serais grande, je reviendrai! ». C'était mon 2e stage d'externat, j'étais en 4e année, et j'ai vraiment apprécié à la fois le côté prise en charge globale, somatique et psychiatrique, et j'ai apprécié... enfin, voilà, ça c'était le premier contact pendant mes études de médecine... et pendant l'internat, j'ai eu ma première fille, et j'ai pris 6 mois de dispo, et quand je suis revenue de dispo j'ai fait mon troisième semestre ici, et je suis restée pour mon 4e semestre, parce que ça me plaisait.

-Semestre d'internat? Donc finalement il y a eu internat?

-Enfin d'internat: de résidanat, à l'époque, puisque nous on appelait ça l'internat, même si on ne passait pas l'internat on était interne de médecine générale. Donc un stage pendant mon externat. Je ne passe pas l'internat mais je fais, à l'époque ce qu'on appelait le résidanat en langage administratif mais nous on disait internat de médecine générale. À l'époque on avait 4 semestres et donc j'ai fait mes deux derniers semestres ici. Avec toujours cet attrait pour la prise en charge globale, et aussi -et c'est peut-être ça qui est intéressant- c'est une médecine générale qui est un peu complexe, qui fait appel à des connaissances théoriques, et on se doit de prendre en charge les patients psychiatriques à la hauteur des patients qui ne le sont pas, ce qui demande beaucoup d'adaptation, et des

techniques de contournement, d'ajustement, qui rendent la prise en charge à la fois un peu technique, et aussi innovante pour certains patients, il faut s'adapter, il faut faire avec, et les prises en charges sont toutes différentes. Alors c'est tout le temps valable en médecine hein, les prises en charges sont toujours singulières, mais quand il n'y a pas l'écueil de la psychiatrie ça peut se rapprocher.

Là, notre objectif, c'est de toujours être au plus proche de l'idéal de prise en charge en faisant avec les symptômes psychiatriques, et ça demande de l'inventivité et de la persévérance et ça ça me plaisait bien.

-D'accord. Et par rapport à la maladie mentale et à la psychiatrie en elle-même, est-ce que c'était quelque chose qui intellectuellement vous intéressait ou c'était vraiment cette expérience-là qui vous a orientée?

-Alors non je n'ai jamais eu l'idée de faire de la psychiatrie -alors, mon frère est psychiatre, donc peut-être que quand même il y a quelque chose autour de ça, mais...- en tout cas, consciemment, non je n'ai jamais eu envie de faire de la psychiatrie. J'y ai pensé, mais ça m'éloignait de la prise en charge... voilà, c'est un autre relationnel en psychiatrie, qu'on a avec les patients. Et puis la médecine générale ça a un avantage d'être très diversifié, contrairement à toutes les autres spécialités, y compris la psychiatrie, ou finalement on reste dans un champ et on ne peut pas tout prendre en charge. Alors en médecine générale non plus, hein, on doit se faire aider des autres spécialités quand on arrive à nos limites, mais ça permet quand même d'avoir une diversité d'activité qui est intéressante. Surtout que dans ces deux services, les pathologies sont très variées. Ce n'est pas que de l'infectiologie, de la cancéro, des maladies chroniques, que de l'endocrino... on a un panel de prise en charge très varié. Et même avant que je découvre ce service et que j'ai l'idée de faire de la médecine générale, c'était ce côté de la médecine général qui me plaisait, de pouvoir avoir quelque chose d'assez varié, quitte à se spécialiser dans un domaine ou dans un autre par choix dans un second temps. C'était mon idée de départ, de me dire que j'allais faire de la médecine générale, et si je voyais que la pédiatrie me plaisait, je pourrais m'occuper d'enfant et sélectionner ça dans ma patientèle. Voilà, c'était vraiment ça qui m'a accompagné sur le choix de la médecine générale, c'était le champ large des pathologies prises en charge.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère?

-Alors... c'est compliqué! Ce que j'ai dit tout à l'heure, c'est vrai... Alors parfois c'est facile, tout simplement hein, et certains patients sont certes psychiatriques mais la prise en charge n'est pas particulièrement compliquée. Ce qui moi m'intéresse, c'est d'essayer de trouver parfois des solutions... On garde toujours... Notre patient a une comorbidité psychiatrique qui le freine, soit dans sa demande, soit dans l'expression de sa demande, soit dans sa capacité à adhérer aux soins, et l'idée c'est de trouver des stratégies. Alors, bien sûr, moi je travaille en équipe, et je ne suis pas toute seule. Oui, j'ai oublié, la notion du travail d'équipe, j'ai aussi choisi de travailler à l'hôpital et de ne pas travailler en cabinet parce que travailler en équipe et en pluridisciplinarité... Parce que là, tous seuls, les médecins ne peuvent rien faire, dans les services dans lesquels je travaille. C'est vraiment le travail d'équipe avec les infirmières, les kiné, les psychomotriciennes, le psychologue, le psychiatre, surtout dans les cas complexes, c'est vraiment le travail d'équipe qui nous permet d'avancer.

Du coup je ne me rappelle plus vraiment de la question initiale...

-C'était quels sont les spécificités avec ces patients là. Quand vous devez les prendre en charge, finalement, la maladie mentale, qu'est ce que ça vient modifier dans votre relationnel?

-Je pense que la notion d'équipe elle reste même...même si... je pense qu'elle est valable même pour les patients ambulatoires: on ne travaille jamais tout seul. Quand je vois des patients en consultations, je m'appuie sur le secteur, sur l'infirmier référent, voilà. Donc la question du travail d'équipe est importante. Et puis moi, sur le plan strictement médical, ce qui est toujours intéressant, c'est de travailler avec le patient pour l'amener, d'une manière ou d'une autre, et il n'y a pas de recette vraiment, à aller là où sur le plan médical on pense qu'il faut l'amener, pour qu'il puisse malgré les résistances liées à sa pathologie psychiatrique, bénéficier du soin somatique le plus adapté possible. Et ça c'est difficile. Est-ce que ça s'apprend dans les livres? Probablement pas. Mais ça s'apprend justement dans ce travail d'équipe avec les autres. Il faut être inventif, il faut être patient. Parce que parfois ça ne marche pas du premier coup.

-Et puis quand on craque ça doit permettre aussi parfois de répartir la charge mentale que cela peut représenter?

-Parfois ça peut être lourd et donc il faut pouvoir le partager. Et le partager avec d'autres collègues, qui assurent la prise en charge ou pas, ça permet aussi de se sortir parfois des impasses où on est. Et puis... je ne suis pas sûre que cela fasse la spécificité des patients psychiatriques mais en tout cas ça doit sûrement jouer en terme de fréquence, il faut accepter parfois de ne pas y arriver. Et de se « contenter » d'un pallier de soin peut-être un peu inférieur mais qui permet quand même de faire quelque chose sans perdre la confiance du patient. Et des situations d'impasse on en a quand même... et ce n'est pas toujours facile à vivre parce qu'il y a des patients qu'on pourrait soigner mais qui s'y opposent catégoriquement et ça c'est compliqué, mais ça se partage en équipe et il faut aussi accepter parfois que, malgré les efforts et malgré les différentes stratégies qu'on peut mettre en oeuvre, on n'arrive pas à faire accéder au patient aux soins optimaux auxquels il pourrait avoir droit, mais parce qu'on est obligé de faire avec ses symptômes psychiatriques. Moyennant quoi, on arrive très souvent à faire ce qu'on veut faire. Quand je dis « on veut faire », c'est pas...

-À améliorer les choses?

-Oui, voilà. Avec de la patience, et la notion de temps est extrêmement importante parfois, il faut du temps, pour suivre le chemin. C'est-à-dire que quelque chose qui pourrait se faire en une durée lambda avec un patient sans antécédents psychiatriques, on arrivera à la même chose mais avec plus de temps. Et cette notion du temps elle est précieuse et nécessaire, et ce n'est pas toujours possible.

Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients? (En médecine générale, ils ont moins de médecin traitant...)

-Alors tu es bien placée pour le savoir avec CoReSo!

-Oui!

-Alors: comment on l'explique... Je pense que pendant un certain temps, qui est une époque révolue mais qui est quand même un certain temps, il y avait la notion de laisser le patient faire ce qu'il voulait, à tel point que s'il ne voulait pas avoir de médecin généraliste, ma foi, il n'en avait pas. Maintenant je pense que ce temps-là est dépassé, et on se doit tous, nous les médecins généralistes mais aussi les équipes de psychiatrie, d'accompagner les patients...

Désolée (répond au téléphone).

Oui, aujourd'hui, ça fait partie de notre travail, des médecins généralistes mais pas seulement, d'aider les patients à trouver un médecin traitant. Donc parfois c'est assez simple: il suffit d'appeler avec lui et il n'y a pas de problème particulier. Parfois c'est plus compliqué, ça demande un accompagnement au long court, mais je pense vraiment que c'est de notre responsabilité de faire cette démarche d'accompagnement. Parce qu'il y a un manque d'initiative chez les patients psychiatriques, ils repèrent mal certaines de leurs plaintes physiques, et puis malgré tout même s'ils y arrivent parfois, le premier contact va être compliqué, les médecins ne sont peut-être pas toujours formés... Puis je pense qu'il y a la question du temps aussi, on disait ça tout à l'heure. La question du temps dans un cabinet de médecine libérale: les consultations durent 10, 15, 20 minutes, mais pas 45 minutes. Ou pas souvent. Et c'est vrai que ce sont des patients qui demandent du temps, et cette question du temps est vraiment essentielle. Parce que les pathologies somatiques sont les mêmes chez les patients psychiatriques que chez les autres, les médecins généralistes les connaissent, pas de problème avec ça. Mais la question du temps.. Les patients peuvent être ralentis... il faut les faire s'installer, se déshabiller, arriver à décoder des plaintes qui sont parfois parasitées par une interprétation psychiatrique ou qui sont tout simplement mal ressenties et donc difficilement transmissibles. Ça c'est une vraie difficulté je pense, pour les médecins généralistes.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients?

-Je n'en sais rien. Quand on en discute avec eux, ce n'est pas du tout ce qu'ils nous disent. Ils nous disent que de toutes façons ils sont des professionnels de premier recours donc les patients se présentent chez eux, et ils disent aussi souvent -je ne vais pas parler pour eux mais moi l'impression, le ressenti que j'ai- c'est qu'ils reçoivent beaucoup de patients qui ont des troubles de l'humeur, mais les patients psychotiques n'arrivent pas chez eux, en fait. Ils ne les voient pas, ou très peu. Il y a 1% des patients dans la population générale qui a des troubles psychotiques, et je ne suis pas sûre que leurs patientèles comptent 1% de patients psychiatriques. Que certains médecins généralistes aient peur de la maladie mentale, oui, enfin peur je n'en sais rien mais qu'ils ne se sentent pas compétents probablement, on ne peut pas être compétent en tout. Mais par contre d'autres sont très prêts à accueillir ces patients. Je pense qu'il y a un vrai frein qui est celui du lien avec les psychiatres, avec les CMP, et que les médecins généralistes peuvent vite se sentir un peu seuls dans la prise en charge des malades psychiatriques. Et sans avoir de recours facile à un avis spécialisé. Là je parle de mon point de vue. Je ne sais pas ce que eux ressentent mais pour en avoir parlé à différente reprise, puisque dans le cadre de CoReSo on les a rencontré, c'est quand même quelque chose qu'ils disent. Donc, peur, non, je pense que les médecins n'ont peur de rien! Après ils se sentent plus ou moins en compétence d'accueillir ces patients. Mais ce qui est certain c'est que je pense qu'ils se sentent seuls. Et que pour certains patients psychiatriques la notion d'équipe est vraiment importante. On ne peut pas être tout seul tout le temps parce que quand on est en médecine générale et qu'on a en face de soi un patient à qui on dit « il va falloir que vous fassiez une échographie cardiaque » parfois on peut faire ce qu'on fait avec tous les autres patients: on lui fait la lettre, il prend le RDV et il y va. Mais parfois avec certains patients ce n'est pas possible. -Et là à moins d'avoir une très bonne secrétaire qui appelle, prend le RDV pour nous, explique... on prend du retard et on ne s'en sort pas... -Oui. Il y a vraiment une question de temps, la temporalité n'est pas la même. Pas pour tous, hein, il y a des patients psychiatriques avec qui ça va très bien, c'est facile. Mais je pense que cette question de temps, à mon sens, c'est vraiment une vraie question.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient? (peur pour vous , votre intégrité physique...)

-En 20 ans, ça m'est arrivé, de ce que je me rappelle, une fois. Et encore c'était en service. J'étais toute seule avec ce patient mais il y avait possibilité d'appeler. Alors c'est peut-être aussi pour cela que je suis rarement seule. En consultation ça ne m'est jamais arrivé, mais globalement j'ai des patients qui sont plutôt bien équilibrés s'ils vont en consultation. Et à l'hôpital ça m'est arrivé une fois, mais c'est forcément différent dans la mesure où il y a toujours quelqu'un qui est à portée de voix. Et puis à l'Hôpital il y a aussi nos PTI. Quand on a un patient dont on peut présager une certaine difficulté, on prend nos précautions. Donc avoir peur... ça m'est arrivé une fois. D'ailleurs il ne s'est rien passé.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine? (pour prendre en charge un patient, notamment parce que vous connaissez son histoire, qu'il a déjà tué, qu'il est inquiétant...)

-C'est une bonne question, ça... spontanément je dirais non, mais... est-ce qu'on peut dire non aussi facilement? Je pourrais dire: je ne pense pas. Après, encore une fois, le travail d'équipe fait que... il y a des patients avec qui l'empathie est plus difficile, bien sûr que ça existe, ça c'est certain. Effectivement je n'aurais pas de réponse concrète. Ce qui permet de faciliter les prises en charge et de lutter contre ça c'est qu'on n'est pas tout seuls. Et que quand c'est difficile avec un patient, soit on peut passer la main, soit on peut faire intervenir un tiers pour être sûr de ne pas faire fausse route. Et puis bien sûr on a la possibilité de parler soit avec le psychiatre, soit avec le psychologue, quand ça cloche un peu, pour pouvoir se replacer dans la juste place. Après dire non, ça ne m'est jamais arrivé... mais ça paraît un peu pédant, donc probablement que ça m'est déjà arrivé. Mais je n'en ai pas de souvenir.

-Donc c'est comme en médecine générale finalement, on est obligé de composer avec le fait qu'on a une affinité plus ou moins grande avec les patients.

-C'est ça, il y a des patients qu'on aime bien, et d'autres qu'on aime moins bien, et ceux qu'on aime moins bien, ce n'est pas forcément parce qu'il y a des choses très évidentes, mais oui ça je pense que ça n'est pas différent d'une patientèle normale. La différence avec un exercice isolé, encore une fois, c'est qu'on n'est pas tout seuls. Et quand on voit ou qu'on nous dit qu'il faut faire un peu gaffe, il y a toujours quelqu'un. Mais oui, il y a des patients que j'aime moins que les autres. Mais des préjugés, je ne pense pas. Je ne dirais pas des préjugés, je dirais plutôt une empathie moindre ou quelque chose comme ça. Mais des préjugés, non, je ne pense pas. Après, travailler en psychiatrie... Je disais tout à l'heure, j'ai un frère qui est psychiatre, et c'est mon frère aîné. Donc déjà, il y avait quelque chose, même si... comment dire, pouvoir parler avec lui ça pouvait faire tomber certains préjugés, mais... je voulais dire autre chose que j'ai oublié... Bah je ne sais plus.

-Vous avez commencé tôt, en psychiatrie, aussi.

-Oui, voilà, enfin, je pense que de toutes façons ça correspondait aussi avec une clinique qui me convenait, comme moi quand je suis arrivée pour mon stage d'externat ici j'avais 23 ans, en gros ça plait ou ça ne plait pas. On aime ou on n'aime pas. Et je ne suis pas sûre que ça s'apprenne quoi, enfin. Ah, oui, voilà, je sais ce que je voulais dire. Globalement les patients psychiatriques, on les décrit toujours comme violents, pénibles, agressifs... et dans la très grande majorité ils sont plutôt reconnaissants de l'attention qu'on leur porte. Et moi globalement je dirais que nos patients sont plutôt gentils. Délirants et fous, oui, mais gentils... et c'est vrai que quand on s'intéresse à eux, finalement, c'est des patients

patients, ils acceptent beaucoup de choses, et la question du temps qui revient mais, ils acceptent... alors, ils nous font jouer, mais ils acceptent une forme de lenteur: tout ne peut pas arriver tout le temps... alors évidemment ça n'est pas toujours aussi idyllique.

-Mais ce sont rarement eux qui râlent quand il y a de l'attente, du retard....

-Oui, voilà, ils sont plutôt compiliants, en tout cas mon expérience à moi. Je ne travaille pas dans un service de psychiatrie hein, donc les patients dans les services d'entrée sont probablement beaucoup plus décompensés, et beaucoup plus difficiles. Des patients difficiles, on en a, mais au fond on arrive souvent à faire ce qu'on veut, avec des aménagements, mais on arrive souvent à faire ce qu'on veut. Et la plupart du temps les patients sont reconnaissants de ce qu'on fait pour eux. J'ai des patients gentils, en fait! Et ils acceptent beaucoup de choses! Ils acceptent beaucoup de choses... que peut-être même nous on n'accepterait pas: les conditions d'hospitalisations, la lenteur du système, les défauts de communications... ils sont assez tolérants, finalement.

— — — — —

-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service? (Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)

-Alors il y a deux modes d'entrée. Soit à l'entrée, le patient est vu, à l'époque par l'interne mais maintenant par l'assistante, et moi, le lendemain en général, ou plus tôt si urgence, je retourne voir le patient pour... alors quand il y avait un interne pour valider son observation d'entrée, quand c'est un médecin senior c'est plus pour faire connaissance avec lui. Et je les vois tous systématiquement au plus tard le lendemain ou dans les 48h de l'entrée. Alors je ne refais pas l'examen clinique complet si c'est un médecin senior qui les a examinés, mais je les revois tous systématiquement parce que j'ai besoin de les connaître, comme je suis amenée à faire des mots de suivi, à interpeller des médecins, à faire le compte-rendu de sortie. J'ai besoin de les connaître, et donc je les vois tous systématiquement dans les 48h de leur entrée au plus tard. Après qu'ils aient vu un autre médecin, bien sûr.

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif? (est-ce que vous allez plutôt aller à la confrontation du délire, le contourner...)

-Difficile de répondre parce que je pense qu'il n'y a pas de réponse unique. Ça dépend aussi du degré d'urgence d'intervention. Soit l'intervention n'est pas urgente et il faut se donner le temps de voir comment on peut contourner la question délirante. Ça c'est la première chose. S'il y a une notion d'urgence, peut-être qu'on ne fera pas de la même manière. Je crois qu'il n'y a pas de réponse unique, en fait. Il faut s'adapter au patient, et je dirais que j'ai pu faire les deux. Soit utiliser « le délire », rentrer dans le jeu du patient pour essayer de lui faire accepter ce qui lui est nécessaire, mais en acceptant aussi sa part délirante. Soit essayer de le remettre dans la réalité, ce qui n'est pas facile hein, voilà. S'il fallait faire une réponse un petit peu résumée... Sauf si délire extrêmement envahissant et angoissant, on a tout intérêt à respecter le délire, et à s'en accommoder pour trouver une porte de sortie. Parce qu'il y a des patients qui sont très délirants, de façon chronique, mais avec qui on arrive à travailler malgré tout, parfois en s'appuyant un peu sur leurs propres mots. Après quand le délire est très envahissant, très désorganisé, et qu'il prend toute la place....

-Quand c'est le délire lui-même qui est source de souffrance?

-Oui, là il faut intervenir, soit en urgence, et il nous arrive très souvent de faire des prescriptions psychiatriques pour essayer d'apaiser au moins l'angoisse qui va avec le délire et la désorganisation, ou soit travailler avec le psychiatre dans un premier temps, traiter le symptôme qui est au premier plan. C'est-à-dire le délire envahissant, désorganisé, très angoissant. Et après reprendre la question somatique. Voilà. Je pense qu'il n'y a pas de voie unique.

-Et est-ce que, justement, pour en revenir à la question du symptôme, vous pensez que c'est une bonne façon de faire, c'est quelque chose que vous utilisez? Par exemple, si un patient est délirant, admettons, une dame avec une mycose des plis mammaires, que elle affirme qu'il ne s'agit pas d'une mycose mais de pertes de laits parce qu'elle se croit enceinte... est-ce que le fait de focaliser sur le symptôme, qui serait en l'occurrence le prurit, la gêne, ça peut être un bon moyen de lui dire « oui, très bien, admettons que ce sont des pertes de lait, mais comme ça vous démange on va quand même mettre une crème ou une poudre »... Traiter le symptôme comme moyen de faire adhérer le patient.

-Oui bien sûr, ce sont des choses qu'on peut faire. Après ça peut souvent être la porte d'entrée du soin. Et, si on reprend cet exemple là, et finalement notre action fonctionne et le symptôme somatique disparaît, ça peut être aussi un bon moyen de régler ça, pour pouvoir ensuite passer dans un second temps sur autre chose. Après l'idée ce n'est pas non plus de fixer le délire, et d'abonder dans le sens du patient en disant « oui, oui, vous êtes enceinte, vous allaitez votre bébé » et voilà.

-Du coup, plutôt éviter le sujet, se contenter de dire « je ne sais pas si c'est ce que vous dites mais ça vous démange et donc on va traiter »

-Ça peut être ça aussi. Franchement, je ne sais pas quoi répondre à ça parce qu'à chaque fois c'est différent. L'idée c'est d'instaurer d'une manière ou d'une autre une relation de confiance ou au moins une relation thérapeutique qui permet d'intervenir, pour soulager le symptôme somatique. Et que peut-être avec une même patiente on va faire d'une manière à un temps donné et d'une autre manière à un autre temps. Parce que on va sentir que c'est possible. Après, parfois, on est complètement obligé de respecter le symptôme du patient parce que, aller contre serait contre-productif et quand le délire est fixé et qu'il n'y a aucune critique, ça ne sert à rien de lui dire « mais non Madame, vous n'êtes pas enceinte, regardez! »

-Surtout si on n'a rien de mieux à substituer au délire.

-Voilà. Parfois le délire c'est assez compliqué avec les équipes. J'ai plusieurs souvenirs dont un, un patient qui était délirant chroniquement, qui s'est cassé je ne sais plus quoi en sortant de chez lui, tout simplement, il est sorti par la fenêtre parce que des esprits lui avaient volé ses clefs et qu'il ne pouvait pas sortir par la porte... il est donc sorti par la fenêtre et s'est cassé là jambe.

Il est arrivé ici, il était très délirant, avec des thèmes mystiques... il parlait à dieu, le téléphone à côté de son lit c'était parce qu'il attendait l'appel de Jésus, voilà. Mais il n'en souffrait pas. Il était délirant, et on a appris en contactant son psychiatre que c'était son mode de fonctionnement, il était comme ça, et l'équipe était très gênée en disant « mais on ne peut pas le laisser délirer ». Mais de toutes façons c'était son mode de fonctionnement, on n'y ferait rien, et il n'était pas angoissé de ça: Dieu l'appelait régulièrement sur son portable. Mais on pouvait faire ce qu'on voulait avec lui, il n'y avait pas de problème, et il est reparti comme il est venu, avec sa jambe guérie, avec Dieu et son portable, et il ne s'en trouvait pas plus mal. C'était un délire très enkysté mais qui ne faisait de tort à personne.

-Si tout ce qu'on avait à lui offrir c'était la solitude.. il valait mieux le laisser avec Dieu dans son délire.

-Il n'était pas gênant pour ses voisins, il ne faisait pas de tapage... bon quand même il était passé par la fenêtre mais il faisait sa petite vie et voilà.

-Un peu sur un mode paraphrène?

-Voilà. Mais bon les équipes ont du mal avec ça, de respecter parfois le délire. C'est vrai que ça paraît tellement « anormal » au sens hors norme... et ça c'est compliqué avec les équipes. Mais je pense que la posture médicale et la posture infirmière ne sont pas toujours les mêmes et parfois on ne parle pas tout à fait le même langage. Et puis aussi, parfois, le symptôme psychiatrique, c'est important de ne pas totalement l'abraser, parce qu'il signifie bien quelque chose. Donc voilà... après tout est notion de souffrance ou pas. Si le patient est complètement désorganisé et que c'est affreusement angoissant de se retrouver la tête à la place des jambes, je pense que oui effectivement il faut faire quelque chose.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux? (pensez vous que c'est utile pour soigner le patient de distinguer les deux ou que c'est une erreur?)

-Ben je vais dire un peu les deux mon capitaine... Que ce soit une difficulté, non sinon je ne serais pas là... mais que ce soit parfois un challenge, oui. Après je parlais de prise en charge globale tout à l'heure. Et sans répondre directement tout de suite à la question, il y a quelques années, quand le CLUD s'est installé sur l'Hôpital (le Comité de Lutte contre la Douleur), revenait tout le temps la question de la douleur physique et de la douleur psychique. Et moi je disais « ça n'a pas d'importance, une douleur c'est une douleur: il à mal. Qu'elle soit physique, psychique, les deux... la question c'est de traiter la douleur. » Et les soignants en psychiatrie me disaient « Bah oui mais s'il se plaint de la jambe parce qu'il est déprimé, on ne va pas faire pareil. ». Ben, peut-être pas tout à fait, mais s'il se plaint de la jambe parce qu'il est déprimé, c'est aussi parce qu'il a mal à la jambe. Ce qui ne l'empêche pas d'être déprimé. Et on a beaucoup bataillé pour que cette histoire de douleur physique, psychique, soit juste de la douleur. Et si en traitant la jambe on améliore la dépression, bah, ma foi, on a tout gagné. Et c'est un peu ça la question. Les patients sont co-morbides. Ils sont psychiatriques et somatiques. Et parfois c'est très séparé l'un de l'autre, et ça ne pose pas de difficulté de traiter les deux, si ce n'est séparément, en tout cas en parallèle. Mais parfois on ne peut pas faire l'un sans l'autre, et on rejoint là la question de la douleur, du délire. Je me rappellerais toujours d'un patient qui avait un cancer du poumon, et il ne voulait pas qu'on le traite, parce que ce n'était pas lui qui avait un cancer du poumon, c'était son jumeau, qui n'existait pas. Et finalement, pour revenir à la question de tout à l'heure, on a pris l'option de lui dire qu'on allait traiter le jumeau, et donc lui, et ça a très bien marché. Et il s'est fait traiter de son cancer du poumon, il a été opéré, il a eu sa chimio, mais bon c'est toujours le jumeau qui avait le cancer du poumon mais voilà, il a accepté les soins.

-C'est assez intéressant parce qu'en plus c'est un détachement qui est brillant. Pour ne pas s'infliger à soi la maladie et le traitement... c'était un bon moyen de s'en débarrasser.

-Ce n'est pas toujours aussi bien hein, mais là, oui, c'est pas moi, c'est l'autre.

C'est souvent très intriqué, quand même. Même une maladie très somatique, par exemple, une maladie qu'on a très souvent chez les patients psychiatriques: le diabète. A priori, le diabète, c'est pour tout le monde pareil: régime, activité physique, anti-diabétiques oraux, et puis après insuline si besoin... Voilà. Mais ce n'est pas si simple que ça, parce que... je n'ai pas à l'esprit un cas précis mais prenons un cas générique: quand on prend de l'insuline il faut se faire une injection, une injection ça demande de se piquer soi-même, ou pas, ça demande d'avoir des compétences d'auto soin, ou pas... et donc il faut bien qu'on s'adapte à chaque patient. Il y a des patients psychotiques qui savent très bien gérer leurs

dextro et faire leur insuline, quand on leur apprend, et d'autres qui n'y arriveront jamais. Et on ne peut pas les mettre dans une catégorie ou une autre. Par exemple au SSR on a souvent des patients qui ont des séquelles de polytraumatismes et qui doivent s'auto sonder... il y a des patients qui sont très psychotiques et dont on n' imagine pas d'emblée qu'ils vont pouvoir le faire, et qui le font, bon, pas toujours dans les règles de l'art sur le plan de l'hygiène, mais qui y arrivent très bien et qui arrivent à avoir une autonomie par rapport à ça. C'est un peu un soin intégré quoi, et c'est l'intérêt de nos deux unités: on peut faire les deux en même temps. C'est-à-dire qu'on peut conduire à la fois le travail somatique: apprentissage des auto-sondages, mais aussi le travail psychique, et en même temps. Interviennent auprès du patient en même temps (pas dans le même temps mais en parallèle), le psychiatre et le somaticien pour des choses très ciblées comme ça, et ça je trouve que c'est très intéressant.

-Finalement la position du médecin généraliste est idéale pour essayer de travailler à la fois sur le psychique et sur le somatique.

-Bah oui! Bon, on ne peut pas tout aimer, hein. Moi personnellement je déteste la dermato. Je me forme de temps en temps mais je n'y comprends toujours rien donc la dermato, je délègue. Mais si on a une forme de... Finalement, la maladie mentale, ce n'est jamais qu'un versant pathologique d'un fonctionnement psychologique. Et donc le fonctionnement... Ces interactions avec les patients psychiatriques, finalement, avec ceux qui ne le sont pas, on a un peu les mêmes: s'adapter au patient, faire avec des représentations, des préjugés... même quand ils ne sont pas pathologiques ça peut être difficile. Les généralistes font cela tout le temps: en fonction du patient qu'ils ont en face d'eux, ils ne vont peut-être pas faire tout à fait la même chose, alors même que le patient n'a pas de troubles psychiatriques. Avec des malades mentaux c'est juste un peu plus compliqué. Mais oui, tu as raison, le médecin généraliste, dans ses compétences de médecine générale, il a aussi la psychiatrie. Comme il a la cardio, la neuro... Evidemment, il ne peut pas être spécialiste dans tous les domaines, mais il a aussi cette fonction là. Et... Alors moi ça fait 20 ans que je travaille en psychiatrie, et quand j'ai commencé à travailler, cette scissure entre la prise en charge somatique et la prise en charge psychiatrique était omniprésente, et les uns soignaient le corps, les autres l'esprit....

-Ça s'est un peu atténué depuis?

-Oui, ça s'est quand même franchement atténué. Alors il y a toujours de vraies résistances, de psychiatres qui ne veulent surtout pas aller mettre la main sur un ventre, voilà. Je pense qu'aujourd'hui on est un peu au-delà de ça, que les psychiatres sont là, quand ils peuvent, pour tirer la sonnette d'alarme et appeler le collègue somaticien, ils ne peuvent pas tout faire mais voilà. Et ça je trouve que ça a vraiment changé. Pas avec tout le monde, hein, chacun ses pratiques. Mais de pouvoir... en tout cas nous les relations qu'on a avec les psychiatres, avec la proximité qu'on a du fait du lieu d'exercice, ça a quand même beaucoup changé. Moi je n'ai pas les mêmes relations avec les psychiatres qu'il y a 20 ans, clairement. Ce qui manque encore c'est... des courriers!

-Oui justement, petite parenthèse sur la thèse d'un collègue généraliste: il y a beaucoup de psychiatres selon ses recherches qui disent qu'ils ont peur que les généralistes aient des préjugés sur leur profession, et qu'ils ne font pas de courriers parce qu'ils considèrent que ce qui se dit dans leurs entretiens c'est privé, ça ne concerne qu'eux, etc... mais nous, en tant que généralistes, on ne leur demande pas un courrier détaillé sur l'histoire et l'enfance du patient, on veut juste la base.

-Un diagnostic, une conduite à tenir.

-Oui, en ce moment ça ne va pas il faut le suivre de façon plus rapprochée, ou en ce moment ça va...

-Oui il y a bien sûr des choses qu'ils n'ont pas besoin de transmettre au généraliste et qui ne relèvent pas de notre compétence. Hier on a reçu une patiente qui est hospitalisée au Vinatier depuis peu, un mois, mais qui a une grosse histoire psychiatrique et somatique, et qui était prise en charge par les somaticiens, un peu... là où était la patiente.

Et cette patiente arrive... et j'avais zéro synthèse. Il se trouve que j'ai un dossier partagé, que je peux aller à la pioche, mais un dossier comme ça... j'ai appelé mes collègues, je leur ai demandé de me faire une synthèse, parce que moi je ne peux pas la faire, je ne la connais pas cette patiente. Bon, je l'attends toujours d'ailleurs. Mais voilà, exactement, d'avoir... Ben, par exemple, les patients que je vois en consultation, la plupart du temps mais pas toujours je demande d'avoir... une fois par an... un petit retour sur les événements de l'année. Effectivement s'il va bien, pas de changement... mais qu'on m'informe des modifications de traitement! Moi, l'avantage c'est que je peux le voir dans le dossier, mais ça prend beaucoup de temps quand il faut fouiller partout, et ça c'est un vrai problème. Les médecins généralistes, et même nous en hospitalier, on n'a pas besoin de tout savoir et on ne veut pas tout savoir, on peut aussi aller à la pêche des informations et on prendra ce que les patients veulent bien nous dire mais on n'est pas dans la violation de l'intimité. Nous on veut juste savoir: il va bien, il est stable ou il ne va pas bien et j'ai changé son traitement, à la place j'ai mis ça, ou là il est un peu suicidaire et il faut le surveiller, quoi. C'est de ça dont on a besoin. Et ça ça manque encore un peu.

44min14

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale?

-Alors, le refus de soin. Donc, parfois on arrive à le contourner. Comment? Alors là, objectivement, je ne saurais pas décrire comment... Je pense qu'il y a la notion du temps qui est toujours là... dans un premier temps on le respecte toujours. Il veut pas? Il veut pas. Voilà. Et puis on y retourne, un petit peu plus, un petit peu plus... En tout cas on essaye. Parfois ça marche, un petit peu plus. Parfois ça ne marche pas du tout. Et de toutes façons...

À Revol il y a un patient psychotique, ce n'est pas moi qui en ai la charge, un SDF qui n'a jamais été vraiment suivi, et qui a sans doute une artériopathie mais il refuse les examens, et on pense qu'il a eut des engelures des pieds, du fait qu'il est SDF, et qu'il a aussi auto-entretenu en laissant ses pieds au froid. Et là il a deux pieds nécrosés, des momies, à amputer. Mais il refuse d'être amputé, il refuse qu'on fasse des examens et notamment l'artériographie pour savoir exactement ce qu'il en est... donc il a deux pieds qui sont en train de mourir... je te passe les détails des odeurs, des plaies... Et l'idée, ça a été de lui dire chaque fois ce qui était possible: amputation, appareillage et il serait sauvé. Et là, il va forcément mourir, de septicémie ou autre... donc là l'idée c'est d'y retourner à chaque fois, lui dire on peut faire ça, ça, est ce que vous voulez? Est ce que vous ne voulez pas? Non je ne veux pas... Et c'est compliqué forcément parce que chacun y va un peu de sa petite idée, pour certains c'est de la non-assistance à personne en danger, il va mourir de ça...

-Après la question c'est aussi est ce qu'il est autonome ou pas sur le plan décisionnel?

-Il est sous curatelle, et on a fait intervenir sa curatrice, le juge des tutelles, tout le monde se renvoie un peu la balle... et finalement on a décidé, en équipe, de respecter son choix, et pour être sûrs d'avoir tout fait on a interpellé le conseil d'éthique, dont il ressort que certes il est sous contrainte pour des soins psychiatriques, mais on ne peut pas aller contre son désir, son souhait, même si son souhait n'est pas un avis éclairé. Mais on doit respecter ça. Voilà. c'est un exemple. Mais il y a beaucoup d'autres refus de soins qu'on est arrivé à contourner, et encore une fois ça a pris beaucoup de temps. Ça a été des hospitalisations très très longues.

-Mais vous n'avez jamais fait des soins somatiques sous contrainte?

-Non. Je dirais que parfois, je peux... quand la balance bénéfice risque est en faveur de l'action, de dire au patient « c'est comme ça et pas autrement, c'est moi qui décide je suis le docteur », et que s'il ne dit pas un non franc, on y va. Ça, ça m'est déjà arrivé. Mais le patient s'est laissé faire. Mais de faire des soins somatiques en disant « vous êtes obligé parce que vous êtes sous contrainte », non, non, c'est hors de réglementation.

-C'était un argument d'autorité quoi.

-Oui, c'est ça. Et ça ça marche parfois. Ma toute première...ça je m'en rappelle bien par contre. J'étais assistante et j'avais un patient de 20 ans, SDF, je ne sais plus ce qu'il avait...psychotique je crois... Tuberculose active, crachant du BK dans tous les sens. Sa copine vient le voir et il dit j'en ai marre, je veux sortir. « Euh vous avez une tuberculose très très très contagieuse, je ne peux pas vous laisser sortir ». Il dit « moi je veux partir ». Je suis allée voir mon chef de service de l'époque, il m'a dit « tu le laisses partir ». J'étais pas très à l'aise avec ça...pour lui, même s'il est parti avec un traitement... mais aussi pour l'environnement: il a dû contaminer probablement plein de gens autour de lui, mais ça j'avais 25 ans à l'époque, et ça a été très difficile pour moi de laisser partir ce jeune patient plein de tuberculose.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants?

-Alors... la patience. J'utilise pas mal l'humour, quand c'est possible, avec certains patients, en disant, quand ils disent « j'y arrive pas », « comment ça vous n'y arrivez pas? » « J'arrive pas à mettre mes chaussettes ». « Mais comment vous faites d'habitudes? » « Ben je les prends comme ça et je les mets... » « Eh bien faites moi voir, vous allez les mettre ». Voilà, un peu ça quand c'est possible. Et encore une fois je dis patience car il faut y aller, puis y retourner, puis y retourner... et parfois c'est pénible. C'est très chronophage. Parfois la solution paraît simple et c'est très très pénible de voir qu'on n'y arrive pas. Et surtout j'évite toujours de m'agacer, même si je peux le faire dans un deuxième temps en me disant « quand même il fait chier ». Devant le patient, non. Et j'essaie d'utiliser soit, quand c'est possible, dans entrer dans des choses trop détaillées, des expériences personnelles. « Moi ça m'est arrivé j'ai fait comme ça: peut-être qu'on pourrait faire pareil », ou de donner des exemples de situations similaires qui ont été efficaces, ça ça m'arrive. Parfois je laisse tomber. À un moment je dis « bon, vous n'êtes pas prêt, vous ne voulez pas, on verra ça plus tard. » Et puis j'y retourne. Ou même en consultation, quand ce n'est pas possible dans un premier temps, même s'il y a une forme « d'urgence », ben j'attend. Là j'ai une patiente psychotique qui n'avait pas vu un médecin pendant 35 ans, première fois elle est venue je n'ai pas pu la déshabiller ni l'examiner. La deuxième fois j'ai réussi à prendre sa tension. La 3e fois, alors qu'elle était amaigrie, pâle, elle a tout refusé. Et on y est allé tout doucement, après elle a accepté un bilan biologique, après elle avait une anémie très importante elle refusait tous les examens mais elle a accepté de prendre du fer... mais ça a pris 3 ans hein mais finalement elle a accepté la gastroscopie, elle a accepté des soins qui n'étaient pas des soins curatifs mais des soins préventifs, examen gyneco etc... finalement elle n'avait rien, et son anémie était due à des piqûres de punaises de lit qui étaient tellement chroniques (je ne pouvais pas la déshabiller), qu'elle s'est retrouvée anémiée. Elle a été hospitalisée, on a fait nettoyer son appartement, restaurer son hémoglobine, et je n'en entends plus parler depuis, il n'y a plus de punaises de lit chez elle.

Mais je pense qu'il faut accepter, même si on a toujours un objectif, un idéal, il faut accepter parfois d'attendre, avec ce que cela comporte de risque, hein. Parfois quand on attend, les choses peuvent s'aggraver... mais voilà.

-Et vous avez le sourire quand vous allez voir vos patients?

-Oui, globalement, oui.

-Je pense que ça joue.

-Oui oui. Ah, de temps en temps, je peux hausser le ton. Alors, ça d'ailleurs ça énerve beaucoup les infirmières, ce que je comprends...Elles me disent « il ne veut pas faire ça, tu peux le voir? » et nous on arrive en disant « bon ça suffit maintenant », ça marche assez bien. Je ne sais pas si c'est lié à l'hospitalisation, et à ce que ça comporte de cadre; c'est à dire que le docteur a parlé... ça c'est possible que l'hospitalisation et que le cadre de l'hospitalisation pose certaines choses y compris avec les patients psychiatriques, ça m'arrive hein, de hausser le ton et de dire « maintenant ça suffit, c'est moi qui décide, je suis le docteur, vous faites ce que je vous dis. » C'est un peu paternaliste je l'avoue mais parfois ça marche. Et je dirais que chaque fois que j'utilise cette technique ça marche. Ce qui veut dire que je ne l'utilise pas si je sais que ça ne va pas marcher, en gros. Vous n'arrivez pas à décider, donc je décide pour vous, pour telle et telle raison, et on y va. Ça, ça marche. Mais c'est un peu la dernière solution, hein. Le but c'est quand même faire en sorte que le patient puisse être acteur du soin. Parce que ça, ça marche à un instant T mais ça ne marche pas au long terme. Notre travail c'est aussi d'éduquer le patient à se prendre en charge lui-même, et ça c'est compliqué.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-Le plateau technique du Vinatier, donc: un laboratoire 24/24, un service de radiologie standard et échographie en journée (pas la nuit et pas le we) et c'est tout.

Après il y a des avis spécialisés à l'extérieur et pas de filière pré définie. C'est plus les filières informelles qui se sont créées au fil du temps avec untel ou untel. Parfois c'est des copains de promo, parfois ce sont des gens, avec qui à force de travailler ensemble un lien de confiance s'est créé. Après on a quand même une règle d'or, contrairement à certains: mon patient c'est mon problème. C'est à dire que si je demande de l'aide à un collègue avec un patient compliqué, je le récupère toujours derrière. Je ne le lui lâche pas dans les pattes en lui disant « je n'en peux plus débrouille toi avec. » Je récupère toujours mes patients, le Dr ... aussi, c'est le fonctionnement du service, et ça je pense qu'ils le savent et quand c'est compliqué, même s'il est parti pour 15 jours et qu'au bout de 3 c'est compliqué, on le récupère et voilà, ça je pense que ça facilite vraiment les interactions avec les collègues spécialistes et je dirais aussi que depuis que j'ai commencé à travailler ici, je trouve quand même que c'est beaucoup plus facile d'orienter les patients sur le MCO (médecine chirurgie obstétrique, c'est les hôpitaux généraux, à l'inverse de la psychiatrie). Avant on avait vraiment des résistances, c'était toujours « oh là là », ça va être compliqué. Ces patients sont très compliqués. Je me rappelle d'une patiente qui avait une prothèse de hanche. Elle infecte sa prothèse, il faut l'enlever, on l'enlève, elle revient sans hanche...Donc, on la traite, antibiotiques etc...Elle va mieux, j'appelle le chirurgien pour qu'on lui remette sa prothèse. « Ah non non c'est une patiente trop compliquée, ça va être la galère ». Je lui dis « est ce que vous êtes d'accord pour l'opérer? Nous, on gère le reste. » Il me dit « ok, je vous la renvoie en sortant de la salle de réveil ». « Pas de problèmes ». Donc il opère la patiente, il la renvoie comme prévu, et en fait si je n'avais pas insisté, cette patiente de 40 ans serait restée sans prothèse, ne pouvant plus marcher. On a insisté, on a assuré le « service après vente » et la patiente est repartie sur ses deux jambes et assez bien sur le plan psychiatrique. Mais il a fallu dire à nos collègues « il FAUT l'opérer, vous vous faites juste la chirurgie, moi je ne suis pas chirurgien, je ne peux pas le faire. Mais on gère toute la suite. » Et cette patiente, heureusement qu'on a insisté, parce que sinon elle n'était pas traitée comme une patiente normale. Elle avait 45 ans...

-Et sinon vous avez aussi un dentiste et un gynécologue, non?

-Ah, oui, oui, bien sûr! On a un dentiste, une pédicure (très bien la pédicure, on a beaucoup de soins de pédicure), et on a une consultation ORL (ce qui est quand même bien vu les comorbidités, tabac...). Et on a une gynéco. Et des kinés, psychomotriciennes, APA (Educateur en Activité Physique Adaptée), diététiciens (parce que nos patients sont en surpoids, avec les psychotropes, ils ne marchent pas bien...)

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...? (avant que le patient ne sorte d'hospitalisation)

-Oui, dans la mesure du possible, oui. Le patient est hospitalisé, en général pour autre chose, mais on se dit que tant qu'on l'a sous la main, on fait tout ce qu'on peut faire. Alors l'idée c'est aussi de ne pas refaire ce qui a déjà été fait, donc on prend souvent attache avec le médecin généraliste pour savoir où les patients en sont, mais quand il n'y a pas de médecin généraliste ou quand les soins sont laissés en désirance (la DMS est de 45 jours donc on a le temps de faire des trucs autres que ce pourquoi les patients sont là): gynéco, mammo, dentiste, consultation ORL...

-La DMS est de 45 jours?!

-Oui! Mais en fait ça n'est pas énorme pour ces patients...

-Non, mais c'est juste qu'en soins palliatifs, où on doit aussi prendre en charge les patients longtemps... la DMS était de 15 jours je crois. Ça nous rendait folles parce qu'on ne peut pas demander aux gens de mourir plus vite, quand même!

-Moi quand j'étais en soins palliatifs pour un petit stage d'une semaine dans le cadre du DU de soins palliatifs, et je voyais qu'ils avaient la même préoccupation qu'ailleurs dans la DMS. Mais, les patients vont mourir, donc... Ben oui, mais on me répondait qu'il fallait faire ressortir les patients, parce qu'ils avaient des objectifs de DMS. Et c'est là que j'ai appris (alors c'est peut-être ma représentation qui était fautive hein), mais que, en soins palliatifs, finalement, la mission c'est plutôt de traiter les symptômes récalcitrants (vomissements, douleurs...) et après de remettre les patients dans leurs soins habituels. Alors il y a bien des patients qui meurent en soins palliatifs...

-Oui il y en a quand même... c'est 1/3 de décès, 1/3 de sortie, 1/3 de transfert, 1/3 de retour à domicile.

-Mais c'est vrai que la notion de DMS en soins palliatifs elle est particulière.

En tout cas c'est vrai qu'ici avec une DMS de 45 jours on a le temps de faire le point.

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis?

-Alors, dans la très grande majorité des cas, on appelle le médecin traitant pour l'informer de la sortie, et on fait un compte-rendu d'hospitalisation qu'on adresse à tous les médecins impliqués et on en donne un au patient. Ça, c'est dans l'idéal. Il est très très rare qu'on reconvoque un patient ou qu'on l'appelle.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

-On essaie d'en trouver un, ce qui n'est pas toujours facile. Parfois on y arrive, parfois pas.

Enfin il y a beaucoup de patients qui ont un médecin traitant, mais qui ne vont pas le voir. Donc s'ils ne l'ont pas vu depuis longtemps, on appelle le médecin, on dit au patient « je vous fais une ordonnance pour 1 mois, après vous allez voir votre médecin traitant ». Quand on voit qu'on ne va pas arriver à trouver un médecin traitant, pour différentes raisons, par exemple un patient très très compliqué qui a usé tous les médecins de sa ville... ces patients-là, je leur donne un RDV à 3 mois, je les revois. On fixe un RDV de suivi. L'idée ce n'est vraiment pas de les capter, c'est de se donner un peu plus de temps pour travailler la question du médecin traitant. Par exemple il y a un patient qui a finalement été admis en EHPAD et on a travaillé avec l'EHPAD qui lui a finalement trouvé un médecin traitant.

-Vous avez le droit d'utiliser CoReSo?

-Pour les patients du pôle ouest, oui. Mais pour les autres, non. Mais, CoReSo, pour avoir un peu les pieds des deux côtés, ça ne remplace pas le travail que nous sommes censés faire de trouver un médecin traitant. On essaie de le faire. Mais objectivement je trouve que dans les patients que nous avons, on a de plus en plus de patients avec des médecins traitants, relativement actifs, une fois par an... c'est déjà pas mal. Et souvent on a un nom, on l'appelle: « oh ben je ne l'ai pas vu depuis 4 ans » « ben ça tombe bien, on va vous le renvoyer. »

-Et les médecins généralistes que vous appelez réagissent bien quand vous les rappelez?

-Oui, pas de problème. Et parfois je les appelle au début de l'hospitalisation. D'ailleurs il faut que j'en appelle un là, pour savoir comment est sa patiente d'habitude... Et on les a facilement au téléphone, ils répondent à nos questions... Je ne dirais pas que ça les intéresse de nous avoir mais oui, je pense qu'ils sont partie prenante dans la prise en charge et ça ne pose pas de problèmes.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

-Alors, pour ce qui concerne le soin, on a un psychiatre dans le service donc on fait appel à lui. Moi, systématiquement, quand j'ai un patient qui arrive et qui est connu, j'envoie un mail en disant « pour info, Monsieur Machin est arrivé en SSR... ». La plupart du temps, les psychiatres répondent en disant « tiens moi au courant » ou « je passerai le voir », voilà. Si on a vraiment un réel problème de prise en charge, on les appelle pour qu'ils viennent voir les patients, parce que c'est quand même eux qui les suivent d'habitude, même si on a notre psychiatre. Et puis systématiquement un compte rendu d'hospitalisation qui est le même pour tout le monde, quand ils sortent.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? Et en ville?

-Je dirais oui, pour les deux. Alors là c'est la grande question... Quand je dis oui, ça veut dire quoi. On ne lui demande pas de faire les soins somatiques, mais moi ce qui me semble important c'est 1) qu'il soit une alerte parmi d'autres, qu'il ait un oeil sur le somatique, parce que parfois le psychiatre est le seul médecin régulier du patient. Donc moi oui je pense qu'il doit avoir une sorte de vigilance pour, après oui, passer la main, mais pour être le déclencheur. Une des fonctions du psychiatre, qui voit le patient tous les mois ou tous les 3 mois, c'est d'avoir cette vigilance là, et alors la grande question: moi je pense qu'il est de sa préoccupation, voire de son rôle propre...mais au moins de sa préoccupation, d'assurer le suivi des médicaments qu'il prescrit, c'est à dire que si un psychiatre prescrit des psychotropes, il doit s'assurer s'il ne le fait pas lui-même qu'un autre médecin lui fait l'ECG, lui prend sa tension, vérifie sa glycémie... voilà.

-Donc le bilan métabolique tous les trois mois dans le suivi des psychotropes, par exemple, c'est à lui, si ce n'est de le faire, d'au moins d'assurer qu'un généraliste le fait.

-Voilà, ça me paraît important. Quand on est médecin, on prescrit des traitements, et on s'assure que les médicaments qu'on prescrit n'ont pas d'effets secondaires, et s'ils en ont on essaie de s'en prémunir. Ils font bien ça quand ils prescrivent du LEPONEX, ils font tous faire une NFS à leurs patients. Je n'en connais pas qui ne le font pas. Je ne comprends pas pourquoi ils ne font pas une glycémie quand ils prennent du ZYPREXA... c'est un truc que je ne comprends pas. Après qu'ils ne souhaitent pas le faire, pourquoi pas: ça peut se partager avec le médecin généraliste. À partir du moment où les liens sont existants, moi ça m'arrive hein. Il y a des psychiatres avec qui je travaille... Alors, j'ai une patiente en particulier qui a tendance à errer à droite et à gauche, donc on a convenu que c'était moi qui faisais l'ordonnance, y compris des psychotropes (elle a du SUBUTEX). Mais on est en lien, et si la collègue dit « elle va moins bien, il faut peut-être monter le TERCIAN », c'est moi qui l'écrit mais c'est elle qu'il le prescrit, en fait. Et il y a des médecins avec qui on dit « chacun sa partie: toi tu fais le psychiatrique, moi je fais le somatique » mais ça me semble essentiel qu'on se préoccupe, les psychiatres comme les autres, de savoir quels effets a le médicament qu'on prescrit. Le LITHIUM, ça me semble nécessaire que le psychiatre s'assure qu'on vérifie la fonction rénale, la fonction thyroïdienne... qu'il ne le fasse pas, ça ne me choque pas. Qu'il le fasse lui-même ne me choque pas non plus. Mais voilà, que ça puisse être une alerte, dire aux somaticiens « tiens, ça fait un moment qu'il n'a pas eu de fonction rénale, tu ne peux pas le faire? »... ça me paraît important.

— — — — —

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné?

-Il y a un constat qui est inquiétant. Effectivement les patients meurent plus tôt... voilà, tout ça, on le sait bien maintenant. Quand j'ai commencé à travailler, il y a 20 ans, on le savait, mais il n'y avait pas vraiment de préoccupation autour de ça.

Aujourd'hui on se préoccupe tous, les médecins somaticiens comme les médecins généralistes, de cette question des soins somatiques, mais pour autant les patients continuent à mourir. Donc peut-être que ce qui a été mis en place n'est pas suffisant.

-En tout cas le constat est là, on en parlait peut-être moins avant.

-Maintenant on en parle. Il y a des choses qui ont été faites et notamment dans les hôpitaux psychiatriques, mais le résultat n'est pas... probant. Les patients continuent à mourir 15 - 20 ans plus tôt, à être sur représentés dans certaines pathologies, donc ce qui a été mis en place n'est pas suffisant ou pas la bonne solution.

Au fond, qu'est ce qui a été mis en place: les médecins généralistes dans les hôpitaux psychiatriques, ça il y en a partout ou du moins la volonté qu'ils y soient est vraiment là. Mais ce n'est pas suffisant, parce que dans les hôpitaux psychiatriques passent finalement très peu de patients, et que la grosse majorité des patients est à l'extérieur. D'où l'idée de CoReSo... forcément je défends un peu ma « chapelle », mais surtout mon idée. Et je ne sais pas s'il y a de solution miracle... je pense qu'il faut être assez humble, et que les progrès seront lents. S'assurer que les patients psychiatriques aient un médecin généraliste, c'est le travail de CoReSo, et ça me paraît essentiel.

-Faudrait-il plus de dispositifs comme celui là?

-Oui, bien sûr, je pense. Et là encore c'est un changement par rapport à il y a quelques années: CoReSo accompagne les patients. Ça peut aller assez loin dans l'accompagnement, c'est-à-dire « vous n'y arrivez pas tout seul: on vous prend en charge. On fait aussi un travail d'éducation pour vous amener à ». Pour certains c'est compliqué, on les amène jusqu'à la porte du généraliste. Et je crois vraiment qu'il faut s'assurer -Alors, qui doit le faire? Moi à mon avis c'est le service de secteur, mais ça peut s'appuyer sur CoReSo, sur l'initiative locale- que une fois le relais fait, ce n'est pas juste un « one shot », c'est que le patient continue à voir son médecin généraliste. On ne peut pas le contraindre, on ne va pas le trainer par les pieds, et on ne va pas demander au médecin généraliste d'aller chercher le patient. Mais qu'il y ait une vraie préoccupation, une fois par an, du service de secteur, du médecin qui est en charge de ce patient, pour savoir si dans l'année le patient est allé voir son médecin traitant, si non pour l'encourager à y aller. Après on ne pourra pas obliger tout le monde, ce n'est pas l'objectif. Mais cette répétition me semble importante.

Après des questions de formation... Oui, sans doute, et de sensibilisation dans les études de médecine générale. Mais comme dit le Dr X (DMG), les médecins généralistes sont sollicités par toutes les spécialités pour être sensibilisés, formés, et donc ils ne peuvent pas tout faire. Mais là ça me semble quand même, je ne sais pas si on peut dire une priorité, mais... oui.

-Et est-ce que vous, par exemple, sur un hôpital comme le Vinatier où il y a quand même beaucoup de somaticiens, est-ce que vous imaginez que ce serait possible que des somaticiens du Vinatier organisent une FMC « suivi du patient psychotique en ville », et que ce soit ouvert aux généralistes de Bron, etc...

-Ah oui complètement, on a déjà fait récemment, dans cet ordre d'idée, avec le SUR, une intervention auprès des médecins, c'était ouvert à tous mais on avait essentiellement des internes qui sont venu, sur la question du suivi somatique des patients psychiatriques, sur CoReSo...

-Si une telle formation validait une FMC auprès de la fac ça inciterait certainement les internes à venir. Là c'était donc sur leur temps libre (potentiellement non compté comme temps de formation aux yeux des services).

-C'était un premier pas. Il y avait 80 personnes. On a présenté CoReSo, moi j'ai présenté les recommandations HAS sur le suivi métabolique, et les initiatives compilées il n'y a pas très longtemps, sur comment améliorer la relation médecin généraliste - psychiatre (recommandation HAS de juin 2018 qui fait un état des lieux de la relation entre les médecins généralistes et les psychiatres, les freins, et qui fait un détail exhaustif des initiatives locales, dont CoReSo; et il y en avait une autre sur le décroisement des spécialités, à Lille: le CMP, les médecins psychiatres, travaillent de façon très étroite avec les médecins généralistes, et il y a des consultations de psychiatre au cabinet de médecine générale, en générale dans les maisons médicales).

-Et donc pour reprendre les choses principales dont vous avez parlé, il y a la question du temps, celle de l'équipe, qui reviennent beaucoup. Pour essayer d'appliquer ça à la médecine générale, comment on pourrait faire? Par exemple pour les consultations, plutôt que de se dire « oh là là cette consultation va durer une heure et je vais prendre du retard », est ce que ce n'est pas possible de fractionner en revoyant le patient toutes les semaines jusqu'à ce que les problèmes soient réglés?

-Je pense que pour certains patients ce sera possible, on fera les choses les unes après les autres (comme pour ma patiente avec qui ça a pris plusieurs années). La première fois c'est une prise de contact, la deuxième fois on prend la tension, etc...

-Et comme ça le généraliste ne se fait pas déborder.

-Après je pense que ce n'est pas toujours possible parce qu'il y a des patients...je pense à un en particulier mais je pense que c'est assez emblématique: il s'assoit et il me raconte des trucs auxquels je ne comprends rien, et il me faut une demi heure pour essayer de reformuler ce qu'il me dit, et c'est tout le temps la même chose et je n'ai jamais réussi à faire plus court.

-Et alors est ce que pour ce type de patients ça ne vaudrait pas la peine de revaloriser les consultations?

-Et bien c'est exactement ce que j'allais dire. Il y a la question des cas complexes...pour moi cela devrait se traiter en consultation hospitalière pluridisciplinaire. Mais oui je pense que la question de revaloriser ces consultations là, qui durent longtemps, est importante. Un peu à l'instar des dentistes qui ont un forfait patient handicapé. Peut être que c'est quelque chose qu'il faudrait travailler. En plus j'imagine que ça pourrait... enfin je ne suis pas généraliste en libéral, mais les cas complexes ça pourrait, pas que en psychiatrie mais aussi en gériatrie, s'appliquer.

-C'est assez peu passé dans la pratique courante. Les seules cotations qu'on fait là où j'ai travaillé c'était pour les enfants de moins de 6 ans, pour les patients étrangers en vacances, et pour les plus de 75 ans mais ça ce n'est même pas partout.

-Oui parce qu'en gériatrie aussi il y a une question de lenteur, pour se déshabiller, pour raconter, pour se rhabiller... et puis ils ont l'insuffisance cardiaque, rénale, respiratoire, le diabète...Donc c'est un peu comme nos patients. Finalement nos patients sont des jeunes vieux. Des jeunes avec des polypathologies de patients âgés. En plus de la pathologie psychiatrique. Peut-être que oui, ça pourrait être une solution. Parce que le temps c'est de l'argent, pour les médecins libéraux. Je crois qu'ils n'ont pas peur des patients et qu'ils seraient bien d'accord pour les recevoir, sauf qu'ils faut qu'ils fassent tourner leur cabinet, quoi. Et alors quand il y en a un tous les mois ça va... mais s'il y en a deux par jour ou même un par jour qui reste une heure, ça désorganise complètement la journée. Les médecins généralistes ne peuvent pas passer 30min avec leurs patients... et il suffit qu'il y ait une urgences et voilà. Donc revaloriser les consultations, et si ce patient prend RDV on bloque 1h. Moi c'est ce que je fais, sur ma consultation les patients restent au moins une demi-heure, et pour certain je bloque 45min à 1h. Quand je sais qui c'est, même si je les connais, que je les vois souvent, que ce n'est pas une première consultation, c'est long. Donc ça pourrait être ça.

Est-ce que, quand même, l'idée de consultations partagées... mais c'est pareil, là aussi il y a une question financière... mais une co-consultation, pas systématique hein... ça ne répond pas aux mêmes problématiques à mon avis. La co-consultation est plus dans la prise en charge globale. Là, revaloriser les consultations, ce serait plus pour répondre aux demandes somatiques un peu habituelles.

Même pour le vaccin de la grippe c'est long: le patient psychiatrique va raconter tout un tas de trucs, il a oublié son vaccin, il va le chercher, il prend du temps à se déshabiller... c'est compliqué quoi. Donc oui je pense que la question de la revalorisation serait intéressante. La maladie mentale est parfois une forme de handicap, pas tout le temps mais parfois.

Et je pense qu'il y a un gros travail à faire sur la prise en charge des jeunes. Parce que là on parle des patients qui sont déjà malades, comorbides, mais si on pouvait choper les jeunes psychotiques à 20, 22 ans, là quand, certes, ils récompensent sur le plan psychiatrique, mais ils sont bien en forme sur le plan physique, on s'éviterait des difficultés par la suite, et là il y a du travail et de la prévention à faire sur les psychoses émergentes. Et je pense que nous, les médecins somaticiens hospitaliers, on a quelque chose à jouer là, avec CoReSo notamment. Les patients de CoReSo sont déjà trop malades, quoi. L'idée c'est qu'on arrive à les prendre avant qu'ils soient malades. Et la question de la prévention, de

l'éducation, elle est primordiale. Mais peut-être qu'il faut que ça se fasse dans les CMP. Les patients psychotiques ne sont pas tous en CMP, certains sont avec des psychiatres libéraux, mais on peut imaginer (en tout cas c'est ce que j'imagine, à tort où à raison), que ces malades-là sont un peu moins malades. Ils ont beau être psychotiques, ils sont moins... Mais la question de la prévention est énorme: si on arrivait à faire en sorte d'accrocher, en même temps, parce qu'en ce moment les psychiatres travaillent sur la prise en charge au plus près des premiers symptômes des psychoses émergentes, et là je pense que la médecine générale doit intervenir là maintenant. Ils ont 18 ans, ils sont bien en forme, ils n'ont pas de pathologie somatique, mais on va leur coller tout un tas de médicaments qui vont les rendre malades, ils vont développer des symptômes plus ou moins négatifs... et je pense que là il y a quelque chose à faire. Je pense que les médecins généralistes, à cet âge un peu pivot, (enfin, les médecins généralistes suivent aussi les enfants, des pédiatres il n'y en a plus tellement), c'est le moment où ils échappent un peu, même quand ils ne sont pas psychotiques, mes enfants ont cet âge là et ils ne vont jamais chez le médecin: ils ne sont pas malades. Mais je pense qu'il y a quelque chose à faire là. Je ne sais pas exactement quoi mais... Je pense qu'il y a quelque chose à faire.

-Et dernière chose, par rapport à la question de l'équipe, là ce qui est de plus en plus à la mode ce sont les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) pour répondre initialement au problème des déserts médicaux

-Oui on est allé visiter le truc qui vient d'ouvrir d'ailleurs, Médicina.

-Est ce que ces nouveaux projets-là ne pourraient pas aussi répondre au problème du suivi des patients psychotiques, dans la mesure où ça permet de répartir la charge émotionnelle que c'est parfois de les suivre, ça permet de faire des synthèses pour justement, prendre du recul... Et puis qu'ils soient suivis sur place par différents professionnels qui connaissent le patient.

-De toutes façons, au delà de la maladie psychiatrie, c'est un mode de développement de l'activité médicale et para médicale de se regrouper, pour ne pas être tout seul pour différentes raisons: économique (les locaux, la secrétaire...) et pour le travail d'équipe. Je pense que personne n'a envie de travailler tout seul dans son coin et y compris avec une activité médicale ou paramédicale « standard ». Et il y aura probablement... Dans le truc de l'HAS qui compile un peu les différentes initiatives locales, je rebascule sur la santé et la maladie mentale, tout ce qui est partagé, les exercices partagés (consultation du généraliste au CMP il y a très peu d'exemples; ou la consultation du psychiatre dans la maison médicale), ça, au-delà de l'aspect, d'après ce que j'ai compris et ça me paraît assez évident, au delà de l'impact direct sur le soin d'un patient donné, ça crée des liens entre les professions, ça forme (formation par la pratique, à voir un collègue travailler à côté de soi on apprend des trucs, ne serait-ce que autour d'un café, discuter d'un patient, c'est de l'informel mais c'est aussi très formateur), et je pense que les consultations partagées occasionnellement, par exemple une fois par mois ou même moins, ou seulement consulter au même endroit, je pense que ça pourrait être pas mal.

Entretiens semi-dirigés : Dr Q

Homme Médecin de 70 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale

-Fonction: Praticien somaticien en établissement psychiatrique

-Service: CCM = pôle transversal qui intervient sur tous les services de l'hôpital.

-Etablissement Public Sectorisé. Unités d'entrée, unités de longue évolution, services fermés. Il y a 3 pôles (centre, nord, sud), contenant chacun des chambres fermées et des services fermés. Il y a un pôle adolescents, et de la pédiatrie à la journée mais pas en hospitalisation. Pas d'EHPAD mais unité USLD à partir de 65 ans. MAS (handicap mentale). TAPIES (unité de patients présents au long court). Réhabilitation.

-Mode d'exercice: hospitalier pur, mi temps.

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: Une cinquantaine de malades dont je m'occupe plus spécialement. Parce que c'est 2x30... Mais on partage, hein. Mais il y a une soixantaine de malades dont je m'occupe un peu plus complètement. Et essentiellement dans mon cas à moi des patients hospitalisés au long court. Donc je fais quand même bien de la médecine générale en ce sens que, pour ces malades, il y a un suivi. Et j'ai intérêt à les suivre sur le long terme. Donc ça ne me change pas de la ville, ça.

Organisation des soins somatiques sur le CH:

CCM (centre de consultation médicale) auquel sont rattachés tous les médecins généralistes. On s'organise entre nous mais on n'est pas, contrairement aux psychiatres qui sont psychiatres de tel pôle, on est sur tout l'hôpital. Il y a des services où l'on passe plus facilement que d'autre, ce qui est mon cas mais c'est le cas de tout le monde, il y a des services où l'on passe plus facilement parce qu'on connaît un peu mieux les malades et les équipes, c'est plus simple.

On se rend dans les services sur demande la plupart du temps, mais comme je passe toujours au même endroit il n'y a pas de demandes, je passe tous les jours.

On avait pour projet de faire une consultation de médecine générale en CMP mais ça ne s'est pas fait. Pas encore. Parce que c'est très compliqué de trouver la place, de trouver un bureau pour qu'on puisse intervenir. Ils auraient bien voulu, et je pense que ça serait bien.

On a le même constat qu'à Lyon: nos patients psychotiques, quand ils prennent de l'âge, au niveau somatique s'ils ne sont pas hospitalisés... ils voient très peu de médecins généralistes, ils n'ont souvent pas de médecin traitant, ceux-là ne courent pas après les psychotiques de manière générale. C'était d'ailleurs mon cas: quand je leurs donnais un rendez-vous, ils ne venaient pas, ils arrivent n'importe quand, ils foutent le souk dans la salle d'attente, parce que ça ne fait pas trois minutes qu'ils étaient là que « c'est pas à moi de passer?! », ce genre de patients tu ne cours pas après pour les récupérer dans ton cabinet, hein.

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-Installé en 78 en tant que généraliste en ville. Cela fait 8 ans que je suis somaticien en établissement psychiatrique.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie? 6:07

-Non, le hasard. Ce poste qui s'est proposé.

Parce que moi à la retraite je pensais remplacer mes collègues dans la maison médicale où j'exerçais, puis remplacer mon successeur éventuellement. Et puis ça faisait quelques années que je faisais de la régulation au SAMU.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère?

-Et bien surtout qu'ils ne sont pas différents des autres malades. C'est à dire que c'est des malades qu'il faut écouter et examiner comme les autres, et que si tu ne donnes pas un temps d'écoute à ton malade, tu as beau être le meilleur médecin du monde, ton malade n'a pas du tout l'impression d'avoir été soigné. Donc ça de ce côté-là ça ne m'a pas trop changé. Alors par contre j'ai un vrai problème... chaque fois que je me suis trompée en médecine j'ai passé mon temps à dire que c'est parce que je n'avais pas écouté mon malade. Sauf qu'en psychiatrie, il faut nuancer quand même! Et quand tu tombes en MAS, là ce n'est plus de la nuance car je n'ai que des malades non communiquant! Donc là, ce qui parle, ce n'est plus que le corps, et les soignants autour qui connaissent bien le malade, qui vont me dire des choses simples comme « il a de la fièvre », ou « il n'est pas comme d'habitude », « quand on le mobilise il a mal », des choses comme ça. Et du coup de mon expérience récente... je ferais bien l'inverse de ce que j'ai fait toute ma vie, c'est à dire faire de l'imagerie d'abord et faire de la médecine à partir de l'imagerie. Parce qu'on a eu un cas d'un patient handicapé non communiquant, ayant un gros traitement psy parce que compliqué à gérer, qui se roule par terre, qui donne des coups aux gens qui passent, donc des psychotropes... et puis là il n'allait pas bien, il ne faisait que de tomber. Et puis il a fait un épisode de désaturation. Moi ça ne m'a pas excité... Et il a été vu par un de mes collègues qui a dit « quand même s'il fait une embolie pulmonaire »... et à partir du moment où il a eut ça dans la tête, faire l'angio-scanner était la seule réponse. D-Dimères modérément positifs... comme souvent. Donc il a eut son angio-scanner qui n'a pas montré d'embolie pulmonaire, mais qui a montré un épaississement concentrique de l'oesophage. Donc on a décidé de faire une fibro, qui a montré une méga oesophagite sévère. Et le malade incapable de te dire que ça le brûle là derrière... et du coup cette expérience... là on l'a soigné, ça fait 15 jours qu'il est sous IPP double dose, et moi j'avais déjà arrêté tous ses psychotropes avant sauf sa dépakine parce qu'il est comitial, et il va pas mal, il se porte très bien d'avoir moins de neuroleptiques, de benzo... et il commence, après 15 jours d'IPP et en ayant moins mal, à se comporter bien dans le service. Mais il n'était pas plié de douleur... son comportement... tu ne peux pas savoir s'il souffre, il ne dit rien, et puis parfois tu vois le visage un peu crispé mais là que dalle. C'est une pathologie, sur le plan clinique, c'est impossible à trouver l'oesophagite. Tu peux palper tout ce que tu veux...

Bon mais alors en soins somatiques en psychiatrie, il faut regarder les orifices. 11:05
La bouche, les oreilles, le ventre, le derrière, et le vagin chez les femmes. La bouche parce que les quenottes toutes esquintées, des chicots tous pourris, des machins pas possibles... les oreilles parce qu'ils ont parfois des bouchons, des otites. Donc ils sont sourds, ils gueulent, on ne comprend pas.

Les ausculter c'est important...

Et puis la constipation, bah ça... c'est horrible. Mes collègues psy sont tous étonnés qu'avec trois neuroleptiques et sous anti-dépresseurs ils soient bouchés. C'est épouvantable. Donc je suis le roi du toucher rectal. Je dis aux infirmières que j'ai la réponse au bout du doigt...

Alors et le paradoxe, c'est que, moi je n'avais pas ça en ville, tu as des gens qui sont bouchés et dans l'ampoule rectal t'as que dalle. Ils sont bouchés haut. Moi je ne connaissais pas avant d'aller à l'hôpital. Les gens sont bouchés dans le grêle. Donc tu fais un normacol ça ne donne rien, tu mets un doigt tu as que dalle, donc... il faut se dire, tu mets un doigt dans le derche, si tu as un fécalome, tu as ta réponse, mais si t'as rien, c'est très suspect de constipation haute. Donc c'est que de la purge par en haut, moviprep quoi. Et là on sait qu'on a débouché son malade quand on le suit à la trace. Elles sont contentes les infirmières, quand je leur dis ça...mais on n'a pas le choix.

Aussi un truc que j'ai appris sur des malades qui sont passés au Vinatier: le MESTINON, un médicament contre la myasthénie. Ça marche sur les atonies intestinales, pour les patients constipés sous neuroleptiques. Mais pas à la même dose, c'est 6 par jour dans la myasthénie. Mais ça marche pas mal. Parce que moi j'ai eu des syndromes d'ogilvie, c'est à dire des dilatations coliques majeures.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients?

-Ben parce qu'il y a une grande indifférence d'eux-même vis à vis de leur corps. Ils sont très peu de notions d'hygiène, c'est très compliqué pour eux. Et puis ils fument, ils ne bougent pas. La pathologie psychiatrie lourde est finalement hyper grave pour les malades. Ce qui explique cette mortalité, qu'ils vivent aussi peu vieux. Donc eux ils ne ressentent pas l'intérêt d'aller voir un généraliste pour se faire soigner leur BPCO. Quand tu commences à leur parler d'arrêter le tabac... c'est leur seul plaisir dans la vie. C'est compliqué. Et puis, qu'ils prennent un rdv, qu'ils anticipent qu'il faut aller voir le médecin, qu'ils téléphonent avant d'y aller... c'est un truc qui n'est pas du tout naturel chez eux. C'est... Ils prennent pas rendez-vous, quand ils ont rendez-vous ils ne viennent pas... donc le médecin en face, il n'a pas trop envie d'avoir ce genre de patients, quoi. Ils vont au CMP, tu les laisses aller au CMP.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients?

-Moi je ne peux pas parler au nom de tout le monde, mais je peux parler de mon expérience à moi: j'avais quelques psychotiques que je continue à voir ici. Et, oui, tu hésites. Enfin ce n'est pas que tu hésites mais tu ne vois pas bien ta place. Bon, d'abord, moi quand j'ai reçu des lettres de l'hôpital psychiatrique, je les ai toujours affichées dans mon bureau. J'étais content. T'en reçois deux dans ta vie... Jamais les psychiatres n'écrivent aux généralistes. Un peu plus maintenant...nous, généralistes, on écrit au médecin traitant. Moi je n'ai quasiment jamais reçu de ma vie de lettre de l'hôpital psychiatrique concernant mes patients, qui avaient passé quelques jours là bas parce qu'ils avaient fait du bazar en ville... Donc j'étais mauvais en psychiatrie, du coup sur le plan... moi ça m'a effaré, par exemple, ma méconnaissance de la bipolarité. Parce que la bipolarité ça reste une maladie psychiatrique grave, sérieuse, où par contre le généraliste a un rôle à jouer très important. Mais il faut connaître bien à fond la maladie. Moi j'ai jamais posé à quelqu'un qui était déprimé s'il avait des antécédents familiaux, tout ça. Je ne me suis jamais intéressé à est-ce qu'il y avait eu des suicides dans la famille... c'est ici que j'ai découvert l'étendue de ma méconnaissance.

Alors, la schizophrénie, j'ai eu comme tout le monde des jeunes de 18 ans qui sont restés un an dans leur chambre, le regard collé au plafond avec des trucs de dieu, de machin.. qui

faisaient leur entrée tonitruante dans la schizophrénie, où tu étais impuissant: qu'est ce que tu veux faire?

-Et vous disiez aussi plus tôt avant que j'enregistre, que c'était des patients qui avaient tendance à s'agiter en salle d'attente.

-Oui et c'est surtout qu'ils ne prennent pas rendez-vous, que quand ils en ont un ils ne viennent pas, ils viennent n'importe quand. Et puis c'est vrai que ça fait 5 min qu'ils sont dans la salle d'attente et ça y est ils commencent à s'agiter, à sortir, à rentrer, à faire du vacarme. On a beau les connaître depuis longtemps, c'est compliqué à gérer. Moi j'avais un patient, la maman me l'a amené parce qu'il ne voulait pas aller au CMP... et je lui faisais son neuroleptique retard sur le parking dans la voiture. On fait comme on peut... mais c'était pas gênant.

Je l'ai re suivi ici... et ici on a trouvé une solution, là il est dans une structure au long court, ses parents commençaient à prendre de l'âge... c'était le moment de trouver une solution pérenne. Voilà.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient?

-Pas ici, pas à l'hôpital. 19:15

À l'extérieur, une fois. J'ai un malade qui se la jouait massacre à la tronçonneuse. Mais heureusement la tronçonneuse n'a pas démarré. C'était un dimanche, on m'avait appelé, il était dans un bar avec une tronçonneuse mais qui n'a pas démarré. Il y avait les gendarmes, et ce qui m'a fait marrer c'est que ce patient m'a filé un marron, et il a filé un marron à un gendarme... et donc il a été hospitalisé, il est sorti au bout de 15 jours, et alors ce qui m'a étonné, c'est que tout schizophrène qu'il était, quand il est sorti il est allé s'excuser auprès du gendarme, mais il n'est pas allé s'excuser chez le médecin. Il savait que le tarif à la sortie n'était pas forcément le même. Je pense qu'il avait dû percuter ça. Puis il est mort après, il s'est suicidé. Mais c'est...

Et puis une fois j'ai soigné une jeune femme qui rentrait dans la schizophrénie, et je suis allée la voir une nuit chez elle... je n'ai jamais vu quelqu'un d'aussi halluciné. Elle avait les yeux exorbités, et comme ceux d'un caméléon qui partaient dans tous les sens... Et ben, le temps d'avoir la place à l'hôpital, il fallait 24-48h. Donc clairement, ça peut faire peur, la schizophrénie.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine?

-Moi j'avais une très mauvaise opinion de l'hôpital psychiatrique. Dans le sens où si j'avais été patient, j'aurais été très mécontent de me retrouver là. Par contre en tant que soignant, je soignais des gens qui y bossaient et je trouvais que c'était plutôt la planque pour ceux qui y travaillaient.

Donc oui j'avais des préjugés sur le milieu psychiatrique.

J'ai trouvé qu'à l'hôpital psychiatrique on bosse pas assez. Je continue à le trouver.

-Et par rapport à la psychiatrie elle-même?

-Oui, en psychiatrie même je trouve que, si on parle de la schizophrénie, hmm... le problème des schizophrènes, c'est que quand ils sont jeunes et encore très productifs, c'est facile de prescrire des médicaments pour atténuer tous ces symptômes de production, de délire divers et varié. Le problème c'est qu'ils évoluent assez vite vers le versant déficitaire. Et moi c'est ça que je trouve, enfin, ici en tout cas: on n'anticipe pas assez ça, l'évolution inexorablement déficitaire. Et donc du coup l'hygiène... Ici je l'appelais l'hôpital des sans-dents. C'était à l'époque où Hollande avait gaffé, voilà, l'hôpital des sans-dents. Parce que c'est horrible quoi.

-Vous avez un service dentaire ici?

-Oui, mais les seuls soins qu'on fait c'est des basiques, les caries, les extractions, quoi. Mais impossible d'avoir dans les services, depuis huit ans, impossible d'avoir par le personnel un suivi du brossage dentaire. Moi je m'amuse à demander, à dire au patient « mais tu passes trop de brosses à dent par an toi! ». J'essaie. Mais ça fait huit ans que je dis, c'est pas dans la culture du personnel. Je trouve qu'on n'a pas assez le souci du fait que le malade va évoluer et va devenir déficitaire avec le temps. On anticipe pas assez, ça. On sait donner des médicaments, trop, et quand le malade devient déficitaire, les médicaments sont souvent beaucoup moins intéressant et il continue à en avoir autant. Donc après on a des malades qui tombent, qui se cassent, qui... voilà.

**-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service?
(Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)**

-Alors pour la consultation d'entrée dans les services, oui, enfin moi j'y participe peu, pas forcément automatique non pour les somaticiens. Je ne crois pas... je ne suis pas le mieux placé pour répondre. Finalement moi je fais l'USLD, la MAS, et un service de long court. Je fais peu les services d'entrée, sauf quand il y a un absent. Et alors si je passe dans les services d'entrée c'est sur demande, parce que un malade rentre ou un malade a un problème pendant qu'il est là. Donc sur appel de l'équipe soignante.

-Et sur vos services où vous avez tendance à passer tous les jours, est-ce que vous voyez tous les patients?

-Ah non... Pareil, sur appel. Alors je vois tous les patients parce je dis bonjour à tous les patients. Ils sont généralement dans un endroit commun donc je viens dire bonjour à tout le monde. Donc je vois tous les patients, ils peuvent me dire deux ou trois choses s'ils peuvent ou veulent. Ça n'a souvent pas beaucoup de sens mais c'est toujours intéressant. Mais ils ne vont jamais me dire quelque chose comme « ça fait huit jours que je ne suis pas allé à la selle ». Jamais. C'est pas comme ça que ça va venir.

-Ils ont repéré que vous étiez le médecin somaticien?

-Ah oui, ils me disent « bonjour docteur ».

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif?

-Je ne suis jamais dans la confrontation direct. Je ne fais que du contournement, en pratique. Mais je peux dire à ma malade, par exemple, que j'ai vu ce matin et qui me dit qu'elle a des vers alors qu'elle n'en a pas. Je lui ai expliqué les symptômes, je lui ai demandé si elle les avait, elle dit non mais elle pense quand même en avoir, donc elle délire sur le truc... ça peut arriver que je lui dise que ça fait partie de son délire. Mais ça ne résout jamais rien.

-Et traiter par complaisance, vous l'avez déjà fait?

-Oui.

-Et ça marche?

-Non. Bah non! Sinon ce serait trop facile! Non mais ça m'arrive de traiter par complaisance quand le traitement n'est pas compliqué. Je ne vais pas me battre pour des

choses simples... Cette patiente, elle a un hallux valgus, tu ne sais même pas comment elle marche encore tellement il est énorme. Elle ne fait que dire « il me faut des semelles ». Il n'y a pas de semelles pour un machin comme ça... Des chaussures qui ne fassent pas mal, oui. Mais surtout la solution est chirurgicale et ça elle n'a jamais voulu pour l'instant. On n'y est pas arrivé. Mais ça ne fait que huit ans que je lui dis alors il ne faut pas désespérer!...

Non mais il y a des patients avec lesquels on a mis du temps à faire les choses. Je me rappelle d'un patient qui avait des polypes dans le nez, il ne pouvait plus respirer. Ça sortait du nez, ses polypes. Il ne voulait pas se faire opérer. Et puis au bout d'un an où l'on insistait, il a accepté de voir le chirurgien ORL, il a été opéré. Et alors maintenant il veut aller voir l'ORL tous les huit jours pour savoir s'il ne faudrait pas le réopérer! Alors évidemment ça a repoussé et il a été réopéré depuis. Mais maintenant il a une cataracte et il ne veut pas qu'on y touche... Je lui dis bah, on verra, on a du temps, moi ça ne me gêne pas.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux? 29:40

-Ça ça fait partie des choses qui m'énervent sur l'hôpital aussi. Que mes collègues psychiatres aient du mal à avoir une vision globale. Pensez que ça puisse les gêner d'avoir une vision globale du malade. Mais bon c'est peut être parce que je suis généraliste à la base. Moi je ne comprends pas qu'on puisse s'intéresser qu'à ça et en pensant qu'on va prendre en charge un malade de manière intéressante en ne s'occupant que de ça.

-Vous n'êtes pas trop pour le clivage vous!

-Alors ça non! Je me suis battu avec le psychiatre qui fait le DIM, et dans le dossier informatique on a suivi somatique et suivi... Suivi somatique, on s'est mis d'accord entre nous, on n'y met jamais les pieds. On ne va que dans suivi, point barre. On écrit au même endroit que les collègues psychiatres... quand ils veulent bien écrire. Parce que ça aussi c'est un problème. Pour faire tracer un psychiatre, le faire accoucher du fond de sa pensée, c'est compliqué!

Alors par contre, j'ai l'air de me moquer mais... je ne me moque pas. Mes collègues psychiatres sont des gens adorables, avec qui tu peux discuter, mais le malheur c'est que plus tu leur rentres dedans, plus ils sont content quoi! C'est des gens adorables, de grande culture, mais ils ont du handicap quand même. Ils voient un malade, ils vont modifier le traitement... Bah, t'as rien, pas un mot quoi. Et pourquoi il modifie, et qu'est ce qu'il a rajouté, changé, switché, enlevé... y'a qu'eux qui sont censé savoir. Toi tu peux...

-Question qui n'a rien à voir mais l'orientation de la psychiatrie ici c'est plutôt quoi?

-C'est très neuropsychiatrie, c'est très enfermement, c'est très isolement, contention, nananana...

Ici on a 80% de schizophrénie, plutôt de forme grave, quelques bipolarités... mais pareil forme grave. L'hôpital n'est pas du tout psychodynamique... mais ce n'est pas ça qui me gêne le plus. Ce qui me gêne le plus c'est qu'on les garde si longtemps, je trouve qu'une durée moyenne d'hospitalisation de 300 jours c'est pas normal. Qu'il y a beaucoup trop de services fermés, de chambres d'isolement. Et dans les chambres d'isolement, parfois, contentions. Je trouve que c'est trop.

Je pense, pour en avoir discuté avec des psychiatres, qu'il y a des hôpitaux qui ont fait une mue il y a bien longtemps, et qui ne s'en portent pas plus mal, et visiblement les malades ne sont pas plus mal soignés qu'ici, et je pense que c'est plutôt l'inverse. Beaucoup moins d'hospitalisations, beaucoup plus soignés sur la ville, voilà. C'est en train de se faire, mais c'est timide.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale? 36:04

-Somatique? Très facilement: je trace. Et je reviens à la charge sans arrêt, et parfois je prescris, et je dis aux infirmières d'essayer, et de tracer s'il refuse.

Souvent dans les services où je passe, les patients sont en soins libres, pas sous contrainte. Et même quand ils sont en soins sous contrainte, la partie somatique, s'ils refusent, ben... un malade qui refuse son insuline je ne vois pas bien comment on pourrait faire, hein. Les soins sous contrainte ça implique les soins psychiatriques. Donc je reviens à la charge régulièrement. Parfois ça ne cède pas. J'avais une patiente qui avait de l'ECT (électro-sismo-thérapie), qui a vraiment été transformée par l'ECT, son comportement avait changé du tout au tout, puis au bout de quelques temps elle a refusé les ECT parce qu'à chaque fois qu'elle avait l'ECT elle avait une piqûre. Une injection, pour l'anesthésie, qui lui faisait mal parce qu'elle était difficile à piquer. Donc elle a dit « non, je ne veux plus de piqûres, je ne veux plus d'ECT ». Et puis donc elle rechute. Moi j'aurais tendance à dire que le malade qui refuse les soins, il retourne à la maison. Donc on a essayé l'EMLA: non, rien à faire. Par contre, moi, les malades qui refusent les soins, ça ne me prenait plus le chou à la fin. Ça fait partie de la liberté. Vous refusez? Quelque part ça m'arrange presque. Je trace. Quelque part je ne me sens pas très responsable de ce qui va vous arriver derrière. Moi je me suis engagé dans un truc avec vous, vous vous refusez, ben, basta. Mais par contre bien tracer. Oui.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants? 38:34

-Ben... Être courtois avec mon malade, dire bonjour, être à l'écoute, parce que même si ça n'a aucun sens c'est important qu'il soit... faut lui donner l'impression qu'on entend ce qu'il dit. Donc il faut un moment être à l'écoute, le regarder, et faire comme avec les autres. Ne pas du tout avoir l'air de ne pas s'intéresser à son délire sur les parasites intestinaux ou je ne sais quoi. Donc il faut être à l'écoute une fois, comme il faut. Et puis il faut savoir donner du temps au temps. Il ne faut pas chercher le résultat...

-Donc revenir les voir?

-Oui, moi je les revois s'il le faut tous les jours, c'est ça qui est bien. Et des fois, paradoxalement, si on a des réponses encore plus délirantes que la question, ça peut percuter le malade. Il ne faut pas hésiter à rentrer dans leur délire tout en étant encore plus extrême qu'eux.

-C'est à dire?

-Ben... je ne l'ai pas fait avec les parasites mais... répondre encore plus fou qu'eux. Des fois ça les... ils se rendent compte que ma réponse est pas adaptée. Alors que si je donne la réponse bien, ils n'entendent pas, eux. Une réponse inadaptée, ça les interpelle. C'est étonnant. Faut tout essayer, en psychiatrie. On ne peut pas se contenter d'une attitude. En fonction des malades, et puis même d'un jour sur l'autre. C'est de la médecine intéressante, hein.

Moi je ne me suis pas lassé, pour l'instant.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-On avait une radio simple, on ne l'a plus. On n'a pas de labo, ça va à l'hôpital de Valence. Et ça fait 8 ans que je demande H' (les résultats du malade directement dans le dossier du malade). 41:16

On les reçoit en version papier, on doit les scanner, les intégrer dans le dossier du patient. Et avec le problème de l'oubli de scanner, donc le résultat qu'on ne voit pas, qui est scanné dans le mauvais dossier... toutes les erreurs humaines que ça entraîne... 8 ans! 8 ans que je demande et 8 ans qu'on me dit « dans deux ou trois mois... »

Et là, le GHT ça va venir, ça ne fait que deux ans que je demande...

Sinon on a des soins dentaires, une gynéco qui vient, qui est très bien... Un cardio qui passe pour l'instant, et qui actuellement ne voit que les électrocardiogrammes. Et un autre cardio qui devrait venir de l'hôpital et qui voit les malades. Et on va acheter une écho cardio qui servira aussi pour la gynéco... et s'il y a des collègues généralistes qui veulent se former... Il y a un jeune médecin urgentiste qui est là depuis une semaine, qui a un DU d'écho. Donc pour lui ça peut être intéressant.

On a un pneumologue qui passe, alors c'est important parce qu'on a beaucoup d'apnée du sommeil. C'est pareil, on fait un tri au départ.

-Vous faites le dépistage?

-Oui, mais c'est pareil on ne dépiste que ceux dont on pense qu'ils seront appareillables.

-Et vous le faites avec un appareil que vous avez ici?

-Un appareil qu'a le pneumo... il vient le vendredi matin, et les malades vont le voir en consultation chez lui le jeudi, ils reviennent avec l'appareil et lui récupère l'appareil le vendredi matin. 43:11

Ça fonctionne comme ça.

Alors c'est intéressant entre autre... On avait fait une formation un jour avec un psychiatre lyonnais qui était en clinique, qui s'était spécialisé dans les troubles du sommeil, et qui avait attiré l'attention sur le fait que l'apnée du sommeil, il y en avait énormément chez les bipolaires. Et que donc une dépression résistante chez un bipolaire il fallait vraiment chercher l'apnée du sommeil. Y compris chez des gens pas à profil, quoi. Pas de surpoids, pas d'hypertension, pas de syndrome métabolique, il faut y penser malgré tout. Il disait qu'il y avait sûrement un lien parce que c'était anormalement fréquent.

On a beaucoup de BPCO aussi mais qu'on teste pas parce que c'est compliqué à tester, faire souffler dans une machine quand ils ne comprennent rien... il faut s'adapter au patient.

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...? 44:48

-Oui, moi je gère la glyquée, tout ça. On ne gérait pas les vaccins, moi j'étais un peu étonné, alors j'ai repris toutes les vaccinations pour les chroniques. On faisait les vaccins pour la grippe mais pas les autres.

On gère beaucoup aussi... il y a énormément de déficits en vitamine D, beaucoup d'ostéoporose, beaucoup de fractures. Donc pratiquement tous les chroniques, on les supplémente en vitamine D. Parce que pareil, les psychotropes interfèrent beaucoup. Le vaccin pour la grippe est proposé... fortement au patient. Il n'y en a pas beaucoup qui refusent. On n'a pas beaucoup de refus sur les vaccins de manière générale.

Pour les suivis gynéco non plus, on n'a pas beaucoup de refus. Alors par contre c'est pareil, moi j'essaie de faire... Une dame schizophrène de 20 ans, on sait qu'on ne la guérira pas. Mais moi j'ai vu des schizophrènes ici à 40, 50 ans, elles avaient 6 gamins, de 6 pères différents, et tous rencontrés en psychiatrie! Tu vois les gamins que ça peut faire, quoi.

Alors maintenant qu'on a l'implant, c'est quand même plus facile. Bien sûr que certaines se les enlèvent mais c'est rare. Moi j'essaie, chez une schizophrène jeune, qui rentre ici et a sa consultation avec la gynéco, et on lui parle nous de contraception, est-ce qu'elle en a une, voilà. On essaie vraiment, parce que ces grossesses chez les schizophrènes c'est un

drame. Elles cherchent la normalité alors la grossesse ça fait partie de... c'est une vision de la femme normale, de la normalité, pour elle. Sauf que c'est un désastre absolu, quoi.

-Il y a eut un gros scandale récemment au Royaume Unis, une femme schizophrène enceinte que les autorités ont fait avorter pratiquement de force.

-Ah non bah éthiquement ce n'est pas possible. Moi jamais je ne ferais avorter quelqu'un de force. Ça paraît pas... Mais par contre, en amont, oui. En amont il y a un travail considérable à faire. Parce que moi je trouve que c'est un drame, ce gamin qu'on enlève à sa mère dès l'accouchement, vite on l'enlève, moins il y a de contact et moins ça va perturber la patiente... la grossesse ça n'a jamais guérit une schizophrène.

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis?

-Alors moi, des courriers, j'en fais peu, mais mes collègues en font. Les collègues qui passent dans les services où les patients tournent. Moi je suis dans une psychiatrie qui ne tourne plus. Je suis en bout de chaîne. Mais ce matin j'ai quand même écrit une lettre pour un malade qui partait en EHPAD. Donc là j'avais rempli le via trajectoire, il a été pris dans un EHPAD, j'ai eu un contact avec le médecin coordinateur de l'EHPAD qui voulait savoir un peu comment était le malade. Et là je lui ai fait une grande lettre. Non seulement une lettre mais, dans le dossier, les dernières biologiques, le dernier scanner, le dernier MMS, le dernier avis neuro... voilà, les comptes rendu... J'essaie de faire un dossier pour mon collègue en pensant à ce que j'aimerais avoir moi pour le soigner.

-Est ce que vous revoyez les patients sortis?

-Non. Il faudrait aller au CMP. On avait fait des démarches pour faire comme CoReSo, il y a deux-trois ans, ils nous avaient dit qu'ils n'avaient pas la place, qu'ils allaient changer de lieu, et puis nous on n'était pas nombreux donc ça aurait été compliqué pour nous de se diviser. Mais là peut-être que ce serait possible comme l'effectif est en train de s'étoffer. Mais moi je suis convaincu de la pertinence qu'il y a un généraliste qui intervienne dans les CMP. Et je pense que mes collègues psychiatres seraient bien contents, puisqu'ils ont horreur de s'occuper du somatique. Ils ont l'impression... de s'abaisser, je sais pas...

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

-Alors, pareil. Notre objectif en CMP c'était dans la mesure du possible trouver un généraliste de ville qui accepte de prendre en charge le patient. C'était l'objectif numéro 1. Trouver un médecin traitant. Et si c'était pas possible, ou même en seconde main, parce qu'il n'y est pas allé ou quoi, garder une vue sur est-ce qu'il prend son traitement pour la tension, est ce qu'on lui a represcrit, quand est ce qu'on lui a contrôlé sa tension pour la dernière fois, est ce qu'il a eut une prise de sang, sa glyquée et sa créat datent de quand... voilà.

Mais comme on n'a pas encore ce dispositif, on fait pas. On fait quand ils passent, et on peut tracer dans le dossier, parce qu'il est suivi par des collègues psychiatres. Ecrire par exemple « quand vous lui faites son acide valproïque, comme il est diabétique c'est dommage de pas marquer une glyquée, une créat ».

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

-Le dossier, sur ordinateur. Et on écrit au même endroit qu'eux.

Il y a des réunions dans les services sur les malades; il y a rarement le généraliste, il est rarement invité. Parce que... c'est pas illogique hein, c'est surtout orienté sur la prise en charge psychiatrique, l'organisation de la sortie, appartement, famille.. voilà. C'est vrai qu'on n'a pas bien notre mot à dire. Moi je n'y participe quasiment jamais. Mais au sein des collègues généralistes, j'ai un créneau particulier aussi du fait que je soigne essentiellement des patients chroniques.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? Et en ville?

-Oui. Quand vous lui faites son dosage d'acide valproïque, comme il est diabétique c'est dommage de pas marquer une glyquée, une créat, c'est pas compliqué.

— — — — —

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné?

-Très clairement, il faut des hospitalisations beaucoup plus courtes. Parce que s'ils restent longtemps, ils sont désociabilisés, complètement hors circuit. C'est un drame que le malade ne se plaise qu'à l'hôpital. Moi j'ai trop de malades ici qui ne réclament même pas à rentrer chez eux. D'ailleurs ils n'ont plus de chez eux.

Contrairement à l'hôpital général où tout le monde demande « docteur, quand est ce que je vais rentrer chez moi? », ici personne ne demande, ou très rarement. Quand ils arrivent, au début, pendant quelques jours, quand ils sont très délirants.

Mais il faudrait faire des hospitalisations beaucoup plus courtes, pour pas casser le lien justement avec la médecine de ville, l'entourage, le quartier.

-Donc il faudrait en plus faire un gros travail social, pour ceux qui n'ont pas de logements etc...

-Oui, enfin le logement, quand ils arrivent à l'hôpital la première fois, ils logeaient bien quelque part. Ils ne sont généralement pas sous les ponts. Mais si on les garde plusieurs mois ou plusieurs années, là y'a plus rien.

-Et donc vous disiez mettre un généraliste en CMP, faire un dispositif de relais comme CoReSo

-Oui.

-Qu'est ce que vous penseriez de faire des formations aux soins des patients psychiatriques pour les internes de médecine générale?

-En huit ans j'ai eu un interne de médecine générale qui est passé ici. Moi je pense que pendant 40 ans j'ai été mauvais en psychiatrie. A posteriori oui je me rend compte que je n'ai pas été bon, quoi. Et du coup... Je ne sais pas. Comment on pourrait faire en sorte que les futurs généralistes connaissent mieux la psychiatrie? Je ne sais pas. Je vois mal la solution dans le stage obligatoire en psychiatrie, 6 mois ce serait peut-être long.

-Et l'autre chose que certains de vos collègues mettent en avant c'est l'absence de cotation spéciale en ville pour le suivi annuel du patient psychotique alors que c'est souvent très long.

-J'ai pas réfléchi la question... je pense pas que ce soit une question d'argent, qui me gênerait moi en tout cas. Ici on prend beaucoup de temps surtout pour reconstituer les antécédents. Les ruses de sioux qu'il faut... tu passes par la pharmacie pour avoir les renseignements. Avoir le généraliste au téléphone c'est compliqué, ils sont en consultation... c'est long d'essayer de reconstituer le parcours, et pourquoi il arrive avec cette ordonnance... On peut joindre le médecin qui l'a faite mais qui n'est pas forcément... qui peut renouveler les médicaments sans forcément être au courant lui-même de tout... c'est compliqué. On y passe du temps. Je ne sais pas.

Moi je pense objectivement: hospitalisation beaucoup plus courte, et écrire systématiquement à un médecin de ville, augmenter les échanges. C'est encore trop... Ouais, je pense que ce serait les deux axes. Je vais pas dire que les généralistes sont trop bien payés, mais je ne pense pas que simplement cette consultation spécifique changerait bien la donne.

Entretiens semi-dirigés : Dr R

Homme Médecin de 34 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale

-Fonction: Praticien contractuel, bientôt praticien hospitalier.

-Service: CCM (centre de consultations médicales = pôle transversal qui intervient sur tous les services de l'hôpital.

-Etablissement Public Sectorisé. Unités d'entrée, unités de longue évolution, services fermés. Il y a 3 pôles (centre, nord, sud), contenant chacun des chambres fermées et des services fermés. Il y a un pôle adolescents, et de la pédiatrie à la journée mais pas en hospitalisation. Pas d'EHPAD mais unité USLD à partir de 65 ans. MAS (handicap mentale). TAPIES (unité de patients présents au long court). Réhabilitation.

-Mode d'exercice: hospitalier pur à 80%

-Nombre de patients pris en charge en moyenne

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-Je suis médecin généraliste ici depuis février 2018, depuis deux ans.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie?

-J'ai été généraliste remplaçant dans divers cabinets pendant 3 ans on va dire, le temps de faire ma thèse. J'avais remplacé ici 15 jours parce que le Dr C m'avait appelé, j'étais sur la liste des remplaçants, et c'est vrai que ça m'avait plu. Et le Dr C m'a recontacté quand ils ont eu le départ d'un médecin. Donc oui, très vite après ma thèse je suis venue, trois mois après ma thèse, ici.

-Est-ce que en tant qu'externe ou interne vous avez fait des stages de psychiatrie?

-Externe oui mais bon c'était assez court, et interne j'ai fait 6 mois d'addictologie à l'hôpital de Valence. Mais bon c'est pas... je dirais pas de la vraie psychiatrie mais ça s'en rapprochait.

-Et est-ce que la psychiatrie comme choix d'internat, ça vous avait effleuré?

-Oui si je m'étais quand même posé la question... mais finalement j'avais choisi médecine générale.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère? 2:35

-Ben la première chose, je dirais que ça demande un peu plus de temps. Il faut pouvoir prendre le dossier en profondeur, parce que c'est vrai que les patients ne vont pas nous dire forcément spontanément les anomalies les plus significatives. Travailler avec les informations qu'on a, alors ici les infirmiers mais sinon j'imagine la famille en ville. Parfois il faut plusieurs consultations pour arriver à faire le point, connaître les patients et leurs réactions. Après ça permet je pense de mieux les prendre en charge. Voilà ce qui m'a l'air le plus différent.

Après pour le reste je pense que c'est comparable, les patients savent dire si on leur explique, ce dont ils ont envie ou pas. Je les considère comme les autres patients, des gens de médecine classique. Je ne pense pas faire une grosse différence.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients?

-Bah c'est vrai que c'est des patients qui ne vont pas rechercher le soin, qui pour certains sont en errance, voit plusieurs médecins, d'autres voient très peu souvent leur médecin traitant. Ils sont surtout... certains voient plus souvent le psychiatre que le médecin généraliste. Et puis il y a quand même la communication entre le psychiatre et le médecin généraliste qui est un peu...

-Complicquée?

-Oui enfin surtout un peu absente. Les psychiatres séparent beaucoup les problèmes du corps et de l'esprit, eux ils ne regardent pas forcément les biologies alors que leurs traitements ont quand même, certains, des nécessités de surveillance.

C'est vrai qu'il y a une coupure entre le soin somatique et le soin psychiatrie et je vois les courriers qui sont fait ici, ils sont peut-être plus systématiques qu'avant mais c'est surtout dire les dates d'hospitalisation du patient et finalement il y a peu d'informations qui sont transmises au médecin traitant. Et ces patients oui, il faut... souvent, les préventions de base, le suivi gynécologique chez la femme, les vaccins, tout ça, ils passent un peu à l'as et il faut prendre le temps de reprendre les choses à la base. Le dépistage systématique du cancer du colon ils ne vont pas forcément le faire si on n'insiste pas et ainsi de suite.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients? 6:19

-Il y en a quand même qui sont bien pris en charge par leur médecin, qui les connaît bien, c'est vrai quand on l'a au téléphone... après je pense que c'es variable en fonction des médecins, certains ça leur fait plus peur je pense mais... après oui on voit plus ici ceux qui sont en rupture que ceux qui sont bien suivis. Je pense que c'est très différent en fonction des médecins. Il y en a qui disent qu'ils essaient de les suivre, c'est vrai qu'on a eu quelques exemples, mais ils ont du mal à les faire venir en consultation, et ils nous demandent de faire certains examens qu'ils n'ont pas réussi à faire, qu'on profite du temps de l'hospitalisation pour les organiser.

-Ils ont ces patients à l'esprit du coup quand même.

-Oui, oui.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient?

-Oui mais c'est très rare enfin... parce qu'on a quelques psychopathes qui viennent de la prison ou quoi, qui disent « comment tu t'appelles? » et tout... mais à part un ou deux patients non c'est très rare que j'ai eu peur d'un patient ici.

-Vous-êtes vous déjà senti en danger?

-Non... non, non.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine?

-Non moi je n'avais pas de préjugés sur la psychiatrie, après c'est plus la... enfin je ne sais pas si ça fait partie du travail mais... les patients autistes, de la MAS, les patients non communicant, où j'ai eu oui de l'appréhension au début, mais finalement maintenant ça se passe bien. Par contre, les patients de psychiatrie, non. Je les connaissais un peu de par

mon externat, j'ai pu en approcher quelques uns et je n'ai pas eu de mauvaise expérience. Non je n'avais pas de mauvais a priori.

-Et justement les patients psychopathes qui viennent des prisons, qui ont certainement commis des crimes, est ce que ça vous pose problème quand vous les prenez en charge?

-Non pas vraiment. Après c'est vrai que j'essaie de pas... chercher trop dans les dossiers pour savoir ce qu'ils ont fait, après quand on me le dit oui c'est vrai que ça... Il y a peut-être eu quelques cas où j'ai de la distance avec certains patients. Je sais qu'il y en avait un qui avait roulé avec sa voiture sur ses parents volontairement, bon... celui-là c'est vrai que ça m'a peut-être posé un peu plus de problèmes... mais c'est vrai que j'essaie de ne pas trop regarder ce qu'ils ont fait et de les prendre en charge comme les autres.

— — — — —

-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service?

(Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)

-Bah le plus souvent c'est l'équipe soignante qui nous appelle pour les patients qui ont des comorbidités somatiques. C'est le plus courant. Après... c'est quand même rare que ce soit le patient qui demande à voir le médecin généraliste. Ça arrive mais...c'est pas forcément ceux qui en ont le plus besoin!

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif? 11:07

-Bah là oui c'est plus embêtant comme situation. Parce qu'on est tenté de se dire à la fois c'est complètement délirant mais du coup on essaie, moi j'essaie de quand même limiter tout ce qui peut... tous les diagnostics différentiels. Par exemple quelqu'un qui avait un prurit, qui disait qu'elle avait des bêtes qui lui sautaient dessus, je l'ai quand même vue plusieurs fois avant de dire que c'était rien mais... c'est vrai que ça me pose plus de problème dans ces cas là... je ne sais pas pourquoi... parce que c'est presque trop facile de dire que c'est délirant et... en plus quand on nous appelle pour ça on est justement ceux qui doivent éliminer le somatique.

-Est ce que du coup vous avez tendance à entrer dans le délire du patient? À lui dire qu'il délire? Ou à contourner en revenant un peu sur le symptôme lui-même?

-Oui bah là j'ai plus essayer de contourner en lui disant « peut-être que c'est des bêtes mais montrez-les moi, montrez moi où est ce qu'elles font des rougeurs ou des choses visibles ». Enfin je ne veux pas leur dire clairement c'est délirant, arrêtez. J'ai du mal à présenter les choses comme ça. J'essaie à la fois de dire que je comprends ce qu'ils disent mais que moi je ne vois pas, je ne constate pas les même chose, qu'en tout cas si un jour ils ont quelque chose à me montrer je viendrais le voir mais là vu que je ne vois rien...

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux?

-Bah oui moi je trouve qu'il y a peut-être une distinction trop marquée entre les psychiatres qui ne veulent pas s'occuper du somatique et les services somatiques aussi qui renvoient vite le patient quand il y a des problèmes psychiatriques. Et dans les confusions

c'est quand même dur de trancher. Nous on a l'avantage de connaître certains patients mais c'est vrai qu'il y a des états mélancoliques qui pourraient passer pour des coma... et c'est quand même dur de faire la part des choses.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale?

-Ben... Je trouve que je l'accepte peut-être plus même que certains psychiatres, qui sont peut être plus habitués aux soins sous contrainte, mais nous, il me semble que les soins somatiques ne se font pas sous contrainte. Bon après j'ai rarement eu les cas de risque vital mais finalement je l'accepte, je dis à l'équipe de reproposer les soins, je peux repasser s'il le faut mais je ne rentre pas dans le combat, non. Je repasse, je dis que je suis disponible.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants? 16:00

-Les fois où j'ai pu gagner la confiance c'est plus par le fait de passer régulièrement... parce que les stratégies de convaincre le patient sur une seule consultation je n'ai pas trouvé que c'était très efficace. Plutôt s'allier avec le psychiatre, les infirmiers, pour avoir plusieurs personnes qui vont dans le même sens et qui proposent les choses. Des stratégies direct, je n'ai pas eu beaucoup de succès. C'est sur la durée, revenir, faire bloc avec l'équipe.

-Et dans votre attitude, votre gestuelle, votre comportement, est ce que ça a changé des choses?

-Je me suis rarement énervé avant d'être ici mais finalement oui je me suis aperçu que ça n'améliorait pas les choses donc... je garde un ton calme.

Non je ne pense pas avoir une approche différente avec le patient psychotique.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-IDEM CH DROME VIVARAIS

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...?

-Après oui moi je suis plus sur le service d'accueil des entrées, des primo entrants. Donc je me concentre au début surtout sur l'aiguë, les biologiques d'entrée, être sûr d'avoir récupéré les antécédents les plus marquants, tout ça.

Après oui les femmes j'essaie de les orienter rapidement vers la gynéco parce que certaines ne resteront pas forcément très longtemps. Après c'est vrai que les suivis plus au long court, je laisse ça plus à mes collègues qui sont sur les services pôlaires, qui voient un peu plus longtemps les gens. Mais en tout cas le suivi gynéco chez les femmes, la contraception, ça on a la chance d'avoir une gynécologue une fois par semaine, qui prend très vite les patientes, donc ça j'y fais attention. Après on fait des dépistages systématiques par exemple les sérologies des infections sexuellement transmissibles ou via les toxicomanies, on essaie de dépister pas mal de chose déjà.

— — — — —

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis?

-Alors là on ne revoit pas les patients. Après on avait le projet de faire une consultation au CMP pour revoir quelques patients mais pour l'instant non. Il y a eut quelques sorties un peu précipitées oui, avec découverte d'une ACFA ou quoi, il a fallu prendre rendez-vous chez le cardiologue et recontacter le patient chez lui pour l'adresser au cardiologue, voir avec les infirmières à domicile. Mais oui comme je suis sur le service d'entrée moi j'ai moins... je fais des courriers rapides au médecin traitant pour dire si on a découvert un diabète, si on a initié un traitement. Les informations les plus marquantes. Mais après j'essaie aussi que les choses soient gérées et qu'à la limite si ils sortent... peut-être que j'essaie d'accélérer la mise en place d'un traitement, par exemple si je débute de la metformine je vais essayer de monter plus rapidement les doses pour qu'il sorte avec sa dose adéquat, plutôt que de dire « vous reverrez avec le médecin généraliste dans 15 jours pour augmenter la dose » parce que s'il n'y va pas... j'essaie d'accélérer un peu les prises en charge.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

-Bah là oui on s'était dit avec nos collègues que c'était embêtant, qu'on aimerait rencontrer à Lyon le Dr F pour faire aussi une consultation en CMP... Pour découvrir comment elle travaillait pour essayer de trouver des médecins traitants oui, c'est sûr que on a le projet de mettre ça en place peut être un jour. Je ne sais pas si mes collègues le font mais moi je ne le fais pas. Et en fait quand les patients sortent rapidement, c'est souvent qu'ils sont transférés vers d'autres régions et finalement on perd un peu le contact. Après c'est vraiment oui pour un cardiologue ou un gastro entérologue si on a découvert une ACFA ou une hépatite... mais c'est rare oui, c'est pour les choses... plus urgentes, on va dire.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

23:40

-Bah là dans le service où je suis c'est plutôt des discussions informelles avec les psychiatres que je connais. On n'a pas toujours le temps d'aller au staff. Après dans d'autres unités je trouve que la communication manque. Ça manque d'une prise en charge globale. Mais la plupart du temps oui c'est pas des discussions informelles.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? Et en ville?

-Bah oui oui moi j'estime qu'ils devraient l'être plus que ce n'est le cas actuellement. On a mis en place des bilans systématiques recommandés par l'HAS avec la glycémie, le bilan lipidique, tout ça. Et ça j'estime que c'est plus les psychiatres qui devraient s'en emparer parce que le suivi, la plupart du temps en CMP ou quoi, il n'y aura pas un généraliste pour leur dire si la biologie est anormale.

-Donc en ville aussi, ils seraient responsables au moins de ce suivi là?

-Oui bah surtout de la iatrogénie des traitements. Et enfin pour moi ils ont beaucoup tendance à considérer que ce n'est pas de leur ressort mais... si eux ne le font pas, personne ne le fera. Et puis là avant qu'on n'arrive il n'y avait pratiquement pas d'ECG dans les dossiers pour introduire les neuroleptiques... les machines à ECG calculent le QT, ils ont juste à lire pour savoir si c'est bien inférieur à 450.

-Et les IRM cérébrales?

-Et oui, ils veulent que ce soit nous qui les prescrivions... donc là on essaie petit à petit que ça soit eux.

-Et le bilan un peu initial dans la primo décompensation du patient jeune, IRM, TSH, etc... c'est fait un peu par eux ou non?

-C'est très variable en fonction des psychiatres, et on essaie de les stimuler à ce que ça soit eux qui le fassent. Je pense que ça évolue un peu dans le bon sens mais c'était pas automatique au début.

Il y avait eu une formation pour les psychiatres, d'un laboratoire, sur les comorbidités cardiovasculaires des patients. Donc on était... il y avait très peu de personnes. On était deux somaticiens et il y avait un seul psychiatre de présent. Et la psychiatre a dit « ah non mais nous en CMP ça ne nous concerne pas parce que de toutes façons la plupart de nos patients sont passés par l'hôpital et à ce moment là ils ont vu un généraliste. » Mais bon ça se modifie avec le temps quoi. C'est un exemple qui m'avait marqué. Et puis un labo qui parlait des effets secondaires cardio-vasculaires justement des traitements neuroleptiques, finalement tout le monde disait que c'était les somaticiens, qui sont trois pour le département, qui vont gérer toutes les comorbidités cardio vasculaires des patients. S'ils ne veulent rien avoir à faire avec le somatique, il faut faire psychologue.

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné? 27:15

-Bah c'est vrai que là par exemple pour les biologies... que les psychiatres n'introduisent pas un traitement sans se soucier des problèmes de glycémie ou de cholestérol.

Mais alors comment les adresser à un médecin traitant... Je pense que ça pourrait fonctionner comme ça, assez bien finalement, qu'ils pensent à suivre, à rechercher les comorbidités du patient, et s'il y en a de les adresser au médecin généraliste. Mais oui moi j'aurais plus envie de travailler du côté des psychiatres.

-Et par rapport aux consultations en CMP dont vous parliez?

-Oui oui ça contribuerait dans les cas de patients qui n'ont pas de médecin traitant. Après moi j'ai quand même l'impression que la majorité ont un médecin traitant et le problème c'est qu'ils n'y vont pas souvent, mais que par contre ils voient un psychiatre, et il n'y a pas de lien. Je n'ai pas envie d'aller moi m'inviter au CMP, j'aurais plus envie que ce soit les psychiatres du CMP qui nous alarment sur certaines situations et qui adressent les patients. Après soit à nous si on avait une consultation extérieure, soit au médecin traitant. Mais j'estime qu'on ne peut pas faire le dépistage en étant trois ou quatre somaticiens pour le département... ce n'est pas nous qui allons faire le dépistage de ces situations là. Et puis je pense que les médecins généralistes savent faire quand les patients viennent les consulter, le problème c'est plus qu'ils ne veulent pas aller consulter.

Entretiens semi-dirigés : Dr S

Homme Médecin de 58 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale et médecine de la douleur

-Fonction:

-Service: pôle ADIS (autisme et déficience intellectuelle sévère)

-Etablissement public, service non sectorisé (patients de la région ARA). Unité fermée, CATTP, CMP avec équipe mobile, et activité pour visiter et former les personnels des structures médico sociales qui accueillent les patients en dehors de l'hôpital.

Il y a un pôle avec 3 services d'hospitalisation, plus un service ambulatoire, et un autre pôle qui est le centre ressource autisme. Tout est géographiquement au Vinatier.

-Mode d'exercice: Adulte de plus de 16 ans mais beaucoup d'exception (reçoit des patients dès 8 ans, et en hospitalisation dès 13 ans). Exercice 70% hospitalier, 30% ambulatoire.

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: chaque jour, visite des services d'hospitalisation (entre 30 et 40 patients). Plus les consultations, qui sont très longues, en général une le matin et une l'après-midi. File active en ambulatoire de 370 patients.

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-J'exerce au Vinatier depuis 2010.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie?

-C'est l'opportunité, et l'intérêt que j'ai pour la douleur depuis très longtemps. Je suis titulaire de la capacité prise en charge de la douleur depuis 2002. 3:23

Et du coup quand le poste s'est ouvert de prise en charge somatique dans le cadre de ces services là, où avant 2010 il n'y avait que des psychiatres, ça m'a intéressé.

-Au moment du choix d'internat, est ce que choisir psychiatrie vous avait effleuré?

-Non. C'était médecine générale. Dans général il y a aussi de la psychiatrie. L'aspect général me plaît bien, à moi.

-D'accord. Et aujourd'hui c'est ce domaine là de la médecine général qui vous attire, l'exercice libéral moins?

-Oui.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients -bon, pas psychotiques en l'occurrence- mais autistes, déficitaires, ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère?

-Le temps. Ce sont des consultations longues. Et multi-professionnelles, ça c'est important. Et en lien avec les structures et les familles. C'est à dire que très souvent, pas toujours mais dans la grande majorité des cas, ils sont accueillis en structure médico-sociale, à temps plein ou à temps partiel, et en famille. Et les consultations doivent tenir compte de l'ensemble de ces partenaires là, c'est pour ça que c'est long.

-D'accord. Et multi-professionnelles, c'est à dire que vous les faites avec d'autres personnes?

-Très souvent, et dans cette population particulière, on a beaucoup besoin des psychomotriciens par rapport aux problèmes sensoriels, des orthophonistes pour le

problème de la communication, et des psychologues et neuropsychologues par rapport à tout ce qui est l'évaluation cognitive.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients?

-Alors, moi je ne peux parler que de ce que je connais. Le manque de suivi de la population dont j'ai la charge, c'est d'abord qu'ils sont difficiles à prendre en charge, vous avez eu l'expérience hein, et qu'il a peu de médecins qui acceptent de le faire. Surtout en médecine libérale, quand la salle d'attente est pleine, c'est compliqué d'avoir quelqu'un... Donc je pense qu'il y a un problème de méconnaissance de la pathologie d'abord, et puis peut-être une surcharge de travail en libéral qui fait que on confie ça à l'hôpital, parce qu'il y a plus de temps, soit-disant à l'hôpital. Et plus d'encadrement.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients?

-Alors, évitent, pas forcément, il y a vraiment des gens qui ont un intérêt, mais qui n'ont pas, soit la connaissance, soit la possibilité, soit les moyens. L'intérêt y est, mais la faisabilité n'y est pas.

-Donc plus un problème de faisabilité selon vous que de volonté, de la part des généralistes?

-Je crois, oui.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient?

-Non. Avant de travailler là, j'ai travaillé 2 ans en pleine brousse en Afrique, et avant cela pendant 18 ans en prison, donc... je n'ai vraiment pas peur.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine?

-Bien sûr. En tout cas, ce qui est important, c'est que la psychiatrie a très mal traité les familles de ces patients-là, puisque, surtout dans la région lyonnaise, on est encore dans un courant très psychanalytique qui n'est pas applicable pour ces patients là. Nous on est vraiment dans les thérapies cognitivo-comportementales, et pas du tout dans la psychanalyse. Et du coup les parents et les familles -surtout chez les adultes- ont été très culpabilisées. Et du coup il y a vraiment un lien à retisser avec les familles pour justement leur dire qu'il y a des possibilités de prise en charge autres que ce qu'ils ont pu entendre quand le gamin était petit.

— — — — —

-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service?

(Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)

-Je vais systématiquement voir les patients. Je vais à eux, car ils ne sont pas autonomes.

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise

en charge à ce motif? -Disons dans votre cas, les comportements imprévisibles des patients

-Alors nous on utilise le temps. On ne fait jamais tout du premier coup, on sait qu'on est toujours très en retard si vous voulez essayer d'optimiser les prises en charge... mais on le fait un peu exprès. Il y a une sorte d'habitude, on fait même ce qu'on appelle des consultations blanches, c'est à dire qu'ils viennent, ils s'assoient, ils repartent, ça dure 3 secondes. Et puis la semaine d'après ils reviennent, ils s'allongent, ça dure 5min... jusqu'à ce qu'on puisse les approcher, les toucher.

-Un peu comme la thérapie cognitivo-comportementale finalement.

-Oui, tout à fait.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux?

-Nous on va parler de co-morbidités psychiatriques (anxiété, dépression, psychose) qui peuvent être associées aux déficiences intellectuelles et à l'autisme.

On ne fait pas de distinction entre le psychique et le somatique mais par contre on forme beaucoup nos collègues psychiatres, parce que dans ce domaine particulier, ceux qui arrivent aux urgences psychiatriques et qui doivent être hospitalisés, dans 60% des cas c'est un problème somatique douloureux, pas un problème psychiatrique. Sauf que l'expression c'est la violence, l'agressivité, et que du coup les hôpitaux généraux les refilent vite en psychiatrie parce qu'ils ne parlent pas, et nous on les récupère, et on trouve essentiellement des troubles de la sphère dentaire ou digestive.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale?

-Je pense qu'il n'y a pas de refus de soin. Il y a quelquefois report. Ils ne refusent pas d'être soignés. Ils refusent quelquefois d'être touchés, d'être examinés, il faut du temps, mais il n'y a pas de refus de soin de leur part. Si les parents refusent qu'ils aillent voir le médecin, ils ne l'amènent pas, on n'est même pas au courant. Mais je ne parlerais pas de refus de soin mais plutôt de difficultés de prise en charge, et ça on le gère en prenant du temps. Alors par contre c'est long. Quelquefois, pour certains examens où l'on sait qu'il faut absolument le faire et qu'on n'a pas d'autres choix parce qu'il y a une urgence, on fait une anesthésie générale. Pour une IRM, pour des soins dentaires quelquefois, les gastroscopies qu'on fait sont toutes sous anesthésie générale, les choses comme ça.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants?

-Les consultations blanches... les concessions... par exemple j'accepte de faire un ECG s'ils sont assis, pas forcément couchés. Moi je demande toujours que les gens qui le connaissent bien, que ce soit l'éducateur de la structure ou la maman, soit présent. Et c'est très rare qu'on n'y arrive pas. Parfois on reporte un peu.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-IDEM Vinatier.

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...?

-Alors moi je ne me substitue pas au médecin traitant. Par contre, tant qu'ils sont ici, oui on essaie de faire ça, mais après on ne va pas les reconvoquer pour faire le rappel du vaccin ou les choses comme ça.

-Et tant qu'ils sont ici, est ce que vous allez par exemple, si c'est une femme, l'envoyer faire sa mammographie?

-Si elle est là suffisamment longtemps, oui.

— — — — —

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis?

-Il y a systématiquement un courrier de fait, à la structure, au médecin de la structure, au médecin traitant et à la famille. C'est une copie. Et dans le cadre de ceux que j'ai moi qui sont hospitalisés dans le cadre d'une consultation douleur, je vais les revoir. Après si c'est une hospitalisation pour adaptation de traitement psy, etc... je le verrais quand il sera hospitalisé mais après ce n'est plus moi qui le prend en charge.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

-S'il n'a pas de médecin traitant, on invite la structure ou les parents à en trouver un. On ne se substitue pas.

-Oui, la différence ici c'est que les patients ont toujours un tuteur légal, et pas en psychiatrie.

-Oui, toujours. Mais ce n'est pas pour ça qu'ils ont forcément toujours un médecin.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

-Chaque responsable de service est un psychiatre, et moi je suis avec eux mais ce sont quand même eux les responsables. Et on fait des consultations communes, il y a un très très bon lien vraiment, et eux sont très bien... on s'est auto-formé, et quelquefois eux m'interpellent en me disant « viens voir, là ce n'est pas psychiatrique ». Il y a vraiment une bonne collaboration.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? Et en ville?

-Alors en ville je ne sais pas, mais en hospitalisation oui. Ici, il n'y a aucun problème pour ça, même quand je ne suis pas là, ils prescrivent les examens et tout ça, et quand je suis là ils me disent « tiens, j'aimerais que tu vois tel truc, ou j'ai fait tel bilan, qu'est ce que tu en penses? »

-Donc c'est au moins leur rôle d'être vigilants et de vous interpellier en cas de besoin.

-Oui, oui, oui.

-Et s'ils prescrivent des traitements psychotropes ayant des effets secondaires, est ce que vous considérez que c'est à eux d'assurer le suivi derrière.

-Alors pour le coup, dans l'ambulatorie c'est en fonction de la consultation des uns et des autres, et en hospitalisation, c'est partagé. Si par exemple moi je prescris un morphinique et qu'il est constipé, lui il va faire du du-duphalac si je ne suis pas là le lendemain. Il n'y a

pas de problèmes. Si moi je constate qu'il y a une dyskinésie aux neuroleptiques, je vais lui en parler pour que... voilà, l'ordonnance est commune, on a le droit d'y toucher, mais on se parle.

-Et si le patient est par exemple suivi par un psychiatre en ville, et qu'il lui prescrit un traitement neuroleptique, vous pensez que c'est à lui d'assurer le suivi?

-S'il est hospitalisé, on le saura nous, et quand il sortira il aura un courrier pour expliquer ce qu'on a fait. Et s'ils arrivent en consultation de psy, c'est le psychiatre qui prescrit la prise de sang de suivi métabolique, ils ne m'appellent pas pour ça. Les ECG aussi ce sont eux qui les prescrivent par exemple.

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné?

-Alors dans la population dont on a la charge maintenant, je pense que, bon il y en a beaucoup pour lesquelles on fait des recherches génétiques pour lesquelles on trouve des maladies rares, donc avec une évolution qu'on ne connaît pas très bien, pour autant là, le plus âgé chez nous a 70 ans. C'est à dire, il y a quand même un vieillissement qui a lieu, qui n'existait pas il y a 10 ans, voilà. Et je pense que pour améliorer ça, il faut qu'il y ait du temps médical dédié, ou alors qu'il y ait par exemple pour les médecins libéraux, un accès facile à des systèmes type handiconsult, pour lequel là ils ont aussi un plateau pluridisciplinaire possible avec du temps dédié, des consultations longues, des choses comme ça.

-Et handiconsult, il y a des médecins là bas?

-Handiconsult c'est un centre dans lequel il y a souvent gynéco, cardio, ORL, dentiste...

Des gens qui sont un peu formés pour reprendre les déficients intellectuels, les polyhandicapés, les autistes, les psychotiques un peu compliqués... généralement pas de médecin généraliste car c'est plutôt le généraliste qui adresse le patient là. Ils ont des infirmières pendant les consultations... du coup c'est beaucoup plus facile de prendre en charge. Les consultations durent minimum 1h. En médecine de ville ce serait impossible. C'est vraiment des structures qui ont été mises en places, il y en a presque partout, qui se saturent très vite malheureusement...

-Je doute qu'il y en ait en Ardèche...

-Je ne sais pas s'il y en a en Ardèche oui. Je sais qu'il y en a en Savoie, dans l'Ysère, dans le Rhone bien sûr.

-Et justement, par rapport aux médecins qui sont un peu loin de tout, est ce que l'idée de mettre en place des formations ça vous parle?

-Oui, oui. Nous on le fait déjà. Il y a un centre ressource autisme, et on a un catalogue de formations, pour plein de choses, et moi en soins somatiques et douleur, j'ai 3 demi journées de formation pour ceux qui veulent.

-Les généralistes de ville peuvent s'inscrire?

-Oui, et il y en a quand même quelques uns car chacun en a dans son cabinet, c'est rare de ne pas avoir au moins un patient autiste, et les parents qui sont très très au fait, qui ont lu tout ce qui arrive sur internet, ils interrogent le médecin sur les modes des régimes, les

modes du microbiote, les modes des antibiotiques, ou les diurétiques, savoir s'il faut le faire ou pas... et les généralistes sont souvent un peu dépourvus par rapport à ça.

-Et justement en tant qu'interne, je crois que je n'ai jamais été formée à la question de l'autisme. Alors pour la psychose, c'est le cas parce que personnellement j'ai fait la démarche, j'ai orienté ma formation dessus, mais ça n'était pas requis.

-Moi non plus. D'ailleurs ici on n'a pas d'interne.

-Et alors est ce que vous pensez que ce serait bien qu'il y ait plus de postes d'internat en santé mental ou plus de formations là dessus? (je parle de la médecine générale)

-Oui, complètement. Il y a des internes de psy au vinatier, mais ce serait vraiment important qu'il y ait des généralistes. Je sais que dans le cadre d'une association qui s'appelle défi-science, ils voulaient que tous les étudiants en médecine passent au moins six mois de stage, soit externe, soit interne, dans une structure médico sociale pour personnes avec handicap psychique, pour qu'ils s'habituent à ces populations-là. Et moi je trouve que ce serait une bonne idée. Comme il y a eu un temps les stages en médecine générale.

-Ou alors pour faire quelque chose de facile et rapide à mettre en place, faire des FMC (puisque on doit en valider 6). Ce qui permet aussi aux internes d'obtenir la libération d'une demi journée de formation... puisque encore aujourd'hui on a du mal à les faire respecter. Est ce que vous par exemple vous pourriez faire une formation aux internes pour parler de la prise en charge des autistes?

-Oui, complètement.

-Et la dernière chose, que beaucoup de collègues généralistes ont évoquée, c'est l'idée de faire une cotation spéciale consultation maladie mentale en médecine générale.

-Alors moi je ne sais pas bien comment fonctionne le libéral. Est ce qu'on peut cocher... par exemple il n'y a pas « consultation longue »? Il y a peut-être quelque chose dans le cadre de l'autisme. Mais en tout cas je pense que, par rapport à la durée, il faut tenir compte du fait que c'est trois fois le temps d'une consultation normale.

Entretiens semi-dirigés : Dr T

Femme Médecin de 35 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale

-Fonction: PH

-Service: 4 unités (2 unités d'entrées sur le secteur de Villeurbanne; 1 ULE (transversale, sectorisée), 1 unité centre de dépression résistante (transversale, non sectorisée). Services ouverts (mais les services d'entrée peuvent être fermés selon besoin).

-Etablissement public, sectorisé.

-Mode d'exercice: hospitalier pur, pas de pédiatrie, gériatrie non spécifique mais patients âgés

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: 24 patients par service d'entrée et dans l'ULE, 14 patients dans le centre de dépression résistante.

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-J'ai commencé en 2013 sur ce pôle. J'ai fini l'internat en 2011, j'ai fait des remplacements en libéral entre temps, j'ai passé ma thèse en 2013 et il y avait ce poste, que j'ai pris.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie?

-Moi j'avais fait un stage d'externe en psychiatrie que j'avais apprécié, au Vinatier, sur ce pôle mais pas dans les services où je travaille, et j'avais bien apprécié. Surtout qu'à l'époque -c'est un peu moins comme ça maintenant- mais à l'époque quand on était externe on gérait vraiment la prise en charge somatique, on avait beaucoup plus de libertés et de responsabilités que dans les autres stages qu'on pouvait faire, et c'était vraiment de la médecine générale. Donc moi j'avais vraiment bien apprécié. Parce que finalement nos stages d'externes c'est tellement ultra spécialisé que...quand on se retrouve dans des stages où on fait vraiment de la médecine générale on est assez contents. Je trouve. Et puis du coup moi quand j'ai fini l'internat je me suis dit « l'hôpital, plus jamais, ça me fait chier ». Et puis finalement en ayant fait du libéral, je me suis dit ça me manque de travailler en équipe, c'était vraiment intéressant... Et quand j'ai vu qu'il y avait ce poste, c'était un poste d'assistant à l'époque et ce n'était pas sur autant de services, j'ai postulé en me disant « bon allez je vais tenter ».

-Et comment tu as su qu'il y avait ce poste?

-J'ai vu ça sur l'ordre des médecins, offre d'emploi, tout simplement.

-Et en tant qu'interne, tu n'étais jamais retournée au Vinatier.

-Non, je voulais Revol mais je n'ai pas pu l'avoir.

-Et la psychiatrie comme choix d'internat?

-Non.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère? 4:35

-Je trouve que c'est compliqué comme question parce qu'en fait, je trouve qu'il n'y a pas tant de différences que ça, contrairement à ce qu'on pourrait penser, finalement. Je trouve

pas qu'ils soient spécialement...qu'il y ait de si grandes spécificités. Les plus grandes, pour moi, ce serait plutôt la iatrogénie, parce que du coup il y a quand même des traitements spécifiques à la psychiatrie et c'est ça quand même... beaucoup de notre travail est basé là-dessus... après je trouve, et c'est ça que j'aime bien dans mon travail ici, c'est que ça reste un travail hospitalier mais en fait ça reste de la médecine générale un peu comme on peut faire en ville puisque contrairement à des services de somatique où on impose quand même beaucoup les choses aux gens, où de toutes façons ils sont là, ils sont compliants, ils prennent les traitements qu'on leur donne et on ne cherche pas à avoir une alliance ou quoi que ce soit, je trouve qu'en médecine de ville on est obligé de rechercher ça puisque de toutes façons après on n'est pas derrière les patients. Donc on est obligé de travailler avec eux, de faire des compromis, etc. Et je trouve qu'en service de psychiatrie c'est exactement le cas aussi, puisque du coup on peut, enfin voilà, ils sont souvent là sous contrainte mais pour la psy, moi je ne peux rien leur imposer sur le plan somatique, donc on essaie de travailler les soins je trouve de la même manière que si on était en libéral finalement. C'est ça que je trouve intéressant aussi.

-Et par rapport à la prise en charge, la compliance?

-Franchement, à part quelques patients qui se comptent sur les doigts d'une main, j'ai pas eu de grosses difficultés avec les patients. Quand je suis arrivée, les équipes m'ont dit « ça va être dur, les psychotiques avec le rapport au corps... machin... ». Moi je n'ai jamais trouvé ça, j'ai trouvé que les patients étaient très content qu'on prenne soin de leur corps justement, qu'il y ait quelqu'un qui s'occupe de ça, on sentait que c'était pas quelque chose d'habituel à la base, et que ça leur fait du bien. Ils sont plutôt généralement assez réceptifs aux soins. Voilà, après ce sera peut-être plus compliqué pour des soins dentaires ou des choses comme ça, mais dans la population générale aussi j'ai envie de dire, les gens, aller chez le dentiste, ils ne sont pas toujours très motivés hein. Ils ont peur d'avoir mal. C'est un peu les mêmes choses.

La spécificité, je pense que ça peut effectivement être les contraintes, les choses comme ça qui font que du coup la prise en charge peut être un peu plus complexe, mais après moi je trouve que, du fait de leur pathologie, je ne vois pas un gros frein. Si ce n'est parfois la compréhension qui peut être plus compliquée, mais ça encore c'est pareil, je crois qu'il y a plein de gens en médecine de ville, qui nous disent oui oui, mais qui n'ont pas forcément compris non plus.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients? 7:33

-Bah je pense que c'est un tout. Je pense que déjà il y a plus de précarité. On sait très bien que les autres patients précaires de toutes façons ils ont plus de difficultés à l'accès aux soins. Donc ça ça joue. Je pense qu'après il y a le fait aussi que c'est pas trop, enfin, je pense que c'est assez récent que dans la psychiatrie on s'en occupe et on s'en préoccupe, et tant que dans l'esprit des équipes et des psychiatres ce n'est pas très présent, je ne pense pas que ça puisse l'être dans l'esprit des patients non plus. Donc je pense qu'il y a ça, après je pense qu'il y a aussi la pathologie psychiatrique en elle-même qui peut faire que les symptômes ne sont pas forcément reconnus comme des symptômes de quelque chose de somatique ou qui ne sont pas forcément exprimés correctement, voilà. Mais je ne pense pas qu'il y ait de grosses choses... je pense que la précarité joue, vraiment.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients?

-Oui, je pense, et je le comprends. Parce que moi il y a certains patients que je suis où je me dis franchement, le médecin libéral, chapeau quoi. Parce que.. pareil, ils ne sont pas très nombreux, mais il y en a certains que j'ai pu prendre en charge, je pense que c'est très dur à prendre en charge quand on est seul, pas dans un réseau etc, et je trouve que, en psychiatrie, on essaie d'améliorer les choses sur le secteur, mais le lien avec le médecin traitant n'était pas forcément bien fait. Moi c'est vrai que j'ai beaucoup insisté pour que les compte-rendus soient envoyés au médecin traitant...

-Parce qu'ils ne le faisaient pas avant?

-Non, pas forcément. Et qu'on note qu'il y a un médecin traitant, qui c'est, qu'on envoie un CR... Parce que moi, je n'ai pas travaillé longtemps en libéral, mais voir des patients qui ont une ordonnance longue comme le bras, on n'a aucun courrier, on doit renouveler cette ordonnance, on ne sait pas s'ils sont suivis, où ils sont suivis, je trouve que c'est vraiment inconfortable, et puis ne plus voilà, on peut avoir peur aussi parce que s'ils sont décompensés, qu'ils viennent chez nous, ils peuvent aussi être dans des états compliqués à gérer quand on est seul au cabinet. Donc moi je comprends que ce soit quelque chose qui puisse être redouté, c'est pas des prises en charge simples et encore moins quand on est seul, je trouve.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient?

-Oui, ça m'est déjà arrivé, mais c'est quand même assez rare. De toutes façons moi je ne suis pas aux urgences donc les patients sont quand même moins décompensés dans les services qu'aux urgences, quand ils sont vraiment très décompensés ils sont en chambre d'isolement, en chambre d'apaisement, on y va avec des soignants. Et puis moi je demande toujours à mes collègues, aux psychiatres, aux équipes soignantes, si je peux voir le patient seule, qu'est-ce qu'ils en pensent, donc de toutes façons si je ne le sens pas je suis accompagnée de quelqu'un, donc on se sent plutôt en sécurité finalement.

-Et ça ne t'est jamais arrivé de te faire agresser?

-Non je ne me suis jamais fait agresser. Ça m'est arrivée qu'un patient lève la main et que je me dise « mince, je suis toute seule dans la chambre, je suis loin de la porte », oui ça m'est arrivé une fois ça. Mais voilà, sinon, non, je ne me suis jamais fait agresser.

-Oui ça m'est arrivé aussi, de me dire là il faut que je sorte de la chambre, c'était une mauvaise idée d'y aller seule.

-Et c'est là qu'on se rend compte, entre la porte et moi, il y a le patient, je ne vais pas pouvoir m'en aller... et là c'est un peu inquiétant.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine?

-Quand on les adresse en somatique ça peut arriver oui. C'est compliqué aussi parce que je sais comment fonctionne l'hôpital, le CHU, c'est vrai qu'un patient psychotique dans un service ça ne fonctionne pas. Je vois bien comment c'est « hop hop hop », on va vite, et c'est des patients qui peuvent prendre du temps, qui peuvent ne pas tolérer certaines choses que les autres tolèrent, notamment ne pas déambuler, ne pas sortir pour aller fumer toutes les 4 secondes, donc c'est vrai je pense que ça peut être très compliqué à gérer pour eux, je pense qu'il y en a bcp qui ont peur parmi les soignants, je pense qu'il y a aussi plein de médecins qui n'ont pas du tout envie de les prendre en charge, donc c'est vrai que ça peut arriver qu'on ait un peu à faire du rentre dedans pour que le patient soit pris en charge correctement.

-Et toi-même?

-Moi-même est ce que j'ai des préjugés sur les patients?

-C'est à dire, est ce que quand tu es arrivée en psychiatrie, tu avais des a-priori très fort sur la maladie mentale ou pas spécialement? Et si par exemple on te demande de prendre en charge un meurtrier ou un pédophile, est ce que ça te pose problème? Est ce que ça te demande un travail particulier?

-Non, pas spécialement... c'est vrai que le stage d'externat que j'avais fait m'avait déjà bien... je l'avais trouvé très intéressant et je trouve que ça démystifiait beaucoup de choses justement, beaucoup d'a priori sur la maladie mentale. Je pense que c'est vraiment un stage que tous les externes devraient faire parce que ça apprend beaucoup de choses. Mais non, finalement... et puis... ça ne change rien parce que nous on les voit dans des moments, finalement, il y en a qui ont fait des choses comme ça, c'est pas forcément sous le coup d'un délire, mais nous souvent c'était dans un moment délirant qu'ils ont fait les choses atroces, et comme ils ne sont pas décompensés dans l'unité, ils ne sont pas pareils non plus. Je n'ai pas l'impression que ça m'a demandé un travail particulier de les prendre en charge.

**-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service?
(Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)**

14:25

-Alors, je dirais que je fais un peu de tout... Ce que je fais, moi, c'est que j'essaie d'aller à une relève par semaine dans chaque service pour qu'on puisse déjà échanger sur le somatique aussi, et que moi je puisse connaître un peu les patients, où ils en sont sur le plan psy, sachant que, moi quand je suis arrivée, le somatique ne faisait pas partie du tout des choses que les soignants pouvaient... ça ne faisait pas partie des préoccupations, donc de ce dont ils allaient parler à la relève. Donc pour moi c'était vraiment un problème parce que ce devrait être une préoccupation de tous, et notamment justement ils n'allaient pas faire remonter des problèmes de iatrogénie aux psychiatres, et je trouve que c'était problématique. Pour moi la constipation c'est pas spécialement somatique, surtout en psychiatrie ou c'est les milliards de traitement qu'on leur a mis à l'entrée qui les constipe, donc c'est vrai que quand je suis arrivée aux relèves, ça ne parlait pas du somatique, et une fois la relève passée on allait me dire « ah, au fait, tel patient... » et je leur répondais « bah, si je suis venue pour la relève, c'est pour qu'on m'en parle pendant la relève quoi ». Donc ça maintenant on a plutôt pris le pli, donc on me parle plutôt des soucis au moment des relèves, après ce que je leur dis c'est quand même de faire remonter aux médecins, pour que eux fassent le tri, et qu'ils me disent un peu ce qui les interrogent. après bien sûr les soignants quand ils me croisent ils peuvent me solliciter pour quelque chose. Mais j'aime bien que ça passe par le psychiatre parce que comme ça au moins le psychiatre est aussi au courant, c'est quand même le médecin référent, moi je suis sur 4 unités, je ne peux pas non plus récupérer toutes les demandes des soignants qui sont parfois pas forcément... c'est pas nécessaire que je me penche dessus. Je ne peux pas voir tous les patients en systématique à leur entrée donc je ne le fais pas. Ce n'est pas possible. Sachant que bon, du coup, ce que j'essaie de faire mais que je n'arrive pas à faire tout le temps, c'est de regarder au moins tous les dossiers des entrées, de regarder s'ils ont été vus par mes collègues aux urgences, et s'ils ont été vus, qu'est ce qu'ils remarqué, qu'est ce qu'il fallait poursuivre comme soins parce que parfois ils ont dépisté deux ou trois choses et il faut poursuivre la prise en charge. Sinon... et après sinon, il y a certains dossiers où ils n'ont pas été vus aux

urgences mais où je vais jeter un oeil, je ne sais pas... la patiente qui a 55 ans, avec un antécédent de cancer du sein, on ne sait pas si elle est encore suivie... c'est quand même pas mal qu'on fasse le point. C'est vrai que je verrais plus facilement ce genre de patients. Ou des troubles addictifs, par exemple le patient qui n'a pas été vu mais qui est éthylique chronique... je vais forcément aller faire le point. C'est ce que je vois sur le dossier quoi. Mais il y a plein de choses finalement où je vais donner des avis sur dossier ou dire à la relève pour tel patient c'est une primo, il faudra quand même penser à l'imagerie cérébrale, des choses comme ça, mais pour moi ça c'est pas franchement du somatique non plus. C'est qu'il y a des choses qui sont un peu intriquées mais pour moi, rechercher une autre cause à un premier épisode délirant...

-Souvent c'est fait aux urgences j'imagine?

-Ben non parce qu'en fait l'imagerie, scanner cérébral sans injection qui est fait à N¹, ça ne suffit pas, il faut au moins en théorie une IRM cérébrale, au moins une fois dans la vie du patient. On a des délais de un mois, un mois et demi pour l'imagerie, bon, c'est sûr qu'il faut songer à prendre le RDV assez rapidement. Mais ça il faut que ce soit quand même les psychiatres et les internes qui y pensent, quand ils prennent en charge leur patient.

-Et ça change ça, un peu? Parce que j'imagine que les internes aujourd'hui sont plus préoccupés par ça...

-Je trouve que oui, après c'est quand même très fluctuant, il y a certains internes qui sont très psy psy et qui se disent que justement eux ils ont choisi la psychiatrie pour justement pas avoir à faire ce genre de choses, donc... ça il y en a encore quelques uns donc ça peut perdurer comme ça, je trouve que globalement oui les choses changent, je trouve que c'est globalement très différent des vieux psychiatres qui vraiment ne touchaient pas les patients du tout. Ça change quand même .

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif? 19:09

-C'est pas facile comme question parce que je pense que ça dépend du patient et du type de délire finalement. Il y en a certains qui peuvent accepter pour une raison délirante, donc du coup on se dit « bon, ils acceptent le soin, on ne va pas non plus lutter outre mesure... ». Ce qui est important c'est de quand même leur avoir transmis l'information, voilà, d'avoir essayé d'expliquer les choses. Après des refus pour des choses délirantes, ben... il y a des fois... ça s'est soldé par un échec de la prise en charge. Moi ça m'est déjà arrivé, j'ai une patiente que je suis régulièrement ici, elle a un diabète... elle pense que la pectine de pomme peut la sauver... Elle dit que non elle n'a pas de diabète alors qu'elle a une hémoglobine glyquée qui monte à chaque fois, elle est à 9,8%, tout ce qu'on a réussi à faire c'est qu'elle prenne de la metformine 500 1 seul comprimé par jour, on ne peut pas faire plus... Bon ben, voilà, on ne peut pas faire plus. On essaie d'y travailler mais c'est déjà très compliqué sur le plan psychiatrique cette dame donc il y a un moment où... je pense que malheureusement il y a des choses où on est impuissant, mais je pense que généralement j'essaie de raisonner, de dire que ça c'est pas vraiment comme ça, je ne pense pas entrer trop dans la confrontation brutalement parce que je ne trouve pas que ce soit très productif, mais je pense que c'est vrai qu'on s'adapte à chaque situation suivant chaque délire, chaque patient, et je pense qu'il y a aussi plein de patients où au cours de l'hospitalisation, le délire va s'amenuiser, on arrivera à travailler les choses avec le temps, et du coup ça se fera avec aussi le travail des soignants, du psychiatre, qui vont essayer

¹ Urgences générales

d'eux aussi convaincre le patient pour une prise en charge. Dans ces cas-là je ne suis pas seule, c'est ça qui est agréable aussi. C'est qu'on va tous essayer d'oeuvrer pour l'acceptation du traitement, voilà. Après ça ne marche pas à tous les coups mais la plupart du temps quand même ça marche.

-Et du coup revenir à la charge régulièrement?

-Oui, et revoir le patient quand il sera un peu plus stabilisé, parce que finalement des patients qui restent très délirant malgré leur traitement c'est quand même pas la majorité des patients.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux?

-Ben moi je pense qu'elle n'est pas vraiment nette. C'est par exemple justement, moi je n'aime pas qu'on m'appelle somaticien, je ne considère pas que je sois somaticien parce que je prends en charge les patients de manière globale et que je prends en compte leur pathologie psychiatrique dans ma prise en charge donc... Je n'aime pas du tout cette appellation qui d'ailleurs n'existe qu'en psychiatrie, et moi c'est ici que j'ai découvert que j'étais une somaticienne... personnellement je suis un médecin généraliste, mais du coup ça c'est quelque chose qui est quand même très vivace dans les esprits des équipes et dans les esprits de certains psychiatres, que ça c'est somatique, ça c'est psychiatrique... Or on voit bien que les choses ne sont pas si claires que ça, et que moi justement je dis toujours hein, je pense que si vous voulez jouer à ce petit jeu-là je pense que vous êtes perdants, donc justement la constipation ce sera psychiatrique parce que c'est vos traitements, voilà, il y a plein de choses comme ça qu'on va me faire remonter régulièrement et je dirais « ce n'est pas mon problème, c'est psychiatrique ». Donc voilà, c'est quand même très compliqué, sachant qu'il y a quand même des fois où on m'adresse des patients pour des... il y a quand même des fois où je vois des patients pour des raisons psychiatriques dans le sens où ils sont vraiment très inquiets, pour quelque chose de délirant en fait, et qu'ils ont besoin d'être rassurés, que l'examen peut les rassurer, et le fait d'avoir été examiné, d'avoir discuté avec quelqu'un d'autre qui ne soit pas juste un psychiatre qui leur dise juste « c'est dans votre tête », bon ils ne leur disent pas comme ça hein c'est vraiment caricaturale... Ou alors, là c'est vrai qu'on ne parle que des psychoses mais moi j'ai aussi les patients au centre dépression résistante où c'est beaucoup de troubles de la personnalité aussi, donc ça peut être des gens très demandeurs de soins, très inquiets de chaque petit symptôme, et qu'en fait en discuter avec quelqu'un de plus extérieur à la prise en charge, et qui va les examiner, je pense que l'examen clinique dans ces cas là il a aussi une valeur thérapeutique. Mais en tout cas je ne pense pas qu'on puisse faire vraiment une scission entre le psychiatrique et le somatique. Je pense que de toute façon on ne peut pas les prendre en charge correctement sur le plan somatique sans prendre en compte leur pathologie psychiatrique et leur façon d'appréhender les pathologies somatiques justement, donc c'est pas net. Et puis en plus on a certaines pathologies qui sont organiques à expression psychiatrique, ou alors on a eu des neurosyphilis, des hungtington... Typiquement le patient éthylique chronique qui a eu un AVC hémorragique, qui a du coup des lésions cérébrales, et qui va avoir une expression un peu psychiatrique, donc pas forcément une pathologie psychiatrique mais qui se retrouve quand même en psychiatrie, et c'est souvent des choses très intriquées en fait, donc on est obligé de travailler en pluridisciplinaire sur ce genre de prise en charge. Donc oui pour moi c'est pas du tout net. On ne peut pas séparer les choses.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale? 25:27

-Moi je trouve que des refus de soin, finalement, on n'en a pas tant que ça... Quand on en a, souvent, en travaillant comme je le disais tout à l'heure en équipe, on arrive à débloquer les choses, après j'ai envie de dire, pour moi ce n'est pas spécifique à la psychiatrie, les refus de soin on en a aussi en somatique, moi ça m'est arrivé quand j'étais interne, des patients à qui on trouve un cancer et qui ne veulent pas qu'on les traite et qui ne sont pas du tout psy, j'ai envie de dire que du coup c'est un peu pareil aussi hein, on essaie de gérer les choses... moi je ne le vis pas mal dans le sens où je ne le prends pas contre moi, je ne me sens pas impuissante ou je ne sais quoi. On a une obligation de moyen, donc on essaie de tout mettre en oeuvre pour convaincre les gens, de leur expliquer bien les tenants et les aboutissants. Ce que j'essaie de faire surtout c'est qu'ils comprennent vraiment les risques qu'ils encourent. D'être sûre qu'ils comprennent les risques qu'ils encourent. Mais après parfois on n'y arrive pas, on n'y arrive pas. C'est triste, mais bon, je pense que ça ça peut arriver un peu dans n'importe quelle spécialité finalement. Après c'est vrai qu'on a eu le cas nous d'un patient qui avait une nécrose du membre inférieur qu'il n'a jamais voulu traiter par chirurgie. On l'a eu plusieurs fois pour ce genre de problèmes...

-C'est pas celui qui est à Revol?

-Si si il est à Revol actuellement. 27:06

Il a posé beaucoup de problèmes à beaucoup de gens! Ce monsieur, moi je le connais depuis plusieurs années, il est venu plusieurs fois pour ce genre de problèmes, et finalement avec le traitement médical il y a avait une revascularisation qui se faisait, et il guérissait. Et là il était arrivé... bah c'était il y a un an pile poil, et ça n'a fait que évoluer, ça fait maintenant un an qu'il est dans les murs, il était dans mon service avant, du coup maintenant il est à Revol, et ça évolue, et là c'est... critique, mais c'est un monsieur qui, malgré toutes nos interventions, on a quand même tous essayé d'intervenir, il a quand même refusé la chirurgie. Il a les jambes momifiées. Mais du coup il y a plein de choses qui ont été faites hein, ce monsieur est sous tutelle, on a eu recourt au juge pour que le juge donne les pleins pouvoirs à la tutrice, du coup la tutrice c'était très difficile pour elle de prendre une décision, nous on lui a quand même dit que c'était difficile de couper la jambe de quelqu'un sans qu'il le veuille... moi j'étais pas pour hein, quelque part même si ça lui sauverait la vie, si ce monsieur ne veut pas, je trouve que... en même temps quelle vie il aura? Il n'a pas envie de perdre sa jambe, c'est une décision compliquée mais moi je ne la trouvais pas si difficile à prendre dans le sens où c'est lui qui la prend, en fait. On lui a dit plein de fois qu'il allait mourir... bon... c'est sûr qu'il a un délire très enkysté malgré tous les traitements de la terre, ça n'a jamais fait de mieux, donc voilà. Mais, voilà, on a fait tout ce qu'on devait, c'est l'obligation de moyen. Donc on a fait le juge, finalement la tutrice a statué qu'elle voulait aller dans le sens du patient, le conseil d'éthique a été saisi, voilà, il y a eu plein de choses de faites, on a eu des réunions pluridisciplinaires avec le psychiatre, ils en ont discuté aussi avec les réanimateurs de N, avec le chirurgien vasculaire, à un moment on est tous un peu du même avis donc on a décidé d'accompagner le patient dans son choix et bon bah voilà, on va le soigner quand même, on ne va pas le guérir mais on va le soigner. Je n'appelle pas ça un refus de soin d'ailleurs, parce qu'il accepte les soins, les traitements contre la douleur, les pansements, mais il refuse la chirurgie. Mais je sais que les équipes en psychiatrie le vivaient très mal, comme une agression contre eux-même, ils disaient qu'il leur faisait subir ça, alors que...

-Il vaut mieux ne pas prendre personnellement les choses.

-Exactement! Du coup moi je pense que le refus de soin c'est quand même quelque chose qui arrive de partout, la seule différence c'est que nous, nos patients, ils peuvent être sous contrainte, on peut donc les garder très longtemps, et on est plus face à leur refus de soin que les patients en somatique où quand ils refusent on les fait signer une décharge et ils

partent, au revoir, et c'est plus vraiment notre problème. Donc c'est ça la différence, on se sent peut-être un peu plus responsables puisque le patient on le prend en charge quand même malgré son refus de soin.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants? 30:55

-Bonne question. Je ne sais pas si j'ai vraiment théorisé, intellectualisé les choses que je fais... Je pense qu'il y a beaucoup de choses que je fais de manière un peu... pas naturelle parce que ce n'est pas vraiment le mot, mais... bon quand ils sont vraiment hermétiques, vraiment méfiants, généralement je les vois avec les soignants en fait, parce que c'est vrai que quand ils sont méfiants, c'est un peu compliqué. Après, je trouve quand même que justement l'examen clinique est une bonne manière de rentrer en lien. Parce qu'on est dans le soin, qu'il y a plein de gens qui sont très contents même quand on leur propose des choses toutes bêtes, parce que quand on va les examiner on va leur dire bah tiens, vous ne voulez pas aller à la pédicure? Des choses comme ça qui sont des petites choses mais qui sont un peu de l'ordre du bien être aussi, qui peuvent être des accroches dans le contact, on prend en charge les choses dont ils n'avaient pas parler, les douleurs, les choses... voilà, qu'ils n'avaient jamais montrées.

Après, est-ce que j'ai vraiment des techniques particulières, je ne saurais pas dire en fait. C'est vrai... j'ai pas l'impression de me comporter de manière très différente avec les autres gens.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-IDEM VINATIER

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...?

-Alors, je dirais oui et non, parce que du coup ça dépend vraiment du temps que j'ai, et que finalement en étant seule sur 4 services, la prévention, j'ai pas tout le temps le temps d'en faire. Sur les patients de l'unité de longue évolution, j'essaie de le mettre en place parce qu'ils sont là longtemps, du coup j'essaie de faire les suivis mambo, etc, diabète, tout ça c'est moi qui l'organise, donc là c'est sûr que je le fais... Je dirais que cancer colorectal c'est sûr que je ne le fais jamais, ça je ne vais pas mentir. Après la question c'est aussi est ce qu'ils ont un médecin généraliste, est ce qu'ils ont déjà un suivi.

Les frottis, les mammo, à l'occasion de l'hospitalisation, je peux le faire, mais pas de manière systématique. C'est vrai qu'on essaie de les adresser à la gynéco du vinatier, le seul problème c'est qu'après il n'y a pas toujours de rendez-vous quand ils sont hospitalisés donc après on sait qu'ils ne s'y rendent pas, ce n'est pas toujours pratique.

Mais on essaie de faire globalement gynéco, diabète moi ce que je fais, ça dépend du suivi des patients mais souvent pour les patient psychotiques pour qui c'est très compliqué le diabète, ce sera impossible de toutes façons qu'ils comprennent le suivi, les tenants et aboutissants, je les adresse assez facilement à l'hôpital de jour d'endocrinologie d'à côté, ils ont tous les examens dans la journée et puis on fait ça tous les ans comme ça bah au moins, ils ont un suivi avec un petit peu tout de surveillé. Il y a pas mal de patients aussi qui sont hospitalisés en séquentiel, donc qui viennent une semaine tous les mois ou une semaine tous les deux mois, donc eux il y en a pas mal où je me retrouve à faire le suivi malgré moi, parce que c'est un peu compliqué du coup... mais je ne suis pas forcément là

quand ils viennent. Mais bon y'a ces patients là où je peux faire le suivi systématique. En gros, je le fais quand même plus souvent sur les patients qui restent longtemps. Parce que c'est difficile de lancer ça pour des patients qui restent un mois et demi et qui n'auront pas leur consultation pendant le mois et demi, qui ne sont pas forcément au début très réceptifs à faire ça non plus parce qu'ils sont décompensés et que ça n'est pas la priorité. Donc je pense que je le fais, mais pas de manière systématique.

— — — — —

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Rappelez-vous les patients sortis?

-Alors ça non pareil, ça n'est absolument pas possible pour moi de les revoir en consultation ou quoi que ce soit, en plus c'est pas vraiment le but quoi. Le but c'est qu'ils aillent voir leur médecin traitant. Je fais un compte rendu uniquement quand il y a eu une grosse prise en charge somatique, ou un truc un peu compliqué que le psychiatre ne pourra pas expliquer dans son compte-rendu, sinon globalement je leur dis « c'est noté dans mes observations somatiques, tu peux l'intégrer dans ton compte-rendu ». Quand c'est un petit truc qui a été fait, bon... Ils sont au courant, ils peuvent le marquer eux-même dans leur compte-rendu de sortie, vu qu'il est adressé aux médecins traitants, ils sont au courant de tout comme ça.

-Donc il y a un courrier adressé systématiquement au médecin traitant, de la part du psychiatre?

-En théorie, en théorie. Ça dépend du psychiatre, on ne va pas se mentir.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant? 38:21

-Franchement, actuellement, s'il n'y a pas de médecin traitant, on ne fait rien. Sauf s'ils ont vraiment quelque chose et qu'ils ont besoin d'un suivi à l'extérieur. Parce que de toutes façons nous, le secteur de villeurbanne c'est un désert médical au niveau médecin généraliste: il manque vraiment des médecins généralistes, donc c'est très compliqué d'en trouver un, on n'aurait vraiment pas le temps de passer... bah on les appelle hein quand on... Moi ça m'est déjà arrivé de faire sortir des patients et de ne pas réussir à trouver un médecin traitant alors qu'il en faudrait un et qu'ils sortent avec un suivi au dispensaire parce qu'on n'y arrive pas.

-Parce que les gens ne prennent plus de nouveaux patients dans leur patientèle ou parce que vous pensez qu'ils ne veulent pas celui là?

-Ça je ne peux pas le savoir, en tout cas je sais qu'il y a plein de médecins qui ne prennent pas de nouveaux patients. Je sais que sur Villeurbanne beaucoup de médecins sont partis à la retraite et n'ont pas été remplacés. D'autres qui vont partir aussi ne seront pas remplacés. Donc je pense que globalement il doit y avoir un peu des deux... mais je pense qu'il y a quand même beaucoup de médecins qui vraiment ne prennent pas de nouveaux patients.

-Et quand tu les appelles, tu commences par leur dire que tu travailles au Vinatier?

-Bah de toutes façons oui je me présente toujours... Donc je dis que je suis le Dr T., que je travaille au Vinatier, donc oui ils le savent. Pour moi ce n'est pas possible de mentir, après il faudra bien que je leur dise qui est le patient... ça fait partie de sa prise en charge de savoir qu'il a une psychose donc c'est... Bon voilà. Donc c'est vrai qu'on ne fait pas beaucoup ce travail là. Après il est aussi fait en extra hein. Il y a aussi les psychiatres qui travaillent en extra hospitalier, nous sur le secteur de Villeurbanne, le Dr R. qui est responsable du CMP, elle a essayé de faire des réunions avec les médecins de ville, de faire

du lien avec eux. Mais même en faisant du lien de toutes façons ils manquent de médecins partout, on est malheureusement... et on sait que nos patients qui ont encore plus de difficultés à respecter un RDV, à prendre des RDV etc, c'est sûr que ça va être encore plus compliqué pour eux de se trouver un médecin traitant que pour les autres hein. Et ils ne conduisent pas, c'est difficile d'aller loin, il y en a qui ont du mal à prendre les transports en commun, enfin bref, ça complique les choses aussi hein. S'ils ne peuvent pas voir un médecin à proximité ça peut être compliqué.

C'est quand même 145 000 habitants, Villeurbanne, c'est quand même une grosse population. Et je ne sais plus combien il y a de médecins traitants, mais il n'y en a pas beaucoup.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?

-Bah du coup moi comme je fais la relève une fois par semaine dans chaque service, je vois au moins les psychiatres à la relève, sinon bah ma collègue c'est le bureau d'à côté, on se voit, on mange ensemble, généralement, donc les discussions informelles se font forcément.

-Donc ça se passe plutôt bien?

-Oui, c'est toujours pareil hein ça dépend des gens, on s'entend pas avec tout le monde non plus. Mais globalement il y a toujours ce temps de relève, après on peut aussi donner des avis par mail, on peut communiquer par mail, on peut se croiser et se parler des patients comme ça, mais si, les liens... On arrive quand même à les mettre en place. Je pense que la relève est importante. Même si parfois au début on a un peu l'impression de perdre son temps, en fait... On s'imprègne un peu de tous les patients et puis on peut échanger, et régler certains problèmes, rien qu'à la relève, en échangeant avec les autres psychiatres. Du coup c'est intéressant.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé? Et en ville?

-Ah ben, oui! Et de toutes façons, on n'est pas assez nombreux pour que ça marche autrement j'ai envie de dire... et puis de toutes façons je pense que les psychiatres sont obligés, ça fait partie de leur travail, ils prescrivent des traitements qui ont certaines contre-indications, qui ont des effets indésirables, les neuroleptiques entre les effets endocriniens, neuro, il y a tellement d'effets indésirables que pour moi ça fait partie quand même du rôle du médecin prescripteur de surveiller les effets indésirables, et la non-contre indication à leur traitement. Dans tous les cas ils sont quand même censés faire une biologie à l'entrée de leur patient et la vérifier. Et au moins un ECG par rapport ne serait-ce qu'au traitement. Donc pour moi ça fait quand même un dépistage par le médecin psychiatre, plus pareil il faut quand même qu'ils relèvent les antécédents somatiques, les choses comme ça, les allergies, pour moi ça fait quand même partie de leur travail, et du coup ça fait quand même partie d'une prise en charge somatique, si on doit scinder les deux. Mais je pense qu'ils ne peuvent pas de pas être concernés par la prise en charge somatique de leur patient.

-Et vous vous concertez à l'arrivée des patients pour décider de quoi mettre sur le bilan biologique initial ou autre?

-Bah en fait nous nos patients ils passent souvent par les urgences donc ils ont dans ce cas eu une bio un peu de dépistage aux urgences. Après c'est au psychiatre de quand même vérifier si tout a bien été mis parce que bon quand il n'y a pas de beta HCG chez une femme qui n'a pas de contraception, des choses comme ça faut quand même qu'ils

vérifient, ils mettent quand même les patients sous depakote, sous lithium... il faut quand même qu'ils sachent si les femmes sont enceinte ou pas. Après au niveau des bio, généralement comme on prescrit sur informatique, quand je veux prescrire quelque chose je regarde s'il y a déjà une bio de prévue par le psychiatre, auquel cas je rajoute sur celle-là. Après souvent ils ont aussi des suivi bio fait par les psychiatres, parce que s'ils sont sous clozapine ils vont avoir une NFS toutes les semaines quand on l'instaure, des lithémies...

-Ça ils le font eux-même les psychiatres?

-Ah ben ça oui c'est leur traitement, c'est leur problème. Donc moi je peux facilement rajouter pour ne pas piquer les patients 10 000 fois, on arrive à se mettre d'accord.

-Et alors est-ce que en ville, quand le patient est suivi par un psychiatre en ville, tu penses que c'est aussi de sa responsabilité de, si ce n'est assurer le suivi somatique, du moins s'assurer qu'il y a un suivi somatique?

-Ah oui moi je pense que... le psychiatre de ville je ne pense pas qu'il puisse faire le suivi somatique parce que je ne crois pas qu'il ait un électrocardiogramme etc mais je pense qu'il est censé, en tout cas, s'assurer que le patient a un suivi par rapport à son traitement. Moi j'en serais pas choquée qu'il lui prescrive un bilan métabolique une fois par an pour la surveillance des neuroleptiques et que si c'est anormal et qu'il ne sait pas quoi en faire, qu'il l'adresse au médecin généraliste, mais pour moi c'est quand même de son ressort. De la même manière qu'il va peut être surveiller la TSH et le ionogramme chez quelqu'un qui est sous lithium. C'est quand même des choses, ce n'est pas au médecin traitant - qui n'est pas toujours au courant du traitement psychotrope du patient- de faire ça.

-Et indépendamment du traitement psychotrope, le simple fait que ce soit le médecin qui voit le plus souvent le patient, ne serait-ce pas la responsabilité du psychiatre de s'assurer qu'il a un suivi de médecine générale?

-Bah je pense que c'est bien qu'il essaie de voir si le patient a un médecin traitant etc. Je pense que, après, c'est toujours pareil hein, quand on est suivi en libéral les patients... ça c'est un peu tout le monde pareil, ya plein de gens qui n'ont pas de médecin traitant parce qu'ils ne sont jamais vraiment malades, ils sont jeunes, ils font comme plein de patients jeunes, ils n'ont pas de médecin généraliste sauf quand ils ont un problème et là ils vont sur doctolib ou ils vont voir le médecin sans rendez-vous, ils voient quelqu'un même s'il ne peut pas être leur médecin traitant, de manière ponctuelle. Et ça je pense, que ce soit chez nos patients ou dans la population générale, sur les populations jeunes je pense que c'est souvent le cas. Ils ont rarement un suivi systématique, en fait. Pour moi c'est plus quand même lié à la prescription de neuroleptiques, que le médecin psychiatre doit se poser des questions sur le suivi. Mais je pense, en tout cas ceux avec qui je travaille, ils s'en inquiètent, globalement: est-ce qu'ils ont un médecin traitant, un suivi... surtout quand ils sont en extra hospitalier en fait. Parce que ici c'est confortable à la limite. Moi je suis là, et pendant mes congés ils arrivent toujours à trouver quelqu'un... moi j'ai une collègue du coup qui est sur les deux autres services, à 60%, donc ils peuvent la contacter quand je ne suis pas là. Mais quand ils sont en extra hospitalier, ils les voient au CMP, les patients, bon ben, ils se disent qu'ils vont peut-être introduire tel traitement, mais bon ce n'est pas comme quand ils sont en intra, il faut une prise de sang, un ECG... ils en ont un au CMP. Donc ils font quand même des choses, niveau dépistage. Des examens surtout dans le bilan pré thérapeutique.

— — — — —

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins

suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné?

-Je trouve qu'il y a différentes choses. Il y a des choses peut-être où on aurait une possibilité d'agir et d'autres non, comme notamment la démographie médicale. C'est très compliqué quand on a une démographie trop basse de médecins généralistes de ville de réussir à faire suivre nos patients. Après là je sais en tout cas que sur le pôle, ils mettent en place un dispositif pour les premiers épisodes psychotiques où ils ont un suivi beaucoup plus rapproché, beaucoup plus proactif, avec des gens qui vont vraiment chercher les patients pour les emmener aux consultations, s'ils ont des examens somatiques ils vont les aider à se prendre en charge. C'est une prise en charge vraiment intensive pendant 3 ans en ambulatoire, pour qu'après ils puissent être autonomes dans la prise en charge de leurs soins, et du coup dans cette prise en charge là ils voulaient introduire aussi « prendre soin de soi » sur le plan somatique, avoir un suivi, avoir un médecin traitant. Ça je pense que c'est quelque chose qui pourrait aider, à la base, pour qu'ils aillent chez le médecin traitant. Parce que ces patients ils sont en ALD pour la pathologie psychiatrique, donc ils ont l'habitude de ne pas payer... Ils ne savent pas forcément comment faire chez le généraliste, qu'il faut avancer les frais, s'ils n'ont pas la CMU (c'est souvent le cas car comme ils ont l'AAH ils gagnent trop pour avoir la CMU). Je pense que c'est des choses qu'il faut qu'ils apprennent aussi, et je pense que ce genre de dispositifs ça peut aussi leur apprendre à aller chez le médecin traitant et à prendre soin d'eux.

Après je pense qu'aussi ça doit être une préoccupation de tous, et justement c'est ce que j'ai souvent dit moi quand je suis arrivée ici, le somatique ça ne doit pas être juste ma prise en charge et c'est tout, ça doit être la préoccupation de tout le monde. Nos patients ne sont pas juste des cerveaux qui flottent dans le service, ils ont une enveloppe corporelle et il faut aussi s'en occuper et ça fait aussi partie de la prise en charge. On ne peut pas scinder la prise en charge comme ça. et si tout le monde s'en préoccupe, le patient va s'en préoccuper aussi. Pour moi en tout cas il y a quelque chose de cet ordre là.

Après je pense qu'effectivement... ce qu'il faudrait aussi peut-être c'est que sur le plan des médecins libéraux, qu'ils aient un accès beaucoup plus facile au psychiatre qui suit le patient quand il y a des problèmes, s'il décompense, s'il prend moins bien son traitement... je pense que le lien est parfois un peu difficile. Historiquement c'est assez scindé la psychiatrie et le reste du monde, donc c'est vrai que, je pense dans l'idée aussi de protéger le patient, c'est pas forcément que des idées reçues de la part du psychiatre, mais de se dire « ça ne nous regarde que nous, la pathologie psy c'est mal vu, on va pas en parler aux autres ». Ça peut être dans leur idée pour protéger le patient. Mais je pense que c'est un peu une idée fautive en fait, parce que le patient, à un moment, on voit bien son ordonnance.

-Et puis les médecins généralistes ne sont probablement pas voyeurs, ils ne cherchent pas des détails, ils veulent juste une synthèse simple, les modifications de traitement...

-Oui, et améliorer les liens avec les CMP, les services d'hospitalisation, en tout cas avec le secteur, et le médecin traitant du patient, ça... parce que c'est vrai que moi j'ai bien vu, quand on veut contacter le psychiatre ou l'unité référence du patient c'est toute une histoire. En libéral on n'a pas le temps d'y passer la journée...

-Et puis alors le Vinatier il faut passer par l'accueil, qui renvoie à une infirmière, qui va dire « le psychiatre est en entretien »... c'est pas possible.

-Donc voilà, du coup, je pense que développer un peu les liens comme ça, qu'ils soient un peu plus au courant de la prise en charge, des traitements qu'ils prennent, tout ça,

euh...après, qu'est ce qu'on peut faire d'autre? Je pense que aussi, peut-être une meilleure formation des médecins libéraux sur la pathologie psy, je pense que autant il y en a qui ont vraiment l'habitude, autant d'autres ça leur fait plus peur que d'autres.

-Des formations ouvertes? Ou plutôt cibler les internes en faisant des FMC par exemple?

-Oui par exemple, moi je pense qu'en tout cas déjà être passé dans un service de psy quand on est externe, je pense que c'est la base, que ça nous fait vraiment comprendre les choses. Après interne je ne sais pas parce que ça n'est pas si long que ça l'internat, donc rendre ça obligatoire ça ferait beaucoup aussi. Mais une FMC ça peut être intéressant. Après c'est toujours pareil, quand on est en libéral on fait bien ce qu'on veut. Si on n'a pas envie de prendre en charge ce type de patient parce qu'on n'est pas à l'aise, bah on n'est pas obligé de le faire non plus. Mais c'est vrai que je pense que pendant nos études, peut-être qu'y être un peu plus confronté ça peut être bien. Qu'on ne soit pas dans ce truc justement de scinder le somatique et le psychiatrique et que, on ait un peu plus conscience que nous en médecine générale on va prendre en charge tout quoi. J'ai quand même eut l'impression qu'on nous formait un peu en médecine générale sur plus les symptômes de la dépression, comment les prendre en charge nous en tant que médecin généraliste, mais finalement on peut prendre en charge un patient sur le plan somatique qui a aussi des troubles psychotiques, et là dessus on n'est pas spécialement formés.

Après est-ce qu'il faut, est ce qu'il y aurait vraiment une formation spécifique ça je ne sais pas si il y aurait... Mais en tout cas peut être connaître plus la psychose, et aussi je trouve le mode d'organisation de la psychiatrie, parce que je trouve ça très compliqué hein, moi quand je suis arrivée franchement j'ai mis plusieurs années avant de comprendre le CMP, le CATTP, l'HDJ, le secteur, les différentes structures, c'est extrêmement complexe. Quand on est médecin de ville, je veux dire on peut se faire rembarrer par « bah non, c'est pas ce secteur », sauf qu'ils n'en savent rien en fait. C'est très complexe et il faudrait qu'ils soient un peu plus au courant du mode d'organisation de la psychiatrie publique.

-Et par rapport aux consultations avec les patients psychotiques, qui sont beaucoup plus longues mais payées autant, vous en pensez quoi?

-Alors ça dépend des patients, certains vont prendre beaucoup de temps mais d'autres vont aussi être très expéditifs, qui n'ont pas envie qu'on les examine pendant trois plombes, qui vont dire oui oui. Je trouve que ça peut être très fluctuant. Mais c'est vrai que je pense qu'il y en a certain qui peuvent faire le pied de grue en salle d'attente, qui peuvent vraiment être hyper chronophages.

-Et une cotation spécifique?

-Je ne sais pas. Moi je trouve ça compliqué. Ça pourrait être adapté, par exemple pour une consultation annuelle ou bi annuelle du suivi, voilà, des comorbidités aussi dues au traitement, etc. Mais pas à chaque fois qu'ils voient leur médecin traitant.

Mais je pense que de base parfois les médecins de ville ne prennent pas le temps de répondre à toutes les questions des patients, même pas psy. Après je ne leur jette pas la pierre, le libéral c'est compliqué.

Entretiens semi-dirigés : Dr U

Homme Médecin de 44 ans.

Situation du médecin:

-Spécialité: médecine générale avec DU de soins somatiques en santé mentale du Dr Saravanne.

-Fonction: médecin somaticien à l'hôpital de Saint Cyr en Mont d'Or

-Service: les 8 services adultes de l'hôpital (180 patients) sont répartis en 3-3-2(UHCD/Réhabilitation) entre les 3 médecins (rotation tous les 2-3 mois).

-Etablissement public sectorisé. (6 unités sectorisées/UHCD/Réhab/HDJ pédiatrique). Pas de service fermé spécifique mais chambres d'isolement et possibilité de fermer un service si besoin.

-Mode d'exercice: hospitalier pur; et hôpital de jour. Pratique pédiatrie en aigüe sur l'HDJ mais pas d'hospitalisation. Gériatrie non spécifique.

-Nombre de patients pris en charge en moyenne: 180

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique?

-J'ai fait mon dernier semestre d'interne ici. Ça doit faire 17 ans. J'ai gardé un petit temps, une après-midi de consultation dans le privé. Après j'ai pris un mi temps ici, puis un temps plein il y a deux ou trois ans.

Dans mon parcours j'ai été longtemps ici à temps partiel, ce qui m'a permis de garder d'autres mi temps ailleurs, en SSR, en hôpital psychiatrique privé, ou en gériatrie, pour parfaire un peu ma formation. Et puis un beau jour il y a eut une opportunité donc j'ai pris un temps plein ici.

J'ai fait un peu de cliniques, de dispensaires, de SSR, et de gériatrie.

-Qu'est ce qui vous y a amené? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie?

-Le hasard complet. Je vais être honnête, c'était mon dernier semestre d'interne ici. À l'époque on avait 5 semestres à faire. J'ai adoré l'ambiance, j'ai adoré cette espèce de prise en charge globale, pluridisciplinaire dans un hôpital à taille familiale, avec une chef de service qui m'a apporté beaucoup et qui m'a plu. Don j'ai refait un semestre supplémentaire en tant que FFI, j'ai fait ma thèse, et donc après en tant que médecin thésé, je suis allé un tout petit peu ailleurs en gardant un pied ici, et avec le désir de revenir ici dès que possible.

-Et le fait d'arriver ici en tant qu'interne c'était aussi un hasard?

-Hasard complet, je n'avais jamais fait de psychiatrie pendant mon externat, je ne savais pas ce que c'était, mais je connaissais une infirmière, une amie de la famille qui bossait ici depuis 40 ans, et qui m'avait parlé de son hôpital, qui m'avait dit « tu devrais essayer, pour un généraliste c'est intéressant ». Et donc je suis arrivé comme ça sur mon dernier semestre et c'était un peu le coup de foudre.

-Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères? Qu'est ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez un charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère? 3:09

-Alors ici on fait une médecine qui est médiane entre la médecine générale de cabinet et la médecine interne hospitalière de MCO. On a peut-être par certains côtés une prise en charge de médecine générale type médecin traitant (dépistage, prévention, etc) et de l'autre côté une prise en charge un peu hospitalière sur les complications infectieuses, ou liées à la iatrogénie, ou liées à l'immobilisation et à la contention, c'est le versant un peu plus médecine interne. Donc on a un métier un peu bâtard entre les deux, qui est très intéressant. Donc ça c'est la première des spécificités.

La deuxième c'est qu'on aborde pas un patient psychotique comme on aborde un patient standard de cabinet privé. Il faut plus de temps, être plus patient, faut être parfois un peu carré, fort, quand un patient a lui-même des résistances, ou de l'agressivité. Voilà. Il faut trouver un juste milieu entre la fermeté, la douceur, l'empathie. Parfois ça nous arrive aussi de nous mettre un peu en colère, ça peut arriver. Mais voilà. C'est une prise en charge qui est intéressante mais qui nécessite quand même un savoir être un peu différent.

-Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients? 4:45

-Oh bah c'est très simple. Enfin c'est très simple... c'est pluri-factoriel mais les facteurs sont à peu près identifiés.

Il y a déjà une fuite des patients, c'est à dire qu'ils ont tendance à ne pas trop se faire suivre eux-même.

Il y a un obstacle qui peut être financier, certains patients ne se font pas soigner les dents par exemple parce qu'ils savent que ça va coûter de l'argent.

Et puis aussi, il faut reconnaître qu'il y a parfois un certain rejet, une certaine méfiance parfois de la part des personnels médicaux et para médicaux libéraux. Ça peut arriver.

-Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients?

-Certains oui, d'autres non. Il faut être honnête. Il y en a certains à qui ça ne pose aucun problème. D'autres, notamment des spécialistes, qui ne veulent pas trop s'embêter, ça leur fait perdre du temps, c'est chronophage, parfois il y a de l'agressivité... donc il y a des médecins je pense qui mettent ça volontiers à distance. Et puis les patients qui eux-même, il faut bien le reconnaître, même quand on leur mâche le travail, même quand on leur donne les RDV après l'hospitalisation, ils n'y vont pas. Il y a aussi une fuite.

-Et vous avez l'impression, quand vous appelez des spécialistes pour leur adresser un patient, que c'est plus difficile qu'en ville?

-Alors nous on a notre réseau de gens à peu près habitués. Mais par exemple, avec la Sauvegarde, ça marche très bien pour les imageries, scanners, IRM.. sauf que maintenant, suite à un petit incident il y a quelques années, ils exigent que le patient soit toujours accompagné. Voilà. Donc ça roule mais il faut que les choses soient cadrées.

-Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient?

-Très rarement. Ça m'est arrivé dans ma carrière... trois ou quatre fois. Les somaticiens, il faut reconnaître que on est rarement pris à parti. Parce que les patients font bien la différence entre le psychiatre qui « enferme » ou refuse les permissions, qui met les traitements un peu sédatifs, et le somaticien qui est là pour faire l'examen clinique, voir s'il n'y a pas de comorbidités... il y a moins d'enjeu quand même avec le somaticien. Donc c'est quand même assez rare... moi personnellement je l'ai très peu ressenti. Je ne sais pas ce qu'en disent les confrères mais moi je le ressens très peu.

-Et jamais d'agression?

-Physique ou verbale? Verbale oui, physique, jamais.

-Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine?

-Pas vraiment, non... à part « vol au dessus d'un nid de coucou » que j'avais vu quand j'étais adolescent... je me disais ça va être comme ça, ça va être bizarre, spéciale. Mais je suis un peu curieux de tout donc ça ne me posait pas de problème.

-Et les « patients psy », ce n'était pas quelque chose qui vous stressait?

-Non, pas plus que ça, j'ai écouté les consignes de mes collègues, des infirmières ayant de l'ancienneté qui m'ont dit « là il faut faire attention », « chambre d'isolement on y va toujours à deux », et donc j'ai suivi les consignes de mes aînés et ça s'est bien passé.

-Et par rapport à un patient en particulier, de le savoir assassin ou pédophile ou peu importe, est ce que ça vous a paru compliqué?

-Pas vraiment. On en a, régulièrement, des assassins, des pédophiles, des gens qui ont assassiné sur des bouffées délirantes... non, je ne me sens pas tellement concerné, en fait. Dans les hôpitaux, on est moins en danger que dans les urgences, par exemple. Tout est tellement cadré, les patients dangereux sont vite identifiés, donc...

-Je ne parlais pas forcément de sécurité...

-Le malaise que ça peut engendrer? Pas vraiment, moi je mets ça à part. C'est comme quand on reçoit un taulard, moi je ne lui demande jamais pourquoi il est en taule. Je suis là pour faire mon job, je l'examine, et puis jamais je ne lui demande si sa peine est longue ou pourquoi, ça ne me regarde pas et ça ne m'intéresse pas.

— — — — —

-Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service?

(Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)

-On essaie de voir tous les patients de façon systématique.

-Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif?

-Alors soit j'essaie de partir sur un chemin de traverse, en partant sur une autre voie, je détourne un peu l'attention, j'essaie de ne pas le prendre de front.

Parfois je reporte, quand ce n'est pas possible, j'attends qu'il soit mieux. Voilà. 9:27

Parfois en insistant ça se passe bien. Parfois il y a un refus définitif donc dans ce cas-là, oui, je ne fais pas. Ça peut arriver.

-L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux?

-Alors pour moi c'est un tout.

Oui ça complique un peu les choses. Par exemple sur la douleur on a vraiment les deux extrêmes: on peut avoir des gens qui ont mal tout le temps, qui sont très hypochondriaques, donc c'est difficile de distinguer le symptôme qui doit nous alarmer... et inversement on a parfois certains patients, qui jusqu'à la péritonite se plaignent très très

peu. Donc il faut être vigilant, c'est comme les autistes, un patient qui change de comportement, qui est bizarre, pas comme d'habitude... là il faut faire gaffe, les voyants doivent s'allumer parce qu'il se passe quelque chose. Donc oui, ça complique un peu.

-Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale?

-Et bien... alors c'est très compliqué ça. Parce que on essaie de voir déjà ce que dit la loi. La loi elle-même n'est pas très claire parce que quand les gens sont en SPDT ou en chambre d'isolement, on peut leur imposer des soins psychiatriques, sur les soins somatiques c'est quand même moins clair, c'est moins évident. La question s'est posée pour l'alimentation d'une jeune femme anorexique aux portes de la mort. J'aurais tendance à dire ce qu'on m'a répondu au conseil de l'Ordre, c'est qu'on a quand même le droit d'aller un peu à l'encontre du patient, mais c'est compliqué, et je n'ai pas de recette miracle. C'est patient-dépendant. Il faut essayer de sortir toutes les recettes du métier, tout ce qu'on a appris sur le tas. C'est praticien-dépendant aussi, je pense.

-Et vous-même, si par exemple vous proposez un examen à un patient et qu'il refuse?

-Alors parfois je l'entends. Soit je laisse voir avec un autre collègue, peut-être qu'il y aura un meilleur feeling. Soit ce n'est pas grave, je reviens dans huit jours.

-Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants? 11:45

-Oui, la proximité. Parfois l'humour, pour ceux qui sont accessibles à ça. La réassurance. L'empathie. Il faut essayer quand même de leur faire comprendre que moi je ne gagne rien à faire des examens, si je le fais c'est que je pense à leur santé, j'essaie de faire en sorte qu'ils soient le moins malades possibles. Voilà j'essaie de mettre cartes sur table et puis parfois de manier un peu l'humour pour briser la glace. Et puis on les connaît souvent, ce sont des patients qui reviennent donc ils ont un peu confiance, il y a quand même un lien de confiance qui s'est établi avec les années. Et puis parfois il faut forcer un peu la main, ça arrive. Il y a des moments où je dis « écoutez c'est moi le docteur c'est moi qui décide, c'est comme ça et pas autrement. »

-Et quand vous dites ça et qu'il refuse quand même?

-Parfois ça cède, même assez souvent, il suffit d'être assez cadrant. Et puis quand c'est non... bah si c'est non, c'est non. Il y a des moments... J'ai un patient ça fait des années qu'il doit se faire opérer d'un prolapsus, je l'ai menacé vraiment pour qu'il aille à la consultation de chirurgie, et il a fait une grande scène de théâtre à la consultation... et le chirurgien a eu tellement peur qu'il a dit « jamais je n'opérerais ce patient, je ne veux plus jamais le voir ». Bon, voilà, ben là j'ai dit au psychiatre que pour l'instant on laisse tomber.

-Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement?

-IDEM ST CYR

-Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique...? 13:38

-Oui.

-Comment organisez-vous la sortie du patient? Rdv de suivi? Courrier au MT? Si pas de MT?...

Rappelez-vous les patients sortis?

-Non parce que les psychiatres font une lettre de liaison, qui généralement est assez touffue.

Donc ils prennent des éléments somatiques de nos observations. Et parfois ils nous demandent, ponctuellement, quand il y a eut une prise en charge un peu complexe avec beaucoup d'examen paracliniques ou des décisions qui ont été prises, de faire un petit courrier complémentaire. Mais il n'y a pas de courrier systématique.

-Et le courrier du psychiatre est aussi adressé au médecin traitant?

-Oui.

-Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant?

-Et bah y'a pas de courrier.

-Et est ce que quelqu'un se charge d'essayer d'en trouver un?

-Ça c'est plus les équipes psychiatriques qui s'en occupent. Nous pas trop.

-Comment faites-vous le lien avec le psychiatre? Discussion? Staff pluridisciplinaire?
14:40

-Oui! La preuve, il y en a une qui vient de m'appeler et je lui ai passé une chasse au téléphone parce que je n'étais pas d'accord... donc alors comment on communique. Par mail, et beaucoup sur place dans les services. On a des rapports très simples, tout le monde se tutoie, on a un vrai rapport de confiance. Parfois on se taquine un peu parce qu'on n'est pas toujours d'accord. Moi je n'étais pas d'accord là et je l'ai dit. Mais globalement c'est un rapport qui est assez franc, assez direct, et ce qu'il y a d'agréable ici, c'est que comme c'est un petit hôpital ils nous connaissent tous, on les connaît tous, et il y a une confiance qui s'instaure. C'est à dire que quand je dis « ce traitement il faut l'arrêter parce que c'est dangereux », on m'écoute. Ou quand je dis qu'il faut faire un scanner parce qu'il y a des signes à l'examen clinique, que la patiente est tombée par exemple et que je la trouve plus confuse que délirante, pareil, en générale ils ne se posent pas de questions, ils valident. On a quand même un rapport de confiance qui s'est instauré.

-Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé?

-Bien sûr. Ils devraient l'être en tout cas. C'est quand même lui le prescripteur de la prise en charge. Donc médico-légalement c'est quand même lui qui prescrit des molécules qui sont quand même très source de iatrogénie. Nous on est des consultants, on n'a pas de service à nous. Alors la responsabilité est partagée parce que nous lisons les ECG, mais c'est quand même lui qui prescrit la prise en charge et les traitements pourvoyeur de iatrogénie. Donc moi je pense qu'il faut qu'il soit vigilant.

-Quitte à ce qu'il délègue mais qu'au moins il s'assure que c'est fait?

-Exactement. Bon quand il y a un ECG avec un QTc douteux, je les informe. Mais une fois que c'est fait je considère que ce n'est pas à moi de réviser tout le traitement. J'ai analysé, j'ai mesuré, j'ai mis un mot dans le dossier et j'ai informé le psychiatre par mail ou oralement. Après à lui de prendre ses responsabilités.

-Et en ville?

-Moi je pense, oui. Au moins vérifier que le patient est suivi. Les molécules qu'ils prescrivent ne sont pas anodines donc il faut qu'ils s'assurent qu'il y a un suivi sur la prise de poids, les complications métaboliques, un ECG de temps en temps... Les bonnes pratiques quoi. Faire en sorte que le patient soit un peu suivi.

-Et à l'inverse pour des choses indépendantes du traitement prescrit par lui, de juste s'assurer que le patient a un suivi somatique, un médecin traitant, puisque c'est aussi une conséquence de la pathologie psychiatrique souvent d'avoir du mal à se soigner?

-En théorie oui parce qu'on voit bien ici que ce sont les patients les plus sévères qui reviennent régulièrement et qu'ici c'est un peu la 2e maison et le psychiatre devrait s'occuper de ça... en pratique je ne sais pas trop.

-Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation.

Qu'en pensez-vous? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné? 9:40

-C'est une vaste question ça... oui 10 à 15 ans de moins qu'un patient non schizophrène. Donc c'est énorme. Alors il y a beaucoup de choses qui expliquent ça.

Il y a les morts violentes évidemment, notamment les suicides. Il y a la iatrogénie. Et il y a les toxiques, le tabac, l'alcool, qui sont cancérigènes. Et puis il y a aussi le fait qu'ils sont peu suivis. Les frottis, les mammographies, les hémocult, ne sont pas forcément faits. Alors comment faire... Alors nous en intra, tout ceux qui passent entre nos mains, les plus de cinquante ans, on leur fait leurs dépistages c'est sûr. Puisqu'on les scanne tous. Et même s'ils nous échappent à l'entrée en aigu parce qu'ils ne sont pas coopératifs, nous on fait des revues d'unité régulièrement. Donc c'est là qu'on voit si les dépistages organisés, les vaccins, les ECG, les bio, les sérologies, sont à jour. Donc je dirais qu'en intra ils sont assez bien scannés.

Mais en extra il y a un peu des voies de progrès, de recherche, sur le fait de recruter dans les CMP, soit des infirmières un peu formées, soit des médecins généralistes, pour les suivis métaboliques, les ECG, prise du poids, examen clinique, etc... je ne sais pas trop où ça en est mais je sais qu'il y a des sociétés savantes qui ont préconisé des recommandations là-dessus.

Mais c'est pas gagné parce que déjà les généralistes il y en a beaucoup qui ne sont pas très attirés par la filière hospitalière. Mais ce serait bien.

Ou alors il faut augmenter la coopération de manière très étroite entre les CMP et les médecins de quartier. Le problème des CMP aussi c'est qu'avec la carence de personnel, de moins en moins de monde... Les demi journées sont plus remplies, et il y a des CMP où on a de moins en moins de temps de psychiatres hein. On a 10 postes vacants sur l'établissement. Donc c'est pas simple.

-Et la question de la formation, pour sensibiliser les futurs médecins à la question de la santé mentale? Parce que les postes d'internes de médecine générale en psychiatrie tendent à disparaître quand pourtant la plupart des somaticiens semblent avoir commencé par-là.

-Oui, parce que la maquette a changé... Ils sont tous en gynéco, pédiatrie et chez le prat. Je ne sais pas qui a pondue la maquette mais en terme de santé publique c'est très discutable parce que les pathologies mentales sont quand même très très présentes dans la

population française, hein. Entre la dépression, les schizophrènes, les BMD, ça fait quand même des millions et des millions de personnes, voilà, et si on a toute une cohorte de jeunes médecins généralistes qui arrivent et qui ne sont jamais passés en psychiatrie, aucun, je ne sais pas bien comment on va les sensibiliser à ça.

-Et est ce que vous, vous seriez partant pour recevoir un interne ici ou pour organiser des formations de type FMC?

-On s'est posé la question car on en avait avant, des internes. Alors il faut savoir que les internes notent les stages et s'ils considèrent que ce n'est pas assez formateur ou qu'ils sont trop seuls, ils peuvent mettre une croix rouge sur le stage et le fermer.

-Après mon stage au Vinatier, je lui avais mis 10/10 et il a été supprimé quand même.

-Ah. Ben c'est la maquette alors je pense. Alors ça ne m'étonne pas car je suis allé à une réunion samedi à Villefranche, de MCO, et ils ont moins eux aussi d'internes de médecine générale car ils ont été réorientés aux urgences, en pédiatrie et en gynéco... Je ne serais pas contre avoir un interne. Quoiqu'on a eu quelques expériences un peu déstabilisantes dont une bouffée délirante chez un interne... donc voilà on est un peu échaudés. On a préféré un moment avoir des collègues confirmés et en poste. Mais pourquoi pas hein, maintenant je me dis pourquoi pas en reprendre un.

-Et faire une formation à Lyon de type FMC pour les internes de médecine générale sur la question du suivi somatique des patients psychotiques?

-Il faudrait définir les attentes et ce qui pourrait être enseigné mais pourquoi pas. Ça pourrait être une piste intéressante.

-Et il y a aussi la question d'une cotation spécifique en médecine générale pour le suivi du patient psychiatrique...

-Ah mais c'est clair qu'il en faudrait une. Comme pour le patient âgé polypathologique. D'ailleurs les patients schizophrènes sont souvent polypathologiques. Les plus âgés surtout mais pas que. Et oui c'est vrai que vous recevez un patient comme ça, c'est sûr que ça vous prendra beaucoup plus de temps qu'une jeune patiente de 22 ans qui vient pour un renouvellement de pilule. Donc oui. Parce que il y en a certain avec qui ça va vite parce qu'ils ne veulent pas être examinés, mais il y en a certain, il faut bien une demi heure - 40 minutes. Et encore je ne parle pas des nouveaux patients pour lesquelles il faut récupérer tous les antécédents parce qu'il ne sait pas, les vaccins il ne sait pas, donc on va appeler les collègues à droite à gauche, ça prend un temps phénoménale. On ne peut pas faire ça en 20 minutes pour 25 euros, c'est pas possible.

-Ok. Avez vous des choses à ajouter sur le sujet?

-C'est un métier passionnant, à bien des égards. C'est un des rares métiers encore en médecine générale hospitalière où l'on peut vraiment avoir le temps de voir les patients sous un angle un peu global, avec une prise en charge psy, somatique, sociale, préventive, avec parfois un rapport de confiance qui se tisse sur des mois et des années... donc c'est très intéressant. Parfois c'est un peu décevant aussi parce que les patients ne vont pas à leur rendez-vous, parce que les équipes aussi sont... ont une compétence en psychiatrie mais sont assez vite débordées quand même sur les soins somatiques, on entend assez vite des choses, des arguments du genre « je ne peux pas le piquer, il n'a pas de veines... », ou « il va tout arracher »... une espèce de petite mauvaise volonté qui est un peu pénible à entendre pour nous, somaticiens, qui sommes passés dans les hôpitaux généraux ou en gériatrie, où c'est normal de poser une sonde urinaire ou une voie veineuse. Donc c'est un peu déstabilisant, mais c'est le jeu quoi. On sait que c'est comme ça, il faut du temps, de la patience. Il faut gueuler parfois, parfois il faut être gentil. Je ne dis pas qu'on y arrive à chaque fois, c'est un peu déstabilisant, mais le métier est passionnant quand même. Voilà.

ANNEXE 3 : Grille d'entretiens semi-dirigés:

Grille d'entretien :

Femme/Homme Médecin de ... ans.

Situation du médecin :

-Spécialité : médecine générale

-Fonction :

-Service :

-Etablissement (Public ? Privé ? sectorisé ? quel service? type d'unité? (ULE, unité d'entrée, patients déficitaires, fermé ?)

-Mode d'exercice : hospitalier pur ? CMP ? Gériatrie ? Pédiatrie ?

-Nombre de patients pris en charge en moyenne

-Depuis combien de temps exercez-vous en tant que somaticien en établissement psychiatrique ?

-1/Qu'est-ce qui vous y a amené ? Avez-vous un attrait pour la psychiatrie ?

-2/Comment décririez-vous les spécificités propres à la prise en charge des patients psychotiques ou souffrant de maladies psychiatriques sévères ? Qu'est-ce qui vous semble différent en pratique lorsque vous prenez en charge un patient atteint d'une maladie mentale sévère ?

-3/Comment expliquez-vous le manque de suivi de ces patients ?

-4/Pensez-vous que les généralistes de ville appréhendent voire évitent de prendre en charge ces patients ?

-5/Vous-mêmes, avez-vous déjà eu peur d'un patient ?

-6/ Avez-vous déjà eu à lutter contre vos propres préjugés dans ce domaine ?

-7/Comment établissez-vous le premier contact avec un patient de votre service ? (Consultation systématique d'entrée, contact au moment où l'équipe soignante rapporte une plainte somatique ou un symptôme, informer de sa disponibilité et laisser venir...)

-8/ Comment composez-vous avec les manifestations du délire, si, par exemple, un patient vous expose une explication délirante à un symptôme et refuse les examens ou la prise en charge à ce motif ?

-9/ L'intrication psyché-soma représente-t-elle une difficulté pour vous ? Que pensez-vous de cette distinction faite entre les deux ?

-10/ Comment gérez-vous le refus de soin, de manière générale ?

-11/ Quels attitudes et stratégies utilisez-vous pour gagner la confiance, créer une alliance thérapeutique avec les patients parfois hermétiques ou méfiants ?

-12/ Quel plateau technique avez-vous à disposition dans votre établissement ?

-13/ Engagez-vous un suivi de médecine générale systématique s'il n'est pas à jour, sur les plans gynéco, dentaire, dépistages systématiques, suivi du diabétique... ?

-14/ Comment organisez-vous la sortie du patient ? Rdv de suivi ? Courrier au MT ? Si pas de MT ? ...

Rappelez-vous les patients sortis ?

-15/ Que faites-vous lorsque le patient n'a pas de médecin traitant ?

-16/ Comment faites-vous le lien avec le psychiatre ? Discussion ? Staff pluridisciplinaire ?

-17/ Pensez-vous que le psychiatre est, au moins pour partie, responsable du suivi somatique du patient hospitalisé ? Et en ville ?

-18/ Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale, pour diverses raisons, et sont notamment moins suivis sur le plan somatique, ce qui pourtant serait l'un des principaux leviers pour améliorer la situation. Qu'en pensez-vous ? Quelles seraient, selon vous, les choses à mettre en place pour augmenter la couverture en terme de médecin traitant, améliorer le suivi somatique, le parcours de soin coordonné ?

ANNEXE 4 : Peinture et schizophrénie



Beaucoup d'artistes célèbres étaient atteints de troubles psychotiques, qu'ils aient été ou non identifiés comme tel de leur vivant. Vincent Van Gogh est de ceux-là. Sa plus célèbre toile, la Nuit Etoilée, a été réalisée lors de son internement à l'asile du monastère de Saint-Paul-de-Mausole, et recèle par delà sa beauté une certaine violence (le tourbillon des étoiles, les arbres qui dansent comme des flammes), reflétant peut-être son état psychique. Beaucoup d'autres oeuvres peuvent être ainsi citées en exemple mais il faudrait un travail de thèse entier sur le sujet.

Dans son article(1), Günther Stern interprète la peinture chez le schizophrène comme une objectivation avortée, une tentative pour communiquer qui n'aboutit pas: « *Ce que vous voyez n'est pas une exposition d'art. Ce qui ne veut pas dire que les tableaux accrochés sur ces murs n'aient pas une valeur artistique. Mais*

celui qui les a peints n'a pas voulu faire des tableaux. Car chez cet être enfermé en lui-même, la différence entre le monde réel et sa représentation est presque abolie. »

Le peintre Gérard Garouste, dont les oeuvres torturées traduisent l'agitation psychique, nous a livré dans son roman une vision de la peinture comme, au contraire, le moyen d'exprimer hors de soi ce qui ne peut être dit, en somme, un moyen de communiquer.



«Je suis le fils d'un salopard qui m'aimait. Mon père était un marchand de meubles qui récupéra les biens des Juifs déportés. Mot par mot, il m'a fallu démonter cette grande duperie que fut mon éducation. À vingt-huit ans, j'ai connu une première crise de délire, puis d'autres. Je fais des séjours réguliers en hôpital psychiatrique. Pas sûr que tout cela ait un rapport, mais l'enfance et la folie sont à mes trousses. Longtemps je n'ai été qu'une

somme de questions. Aujourd'hui, j'ai soixante-trois ans, je ne suis pas un sage, je ne suis pas guéri, je suis peintre. Et je crois pouvoir transmettre ce que j'ai compris.»

Gérard Garouste, *L Intranquille. Autoportrait d'un fils, d'un peintre, d'un fou*(2).

« La peinture n'est plus rien d'autre qu'un métier mais c'est un métier tout à fait extraordinaire qui permet de faire passer un message, une infirmation, non de l'ordre de la vérité mais d'un questionnement. Depuis l'invention de la photographie, la peinture n'est plus dans le domaine de la



représentation mais dans celui de l'interprétation , d'une certaine manière, elle est libérée de l'image et elle peut faire ce qu'elle veut, que ce soit des abstractions ou des figurations. »

Gérard Garouste, *Interview*

Cette annexe est l'occasion pour moi d'évoquer l'intérêt des médecines complémentaires(3) dans la prise en charge des pathologies psychiatriques sévères, et notamment l'art-thérapie. L'art est un moyen pour l'homme de satisfaire à la fois son être sensible et son être rationnel(4), et d'harmoniser ces deux tendances en une forme d'unité qui n'annule pas la diversité, et sous une forme concrète qui aie un sens et le pouvoir de communiquer une idée ou une émotion. Il ne s'encombre pas de frontière entre l'esprit sain et la folie, et semble en cela être très accessible aux personnes souffrant de pathologies mentales, plus encore, il démontre des vertus thérapeutiques.

Pour ne citer qu'une référence, la musicothérapie(5), qui semble avoir des effets positifs sur les patients schizophrènes.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Stern G. Peinture des fous. Tumultes. Éditions Kimé; 2007;n° 28-

29(1):299-313.

2. Babelio [En ligne]. *L'intranquille* - Gérard Garouste; [cité le 5 sept 2020]. Disponible: <https://www.babelio.com/livres/Garouste-Lintranquille/130971>
3. Kotsirilos V. Psychotic illness Does complementary medicine have a role in management? *Australian Family Physician*. mars 2006;35(3).
4. [En ligne]. I - L'art comme réalisation de la double nature de l'homme - *Lettres & Arts*; [cité le 5 sept 2020]. Disponible: <https://www.lettres-et-arts.net/arts/art-objet-pensee-philosophique/art-education-homme-total-cassirer/art-comme-realisation-double-nature-homme+211>
5. Gold C, Haldal TO, Dahle T, Wigram T. Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 18 avr 2005;(2):CD004025.

ANNEXE 5 : Psychose et pandémie

*« Je suis la mort des hommes, je porte couronne
Et je suis de leur vie, la maîtresse et patronne
Et bien-sur je suis cruelle, et bien-sur je suis très dure
Et rien n'arrêtera mes déchirures*

*Toi maîtresse du monde, sois bien venue dans nos maison
Pose la faux au creux de toutes nos musiques
Remplace dans nos danses, et si tu danses encore
Toute la mort sera morte à l'aurore »*

Angelo Branduardi

Nous ne craignons plus la mort.

Au quotidien, la mort n'est qu'une idée, abstraite, improbable, éthérée.

Loin d'être une véritable menace, elle nous semble loin, toujours loin, dévolue aux autres, à ceux qui ne font pas partie du cercle des intouchables, le fameux cercle de ceux à qui il ne peut rien arriver de terrible, puisque ça n'arrive qu'aux autres.

L'organisation de notre société est pour ainsi dire faite pour éloigner la question de la mort. Celle-ci reste prisonnière de nos hôpitaux, de nos services, de nos métiers de soignants qui en préservent les braves gens.

Les temps ont changé. Tabou ultime d'une société pétrie de traditions et de religion, le sexe est aujourd'hui monnaie courante dans les conversations, sur les affiches publicitaires, sur tous les écrans, cependant que la mort, autrefois « bienvenue dans nos maisons », est inacceptable, anormale. La mort est une erreur, une défaillance plus tant naturelle du corps humain que fautive du corps médical.

« Beaucoup cependant espéraient toujours que l'épidémie allait s'arrêter, et qu'ils seraient épargnés avec leur famille. En conséquence ils ne se sentaient encore obligés à rien. »

Camus, la Peste

Et puis, un beau jour, un jour de soleil, il se passe ça.

Lundi 16 mars 2020 à 20h. Le discours du président de la république a des accents d'incipit de scénario catastrophe d'un banal film de science-fiction. Je vois déjà en accéléré les discours s'enchaîner du plus rassurant au plus alarmiste, les reportages filmant le monde qui sombre dans le chaos, jusqu'à un écran noir, une date, et un premier plan sur les rues vides et dévastées de New York.

Le confinement est décrété. Chacun doit s'adapter à cette contrainte inédite, enfermement, privation de liberté, huit clos avec soi-même ou avec d'autres personnes qui deviennent, en hommage à Sartre, un véritable enfer.

Je repense à mon Alice (*Voir annexe 7: les cicatrices d'Alice*). Car son histoire illustre bien l'horreur et la solitude qui découlent de l'éternel confinement de certains de nos patients.

Alors nous voilà tous enfermés, aujourd'hui. Et n'est-ce pas déjà trop le poids de la psychose que d'être confiné ?

Cette période ne nous amène-t-elle pas à envisager la pathologie mentale d'un point de vue plus immersif ?

Ne sommes-nous pas malgré nous amenés à faire l'expérience de l'isolement, à l'image de ceux qui vivent seuls dans leur tête et dans leurs pensées depuis déjà plusieurs années ?

Neuf heures du matin. J'arrive sur mon lieu de travail.

Le parc du Vinatier baigne dans les raies d'un soleil horizontal, faisant scintiller chaque perle de rosée de chaque brin d'herbe comme une rivière de diamants.

Les fleurs expriment leur charme discret dans une myriade de couleurs douces.

Le parc sent la vie, le printemps, le parc me rappelle à ma vie d'enfant.

Personne aux alentours. Les animaux ont repris leurs droits. Un papillon vole nonchalamment devant moi. Un écureuil bondit sur la pelouse à quelques pas de là. Il hésite à se réfugier dans un arbre, voit que je ne bouge pas, continue son chemin dans l'herbe sans s'inquiéter plus que ça. J'admire, émue, la finesse et la grâce de ses gestes habiles.

Les enfants des médecins jouent dans la cour de la crèche et seuls leurs rires et les chants des oiseaux viennent égayer le calme dans lequel le virus plonge la ville. Il fait beau. Une bande de chats en maraude longe les murs des bâtiments déserts, la bibliothèque, fermée jusqu'à nouvel ordre, avant d'aller se perdre dans les nuances de vert.

J'avance, solitaire, dans mon nouvel univers. Rien de ce que je vois ne m'évoque la peur ou la mort, bien au contraire.

Le parc est devenu le royaume des chats, des oiseaux, des écureuils, des enfants et des fous. Le royaume, enfin, de ceux que l'idée de virus ne vient pas effleurer, et de ceux qui perçoivent la crise par un filtre d'enfance ou de folie, totalement diffractée.

Et mon refuge à moi, qui m'y suis toujours sentie protégée.

Quelle étrange chose que ce virus, ce tout petit code, cette minuscule ligne de quatre lettres, qui a remis les hommes en cage et libéré les autres.

26 000 lettres, toujours les mêmes, A, C, G, U. Adénine, cytosine, guanine, uracile.

A comme adénine. C comme cytosine. G comme Guanine. U comme uracile.

A comme attente.

Tout est calme, en ce temps suspendu qui nous maintiens tous dans l'attente des premiers cas, dans la crainte du raz de marrée qui nous attend si le virus arrive jusque là. Les somaticiens ne font plus ce qu'ils faisaient avant, ne font pas ce qu'ils feront si l'épidémie se déclare ici, dans nos rangs. Les unités se vident autant que faire se peut, l'organisation se met en place pour faire face, sans savoir exactement à quoi, ni quand. Peut-être seront nous épargnés, dans nos murs si isolés ? Peut-être que nos patients, par leur folie, seront préservés, comme le voulait la croyance populaire il y a quelques années ?

« Ma folie me rend immortel. Je peux décider d'être une libellule, qui ne craint pas la mort, parce qu'elle est bleue et rapide et que la mort est lente et noire. Et si toutefois la mort me rattrape, je disparaîs dans le sol et reparaît en Chine, où le soleil brille et où la mort n'est pas encore. »

Mais la mort nous vient de Chine, justement, cette fois. Et si le virus pénètre dans l'enceinte de l'hôpital, nos patients, si fous, si fragiles, n'y résisteront pas. Et leur folie ne les préservera que du privilège d'avoir un lit en réa.

C comme confinement. Notre seule arme, jusqu'à maintenant. Notre principale mesure, pour le moment. Le moindre rhume est passible d'emprisonnement.

G comme guerre. On nous l'a assez répété. Nous sommes en guerre, pourtant tout paraît calme, mais le calme annonce la tempête, comme chacun sait.

U comme utopie. Le ciel est bleu, les oiseaux chantent. Les animaux réinvestissent les villes, les eaux de Venise redeviennent transparentes. On se remet à lire, chacun se distrait comme il peut. Les gens sont obligés de s'occuper de leurs enfants, d'appeler leurs vieux. Plutôt que de travailler pour gagner l'argent qui paiera ceux qui s'en occuperont pour eux.

Les rues sont calmes, l'air est plus pur. Et partout où je regarde, je vois de la vie, je vois de la nature.

Le confinement a vu son lot de violences(1), de syndromes anxio-dépressifs, troubles du sommeil(2), une véritable recrudescence de troubles mentaux dont on ne sait toujours si l'on doit l'attribuer au confinement, à l'épidémie (comme le suggère une étude chinoise(3)), ou même au virus dont on découvre maintenant un tropisme neurologique (comme le suggère la psychiatre Marion Leboyer, directrice des départements universitaires de psychiatrie des hôpitaux Henri Mondor à Créteil).

L'étude en date du 17 avril, publiée dans la revue l'Encéphale(4), souligne également le risque augmenté d'anxiété, de dépression, d'addiction et d'épuisement chez les soignants durant cette période... Et l'on savait déjà que les statistiques avant cela étaient catastrophiques chez les jeunes médecins par rapport à la population générale (enquête santé mentale des jeunes médecins de 2016).

Enfin, nos patients, déjà malades, ont été à leur tour sous le feu des projecteurs avec plusieurs articles et notamment une synthèse de la littérature internationale combinée au partage des expériences locales françaises(5).

L'article suggère que les patients sont rendus vulnérables à la fois par leur terrain somatique souvent polypathologique, par la difficulté cognitive qu'ils ont à respecter les mesures barrières, et par leur fragilité psychique devant faire face à une nouvelle menace, l'anxiété du personnel, le débordement des capacités hospitalières, et plus d'isolement encore. L'étude suggère aussi bien

sûr tout un tas de mesure d'accompagnement et d'encadrement des soins dans ce contexte précis... mesures qui nous font rire jaune lorsque l'on sait dans quel état étaient certains de nos services, en terme d'effectifs, avant même que l'épidémie ne vienne les déborder encore plus.

C'est d'ailleurs dans ce contexte précis que j'ai repris du service durant ma disponibilité, initialement prévue pour être consacrée à ce travail. D'interne en médecine générale, me voilà affectée en tant que médecin référent de six unités de psychiatrie n'ayant plus de médecin somaticien depuis plusieurs mois. Et c'est ainsi que j'ai pu observer certaines des réactions de nos patients face à cette situation inattendue.

Bien sûr, il y a eu la folie, la folie bruyante, étourdissante. Comme ce patient des urgences psychiatriques qui errait dans les couloirs en criant « confinement ! confinement ! » d'une voix suraiguë.

Il y a eu le mépris, l'absence totale de recul de certains patients, incapables de concevoir le moindre délai dans la prise en charge de leur moindre symptôme en dépit du fait qu'il n'y ait qu'un seul médecin pour plus de cent patients. La réalité passée au prisme de la pathologie mentale ne laissait voir qu'une chose : ce symptôme, « mon symptôme », la seule chose qui compte.

Mais il y a eu aussi la volonté de bien faire, le vrai souci de suivre les règles, la méticulosité de certains patients. Une sorte d'empathie touchante à l'égard du personnel, même, parfois.

Il y a eu le soudain réveil de certains patients mélancoliques, jusque là plongés dans leur léthargie, qui semblaient revenir à la vie comme l'héroïde du film *Melancholia* à l'approche de la fin du monde.

Enfin, hélas, lorsqu'il a fallu isoler les patients symptomatiques, nous avons assisté à de véritables recrudescences du délire chez des patients devenus

stables et plus lucides, et parfois de véritables accès de violence et d'agressivité de la part de certains patients, injustement enfermés malgré l'exemplarité relative de leur comportement, et pour qui l'isolement était perçu comme une punition.

Sans même aller jusqu'à parler d'isolement strict en chambre, la distanciation sociale a été très difficile à vivre pour certains patients.

La distance physique ne peut être que mal interprétée, vécue de façon personnelle et violente par ceux pour qui la limite du soi et du non soi est déjà difficile à percevoir... a fortiori la distinction entre physique et psychique, entre distance géographique et mise à distance délibérée et intentionnelle de l'autre pour s'en préserver. Je repense à une patiente que je suis allée voir alors dans sa chambre, qui a longuement pleuré en me racontant que les soignants se tenaient loin d'elles et la regardaient à peine. Il m'a fallu près d'une demi-heure pour parvenir à la consoler sans la toucher, et j'ai ainsi réalisé combien il avait toujours été naturel pour moi de prendre la main des patients dans ces moments-là.

Du côté des soignants, j'ai ressenti un vrai changement dans ma position, une sorte d'inversion des rôles. En hôpital psychiatrique c'est le psychiatre qui incarne l'autorité, le pouvoir décisionnel, la personne rassurante, et celle qui contraint et enferme. Le généraliste est le « bon objet », le gentil médecin, qui prend soin mais qui n'est pas responsable de l'isolement en chambre seule, ni des contraintes, des règles, des neuroleptiques, des droits de visite et de la sortie. Durant cette période d'incertitude au début du confinement, cette autorité s'est déplacée sur le médecin somaticien. Moi qui n'ai pas l'habitude de contraindre, ni d'enfermer, j'ai dû prononcer les mots isolement en chambre et fermeture des services à clef.

J'ai rassuré les patients, autant que possible, mais aussi et surtout les soignants. Et les patients, qui devaient sentir ce changement, et les regards de tout le personnel tourné vers les somaticiens, se tournaient eux aussi volontiers vers moi pour tout et n'importe quoi. Et j'en ai ressenti au fond de moi plus que jamais l'envie de lâcher prise lorsque je quittais l'hôpital à la fin de ma journée de travail, aussi j'estimais à sa juste valeur la chance que j'avais alors de n'être pas confinée seule.

S'investissant dans leurs nouvelles responsabilités, les somaticiens se réunissaient chaque semaine pour s'organiser, comme une véritable armée. Chacun se mettant à jour consciencieusement sur les dernières recommandations, les dernières études. Si nous navigions dans l'inconnu, nous étions pourtant plus experts que nous ne l'avions jamais été tant nous étions assidus.

Cette expérience nous a vu soudés, investis et unis.

Le chef du service Revol m'a dit un jour, en me croisant dans le parc : « La pulsion de mort ne sera pas toujours à l'œuvre. » Ainsi, notre petite armée de somaticien était en quelques sortes la pulsion de vie d'un système de santé à l'agonie.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale*. 1 juin 2020;46(3, Supplement):S43-52.
2. [En ligne]. Étude COCONEL : un consortium de chercheurs analyse le ressenti et le comportement des français face à l'épidémie de COVID-19 et au confinement | Ecole des hautes études en santé publique (EHESP); [cité le 22 sept 2020]. Disponible: <https://www.ehesp.fr/2020/04/08/etude-coconel-un-consortium-de-chercheurs-analyse-le-ressenti-et-le->

comportement-des-francais-face-a-lepidemie-de-covid-19-et-au-confinement/

3. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry*. mars 2020;33(2):e100213.
4. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale*. 1 juin 2020;46(3, Supplement):S73-80.
5. Chevance A, Gourion D, Hoertel N, Llorca P-M, Thomas P, Bocher R, et al. Assurer les soins aux patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2. *L'Encéphale*. 1 juin 2020;46(3, Supplement):S3-13.

ANNEXE 6 : Psychose et somatisation : l'intrication complexe du corps et de l'âme

« Tante, parle moi ; j'ai peur, parce qu'il fait si noir. » La tante répliqua: « À quoi cela te servira-t-il, puisque tu ne peux pas me voir? » « Ça ne fait rien, répondit l'enfant, du moment que quelqu'un parle, il fait clair. »

Freud, 1905a, p168

Durant les quelques mois où j'ai pu travailler avec des patients psychotiques, dans l'unité fermée de l'Hôpital Louis Mourier à Paris d'abord, puis au Vinatier et au CMP des Pierres Plantées (69G30), j'ai été interpellée notamment par les différentes formes que l'intrication entre la psychée et le soma pouvait prendre chez ces patients. Dymorphophobie, hypochondrie, anosognosie... le somaticien n'est jamais au bout de ses peines.

L'exemple le plus des limites de cette distinction intellectuelle que nous faisons entre ces deux entités, ce pourrait être tout simplement ce qu'on appelle la somatisation. Une souffrance psychique qui se concrétise, qui se matérialise, sous la forme d'un symptôme visible, sensible, palpable, sur le corps. Et le symptôme est loin d'être hasardeux. Pour ne citer que quelques exemples, je me souviens d'une patiente qui se réfugiait derrière sa surdité pour clore les conversations lorsque celles-ci semblaient la contrarier, mais qui entendait fort bien, à ton et voix égale, des questions plus anodines qu'on pouvait lui poser. Une surdité sélective en quelques sortes, qui sélectionnait sur le contenu plutôt que sur les hertz ou les décibels.

Évidemment, la somatisation n'est pas le propre de la psychose et nous en sommes tous à bon compte pour quelques symptômes qui, avec le recul, nous semblent tout à fait symptomatiques de notre anxiété ou de notre tristesse plutôt que de notre organisme. Les globes hystericus, les céphalées de tension... les exemples ne manquent pas, de même que leur écho sous forme d'expressions du langage courant : « j'ai du mal à avaler ça », « ça me prend la tête ».

Je me souviens d'une amie qui, ayant perdu sa fille adoptive asiatique dans un accident, avait brutalement perdu la vue en regardant une petite fille, elle aussi asiatique, embrasser ses parents qui ne l'étaient pas, dans une file d'attente où elle se trouvait. Ce avant de retrouver la vue quelques minutes plus tard. Un écho direct de l'expression « je ne peux pas voir ça ».

Et bien sûr, la question de la douleur, qui vaut à elle-seule un nombre infini de thèses et de travaux sur le sujet : j'ai mal, c'est un appel à l'aide, une plainte universelle, et que l'on soit déprimé parce que l'on a mal ou mal parce que l'on est déprimé, cela implique une prise en charge globale qui est bien sûr au cœur de la problématique du généraliste.

En psychiatrie, du moins en ce qui concerne les patients atteints de troubles psychiatriques sévère et notamment les patients psychotiques, il devient beaucoup moins évident pour l'individu qui souffre de distinguer l'abstrait du concret, le matériel de l'immatériel, la métaphore du réel, et, si tant est qu'il faille nécessairement faire une distinction, le corps et l'esprit. La psychose altère la perception du soi, des limites du soi, des limites du corps et de l'esprit tout à la fois. Ainsi les voix qui résonnent parfois en nous prendraient la forme de voix venues de l'extérieur pour s'adresser à nous.

Ainsi la dysmorphophobie nous ferait nous mettre de profil pour passer entre deux meubles pourtant très éloignés.

La psychose, par un défaut d'inhibition au niveau cérébrale et une hypo-activation des récepteurs GABA, provoque une hyperstimulation cérébrale et une tendance à être concerné personnellement par des éléments de l'environnement, comme la télévision, les ombres projetées, les regards des gens : ainsi il devient presque impossible de rester concentré sur une conversation avec une personne sans être dispersé par une multitude de petites choses insignifiantes pour d'autres, signifiantes pour le patient psychotique.

La psychose amène un émoussement des limites du réel qui se traduit parfois dans l'art de donner corps aux métaphores, à produire une solution matérielle à un problème abstrait. Un patient qui entend des voix et qui met des boules quies. Un patient dont les idées se dispersent et qui porte un bonnet. Un patient atteint d'une maladie grave et qui va se dissocier de lui-même en s'inventant un jumeau, pour que la maladie affecte le jumeau et non lui. Un patient qui se sent vide et qui mange des pensées (la fleur).

Une patiente d'un groupe de patients psychotiques en HDJ animé par Maurice Borgel dont les entretiens sont relatés dans la revue « Corps et psychisme : les bruits du corps », parlant ainsi d'une autre patiente qui a de gros troubles du comportement et énerve les autres: « Moi je la trouve très pure. Elle suit ses idées sans penser que cela puisse déranger. J'aimerais être à sa place. Elle sort tout, moi je n'arrive pas à sortir ce que j'ai en moi. Elle est mince. » Cette patiente se voyait obèse à cause de toutes les pensées qu'elle contenait en elle sans pouvoir les exprimer. Elle admirait cette autre patiente parce qu'elle parvenait, elle, à extérioriser. Les autres la voyaient comme au contraire une incarnation des bruits parasites qu'ils ne parvenaient pas à

contrôler, ce qui faisaient naître en eux un rejet. Le psychanalyste conclut ainsi : « Le corps avait des pensées que la pensée ne pensait pas. »

Je me souviens aussi d'un jeune homme qui se présentait comme trois entités distinctes, l'une, violente, impulsive, l'autre, raisonnable, posée, et la troisième, lui-même à proprement parler, tâchant de réunir les deux. Mon jeune patient avait à lui seul recréé les trois instances du moi. Il était admis dans le service pour avoir, sous l'influence de l'entité pulsionnelle, mis le feu à la chambre d'enfant dans laquelle il avait entassé tous ses souvenirs.

Plus tard, je rencontrais une jeune femme souffrant d'un syndrome d'Ekblom depuis une rupture amoureuse : les pensées parasites se rapportant à l'être aimé et perdu étaient devenues pour elles d'authentiques parasites dont elle ne parvenait plus à se débarrasser.

Et puis, un jour, je rencontrai en consultation un homme qui, critiquant son neuroleptique à l'origine d'un syndrome extra-pyramidal, me disait « comment voulez-vous que je me détende dans ma tête si je suis si tendu dans mon corps ? ».

La psychose, que j'ai longtemps assimilée pour mieux la comprendre, à une forteresse qui coupe un individu du monde extérieur, par opposition à la névrose qui essaie encore de créer des ponts, dispose en réalité de ressources insoupçonnées. La folie rend immortel. Une croyance longtemps admise et qui pourrait expliquer, au moins pour partie, le retard pris par la prise en charge somatique des patients psychotiques.

Un patient qui souffre dispose de nombreux moyens pour se soustraire à la souffrance : distancier, contenir, produire. Et l'instrument le plus bruyant et le plus célèbre de la folie, c'est certainement le délire.

La distanciation c'est l'exemple d'un patient atteint d'un cancer, qui n'accuse pas cette nouvelle et qui affirme que c'est son jumeau qui a un cancer. Jumeau

qui n'existe pas, bien sûr, mais qui va subir la chirurgie et la chimiothérapie à la place du patient. Cet élément délirant a certes complexifié l'instauration du traitement, initialement, mais il a permis de rendre la maladie et la prise en charge plus supportables pour le patient.

C'est aussi l'émoussement perceptif de certains patients, qui ne ressentent la douleur qu'à un stade extrêmement avancé d'une pathologie, une des raisons pour laquelle on les a longtemps cru en bonne santé.

Le contenant, c'est l'élément de réassurance mis en place par le patient, ou par l'équipe, pour se rassembler quand la non perception des limites du soi devient source d'angoisse et de morcellement. Le bonnet, les boules quies, ou encore la chambre fermée, la contenance propre à une équipe de psychiatrie soudée, sont des éléments qui tendent à rassurer le patient.

La solitude, un des grands maux de nos patients, se voit contrer par certains éléments délirants très construits. C'est l'exemple d'un patient qui reçoit des appels de Jésus sur son portable, d'une patiente qui sait que son mari et ses enfants l'attendent à la maison quand en réalité personne ne l'attend.

Un délire productif n'est jamais hasardeux ou anodin. Il était pour Freud une véritable tentative de guérison. Le moins que l'on puisse dire, c'est que le délire a des thèmes et des formes variées, précises, personnelles, et donc interprétables. Le délire a du sens, et ce sens nous oriente parfois sur l'origine d'une souffrance.

Alors, faut-il traiter le délire, ou faut-il traiter la souffrance et le danger ?

Je suis d'avis qu'on ne doit traiter le délire que s'il représente ou souffrance, ou qu'il met le patient ou les autres en danger. Mais qu'un délire enkysté qui ne se manifeste pas de manière violente ou douloureuse, qui plus est si l'on n'a rien de mieux à lui substituer, doit être respecté.

Ce que j'essaie de faire ressortir de ces histoires, c'est que la psychose est, à un certain stade, une dimension à part, et qu'il faut véritablement être au contact des patients, avec le réel désir de les entendre et de les comprendre, pour accéder à cette autre forme de pensée, ce premier degré des mots qui confine parfois à l'absurde mais aussi au magnifique, pour en saisir toute l'étrangeté et toute la subtilité, et parvenir à communiquer avec l'autre malgré ce gouffre insondable qui nous sépare.

Communiquer avec l'autre, ce peut-être la présence bienveillante, l'art de se raccrocher à un détail pour rejoindre l'autre là où il se trouve, comme cette jeune infirmière que j'ai croisé un jour dans le parc tenant la main d'une patiente (*voir annexe 7 : « ils chantent »*).

Cela peut aussi être le fait de trouver des mots, la fameuse vertu thérapeutique de « mettre des mots sur les maux ». Reformuler avec les patients, les aider à exprimer un ressenti. Cela me rappelle une pièce de théâtre vue au détour des rues d'Avignon durant le festival, mettant en scène un marchand de mots. Une femme vient, son amant l'a quittée, elle est ruinée, elle cherche un mot qui puisse exprimer tout à la fois son désespoir, sa colère, son impuissance. Le marchand lui donne le mot « désespérade ». Elle repart, soulagée, en se murmurant à elle-même: « je suis en pleine désespérade, oui, c'est bien ça... »

De façon plus abstraite, la communication passe avant tout par la compréhension, donc la perception de ce que le patient communique, et qui passe quelquefois par les canaux les plus étranges. Dans la revue *Corps et psychisme* : les bruits du corps, Gisèle Harrus propose ainsi : «...et si les bruits internes du corps pouvaient, par moment, s'externaliser afin de

signifier inconsciemment au monde la présence du sujet? Hors-les-murs, autrement dit hors-les-limites-du-corps-même. »

Dans cette revue, plusieurs histoires m'ont interpellée.

L'histoire d'un homme sans domicile fixe, qui délimite dans un bus et par son odeur âcre et intense, un espace privé autour de lui comme une maison, et qui remplit cet espace avec une chanson.

L'histoire d'une femme qui vocifère sur une place parisienne dans l'ignorance générale, et qui, paraissant frustrée de cette indifférence, prolonge sa parole d'un puissant jet d'urine, un flot dans la continuité du flot de paroles, un déplacement, une « confusion des émissions ».

Les limites du corps sont floues, intérieur et extérieur, moi, le monde, les autres, la psychose et la solitude ont tôt fait de tout mélanger. Et le comportement délirant apparaît comme une tentative désespérée pour sortir, interagir, ne plus être... « confiné ».

Communication non verbale, les bruits du corps sont un moyen de plus pour le patient de nous atteindre, de nous toucher.

J'ai moi-même été confronté aux bruyantes flatulences d'un patient lors d'un entretien avec le psychiatre, lorsque j'étais externe, tandis que j'assistais, quelque peu hilare, au malaise du psychiatre dont le patient semblait assez satisfait. Une raison de plus de ne pas prendre trop personnellement les choses, surtout en psychiatrie.

ANNEXE 7 : Situations cliniques

Les récits qui vont suivre sont extraits de mes écrits personnels au cours de mes stages d'externat et d'internat. Ceux-là en particulier relatent des situations cliniques illustrant les problématiques du rapport au corps en psychiatrie, de la matérialisation des idées, de la lente construction du lien de confiance et des similitudes que l'on peut trouver entre soi et l'autre. Ceux-là parlent aussi de la relation transférentielle plus ou moins intense qui se développe avec le temps.

Externat - Réanimation médicale et infectieuse

« « Faiblesse ou force : te voilà, c'est la force ! Tu ne sais ni où tu vas, ni pourquoi tu vas, entre partout, répond à tout. On ne te tuera pas plus que si tu étais un cadavre. » Au matin, j'avais le regard si perdu et la contenance si morte que ceux que j'ai rencontré ne m'ont peut-être pas vu. » Rimbaud.

Le jour, la réanimation n'a pas grand chose d'onirique. Des néons, des bruits parasites, beaucoup de personnel. Un univers stérile et chiffré. Il n'y a qu'à souffrir le regard froid, dur et calculateur de certains chefs posent sur vous et que rien ne vient adoucir pour n'en plus douter. Les médecins se flétrissent vite, ici. Plus l'on monte en grade, et plus les femmes perdent en féminité et les hommes en virilité. Pas le temps de se faire belle, pas le temps de se muscler. Leur joues s'affaissent en bajoues, parachevant ce sourire à l'envers qui leur donnent l'air si mauvais.

Tout ici semble m'indiquer une chose: je ne ferais pas de réanimation.

Pourtant, la nuit, la réanimation devient presque irréel... En garde, le temps passe très lentement, le travail s'amoncelle d'un coup puis diminue jusqu'à se raréfier. Et lorsque, vers trois ou quatre heures du matin, les yeux embrumés et le cerveau embaumé, je déambule en longueur dans le service pour vaquer aux quelques tâches qui m'empêchent encore d'aller dormir, c'est comme un rêve étrange, un peu angoissant. Il fait plus sombre, les gros néons sont éteints, les infirmiers ont allumé les négatoscopes et placé des pancartes dessus pour tamiser la lumière, les sons entêtants des machines raisonnent dans toutes les chambres à un rythme réguliers. Une grande diversité d'alarmes peuplent ce long corridor de sons abrutissants, tantôt angoissant, tantôt réconfortants.

Les patients, à force de souffrance et d'épuisement, tombent dans le sommeil plus qu'ils ne s'endorment, dans des poses de mourants, exhalant une odeur malsaine. Pour peu qu'ils ne soient pas tout à fait dans le coma, les voilà tous silencieux, et seuls ces alarmes obsédantes traduisent en termes pragmatiques les plaintes qu'ils ne peuvent plus exprimer, tandis qu'ils roulent en leur fort intérieur des pensées qu'on ignore. De gros tuyaux d'air entrent dans leur bouche, tous droit venus de leurs nouveaux poumons mécaniques, et d'autres remplis de sang sortent et coulent à grande vitesse dans l'énorme machine qui leur fait office de coeur. La bouche ouverte, les yeux fermés ou fixes, le corps flasque, je me dis à chaque fois qu'ils ont l'air morts et que tout cela s'apparente à de la nécromancie...

Lorsqu'enfin j'ouvre la porte de la chambre de garde, un placard à paperasse doté d'un lit de camp, je suis agréablement surprise d'y trouver des draps propres et la vieille bouteille d'eau de mon amoureux, qui a déserté le stage avant que n'y soit affectée. Je tombe dans un sommeil lourd et inconfortable qui ressemble vaguement aux heures de sommeil qui succèdent aux soirées peuplées et arrosées: le vertige, la tête lourde et légèrement douloureuse, déversant des rêves qui semblent n'être que le prolongement des heures précédentes, de soirée ou de garde. On invente une suite, d'une logique absurde.

Au coeur des gardes, j'ai découvert une forme de fatigue jusque là inconnue. J'ai découvert le fonctionnement de mon cerveau lorsqu'à l'heure où je dors habituellement, celui-ci est forcé à l'éveil. Si je ne me concentre pas, je peux presque entendre se déliter la barrière qui sépare ma conscience de mon inconscient, et les pensées absurdes comme des rêves se ruer dans ma tête. Les limites du soi et du non soi se brouillent et le bruit des conversations passées, à venir, imaginées, la musique, les calculs qui jamais ne cessent, toute chose qui résonne en bruit de fond de ma tête en temps normal se fait plus envahissant.

Le lendemain, même ciller des yeux est éprouvant. Le regard fixe et la démarche molle, je rendre chez moi, mue par la faim et l'envie de prendre une douche.

« Mais se touchant le crâne, en criant : 'j'ai trouvé !', la bande au professeur Nimbus est arrivée, qui s'est mise à frapper les cieux d'alignement, chasser les dieux du firmament. Aujourd'hui, çà et

là, les gens boivent encore... Mais Bacchus est alcoolique, et le Grand Pan est mort. » Brassens

Les gardes s'enchaînent, et avec elle les tours dans les unités. Devant chaque chambre, j'ai l'étrange sensation d'entrer dans un corps différent, tout branché de tuyaux, un corps qui me lâche, un corps qui abandonne. J'imagine un homme emprisonné dans les racines d'un vieil arbre, et qui finit par faire corps avec le bois, tout transpercé de ses racines. Je ressens comme une angoisse à l'idée qu'il puisse ne jamais s'en dissocier. Chaque main qui se referme sur la mienne me submerge de quelqu'un d'autre. L'empathie, exacerbée par l'afflux de l'imaginaire sur la conscience à l'heure où le Moi n'est plus maître dans sa propre maison. Et je me laisse envahir, mue par le sentiment qu'il est de mon devoir d'accueillir cette communication non verbale. Un devoir confronté à l'ignorance, puisque les subtilités techniques de la réanimation m'échappent encore totalement.

On promet forcément de ne pas devenir froid et indifférent comme peuvent l'être nos aînés, lorsque l'on est l'externe penché auprès d'un malade qui lui sert fort la main et le regarde comme s'il était le héros qui allait le sauver. Lorsqu'on est encore cette petite main qui remet la couverture. Celui qui a le temps, faute d'avoir les connaissances. Le savoir est-il inversement proportionnel au ressenti ?

Histoires de cœurs

« Oui, c'est pareil ! » Me répond Fifty Shades d'un ton excédé. Un cœur de fille, et un cœur de garçon, c'est pareil. Je reste là, figée, silencieuse, petite chose exaspérante et ignorante, j'ose à peine respirer de peur de trop exister, là, dans son dos, à me tordre le cou pour scruter sur l'écran de l'échographe un cœur de fille battre dans une poitrine de garçon. A imaginer ce que ce serait, de sentir un autre cœur que le miens battre dans ma poitrine, le cœur de quelqu'un qui est mort, de craindre de le rejeter physiquement lorsque j'ai mentalement du mal à l'accepter. A cet instant, je comprends plusieurs choses. Je comprends que le cœur de l'interne est une forteresse. Je comprends que le miens est le palais des courants d'air. Je comprends que celui du gamin sous la sonde d'écho sera un poids sur sa conscience. Et je suis alors convaincue que non, ça n'est pas pareil. Et que si le cœur de l'interne bat si peu et le miens si vite, c'est qu'il y a une différence.

2 semaines plus tard, le gamin s'est réveillé une nuit en sueur, a pleuré beaucoup, a dit qu'il ne méritait pas ce coeur, qu'une personne était morte à cause de lui. Je n'ai rien dit, mais, repensant aux moqueries de mon interne au sujet de mes projections, j'en éprouvait une satisfaction coupable.

6 mois, 12 jours et plus de 21 millions de battements de coeur plus tard, j'ai compris deux autres choses. La première, c'est que j'aurais dû rester derrière son dos et ne jamais passer dans son champ de vision. La seconde, c'est que deux coeurs peuvent battre à l'unisson pendant quelques instants et ne plus jamais s'accorder par la suite. Ce jour-là, il y eut tellement de nuages dans ma tête qu'il neigea dans ma poitrine.

Entre temps, le gamin était sorti de l'hôpital comme neuf (ou presque). Il était même revenu, un jour, remercier l'interne qui dès sa sortie du bloc s'était assuré jour après jour que son nouveau coeur battait.

Sans coeur, le cardiologue a sauvé le coeur d'un gamin, et mis à mal mon petit coeur d'externe, rétablissant ainsi l'équilibre... Il paraît que ces gens-là sont narcissiques. On se demande pourquoi.

« J'étais devenu le frère des dragons, et le compagnon des hiboux » **Inferno**

C'est ma je-ne-sais-plus-combien-tième garde en réanimation. Beaucoup trop déjà, une véritable addiction.

Il y a dans cette réa, mon enfer, mon paradis, quelque chose d'inhérent à ce que je suis. Quelque chose de constamment en éveil, un roulement perpétuel, pareil à celui des ECMO. Un va et vient vaguement angoissant, semblable à celui des respirateurs. Une force vitale sur le qui-vive, le sentiment d'une catastrophe imminente, que tout peut s'emballer à tout moment, et que cet équilibre fragile est le fruit d'une vigilance et d'une réflexion ininterrompues.

Je ne connais pas de repos de l'esprit. Ne penser à rien, c'est quelque chose que je ne sais pas faire. C'est constamment un tourbillon incessant de réflexions qui vont quelque part ou nulle part, de calculs, de parallèles, de constructions, de représentations, de souvenirs, de récitations, de conversations et d'événements qui n'auront jamais lieu.

La réa répond en cela à des besoins essentiels chez moi. Celui d'exister par la violence et l'imminence de quelque chose de grave, de focaliser mon attention sur quelque chose de complexe et d'éminemment important, pour, paradoxalement, trouver une forme de repos psychique.

Et celui de rêver. Lorsque la garde s'écoule et que la nuit avance, dans ces moments d'accalmie, bercée par les alarmes, je peux divaguer tout mon saoul, comme une personne qui dort, mais en toute conscience. La réa devient mon monde imaginaire, mon nouveau paradis artificielle, ma nouvelle aventure épique, mon pays des merveilles, avec tout ce qu'il a de fascinant et d'effrayant, dans toute sa sauvagerie et sa folie.

Je déambule désormais dans les unités comme un chat sur les toits d'une ville : ça n'est pas à proprement parler ma ville, mais c'est tout comme. Et ses habitants me connaissent. Je suis le chat qui a sa place dans chaque foyer ici, qui peut manger à toutes les tables. Mes pas me conduisent vers l'unité 2, où j'entends l'infirmier se plaindre à l'interne que le patient de la 204 ne veut pas prendre ses traitements. C'est typiquement le genre de problème que j'aime avoir entre les pattes. J'entre dans la chambre, et trouve un petit homme entre deux âges qui fixe tout le monde d'un air suspicieux. C'est un vrai, un authentique, un sévère paranoïaque. Et la terre entière veut l'empoisonner. Il ne me connaît pas encore, je ne suis pas encore un « méchant » dans son histoire. Les arguties commencent. Au bout de 20 minutes de négociations, d'écoute, de questions, d'explications, de changement de sujet, de dénonciation et de compromis, je ressors de la chambre, victorieuse. Monsieur R a pris ses anti-rejets. Pour dissiper l'agacement général, je lance à l'infirmier : « bon, pour cette fois ça va, mais à l'avenir, arrête de te glisser dans sa chambre pour lui pincer les pieds. » Il rit.

« Le Temps est une personne. Le Temps et moi, nous nous sommes disputés en mars dernier, juste avant que celui-ci (de sa cuillère à thé, il désignait le Lièvre de Mars) ne devint fou. Et depuis lors, le Temps ne veut plus rien faire de ce que je lui demande. Il est toujours six heures, désormais. Il est toujours l'heure du thé ». Le Chapelier Fou.

Une garde de plus en sursis, inopportune, inappropriée. Une garde faisant suite au soir où la hiérarchie a basculé dans un verre de gin tonique et une larme de cointreau. Une garde qui commence à six heures par un éclat de rire en provenance du couloir et qui me met aux aguets comme une biche à l'approche du loup. « C'est moi qui suis de garde », lance à mon intention l'interne, cet interne qui m'a invitée à leur pot de départ 3 jours plus tôt, comme une souris au bal des chats. Et tout le monde semble

guetter ma réaction. S'en suivent des regards amusés, fuyants, gênés, inquisiteurs, des regards qui partent dans tous les sens et se colorent d'allusions, des regards oppressants. Il a échangé sa garde.

La garde s'écoule pour nous enfermer, l'interne et moi, dans un silence assourdissant et dans la post-réanimation, avec une entrée sur les bras. Si le sort peut se targuer d'ironie, c'est dans des moments comme celui-là. L'entrée est un psychotique au regard fuyant, fuyant une histoire d'amour destructrice entre un élève et son professeur. Il était l'élève bizarre, il est maintenant le fou en cavale.

« T'as vu ça ? Il est resté plusieurs années avec son prof de lycée... », lance l'interne, pour briser le silence. « Il en faut plus que ça pour m'impressionner. », je rétorque, par défi. Il me regarde bizarrement. Puis il m'adresse un sourire que je connais bien, et m'envoie lui faire un interrogatoire « à ta manière », à la manière de l'externe psy qui écoute longtemps et qui ressort avec son lot d'histoires et de souffrances.

« Donnez-moi du thé. »

J'entre dans la chambre. L'homme est maigre, avec des yeux immenses, inquiets, brillants de folie. Des yeux qui ne rencontrent pas les miens sans que j'aie à les chercher de toutes mes forces. Un Peter Pan sinistre, un enfant dans un corps d'homme qu'il ratatine tant qu'il peut. Ma voix ne trouve pas son chemin dans sa tête. Il répète sans arrêt : « J'ai soif. Donnez-moi du thé. » L'infirmier lui a déjà apporté du thé, mais il se l'est renversé dessus.

« Donnez-moi du thé. »

J'essaie de lui faire dire autre chose, en vain. Il ne veut pas qu'on le touche, il ne veut pas qu'on entre dans sa tête, il ne veut pas qu'on l'oblige à en sortir. Et si le manque d'expérience et de compétence ne suffisait pas à me mettre en échec, c'est finalement l'interne qui coupe court à toute possibilité de contact. Il entre, il examine, impose à tous le calme avec sa douce voix couvant l'orage et son imposante carrure. Dans un univers privé de mots, celui de l'instinct pur, il est le prédateur, sentiment viscéral qu'en silence je partage avec l'homme recroquevillé dans le lit. Nous ressortons. Je tente de m'esquiver pour aller chercher du thé et retenter une approche différente. Mais l'interne annonce : « tu vas apprendre à poser une sonde urinaire ». J'hésite, à mi-voix... est-ce bien nécessaire ? Ne peut-on pas simplement attendre qu'il urine dans son pistolet ? Ou se passer d'ECBU ? Ou faire un sondage aller-retour ? Mais la décision est sans appel. Je vais aller sonder le psychotique, et ruiner toute possibilité de lien avec lui.

Le geste est facile. Le vécu l'est moins. L'interne passe sa tête dans la chambre, tandis que, membre en main droite, sonde en main gauche, je croise le regard de l'homme qui, pieds et mains liés au lit, semble parfaitement sidéré, terrifié et blessé. L'un et l'autre m'observant, l'écho malsain que trouve en moi la situation se fait plus vif, et la culpabilité que le regard de l'homme fait naître en moi n'a d'égale que celle que je peux lire au loin dans les yeux de mon interne, comme un jeu de miroir qui me fait douter de l'enjeu exact de la situation.

La nuit s'avance comme un chat dans le noir et nous enveloppe dans un carcan de silence.

« -Tu fais la pancarte et je fais le dossier? »

Pour qui me prend-il. La pancarte est l'apanage des internes, certes, mais je ne suis pas n'importe quelle externe, il devrait le savoir depuis le temps.

« -Je peux faire les deux. Tu peux faire des prescriptions. »

Il est lent. Infiniment lent. Je me concentre sur la rédaction du dossier et le remplissage des petites cases, travail simple, obsessionnel, satisfaisant, qui m'évite de trop penser. Mais lui, je peux presque entendre son esprit divaguer tant il peine à masquer, pour une fois, ce malaise qui ne peut nous échapper.

« Je sais qu'on doit parler. Mais pas maintenant. » finit-il par lâcher. Je lève vers lui des yeux immenses, cernés de fatigue et de mèches de cheveux ébouriffées.

« -Je sais. Je ne t'ai rien demandé.

-Oui, mais tu as des grands yeux... ça me fait culpabiliser.

-Je sais. On y projette ce qu'on veut. Mais moi je n'ai rien dit. »

Armée de fierté face à son silence et à son mépris, c'est finalement ce semblant de considération qui finit par me désarmer.

Je me renverse sur mon siège.

« -Je n'y arrive pas.

-Courage. »

Je me replonge dans le dossier.

Le lendemain matin, Peter Pan s'est arraché sa sonde. Il a probablement dû tout bousiller au passage. L'interne n'en dit rien. Et j'aurais probablement dû m'opposer à cela, à lui, avec plus de vigueur, à cette occasion comme en d'autres. Mais je ne l'ai pas fait. Parce que dans cette histoire, je suis la proie, et lui le prédateur. Parce que je suis l'élève bizarre, et lui le professeur.

Je ne veux pas devenir psychotique...

Je passe en salle de repos chercher mes affaires et tombe sur l'interne, qui souhaite me parler. La discussion est sans intérêt, comme on pouvait s'y attendre. Je doute qu'un homme puisse encore me surprendre. Après tout, je ne suis plus si naïve. Je sais très bien ce que je représente dans leur vie: une distraction. Un vague souvenir que ranimera le son d'un grelot comme celui que je porte autour du cou. Un grelot pour dire « j'existe », quand je me sais condamnée à l'oubli.

Je quitte la pièce et le service en usant du peu de force et de concentration qu'il me reste pour adopter une démarche assurée.

Je suis mue par le besoin de rentrer me mettre à l'abris, et plus encore, de quitter ce sous-sol où je commence à étouffer.

Je pense à mon studio, à la douche, au petit déjeuner.

Donnez-moi du thé...

Dehors il fait grand jour, le monde existe encore et la fatigue m'enivre.

Dehors le vent se lève, il faut tenter de vivre.

Externat - Hépatogastro-entérologie

« Car je vis comme on marche sur un fil, un seul battement de cil suffirait à me faire tomber » Debout sur le Zinc

Ma patiente, Mme V...« elle est psy ». Des mots lancés par mon interne, avant de l'avoir vue. Mme V a le malheur d'avoir les mots « bipolaire » et « schizophrène » notés dans ses antécédents. Rien que ça, ça n'est pas du tout approximatif... Je n'ai jamais vraiment aimé cette formulation. Qui est psy ? Est-ce à dire que la patiente est psychologue de métier, qu'elle est psychotique de personnalité, qu'elle relève de l'avis d'un psy, qu'elle a des problèmes psychologiques ? On est tous psy, d'une manière ou d'une autre... Ça m'a tout de suite semblé aussi péjoratif pour les patients que pour les soignants, dans tous les cas.

Mme V. est douce et gentille, comme une grand-mère. Terrorisée, comme un enfant. Et lucide, comme une grande personne. Je parle avec elle, longtemps, à chaque fois que je vais la voir. Mme V. m'aime bien. Elle dit que je suis gentille de venir la voir et de l'écouter. Elle a passé une nuit épouvantable, vous savez, elle a eut des hallucinations, elle a tué un prêtre- Oh! là là, qu'elle a eut peur!- on la recherche pour lui faire payer ses impôts -que de soucis... et elle sait bien que ce n'est pas réel. Elle a peur de perdre la tête, un jour, de ne plus distinguer la réalité de ses

hallucinations. Elle allait voir une psy avant, qui l'aidait à interpréter ses rêves et ses hallucinations. Et ça l'aidait bien. Mais maintenant, à l'hôpital, elle se sent perdue. Elle s'ennuie. Ses hallucinations, aussi terrifiantes soient-elles, sont tout ce qui lui reste, et l'abandon lui tend les bras. J'ai demandé comme ça si elle pouvait voir le psy(chologue) du service. Mais ça n'a pas pris. Et l'externe, c'est comme Togepi, il n'a pas de pouvoirs, voyez-vous.

Mme V. a changé de côté, un jour. Ça veut dire qu'elle a changé de chambre, d'interne, d'externe et d'infirmiers du même coup. Je crois que c'en était trop pour elle. Moi-même, je ne suis pas allée la voir pendant un moment. J'en ai ressenti une culpabilité certaine. Mais j'avais d'autres patients à aller voir, et j'ai écouté chacun d'entre eux. Un jour, j'ai terminé plus tôt, et je suis allée la voir. Ce n'était plus la même personne. Elle gisait dans son lit, absente, apathique, le regard perdu, presque vide. Je me suis assise à côté d'elle, je lui ai parlé doucement. Elle ne se souvenait plus de moi. Elle ne se souvenait plus de rien. Je n'ai pas réussi à la faire parler, elle réagissait à peine. J'ai pensé que la vieille dame que j'avais si brièvement connu marchait sur un fil, qu'elle était à un battement de cil de basculer et qu'elle le savait. La seule chose qui pouvait la maintenir avec nous, c'était de lui parler, pensais-je alors. Lucidité ou naïveté, le dossier ne le dit pas. Un battement de cil, un changement de chambre, et le silence. Mme V avait basculé. Et personne n'était venu lui parler. J'ai essayé d'en parler aux infirmières. Elles ont dit « Elle a toujours été comme ça. ». C'était faux. Je suis partie, un peu triste. Et puis j'ai évacué cette pensée-là, car j'ai déjà trop de fantômes dans le cœur. Mais je n'oublie pas.

« On voyait dans son regard sa haine satisfaite, son morne regard allumé. » Jean Anouilh

Mme G., 82 ans, « encore une folle ». Dixit l'interne. Alzheimer, qui vient pour sigmoïdite, et un cancer du pancréas dont on ne l'a pas informée. A quoi bon ? On ne pourra pas le soigner, son cancer, et si elle l'apprend, du fond de son esprit confus, elle en concevra une angoisse et un trouble qu'elle ne saura ni interpréter ni gérer. Elle râle et elle envoie balader, elle insulte même. En passant la porte, je vois tout de suite qu'elle est exaspérée de me voir. Alors j'y vais de mon air le plus inoffensif et j'ouvre des yeux immenses. Je m'assois au bord de son lit. Et je la fais parler. Elle me raconte des choses. Je lui demande comment elle va. « Cahin-Caha », dit-elle d'un air sévère. Je lui demande où elle habite. « Ici », me répond-

elle sur la défensive. « Mais vous n'habitez pas à l'hôpital ! Avant vous étiez où ? » « Bah non, évidemment » me répond-elle, sèchement, l'air de penser « ne me prend pas pour une idiote, ma belle, tu commences à m'agacer ». Je ne l'embête pas plus. Elle sait qu'elle ne sait pas, et ça l'ennuie terriblement. Je l'interroge sur les hématomes qu'elle a sur tout le corps. « Ce sont les oiseaux, quand je suis assise, ils viennent, et ils me picorent. C'est insupportable. » Je me demande où est la part de vérité dans tout ce bizarre. Le lendemain, je reviens avec mon interne. Elle est neutre avec moi, parfaitement odieuse avec mon interne. « Vous êtes une emmerdeuse, vous, alors ! », lui dit-elle finalement. L'interne essuie la remarque et décide de m'en vouloir, pour compenser. Mais sans jamais oser s'en prendre à moi directement. Sa prudence l'honore, car elle trouverait à qui parler dans le cas contraire.

Le surlendemain, je reviens avec mon interne toujours, la chef de clinique, et ma co-externe. J'arrive dans la chambre après tout le monde, tandis que ma chef l'interroge et qu'elle répond sèchement comme à son habitude. Je la salue avec un grand sourire. Ses yeux bleus s'agrandissent, s'illuminent comme ceux d'un enfant devant le père Noël. Bonjour, murmure-t-elle. « Comment ça va ? » je demande, « cahin caha, comme toujours... » me répond-elle en souriant, sous les yeux ébahis des trois autres. Je m'approche d'elle et elle ne regarde plus que moi. Ma chef commence à l'examiner, elle crie quand on lui touche le ventre, elle dit qu'elle en a marre qu'on l'emmerde. Elle se redresse, ma chef lui demande de se recoucher, elle recommence... Je lui dis que quand elle se redresse, elle contracte ses abdos, et que c'est pour ça que ça lui fait plus mal. Elle dit « ah, c'est ça... merci ». Je dis qu'on n'aime pas l'embêter mais qu'on veut la soigner. Elle me prend la main et me dit « je sais bien, vous êtes gentille. », tandis que la chef poursuit son examen clinique. Elle sourit de voir Mme G si aimable tout à coup et lui demande si elle me connaît. « Oh oui ! Bien sûr ! » Répond-elle. « Depuis quand ? », demande ma chef à Mme G., qui ne sait même pas vraiment où elle est ni où elle était avant ni comment elle vivait et comment elle est arrivée ici... « Depuis qu'elle est ici. » (comprendre: depuis que elle, elle est ici, mais je me dis que ça lui donne une maîtrise sur les choses de penser que c'est moi qui suis venue dans sa chambre, qui est devenu son nouvel univers, dans lequel nous ne sommes que des visiteurs). « j'ai tout de suite vu la grande bonté de cette personne, et voilà pourquoi j'ai eu ce geste de gentillesse pour elle » dit-elle en mimant le fait de me prendre la main. Je souris, et je lui dis que ça me touche beaucoup.

Et nous partons. « Je reviens vous voir demain, Mme G ! » je lance. « Merci mademoiselle » me dit-elle.

Un week end, elle a quitté le service. Je me renseigne. « Elle va mourir », me dit froidement mon interne. Cette interne qui me déteste sans raison tangible. Qui s'insurge contre moi quand je ne suis pas là. Mais tout se sait. Je sais qu'elle vocifère dans mon dos sur mon manque de déférence à l'égard de la hiérarchie, sur mon trop plein d'empathie à l'égard des « patients psy », sur mes prises de paroles lorsque je connais les patients et que j'estime avoir le droit de donner mon avis. Je sais tout cela parce que l'autre externe et l'autre interne sont mes amies.

Elle me dévisage, pour guetter dans mon regard un signe de faiblesse, de tristesse. En vain. Tout le monde meurt. Surtout les vieux. Je me contente de demander où elle est. Et puis je vais la voir, en chirurgie digestive. Elle ne me reconnaît pas, bien sûr, car cela fait plusieurs jours. Et pourtant, elle m'aime à nouveau, je crois. On parle de la Normandie, de petites choses. Et puis je pars, et je me dis que c'est probablement la dernière fois que je la vois. Et je m'interdit d'être triste, ce jour-là. Parce qu'il y en aura d'autres et que je ne peux porter tous ces deuils-là en moi, et que ma vie en porte déjà son lot.

Et c'était faire preuve de sagesse. Car à cet instant de ma vie j'ignorais encore quel deuil était sur le point de s'abattre sur moi, quelques semaines plus tard. un deuil lourd comme un orage et violent comme un coup de sabot.

Externat - Psychiatrie

« La raison du plus fort est toujours la meilleur » La Fontaine.

Samedi matin. Je suis d'astreinte. Un jeune garçon de mon âge est admis depuis les urgences pour ce qui semble être une bouffée délirante aigüe. Je vais le voir seule. Une histoire compliquée. Il a essayé de brûler toutes ses vieilles affaires, tout ce qu'il stocke depuis son enfance, risquant ainsi de mettre le feu à l'appartement. Il semble triste, un peu effrayé.

Je le revois avec le psychiatre d'astreinte: cette fois, il a l'air débordé par son anxiété. Il finit par fondre en larmes.

Les entretiens se multiplient, seulement lui et moi ou avec le CCA. De ces entretiens ressortent qu'il se sent persécuté par sa chef en stage, à tort ou à raison; qu'il est plutôt introverti mais pas dépourvu d'amis, qu'il stocke des choses depuis son enfance, dans sa chambre, et qu'il voudrait passer

à autre chose... mais aussi des problématiques d'un adolescent sur les restrictions et la liberté, les champs d'intérêt de quelqu'un qui se cherche.

Un jour, mon chef de clinique me dit qu'il a vu Teddy en entretien la veille et qu'il faut qu'il me raconte.

Teddy se voit doté de 3 personnalité bien distinctes, qu'il nomme très simplement New, Near et Teddy.

New, c'est la droiture, celui qui sait toujours ce qu'il faut faire, le charismatique, l'imposant.

C'est à Near que Teddy attribue toutes ses pensées le plus sombres, ses désirs inavoués et ses pulsions malsaines. Near est agressif, insoumis, incorrect.

Teddy, c'est lui, entre les deux, qui essaie de s'y retrouver.

Mon chef me raconte tout cela sur le ton de l'anecdote. J'écoute, fascinée, et soudain je lui dis « c'est quand même fantastique, qu'un garçon qui n'a jamais lu Freud, parvienne si simplement à recréer les 3 instances de la personnalité pour décrire les élans qui l'animent. Le « surmoi », le « ça » et le « moi ». »

Le chef me regarde, interloqué. « Ah ouais, t'as raison, j'y avais pas pensé. »

Les semaines s'écoulent, Teddy s'ouvre plutôt bien à nous. C'est vrai qu'il semble parfois un peu désaffectivé, mais l'émotion, lorsqu'elle perce, est congruente à son discours.

Arrive finalement le jour de la grande visite avec le sous-chef de service. Il entre dans la chambre de Teddy, suivi de près par le CCA, les 2 internes, les 2 externes, et 2 infirmiers.

Teddy nous accueille stoïquement. Il voit cet homme pour la première fois. Normal: il fait sa grande visite une fois tous les quinze jours.

Le grand chef prend son air de gentil psychiatre compréhensif, prend une chaise et s'installe devant le lit de Teddy. Et puis il commence à lui poser des questions, sur lui, sur sa vie, sur ce qu'il ressent, sur l'hospitalisation...

Teddy répond de façon plutôt brève, sans manifester plus d'émotion que la petite note d'étonnement qui perce dans son regard.

Tout le monde sort de la chambre de Teddy, passée en quelques secondes d'« espace privé » à « salle de cours » puis « chambre vide ».

Le Chef se tourne vers nous et, prenant un air docte et paternaliste: « Bon, vous voyez, c'est un jeune homme totalement désaffectivé, le discours est marqué de pauvreté intellectuelle... donc pour une première bouffée délirante aiguë, ce sont des facteurs de mauvais pronostic. C'est

probablement une entrée dans la schizophrénie. C'est qui l'externe qui s'occupe de ce patient? »

« C'est moi. »

« Bon, tu es d'accord avec ce que je viens de dire? » la dimension purement rhétorique de sa question ne fait pas l'ombre d'un doute. Mais il ne sait pas à quelle emmerdeuse il a à faire, celui-là.

« -Eh bien, non, pas vraiment.

-Ah? -Fait-il d'un air légèrement contrarié.

-Vous dites qu'il est désaffectivé... Moi je l'ai vu pleurer en me racontant ses angoisses, les problèmes qu'il a avec sa supérieure au travail... et à sa manière de raconter les choses je trouve au contraire que c'est un jeune homme intelligent.

-Ce n'est pas ce que nous avons tous vu aujourd'hui pendant l'entretien.

-Oui, et ça ne m'étonne pas : il ne vous a jamais vu de sa vie, et vous lui posez des questions intimes devant une dizaine de personnes. C'est normal qui ne se comporte pas comme lorsqu'il est avec moi, qui le voit tous les jours en entretien individuel depuis son arrivée.

-Ah tu trouves? Parce que moi il m'a semblé plutôt bête. »

Je ne me souviens pas bien de la fin de la conversation, si ce n'est qu'il est resté sur ses positions et moi sur les miennes, et que ça n'avait de conversation que le nom.

Peut-être qu'il avait raison. Peut-être que Teddy est devenu schizophrène. A cette époque, pour être honnête, je n'en savais rien, je n'avais aucune expérience de la psychiatrie. Mais cette mascarade de visite, cette violation du peu d'intimité que le patient peut avoir en psychiatrie, cette intrusion dans sa chambre avec tout ce monde, et ce jugement posé sur un entretien par un inconnu, sans tenir compte de l'avis du CCA et de l'interne... c'en était trop.

Teddy a fini sous neuroleptiques, sans surprise, et la brièveté des stages ne me permet pas de dire s'il va mieux aujourd'hui.

Le jour de l'évaluation, comme prévu, j'ai payé mon impudence.

Ma co-externe sort du bureau, elle me rassure en me disant qu'il ne pose que des questions faciles.

J'entre à mon tour. Il m'accueille avec des banalités: est ce que j'ai apprécié mon stage, est-ce que j'ai envie de faire de la psychiatrie... puis il entre dans le vif du sujet. Je dois présenter un patient. Je lui présente donc Teddy. Parce que je ne peux pas m'en empêcher, et parce que Teddy est, de mes patients, le plus captivant.

Il essaie de me faire énumérer les critères de mauvais pronostic de la BDA et de me pousser à dire qu'il s'agit d'une entrée dans la schizophrénie. Je lui énumère malgré moi les critères de bon pronostic et défend l'hypothèse que Teddy va peut être s'en sortir avec du soutien.

Alors il m'attaque sur la pharmacologie.

« -Quel antipsychotique proposes tu pour une schizophrénie résistante?

-La Clozapine.

-Le nom commercial?

-Leponex.

-Un effet indésirable grave du Leponex ?

-L'agranulocytose.

-Et donc ?

-Surveillance de la NFS 1 fois par semaine...

-Non. Une fois par semaine pendant les 18 premières semaines et au moins toutes les quatre semaines par la suite.

-Ok... »

Il me fixe. Sa peau grasse étincelle sous les néons. Il sue. Peut-être n'arrive-t-il pas à se mentir sur sa malhonnêteté.

Je m'en vais, relativement furieuse. Plus tard, je découvre ma note: 14. La pire note jamais eue en stage, en ce qui me concerne. Ma co-externe a eut 17. Et je sais que ça n'est pas le CCA qui a fait la différence.

L'ouvrir en stage coûte donc 3 points. Et bien, soit.

Internat - Urgences

« Consent à la brisure, c'est là que germera ton trop plein de creve-coeur, que passera un jour à ton insu la brise. » François Cheng

Ces deux dernières semaines, j'ai pris la mesure du poids des mots. Des mots que je dois prononcer, comme des condamnations. Des mots qui font basculer la vie de ces gens inconnus, et soudain si proches de moi, que sont mes patients.

Je me suis souvent félicitée de faire preuve d'une grande empathie dans mon métier, sans tomber dans la compassion. J'étais fière de cette empathie très forte, et fière de tenir le coup sans sombrer dans la souffrance des autres.

En fait, je pense que c'était plutôt un état de fait qu'une qualité. J'avais alors trop de fatigue et de soucis pour être en mesure de recevoir cette

souffrance. Elle ne pouvait pas entrer, simplement parce que la coupe était déjà pleine. À Roanne, elle l'était tellement que même l'empathie la plus élémentaire commençait à me faire défaut. Et là, en Ardèche, sous le soleil, baignant dans l'odeur des pins et des figuiers, éblouie par la beauté des montagnes, bercée par l'accent de mes collègues qui a un goût de vacances, je me prends à être heureuse à nouveau.

« La blessure est l'endroit où la lumière entre en vous ». Cette phrase de Rumî raisonne dans ma tête avec la voix de celui qui me l'a dite, mon co-interne de pédiatrie. Le seul qui alors avait vu combien j'étais proche de tout abandonner.

Et me voilà aujourd'hui, j'ai le coeur léger en allant travailler et un sentiment de fierté en rentrant chez moi. Je dis « chez moi », parce que oui, ici, je me sens déjà un peu plus chez moi en un mois qu'à Roanne en six. Et je ressens de la sympathie pour les gens que je rencontre. Y compris les patients. Il faut avouer malgré tout qu'ici les gens sont objectivement plus sympathiques. En tous les cas, je ne me sens plus si hermétique à ce qui peut leur arriver.

Pour la première fois depuis mes premiers pas à l'hôpital, je suis émue, profondément, par les maux qui touchent les gens que je soigne. Emue au point d'en être attristée. Au point d'en verser des larmes.

La montagne, en me protégeant soudain de la folie du monde et de la violence de mon passé, m'a rendu mes sentiments les plus beaux, et ôté la peur du jugement.

*« Chez moi, les montagnes sont les plus grands refuges
De ces poètes errants abominant les juges »
Vincent Urban*

3 histoires de couples

« Il aimait la mort, elle aimait la vie. Il a vécu pour elle, elle est morte pour lui. »

« Je promets de t'aimer »

« Elle vient pour une infection urinaire... mais sa BU est négative. Mais elle a toujours mal au ventre. » me raconte l'étudiant infirmier.

« BU négative ? Eh bien déjà ça n'est pas une infection urinaire. »

Je ne suis pas très emballée. Douleur abdominale chez une femme, c'est souvent pénible, mais rarement urgent. J'y vais avec le sourire, pourtant, je me présente, je pose les questions habituelles.... Appendicectomie dans

l'enfance. Hystérectomie il y a 30 ans, il reste un seul ovaire. Traitement hormonal substitutif pendant 30 ans.

Je lui demande de tout me raconter depuis le début. Ça fait un mois que ça dure, et ça ressemble fortement à des troubles fonctionnels intestinaux. Son généraliste a traité une infection urinaire sur un ECBU manifestement contaminé. Passons. Elle a aussi fait une échographie... « plaque sus-vésicale de 30x60mm pouvant évoquer un épaississement pariétal ». Ça ne veut rien dire. Place à la clinique : le ventre est souple, pas d'organomégalie... ah, non, pas si souple. Une sorte de défense en fosse iliaque droite. Et le cadran pelvien est comme induré. En fait, toute la partie pelvienne est pour ainsi dire empâtée, sensible. J'ai un mauvais pressentiment en touchant ce ventre. Je prends la pile d'exams complémentaires qu'elle a amenée avec elle et je lui dis que je vais me pencher là-dessus pour décider de ce qu'on va faire aujourd'hui. Je lui souris, elle me sourit, elle me dit merci, et je vais dans le bureau.

Effectivement, ça pourrait être des TFI, déclenchés par l'arrêt du traitement hormonal il y a un mois. Ou une diverticulite ? Mais avec un syndrome inflammatoire vraiment faible, alors... Non, vraiment, j'ai le mot cancer à l'esprit, et je sais qu'il n'est pas là pour rien.

Je raconte le cas à mon chef du jour, un ardéchois solide, un peu brusque, et pour qui j'ai une admiration et une affection particulière. Il va voir la patiente, pose la main sur son ventre, feuillète les exams, colle son front contre l'étagère de la chambre et entre dans une espèce de méditation hirsute, sa manière de réfléchir. Puis il lâche « scanner ».

Les images arrivent sur le PACS. Je n'ai pas le compte-rendu mais je me dis qu'un peu d'entraînement ne peut pas faire de mal. Et puis, je sais ce que je cherche. Et effectivement, même en étant nul en imagerie, je vois bien que ça cloche. Il y a dans l'étage pelvien beaucoup d'opacités qui ne devraient pas y être. Et un épanchement péri-hépatique, aussi. « Carcinose péritonéale », je pense. J'éprouve une sensation désagréable : la satisfaction du médecin d'avoir vu juste, l'amertume de l'humain qui voudrait avoir eu tort. Je pense aux premiers mots de la patiente quand je suis entrée dans la chambre : « Je fais de la randonnée, je suis en pleine forme, je suis très tonique ». Comme si elle avait senti venir le coup, comme si elle conjurait d'ores et déjà ce diagnostic, l'écartait d'un revers de sa main de femme de 70 ans qui en paraît 50, ça ne colle pas, parce que je vais bien, moi. Le déni avant l'annonce. Si elle n'avait pas craint quelque chose de grave, pourquoi aurait-elle insisté sur sa bonne santé alors qu'elle venait nous « déranger » aux urgences ?

Le compte rendu tombe, confirmant mon diagnostic autant que faire se peut avant l'histologie. Je préviens le chef. Je lui demande ce que je dois

dire à la patiente ; car on nous dit toujours que le diagnostic n'est posé que sur l'histologie, mais je me doute qu'il faut bien lui dire ce qu'on suspecte. « Je vais y aller avec toi », me répond-il. Ici, les chefs ne sont pas du genre à nous abandonner, on dirait.

Il entre dans la chambre. La dame n'est plus seule. Son compagnon est là, avec elle. « Bon, y'a quelque chose. » Il dit que le scanner n'est pas normal, que ça n'augure rien de bon. Il dit le mot, le mot tant redouté, le mot qui tombe comme un couperet, qui tranche l'air de la pièce et la vie de Mme Marchand. « Je savais bien qu'il y avait quelque chose », dit-elle, vaillante, quoique semblant quelque peu résignée. Lui semble sur le point de s'effondrer.

Je retourne dans le bureau avec le chef, qui marche devant moi d'un pas décidé et sans faire d'états d'âme. Arrivés dans le bureau, il se retourne pourtant, il me jette un regard bref, comme pour vérifier que j'ai encore la tête sur les épaules, puis, dans un effort de pédagogie et pour paraître moins asocial, il me dit : « Tu vois, moi, je leur dis les choses. Il faut leur dire les choses. »

Je trouve à ma patiente une place en service d'oncologie. Et lorsque je retourne lui annoncer, son compagnon m'intercepte dans le couloir. Il me dit, bouleversé, qu'il a perdu sa première femme d'un cancer. Et que sa compagne, il l'aime, et qu'il veut savoir la vérité. « Est ce que c'est un cancer ? » « On ne peut pas affirmer qu'il s'agisse d'un cancer tant qu'on n'en a pas prélevé un morceau pour l'analyser, mais c'est l'hypothèse la plus probable que nous ayons actuellement. » « Et si c'est un cancer, est ce que c'est grave ? » J'hésite. On est au milieu du couloir, mes cours sur la consultation d'annonce, sur le secret médical... tout ça me semble d'un bien piètre secours, d'un coup. « Oui », je lui réponds, en le regardant dans les yeux. « Oui, c'est grave ». Il étouffe un sanglot. Il me prend la main. « Vous êtes gentille. Vous êtes gentille. Vous êtes gentille » me répète-t-il, comme pour réprimer son ambivalence, et la haine qu'il pourrait déverser sur celle dont les mots ont le pouvoir de faire basculer sa vie du bonheur au malheur le plus profond. Alors je pose mes mains sur ses bras, je lui dis que je suis désolée. L'étudiant infirmier est derrière moi. Il m'accompagne dans la chambre de la patiente, lui enlève sa perfusion. Elle le remercie, et il a l'air aussi navré d'être remercié pour ça que je l'étais d'être qualifiée de gentille pour ce que j'avais dit plus tôt.

Nous retournons dans le bureau.

« -Ça va? - souffle-t-il à mon intention.

-Bof... et toi ?

-Bof.

-Oui, c'est ça. »

Et la journée a repris son cours pour lui et pour moi, tandis qu'à deux pas de là, dans la chambre cinq, le temps s'est arrêté.

« *Dans la santé comme dans la maladie...* »

Semaine aux urgences.

Il est en chambre une.

Elle est en salle d'attente.

Il pleure.

Elle pleure aussi.

Il a Alzheimer.

Elle a passé 50 ans de sa vie à partager la sienne.

« Il a tapé une crise à la maison. On n'en sait pas plus. »

Je vais voir la femme en salle d'attente. Je lui propose de venir dans le bureau, et de me raconter.

Tout se passait bien, jusqu'à maintenant. La maladie se faisait une place dans leur quotidien dans leur quotidien, sans parvenir à éloigner ces deux âmes que les longues années de vie commune avaient entrelacés et qui se resserraient autours de rituels et d'habitudes, empêchant ainsi la démence de s'insinuer entre eux.

Et puis, un heureux événement : la naissance d'un petit fils, là-bas, en Alsace. Elle sait bien qu'il ne peut entreprendre un tel voyage, alors elle le confie à un hôpital local, pour une petite semaine, le temps d'aller rencontrer cet autre membre de la famille, de cette génération qui semble la pousser elle, et son pauvre mari, hors du nid.

Une semaine, et tout bascule. Lorsqu'elle revient, il a l'air perdu, abandonné, alors elle le ramène chez eux, elle lui raconte leur vie, ses habitudes, son fauteuil devant la télévision, le tour de France. Il a l'air heureux. Il lui dit merci, merci de prendre soin de lui. Il a de la chance, de l'avoir auprès de lui. Elle est émue. Et puis, le lendemain, elle se réveille à côté d'un étranger. Un homme dur et froid qui ne lui parle pas. Elle essaie, pourtant, elle lui parle doucement. Elle pose sa main sur la sienne, mais il entre dans une rage terrifiante, il casse, il jette, il a des mots durs. Alors elle appelle les secours et se retrouve ici.

Elle sanglote en me racontant son histoire. « Il n'est pas comme ça, vous savez, c'est un homme très doux... Avant que les pompiers arrivent, il s'est calmé. Et après un long silence, il a dit : « je ne sais pas comment j'ai pu me montrer aussi violent. Ça n'est pas moi, ça. » » Elle pleure, et moi je lui prends les mains, faute de mieux.

Je vais le voir, lui. Il regarde devant lui, d'un air abattu. Avec un semblant de cohérence, il me fait entendre sa culpabilité et sa honte face à l'homme qu'il devient, cette inconnu, cet Alzheimer qui s'est glissé entre lui et son épouse, jusque dans leur lit. Puis il se tait. Il n'arrive plus à parler. C'est trop dur.

Enfin, en accord avec son épouse, un placement en EHPAD est décidé. Elle pleure beaucoup, mais elle n'a plus la force. Elle se fait vieille, elle aussi, et elle a peur. Peur d'en arriver à détester cet homme qui a partagé sa vie et qui maintenant menace de lui jeter les débris de leur mariage à la figure, tous les objets amassés ensemble dans cette grande maison...

« Elle aurait dû comprendre la leçon. Les gens sont bêtes. », rationalise mon chef. Mais je ne le comprends pas. Je crois que je la comprends, elle.

« jusqu'à ce que la mort nous sépare »

9h du matin. Je débarque à l'UHCD, le sourire aux lèvres, parce que la vie est belle en Ardèche.

L'infirmière me propose une relève, que je prends, tandis qu'elle me raconte un peu quels patients je vais devoir caser à tous pris aujourd'hui. Car l'UHCD, c'est comme tétis, en un peu plus chiant. Les patients sont des formes compliquées et toutes différentes, et je dois leur trouver à tous une place avant 18h.

« Chambre 5, une dame de 80 ans, qui a fait un AVC hémorragique sous AVK. J'ai écrit soins palliatifs mais bon, personne ne l'a encore acté, hein. » Effectivement, inondation ventriculaire et engagement temporel, voilà qui ne laisse rien présager de bon. Il y a pourtant un glasgow 8 sur ma relève. Je vais examiner cette patiente : elle est dans le coma, elle a un Babinsky bilatéral, elle est paralysée du côté gauche, les pupilles sont aréactives et le Glasgow à 3.

Je reviens dans le bureau. Le cardiologue appelle : « Oui, tu as une de mes patientes chez toi. Bon, elle avait les AVK pour une ACFA, avec un INR à 3,6. C'est un peu trop, mais bon, pas tant que ça... bon, en tout cas, j'en assume la responsabilité, si jamais il faut que je la prenne en charge. Mais appelle d'abord le neurologue, pour voir s'il n'y a pas besoin quand même d'un avis neurochir. »

Je fais descendre le neurologue : pour lui, c'est plié.

Je fais descendre le cardiologue : pour lui, c'est soins palliatifs.

Je fais descendre les soins palliatifs, car il n'y a pas de lits disponibles en palliatifs en gériatrie. Entre temps, le fils et le mari de ma patiente sont arrivés. C'est donc avec un certain soulagement que je laisse l'équipe mobile de soins palliatifs s'occuper d'expliquer la situation, tandis que je poursuis ma mission de vidange du service. La femme médecin de l'équipe est grande et élégante, d'un certain âge, elle a l'air intelligente et compréhensive comme les gens qui choisissent les soins palliatifs en général. Elle vient m'indiquer quels traitements de confort prescrire avant de s'en aller.

La journée avance, il est 17h30, j'ai vidé le service à l'exception de ma pauvre patiente de soins palliatifs, qui reste ici cette nuit, et qui ira demain en cardiologie ou à la morgue. Je songe à m'en aller quand l'infirmière vient me voir d'un air navré : « Je crois qu'il faut que tu ailles voir la dame du 5... parce que tu sais, là, elle commence à bouger les jambes, à se gratter... Et le petit papinou, il pense qu'il y a de l'espoir, du coup... je lui ai un peu expliqué les choses, mais bon, à un moment, les gens, il leur faut un Docteur. »

« Mais moi, je ne suis pas Docteur... » Je murmure, un peu désemparée. En plus, la neurologie, c'est loin. J'essaie de préparer ce que je vais dire, puisque pas la peine de compter sur le « senior » officiellement responsable de l'UHCD, un remplaçant anesthésiste qui travaille en soins intensifs à côté et n'est pas plus médecin que moi je suis plombier. Et puis je me rends compte que j'ai surtout peur de ne pas être assez au clair avec le pronostic et les symptômes, de voir moi aussi un « bon signe » dans cette brève récupération et de leur donner de faux espoir. J'ai peu qu'on ait abandonné trop vite et qu'il faille tenter quelque chose... Je vais chercher un chef que j'aime bien aux urgences. C'est notre chef responsable des internes. Et par chance, il travaille aujourd'hui. Alors j'y vais avec un air piteux et je lui dis que je suis désolée de le déranger mais... « oui, je sais, cette semaine, t'es pas du tout seniorisée. T'inquiètes pas, je vais venir. »

Il me rejoint à l'UHCD quelques minutes plus tard. Il revoit le scanner, le dossier, la patiente : non, vraiment, c'est la fin des haricots. Il m'explique comment ça marche, la récupération, et que de toute façon, la seule indication de l'évacuation serait de sauver la vie, mais que ça n'aide pas à récupérer. Et que les traitements que j'ai prescrits n'empêcheront pas de récupérer si cela devait arriver. Puis il va chercher la famille et nous nous installons tous les 4 dans la salle de repos : le mari, le fils, le chef et l'interne.

Le chef leur explique avec des mots simples et précis ce qu'il m'a expliqué plus tôt. Il est calme et posé. Le fils a l'air inquiet, presque effrayé, dans sa

posture, ses yeux écarquillés. Il pose un coude sur la table, ce qui, dans son costume d'homme d'affaire, lui donne des aires de marchandages; mais il n'en fait rien. Il questionne seulement. Puis il dit « vous savez, la voir comme ça, c'est dur ». Le mari, lui, n'a pas l'air effrayé. Il fixe le centre de la table avec ses yeux bleus voilés, son beau visage de vieillard empreint de tristesse et de douceur. Il a l'air perdu. Finalement, il lève les yeux et tombe dans les miens, et il dit « Vous savez, ma femme, elle était... formidable. Sur tous les plans. Et c'était elle qui gérait tout. Je ne sais pas ce que je vais faire sans elle. » Ma gorge se serre. Le chef pose sa main sur la sienne. Et sur le coup, je l'admire pour ça, pour oser le contact et l'empathie sans pour autant paraître trop affecté. Pour oser toucher du doigt cette souffrance à l'état pur qui paraît soudain si effrayante, si insupportable. L'entretien s'achève. Nous retournons tous les deux dans le bureau. Il modifie les traitements. Moi, je suis assise derrière lui. Deux grosses larmes roulent le long de mes joues.

« Ça m'a retournée, je suis désolée... »

L'infirmière et l'AS me rassurent en me disant que c'est normal, que ça prouve que j'ai un cœur, que ça arrive. Le chef est plutôt rassurant lui aussi. Il me dit de passer le voir quand j'ai fini. Moi, après 6 mois à Roanne, j'y vais à reculons en me disant qu'il va m'engueuler. Mais non, il voulait juste savoir si ça allait. Alors je lui dis que ça va et je rentre chez moi. Mais le souvenir du visage de ce vieil homme et ses paroles me restent dans la tête tandis que je pars faire des courses. Une fois à la biocoop, je passe et repasse devant les kiwis sans parvenir à planifier assez mon action pour prendre un sac, les mettre dedans... Pourtant je sais bien que si je suis là c'est que je dois interagir avec les kiwis. Toute cette histoire m'a rendue apraxique. C'est là qu'un jeune homme aux yeux bleus, une sorte de hippie aux cheveux tous bouclés et au visage couvert de taches de rousseur, me dit bonjour. Puis il me propose un câlin et une soirée ciné avec ses amis et sa copine. Ah, oui, c'est vrai, on est en Ardèche, et j'ai 26 ans aujourd'hui...

Amen

Je n'ai pas parlé de ces histoires avec les médecins. Je n'ai pas vraiment exprimé mon ressenti.

Je pense qu'une partie de moi a peur de paraître faible devant ces urgentistes au cuir tanné, aux yeux patinés de la souffrance des autres. Je veux vraiment être des leurs, parce que je les admire et que sans leur soutien, je me sentirais perdue ici.

De plus, j'ai peur de leur réponse : « Il faut t'endurcir », serait le plus probable. Et je trouve cette réponse un peu inutile, un peu indigne de l'image que j'ai d'eux. Un peu simpliste aussi. Il ne s'agit pas de devenir dur. Et s'ils me parlent d'empathie et de sympathie, de compassion... tous ces mots que je ne connais que trop bien, on va vite tomber dans les lieux communs. Je préfère osciller doucement jusqu'à trouver mon équilibre, entre rudesse et sensiblerie...

Un équilibre indispensable à trouver dans ce genre de situation où, finalement, ce qui nous affecte, c'est de faire le parallèle avec notre propre vie. Un parallèle inutile et dangereux. Inutile parce que la souffrance des patients et la singularité de leur histoire est parfois la seule chose qui leur reste. Il ne s'agit surtout pas d'aller leur dire que je comprends puisque moi aussi j'ai souffert... rien ne vaut ma souffrance et ma souffrance ne vaut rien pour eux. Dangereux parce qu'il est douloureux de se rappeler constamment la finitude de ceux qu'on aime, et la sienne propre. Ce vieil homme qui semblait si perdu sans sa femme pourrait être mon père. Le fait que cette histoire me soit contée le jour de mon anniversaire me rappelle que mes parents ne sont pas éternels. Et tous ces couples que la maladie sépare me rappelle que la maladie des autres me sépare des miens.

Et la séparation, lorsqu'on a perdu l'insouciance naturelle de ceux qui n'ont pas connu la mort d'un être cher, est insupportable. Lorsqu'on a perdu cette pensée magique du « ça n'arrive qu'aux autres » et qui protège le cercle des gens qui nous sont vraiment proches, l'éloignement est perçu comme un risque permanent, celui de n'avoir pas été là.

Me vient alors une remise en question douloureuse du sens de ma vie: être séparée de ceux que j'aime, pour être celle qui annonce à d'autre la séparation d'avec ceux qu'ils aiment, l'oiseau de malheur aux paroles irréversibles, indélébiles.

Je songe à tout ça en descendant à la gare de Montélimar, en route pour la Normandie, vers ceux auxquels il peut tout arriver dorénavant et qui me manquent beaucoup trop.

J'attends ma correspondance en buvant un thé. Dans la buvette, ça se la joue rétro. Après une chanson de Gainsbourg un peu pénible, je reconnais une chanson que j'ai déjà entendu dans mon enfance... « Les paroles, les paroles, les paroles.... rien que des mots, toujours des mots... »

« Rien que des mots ». Je me revois dans la chambre de Madame Marchand. « Cancer », a-dit le chef. Rien qu'un mot. Un mot, puis rien.

Comme le dit ma meilleure amie : « Quand la personne avec laquelle tu as partagé ta vie meurt, toute ta vie devient un souvenir ». Et c'est

précisément ça. Cette personne, cet autre, ce membre du couple comme la moitié d'un corps unique, celle qui donne sens et matière à toute une vie de souvenir, qui concrétise chaque moment passé, cette personne emporte avec elle la part de réel, la certitude que tout est bien vrai, que tout a été, est et sera. Lorsque l'on ne peut plus se raconter à deux la vie qu'on a vécue, les moments partagés ensemble, lorsque le témoin de nos souvenirs s'éteint, que sont ces souvenirs, sinon des suppositions, des hypothèses, des rêves, qui sait ? La nourriture remâchée sans relâche d'une mémoire qui tourne sur elle-même dans un écrin de solitude.

Alzheimer, mon amour

Juliette, 80 ans.

Juliette est, une fois de plus, dans un lit de l'UHCD parce qu'elle est tombée chez elle.

Enfin, quand je dis dans un lit, c'est une façon de parler.

Juliette, fidèle à elle-même, déambule dans le service, vérifie des trucs, déplace des machins, dit des choses.

J'aime bien Juliette. C'est la 2e fois que je la vois à l'UHCD depuis mon arrivée, mais il y en a eut d'autres. Étrange petite dame qui semble perdue dans un univers incompréhensible, Alice aux Pays des Protéines TAU.

Quand Juliette s'approche dangereusement de la sortie du service ou quand l'infirmière a peur qu'elle tombe à force d'inspecter le dessous des chariots, elle lui propose de venir s'asseoir à côté de moi. Alors je l'invite sur la chaise juste à ma droite, et je l'écoute raconter des choses.

« Ce petit cheval. Je vais aller le retrouver. C'était un pied de verveine, oui. »

Elle regarde ses chaussons abîmés.

« Je peux les garder, il manque juste un petit coup de raisin. »

Elle me prend la main, la presse contre son cœur, l'embrasse.

« Profitez-en. Moi j'ai été punie, le Morrieu ou je ne sais quoi, parce que j'étais formidable... en tout vous savez. En intellectuel moins, mais aussi. »

Elle me raconte des histoires qui n'ont rien à envier au Jabberwocky.

« Il faut que je vive autrement... parce que j'attrape des gants, les... je ne sais pas quoi faire. Le mieux serait de m'en tirer. De me tuer.

Même Madeleine, qui attrape des câbles... elle ne me regarde plus.

C'était en janvier. C'était terrible.

Je vais demander à mon fils de m'apporter des raisins.

Il faut que je descende seule ? Vraiment ?

Je vais retourner à la cuisine.

Je vais voir s'il y a une auberge de prête. »

Et pourtant... pourtant, dans l'intonation, dans la structure de la phrase, dans l'émotion qu'elle y met où les gestes qu'elle fait, il me semble comprendre ce qu'elle veut dire. Juliette a l'air gentille. Et je crois qu'elle m'aime bien, parce que moi aussi, quand je la regarde, avec son coquard autour de l'oeil gauche et ses grands yeux étonnés, j'ai l'air gentille.

Cette fois, Juliette ne s'est rien cassé, et son état neurologique est parfaitement stable.

J'appelle le mari de Juliette pour lui dire qu'elle va bien et qu'elle peut rentrer chez elle. Un homme me répond d'une belle voix grave où perce une pointe d'enthousiasme, un soupçon d'ironie et beaucoup de tendresse : « ah, et bien, j'arrive tout de suite! ».

Juliette inspecte les stocks sous le regard vigilant de l'aide-soignante lorsqu'un homme très grand, qui semble ne pas avoir plus de 60 ou 70 ans avec sa carrure imposante et ses cheveux noirs et gris. Je souris pour l'inciter à me dire ce qu'il cherche. « Je viens chercher mon épouse, Juliette », dit-il en souriant. En entendant sa voix, Juliette se retourne et vient à sa rencontre. Elle sourit, elle aussi. « Eh bah, tu m'as fait une sacrée peur, ma petite boxeuse », dit-il avec une tendresse presque paternelle en voyant son masque de raton laveur. Juliette hésite un instant, le regarde, et, coquette, lui demande : « tu aimes ? »... « Je t'aime tout le temps », lui dit-il en lui prenant les mains. « Tu es vraiment un gros amour », ajoute-t-elle finalement, rayonnante.

Et les voilà partis, bras dessus bras dessous, lui immense et elle toute petite, lui en pleine forme et elle toute vieillie, eux amoureux, sous les yeux surpris et émus de l'infirmière, de l'aide-soignante et de l'interne.

Internat - Soins somatiques en psychiatrie

« L'ingratitude est comme la rose qui pique ceux qui la cultive. »

Pierre-Claude-Victor Boiste

« On a dit à Mr C que tu passerais le voir aujourd'hui... il a toujours mal au ventre, il se plaint encore de ses jambes et il parle aussi de ses boutons. » Et un tiret de plus sur ma to-do liste déjà longue comme le bras du vendredi juste avant Noël, ce fameux vendredi où on a un train à prendre et où on voudrait partir tôt... Je ne vois pas ce qui pourrait arriver de pire. Je ronge mon frein pendant les trois réunions du matin (oui, d'habitude, c'est deux, sauf que là, c'est la loi de Murphy, y'en a trois), et j'annonce à l'externe, comme pour officialiser la chose (et pour me faire plaindre un

peu), que je vais sauter le déjeuner. Puis je me mets à courir dans tous les sens pour aller voir tous les patients de ma liste...

« Bonjour Mme P ! Comment ça va? Le Dr S m'a dit que vous étiez constipée... ah, ça va mieux ? Vous n'avez plus mal au ventre ? Bon, c'est super, à la semaine prochaine ! » et autres échanges passionnant s'enchaînent à la vitesse grand V, puis je m'attaque aux entrées du jour (beaucoup plus long), aux dossiers à compléter, et enfin aux coups de fil à passer et autres rendez-vous à fixer...

Je passe bien 1h sur le cas de Mr C. Mr C a mal aux jambes. Il a déjà vu un neurologue, il a déjà eu des tas d'exams... et tout ce qu'on a trouvé, c'est des angiomes vertébraux. Moi, je n'y connais rien en angiomes vertébraux. Alors j'appelle au CHU pour avoir sa neurologue, qui est en arrêt, le secrétariat me renvoie à la consultation de neurologie à l'hôpital de neurologie, qui me renvoie au service, où une infirmière furax me donne la ligne des internes, qui ne répondent pas... et je retombe sur un standard, qui me renvoie à la hotline de neurologie, qui m'adresse à la consultation de neurochirurgie, qui me donne la hotline de neurochirurgie, qui finalement me renvoie à la consultation pour que je prenne rendez-vous. Sur ce, j'ai enfin un rendez-vous pour mon patient et la certitude qu'il n'est pas en danger et que rien ne presse. Entre temps, j'ai aussi programmé une consultation de prise en charge de la douleur. Forte de ces résultats, je me décide à aller voir Mr C. Et allez savoir si le bougre a senti que j'étais pressée ce jour-là, ou si je tombais juste au mauvais moment de son cycle up and down... Mais Mr C, d'ordinaire tendu mais se laissant amadouer par mon côté marginal... Mr C m'explose à la figure, ce jour-là.

J'entre dans la chambre en souriant, je lui dis bonjour, je prends de ses nouvelles... Lui, il ne sourit pas. Il a le regard glacial et la mâchoire crispée. Tandis que je tente de lui expliquer la suite des événements, il va et vient dans la pièce, soulève l'oreiller, regarde derrière les portes, vérifie plusieurs fois.

Il finit par éclater : il insulte les médecins incompetents qui l'ont pris en charge jusqu'à maintenant.

Il me montre d'un air outré trois malheureux boutons rouges sur son ventre en scandant qu'il y en a partout, il finit par me traiter indirectement de salope.

Il se fait plus menaçant, ses allées et venues s'accélèrent et ses circonvolutions tendent à m'encercler. Mon instinct me dicte deux choses : ne reste pas là, n'aies pas l'air de fuir comme une proie.

« Je pense que vous êtes énervé, maintenant, M.C. Je repasserais vous voir plus tard si vous avez des questions, pour le moment je vous laisse. »

Je sors de la chambre en tâchant de conserver calme et assurance.

« *-Ce n'est pas un calembour au moins ?*

-Non, Sir, c'est un jeu de mot ! »

Ridicule

Mr T, patient psychotique vivant en foyer de réhabilitation... « De Transition, c'est-pas pareil », coupe Mr T. Soit.

Mr T est alcoolique. Et, pour ce que j'en sais, il fume des joints.

« Avez-vous fait l'échographie du foie qu'on vous a demandé la dernière fois ? »

« Non. »

« Et pourquoi donc ? »

« Parce que c'est les infirmières du foyer qui ont l'ordonnance, c'est elles qui devaient organiser. »

« Et vous leur avez rappelé ? »

« Non. »

« Bon, mais, vous l'avez dit vous-même, le foyer, c'est temporaire. Mais à quoi ça sert, Mr T ? Pour sortir du foyer, il faut être...? »

Silence.

« Au...? »

Silence.

« Auto...? »

« Au taux zéro ? »

Ma chef éclate de rire. Et moi aussi.

« On voulait vous faire dire Autonome, Mr T... Mais au taux zéro, c'est vrai aussi ! »

« Allez tranquillement parmi le vacarme et la hâte, et souvenez-vous de la paix qui peut exister dans le silence. Sans aliénation, vivez autant que possible en bons termes avec toute personne. Dites doucement et clairement votre vérité. Écoutez les autres, même le simple d'esprit et l'ignorant ; ils ont eux aussi leur histoire. »

Max Ehrmann

Il y a, entre l'esprit sain et la folie, entre la névrose et la psychose, un continuum moins qu'évident. Mais c'est cette continuité que je perçois dorénavant avec une

acuité toute subjective, sensitive, instinctive presque, avec une empathie dangereuse. Pour supporter cela, il faut soit s'écouter moins, soit écouter moins l'autre. Soit, comme le font les psychiatres du Vinatier, noyer le doute dans un flot ininterrompu de réunions et soumettre ses élans internes au joug de la susceptibilité de tout un chacun ici.

Mais en dépit de la prudence qu'il y a dans la recherche du silence, en dépit de la déconstruction qu'on opère en réunion, il y a des rencontres qui nous touchent et font ressurgir nos émotions.

Des rencontres comme Minnie, 70 ans.

Minnie est une femme toute petite et toute fluette, qui se déplace à tous petits pas, et parle d'une toute petite voix.

Victime d'un mari médecin qui semble s'être fait la main sur elle, elle s'est fanée trop vite et s'est laissée emporter par la psychose.

Alors elle est ici, à Wonderland. Et il faut avouer qu'elle n'a pas toujours l'air très à sa place, entre les grands schizophrènes à la symptomatologie bruyante et les jeunes délinquants accro au cannabis. Elle semble toujours un peu perdu quand on la croise dans le couloir, elle masque son désarroi derrière un sourire attendrissant et son incompréhension derrière une hypothétique surdité, du reste très sélective, qui fait le tri dans nos paroles plutôt que dans les décibels.

Minnie a beaucoup lu. Elle a mémorisé des mots, des phrases et des pages entières parfois. Elle ne possède pas grand chose, mais il lui reste cela. Alors elle cherche dans les mots qui la bercent un fil d'ariane qui lui permettrait de remonter jusqu'à elle-même. Elle cherche dans les citations des livres qui l'accompagnaient l'essence de la personne qu'elle était. Quelle étrange mémoire que la sienne qui désormais efface sa famille et lui récite des poèmes.

Elle perd la vue, elle perd l'ouï, elle perd la mémoire et elle cherche du sens. Quelle terreur pour cette femme qui observe et qui pense, femme curieuse et cultivée qui se voit peu à peu diminuer. Par-delà la maladie, le temps et la sénilité, elle donne du sens à ses maux, à l'aide des mots qui la traversent. Si elle n'entends plus, c'est qu'elle en a déjà trop entendu. Si elle ne voit plus, c'est qu'elle en a déjà trop vu.

La folie de Minnie est une chute à travers les branches de l'arbre d'une vie. Comme Alice tombant à travers le terrier du lapin blanc, croisant sur son chemin des objets familiers à travers l'étrangeté, des bribes de sens dans le chaos.

Aujourd'hui, Minnie est plus désorganisée que d'ordinaire. Elle est pour ainsi dire totalement déboussolée. Comme Mme R. a fait un AVC, la

psychologue est inquiète: elle n'arrive plus à lire l'heure, elle ne sait plus où trouver son bureau... Je vais donc la trouver dans sa chambre.

Elle m'accueille en tremblant, et sans se départir de son sourire, se lance dans un torrent d'explications confuses où transparait une anxiété démesurée.

Il y a les gens, ceux qui sont vraiment là, et ceux qui sont dans ses souvenirs. Il y a les interactions, celles qu'elle a avec les autres patients et qui semblent donner un aspect tangible à sa propre existence, celles qui sont passées et dont elle ne saurait dire si elles étaient réels ou non. Et comme tout instant devient, à la seconde suivante, un morceau du passé dont seule sa mémoire défaillante peut faire acte, elle est totalement perdue. Il y a le réel et l'imaginaire, le passé et le présent, les rêves et les souvenirs. Il y a maintenant et jamais, les gens et l'AVC, le temps et les sourires, la psychologue et l'appareil auditif, le cancer et l'espace. Toutes choses qui s'opposent sur les deux plateaux d'une même balance, et puis d'autres qui n'ont rien à voir entre elles et qu'elle confronte dans un tourbillon confus d'associations obscures.

L'examen neurologique était normal, aussi c'est assise à côté d'elle que j'écoute les remous du cours de sa pensée qui se délite, et il me semble percevoir dans tout cela l'écho de ce que je ressens parfois le soir, lorsque la lune brille et que je rentre trop tard. Lorsque le bourdonnement incessant dans ma tête cesse d'être un bruit de fond et s'impose à ma conscience, que les morceaux de ma personnalité se personnifient et se parlent, que les animaux s'agitent et que les gens s'animent, que les courants d'air font voler en éclat l'équilibre fragile des voix et des images qui s'entremêlent, des conversations imaginées, des souvenirs, des poèmes, des calculs de distance et de temps, et des chants qui jamais ne se taisent, de tout ce que j'invente et de tout ce que je mémorise malgré moi et qui s'emmêle comme du lierre autour de mes sens.

Je lui souris et je lui dis que je comprends. «Votre esprit, c'est comme une grande bibliothèque, dans laquelle vous rangez les événements, les gens, les souvenirs, les rêves, la réalité. Et là, tous les livres sont éparpillés, la fenêtre est grande ouverte, le vent s'engouffre dedans, fait voler en tous sens les pages des livres. C'est effrayant, mais ça n'est pas grave. Tout est là, rien n'est perdu. Respirez profondément, calmez-vous, et prenez le temps de ranger les choses. Moi, je suis là, toute l'équipe est là pour s'occuper de vous pendant que vous prenez le temps de ranger les livres. » Elle me regarde, elle sourit davantage et hoche la tête. « Oui, c'est ça » me dit-elle. Elle inspire profondément. Elle tremble un peu moins. « J'espère que ça va revenir, que je ne vais pas rester comme ça. » Puis elle ajoute : « Merci ».

Dix minutes plus tard, Minnie s'est rendue seule jusqu'au bureau de la psychologue. Et elle ne s'est pas perdue en route.

Je continue à voir Minnie régulièrement les jours suivants.

C'est toujours le même rituel. Je la trouve souvent en train d'écrire dans sa chambre. Elle me sourit en me voyant entrer, je m'assois au bord du lit et nous discutons. Elle endort mes exigences en me berçant de citation. Lorsque je réponds sur le ton de la conversation nos échanges se poursuivent et elle retrouve une parfaite audition. Lorsque j'aborde certains problèmes, elle n'entend plus et s'excuse en me disant « Tout ce que je sais, c'est que je ne sais rien... Socrate ».

J'essaie d'adapter la prise en charge à ce qu'elle accepte ou non. Elle me dit : « Entre réalité et perfection je ne fais pas de distinction. Spinoza ».

Elle a, tout comme moi, une réponse à tout, qu'elle va piocher dans la bibliothèque de ses souvenirs en désordre. Un matin, elle me récite de mémoire l'intégralité d'un poème de Max Ehrmann retrouvé dans la cathédrale Saint Paul de Baltimore en 1692. Sidérée, je la regarde et j'apprends par coeur quelques phrases au passage en vue de retrouver le texte plus tard. Après un moment de silence, elle m'explique : « Finalement c'est très simple. Je cherche du sens. Et ça me soutiens, de me réciter des poèmes. Mais quand je pense à une chose cela me rappelle une autre chose et je me disperse. J'ai besoin de me rassembler. »

Enfin, après un nouveau silence, Minnie repart dans ses digressions, tisse de minces files de sens entre ses pensées et ses citations.

« Poussin a arrêté de peindre parce qu'il tremblait trop. »

« La vie est un miracle. »

Corps et âme

En consultation à CoReSo, nous recevons M.Ciel, 46 ans.

M.Ciel est psychotique. Schizophrène, d'après les psychiatres. Asperger, d'après lui.

Il prenait du Risperdal, et maintenant du Zyprexa.

Il connaît par cœur tous les effets secondaires potentiels des neuroleptiques qu'il prend. A croire qu'il passe des heures à lire les notices.

Alors, lorsque ses membres deviennent aussi raides que des morceaux de bois, il sait très bien d'où ça vient.

« J'ai participé à une étude une fois. Abilify ou placebo. J'ai été terriblement angoissé, j'étais tendu, je faisais des cauchemars et tout. C'est pas normal de donner des médicaments qui donnent des cauchemars. »

« Vous aviez le placebo, probablement », fait remarquer ma chef.

M.Ciel ne répond pas tout de suite. La pertinence de la remarque l'a laissé sans voix. M.Ciel est un homme intelligent. Son petit air vindicatif redonne soudain de la lumière à son regard : « Oui, mais avec le Zyprexa, je suis tout raide, le dos, les jambes, tout, tout tendu. Comment voulez-vous que ça me détende dans la tête si ça me tend dans le corps ? »

Là, c'est sûr, il marque un point. Et devant le sourire de ma chef, qui prépare sa réponse, il ajoute, triomphant :

« C'est relié, l'esprit et le corps. Si l'un ne marche pas, l'autre ne marche pas non plus. »

C'est à notre tour d'être à court d'arguments.

Il a raison, M.Ciel. Et nous, notre rôle, tandis que les psychiatres essaient de maintenir sa tête en équilibre sur ses épaules, c'est de préserver l'équilibre de ses épaules, de sa tête et du sol sous ses pieds.

« Ils chantent »

Il est 9h41 en ce joli mois de mai.

Je sors d'une réunion institutionnelle d'un ennui profond. Ça ne me dérange plus trop, je commence à avoir l'habitude. À la fois bonne élève et rêveuse, j'ai développé dans mes années de collège et de lycée la capacité d'être totalement ailleurs en laissant un petit bout de moi suivre l'essentiel pour le cas où une interaction sociale serait requise. Le tout, c'est de retenir le dernier mot de la phrase précédente pour rebondir dessus si d'aventure on me disait "qu'en penses tu ?"

Ma chef va aux toilettes, et me demande de l'attendre. Quitte à attendre, je sors du bâtiment et me poste au soleil dans le passage. J'ai mal au dos, j'ai mal au ventre, et j'en ai marre d'attendre. Alors je replonge dans un état d'apparente léthargie, regardant d'un air abruti les miroitements du soleils sur les perles de rosées dans la pelouse sous mes yeux, écoutant les oiseaux chanter, pour le plaisir de sentir s'éveiller en moi la petite fille impatiente de voir le printemps.

La porte s'ouvre.

Faux espoir, ça n'est pas ma chef. C'est une infirmière qui accompagne une patiente je ne sais où. La patiente, psychotique ou autiste sûrement, scande une répétition de mots incompréhensibles d'une voix angoissée. Un jour normal en psychiatrie. Sur le point de replonger dans ma

méditation, quelque chose pourtant me pousse à me retourner pour les suivre du regard.

L'infirmière, une jeune femme blonde, peut-être plus jeune que moi, tient la femme par la main avec douceur. Elle seule semble comprendre les mots répétés et inarticulés. Du moins, elle tache d'y donner un sens. D'une voix bienveillante où ne perce nulle ironie, nul paternalisme, nul

« on » impersonnel, sans condescendance ni mépris, elle demande: « Vous entendez les oiseaux? Il chantent... » La patiente scande un nouveau mot, un mot qui de très loin pourrait ressembler à « chante ».

« Oui, ils chantent », répète l'infirmière. Et de continuer à lui parler de sa voix douce en l'accompagnant précautionneusement, main dans la main. Je reste plantée là, à les regarder avancer, profondément émue.

Cette nuit j'ai refermé le livre de Delphine de Vigan, Rien ne s'oppose à la nuit. J'ai sangloté en lisant ses dernières pages, point finale de l'histoire de la folie de cette femme, Lucile, mère de l'écrivain. Et au-delà de sa mort, c'est bien sa solitude qui lui brise le cœur puisqu'elle écrit « personne n'était là pour lui caresser les cheveux ».

Et je vois cette toute jeune infirmière si douce, qui déploie une volonté magnifique d'outrepasser les remparts que la psychose, ou l'autisme, a construit autour de cette femme, pour qu'elle ne se sente pas seule. Et j'éprouve alors une admiration folle pour elle, pour les gens comme elle, et je sens ma vocation, se gonfler d'espoir et d'optimisme.

Hier, j'ai accompagné Mme Satine, patiente schizophrène suivie au CMP, à son premier rendez-vous chez le médecin généraliste. J'ai marché avec elle jusqu'au cabinet, en essayant d'attirer son attention sur les détails du paysage qui nous entourait, pour qu'elle mémorise inconsciemment le trajet, pour entretenir le lien entre elle et moi. J'ai attendu avec elle dans la salle d'attente, en lui souriant de temps à autre pour m'assurer qu'elle était bien là, avec moi, qu'elle n'était pas angoissée. À sa demande, je suis entrée avec elle dans la salle de consultation, je me suis assise à côté d'elle, en face de mon médecin généraliste, qui pour l'occasion était le sien, et de son étudiante. Drôle de miroir. Et j'ai observé attentivement le médecin à l'oeuvre, ce médecin dont j'admire une fois de plus la compétence, non plus en tant que patiente mais en tant que collègue.

Je me demande si je dégage moi aussi quelque chose de rassurant, de bienveillant, ou si cela viendra. Quelque chose qui pourrait un jour éveiller la vocation de quelqu'un, comme ma pédiatre et plus tard certains

de mes maîtres de stage ont su l'éveiller. Ou comme cette infirmière qui n'avait même rien fait pour.

Les cicatrices d'Alice : la folie chez les fous

Février 2018. Il est 22h, je suis de garde, et l'on vient de me biper. Une mélodie guillerette pas vraiment adaptée.

« Elle s'est scarifiée. »

« Scarifiée ou plus que ça ? Ça n'est pas une phlébotomie ? »

« Une quoi ? »

« Où est ce qu'elle s'est coupée ? Les avant bras ? Horizontal ou vertical ? »

« Oui c'est les avant-bras... »

« Elle saigne beaucoup ? »

« Oh oui ! »

Je démarre la voiture en dérapant sur le sol boueux, enchaîne des accélérations et des freinages à chaque dos d'âne et j'arrive précipitamment à l'unité Erasme où j'arrête la petite voiture au frein à main avant d'entrer dans l'unité.

Finalement, pas de quoi s'affoler. Le pansement est fait, la patiente ne saigne plus. Apparemment, ça n'était pas très profond.

« Ce sont les voix. » Les voix qui l'insultent et qui la pousse au crime depuis l'âge de 15 ans. Elle en a 21. Elle veut mourir, pour leur obéir, plus encore pour ne plus les entendre, jamais.

Je retire lentement les pansements de son avant-bras gauche. L'image sordide restera gravée dans ma mémoire, celle d'un avant-bras juvénile et potelé, entaillé profondément de haut en bas, sur les traces des entailles précédentes. Des cicatrices à tous les âges pour jeter au visage du monde la souffrance à l'état pur et qui jamais ne s'éteint.

11 points de suture et beaucoup de temps, tout juste de quoi l'apaiser pour cette nuit. Je lui souris une dernière fois avant de quitter la chambre, tandis qu'elle sert contre elle sa peluche de lapin, mon Alice au pays des Cauchemars, qui creuse dans ses veines le terrier pour échapper à la folie.

L'autre côté du miroir

Dans l'unité de longue évolution, il y a M.Chaffoin.

Il m'a semblé sympathique, ce vieux monsieur, avec son chapeau bizarre et l'air sur le point de pouffer de rire. Un vieux chapelier fou.

En lisant son dossier, j'ai légèrement changé d'avis. M.Chaffoin a poignardé sa mère, plusieurs fois et jusqu'à ce que mort s'en suive... parce qu'elle a, un matin, mis le beurre du mauvais côté des tartines. Et quand on lui en reparle, il affirme ne rien regretter; d'ailleurs, elle l'avait bien cherché, et si c'était à refaire, il ferait le nécessaire.

Malgré tout, M.Chaffoin nous fait rire quelquefois.

Tiens, par exemple, avant sa sortie accompagnée pour faire les courses, il a ramené sa liste aux infirmières, qui l'ont relue avec lui pour faire du tri...

« -Une tarte à la crème... bon, une tartelette alors, hein Mr Chaffoin, pour le gouter...

-Un chapeau passage du lapin...

-Des rillettes de goret au poulet... attend... quoi?

-Un grand pot de confiture de fraise

-Un petit pot de confiture de fraise

-2 chemises bleues avec des petites poches

-Une cravate

-Un sac isotherme

-Des Mocassins

-Une... cartouche de gaz de 13kg... vous comptez faire sauter le service?

-5 gants et chaussettes! »

J'ai bien rigolé. Sauf lorsqu'il a mentionné la confiture. Lorsqu'il a quitté le poste de soin, j'ai demandé aux infirmières qui allait se charger de tartiner la confiture. La réponse était unanime...« Il le fera lui même! ».

Leçon de botanique

« Alice ouvrit la porte, et vit qu'elle donnait sur un petit couloir guère plus grand qu'un trou à rat ; s'étant agenouillée, elle aperçut au bout du couloir le jardin le plus adorable qu'on puisse imaginer. Comme elle désirait sortir de cette pièce sombre, pour aller se promener au milieu des parterres de fleurs aux couleurs éclatantes et des fraîches fontaines ! »

Lewis Carroll, Alice au Pays des Merveilles

Mon père me racontait souvent des histoires. C'est quelque chose qu'ils font très bien, dans sa famille, inventer et raconter des histoires. Parfois, ils s'en racontent à eux-mêmes, ils déforment la réalité. Mais la plupart du temps, ils en racontent aux enfants, des fraîchement inventées, sur le ton du conteur et sous les yeux captivés de la marmaille.

Un jour, c'était au printemps, nous étions dans le jardin, il faisait beau et il y avait des fleurs partout. J'ai demandé une histoire. Mon père a réfléchi quelques minutes. Et, tenant une trame de fond, il a commencé à raconter, en inventant les détails au fur et à mesure.

C'est l'histoire d'un homme qui vit dans un monde où l'utile a totalement effacé l'agréable. Tout doit avoir un but précis et pragmatique, seul n'a de sens que le rationnel. Aussi les gens vont-ils travailler chaque jour, ne se reposant que pour pouvoir travailler le lendemain. Aussi n'échangent-ils que des mots utiles comme « fais ceci », « fais cela », « passe-moi le sel ». Aussi ne font-ils pousser dans le minuscule jardin devant leurs petites maisons toutes grises que des légumes et des choses comestibles ou des plantes médicinales.

Or cet homme-là n'est pas comme les autres hommes. Dans son regard, on pourrait lire des émotions, si l'émotion était encore une chose que l'on pouvait alors comprendre. Dans ses yeux, on aurait pu voir la recherche de la beauté, si la beauté était un concept que l'on pouvait encore assimiler.

Il se sent terriblement seul, dans ce monde tout gris, dans son travail monotone, dans ces conversations stériles où nulle idée ne pousse plus, dans ces relations arides où nul sentiment ne germe plus.

Alors, en catimini, bien à l'abri derrière les plans de tomates et entre les courges, il cultive des fleurs. Des fleurs multicolores, aux pétales soyeux comme des ailes de papillons. De belles fleurs. Pas même bonne à manger, ou à désinfecter les plaies. Juste belles.

Un jour, l'homme change de poste et commence à travailler avec une femme à peine plus jeune que lui, et qui en toute occasion baisse timidement les yeux tout en semblant chercher les siens. Ils se reconnaissent vite. Ils reconnaissent cette étincelle dans leurs yeux, qui n'existe plus nulle part, un sentiment, une émotion. La vie.

Il l'emmène un soir jusqu'à son jardin, et lui révèle son secret, dissimulé dans un parterre de rutabagas. « C'est beau », dit-elle, émue.

Quelques temps plus tard, les deux amoureux s'échappent. Ils n'emmènent que ce qu'ils ont, c'est à dire pas grand-chose... mais dans ce pas-grand-chose, il y a une casserole pleine de terre dans laquelle l'homme a recueilli ses fleurs.

Ils s'échappent et vont vivre loin de cette grise ville et de ces grises mines, en un lieu où l'amour a la place d'exister et où la beauté des fleurs éclate au grand jour. Et à ces fleurs qui symbolisent désormais leur amour, ils donnent un nom : les pensées.

Un dimanche, en garde, on m'a appelée pour un patient qui avait mangé du lierre, là, sur la terrasse de l'unité, par pure provocation. C'était 2 jours avant que je me fasse tatouer le miens, de lierre, sur la moitié droite du crâne. C'était drôle et tout à fait singulier. « Les feuilles ou les petites boules ? » j'ai demandé. « Les feuilles, et pas beaucoup », m'a-t-on répondu. Le poison étant concentré dans les baies, mon patient ne risquait pas grand-chose. Mais j'ignorais que ce type de pulsions alimentaires était plus fréquent qu'il n'y paraît à Wonderland. Tout y passe : les plantes vertes, les piles, les couverts, les champignons du parc et... les fleurs.

Un soir, la chef de Pôle nous raconte qu'elle aussi, il y a de ça plusieurs années, a été interpellée pour un patient, ayant mangé les fleurs de la terrasse. « Mais quelles fleurs ? » « Ben, j'sais pas, les fleurs de la terrasse quoi ! ». Consciencieuse, elle est allée voir. Et là, comme une évidence, elle les a reconnues. Les pensées.

Son patient schizophrène avait mangé des pensées.

Un peu de poésie dans la folie du monde.

Internat - Soins Palliatifs

Emprises

« Mais un jour qu'ils se tenaient l'un près de l'autre devant la magnificence dorée du temple, ils se mirent à parler de leur vie ancienne, si dure et cependant si heureuse. Ils étaient maintenant parvenus à un âge très avancé, et soudain, comme ils échangeaient leurs souvenirs, chacun s'aperçut que l'autre se couvrait de feuilles. Puis une écorce les entoura. Ils n'eurent que le temps de s'écrier tendrement : "Adieu, cher compagnon" ; les mots avaient à peine passé leurs lèvres qu'ils étaient transformés en arbres. Mais ils étaient toujours ensemble ; le chêne et le tilleul n'avaient qu'un seul tronc. »

Philémon et Baucis

« Je n'en peux plus », dit l'homme au téléphone. Puis il pleure. « C'est dur de se dire que si elle rentre dans le service, elle n'en ressortira jamais. »

« On va avoir une entrée. » Mme Usure, 60 ans. Cancer multi-métastatique avec miliaire cérébrale. Elle vit avec son mari. Ils s'étaient séparés, mais pour des raisons qui leur appartiennent, l'aggravation de sa maladie à elle

semble les avoir rapprochés au point d'être pratiquement inséparables. Elle, dépendant de lui pour tout. Lui, envahi par la culpabilité dès lors qu'il n'est pas avec elle.

Son arrivée dans le service marque un contraste surprenant entre l'appel désespéré de son époux et la réalité de son état clinique. Elle nous regarde, elle sourit. Elle semble un peu perdue. Il la regarde, son rictus figé ne trompe personne face à l'écarlate de ses pommettes, l'éthylisme de son haleine, et l'humide de ses yeux bleus.

« Elle a de plus en plus de mal à s'habiller. Parfois elle est très confuse. » Elle. Tandis qu'il la regarde, il nous dit « elle ». On se croirait chez le vétérinaire. Mal à l'aise, je souris à la femme qui nous regarde et lui pose des questions. Mais elle cherche ses mots. Ou plutôt les mots. Car aucun mot ne lui appartient plus désormais, ils lui filent entre les doigts, ils se moquent d'elle, ils se substituent les uns aux autres pour taire l'indicible. Frustrée, elle se triture les doigts qu'elle a sanguinolents à cause de la chimiothérapie. « Faut pas faire ça... » lui chuchote-t-il en lui attrapant une main. « Elle saigne tout le temps des mains, parce qu'elle gratouille ». Elle le regarde. Elle hoche la tête et fixe le sol. « Je gratouille. » Elle lance un regard au Dr L., comme pour la prendre à témoin de l'infantilisation dont elle est victime. Ou peut-être la confusion et le manque du mot la poussent-elle à se rattraper à ceux qu'on lui tend.

« Vous savez, la confusion, c'est quelque chose qui la protège. Peut-être que c'est seulement le fruit de sa maladie. Peut-être est-ce son psychisme qui veut ça. Quoi qu'il en soit, il semblerait qu'elle souffre moins comme ça. »

« Vous êtes à bout, monsieur. Reposez-vous. Dormez, au moins 7h par nuit. C'est une prescription médicale! »

Le mari quitte le service. Mais il revient tous les jours. Matin, et soir.

La nuit, Mme Usure erre dans les couloirs, elle s'échappe du service, elle le cherche.

Le jour, il est avec elle. Parfois, ils se disputent. Ils échangent des mots durs comme des pierres qui pèsent sur leur cœur. Parfois, ils chuchotent.

Dans le service, il y a le Kiosque. Une grande salle très lumineuse, animée de plantes et baignant dans une douce odeur d'huiles essentielles.

Ce soir-là, Mme Usure arrive dans le kiosque alors que le Dr L. et moi en sortons. Elle semble plus déboussolée encore qu'à son habitude. Elle ne sait pas bien où elle va. Quand elle remarque qu'elle est pieds nus, elle semble confuse. Elle pleure. Nous nous asseyons autour d'elle. Tandis que

je lui caresse le dos, elle se mouche, elle tente de reprendre le dessus. Le Dr L. tente de l'aider à s'exprimer. Après quelques paroles sibyllines entre deux salves de sanglots silencieux, elle reprend.

«-Je peux vous demander un conseil?

-Tout ce que vous voudrez, Mme Usure.

-Je voudrais passer le CAPES, mais je n'y arriverais jamais...

-Voulez-vous dire le cape?

-Oui, passer le cape. Je dois réussir cet examen. Sinon je ne sortirais jamais du garage... si je me plante, c'est mort! »

Elle pleure à nouveau. Le mot mort reste en suspens dans les aires, scandé avec plus de violence que tous les autres. Le mot si soigneusement évité. Incapable de dire si cette étrange métaphore est le fruit de sa confusion ou d'un esprit littéraire, j'échange un regard lourd de sens avec le Dr L.

À cet instant, son mari arrive, entouré de ses fils. Mon regard se pose machinalement sur le Vegvisir tatoué sur l'ainé. Une boussole pour retrouver son chemin dans la tempête. La voyant sangloter, son mari essaie de la consoler en l'enlaçant maladroitement. Il s'assoit près d'elle et leurs mains se cherchent, comme si ce geste si anodin, si emblématique d'une relation amoureuse, se prendre la main, était devenu quelque exercice périlleux, quelque chose requérant toute leur concentration, comme s'il fallait réapprendre ce geste oublié avec des mains rouillées par le temps et la souffrance.

Un frisson me parcourt à la vision de cette étreinte qui porte en elle toute l'ambivalence de leurs sentiments.

Lui Philemon et elle Baucis, plongeant aux enfers, aux racines du cancer, remuant les vieilles blessures comme elle triture les plaies de ses mains meurtries.

« Je ne sais pas comment tu fais pour tenir. Moi, à ta place, je ne tiendrais pas. » Lui dit-il, pour souligner son courage... ou lui faire passer un message.

« Tant pis. » Répond-elle d'une voix implacable.

« Tu vois, parfois, ça ne tombe pas au bon endroit, mais c'est le bon moment, alors il faut l'accepter. », me dit le Dr L. en sortant de la pièce.

« Je ne sais pas vous... peut-être que je sur-interprète, mais j'ai eu le sentiment qu'elle s'accrochait... comme pour lui faire payer quelque chose. »

« Moi aussi, c'est précisément l'impression que j'ai eue. »

Ses yeux bleus perspicaces sont fichés dans les miens tandis que nous partageons en silence la certitude que c'est à ce moment précis de leur histoire que tout se rejoue, pour le meilleur et pour le pire.

Ils étaient 10 dans les lits, et le petit dit: poussez-vous! Poussez-vous!

Quatre décès dans le service aujourd'hui.

Quatre vies qui s'arrête, comme ça, au terme d'une lente agonie.

Quatre familles qui pleurent.

Et une seule tragédie.

« Unité de lieu, unité de temps, et tous les personnages qui se retrouvent pour la scène finale », comme le fait remarquer le Dr L.

Léontine faisait partie d'une troupe de théâtre.

Aujourd'hui, elle est au cœur de sa propre pièce, respiration agonique et peau grise, coincée entre l'amour et la haine de ceux qui l'entourent.

Sa mère.

Son mari.

A 13h, Léontine cesse de respirer. De toute façon, ça ne servait plus à rien. Nous accourons dans la chambre, craignant la réaction de son époux. Il se tord de souffrance, une souffrance envahissante qui se moque de savoir si le corps, si l'esprit, si quelque chose en lui peut l'endurer. D'une main, il semble se déchirer le ventre. De l'autre, il serre encore sa main glacée et moite à la fois. Il tombe à genoux. Il la caresse, le visage, les joues, le décolleté, les hanches. Il se penche pour l'embrasser, la mordre. Il pleure silencieusement, seule sa respiration hachée vient encore faire écho à la sienne qui s'est tue.

La douleur qu'il exhale sature la pièce, comme un fluide épais et noirâtre qui vient empoisser nos poumons.

« Merci. Vous êtes exceptionnels. Je voudrais mourir ici. »

Pour être avec nous, ou pour être avec elle ?

Le Sourire de Marko

Les gens disaient : voilà Marko et Irène ! Regardez bien, ils vont danser... J'avais 17 ans lorsque j'ai connu Marko. J'avais 17 ans, il en avait 36. Je suis grecque, il est arménien émigré en France. Il venait passer les vacances au bord de la mer. C'est là que je l'ai rencontré. Et j'ai tout de suite su que c'était l'homme de ma vie.

Ma mère a pleuré quand je suis partie. J'étais sa petite fille chérie, la plus belle, et je quittais le pays au bras d'un homme de vingt ans mon aîné. Mais comme on s'est aimé...

Mes parents avaient des terres, au bord de la mer. Nous vivions bien, de plantations, de récoltes. Nous étions 6 enfants. Moi, je suis née en 43. Les allemands ont quitté le pays, et je suis arrivée. Irène, ça veut dire la paix. Mon grand frère, de plus de 10 ans mon aîné, était beau, grand, musclé, avec des yeux verts magnifiques. Il m'apprenait comment travailler la terre, faire pousser les plantes. J'avais 15 ans lorsqu'il est mort. C'est la première plaie qui a frappé la famille. Aujourd'hui, sur les 6, il ne reste que ma sœur et moi.

Marko était un athlète. Beau, grand, musclé. Et moi, j'étais folle amoureuse de lui !

J'étais sa petite poupée. J'étais à son bras. Il m'emmenait partout. Sophia, Budapest, au fil des compétitions de gymnastique... Et partout, il me faisait danser. D'une main, il me faisait tourner. Il me faisait voler entre ses bras. Souvent, les gens s'arrêtaient pour nous regarder, les musiciens nous applaudissaient. Quand il m'a emmené au Lido, les femmes le regardaient, les femmes disaient « Regardez Marko, quel bel homme ! » Et, déçues, elles ajoutaient « Voilà la jeune grecque, celle qui nous l'a volé ».

Il m'a appris à parler français, à lire, à écrire, à danser, à nager, à skier. Il était mon étoile. Il est toujours mon étoile. Mon grand amour. Tu entends, Marko ? C'est notre histoire, ça.

Nous sommes retournés vivre en Grèce un jour. La vie était douce et le soleil était fort. Nous vivions entre la mer et les amis, dans les rires, les chants et les danses. Nous vivions en arménien, en grecque, en français. Un jour, ma petite fille m'a dit: « tu sais, nous, on doit être plus intelligents que les autres à parler plusieurs langues. » « Et pourquoi ça? » « Ben, parce qu'une langue, c'est une culture, une pensée. Et nous, on a plusieurs cultures, et on pense dans plusieurs langues. »

Et puis j'ai failli le perdre. Il a pris mal au ventre, d'un coup. A l'hôpital, le chef m'a dit que c'était la vésicule qui avait éclaté. Il a dit que personne ne pouvait l'opérer, sinon le grand professeur de la clinique d'à côté venu donner un cours. J'ai attendu derrière la porte du bureau. J'ai entendu le grand chirurgien dire « je m'en lave les mains ». Il a dit qu'il n'opérerait pas ici, qu'il n'avait pas le temps et qu'il travaillait pour la clinique. Et moi, l'emmerdeuse, je suis entrée dans le bureau. Je lui ai dit : allez-vous laisser mourir l'homme que j'aime ? Si vous le laissez mourir, qui êtes-vous ? Et

que représente votre serment ? C'était l'hôpital Hippocrate. Et le grand professeur a finalement opéré Marko. Après ça, pendant vingt années, c'était les allé - retour entre la maison et l'hôpital. Jusqu'au jour où un médecin nous a dit de retourner en France, que Marko y serait mieux soigné. Alors pour Marko, on est retourné vivre en France. On s'est battu. Aujourd'hui, Marko a 95 ans. Et il est fatigué. Son corps est fatigué. Mais je l'aime, et il m'aime, vous savez.

Aujourd'hui, ma fille me dit que parfois, c'est comme s'il n'y avait que nous deux au monde. Alors que pourtant, vous savez, on l'aime notre fille. On ferait tout pour elle. Mais elle dit « Maman, papa est fatigué. Tu dois le laisser partir, maman. » Elle est intelligente, ma fille, vous savez.

Aujourd'hui encore il me prend la main. Il embrasse ma main. Il dit : « je suis heureux que tu sois là, près de moi. » Il murmure : « chante moi... ». Alors je chante. Je chante en grecque : S'agapo yati ise orea... Cette chanson, ça veut dire « Je t'aime parce que tu es belle et parce que c'est toi. J'aime le monde entier parce que c'est là que tu vis. Ta fenêtre est fermée : ouvre un volet que je puisse voir ton image »

J'ai aimé et j'aime cet homme. Je l'aimerais jusqu'à la fin.

Je vous raconte tout ça... J'espère que je ne vous prends pas votre temps. Mais, je ne sais pas. Vos yeux grands ouverts sont entrés dans mon âme, et j'ai voulu vous raconter notre histoire d'amour. Merci de m'avoir écoutée.

De ses deux mains très douces, elle encadre mon visage et embrasse mon front. En sortant de la chambre, j'entends encore la mélodie à fendre l'âme qu'elle lui chante doucement. J'entends battre à l'unisson leurs deux cœurs et je souris pour ne pas pleurer.

De retour à l'internat, je n'ai plus qu'une envie. M'allonger sur l'eau, lâcher prise, regarder le ciel et voler.

Les jours suivant, Irène colore son récit de ciel bleu et de mer turquoise, déroule le fil d'une vie rythmée par les semailles interrompue par le rythme plus entêtant d'un cœur de jeune fille. Elle ponctue son histoire d'anecdotes. Au fil des visites, le conte prend forme et vient s'ancrer dans cet instant infini qui la sépare encore de la mort de son grand amour.

Mais l'amour, l'amour d'Irène est à l'image des amours Wagnériennes. Son amour est plus fort que la mort qu'il repousse sans cesse. Alors, au fil

des visites, j'essaie de lui insuffler la certitude que ce n'est pas l'amour qui meurt, seulement le corps. Nietzsche en aurait des cauchemars.

Un jour, elle me dit « je commence à me préparer. » Puis elle raconte, la Grèce, le soleil, la mer. Je reviens sur le mot « prête ». Je lui demande si c'est quelque chose qu'elle a dit à son mari. Elle verse une larme. « Je ne lui ai pas dit. Mais je sais que vous avez raison. Ma fille, elle dit comme vous. Maintenant qu'on en a parlé, je sens que je pourrais lui dire. Lui dire qu'il peut partir. »

Le lendemain, Marko est mort. Il s'est éteint dans la nuit, en silence, calmement.

Irene est dans le couloir avec sa fille. Toute l'équipe est autour d'elle. Il y a sur les visages des sourires suspendus, quelque chose comme une attente, avec un soupçon d'évidence, tandis que la chef de service s'avance, moi petite interne sur ses talons. Irene remercie une fois de plus toute l'équipe, serre chaleureusement la main de la chef de service. Puis elle croise mon regard, serre ses bras autour de mes épaules et m'embrasse. « Vous... » murmure-t-elle. « Vous avez joué un grand rôle. Je remercie le ciel de vous avoir placée sur mon chemin à ce moment de notre histoire. »

Je l'accompagne au kiosque. « Grâce à vous, j'ai pu dire au revoir. » A cet instant, je ne sais qui d'elle ou de moi semble la plus vacillante sur ses jambes. Heureusement, dans le kiosque, il y a des chaises. On a toujours l'air plus stable ainsi. Et lorsqu'elle me prend les mains, sérénité retrouvée ou soutien de la table sous nos bras, je ne tremble pas.

La journée avance. 4 entrées, 1 décès. J'ai l'impression de courir après le temps et les gens. Je me sens à la fois débordée et parfaitement inutile. Finalement, à part tenir la main d'Irene, qu'est-ce que je peux faire ?

J'essaie de démêler les émotions contradictoires qui viennent saturer mon esprit à la limite de ma conscience. Partagée entre le syndrome de l'imposture en blouse blanche et la fierté d'avoir été quelque chose de positif dans la vie de quelqu'un. Tirillée entre l'empathie et la compassion. Je ressens mon ignorance comme une faim dévorante et je vis chaque maladresse avec une infinie culpabilité.

Il est presque 19h. Je m'éternise dans le service. Je me demande ce qui m'empêche d'aller régler tous mes soucis dans un verre de bière et un bain dans la piscine de l'internat. Un sentiment d'inachevé, sans doute. La peur

de ne pas être à la hauteur, le besoin de m'améliorer. Non, il y a autre chose. Un manque. Ce qui me manque, c'est l'histoire d'Irene et Marko, dont les bribes défilent sur le clavier à toute allure. Et ce sentiment étrange qui flotte dans l'air, c'est leur amour que je savais immortel et qui s'attarde dans le service comme un picotement au bout de mes doigts.

Au fond, c'est peut-être ça. Tenir la main d'Irene, c'est donner à leur histoire une fin digne d'elle. C'est dans nos mains jointes, dans ses paroles recueillies que réside le sens.

Alors que sa vie entière allait devenir un souvenir dont elle serait le seul témoin dorénavant, Irène a partagé leur histoire, sous la flamme vacillante des yeux de son amant, afin qu'il y ait d'autres témoins, afin que leur histoire soit ce mythe si édifiant et non les divagations d'une veuve inconsolable. L'histoire d'Irène et Marko nous inspire et nous émeut. Elle donne du sens à la vie, la raconter donne du sens à la vie d'Irene, et l'écouter donne du sens à la mienne.

Les mains d'Irene

« Margot, tu veux bien prendre l'appel? C'est Irene, elle est triste... »

Triste, oui. Désespérée, aussi. Quel sens donner à toute une vie lorsqu'on en a perdu l'essence ?

Irene a peur, aussi. Peur que Marko ai souffert. Peur de ne pas avoir été là lors de son dernier souffle.

Deux semaines se sont écoulées depuis que le sourire s'est éteint sur les lèvres de Marko.

Alors je raconte. Mourir dans son sommeil, est-il une mort plus douce ?

Alors j'improvise. « Vous savez, on dit que les oiseaux se cachent pour mourir. Marko était votre homme. Il s'est battu pour vous. Jusqu'à votre départ de la chambre, il est resté lui-même, il est resté là. Il avait peut-être besoin d'être seul pour partir. Pour lâcher prise. »

Alors j'innove. « Vous voulez qu'on se voit ? Vous voulez passer demain, pour qu'on prenne un temps, toutes les deux ? »

Le lendemain, Irene arrive, les bras chargés de gâteaux pour l'équipe.

Elle me prend dans ses bras. Je l'emmène dans une pièce à côté du bureau médical. Elle me reparle de ses craintes. Je tente une nouvelle fois de lui ôter le poids de sa culpabilité. Elle me remercie. Elle me parle de ses croyances. Elle me parle d'amour.

Et puis, lentement, avec des gestes d'une infinie précaution, elle déballe un tableau enveloppé dans un torchon. Un tableau peint de la main de Marko, inspiré d'un tableau de Renoir. Un couple qui danse.

« Si je devais résumer notre vie, je dirais que c'était une danse. Et cette danse, elle s'est achevée ici. C'est pour ça que je vous donne ce tableau, j'aimerais qu'il soit dans cet endroit. »

Puis, à nouveau, elle fouille dans son sac et en sort un petit paquet de papier aluminium, qu'elle ouvre pour dévoiler deux dentelles d'une grande finesse, d'un blanc légèrement passé à l'épreuve du temps.

« Ces dentelles, je les ai faites de mes mains lorsque j'avais 15 ans. De ces mains que vous avez prises dans les vôtres lorsque j'en avais besoin, et j'aimerais que vous les gardiez avec vous. »

J'hésite un instant, puis je lui dis. Je lui dis que cette histoire qu'elle m'a confiée, son histoire, a touché mon âme peut-être autant que mes grands yeux la sienne. Je lui dis que j'ai écrit cette histoire, telle que je l'ai entendue, ressentie. Je lui demande si elle veut lire cela.

Elle porte une main à ses lèvres. Ses yeux brillent. Elle finit par dire « oui, je veux. »

Alors je lui tends une enveloppe, trois pages. Trois pages pour dire en quelques mots l'histoire d'une vie, vue par les yeux trop grands de l'interne. Ça semble soudain si dérisoire. Elle me remercie. Elle me serre dans ses bras. Ça semble soudain si indispensable.

C'est étrange, comme certains patients ont le don de franchir cette limite mince entre empathie et sympathie, entre compréhension et compassion. Comme une histoire vient parfois s'engouffrer dans une faille de nous-même. Comme il est doux, ce transfert, et comme il fait fondre mes écailles, le cœur d'Irene. Et comme il me semble soudain si vitale, l'amour de Marko, cet amour que je ne connais pas, que je ne connaîtrais peut-être jamais.

Les amours de Diogène le Cynique

« Vous savez, Albert, c'est... » Elle marque un temps d'hésitation, elle ne voudrait pas vexer le frère d'Albert qui se tient à côté d'elle, l'air contrit. « C'est un sauvage. » Conclut-elle sur un ton d'excuse.

Albert a 80 ans. Il vit seule dans un appartement à son image : tout est sale, tout traîne, plus rien ne fonctionne, plus personne n'y vient.

« Avant, il avait quand même ses petites habitudes, dans l'immeuble. Avec M.Rodrigue et M.Martin, on prenait le café, vous savez. Et puis, il achetait son journal, à l'épicerie du coin... Elle le connaît bien, l'épicière, vous savez. Elle est gentille, l'épicière. » La voisine d'Albert me regarde avec ses grands yeux clairs, des yeux de chats, écarquillés.

« Il voulait pas ouvrir la porte. Il répondait au téléphone, et puis c'est tout. Il voulait pas les portages de repas. Quand le médecin a dit qu'il fallait faire une prise de sang, il a piqué une sacrée colère. Il ouvrait pas la porte, moi, je savais pas quoi faire ! » Son frère nous regarde à tour de rôle. Dans une moue de dépit, il aspire l'intérieure de ses lèvres, et parce qu'il a une dent en moins, ça lui fait un drôle de bec de lièvre. Je regarde fixement le pli de sa lèvre supérieur en essayant d'imaginer la vie d'Albert, confiné dans son appartement.

« M.Rodrigue lui a bien apporté des chemises, mais il y mettait pas, y gardait toujours les mêmes vêtements! » Dit la voisine.

« Ça va bien pour chez moi, qu'il nous disait. » Complète le frère.

« Et il n'avait personne dans sa vie ? » Demande le Dr A.

« Eh bien... » Nouvelle pause de la voisine, plutôt pour créer un effet dramatique cette fois. « Il y a eu une jeune dame, mais... » Nouvelle pause.

« Il était très seul, vous voyez. C'est peut-être pour ça... alors un jour, on a vu une jeune femme monter à son appartement. »

Pendant quelques secondes je me dis que la voisine est en train de nous parler de prostitution. Mais non.

« Et puis un jour elle a arrêté de venir. Mais elle lui avait pris beaucoup d'argent ! 200 euros par semaine d'abord, et puis 2 crédits qu'elle lui a fait signer... Elle a acheté son terrain avec ça ! Oh, nous, on la connaît bien ! On sait où elle habite. Mais même si tout le monde sait, on peut rien y faire. Il s'y est attaché, le pauvre. Il veut pas qu'on y fasse du mal, à la jeune dame. Il devait être triste. »

Et puis un jour, il n'est plus venu boire le café. Il n'est plus sorti de son appartement. L'épicière ne l'a plus vu. Il n'a plus répondu aux voisins qui tapait à sa porte, ni à son frère qui appelait au téléphone.

Quand les pompiers l'ont amené aux urgences, il était sale, déshydraté, il ne tenait plus sur ses jambes.

Son frère est venu le voir chaque jour, dans le service. Chaque jour, il a écarquillé ses yeux tristes, aspiré une moue contrariée. Mais la réhydratation est arrivée trop tard. Comme tout le reste, d'ailleurs. Albert, cet homme effacé, avait poussé la discrétion jusqu'à mourir.

Est-ce qu'elle sait, la jeune dame ? Sait-elle les yeux creux et le teint cireux d'Albert, les yeux brillants et l'air soucieux de son frère ?

Et maintenant, qui lui dira pourquoi les versements n'arrivent pas ?

« Je suis retourné dans son appartement... Il avait tout rangé... Les chemises, bien pliées, en pile sur le lit... les papiers... c'est comme s'il avait prévu... »

Comme s'il avait prévu de partir. Comme s'il n'espérait plus rien, comme s'il s'incluait comme objet parmi les décombres de sa vie, seul dans son appartement.

Internat - Stage praticien de niveau 1

Silence

Elle vient parce qu'elle tousse. Un peu. Enfin ça, c'est ce qu'elle dit.

Elle présente tous les signes. Les muscles tendus comme le fil sur lequel elle avance, les jambes battant au rythme des tourments qui l'élancent. Les sous-entendus lourds de sens.

Elle présente tous les symptômes de celle qui n'a pas un rhume mais dont l'esprit s'embrume.

Et lui, lui sort la carte du silence. Il la regarde, et le silence est si fort qu'elle en baisse sa garde.

« Et comment ça va? »

La gorge se serre. Comme je la connais cette question, et surtout cette intonation. Un soupçon d'empathie qui s'infiltré sous les murailles, qui plutôt que de les briser s'en va par le soupirail, la faille à laquelle personne n'avait pensé. Il entre dans l'enceinte de la ville, où tout panique et s'éparpille.

Il est fort. Il est très fort. Il a cette manière de regarder et de se taire contre laquelle on ne peut lutter.

« Tu sais qu'ici tu peux parler, c'est le moment, tu as tout un sac à vider. »

Et l'angoisse se déverse dans les paroles hachées, quelques larmes pudiques et son regard baissé.

Elle se sent un peu mieux. Elle a enfin parlé.



FERRY Margot

SOINS SOMATIQUES EN SANTE MENTALE : le regard des médecins généralistes exerçant en établissement psychiatrique

Thèse *Médecine Générale* : Lyon 2020 ; n°235

Le constat frappant des disparités de santé entre la population générale et les patients atteints de pathologies psychiatriques sévères nous poussent à questionner les raisons et les voies d'amélioration possibles. Les médecins généralistes exerçants en hôpital psychiatrique, dit « Les somaticiens », semblent bien placés pour répondre à ces questions puisqu'ils y sont Confrontés au quotidien. À travers 21 entretiens menés auprès de médecins somaticiens exerçants dans 5 hôpitaux psychiatriques de la région Auvergne-Rhône-Alpes, nous constatons que la médecine auprès des patients psychiatriques requiert certaines compétences, beaucoup de temps, et des moyens suffisants. Ces entretiens nous ouvrent des perspectives d'améliorations et nous dévoilent des exemples de solutions locales qui pourraient tendre à se généraliser.

MOTS CLÉS : médecine générale ; psychiatrie ; somaticien ; temps

JURY : Présidente : Madame le Professeur Marie FLORI

Membres :

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB ; Monsieur le Professeur Mohamed SAOUD remplacé par Madame le Professeur Caroline DEMILY ; Monsieur le Docteur Philippe ALOGNA

DATE DE SOUTENANCE : 6 octobre 2020