

Université Lille 2
Université Paris 13
APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire
« Santé mentale dans la communauté »

Année 2012

Dynamique de réseau en santé mentale à TOURCOING
Réseau « Chaîne de Vie »

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

Isabelle DANSET

Tuteur : Dr. Jean Luc ROELANDT

A : Argumentaire

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

Celui-ci s'est engagé à respecter la circulaire du 15 mars 1960⁽¹⁸⁾, qui définit à la fois les structures et l'esprit du secteur, en développant une organisation de soins psychiatriques destinée à traiter la demande de soins dans une approche globale de la personne. Son objectif majeur est d'intervenir tant auprès de l'entourage que du sujet lui-même, afin de lui permettre un maximum d'autonomie.

Cette politique s'appuie sur quatre principes :

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

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

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

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

Le projet d'un Réseau d'intervenants à TOURCOING⁽²⁹⁾ pour les personnes en souffrance psychique et/ou en crise suicidaire est né de la réflexion de soignants, d'assistants socio-éducatifs et d'enseignants, confrontés à des situations extrêmement difficiles à la fois pour les sujets et pour ceux chargés de les aider.

Globalement, les constatations sont toujours les mêmes :

- a) Certains sujets expriment un sentiment de souffrance, d'isolement, ou des interrogations sur l'intérêt de l'existence, à leur entourage immédiat (famille, amis), mais aussi aux professionnels avec lesquels ils ont des relations proches (aides à domicile, éducateurs, infirmiers, médecins).
- b) Les interlocuteurs de terrain sont en difficulté pour répondre. Ils ne savent pas quoi dire, quoi faire. Ils ont l'impression que leurs réponses, pleines de bon sens, sont "à côté". Ils craignent même qu'elles accentuent le sentiment d'incompréhension et de solitude de leur client.
- c) Les spécialistes savent comment répondre aux difficultés de ces sujets, mais ne les rencontrent que très rarement.

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

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

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

- d'améliorer les compétences de ceux qui sont au plus près des sujets en difficulté,
- de créer du lien entre ces acteurs de première ligne et les professionnels formés à l'aide, à l'écoute ou à la promotion de la santé

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

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

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

- De former, depuis 2001, 300 personnes en transprofessionnel (9) sur Tourcoing (regroupant des professionnels sanitaires, sociaux, éducatifs et associatifs), au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise
- De réaliser une plaquette d'information destinée aux usagers et aux professionnels de terrain
- De développer des liens entre les différents partenaires de la santé mentale en organisant des journées de rencontres et d'échanges

Le travail en Réseau de Santé Mentale communautaire s'est étroitement articulé avec la création de structures de soins adaptés (15). Cette offre de soin en Santé Mentale à Tourcoing pour les sujets en souffrance psychique, en crise suicidaire ou en troubles mentaux s'organise autour :

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

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

Il nous a fallu ensemble mieux définir le concept de santé mentale dans la communauté. Ce lieu d'échange est maintenant celui du Conseil Local de Santé Mentale de TOURCOING.

Voici quelques concepts et réflexions sur lesquels s'appuie ce réseau :

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

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

L'OMS ⁽⁵⁾ définit la santé comme suit: «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Ainsi elle reconnaît que la santé mentale est une composante essentielle de la santé. De plus cette définition a pour important corollaire que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux.

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. Elle s'apprécie entre autre à l'aide d'éléments suivants : le niveau de bien être subjectif, l'évaluation des capacités mentales (cognitives, affectives et comportementales) et la qualité des relations avec le milieu de vie. La santé mentale résulte d'une adaptation réciproque de la personne et de son environnement. Les autorités politiques sanitaires reconnaissent une triple dimension à la santé mentale : la santé mentale positive (épanouissement personnel), la détresse psychologique réactionnelle (induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles), les troubles psychiatriques de durée variable et plus ou moins sévères et/ou handicapants. Ces troubles renvoient à des classifications diagnostiques s'appuyant sur des critères, et à des actions thérapeutiques ciblées.

La vision subjective des français sur leur santé mentale, selon un sondage TNS Healthcare réalisé pour la fondation Pierre Deniker (26), révèle qu'ils reconnaissent souvent des fragilités psychiques, mais ils ne se définissent pas pour autant comme ayant des problèmes de santé mentale, ainsi 71% des Français associent leur mal-être à des problèmes liés au travail et 55% l'associent à des problèmes familiaux et sentimentaux. 41% pensent que si l'on se sent fragile mentalement, on peut prendre sur soi et attendre. 71 % des Français sont tout à fait ou plutôt d'accord avec l'idée que « leur bien-être psychique ou psychologique ne dépend que d'eux-mêmes » et 83 % déclarent « préférer chercher eux-mêmes la solution à leurs problèmes »

Par ailleurs dans l'enquête du CCOMS de Lille en population générale sur la représentation de la santé mentale(2), la population a une relative capacité à identifier comme fait mental un grand nombre de pathologies et d'anormalité de comportement. Elle n'en distingue pas pour autant, la notion de risque et de dangerosité associée à ses manifestations, et notamment quand il s'agit de comportement auto agressif suicidaire ou de dépression. Sur la prévalence des troubles psychiatriques de la population enquêtée, on observe en majorité des manifestations anxieuses, des dépressions et des pathologies d'addiction (trouble des conduites alimentaires, alcoolisme, toxicomanie.)

Pour beaucoup, souffrir de dépression ou d'anxiété est « normal » (1), cela ne nécessite pas forcément d'accompagnement spécifique. L'entourage est souvent considéré comme le soutien nécessaire et suffisant pour aider ces personnes.

De même devant la représentation des personnes suicidaires, de nombreux mythes ou fausses croyances sont identifiés. C'est dans le changement de la perception et de la représentation des personnes en souffrance psychique, en crise suicidaire ou en troubles psychiques des intervenants que la santé mentale dans la communauté peut se déployer (23).

De nombreuses études montrent que le médecin généraliste reçoit dans sa patientèle, plus de 30 % de personnes présentant une souffrance psychique ou détresse psychologique (3). Ainsi cet état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental est associé des symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles.

C'est la mesure du degré d'intensité de la souffrance psychique, sa permanence et sa durée, ainsi que ses conséquences, qui invitera le médecin généraliste à proposer une consultation spécialisée. Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique (27). Le médecin généraliste dans son évaluation des symptômes et de leurs gravités, est donc un partenaire privilégié à la prise en charge précoce des troubles psychiques (14). Il est nécessaire pour autant que, lui-même, ait une bonne représentation et une bonne connaissance des services de santé mentale, de la souffrance psychique, de la crise suicidaire et des troubles mentaux.

Entre la perception subjective de l'individu et ce que l'intervenant ou l'entourage peut l'aider à entrevoir, se joue là, une action éducative et promotrice de santé mentale et là encore, le médecin généraliste est un partenaire indispensable (20).

Récemment une enquête, diligentée par le CCOMS sur la place de la santé mentale en médecine générale (11), a montré, sur le territoire de Tourcoing, la nécessité de redynamiser ces partenaires au sein du réseau. Elle révèle un faible taux de réponses des médecins généralistes, 29 % de retours seulement. Ils rencontrent des difficultés pour adresser leurs patients dans les services de santé mentale, surtout nous disent-ils, par rapport au délai de prise en charge autant en hospitalisation qu'en ambulatoire.

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

Aujourd'hui, pour les partenaires préoccupés par une personne en souffrance psychique ou en crise suicidaire, des possibilités de prise en charge immédiate sur le secteur sont mise en place.

Actuellement sur Tourcoing, toute personne en souffrance psychique peut être accueillie 24 h/24, 7 jours / 7 dans un service de crise.

L'Espace Abbé de l'Épée est dans la ville de Tourcoing. C'est un CMP CATTP qui n'a aucune enseigne. Il reçoit toute première demande ou situation nécessitant une évaluation en urgence. Les personnes sont accueillies du lundi au vendredi de 9 h à 18 h. Elles viennent principalement sur RDV, mais peuvent aussi se présenter spontanément et bénéficier d'un entretien. Les personnes sont prises en charge également aux urgences de l'hôpital DRON par l'équipe de psychiatrie.

En dehors de ces horaires, le relai est pris soit par les urgences si la situation le nécessite, soit au Centre d'accueil de Crise situé dans les Unités Tourquennoise de Psychiatrie. Pour chaque situation, l'intervenant qui a vu la personne en entretien, présente la situation aux autres membres de l'équipe présents. Une organisation de sa prise en charge sera décidée et validée par le psychiatre. Elle peut se décliner soit par un suivi ambulatoire ou, si besoin, une hospitalisation au CIAC ou dans un autre service des UTP.

Pour les adolescents, l'Espace TOM accueille tous les après-midi du lundi au vendredi, les jeunes, mais aussi leur famille. Ils peuvent venir librement, avoir un entretien avec une personne, gratuitement et sans rendez-vous

Il semble que les médecins généralistes ne connaissent pas tous l'existence de ces services ni l'offre de soins en santé mentale développée dans nos services.

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

Le Réseau « Chaîne de Vie » se donne donc comme objectif de renouer des liens forts entre les médecins généralistes de notre secteur, en allant à leur rencontre afin de mieux se connaître, faire connaître notre organisation de prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques, et d'élaborer ensemble des pistes pour améliorer ce travail en réseau.

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

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

B : Questions auxquelles cette recherche tentera de répondre.

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

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

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

Le rapport rédigé par le Collège national pour la qualité des soins (CNSQP), dans le cadre de la convention signée avec la Direction Générale de la Santé (DGS) en vue de documenter le champ de la coopération médecins généralistes et psychiatres donne des éléments précieux sur la réalité en 2011 ⁽¹⁷⁾.

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

Dans les recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychiques jusqu'au trouble mental caractérisé, le rapport présenté au Comité Consultatif de Santé Mentale du 11 avril 2012 met le médecin généraliste en position de pilier dans la prévention, la promotion de la santé mentale et dans l'accompagnement vers les dispositifs spécialisés.

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

Lors d'une prise en charge d'une souffrance psychique invalidante, il pourra initier une relation d'aide ⁽¹³⁾ et une écoute bienveillante ⁽¹²⁾. Le temps de disponibilité est pour autant compter en médecine de ville, aussi il pourra promouvoir l'intérêt d'une aide psychologique thérapeutique et accompagner leurs patients vers une prise en charge spécialisée.

Ce travail de facilitation, de négociation et de médiation joue à la fois pour la prise de contact initiale mais aussi dans le maintien du suivi ou de réorientation ultérieure après une rupture du suivi spécialisé en santé mentale ⁽³⁰⁾.

En situation de crise suicidaire ou de troubles mentaux, il est donc nécessaire que le médecin généraliste dispose des connaissances et d'une pratique clinique leur permettant, d'une part de reconnaître les situations pathologiques ou de crise suicidaire, d'autre part de développer une prise en charge et un suivi adéquat (21) et orienter à bon escient vers les professionnels spécialisés (9).

1) Cette recherche-action tentera de mieux identifier les connaissances et les pratiques du médecin généraliste, par rapport aux services de santé mentale, et leur attitude face à la crise suicidaire.

Les différentes enquêtes révèlent de façon générale que 30% des consultations et des visites chez un médecin généraliste sont consacrées à des troubles psychiatriques (en général troubles dépressifs et anxieux, troubles du sommeil, addictions) (17).

Pour la dépression, le consensus est qu'une prise en charge par un médecin généraliste peut suffire lorsque celle-ci relève du champ de la plainte ou d'une souffrance inhérente à la personne et nécessite dans ce cas l'application d'une logique médicale par l'accueil, l'information, l'aide et l'accompagnement du patient prenant en compte sa dimension humaine. Lorsque la dépression relève de la pathologie psychiatrique, le médecin généraliste a besoin du réseau de soins spécialisés : le psychiatre apportant une aide au repérage et au diagnostic, ainsi que la mise en place de stratégies thérapeutiques, le psychologue s'intéressera au processus et aux symptômes de la maladie. Ainsi, hors hospitalisation, on retrouve une proportion de 60 % de sujets déprimés pris en charge par un médecin généraliste, 10 % par les psychiatres, 8 % par des psychologues et 13 % par d'autres spécialistes (10)

Les orientations du patient dépressif (31) vers le dispositif spécialisé de soins devraient être privilégiées dans les situations particulières suivantes:

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

Aujourd'hui, les centres de crises se sont développés afin d'apporter une réponse rapide aux situations de crise suicidaire, mais aussi de crise psycho socio familiale, des troubles du comportement avec agitation, de difficultés au travail, ou des situations traumatiques. Ils ont pour objectif de désamorcer au mieux ces situations en essayant d'éviter des hospitalisations, sauf de courte durée. Les évènements traumatiques, comme un suicide ou une tentative de suicide d'un proche sont des situations fréquentes qui doivent être prise en compte (16)

Lors des prises en charge de personnes suicidaires ou suicidantes dans ces structures, on retrouve pour une grande majorité d'entre-elles des antécédents familiaux de tentative de suicide ou de suicide complété. Actuellement en France, on dénombre 10 500 suicides par an. En considérant qu'un suicide touche environ six personnes de son entourage, cela fait plus de 60 000 endeuillés par an par suicide (28). Mais ce drame impacte également des personnes de façon plus indirecte, comme les soignants, les policiers ou gendarmes, les personnes déjà touchées par un suicide, soit environ 20 personnes. C'est donc 300 000 français par an impactés par suicide (19)

Au début, la personne se contente d'un soutien naturel auprès de son entourage, mais très vite les choses risquent d'être compliquées. Tous les proches sont dans un deuil difficile. Ils cherchent à comprendre pour donner un sens à cette perte. C'est souvent après 6 à 9 mois qu'une aide extérieure devient nécessaire. Si l'absence est trop forte et si l'incompréhension persiste le risque de suicide est élevé.

La dimension préventive est donc essentielle face à ces situations.

Le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié pour être très attentif auprès de ces patients, qui ne viennent pas consulter parce qu'ils sont endeuillés, mais pour pleins d'autres raisons somatiques.

Dans la même lignée, 3 750 000 français (19) par an sont affectés par la tentative de suicide d'un proche. Le retentissement d'une tentative de suicide sur l'entourage a été bien analysé par l'étude Imtap (Impact de la tentative d'autolyse sur les proches) menée par de nombreux psychiatres dont le Professeur VAIVA Guillaume (31). La tentative de suicide d'un sujet propage une souffrance en cascade sur les différents cercles de l'entourage familiale et affectif, qui peut se mesurer en termes de stress traumatique et d'impact médico-économique. Dans l'étude, au moment de la TS, 40% des proches « allaient mal » (cotation sur une échelle de morosité), en comparaison des 20 % des proches comme moroses un an après, 4 % d'entre eux s'aggravaient pendant l'année suivant le geste.

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

Les enquêtes sur les risques suicidaires sont nombreuses. On retrouve un risque suicidaire global de 13,7 % en population générale et 9,7 % pour le risque suicidaire léger (22). Ce risque suicidaire est plus important chez les jeunes de 18-29 ans, 7,85 % ayant réalisé une tentative de suicide 9% (8) pour les adolescents.

La situation sociale, maritale, l'existence de troubles psychiques et l'antécédent de passage à l'acte, sont prédictives de risque de décès par suicide.

L'étude SMPG sur Tourcoing (29) donnait 36 % de « troubles dépressifs » en population générale, dans l'enquête du CCOMS (11), les médecins confirment avoir ces patients dans leur patientèle. Les risques suicidaires peuvent donc être largement repérés.

Si la vigilance et la préoccupation des médecins généralistes (23) dans ce domaine étaient plus importantes et s'ils aborderaient plus facilement ses situations avec leurs patients, une démarche primaire en santé mentale et une prise en charge plus précoce pourraient s'initier (25).

2) Cette enquête évaluera les indications des médecins généralistes pour nous orienter des patients et leur implication dans le suivi des personnes prise en charge par les services de santé mental.

Dans l'étude sur la représentation des troubles psychiatrique par le médecin généraliste dans le Nord Pas-de-Calais, réalisée par Lise DEMAILLY (6), le médecin est la première personne que l'on consulte en cas de mal être. Leur prise en charge est essentiellement médicamenteuse associé à un temps d'écoute et de conseil limité. Globalement, il adresse très peu leurs patients, hormis en cas de trouble psychiatrique ou psychotique, démence, violence et trouble du comportement. Ils fabriquent des théories sociologiques spontanées pour expliquer l'augmentation des troubles. Ils attribuent le plus souvent des causes sociales et relationnelles qui ne nécessitent pas un accompagnement spécifique.

Hors le médecin généraliste se doit d'être objectif. Il est tenu de promouvoir une relation d'aide psychologique thérapeutique auprès des personnes, qui ressentent une

souffrance psychique invalidante. Il se doit de les accompagner vers une prise en charge spécialisée.

Ce travail de facilitateur, de négociation et de médiation joue à la fois pour la prise de contact initiale mais aussi dans le maintien du suivi ou dans la réorientation ultérieure après rupture du suivi spécialisé en santé mentale (31).

Par ailleurs, il se doit également d'être le garant de la prise en charge somatiques des patients souffrant de troubles psychiatriques, qui présentent un nombre significatif de comorbidités somatiques (21).

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

L'enquête réalisée auprès des généralistes du Xème arrondissement de Marseille sur les relations entre médecins généraliste et les psychiatres souligne tout d'abord que le recours à un psychiatre dépend fortement des aptitudes de chaque médecin et de l'intérêt qu'il porte à la psychiatrie. Les a priori négatifs sur la psychiatrie restent marqués autant pour les médecins eux même que pour leurs patients. Le modèle sur le recours au psychiatre proposé par Golbert et Huxley en 1980, décrit les trois filtres à dépasser pour un patient pour accéder à un niveau de soins spécialisés en psychiatrie (13). Le premier filtre se situe au niveau du patient lui-même (Déni, peur, n'y voit pas l'intérêt). Le deuxième et troisième filtre se situent au niveau du médecin généraliste et sont représentés par la capacité de celui-ci à reconnaître et identifier le trouble psychique, à sa décision de référer au psychiatre. Il est donc important de connaître leurs rapports avec la psychiatrie et leurs perceptions des services.

Seulement 40% de médecins généralistes se déclarent satisfaits de la qualité de leur coopération avec les secteurs de psychiatrie (Drees, 2004, 2008) (17).

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

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

Les attentes des médecins généralistes retrouvés dans les différentes enquêtes sont simples et multiples.

Ils ont besoin d'un dispositif de soin psychiatrique capable de répondre, autant aux situations : urgentes, inquiétantes ou dangereuses qu'aux problèmes « moins bruyants » consommateurs de soins, ayant besoin de soins adaptés chez des patients qui ne veulent pas consultés⁽²³⁾. L'étude de Rouillon & col ⁽²⁸⁾ montre que plus du tiers des primo-consultant en psychiatrie (tout diagnostic confondus) accèdent aux soins plus d'un an après le début de leur trouble et parmi ceux-ci, 13 % le feront seulement après cinq ans d'évolution.

Proposer rapidement aux patients, une consultation d'avis spécialisé dans les dispositifs de crise plutôt qu'une prise en charge dans un dispositif classique, contribue à prendre en compte plus précocement les problématiques de santé mentale. Ses lieux de soins s'attachent à dédramatiser et « dé stigmatiser » la psychiatrie.

Les entretiens ont pour objectif d'évaluer la situation et d'apporter un éclairage, aux patients et aux médecins généraliste, sur les aides qui peuvent être proposées. Une triangulation s'établit entre le médecin, son patient et le psychiatre.

Le médecin utilisateur de ses services devient, comme il le souhaite un partenaire à part entière.

Ses collaborations font naître auprès des généralistes, un besoin de formations spécialisées en lien avec les secteurs de psychiatrie.

Ils clament tous leurs manques de disponibilité et ont besoin d'outils simples et efficaces pour nos échanges d'informations. Ils sont demandeurs d'une bonne relation et communication avec les services spécialisés.

5) A travers ces échanges avec les médecins généralistes, nous identifierons leurs besoins et revendications pour améliorer la collaboration réciproque.

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

C : Méthode d'enquête

1) Les objectifs

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

Il s'est organisé autour de plusieurs objectifs spécifiques :

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

2) Public enquêté

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

3) Méthode et outil utilisé

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

1. Envoi d'une lettre annonciatrice :

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

2. Un appel préalable pour leur proposer un temps d'échange avec eux aboutissant à : soit une date de rappel pour un entretien téléphonique, soit une date de rendez-vous pour se rencontrer, soit un envoi du questionnaire par courrier.

3. Pour les médecins injoignables, un envoi systématique du questionnaire a été effectué.

4. La durée du questionnaire a été limitée à 10 à 15 minutes, pouvant bien sûr être un peu plus important en fonction de ce qu'ils avaient à nous dire. Il était nécessaire de limiter la durée de l'échange à moins de 30 minutes, au-delà desquelles le risque de refus est plus élevé.

4) Durée du recueil

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

5) Déroulement de l'enquête

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

Chaque enquêteur a reçu un dossier comprenant :

- la présentation du projet
- un protocole de passation pour l'entretien
- un dossier nominatif pour chaque médecin :

- avec une fiche de recueil comprenant le nom du médecin, ses coordonnées téléphoniques, le déroulement des démarches avant l'entretien et un retour de l'enquêteur sur ses impressions après l'entretien

- Le questionnaire

- Pour les médecins non joignables, un courrier comprenant la présentation du projet, le questionnaire et la plaquette de présentation du secteur 59G16, une enveloppe de renvoi, leur a été envoyé.
- Les médecins refusant l'enquête devaient être signalés sur la fiche de recueil

6) Répartition des appels

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

7) Le questionnaire

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

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

D : Résultats et analyse

1) Bilan d'exploitation de l'enquête.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'analyse du questionnaire s'est faite en utilisant des tableaux Excel et en respectant les différents axes en lien avec les objectifs de la recherche-action. L'analyse des

commentaires s'est effectuée en recensant des catégories de réponses prenant en compte les éléments les plus importants, les informations ou remarques pertinentes, ainsi que les ressenties aussi bien de l'enquêteur que de l'enquêté.

La durée des entretiens a finalement été en moyenne de 25 min (allant de 10 à 45 min). En effet les échanges se sont fait naturellement en dépassant largement le cadre du questionnaire.

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

Après une présentation rapide du projet, l'enquêteur a proposé au médecin un échange libre et spontané de sa part. Le questionnaire préparé a été présenté plus comme un guide pour l'entretien. Aussi dès la première question, l'enquêté a été invité à nous dire ce qu'il connaissait comme offre de soins en santé mentale sur Tourcoing.

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

Nombre de répondants : 44

Les services de santé mentale les plus connus des médecins généralistes sont sans conteste les CMP (adultes avec 97.73% et enfants avec 100%). On s'aperçoit très vite que les nouvelles structures, développées ces dernières années, ne sont pas suffisamment connues. En effet seulement 61% citent les UTP de façon spontanée, l'EAE est évoqué que par 27 % des médecins, alors que dans l'entretien quand nous citons ces structures, ils répondent qu'ils les connaissent (91% pour les UTP - 84 % pour EAE), en rajoutant qu'ils ne les connaissent pas forcément bien. L'équipe de liaison aux urgences de DRON est connu que de 55 % des médecins, seulement 7 % en fait référence spontanément. De même pour le CIAC, seulement 18% des généralistes en parlent d'eux même et cela leur évoque effectivement quelque chose pour 64% d'entre eux quand on leur cite.

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

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

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

3 Indication et orientation vers nos structures

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

En fait, les médecins généralistes ne nous adressent, en moyenne, 4 % de leur patientèle, avec des variations allant de moins de 0.01 à 15 %. Suite à leur proposition de nous consulter :

- 9% des généralistes déclarent que leurs patients vont tous au rendez-vous,
- 42 % disent que 75 % y vont,
- 9 % disent que seulement 50 % y vont,
- 14% disent que seulement 25 % y vont
- 5% disent que seulement 10 % y vont.

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

En ce qui concerne leurs difficultés à orienter un patient vers une prise en charge en santé mentale, 45.5 % n'ont aucune difficulté. 20% d'entre eux ont exprimés avoir une bonne connaissance de l'offre de soin. Ils disent avoir facilement des contacts avec les médecins psychiatres. La prise en charge de leurs patients par les services actuels est rapide.

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

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

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

20 % sont plutôt en difficulté avec la réticence des patients. La psychiatrie fait peur. Ils ne veulent pas être mélangés avec des personnes ayant des pathologies lourdes. La stigmatisation de la psychiatrie reste un frein important. Le généraliste insiste à plusieurs reprises auprès du patient pour qu'il consulte, mais il ne se sent pas forcément capable de le faire changer d'avis.

Certains proposent une orientation plutôt vers un psychologue ou un psychiatre libérale. La crainte du patient est moindre surtout quand elle est liée à une peur de l'hospitalisation.

Une réserve est également mise sur les prises en charge des enfants et adolescents. Mais là encore, la seule orientation proposée est le CMP infanto-juvénile.

Ils évoquent alors des délais d'attente. Si le rendez-vous est trop éloigné, le généraliste se dit en difficulté d'apaiser les parents très inquiets au sujet de leur enfant. Et si c'est lui et non les parents, qui est inquiet pour un enfant ou un jeune. Il sait que les parents ne se mobiliseront pas.

On perçoit nettement qu'il reste une difficulté pour les patients ayant une pathologie mentale en dehors des situations d'urgence. Pour les patients déjà connus, mais en rupture par rapport à leur prise en charge, ils arrivent parfois à les remotiver pour qu'ils consultent à nouveau, mais là encore, si le rendez-vous est éloigné, ils savent qu'il y a peu de chances que les patients soient au moment du RDV dans la même motivation.

Par ailleurs ils sont en difficultés avec les anorexiques et les toxicomanes.

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

La rapidité de leur orientation dépend bien souvent de leur disponibilité ou non à l'écoute, de leur inquiétude personnelle et de la qualité relationnelle avec certains patients qui leur évoquent spontanément une grande souffrance ou au contraire ceux qui manifestement sont en grande souffrance mais qui n'évoquent rien, hormis parfois des troubles somatiques récurrents.

Personne dans l'enquête n'a parlé spontanément des personnes dépressives ayant de conduites d'alcoolisation sévère ou récurrente, ni des personnes présentant des deuils difficiles ou des conflits conjugaux sévères, voir des personnes en très grande difficulté avec leur travail.

Pour autant, ils disent rencontrer de plus en plus de personne en grande souffrance psychique ayant des situations de vie complexes et difficiles. Ses situations sont connues comme ayant un risque suicidaire.

Aussi il semble important que les médecins généralistes puissent œuvrer à faciliter la prise en charge pas uniquement des patients présentant des troubles psychiques mais également, comme le veut la santé mentale, de repérer les situations de désordre psychique et de les orienter plus précocement vers les services de santé mentale.

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

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

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

**Retour positif des patients pris en charge dans les services de santé mentale de
Tourcoing**

Secteur G16- G17 adulte	Réponse positive
UTP : Unités tourquennoises de psychiatrie	90.70%
Equipe de liaison aux urgences du CH DRON	79.54%
CMP, CATTP, CMP enfants- adolescents	84.09%
CIAC : Centre Intersectoriel d'Accueil de Crise	81.39%
Secteur G16 adulte	
EAE : Espace Abée de l'Epée	81.81%
Secteur infanto juvénile	
Espace TOM	4.5%
Equipe Mobile	13.63%

Nombre de répondants : 44

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

Remarques les plus citées par les médecins au sujet des retours de leurs patients

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

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

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

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

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

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

Il semble que le premier contact soit fondamental. Si la personne fait la démarche de consulter, sa souffrance n'est pas récente (cf. p 13). Elle a longuement hésité et a attendu d'être dans une situation de plus en plus difficile pour elle. Elle sent épuisée et ne sait plus comment faire pour s'en sortir. Elle accepte alors une aide. Aussi, ses attentes par rapport au spécialiste qu'elle rencontre sont importantes. Si elle se sent écoutée, entendue et un peu comprise, et que l'intervention lui redonne confiance, l'aide à mettre des mots ou un diagnostic sur ses troubles et qu'on l'informe sur ce que l'on peut faire, elle acceptera la prise en charge. Si par contre, cela ne se passe pas comme elle l'aurait voulue ou qu'elle ne ressent pas un réel soutien dans sa demande d'aide, très vite elle sera tentée d'abandonner. L'intervenant doit donc être très vigilant. Si par contre, elle est venue un peu « contraint ou forcé » l'accueil et l'intervention doit la surprendre positivement, sinon elle n'adhèrera pas.

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

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

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

Deux médecins n'ont aucun retour de leurs patients.

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

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

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

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

Leurs critiques

Avouent ne pas nous connaître suffisamment	39 %
Manque de psychiatre	25 %
Contact difficile avec un psychiatre ou manque de communication	25 %
Pas assez de retour pour les conduites à tenir	11%
Manque de collaboration pour les patients difficiles	8 %

Réponses multiples

Parmi les plus critiques, ils avouent ne rien connaître de nos organisations. Ils n'arrivent pas à faire la distinction entre CMP et l'Espace Abbé de l'Epée. Ils ne pensent pas à

nous et envoient plutôt vers le libéral systématiquement, alors que s'ils nous connaissent mieux, ils feraient plus souvent appel à nous.

¼ dénoncent un manque de communication et de liaison et surtout un effectif trop faible de psychiatres. Ils évoquent des délais trop longs pour et entre les RDV.

Nous avons vu précédemment que certains médecins généralistes adressaient leurs patients dans l'optique d'avoir un avis sur la conduite à tenir et sur les traitements, aussi pour eux le manque de retour de réponses rapides est délétère.

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

Un médecin est très critique, il nous dit : *« Il n'y a pas de PEC effectif, le premier entretien est fait par un infirmier qui aboutit rarement, le patient abandonne à cause des délais, du manque de souplesse des CMP. De plus, souvent les patients doivent sacrifier 1/2 journée de travail. C'est de la « blabla thérapie » plutôt qu'une vraie psychothérapie, c'est plus un travail d'introspection psychanalytique »*

Sur le fait que la première rencontre dans un service de santé mentale se fasse par un(e) infirmier(ère) ou un(e) psychologue, les médecins généralistes ont un avis favorable pour 70.5 % pour l'infirmier(ère) et 79.5 % pour un(e) psychologue.

Point de vue du médecin sur une première rencontre avec un (e) infirmier ou un (e) psychologue

Satisfait, Permet une écoute et orientation rapide	12
Pas d'accord	8
Evoque un désaccord des patients	3

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

Le désaccord vient surtout quand le médecin fait la demande, il estime que le travail d'orientation a été fait et que son patient doit voir un psychiatre, ne voit pas en quoi une infirmière serait plus compétente que lui pour orienter le patient, de plus les patients n'apprécient pas de rencontrer une infirmière pour lui entendre dire qu'il faut un RDV avec un psychiatre. Pour certains, ils n'en voient pas l'intérêt : *« ça retarde la mise en route des*

traitements, aimeraient qu'ils voient d'abord le psy, sinon c'est une perte de temps, les patients sont déçus de voir une infirmière, c'est une marche de plus à franchir.

Il relate une plainte de 13 % de leurs patients.

5 Relation et communication entre les médecins généralistes et les psychiatres

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

Echange de courrier

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

Nombre de répondants : 44

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

Pour le retour de courrier lors des prises en charge, les résultats sont malgré tout assez favorables. Lors des hospitalisations, ils déplorent parfois la lenteur du courrier. Lors du passage aux urgences, le mot de liaison est donné aux patients, dans la mesure où ils revoient le patient et qu'il lui amène le mot de liaison, il a des nouvelles.

C'est dans les suivis ambulatoires qu'il y a le plus de remarques, notamment sur le manque de précisions des courriers. Ceux-ci restent très évasifs, n'aidant pas le généraliste pour le diagnostic et les raisons probables.

Ils aimeraient une aide quand ils adressent des patients difficiles pour qui ils ne savent pas quoi faire. Pour autant, ils sont beaucoup plus critiques par rapport aux prises en charge en CMP, pour les suivis au long cours. Un médecin nous disait ne pas être au courant des injections effectuées ou non à son patient.

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

Autres modes de communication évoqués

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

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

L'accessibilité téléphonique facilitée en plus par un numéro unique ou un interlocuteur privilégié est la solution idéale pour plus de 77.4 % des médecins généralistes.

La proposition d'avoir un médecin psychiatre référent qu'ils pourraient contacter pour avoir un avis ou pour faciliter la gestion de certaines situations difficiles a été très approuvée à 95.45%. Les commentaires ont été très spontanés de l'ordre du : « Génial, super idée, très utile et intéressant » 2 personnes indiquent malgré tout qu'il serait nécessaire d'avoir un bon rapport de confiance, car ils se sont déjà fait mal menés par certains psychiatres.

Par ailleurs plus de 80 % des médecins reçoivent systématiquement les résultats de laboratoire ou les courriers des professionnels utilisant le système APICRYPT, outil de sécurisation du courrier médicale, géré par l'association APICEM, centre créanor à

Coudekerque-branche. D'autres établissements hospitaliers l'utilisent. Il serait utile de voir la faisabilité de ce mode de communication au sein de l'EPSM Lille-Métropole.

Les médecins qui désirent scanner le courrier reçue par nos services sont ennuyés pour le faire car ils sont écrits en encre bleu, qui passe mal lorsqu'on le scanne.

Ils ont été nombreux à nous parler spontanément des courriers qu'ils reçoivent en cas d'absence de leurs patients au rendez-vous avec le psychiatre. Ils apprécient la démarche et peuvent ainsi en revoyant leurs patients en discuter avec eux et les remobiliser au besoin.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qui exprime ses souffrances psychiques - Oui	75 %
Qui évoque des idées suicidaires - Oui	65.91 %
Abordez-vous facilement la question du suicide ? - De façon explicite	84.09 % 46.34 %
Après un passage à l'acte, reparlez-vous avec elle ? - Oui	81.82 %
Après un passage à l'acte, évaluez-vous le risque de récurrence ? - Oui	77.27 %
Qui est endeuillée par le suicide d'un proche - Oui	54.55 %

Même si pour $\frac{3}{4}$ des médecins généralistes, la souffrance psychique n'est pas un problème, $\frac{1}{4}$ des répondants ne sont pas aussi catégoriques.

Le manque de temps, leurs surcharges de travail et les consultations nécessitant beaucoup d'empathie, ne sont pas le lot de tous.

Pour les personnes évoquant des idées suicidaires, ils se disent à l'aise à 66 % tout en évoquant clairement dans leurs commentaires, leurs inquiétudes de ce qu'il peut arriver. Ils ne savent pas quoi dire, ni évaluer le risque de passage à l'acte. Ils les adressent rapidement aux urgences. Ils leur est difficile de faire la part des choses entre risque réel ou non. « *je le met en arrêt de travail en le prend en charge moi-même : un peu de repos et ça va mieux* ».

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

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

Quant à l'évaluation du risque de récurrences, il est clair que très peu savent le faire. Sur les 9 commentaires obtenus, pour 60 % disent : « *On ne rentre pas dans les détails, on essaye de prévenir des risques* », « *On lui dit de ne pas le refaire* » « *On essaye, mais on n'est pas sûr* ».

Un médecin ayant suivi la formation est tout à fait à l'aise et pour lui c'est important d'en reparler et de réévaluer.

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

Les médecins osent s'exprimer sur ces sujets délicats pour 57% d'entre eux. Ils racontent leurs expériences personnelles ou professionnelles. Ils ont beaucoup de choses à dire.

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

Pour les adolescents (4), peu en reçoivent en clientèle, sinon ils les revoient après un passage à l'acte. Ils les orientent, pour ceux qui connaissent l'offre de soins, soit 6.8% vers l'équipe mobile et l'espace TOM.

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

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

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

Propositions pour améliorer nos relations et collaborations

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

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

Nombre de propositions : 59

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

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

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

alcooliques et agressives, les anorexiques, les toxicomanes. Et développer ainsi un travail d'équipe avec la psychiatrie et un véritable réseau.

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

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

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

A la question finale qui était : Souhaitez-vous rajouter quelques choses ?

76.75 % ont répondu non.

Néanmoins ils étaient 82 % à donner un commentaire sur leur ressenti durant cet entretien. $\frac{3}{4}$ ont dit très spontanément être très content de cette rencontre téléphonique ou directement dans leur cabinet. Plus de la moitié, ont trouvé la démarche intéressante, le déplacement vers eux a également été bien perçu.

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

E) Conclusion et perspectives

Cette recherche-action s'est menée sur un temps court et dans une période peu favorable car quinze médecins étaient en vacances.

Pour autant le taux de participation est satisfaisant, pour 62 médecins joignables, 44 ont été interviewé, soit 71 %.

L'objectif, d'améliorer nos relations et notre partenariat, a été très apprécié. Les entretiens ont été bien plus longs que prévus, tellement nos échanges ont été riches et intéressants.

La proposition de venir les rencontrer dans leur cabinet, quand cela a été possible, a été un plus et contribue déjà à favoriser notre collaboration.

Chaque enquêtrice a apprécié l'accueil, la disponibilité des généralistes et la qualité de nos échanges. Et tout au long de l'étude, nous avons beaucoup échangé entre nous sur nos ressentis très positives.

Et déjà dans notre structure plusieurs points identifiés par cette étude ont été échangés en équipe.

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

1- Les différents points d'analyse que l'on retire de cette étude.

- Tous les généralistes connaissent les CMP, mais ils ont peu de connaissances sur les nouvelles structures mises en place en santé mentale. Les plus connues sont l'Espace Abée de l'Epée et le CIAC, mais sans pour autant savoir comment ils fonctionnent et quand les utiliser. Pour les enfants et les adolescents, ils envoient au CMP. Moins de 20% ont entendu parler de l'Espace TOM ou de l'équipe mobile pour les adolescents. Il est donc très utile de mieux faire connaître nos services.
- Leurs difficultés pour nous adresser des patients sont liées à leurs mauvaises connaissances de nos services, sinon quand ils connaissent, ils sont satisfaits de la rapidité et de l'efficacité des prises en charge.
- Leurs indications d'adressage sont classiques : les psychoses, les troubles de la personnalité, les anorexiques, les dépressions sévères. Pour les troubles anxieux ou dépressions réactionnelles, ils gèrent souvent eux même pendant un moment, puis les adressent quand ils se sentent dépasser et en cas de risque suicidaire exprimé par le patient. Leur disponibilité, ou non, à l'écoute et leur inquiétude personnelle sont leurs indicateurs.

Pour les enfants, on sent une plus grande réactivité pour proposer nos services. Ils attendent un avis, une conduite à tenir et souhaitent donc un retour du psychiatre.

- Les patients leur disent qu'ils sont globalement très satisfaits de leur prise en charge. Ils reconnaissent l'utilité et la facilité d'accès des lieux d'accueil de crise. Au niveau des CMP, pour les patients ayant une pathologie chronique, les suivis sont plus espacés et les délais sont critiqués. Pour les enfants, ils souhaiteraient des réponses plus rapides.
- Les médecins sont aussi satisfaits et reconnaissent qu'il y a eu une nette amélioration depuis ces dernières années.
- En ce qui concerne la communication entre généralistes et psychiatre, on se rend compte qu'elle existe mais devrait parfois être plus rapide. Les médecins attendent plus d'informations sur le trouble identifié et sur la prise en charge proposée. Ils sont demandeurs de contacts plus directs.
- Pour avoir un avis ou pour faciliter la gestion de certaines situations difficile, l'idée de pouvoir joindre facilement un médecin psychiatre référent serait pour eux l'idéal.
- Ils sont plus de 80 % à utiliser le système de messagerie par Apicrypt. Ils reçoivent ainsi spontanément les résultats et les courriers des services spécialisés. Ils proposent l'adoption de ce système par nos structures.
- Lors de nos échanges, nous avons pu vérifier l'intérêt et la satisfaction d'être informé par courrier de l'absence de leurs patients au rendez-vous avec le psychiatre. Ils peuvent ainsi en discuter avec leurs patients et les remobiliser.
- Les généralistes s'impliquent largement pour le suivi somatique et biologique des patients.
- Ils souhaiteraient être plus souvent sollicités dans les décisions prises par nos services, notamment lors de sortie d'hospitalisation.
- Pour le repérage et l'accompagnement des personnes en crise suicidaire, on perçoit un réel souhait de bien faire, néanmoins beaucoup de préjugés existent et les évaluations sont plus souvent subjectives qu'objectives, c'est-à-dire, en utilisant la triple évaluation : Risque, Urgence, Dangereusité (24). Par ailleurs, ils se disent peu confrontés à ce type de patients et encore moins aux adolescents suicidaires. Ils ont des patients qui sont passés à l'acte ou qui se suicident de façon imprévisibles à leurs

yeux. L'accompagnement des proches est là encore peu fréquent, en tout cas, nous disent-ils, les patients ne viennent pas pour ça.

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

- Leurs besoins, leurs revendications et leurs propositions sont nombreux. Sur les deux premiers points, la réponse a pu être immédiate grâce à l'entretien puisqu'il s'agissait pour ceux qui ne connaissaient pas ou mal nos services, d'avoir un n° de téléphone et une réponse rapide en cas d'urgence et de mieux nous connaître. Leurs souhaits sont des rencontres plus fréquentes et régulières, soit au travers des FMC (Formation Médicale continue) pour aborder des sujets servant leurs pratiques ou en venant les rencontrer ou en les invitant dans nos structures. Ils souhaitent être plus impliqués lors de nos prises en charge et sont partie prenante pour un renforcement de nos collaborations. Ils se savent très peu disponibles pour contribuer à développer la santé mentale dans la communauté, autre qu'au travers de leurs pratiques cliniques. Néanmoins, deux médecins sont prêts à s'investir et collaborer au sein du comité local de santé de Tourcoing.

2- **Les difficultés, les menaces, les ressources et points d'appui, les opportunités, révélés dans l'enquête permettent d'avoir une démarche d'action**

Difficultés	Ressources et points d'appui
Méconnaissance des généralistes des ressources en santé mentale	Mobilisation des généralistes pour optimiser leurs relations avec les professionnels de la santé mentale
Communication insuffisante des ressources en santé mentale vers le public et les professionnels de la santé primaire	Intérêt du médecin généraliste de mieux connaître et prendre en charge la souffrance psychique
Menaces	Opportunités
Un manque de liens entre généralistes et spécialistes	Un besoin de plus de connaissances déclaré par les généralistes
L'absence de communication	Une volonté du réseau de santé mentale, au travers des CLSM de se rapprocher des partenaires de la communauté
	Une plus grande mobilité et réactivité des services de psychiatrie

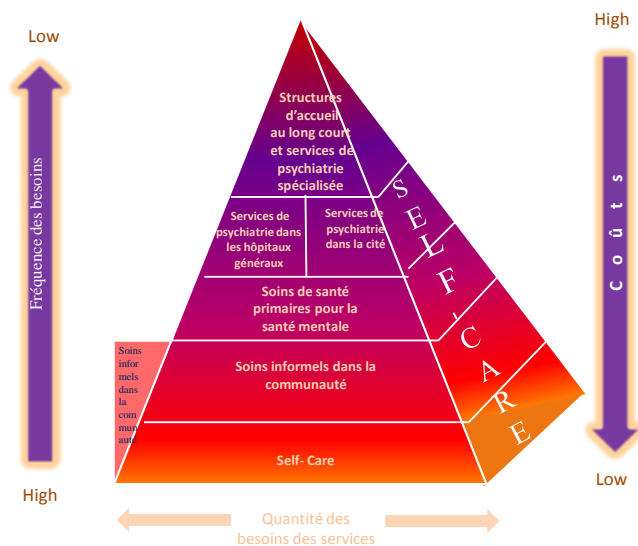
3- **Les points positifs que l'on ressort de cette enquête**

- une bonne mobilisation des généralistes pour améliorer nos relations et notre partenariat. L'offre de soins existants est une réelle avancée pour les patients et les médecins.
- La démarche de cette étude a été très appréciée et les entretiens ont permis de clarifier le fonctionnement et l'existence des services actuels en santé mentale pour la ville de Tourcoing.

- Les échanges ont été sincères, évoquant aussi bien des contentements que des désaccords.
- L'intérêt porté sur leurs indications à orienter les patients vers nos services et leurs pratiques face aux personnes en crise suicidaire a été l'occasion d'éveiller leur vigilance sur des situations autres que les troubles psychiques. Ils sont précurseurs pour repérer et orienter précocement les patients rencontrant des situations de vie complexes et à risque suicidaire. Ils sont les premiers interlocuteurs pour évaluer l'impact psychique de situation comme la perte d'un proche par suicide ou autre perte significative ; les conflits conjugaux ; les souffrances au travail et cela aussi bien chez les adultes qu'auprès des enfants.
Aussi ils peuvent contribuer à favoriser une approche préventive en dirigeant plus rapidement ses patients vers les services de crise, conçus pour gérer et minimiser les conséquences psychiques de ses situations.

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

Aussi, cette enquête permet d'envisager plusieurs actions agissant sur les différents niveaux d'intervention en santé mentale. En prenant en compte les positions de l'OMS par rapport aux soins de santé primaire.



Des actions directement auprès des médecins généralistes sont à envisager pour développer les soins de santé primaires pour la santé mentale.

- Proposer dans le plan de formation des FMC des thématiques spécifiques concernant la santé mentale
- Organiser des soirées, au sein de nos différents services de santé mentale, permettant d'échanger sur des situations spécifiques et de visualiser les lieux de prise en charge et mieux connaître leur fonctionnement.

Pour agir dans la sphère des soins informels dans la communauté de nombreux projets ont déjà été réalisés ou sont en cours de réalisation avec les partenaires de la communauté (ex. Le défilé de mode, le projet Ca Cartonne...)

- Pour les autres services proposés par la ville qui contribuent au soutien ou au développement de la santé mentale, une proposition serait d'organiser des visites directement auprès des médecins généralistes afin de les informer de l'existant sur la ville de Tourcoing. Les médecins pourraient ainsi diffuser à leurs patients les lieux et les possibilités d'aide. Ils seraient ainsi impliqués dans ce développement.

Au niveau des services de soins psychiatriques des améliorations sont à prendre en compte

- Dans notre service, une initiative est déjà en cours d'élaboration. Afin d'informer le médecin que leur patient à consulter nos services, un courrier leur sera adressé d'emblée pour l'informer de notre démarche de prise en charge
- Une plus grande mobilité de nos services est également prévue dans le projet de pôle du secteur de psychiatrie générale 59g16 du Dr Thévenon. La mise en place d'une équipe mobile pour les personnes âgées, les patients difficiles ou qui ne veulent pas consultés alors qu'ils en ont besoin.

Dés le début du projet, le souhait de restituer cette étude auprès des médecins généralistes et des médecins psychiatres des secteurs concernés (G16-G17 et secteur infanto-juvénile) a été envisagé au sein du Comité Local de Santé Mentale. La forme, le lieu et la date doivent être mis à discussion lors d'une prochaine rencontre. La participation de médecins généralistes dans le CLSM est un élément clé. Elle est envisageable, deux médecins ont exprimé leur désir de s'y impliquer.

Ce travail a également permis de contacter le Dr MILLERET Gérard, qui a mené une grande enquête auprès des médecins généralistes de BOURGOGNE. Les résultats de son travail n'ont pas pu être utilisés dans ce projet, car ils ne seront dévoilés qu'en novembre 2012, lors d'un congrès à DIJON. Néanmoins, nos échanges ont été fructueux et dynamisant pour réaliser ce travail. Par ailleurs, l'aide et le soutien de Me BENRADIA Imane du CCOMS a permis d'affiner au mieux cette étude, essayant d'en retirer des éléments complémentaires à l'étude du CCOMS.

4- Les éléments à prendre en compte

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

- Pour les médecins qui n'ont pas été joignables, nous pourrions tenter de les solliciter dans un autre temps, pour avoir leurs points de vue et ainsi compléter ce travail.

- Par ailleurs, l'opinion des patients a été celui que les médecins ont entendu de leurs patients ou celui qu'ils ont semblé percevoir. Il serait souhaitable, dans une démarche de santé mentale dans la communauté, de proposer d'aller à la rencontre des usagers de nos services, de leur famille et de leur entourage proche. Nous pourrions ainsi recueillir leurs points de vue, leurs ressentis, leurs revendications et leurs propositions pour améliorer la prise en charge de leurs souffrances aussi bien en médecine de ville qu'auprès des services de santé mentale.
- Pour les services du G17 et du secteur infanto-juvénile, une rencontre serait souhaitable pour envisager comment répondre aux manques et aux besoins observés dans cette enquête.

5- Conclusion

Cette recherche action a confirmé que l'amélioration de l'offre de soins permet une réelle avancée dans le champ de la santé mentale.

Elle nous permet de décliner les atouts essentiels et indispensables pour développer et améliorer notre partenariat avec les médecins généralistes.

Il nous faut :

- bénéficier de structures adaptées pour toute situation de souffrance psychique, de crises suicidaire et de trouble psychique
- faire une bonne communication sur les différents services et leur fonctionnement
- développer un authentique travail en partenariat
- offrir une plus grande mobilité des équipes en santé mentale
- favoriser les rencontres entre les médecins généralistes et les professionnels de la santé mentale. Mais de leur côté, il est nécessaire qu'ils se mobilisent davantage pour participer aux actions ou rencontres proposées
- faciliter nos échanges, peut être en adoptant l'Apicrypt
- avoir une réciprocité dans la disponibilité
- continuer à les sensibiliser ou les former aux repérages, à l'évaluation et l'accompagnement des personnes en crise suicidaire ou endeuillés par suicide.

- Construire ensemble, lors des réunions du Comité Local de Santé Mentale de Tourcoing, les projets qui contribueront à développer la santé mentale dans la communauté