

La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale

Généralistes et psychiatres : une relation compliquée

Résumé :

Contexte : les recommandations concernant la crise suicidaire insistent sur le repérage des éléments de gravité de la crise, l'écoute active de la souffrance psychique, et l'importance d'un suivi « spécialisé ».

Objectifs : identifier les difficultés rencontrées par le médecin généraliste (MG) pour orienter les patients qu'il a identifiés comme étant à risque suicidaire.

Méthode : réalisation puis analyse d'entretiens individuels auprès de MG de la banlieue parisienne et de Haute-Normandie. La saturation des données a été atteinte après 14 entretiens.

Résultats : dans le contexte de la crise suicidaire, les MG connaissent tous les structures d'urgence. En adéquation avec les recommandations, ils tentent d'adresser les patients qui l'acceptent à un confrère spécialiste. Cette démarche se heurte à de nombreux obstacles.

La relation entre les MG et les psychiatres est rendue compliquée par la difficulté et la pauvreté des échanges d'informations. Les psychiatres sont décrits comme difficiles d'accès et peu enclins à partager les informations. Les MG se sentent isolés et dépourvus des informations qui leur semblent pourtant nécessaires pour prendre en charge et suivre les patients. Quelle que soit la démarche adoptée, le patient revient souvent vers son médecin généraliste qui peut se trouver mis en difficulté.

Conclusion : ce sont les réseaux personnels et informels qui semblent les plus efficaces. Le choix du patient est déterminant pour son orientation. Si l'accueil de la structure elle-même est parfois satisfaisant, les médecins interviewés soulignent la difficulté de contacter le psychiatre et le peu d'information qu'ils en obtiennent s'ils y sont parvenus.

En France, le suicide est responsable de plus de 11 000 morts par an [1, 2]. Dans 40 à 75 % des cas, un professionnel de santé a été consulté au cours du mois précédent le décès [3]. Les recommandations concernent le repérage des éléments de gravité de la crise suicidaire ainsi que l'écoute active de la souffrance psychique [4]. Elles insistent sur l'importance d'un suivi spécialisé. Le médecin généraliste peut ren-

contrer des difficultés pour orienter les patients qu'il a identifiés comme étant à risque suicidaire. Ces difficultés peuvent être liées à sa pratique, sa connaissance du patient, à l'offre et l'utilisation du système de soins, variables selon le lieu d'implantation du médecin généraliste [5]. Dans ce contexte, nous avons exploré le fonctionnement du médecin généraliste en position de décision face aux patients à risque suici-

Isabelle
Aubin-Auger¹
Alain Mercier²
Laurence
Baumann-Co-
blentz¹
Philippe Zerr¹

¹ Département
de médecine générale,
UFR Denis Diderot
Paris 7
isabelleaubin@club-
internet.fr

² Département
de médecine générale,
UFR Rouen

Mots clés :

consultation, soins
primaires,
psychiatre, urgence



daire, afin d'identifier et comprendre les obstacles qu'il a pu rencontrer.

Méthode

L'étude, qualitative, a consisté en la réalisation puis l'analyse d'entretiens individuels auprès de médecins généralistes. Ceux-ci étaient volontairement choisis en fonction de leur lieu d'installation, en ville ou campagne, éloignés ou non des lieux de soins psychiatriques.

L'échantillon de médecins interviewés était composé de médecins libéraux, à exercice allopathique majoritaire, exerçant en banlieue parisienne et en Haute Normandie. La saturation des données a été atteinte après quatorze entretiens. Ils ont été réalisés, enregistrés, retranscrits et analysés manuellement [6] par 3 chercheurs, médecins généralistes – enseignants.

Résultats

Les structures de recours psychiatriques identifiées par les médecins généralistes ont été multiples

– D'une part les structures publiques comme les hôpitaux psychiatriques, les services psychiatriques des hôpitaux généraux et universitaires et les Centres Médico-psychologiques (CMP).

– D'autre part, des structures privées comme les cliniques psychiatriques et enfin les professionnels libéraux avec les psychiatres mais aussi les psychologues.

L'hôpital psychiatrique pouvait présenter certains avantages comme sa proximité, sa facilité d'accès qui avait un côté rassurant pour le médecin généraliste (*tableau 1*) : « *On a l'avantage, on n'est pas loin du centre hospitalier* », « *C'est rassurant, c'est très confortable...* »¹.

À l'inverse l'hôpital de proximité a été décrit comme souvent saturé ce qui nécessitait un transfert des patients à distance ; « *Quand on fait appel au psy de l'hôpital de proximité, bien souvent il me dit s'il y a de la place ou pas de place pour hospitaliser..., il faudra transporter le patient* ».

1. Les extraits d'entretiens illustrant les résultats sont tous entre guillemets et italiques.

Tableau 1. Structures identifiées par les médecins généralistes, et leur vécu.

Structures	Avantages	Inconvénients
Hôpitaux psychiatriques	Bonne structure en cas de proximité	Mal vécu en cas d'éloignement Sectorisation rigide Saturation amenant à des transferts. Changements des praticiens Attente longue
Services psychiatriques d'urgences des CHU/CHG	Vus comme rassurants et confortables pour le praticien	Saturation fréquente Transferts fréquents Attente longue
CMP	Gratuité	Manque de disponibilité
Clinique psychiatrique	Bien en cas d'urgence différée	Inadéquat si urgence immédiate
Psychiatre	Bien si patient connu Certains psychiatres libéraux sont organisés pour les urgences	Pas en premier choix si patient non suivi Parfois pas d'interlocuteur : répondeur ou absence
Réseaux de soins	En cas de réseau informel du MG construit sur la pratique	Réseaux formalisés vécus comme peu efficaces ou peu visibles

Le coût élevé et le non-remboursement sont fréquemment apparus comme un frein important au recours au psychologue libéral.

La qualité reconnue des intervenants psychiatriques comme les psychologues de ville peut par contre faciliter le recours à ces professionnels.

« J'envoie aussi depuis 2/3 ans plus facilement au psychologue [...], il y a 2 psychologues qui sont installés, [...] qui a mon avis [...] font du très bon boulot. »

Il en est de même de la gratuité dans certaines structures comme les CMP « l'avantage au CMP [...], là la psychologue est accessible ».

La multiplication des structures autour d'un même patient a pu être vécue comme un obstacle « Trop de suivi, c'est pas de suivi : psychiatre, psychologue, parents, hôpital » (tableau 2).

Les relations des praticiens avec les structures d'accueil sont très diversement perçues

Les médecins interviewés ont distingué les cas où l'urgence a été ressentie comme immédiate, de celle où la prise en charge pouvait être différée. La nature des difficultés était identique dans les deux cas mais elles ont semblé exacerbées en situation d'urgence.

Le contact avec les professionnels psychiatriques hospitaliers a paru simple pour certains. En l'absence d'un psychiatre, l'interlocuteur pouvait être l'interne des urgences : « Oui. Il suffit d'appeler, on a un... médecin ou interne. »

Le contact téléphonique préalable à l'hospitalisation a pu prévenir les échecs, mais son utilisation systématique ne faisait pas l'unanimité. Certains généralistes soulignaient que le psychiatre ne pouvait être dérangé pendant un entretien : « Le psy de garde qui ne répond pas ou le psy qui est déjà en entretien. » L'absence de contact préalable avec le psychiatre a pu être identifiée comme une cause possible d'échec de la prise en charge hospitalière et cause d'un retour du patient vers le généraliste. « la proposition qui est faite, c'est d'envoyer le patient qui

sera vu, mais on ne sait pas quand, et le patient se retrouve dans le couloir des urgences à attendre en même temps que les autres et de temps en temps il y a échec. »

Ce retour au médecin généraliste en cas d'échec d'une prise en charge spécialisée a été décrit quelle que soit la solution choisie.

Dans les structures type CMP les praticiens ont allégué des délais d'attente très variables : « puis souvent sur le plan financier, les gens ont tendance à me demander à aller au CMP, seulement ils nous en dit [...] d'éviter de trop solliciter parce qu'ils sont débordés... ». Au contraire, d'autres ont estimé que leur façon de fonctionner est adéquate : « si on a un souci cette consultation pourra recevoir dans le cadre d'une semi-urgence un nombre de patients estimé à 6/semaine... on joint un fax ».

Les structures d'hospitalisation privées leur sont apparues inadéquates quand il s'agit d'urgence immédiate, plus appropriées si le patient pouvait attendre : « la clinique [...] avec la difficulté qu'il y a généralement une semaine d'attente ».

Les difficultés ont pu provenir d'une carence locale de professionnels psychiatriques

Le psychiatre libéral n'arrivait pas en premier choix dans le contexte d'urgence immédiate : « les psy sont débordés aussi » ; « un psychiatre de ville... le plus rapide me donnait un rendez-vous pour trois semaines après... donc il a fallu se débrouiller tout seul ».

Certains médecins généralistes ont pourtant identifié des correspondants libéraux qui acceptaient de prendre les patients en urgence : « il y a certains psychiatres de ville [...] qui prennent les urgences véritablement, c'est-à-dire qui te le prennent dans les 24 heures... ».

Les réseaux formalisés, rarement cités, ne sont guère valorisés « t'as jamais rien, c'est des réseaux complètement inefficaces... » « C'est impossible pas de dialogue, pas d'interlocuteurs c'est jamais les mêmes ». Les structures CMP ont semblé avoir les mêmes inconvénients « Pour le CMP y a rien d'adéquat, les gens ils ont des RDV tous les 2 mois. »

Tableau 2. Facteurs vécus comme influençant les décisions médicales.

Facteur	Vécu du praticien	Avantage	Inconvénient
Contact téléphonique	Primordial pour faciliter l'accès aux soins	Facilite les soins en cas d'accès du praticien ou de relation privilégiée	Parfois absent Difficile (terrain inconnu, changement de praticien)
Multiplication des structures et des soignants	Rend peu visible le parcours de soins	Favorise les solutions de rechange en cas de refus du patient	Manque de coordination en cas de suivi (trop d'intervenants)
Stress du praticien	Vécu comme délétère	Aucun	Oblige à déléguer rapidement
Circulation de l'information	Élément clé du soin	Facilite la compréhension des patients l'usage des soins et des structures	Dévoile des informations confidentielles ou intimes. Risque légal
Avis du patient	Élément clé du soin	Facilite l'acceptation des soins si accord obtenu	Obligation de la négociation, parfois angoissante si demande du patient impossible

Les professionnels psychiatriques ont été ressentis la plupart du temps comme peu disponibles même chez les médecins qui semblaient avoir un réseau relationnel efficace : « *en dehors de l'urgence, les psychiatres... c'est assez ardu quand même, pour avoir un rendez-vous normal* ».

La gestion du temps a été prépondérante « *C'est toujours la course pour contacter les gens* ». Que l'urgence ait été ressentie comme immédiate ou non, la construction progressive d'un réseau personnalisé est apparue comme fondamentale « *un petit réseau d'un certain nombre de gens qui peuvent répondre dans les 2 semaines* ». Cette facilité a semblé individuelle et dans un même secteur psychiatrique les vécus des médecins sur ce sujet ont pu apparaître totalement opposés.

Le stress du praticien et sa représentation de la structure ont joué un rôle certain

La délégation aux spécialistes peut survenir si le médecin généraliste « *n'y arrive plus* » « *souvent, arrivé à un certain stade de stress, c'est vrai qu'on délègue après vers le psychiatre, vers le psychologue* ».

Du fait du fréquent changement des praticiens dans les structures hospitalières, le patient peut retourner vers le généraliste ou des psychiatres de ville : « *les psychiatres de l'hôpital [...] changent régulièrement* ». Cette nécessité de prendre en charge à nouveau un patient perçu comme difficile était alors particulièrement mal vécue par les médecins concernés, avec un sentiment fréquent d'abandon ou d'impuissance « *je prends le relais comme je peux* ».

La complexité du circuit dans lequel le médecin a du mal à se repérer et dans lequel il voit son patient « *baladé* » est également vécue comme un dysfonctionnement. « *T'envoie des gens là-bas en leur disant non non vous n'irez pas à l'HP, et puis ils se retrouvent à l'HP.* »

La circulation de l'information

Le constat d'un retour d'informations parcimonieuses, en cas de prise en charge psychiatrique a fait l'unanimité, que le contexte soit urgent ou non. Quel que soit le professionnel ou la structure, les médecins généralistes ont regretté et se sont plaint du peu de retour sous quelque forme que ce soit. Cela est vrai chez les professionnels libéraux : « *généralement, il y a juste un premier courrier comme quoi le psychiatre prend en charge et après on n'a plus de nouvelles* » mais aussi pour les hospitaliers « *quand ils sont un jour hospitalisés en hôpital spécialisé, souvent ils sont reconvoqués et après c'est pareil, on les perd de vue sur ces plans là* ».

Des raisons médico-légales ont été invoquées « *je crois que c'est la règle du jeu [...] Je leur demande [...] je comprends leur position parce que c'est toujours quelque chose de très risqué de mettre trop d'information dans des dossiers, de faire des courriers, c'est un secret médical qu'il trahit. Je pense que le psychiatre le voit peut-être comme ça, même si entre médecins c'est partagé* ».

Certains médecins l'ont aussi expliqué par le fait que le généraliste n'était pas valorisé ni imaginé comme compétent. « *Le généraliste, il ne connaît rien en psychiatrie, il ne connaît rien aux médicaments.* »

Le patient intervient dans le circuit de soins et le choix de la structure

L'avis du patient et ses critères de choix ont pu être décisifs, et pas seulement dans le choix d'une prise en charge hospitalière. Selon les praticiens, le « *mélange avec des cas plus graves [...] fait que un patient qui est allé une fois dans une structure psychiatrique ne peut vouloir y retourner* ». Cette stigmatisation de la structure est rapportée par les médecins. « *Ils vont me mettre chez les fous. Moi c'est surtout cela que j'ai eu et sur les échecs d'hospitalisation, quand il y avait un risque suicidaire, c'est cela qui s'est passé.* » « *La psychiatrie est fortement marquée par la confrontation de gens non psychotiques aux psychotiques.* » Elle est parfois intervenue de façon importante sur le choix proposé par le praticien. « *Le patient, il accepte si c'est pas l'hôpital* » ; « *le dépressif qui a connu l'HP avec des psychotiques dans tous les coins, cela lui laisse un souvenir cuisant en général, c'est sûrement un obstacle aussi* ».

Parfois c'est l'avis du patient sur la sectorisation qui est apparue comme un frein, aboutissant parfois à des situations inextricables. Le vécu du patient qui a déjà attendu des heures dans le couloir des urgences, est également un important obstacle lors d'une nouvelle hospitalisation.

En l'absence d'urgence immédiate, le coût encore une fois est pour le patient un élément de choix, l'accessibilité d'une psychothérapie dans un autre cadre qu'un CMP est parfois difficile.

En l'absence de courrier des psychiatres, l'avis des patients sur leur prise en charge devient alors un élément déterminant du choix du médecin.

Discussion

Ce travail s'est intéressé aux difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes dans la prise en charge des patients à risque suicidaire. Si l'évaluation du risque suicidaire est souvent une consultation éprouvante, dont ils ont souhaité parler, très rapidement les médecins interviewés ont élargi le strict contexte du patient suicidaire pour évoquer leurs relations au quotidien avec les structures et les professionnels de la psychiatrie. Les entretiens ont été très riches et ont dépassé ce cadre relationnel mais nous nous sommes limités dans ce texte à ne considérer que cet aspect.

Les relations entre généralistes et psychiatres s'avèrent très souvent vécues comme difficiles

Ces difficultés sont nettement dépendantes de facteurs individuels, puisqu'au sein d'un même secteur psychiatrique les relations sont décrites comme faciles pour un médecin généraliste et compliquées pour un autre.

Les obstacles relationnels entre les médecins généralistes et les professionnels psychiatriques apparaissent dans notre étude comme le reflet des difficultés à leur adresser les patients. Les raisons en sont multiples. Certaines ne sont pas spécifiquement liées à cette spécialité : par exemple, les problèmes de démographie médicale (insuffisance de psychiatres dans certains secteurs), ou le changement fréquent des consultants dans les hôpitaux.

D'autres sont plus spécifiques au champ de la psychiatrie comme la complexité du réseau de soins et l'absence de communication. C'est un élément majeur de dysfonctionnement pour les généralistes interviewés. De fait, les outils et les méthodes de communication sont essentiels pour fournir des soins de qualité [7].

Le mode de fonctionnement du psychiatre pourrait en être une explication

La non-réponse ou le non-échange avec le généraliste est expliquée par les médecins interviewés avec les mêmes arguments que l'usage de la parole dans la relation et la nécessité de neutralité du praticien. La diversité des modalités de prise en charge pourrait alors apparaître comme une richesse. Cette absence de retour d'information apparaît néanmoins aux médecins généralistes comme nuisible à la qualité de la prise en charge du patient, en particulier à propos de l'argumentation sur les prescriptions. Le suivi partagé avec le psychiatre pourrait pourtant conduire à diminuer la charge de travail des médecins chargés de ces patients à risque suicidaire et en améliorer la qualité des soins. Plus qu'une information exhaustive, c'est la demande d'un lien permettant un soin cohérent qui est formulée (un simple appel téléphonique leur suffirait). Pour nombre de praticiens, le retour, quand il existe, est effectué oralement par le patient ou la famille. Le psychiatre est vu comme un praticien « à part », même s'il existe un lien. Ces difficultés sont inconnues de certains praticiens de soins primaires européens [8] pour qui la psychiatrie ne diffère pas des autres spécialités.

Un autre obstacle identifié par les praticiens vient des patients eux-mêmes que la confrontation avec la maladie mentale peut effrayer

L'expérience antérieure d'une hospitalisation peut conduire les patients à refuser une nouvelle prise en charge.

La multiplicité des difficultés identifiées conduit fréquemment à ce que nous pourrions appeler un effet boomerang. Le médecin généraliste ayant adopté une stratégie pour son patient voit celui-ci lui revenir et se trouve obligé de composer avec cette situation. L'exploration et l'analyse des points de vue des psychiatres pourraient compléter utilement ce travail.

Conclusion

La prise en charge d'un patient à risque suicidaire est particulièrement difficile. Dans ce contexte d'urgence, pour suivre les recommandations qui demandent d'adresser le patient à des spécialistes, un circuit efficace et rapide est hautement souhaitable. Le médecin généraliste se voit en situation de convaincre à la fois le patient et le psychiatre de cette nécessité. Les structures d'accueil sont différentes selon le lieu d'implantation des cabinets, mais sont toujours connues des médecins interviewés. Les urgences psychiatriques et les urgences de l'hôpital général sont choisies en premier lieu tandis que les structures privées sont gardées pour les urgences différées. Les psychiatres de ville sont peu appelés dans ces cas d'urgence et le CMP est la plupart du temps considéré comme peu opérant. Ce sont les réseaux personnels et informels qui semblent les plus efficaces. Le choix du patient est déterminant pour son orientation. Si l'accueil de la structure elle-même est parfois satisfaisant, les médecins interviewés soulignent la difficulté de contacter le psychiatre et le peu d'information qu'ils en obtiennent s'ils y sont parvenus.

Références :

1. Mouquet MC, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Études et Résultats. 2006;488:1-8.
2. Chishti P, Stone DH, The EUROSAVE Working Group. Suicide mortality in the European Union. Eur J Public Health. 2003;13:108-14.
3. ORS Bourgogne. Suicides et tentatives de suicide en médecine ambulatoire. 2001.
4. ANAES. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. 19 et 20 octobre 2000.
5. Catu-Pinault A, Velluet L. À propos de l'anxiété et de la dépression en médecine générale Mise au point théorique et clinique. La Revue Exercer, 2004;70:69-74.
6. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. Bruxelles: De Boeck université; 2005 (2nd ed).
7. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. Saint-Laurent (Quebec): ERPI; 2005.
8. European commission. The state of mental health in the European Union (sous la direction de V. Kovess, MGEN Foundation of Public Health, Paris 5 University, France). Sur http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est18.pdf

La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale

Ce qui était connu

- Le nombre important de suicides en France, et la fréquence des consultations avant le passage à l'acte.
- L'importance du suivi spécialisé des patients considérés comme à risque suicidaire.
- Les difficultés de la relation entre généralistes et psychiatres.

Ce que cette étude apporte

- Un nouveau constat des difficultés de cette relation et d'une prise en charge mieux coordonnée, dans un contexte où les structures d'accueil sont toujours connues des médecins généralistes...
- De possibles « explications » : le psychiatre vécu – en France – comme un praticien « à part » ; le patient craignant la confrontation avec la maladie mentale.
- La multiplicité des difficultés identifiées qui conduit fréquemment le généraliste ayant adopté une stratégie pour son patient à composer avec une situation où ce patient lui revient.

Les zones d'incertitude

- L'exploration et l'analyse des points de vue des psychiatres...