

Enquête Nationale Soma-Psy (ENSP)

**« Psys » et somaticiens
sur les structures douleurs :
une collaboration à l'épreuve des moyens**

Marie Constantin-Kuntz

avec la collaboration du Docteur Mathieu Dousse

Rapport final d'étude : février 2008

Remerciements

Nos remerciements s'adressent en premier lieu à la **Fondation de France**, qui nous a accordé un financement grâce auquel ce travail a pu être mené à terme,

et à **Médipsy, filiale Santé Mentale de la Générale de Santé** qui a financé l'impression du rapport.

L'analyse des données et le rapport d'étude ont été réalisés par Marie CONSTANTIN-KUNTZ, psychologue, Centre Médico-Psychologique de Courbevoie,

avec la participation de Mathieu DOUSSE, psychiatre, coordinateur du Groupe de Projet Spécifique Enquête Nationale Soma – Psy de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (GPS PSYS ENSP SFETD).

Contact : Dr Mathieu Dousse,
34 rue des Petits Hôtels,
75010 Paris,
mathieu.dousse@wanadoo.fr.

Nous remercions également tout particulièrement le **Professeur Silla CONSOLI** pour avoir mis les locaux de son service à l'Hôpital Européen Georges Pompidou de Paris (aphp) à disposition du GPS ENSP pour ses réunions,

ainsi que l'ensemble des psychiatres, psychologues et somaticiens du **GPS ENSP SFETD** pour leur participation aux différentes étapes de ce travail.

Table des matières

INTRODUCTION.....	4
CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ENQUETE NATIONALE SOMA-PSY.....	5
METHODOLOGIE	6
1. LE QUESTIONNAIRE.....	6
1.1. CONSTITUTION DU QUESTIONNAIRE :.....	6
1.2. PROTOCOLE DE RECUEIL DES DONNEES.....	7
2. LA POPULATION DE L'ETUDE.....	7
2.1. PRE-ENQUETE TELEPHONIQUE	7
2.2. AUTRES SOURCES	8
3. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES.....	8
3.1. ANALYSE STATISTIQUE.....	8
3.2. ANALYSE DE CONTENU	9
PRESENTATION DES RESULTATS.....	10
ETAT DES LIEUX	11
1. LA PRE-ENQUETE TELEPHONIQUE.....	11
2. LES FONCTIONS DES REpondANTS.....	11
3. LA REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES REpondANTS.....	12
4. DUREE D'EXERCICE SUR UNE STRUCTURE SPECIALISEE "DOULEUR"	12
5. LE TEMPS HEBDOMADAIRE D'EXERCICE SUR LE POLE « DOULEUR »	13
6. LA PRESENCE « PSY » SELON LES SOMATICIENS.....	13
6.1. SUR LES STRUCTURES DOULEUR	13
6.2. LES REFERENTS « PSYS » EXTERIEURS A LA STRUCTURE DOULEUR.....	15
7. LA DETENTION D'UN DIPLOME DOULEUR.....	17
8. L'ORIENTATION CONCEPTUELLE DES "PSYS" ET LES TECHNIQUES QU'ILS EMPLOIENT:.....	18
9. SYNTHESE: LORSQUE LE PATIENT VA CONSULTER SUR UNE STRUCTURE "DOULEUR", IL S'APPRETE A RENCONTRER... ..	19
LES PRATIQUES ET L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE	22
1. L'ADRESSE INITIALE AMENANT LE PATIENT A CONSULTER UN « PSY »	22
1.1. UNE POPULATION CONSULTANTE DIVERSIFIEE.....	22
1.2. DES PATIENTS AYANT MAJORITAIREMENT BENEFICIE D'UNE CONSULTATION SOMATIQUE	23
1.3. LES PATIENTS ADRESSES AUX « PSYS » PAR LES SOMATICIENS	24
1.4. LES CRITERES D'ORIENTATION VERS UN « PSY ».....	27
2. LA PRISE EN CHARGE « PSY »	31
2.1. LES TYPES DE PRISES EN CHARGE PRATIQUEES PAR LES PSYS.....	31

2.2.	LE NOMBRE DE CONSULTATIONS NECESSAIRES.....	32
2.3.	LA FREQUENCE DES ENTRETIENS PSYCHOTHERAPEUTIQUES	34
3.	LE TRAVAIL EN PARTENARIAT.....	35
3.1.	LE PARTENARIAT PSYCHIATRES – PSYCHOLOGUES	35
3.2.	LE PARTENARIAT « PSYS » - SOMATICIENS.....	35
	LE REGARD PORTE SUR LES PRATIQUES ACTUELLES.....	43
1.	LA PRATIQUE DES « PSYS ».....	43
1.1.	L’EVALUATION DU RYTHME DES CONSULTATIONS PSYCHOTHERAPEUTIQUES	43
1.2.	LA DIFFERENCE PERÇUE ENTRE PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES	44
2.	LA COLLABORATION « PSYS » - SOMATICIENS	47
2.1.	LE MOYEN D’ECHANGE LE PLUS EFFICACE	47
2.2.	LES AVANTAGES DE LA COLLABORATION « PSYS »-SOMATICIENS	48
2.3.	LA SATISFACTION DANS LE TRAVAIL EN COLLABORATION.....	49
2.4.	LES AMELIORATIONS A APPORTER	55
	DISCUSSION : « PSYS» ET SOMATICIENS SUR LES STRUCTURES DOULEUR.....	64
	UN TRAVAIL DE COLLABORATION GLOBALEMENT ENRICHISSANT ET SATISFAISANT.....	64
	... AVEC DES AMELIORATIONS A ENVISAGER DE PART ET D’AUTRE.....	65
	... DANS UN CONTEXTE DEFAVORABLE DE PENURIE DE MOYENS.....	68
	CONCLUSION.....	70
	ANNEXES	72

Introduction

La prise en charge de la douleur chronique rebelle en France a commencé à s'organiser dans les années 80, dans la suite d'un mouvement de prise de conscience progressive, politique, sociale et médicale, de l'existence et de l'importance de cette entité clinique. Si, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la douleur se définit comme « *une expérience sensorielle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion* », la douleur chronique est plus précisément « *une douleur rebelle aux traitements antalgiques usuels qui évolue depuis au moins six mois* »¹. Cette définition la situe ainsi d'emblée aux carrefours du somatique et du psychique, ce qui a conduit à penser l'organisation des soins dans une perspective multidimensionnelle et pluridisciplinaire, articulée autour des objectifs et principes suivants :

« lutter contre la douleur implique sa prévention, son évaluation et son traitement. Le malade douloureux chronique doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique fondée sur les règles d'organisation et les principes thérapeutiques suivants :

- *assurer une approche pluridisciplinaire pour appréhender les diverses composantes du syndrome douloureux chronique et proposer une combinaison des techniques pharmacologiques, physiques, psychologiques et chirurgicales ;*
- *décider d'une thérapie adaptée après bilan complet comprenant la réévaluation du diagnostic initial ;*
- *obtenir du malade sa confiance, sa coopération avec l'équipe soignante, son adhésion au traitement et, en cas d'insuccès partiel ou total, lui apprendre à vivre avec sa douleur ;*
- *prendre en compte l'environnement familial, culturel et social du patient ;*
- *pratiquer régulièrement une évaluation rétrospective du travail accompli par l'équipe, participer à la recherche et à l'enseignement. »*²

Sur ces principes, trois types de structures de prise en charge ont ainsi été créées :

« - les consultations pluridisciplinaires au sein des établissements de santé publics ou privés, qui représentent le maillon essentiel ;
- les unités pluridisciplinaires qui mettent en oeuvre des thérapeutiques nécessitant l'accès à l'utilisation d'un plateau technique et/ou à des places ou lits d'hospitalisation ;
*- les centres pluridisciplinaires au sein des centres hospitalo-universitaires qui ont, en outre, pour mission l'enseignement et la recherche sur le thème de la douleur. »*¹

Ces différentes structures fonctionnent donc aujourd'hui depuis une vingtaine d'années et la prise en charge de la douleur est affirmée comme une priorité de santé publique par les plans et programmes successifs de lutte contre la douleur.

¹ Circulaire DGS/DH n°98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.

² Circulaire DGS/DH n°3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques

Contexte et objectifs de l'Enquête Nationale Soma-Psy

A l'origine du projet de l'Enquête Nationale Soma-Psy (ENSP), le Groupe de Projet Spécifique (GPS) rassemble des psychiatres, des psychologues et des somaticiens membres de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) autour d'un intérêt commun de recherche sur les thèmes en rapport avec la psychopathologie de la douleur. Leur expérience clinique de plusieurs années dans la prise en charge de la douleur leur a donné l'idée d'explorer les modalités d'organisation et de fonctionnement de la collaboration entre somaticiens et « psys », psychiatres et psychologues, dans ce secteur de soins particulier.

L'Enquête Nationale Soma-Psy (ENSP) est la réalisation de ce projet. Il s'agit d'une étude multicentrique sur le sujet de la pluridisciplinarité « psys »-somaticiens au sein des structures spécialisées dans l'évaluation et le traitement de la douleur en France, visant à la fois à dresser un « état des lieux » de la pratique actuelle et à ouvrir des perspectives d'évolution.

Aucun travail de ce type sur le sujet n'a été jusqu'à aujourd'hui été réalisé, ce qui en fonde l'originalité.

Les premières étapes, de l'élaboration au recueil des données, ont été réalisées et mises en œuvre par le GPS lui-même. En 2006, l'intérêt de la Fondation de France pour le projet a permis de faire appel pour l'analyse du corpus à une psychologue, Marie Constantin-Kuntz, collaborant depuis plusieurs années avec le CERMES (Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société – INSERM U750) dans le cadre d'études psychosociales, portant notamment sur l'évaluation de structures de prises en charge médico-psychologiques et sociales.

Le présent rapport présente les principaux résultats issus de l'analyse des réponses obtenues à l'ENSP. Le terme « structure douleur » sera employé de façon générique et pourra désigner indifféremment une consultation, une unité ou un centre pluridisciplinaire, l'ENSP ne comportant pas de question discriminante à ce sujet.

Nous avons fait le choix de ne pas intégrer de revue de littérature. Celle-ci pourra être incluse dans des articles ultérieurs.

Méthodologie

1. Le questionnaire

1.1. Constitution du questionnaire :

Le questionnaire a été élaboré par le GPS, constitué de psychiatres, de psychologues et de somaticiens, tous praticiens sur une structure douleur depuis plusieurs années. Cette pluridisciplinarité et une expérience établie sur la durée assuraient un choix de thématiques et une formulation des questions en adéquation avec les préoccupations, les problématiques mais également le référentiel sémantique de la population visée, à savoir les praticiens – psychiatres, psychologues et somaticiens - des structures douleur.

Quatre séances de travail espacées de deux mois ont été nécessaires à la composition du questionnaire et à sa finalisation.

Le questionnaire, présenté en annexe, comporte deux versions, l'une destinée aux somaticiens, l'autre aux « psys » : psychiatres et psychologues. Composé de questions ouvertes et fermées, il aborde successivement plusieurs thématiques :

- éléments d'identification : le code postal et la fonction (omnipraticien/spécialiste ; psychiatre/psychologue) du répondant
- la pratique personnelle du répondant sur la structure douleur : ancienneté et temps hebdomadaire d'exercice, possession et type de diplôme douleur. Plus spécifiquement pour les psys : orientation conceptuelle, techniques employées, modalités de consultation, nombre de consultations nécessaires pour chaque catégorie d'intervention (évaluation diagnostique/orientation, aide à la prescription, psychothérapie), fréquence des consultations psychothérapeutiques pratiquées et évaluation de la satisfaction par rapport à cette fréquence.
- la pratique des liens fonctionnels sur la structure douleur du répondant :
 - o pour les somaticiens : présence et équivalent temps de présence de psychologues et psychiatres sur la structure, recours à des référents psys extérieurs, pratique des consultations partagées, modalités d'échanges somaticiens-psys pratiquées sur la structure (staff ; échange verbal ; dossier du patient), moyen d'échanges somaticiens-psys estimé le plus efficace, contexte d'adresse d'un patient au psy, motifs d'orientation d'un patient vers un psy (pour une évaluation diagnostique ; pour une aide à la prescription ; pour des suivis ponctuels), moment d'adresse du patient au psy au cours de la prise en charge, perception d'une différence entre le travail d'un psychologue et d'un psychiatre, attentes spécifiques à l'égard de chacune des deux fonctions, attentes par rapport à un « avis psy », avantages perçus dans le travail de collaboration avec les « psys », attentes à l'égard des « psys ».
 - o pour les « psys » : différence perçue entre le travail d'un psychologue et d'un psychiatre dans l'abord des patients douloureux chroniques, collaboration psychiatre-psychologue, pratique des consultations partagées somaticien-psy, motifs d'adresse des patients par les somaticiens (évaluation diagnostique/orientation ; aide à la prescription ; suivi psychothérapeutique), estimation des critères d'adresse des somaticiens, modalité de transmission de l'information clinique au moment de l'adresse,

pratique de suivis « psys » sans suivi somatique parallèle, avantages perçus dans le travail de collaboration avec les somaticiens, attentes à l'égard des somaticiens.

- Evaluation des satisfactions et des difficultés rencontrées : évaluation de la satisfaction par rapport à la collaboration « psys »-somaticiens, souhaits et changements envisageables de part et d'autre pour améliorer cette collaboration.

Une fois les questions élaborées, le questionnaire dans sa version papier a été testé sur trois structures douleur, soit 10 soignants, avant d'être validé et définitivement adopté.

1.2. Protocole de recueil des données

Le GPS a opté pour une passation sur internet, pour des facilités d'accès et d'usage, ainsi que pour assurer un retour optimal des questionnaires complétés en limitant les contraintes d'envoi et les pertes par courrier postal. L'élaboration de la version internet et sa mise en ligne ont été confiées à un prestataire privé, « Advise Consulting ». Au bout d'un mois, un site spécifique a été conçu, avec création de l'adresse www.enquete-psy.com. Durant un autre mois, des tests réguliers ont été réalisés pour rendre le site parfaitement fonctionnel.

Au final, en se connectant au site, l'utilisateur accédait à une première page explicative du contexte et des objectifs de l'enquête, s'identifiait en tant que somaticien ou psy, puis s'engageait dans le questionnaire. Celui-ci s'affichait question par question, sans possibilité de retour à la question précédente mais avec alternative de non-réponse. Une fois l'enquête complétée de façon anonyme, une dernière fenêtre présentait la question : « *Voulez-vous être informé des résultats de l'étude ? Si oui, laissez votre e-mail* ». Une note mentionnait que l'e-mail et le questionnaire serait transmis séparément. En effet, le Dr Dousse recevait sur sa boîte mail un premier message avec les réponses, puis, ultérieurement, un autre message avec l'adresse e-mail.

2. La population de l'étude

2.1. Pré-enquête téléphonique

Afin d'obtenir un échantillon représentatif, quantitativement et qualitativement, des praticiens exerçant sur une structure douleur, une pré-enquête téléphonique a d'abord été réalisée en juillet et août 2005.

Son objectif premier était la constitution d'une liste nominative des psychiatres, psychologues et somaticiens exerçant réellement sur les structures, afin de leur faire parvenir ultérieurement le questionnaire. Son objectif second était d'avoir une première évaluation de certains liens institutionnels, en particulier l'implication ressentie par l'équipe de chacun des praticiens, au moyen du degré de connaissance du nom et surtout du prénom du praticien. L'hypothèse sous-jacente était ici qu'une identification immédiate et aisée du nom et du prénom du praticien par le membre de l'équipe prenant l'appel manifestait une implication perçue comme importante, quantitativement et/ou qualitativement. A l'inverse, une méconnaissance du prénom, et a fortiori du nom, signalait un praticien vécu comme peu présent et/ou peu impliqué sur la structure.

L'annuaire du CNRD (Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur), disponible en ligne sur internet en date du 29 juin 2005¹, a servi de base pour trouver les coordonnées des structures. Tous les secrétariats recensés ont été appelés et les mêmes questions leur ont été posées : « *quels sont le nom et le prénom du responsable de votre structure ? Avez-vous dans votre structure un psychiatre et/ou un psychologue ? Si oui, quels sont leurs noms et prénoms ?* ».

Sur les 169 structures répertoriées dans l'annuaire, 12 n'existaient plus, 2 ne correspondaient plus aux critères (l'une était en fait un centre de soins palliatifs et non de prise en charge de la douleur, l'autre n'assurait que des visites à domicile) et d'autres enfin étaient injoignables. Au final, 116 structures ont pu être jointes et ont participé à la pré-enquête téléphonique. A partir des réponses obtenues, une première liste de praticiens a été établie. Début septembre 2005, un courrier postal a été adressé à ces praticiens, comprenant une lettre expliquant la démarche et les objectifs de l'enquête Soma-Psy, et trois petites cartes portant le nom du site du questionnaire. Ces cartes étaient supposées réduire le risque de perte et d'oubli, et faciliter la diffusion de l'information par le praticien destinataire du courrier.

2.2. Autres sources

Afin d'informer le maximum de praticiens de l'existence de l'enquête Soma-Psy et de les sensibiliser à l'importance de leur participation, une annonce a été publiée en septembre dans le troisième numéro de 2005 du Journal de la SFETD. Le GPS a également utilisé les fichiers des associations régionales, qui ont pu relayer l'information.

Au final, le cumul de ces trois modes d'approches permet de penser que toutes les structures douleur ont eu connaissance de l'enquête.

3. Traitement et analyse des données

Les données ont d'abord été retranscrites, sur un fichier Filemaker, qui a ensuite été transformé en fichier Excel. Les questions fermées sont devenues des variables, dans leur grande majorité nominales. Les quelques variables quantitatives continues ont été transformées en variables ordinales pour des raisons de facilité de traitement.

Une question du questionnaire « psy » a été supprimée, sa formulation étant de nature à influencer le choix de la réponse, ce qui introduisait un biais important : « *Diriez-vous que votre travail dans la consultation « douleur » : est indispensable pour la prise en charge globale de tous les consultants ; est nécessaire en tant que consultation spécialisée, si le patient semble présenter des troubles spécifiques ; est un « luxe » dont on peut se passer !* ».

3.1. Analyse statistique

Les variables ont été soumises à une analyse statistique au moyen du logiciel de traitement statistique « R ». Des tris à plat, des tris croisés, des calculs de corrélation (test du χ^2), et des Analyses des Correspondances Multiples (ACM) ont été menés.

¹ www.cnrdr.fr

3.2. Analyse de contenu

Les questions ouvertes ont quant à elle fait l'objet d'une analyse de contenu selon la méthodologie habituellement utilisée en sciences sociales.¹ Il s'agit de différencier pour chaque question les principales thématiques communes aux répondants.

¹ « Les enquêtes sociologiques. Théorie et pratique », B. Matalon et R. Ghiglione, Armand Colin, 1998.

Présentation des résultats

Cette partie présente les résultats issus de l'analyse des données de l'ENSP, auxquels ont été ajoutés en préambule ceux de l'enquête téléphonique.

Nous avons choisi d'organiser cette présentation sur le modèle du parcours de soins, avec l'idée de nous placer du point de vue du patient qui vient consulter sur une structure de prise en charge de la douleur. Elle s'articule ainsi en trois parties. La première dresse une sorte d'état des lieux des structures douleurs en termes de moyens humains et la seconde explore les pratiques et l'organisation de la prise en charge. La dernière quant à elle s'intéresse au regard que les somaticiens et les « psys » portent sur leurs pratiques et sur leur collaboration, et présente les propositions qu'ils formulent pour faire évoluer ces pratiques.

Quelques indications peuvent être utiles pour faciliter la lecture.

Les effectifs présentés seront, selon les questions, exprimés en nombre de sujets (n sujets ; n suj. ; n répondants) et/ou en nombre d'occurrences (n occurrences, n occ.). En effet, pour les questions ouvertes, certains répondants ont pu formuler plusieurs idées, renvoyant à des thématiques différentes ou incluses dans la même thématique. Le nombre d'occurrences peut ainsi être supérieur au nombre de sujets. Souvent, nous indiquerons à la fois le nombre d'occurrences et le nombre de sujets correspondants (n occurrences correspondant à x sujets ; n occ., soit x sujets ; n occ., x sujets).

Les calculs de Chi2 mentionnés ont été réalisés en excluant les non réponses (notées NR dans les tableaux). La valeur du coefficient p est indiquée en bas du tableau et/ou dans le corps du texte ($p = x$; $p\text{-value} = x$), la mention « e » signifiant « 10 » (ex : $2,01e-07 = 2,01 \cdot 10^{-7}$). L'absence de différence significative ($p > 0,05$) est notée NS (non significatif). Lorsqu'une correction de continuité a dû être appliquée (correction de continuité de Yates) en raison de la faiblesse des effectifs, elle est indiquée en bas du tableau également. De façon générale, du fait de la faiblesse des effectifs, les résultats statistiques sont à considérer avec prudence mais donnent néanmoins des indications de tendances.

L'ordre de présentation des résultats pour les différentes catégories professionnelles concernées (« psys » : psychiatres, psychologues ; somaticiens : omnipraticiens, spécialistes), suit l'ordre alphabétique.

Etat des lieux

Cette première partie présente les caractéristiques de l'échantillon de « psys » et de somaticiens ayant participé à l'ENSP. Elle rassemble toutes les données renvoyant à la composition des structures douleur et aux caractéristiques des praticiens y exerçant, telles qu'elles peuvent être déduites de l'ENSP. Nous y avons ajouté, en préambule, les résultats de la pré-enquête téléphonique.

Cette partie dresse donc une sorte d'état des lieux des moyens, en particulier humains, mis aujourd'hui à la disposition du patient qui souhaite bénéficier d'une consultation douleur. Quels praticiens trouve-t-il en arrivant ?

1. La pré-enquête téléphonique

Parmi les structures appelées, 116 au final ont participé à la pré-enquête téléphonique. Ainsi que nous l'avons présenté dans la méthodologie, la question posée était : « *quels sont le nom et le prénom du responsable de votre structure ? Avez-vous dans votre structure un psychiatre et/ou un psychologue ? Si oui, quels sont leurs noms et prénoms ?* ».

L'interlocuteur prenant l'appel était le plus souvent la secrétaire de la structure, quelquefois une infirmière.

Le premier résultat remarquable est que, dans la majorité des cas, l'interlocuteur pouvait fournir facilement et sans délai les noms et prénoms des responsables de structure et des psychologues. A l'inverse, il éprouvait une difficulté nettement plus marquée à se souvenir du nom du psychiatre, et le prénom de ce dernier lui était parfois inconnu. Ceci pourrait signaler une différence de perception quant à l'intégration des psychologues et des psychiatres au sein des équipes.

Les autres résultats de la pré-enquête téléphonique sont présentés dans le tableau 7 et le graphique 1. Ils mettent en évidence une majorité de structures disposant uniquement d'une présence de psychologue(s) (39 structures, soit 33,6%), alors que sur 26 structures (22,4%) seul un psychiatre est présent. 21 structures (soit 18,1%) ne bénéficient ni de la présence d'un psychiatre ni de celle d'un psychologue, tandis que 30 (25,9%) mentionnent une présence conjointe de psychiatre et de psychologue.

2. Les fonctions des répondants

63 psys et 93 somaticiens ont répondu au questionnaire, soit un effectif total de 156 sujets. Parmi les « psys », on trouve une plus grande représentation des psychologues (n=44) par rapport aux psychiatres (n=19), tandis que chez les somaticiens les spécialistes (n=73) sont plus nombreux que les omnipraticiens (n=20). Le tableau 1 résume cette répartition des effectifs.

Tableau 1 : répartition des répondants selon leur fonction

	« Psys »		Somatiens	
	Psychiatres	Psychologues	Omnipraticiens	Spécialistes
	19	44	20	73
Total	63		93	

3. La répartition géographique des répondants

La répartition géographique (Paris – province) des répondants est homogène (absence de différence significative), ainsi que le présente le tableau 2.

Tableau 2 : la répartition géographique des répondants

	Province	RP	tot. 1	tot. 2	Coef. Correl. 1	Coef. Correl. 2	NR
psychiatres	13	6	19	63	p=0,145 (NS)*	p=0.05297 (NS)	0
psychologues	39	5	44				0
omnipraticiens	12	8	20	88	p=0,5349 (NS)*		0
spécialistes	48	20	68				5
total	112	39	151	151			5

* Chi 2 calculé avec la correction de continuité de Yates.

RP = Région Parisienne

Coef. Correl. = coefficient de corrélation

NS= non significatif

4. Durée d'exercice sur une structure spécialisée "douleur"

L'ancienneté d'exercice sur une structure douleur apparaît variable selon la fonction (différence significative, $p=2,018.10^{-5}$) comme le montre le tableau 3. Ainsi, les psychologues exercent majoritairement depuis moins de 5 ans, puis entre 5 et 10 ans. Les spécialistes de leur côté sont présents sur les structures depuis plus de 10 ans, puis entre 5 et 10 ans. La répartition des psychiatres et des omnipraticiens est quant à elle plus homogène.

Tableau 3 : durée d'exercice sur une structure spécialisée « douleur »

		< 5 ans	5-10 ans	>10a	total
« psys »	psychiatres	7	6	6	19
	psychologues	20	12	5	37
somatiens	omnipraticiens	8	5	5	18
	spécialistes	7	21	40	68
total		42	44	56	142

p-value = 2.018e-05

Les psychologues constituent donc une profession plus « jeune » sur les structures douleurs, tandis qu'à l'opposé les spécialistes sont présents depuis longtemps.

5. Le temps hebdomadaire d'exercice sur le pôle « douleur »

La question permettant de recenser le temps d'exercice était initialement une question ouverte, exprimée en nombre de demi-journées par semaine. Nous l'avons transformée en variable ordinale, avec trois modalités :

- moins d'un mi-temps (1 à 4 demi-journées hebdomadaires)
- entre le mi-temps et le temps plein (de 5 à 11 demi-journées hebdomadaires)
- plus d'un temps plein (plus de 11 demi-journées, ce qui correspondait à deux réponses : 12 et 18 demi-journées)

Une différence apparaît (tableau 4) entre les « psys » d'un côté, qui disposent d'un temps de présence inférieur au mi-temps, et les somaticiens de l'autre, plus précisément les spécialistes, qui sont davantage présents sur la structure. Il est à noter que les praticiens disposant d'un temps supérieur au temps plein sont tous trois somaticiens.

Tableau 4 : durée hebdomadaire d'exercice sur la structure « douleur »

		< mi-temps	mi-temps à < TP	≥ temps plein	total
« psys »	psychiatres	18	1	0	19
	psychologues	31	6	0	37
somaticiens	omnipraticiens	12	4	2	18
	spécialistes	39	28	1	68
total		100	39	3	142

6. La présence « psy » selon les somaticiens

6.1. Sur les structures douleur

Les somaticiens, omnipraticiens comme spécialistes, évaluent un temps de présence des psychologues supérieur à celui des psychiatres : mi-temps à plus d'un temps plein pour les premiers (tableau 6) et moins d'un mi-temps pour les seconds (tableau 5).

Tableau 5 : équivalent temps psychiatre sur la structure douleur, selon les somaticiens

	pas de psychiatre	< mi-temps	mi-temps à < TP	≥ temps plein	total	NR
omnipraticien	6	7	3	1	17	3
spécialiste	16	31	12	9	68	5
total	22	38	15	10	85	8

Tableau 6 : équivalent temps psychologue sur la structure douleur, selon les somaticiens

	pas de psychologue	< mi-temps	mi-temps à < TP	≥ temps plein	total	NR
omnipraticien	3	4	6	5	18	2
spécialiste	13	8	21	22	64	9
total	16	12	27	27	82	11

La comparaison de ces estimations au temps mentionné par les psychiatres et les psychologues eux-mêmes (cf paragraphe précédent et tableau 4) met en évidence une nette

différence, en particulier pour les psychologues. Celle-ci pourrait correspondre à l'addition de temps partiels sur les structures douleur sur lesquelles travaillent les somaticiens. Il pourrait également s'agir d'une surestimation des temps de présence des psychologues par ces derniers. Cette surestimation est-elle attribuable à une plus grande pratique des heures supplémentaires de la part des psychologues ? Ou bien manifeste-t-elle le vécu subjectif des somaticiens d'une plus grande implication ressentie de la part des psychologues du fait d'échanges plus soutenus, d'une participation plus fréquente aux temps institutionnels amenant une plus grande visibilité de leur présence ?

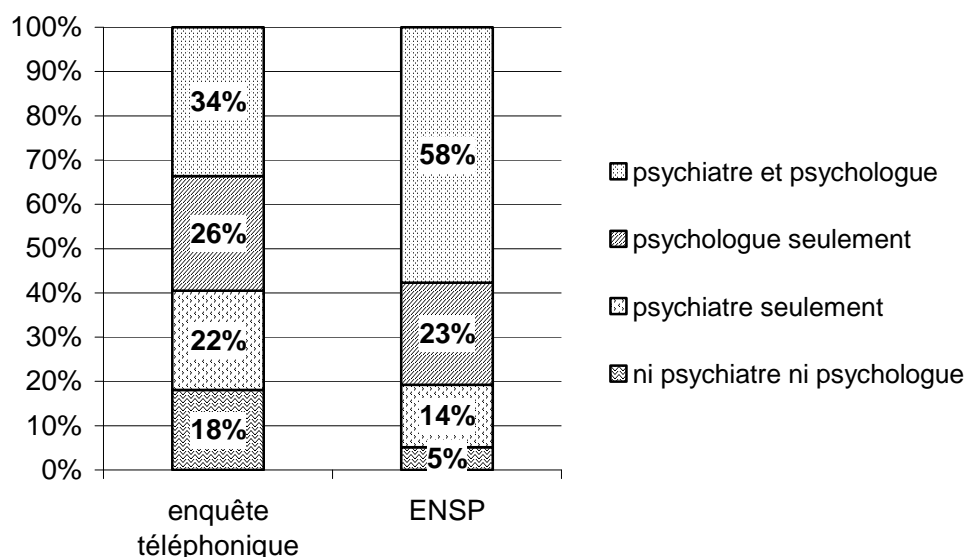
Pour départager ces hypothèses, il aurait fallu disposer d'une question précisant le nombre de psychiatres et de psychologues sur la structure douleur du somaticien répondant. Néanmoins, la comparaison avec les résultats de l'enquête téléphonique met en évidence une différence significative ($p=2,5.10^{-3}$) entre les données recueillies. Cette différence pourrait résulter d'une participation plus importante à l'ENSP des somaticiens bénéficiant d'une présence conjointe de psychiatre et de psychologue sur leur structure. Elle pourrait également signaler une surestimation par les somaticiens de la présence conjointe de psychiatre(s) et de psychologue(s) et une sous-estimation de l'absence cumulée des deux fonctions (tableau 7 et graphique 1), soit une tendance des somaticiens à surestimer la présence « psy ». Finalement, il est probable que toutes ces hypothèses coexistent, dans des proportions qui ne peuvent être déterminées ici.

Tableau 7 : présence de psychiatre et/ou de psychologue : comparaison enquête téléphonique-ENSP*

	enquête téléphonique	ENSP*
ni psychiatre ni psychologue	21	4
psychiatre seulement	26	11
psychologue seulement	30	18
psychiatre et psychologue	39	45
<i>total</i>	<i>116</i>	<i>78</i>

* nous avons supprimé les non-réponses, soit 15 sujets.
 $p= 0,002683$

Graphique 1 : présence de psychiatre et/ou de psychologue : comparaison enquête téléphonique-ENSP (pourcentages cumulés)



6.2. Les référents « pys » extérieurs à la structure douleur

La majorité des somaticiens (56 sujets sur 93 répondants à la question 6, soit 60%), sans différence entre omnipraticiens et spécialistes (tableau 8), recourent à un référent « psy » extérieur, qui est plus fréquemment un psychiatre (49 sujets sur 56, soit 88%) qu'un psychologue (29 sujets sur 56, soit 52%), ainsi que le montre le tableau 9. Les omnipraticiens ont davantage tendance à faire appel aux psychiatres et aux psychologues (58% des omnipraticiens, contre 39% des spécialistes) là où les spécialistes sollicitent les seuls psychiatres (48% des spécialistes contre 33% des omnipraticiens).

Tableau 8 : recours à un référent « psy » extérieur à la structure douleur

	recours à un référent « psy » extérieur		pas de référent « psy » extérieur		total	
omnipraticien	12	60,0%	8	40,0%	20	100,0%
spécialiste	44	60,3%	29	39,7%	73	100,0%
total	56	60,2%	37	39,8%	93	100,0%

Tableau 9 : fonction du référent extérieur « psy » selon la fonction du somaticien

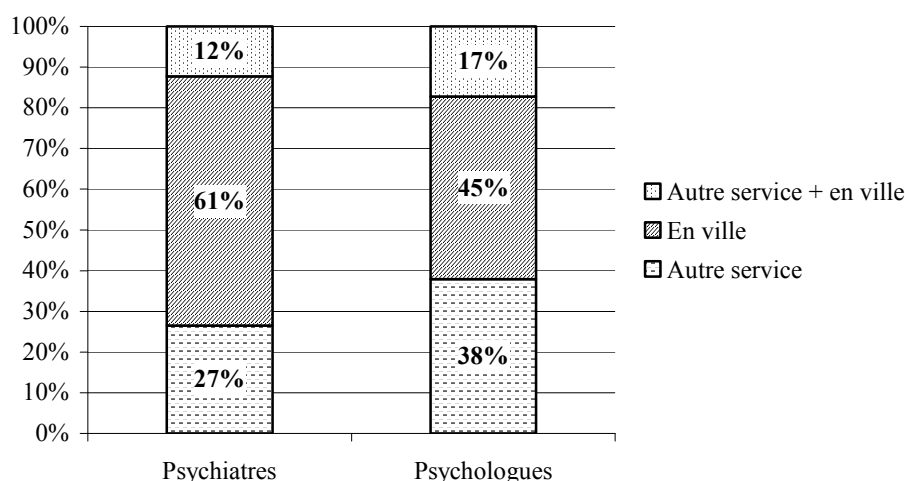
	psychiatre seulement		psychologue seulement		psychiatre + psychologue		ni psychiatre ni psychologue		total	
omnipraticiens	4	33%	1	8%	7	58%	0	0%	12	100%
spécialistes	21	48%	4	9%	17	39%	2	5%	44	100%
total	25	45%	5	9%	24	43%	2	4%	56	100%

Les référents extérieurs sont le plus souvent installés en libéral (43 réponses sur 108, soit 40% des localisations), avec néanmoins une légère différence entre les psychiatres (61% des somaticiens font appel seulement à des psychiatres libéraux), et les psychologues (45% des somaticiens font appel seulement à des psychologues en cabinet privé), les somaticiens sollicitant davantage les psychologues (38%) que les psychiatres (27%) travaillant dans d'autres services hospitaliers (tableau 10 et graphique 2).

Tableau 10: fonction du référent « psy » extérieur habituel et localisation

fonction du référent extérieur	autre service hospitalier	libéral	autre service + libéral	pas de référent	total
psychiatre	13	30	6	5	54
psychologue	11	13	5	25	54
total	24	43	11	30	108

Graphique 2: localisation des référents extérieurs psychiatres et psychologues



Lorsque l'on croise ces résultats avec la présence de psychiatre et/ou de psychologue sur la structure douleur (tableau 11), on observe que le recours à un référent extérieur n'est pas corrélé à la présence de l'une et/ou l'autre fonction sur la structure ($p=0.1748$, non significatif). Autrement dit, même si la structure bénéficie d'une présence « psy », et quelle que soit la fonction (psychologue et/ou psychiatre), la tendance est au recours à un référent « psy » extérieur.

En s'intéressant plus précisément aux temps de présence des psychiatres et psychologues sur la structure, une même tendance apparaît (pas de différence statistiquement significative, respectivement : $p=0,4944$ et $p=0,4004$), quelle que soit la fonction : quand le temps de présence est inférieur au temps plein, le recours au référent « psy » extérieur domine. A partir du temps plein, on note une légère inversion de tendance (tableaux 12 et 13).

Tableau 11 : recours à un référent « psy » extérieur et présence « psy » sur la structure

	pas de référent « psy » extérieur	référent « psy » extérieur	total
psychiatre+psychologue dans l'équipe	22 (49%)	23 (51%)	45 (100%)
psychologue seulement dans l'équipe	5 (28%)	13 (72%)	18 (100%)
psychiatre seulement dans l'équipe	2 (18%)	9 (82%)	11 (100%)
ni psychiatre ni psychologue dans l'équipe	2 (50%)	2 (50%)	4 (100%)
total	31	47	78

$p\text{-value}=0,1748$

Tableau 12: recours à un référent « psy » extérieur et équivalent temps psychiatre sur la structure

	pas de référent psy extérieur	référent psy extérieur	total
pas de psychiatre dans l'équipe	7	15	22
< mi-tps	13	19	32
mi-temps à < TP	5	9	14
≥ temps plein	6	4	10
total	31	47	78
NR	4	4	8

p-value = 0.4944

Tableau 13: recours à un référent « psy » extérieur et équivalent temps psychologue sur la structure

	pas de référent psy extérieur	référent psy extérieur	total
pas de psychologue dans l'équipe	4	11	15
< mi-tps	5	7	12
mi-temps à < TP	9	17	26
≥ temps plein	13	12	25
total	31	47	78
NR	4	7	11

p-value = 0.4004

7. La détention d'un diplôme douleur

Sur ce point également, une différence apparaît entre « psys » et somaticiens (tableau 14). Alors que les seconds détiennent dans leur grande majorité un diplôme douleur, et plus précisément une capacité, les psychologues n'ont pour la plupart pas de diplôme douleur. Cet écart pourrait s'expliquer par la différence de contenu de la formation initiale, les aspects psychologiques et psychodynamiques du lien entre le psychisme et le corps étant intégrés dans l'enseignement universitaire en psychologie.

Tableau 14 : diplôme douleur

		DU	DIU	Capacité	DIU+CAPA	tot. 1	pas de diplôme douleur	tot. 2
« psys »	psychiatre	5	2	2	1	10	9	19
	psychologue	5	6	0	0	11	33	44
	total psys	10	8	2	1	21	42	63
somaticiens	omnipraticien	3	0	14	0	17	3	20
	spécialiste	4	5	57	0	66	7	73
	total somat.	7	5	71	0	83	10	93

8. L'orientation conceptuelle des "psys" et les techniques qu'ils emploient:

Le tableau 15 présente la répartition des effectifs « psys » en fonction de l'orientation conceptuelle. On ne trouve pas de différence entre psychiatres et psychologues, même si on note une tendance plus marquée chez les psychologues à utiliser le référentiel psychanalytique. Ce dernier est majoritairement utilisé, suivi des thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

Les autres orientations conceptuelles, précisées dans la question 5.1, par 5 des 6 répondants concernés, sont : hypnose ericksonnienne (n=1), thérapie systémique ou familiale (n=2), « *neuropsychologie de l'adulte* », « *théorie relationnelle enseignée au CIPS, Directeur Prof. Sami Ali* » et « *psychiatrie générale* ».

Tableau 15 : orientation conceptuelle des « psys »

	analytique	TCC	humaniste	autre	analytique +humaniste	analytique +autre	TCC +autre	NR
psychiatres	7	7	1	3	0	0	1	0
psychologues	25	6	6	3	1	1	1	1
Total	32	13	7	6	1	1	2	1

L'entretien (psychothérapeutique, de soutien...) reste la technique majoritairement employée (36 sujets sur 58 répondants à la question 6), suivi par les techniques de relaxation (18 sujets) puis par l'hypnose (12 sujets - hypnose ericksonnienne, auto-hypnose et « *hypnoalgésie* ») et les techniques cognitivo-comportementales (11 sujets - « *restructuration cognitive* », « *réadaptation à l'effort* », « *gestion des émotions* », « *développement de l'assertivité* », « *psycho-éducation* », « *gestion du stress* », « *coping-revalorisation* »). La question était ouverte, et plusieurs réponses étaient possibles. Il semble cependant que sa formulation ait donné lieu à confusion, un nombre important de réponses correspondant à l'orientation clinique utilisée (« *psychanalyse* », « *TCC* », « *humaniste* »...), ce qui introduit un biais. En effet, l'orientation majoritairement psychanalytique amène à penser que les entretiens sont pour la plupart de type analytique. Les différentes réponses obtenues à la question 6 sont présentées dans le tableau 16 ci-après.

Tableau 16: techniques employées par les « psys »

Technique employée :	Nb de réponses :
Entretien (psychothérapeutique, de soutien...)	36
Relaxation	18
Hypnose dont : - ericksonienne : 4 - auto-hypnose : 1 - hypnoanalgésie : 1	12
Techniques Cognitivo-Comportementales et « <i>Thérapies Cognitivo-Comportementales</i> » (TCC) dont : - restructuration cognitive : 4 - réadaptation à l'effort : 1 - gestion des émotions : 1 - développement de l'assertivité : 1 - psycho-éducation : 1 - gestion du stress : 1 - coping-revalorisation : 1	11
« Psychothérapie d'Inspiration Psychanalytique » (PIP), « psychanalyse »...	7
Evaluations, bilans...	6
Humaniste et écoute active	3
Traitement pharmacologique	3
Groupe de parole	2
Autres : « <i>visualisation</i> », haptonomie, entretiens avec la famille, « <i>travail avec l'équipe</i> »	4

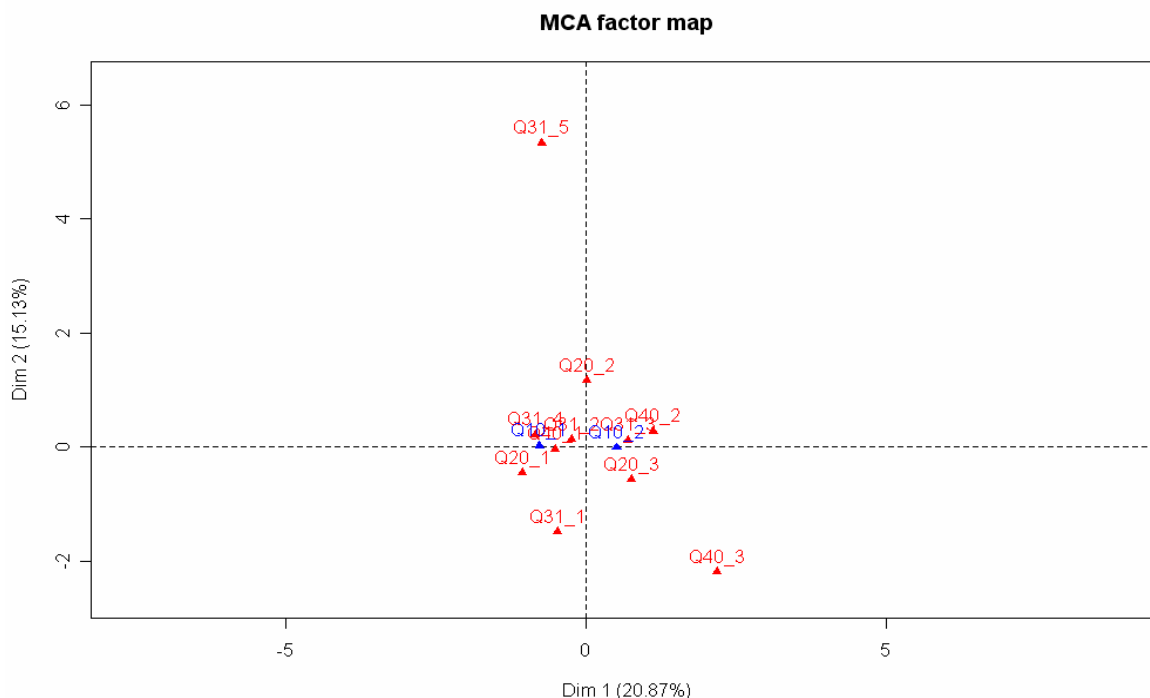
9. Synthèse: lorsque le patient va consulter sur une structure "douleur", il s'apprête à rencontrer...

- ... des « psys », psychiatres et psychologues, qui dans l'échantillon de l'ENSP...
 - ... sont proches par : une faible ancienneté d'exercice sur les structures, surtout les psychologues (< 5 ans), peu de temps de présence hebdomadaire (< mi-temps), et une orientation conceptuelle analytique puis cognitivo-comportementale.
 - ... différent par : une ancienneté plus grande pour les psychiatre, une absence de diplôme douleur pour les psychologues et le type de diplôme douleur : DU pour les psychiatres, DIU pour les psychologues.
- ... des somaticiens, omnipraticiens et spécialistes, qui dans l'échantillon de l'ENSP...
 - ... ont un profil relativement homogène pour ce qui est de la possession d'un diplôme douleur et de son intitulé (Capacité), ainsi que du temps de présence (< mi-temps)
 - ... se différencient par une ancienneté plus grande (plus de 10 ans) et une tendance des spécialistes à être davantage présents sur la structure (mi-temps à temps plein).

Les Analyses des Correspondances multiples confirment ces résultats. A titre d'exemple, le graphique 3 présente une ACM réalisée sur les questions renvoyant aux fonctions (« psys » et somaticiens), à l'ancienneté, au type de diplôme douleur et au temps de présence sur la structure. Nous avons choisi d'intégrer ici une ACM sur un nombre réduit de variables, pour

des raisons de lisibilité. Les non réponses ont été supprimées des effectifs. La variable « fonction » (Q10 sur le graphique) est mise en variable supplémentaire.

Graphique 3 : ACM : caractéristiques « psys» et somaticiens



Légende :

Q10_1 = « psys » ; Q10_2 = somaticiens.

Q20_1 = ancienneté sur la structure douleur inférieure à 5 ans ; Q20_2 = ancienneté entre 5 et 10 ans ; Q20_3 = ancienneté de plus de 10 ans.

Q31_1 = DU ; Q31_2 = DIU ; Q31_3 = Capacité ; Q31_4 = pas de diplôme douleur ; Q31_5= DIU+Capacité.

Q40_1 = temps de présence inférieure au mi-temps ; Q40_2 = mi-temps à temps plein ; Q40_3= temps plein et plus.

Le tableau 17 détaille les contributions de chaque modalité aux différents axes (dimensions). Nous avons indiqué en gras les contributions les plus importantes.

Tableau 17 : contribution de chaque modalités aux dimensions (axes) 1 et 2 de l'ACM

	Dimension 1	Dimension 2
Q20_1	19,4	5,0
Q20_2	0,0	34,6
Q20_3	13,7	10,8
Q31_1	1,5	20,9
Q31_2	0,3	0,1
Q31_3	14,2	0,5
Q31_4	13,0	1,2
Q31_5	0,2	16,6
Q40_1	10,8	0,1
Q40_2	20,8	1,6
Q40_3	6,1	8,5

On constate ainsi que « psys » et somaticiens s'opposent sur l'axe 1 et sont proches sur l'axe 2. On retrouve pour les « psys » (Q10_1 proche de...) une ancienneté de moins de 5 ans (... Q20_1), un temps de présence inférieur au mi-temps (... Q40_1) et l'absence dominante de diplôme de psychologue (Q31_4 - nous rappelons que la variable utilisée ne différencie pas psychologues et psychiatres). De même, une présence allant du mi-temps au temps-plein (Q40_2...), une pratique de plus de 10 ans (Q20_3...) et un diplôme de type Capacité (Q31_3...) apparaissent davantage rattachés aux somaticiens (... proches de Q10_2). Les temps de présence supérieurs ou égaux au temps plein et la possession conjointe d'un DIU et d'une capacité se révèlent quant à eux minoritaires (points Q40_3 et Q31_5 isolés).

Les pratiques et l'organisation de la prise en charge

Cette seconde partie s'intéresse davantage aux pratiques sur les structures d'accueil, de la première consultation à la mise en œuvre de la prise en charge sur la durée. Nous avons choisi, du fait de l'organisation des questionnaires de l'ENSP, d'aborder ces dimensions du point de vue des « psys », psychiatres et psychologues.

Comment les patients arrivent-ils en consultation « psy » ? En quoi consiste la prise en charge « psy » ? Comment s'articule-t-elle avec le suivi somatique ? Comment s'organise la collaboration entre praticiens, aussi bien entre psychiatres et psychologues qu'entre « psys » et somaticiens ?

1. L'adresse initiale amenant le patient à consulter un « psy »

Quels patients arrivent à la consultation des psys ? Pour quels motifs ?

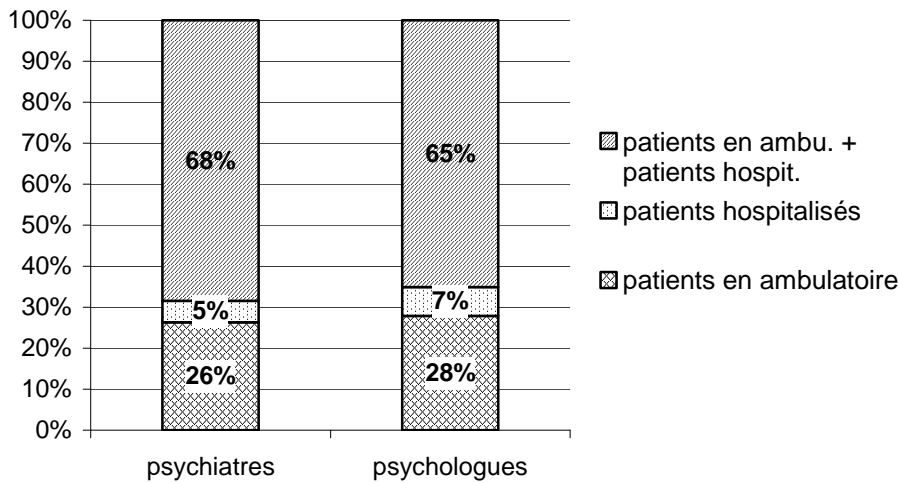
1.1. Une population consultante diversifiée

La grande majorité des psychiatres (68%) et psychologues (65%) consulte à la fois des patients en ambulatoire et des patients hospitalisés et a ainsi accès à une population consultante diversifiée de ce point de vue. Le tableau 18 et le graphique 4 résument ces résultats.

Tableau 18 : modes de prise en charge (ambulatoire, hospitalisation) des patients consultant les « psys »

	patients en ambulatoire	patients hospitalisés	patients en ambulatoire + patients hospitalisés	Total	NR
psychiatres	5	1	13	19	0
psychologues	12	3	28	43	1
<i>Total</i>	<i>17</i>	<i>4</i>	<i>41</i>	<i>62</i>	<i>1</i>

Graphique 4 : modes de prise en charge (ambulatoire, hospitalisation) des patients consultant les « psys »



1.2. Des patients ayant majoritairement bénéficié d'une consultation somatique

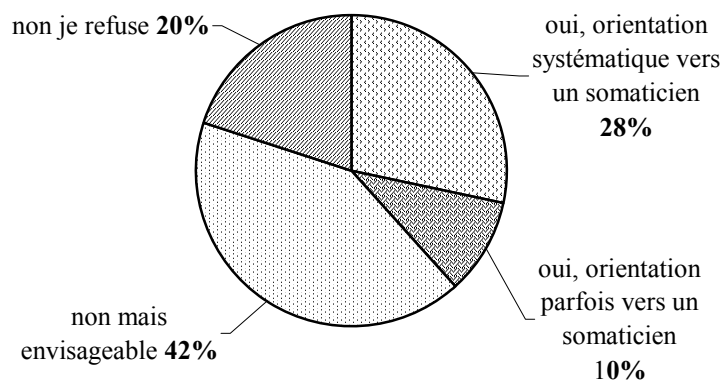
Ainsi que le montrent le tableau 19 et le graphique 5, la majorité des « psys » (62%) ne reçoit pas les patients en première intention, qu'il s'agisse d'un état de faits (42%), ou d'une position de principe (20%). Autrement dit, la majorité des patients a déjà bénéficié d'au moins une consultation somatique lorsqu'elle arrive chez le psychiatre ou le psychologue.

Les « psys » qui reçoivent des patients en première intention (38%) orientent pour la plupart systématiquement vers un somaticien (74% des psys recevant en première intention des patients). Ceux qui adoptent une position moins systématique (10% des « psys », ce qui correspond à 6 sujets) orientent les patients vers un somaticien pour un traitement somatique (n=4 occurrences), pour un diagnostique somatique (n=2 occ.), ou en cas de symptômes invalidants (1 occurrence).

Tableau 19 : pratique des consultations de patients en première intention par les « psys »

	oui, orientation systématique vers un somaticien		oui, orientation parfois vers un somaticien		non mais envisageable		non je refuse		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
psychiatres	4	22%	3	17%	6	33%	5	28%	18	100%
psychologues	13	30%	3	7%	19	43%	7	16%	42	100%
total 1	17	28%	6	10%	25	42%	12	20%	60	100%
total 2			23	38%			37	62%		

Graphique 5 : pratique des consultations de patients en première intention par les « psys »



1.3. Les patients adressés aux « psys » par les somaticiens

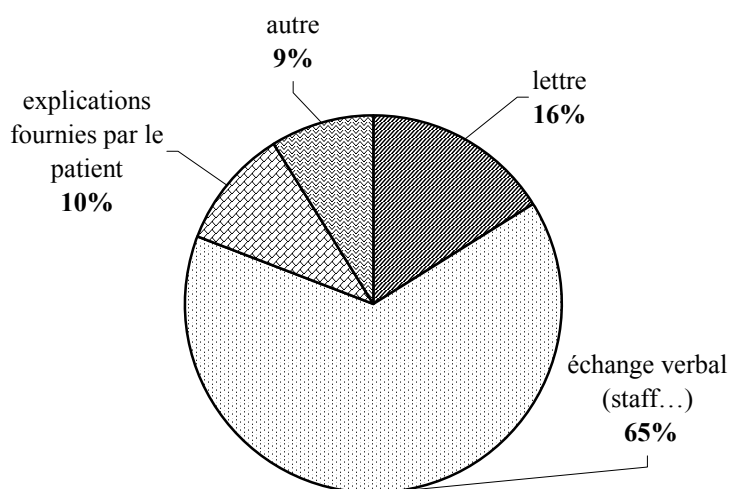
1.3.1. La communication des motifs d'orientation vers une consultation « psy »

Selon les « psys », ainsi que le montrent le tableau 20 et le graphique 6, l'échange verbal, au cours d'un staff par exemple, reste le moyen le plus fréquemment utilisé par les somaticiens pour leur communiquer les motifs pour lesquels ils leur adressent un patient (44 occurrences sur 69, soit 65% des répondants à cette question). Suivent ensuite la lettre (16%) et les explications fournies par le patient lui-même (10%) sans échange direct avec le somaticien. Parmi les autres modalités (n=6 occurrences), on trouve notamment la lecture par le « psy » des informations consignées par le somaticien dans le dossier médical du patient et la consultation pluridisciplinaire. Une réponse mentionne que le patient n'est pas au courant de l'adresse faite au « psy » (ici il s'agit d'un(e) psychologue).

Tableau 20 : modalités de communication des motifs d'envoi en consultation psy par les somaticiens

	lettre	Echange verbal (staff...)	Explications fournies par le patient	autre	total	NR
psychiatre	3	16	2	0	21	0
psychologue	8	28	5	6	47	1
<i>total</i>	<i>11</i>	<i>44</i>	<i>7</i>	<i>6</i>	<i>68</i>	<i>1</i>

Graphique 6 : modalités de communication des motifs d'envoi en consultation psy par les somaticiens (en pourcentages d'occurrences, psychiatres et psychologues cumulés, hors non-réponses)



1.3.2. Les motifs d'orientation vers les « psys », selon les « psys »

1.3.2.1. Pour une évaluation diagnostique/orientation

La quasi-totalité des « psys » (59 sujets sur 60 répondants à la question) reçoivent des patients envoyés par le somaticien pour une évaluation diagnostique-orientation (tableau 21). Les psychiatres reçoivent plus fréquemment (souvent : 74%) que les psychologues (parfois : 54%, souvent : 44%) les patients pour cette indication.

Tableau 21 : motifs de consultations des patients envoyés par un somaticien : pour une évaluation diagnostique/orientation

	souvent		parfois		Jamais		total		NR
psychiatres	14	74%	5	26%	0	0%	19	100%	0
psychologues	18	44%	22	54%	1	2%	41	100%	3
Total	32	53%	27	45%	1	2%	60	100%	3

1.3.2.2. Pour une aide à la prescription

Sur ce point une différence existe entre psychiatres et psychologues, les premiers étant souvent sollicités pour une aide à la prescription, alors que les seconds ne le sont dans leur majorité jamais (tableau 22).

Cette différence n'est pas surprenante dans la mesure où elle correspond aux qualifications et compétences initiales des deux fonctions, les psychologues n'étant pas formés à la prescription médicale. A l'inverse, plus étonnants sont les autres résultats : 21% des psychiatres ne sont pas consultés pour une aide à la prescription, tandis que 10% des psychologues le sont « souvent » et 30% parfois. Il pourrait s'agir de psychiatres n'intervenant sur la structure qu'au titre de psychothérapeutes et de psychologues participant

à la réévaluation des traitements au moyen de bilans psychologiques à visée d'orientation diagnostique.

Tableau 22 : motifs de consultation des patients envoyés par un somaticien : pour une aide à la prescription : effectifs

	souvent		parfois		Jamais		total		NR
psychiatres	10	53%	5	26%	4	21%	19	100%	0
psychologues	4	10%	12	30%	24	60%	44	100%	4
total	14	24%	17	29%	28	47%	59	100%	4

1.3.2.3. Pour un suivi psychothérapeutique

Les « psys » sont tous sollicités pour un suivi psychothérapeutique (pas de réponse « jamais »), avec néanmoins une différence entre les psychologues, qui sont plus souvent (88%) sollicités pour cette indication que les psychiatres (souvent : 53%, parfois : 47%). Ces données sont détaillées dans le tableaux 23.

Tableau 23 : motifs de consultation des patients envoyés par un somaticien : pour un suivi psychothérapeutique: effectifs

	souvent		parfois		jamais		total		NR
psychiatre	10	53%	9	47%	0	0%	19	100%	0
psychologue	36	88%	5	12%	0	0%	41	100%	3
total	46	77%	14	23%	0	0%	60	100%	3

1.3.2.4. Synthèse : les motifs d'orientation d'un patient par les somaticiens, « selon les psys »

Le tableau 24 présente de façon synthétique les indications les plus fréquentes d'orientation d'un patient par un somaticien, selon les psychiatres et les psychologues.

Tableau 24: indications d'adresse d'un patient aux « psys » par les somaticiens selon les « psys » : fréquences les plus représentées

	pour une évaluation diagnostique / orientation	pour une aide à la prescription	pour une psychothérapie
psychiatres	souvent	souvent	souvent et parfois
psychologues	parfois	jamais	souvent

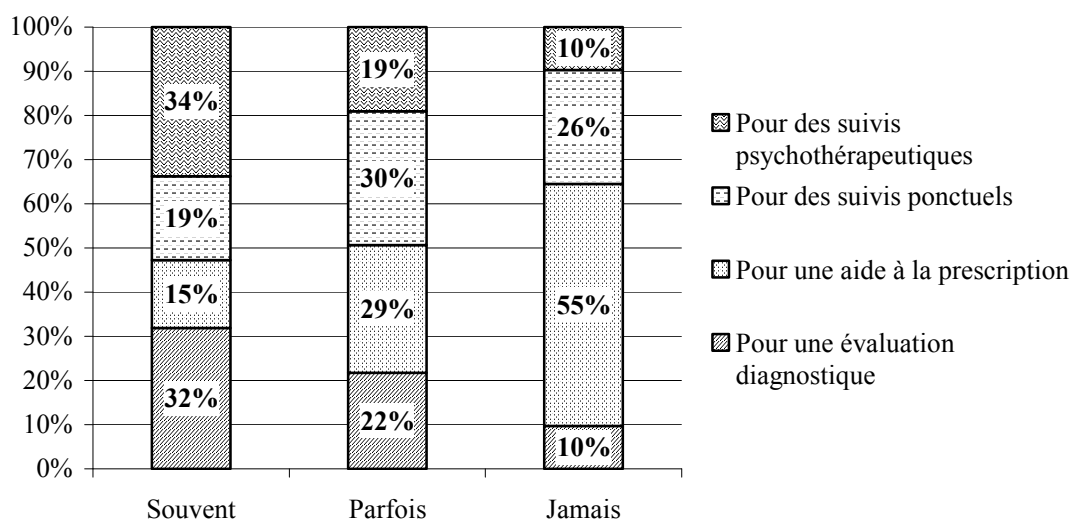
1.3.3. Les motifs d'orientation vers un « psy », selon les somaticiens

Les indications d'orientation vers un « psy » (tableau 25 et graphique 7) correspondent souvent à des suivis psychothérapeutiques (55 réponses) et à une évaluation diagnostique (52 rép.), parfois à des suivis ponctuels (46 rép.) et à une aide à la prescription (44 rép.). Au final, proportionnellement, l'aide à la prescription apparaît l'indication pour laquelle les somaticiens orientent le moins vers un « psy », psychiatre théoriquement (55% des réponses « jamais » et 15% des réponses « souvent »).

Tableau 25: indications d'orientation vers les « psys » selon les somaticiens

	Souvent	Parfois	Jamais	total	NR
Pour une évaluation diagnostique	52	33	3	88	5
Pour une aide à la prescription	25	44	17	86	7
Pour des suivis ponctuels	31	46	8	85	1
Pour des suivis psychothérapeutiques	55	29	3	87	6
total	163	152	31	346	19

Graphique 7 : indications d'orientation vers les « psys » selon les somaticiens (en pourcentages cumulés par fréquence)



1.4. Les critères d'orientation vers un « psy »

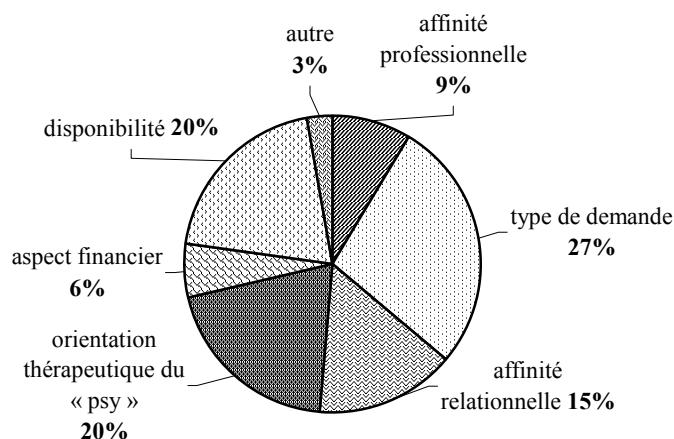
1.4.1. Selon les « psys »

D'après les « psys » interrogés, psychiatres comme psychologues (tableau 26 et graphique 8), le premier critère des somaticiens lorsqu'ils adressent un patient est la demande de celui-ci (27%). Viennent ensuite, par ordre décroissant d'occurrence, l'orientation thérapeutique du « psy » (20%) et sa disponibilité (20%), puis l'affinité relationnelle avec tel ou tel « psy » (15%). Dans une moindre mesure on trouve également l'affinité professionnelle (9%), l'aspect financier (6%), c'est-à-dire le non remboursement des consultations psychologiques qui amène l'orientation préférentielle vers un psychiatre, et d'autres critères, non précisés.

Tableau 26 : critères d'envoi des somaticiens vers les « psys », selon les « psys »

	affinité professionnelle	type de demande	affinité relationnelle	orientation thérapeutique du « psy »	aspect financier	disponibilité	autre	total
psychiatre	3	11	5	11	3	9	1	43
psychologue	10	30	18	19	6	21	3	107
total	13	41	23	30	9	30	4	150

Graphique 8 : critères d'envoi des somaticiens vers les « psys », selon les « psys » (en pourcentages d'occurrences, psychiatres et psychologues cumulés) :



1.4.2. Selon les somaticiens

73% (68 sujets sur 93 répondants à la question 10) des somaticiens orientent les patients vers un « psy » lorsqu'ils évaluent « que c'est nécessaire », 14% (13 sujets) systématiquement, et 9% (8 sujets) sur demande du patient. Le tableau 27 présente les effectifs pour chaque modalité de la question 10.

Tableau 27: conjonctures d'orientation vers un « psy » par les somaticiens

Question 10 : Est-ce que les patients rencontrent un psy ?	
Oui, systématiquement	13
Oui, sur leur demande	8
Oui, quand j'évalue que c'est nécessaire	68
Non, car il n'y a pas de psy dans le service	2
Oui, sur leur demande + oui, quand j'évalue que c'est nécessaire	2
Total	93

Interrogés sur les raisons pour lesquelles la consultation « psy » n'est pas systématique, 56% des somaticiens avancent qu'ils sont capables d'en évaluer la nécessité (39 sujets sur 70 répondants à la question 11) tandis que les autres évoquent un manque de moyens.

La mise en regard de ces données avec les temps de présence psychologue et psychiatre ne fait apparaître aucune tendance de corrélation, comme le montrent les tableaux 28 et 29, et les graphiques 9 et 10. Ainsi, 56% des somaticiens disposant sur la structure d'un temps plein psychiatre n'adressent un patient au psychiatre que lorsqu'ils estiment que cela est nécessaire. De même, lorsqu'il n'y a pas de psychologue sur la structure, le premier argument avancé par les somaticiens n'est pas le manque de moyens (33%), mais leur capacité à évaluer la nécessité d'une consultation « psy » (67%), là où la même proportion (67%) des somaticiens exerçant dans une structure bénéficiant d'un temps psychologue supérieur au temps plein motivent leur choix par le manque de moyens.

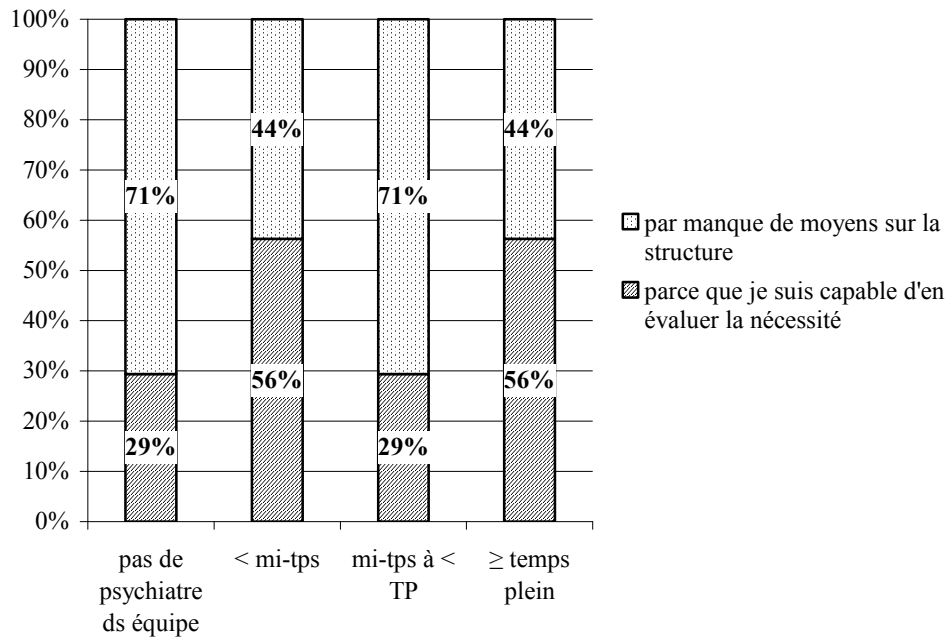
Tableau 28: motifs de non consultation « psy » systématique et temps de présence psychologue

	parce que je suis capable d'en évaluer la nécessité	par manque de moyens sur la structure	<i>total</i>
pas de psychologue	8	4	12
< mi-tps	3	6	9
mi-tps à < TP	11	10	21
temps plein	11	10	21
<i>total</i>	33	30	63

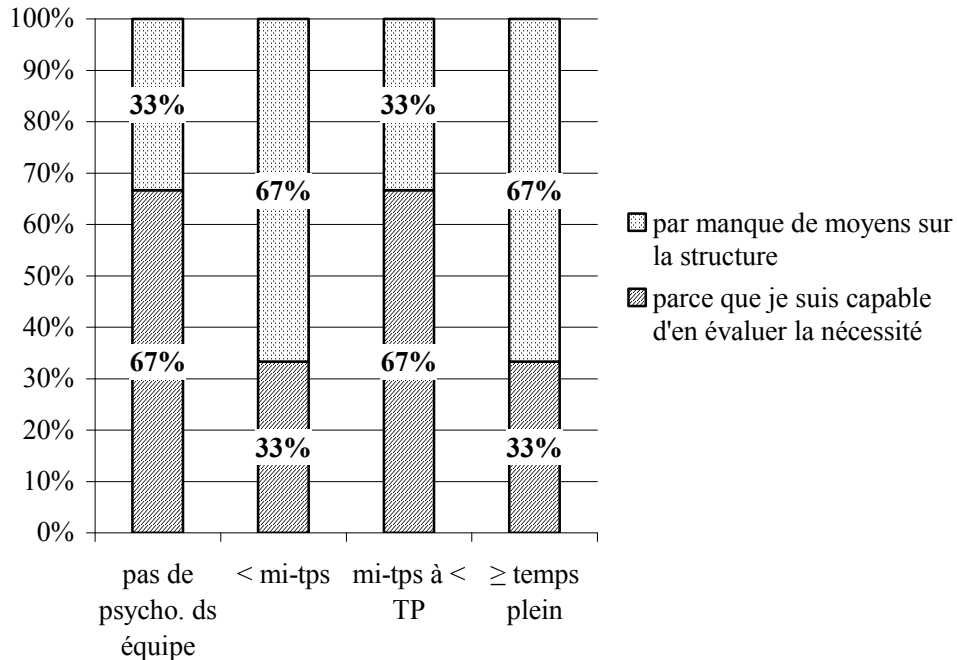
Tableau 29: motifs de non consultation « psy » systématique et temps de présence psychiatre

	parce que je suis capable d'en évaluer la nécessité	par manque de moyens sur la structure	<i>total</i>
pas de psychiatre	5	12	17
< mi-tps	18	14	32
mi-tps à < TP	4	3	7
temps plein	6	2	8
<i>total</i>	33	31	64

Graphique 9 : motifs de non consultation « psy » systématique et temps de présence psychiatre



Graphique 10 : motifs de non consultation « psy » systématique et temps de présence psychologue



La plus grande partie des somaticiens dit adresser un patient à un « psy » lorsqu'elle « repère une difficulté d'ordre psychique » (54 occurrences pour 88 répondants à la question 13, ce qui correspond à 34% des réponses et à 61% des sujets) et/ou « le plus tôt possible, pour travailler en parallèle » (51 occurrences, soit 58% des sujets). C'est ensuite « lorsque le suivi n'est pas satisfaisant » (24 occurrences, soit 27% des répondants) et « lorsque médicalement la douleur

n'est pas explicable » (17 occurrences, soit 19% des sujets) que les somaticiens décident d'orienter le patient vers un « psy ». Le tableau 30 présente le nombre d'occurrences pour chaque réponse.

Tableau 30: moment de l'adresse au « psy » par le somaticien*

	Nombre d'occurrences	%
Le plus tôt possible, pour travailler en parallèle	51	32%
Lorsque je repère une difficulté d'ordre psychique	54	34%
Lorsque médicalement, la douleur n'est pas explicable	17	11%
Lorsque le suivi n'est pas satisfaisant (nomadisme médical, mauvaise observance médicamenteuse, problèmes relationnels...)	24	15%
J'attends systématiquement une demande du patient	0	0%
Jamais	0	0%
Autre	12	8%
Total	158	100%

* plusieurs réponses possibles à la question

Les « autres » moments cités (14 sujets) se réfèrent au positionnement du patient (6 occ.), à une évaluation de l'opportunité d'une orientation par le somaticien (« *dégradation de l'état psy antérieur ou apparition de désordres psy* », « *histoire très traumatique* »...- 3 occ., 3 sujets). 3 somaticiens mentionnent une certaine systématisation de l'adresse au « psy », tandis qu'un autre fait état d'un manque de moyens qui empêche une adresse rapide.

2. La prise en charge « psy »

Une fois le patient arrivé en consultation psychiatrique ou psychologique, comment se met en place le suivi « psy » ? Quelles sont les pratiques des « pys » ?

2.1. Les types de prises en charge pratiquées par les pys

Psychiatres et psychologues pratiquent préférentiellement les prises en charge individuelles, soit seules (36 sujets sur 63, soit 57% des « pys »), soit avec des prises en charge de groupe et/ou de thérapie familiale (tableau 31). Les psychologues pratiquent davantage les prises en charge de groupe (19% contre 4% pour les psychiatres – graphique 11), tandis que les psychiatres dispensent plus de thérapies familiales (17% contre 10% pour les psychologues). Les autres types de prises en charge, mentionnées exclusivement par les psychologues (n=3), sont des suivis en « *binôme* », avec un(e) anesthésiste (n=1), avec un médecin (spécialité non spécifiée) (n=1), ou avec un(e) infirmier(e) diplômée d'Etat (« *IDE* ») (n=1).

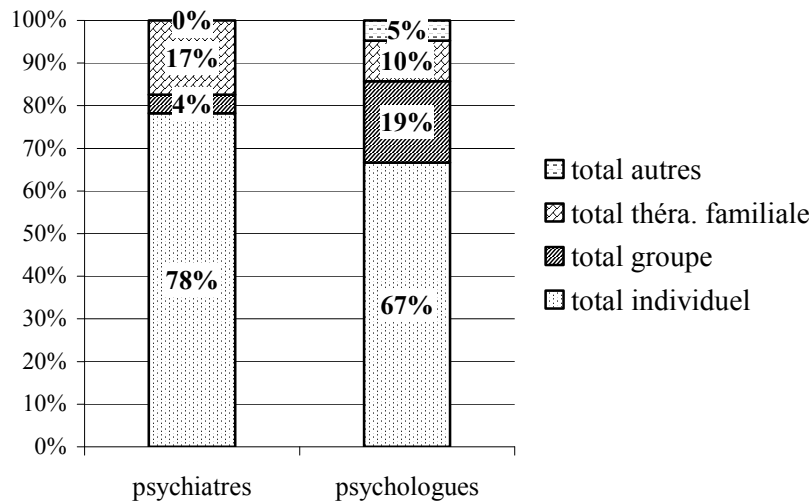
Tableau 31 : types de prises en charges pratiquées par les pys

	Indivuelle	groupe	indiv.+ groupe	indiv.+ théra. familiale	indiv.+ groupe+ théra. familiale	Indiv.+autre	autre	NR	tot.
psychiatres	14	1	0	3	1	0	0	0	19
psychologues	22	0	12	5	1	2	1	1	44
total	36	1	12	8	2	2	1	1	63

indiv. = individuelle

théra. = thérapie

Graphique 11 : types de prises en charges pratiquées par les psychiatres et les psychologues (pourcentages cumulés par type de prise en charge)



2.2. Le nombre de consultations nécessaires

2.2.1. Pour une évaluation diagnostique/orientation

La majorité des psychiatres et psychologues disent recevoir trois fois le patient lorsqu'il s'agit de procéder à une évaluation diagnostique ou à une orientation (tableau 32).

Tableau 32 : nombre de consultations pratiqué pour une évaluation diagnostique/orientation

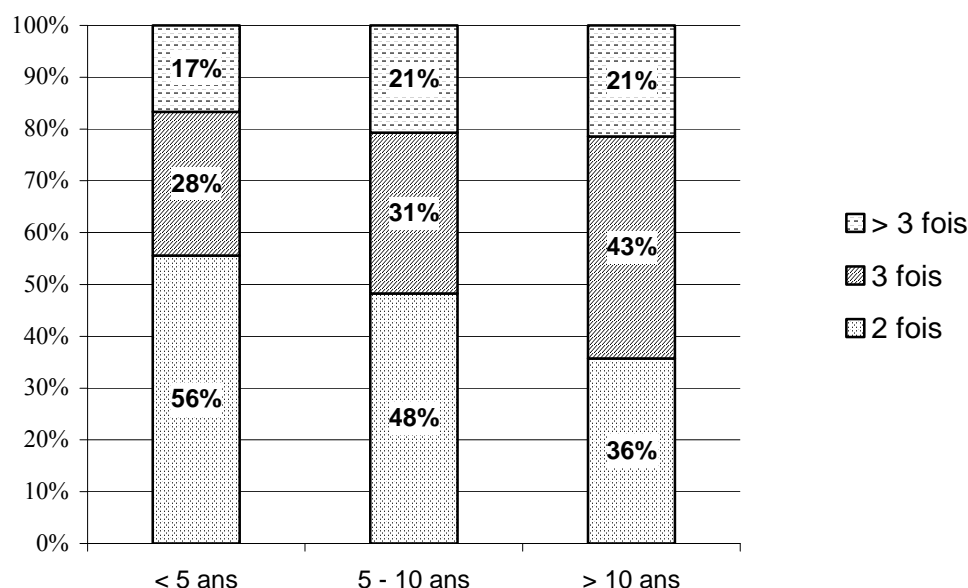
	1 fois	2 fois	3 fois	> 3 fois	total
psychiatre	1	6	9	3	19
psychologue	1	12	20	11	44
total	2	18	29	14	63

Lorsque l'on met en regard le nombre de consultations pratiqué pour cette indication et l'ancienneté d'exercice sur la structure douleur (tableau 33 et graphique 12), s'il n'y a pas de différence significative ($p = 0.8483$), on remarque néanmoins une tendance à recourir à un nombre plus important d'entretiens avec l'ancienneté. Ainsi, si 56% des praticiens exerçant depuis moins de 5 ans rencontrent le patient deux fois et 28 % trois fois, ils ne sont plus que 36% (-20%) avec une expérience de plus de 10 ans à recourir à un deux entretiens mais 43 % (+15%) à trois entretiens.

Tableau 33 : nombre de consultations pratiquées pour une évaluation diagnostique/orientation en fonction de l'ancienneté d'exercice

	2 fois	3 fois	> 3 fois	total
< 5 ans	10	14	5	29
5 - 10 ans	5	9	6	20
> 10 ans	3	6	3	12
total	18	29	14	61

Graphique 12 : nombre de consultations pratiquées pour une évaluation diagnostique/orientation en fonction de l'ancienneté d'exercice (en pourcentages)



2.2.2. Pour une aide à la prescription

Cette question concernant théoriquement les seuls psychiatres, il est intéressant de noter que trois psychologues pratiquent l'aide à la prescription et six psychiatres n'interviennent pas en tant que prescripteurs.

Parmi les psychiatres prescripteurs, la plupart (n=4) voient les patients une fois pour cette indication, suivis de près par ceux qui les reçoivent deux fois (n=3) et plus de trois fois (n=3) (tableau 34).

Tableau 34 : nombre de consultations pratiqué pour une aide à la prescription

	pas prescripteur	1 fois	2 fois	3 fois	> 3 fois	total	NR
psychiatres	6	4	3	2	3	18	1
psychologues	41	2	1	0	0	44	0
total	47	6	4	2	3	62	1

2.2.3. Pour une psychothérapie

Psychiatres et psychologues présentent des pratiques similaires sur ce point (tableau 35) et reçoivent dans leur majorité un patient entre 10 et 30 fois pour une psychothérapie (27 sujets sur 63, soit 43% des « pys »), puis plus de 30 fois (18/63 sujets, soit 29%).

Tableau 35 : nombre d'entretiens pour une psychothérapie

	<10 ent.	10-30 ent.	> 30 ent.	3 modalités	total	NR
psychiatres	6	7	3	0	16	3
psychologues	4	20	15	1	40	4
total	10	27	18	1	56	7

Lorsque l'on croise le nombre d'entretiens effectués pour une psychothérapie et l'orientation conceptuelle des « psys », on ne note pas de différence majeure entre les différentes approches théorico-cliniques (tableau 36). Quelle que soit l'orientation, la majorité des « psys » pratique 10 à 30 consultations pour une psychothérapie, puis plus de 30 entretiens.

Tableau 36 : nombre d'entretiens pour une psychothérapie en fonction de l'orientation conceptuelle

	<10 ent.	10-30 ent.	> 30 ent.	total
Analytique	3	13	12	28
TCC	3	6	3	12
Humaniste	0	3	3	6
Total	6	22	18	46

2.3. La fréquence des entretiens psychothérapeutiques

Une différence apparaît concernant la fréquence la plus représentée : chez les psychiatres, une fois par mois, chez les psychologues deux fois par mois. Pour tous cependant, et avec peu d'écart, la seconde fréquence la plus pratiquée est une fois par semaine (tableau 37).

Tableau 37 : fréquence des entretiens psychothérapeutiques

	>1 fois/sem.	1 fois/sem.	2 fois/mois	1 fois/mois	irrégulièrement	total	NR
psychiatres	0	5	2	6	3	16	3
psychologues	6	12	18	1	2	39	5
total	6	17	20	7	5	55	8

Si l'on tient compte du nombre d'entretiens pratiqués pour une psychothérapie (cf 2.2.3), la durée d'une psychothérapie irait de deux mois et demi (10 entretiens à raison d'un entretien par semaine) à plus de 30 mois, avec une pratique « majoritaire » pour les psychiatres de 10 à 30 mois à raison d'un entretien par mois, et pour les psychologues de 5 à 15 mois, à raison de deux entretiens par mois.

3. Le travail en partenariat

Comment s'organise le travail de partenariat, entre psychologues et psychiatres, et entre « psys » et somaticiens ?

3.1. Le partenariat psychiatres – psychologues

La grande majorité des psychiatres (16 sur 19, soit 84%) et des psychologues (39 sur 44, soit 89%) travaillent parfois en partenariat (tableau 38).

Tableau 38 : travail de collaboration entre « psys » :

	non jamais	oui parfois	total	NR
psychiatres	3	16	19	0
psychologues	4	39	43	1
total	7	55	62	1

Lorsque l'on examine les circonstances de cette collaboration (question 13), il apparaît que les psychologues font appel aux psychiatres en premier lieu lorsqu'ils estiment qu'un traitement pharmacologique est nécessaire (24 occurrences, correspondant à 24 sujets sur 39 répondants à cette question), puis dans des situations « lourdes », complexes, c'est-à-dire comprenant de la violence et/ou un risque suicidaire et/ou un risque de décompensation psychiatrique (17 occurrences, soit 14 sujets sur 39), et en troisième lieu lorsqu'ils ont besoin d'un avis diagnostic (10 occurrences, soit 10 sujets sur 39). Sont également citées les situations où le psychiatre est sollicité : car il pratique une approche particulière – analytique, thérapie familiale, EMDR, TCC - (4 occurrences); car l'approche conjointe est importante aux yeux du psychologue, notamment par rapport à des aspects transférentiels – transferts latéraux, maintien du clivage pour la survie psychique...- (4 occurrences) ; lors de prises en charge de plusieurs membres de la famille (2 occurrences) ; en cas d'orientation vers une structure spécialisée (1 occ.) ; pour des certificats médicaux (1 occ.).

Sept psychiatres ont répondu à la question par les motifs pour lesquels ils étaient sollicités par les psychologues. Leurs réponses rejoignent celles de ces derniers : besoin d'une prescription médicale (4 sujets), besoin d'un avis diagnostic (2 sujets) et en cas de pathologie avérée (1 sujet).

Les contextes dans lesquels les psychiatres font appel aux psychologues sont en premier lieu le besoin d'un suivi psychothérapeutique individuel (7 occurrences, soit 7 sujets sur 8), puis les situations de co-thérapie (2 occ., 2 sujets) et les évaluations de personnalité (2 occ., 2 sujets).

3.2. Le partenariat « psys » - somaticiens

3.2.1. Les attentes des « psys » à l'égard des somaticiens

55 « psys » ont répondu à la question « *qu'attendez-vous d'un médecin somaticien ?* » (question 22). L'analyse de contenu de leurs réponses met en évidence trois thématiques plus représentées que les autres. La première renvoie à la pluridisciplinarité de façon générale (46

occurrences, correspondant à 29 sujets), dans ses aspects d'échange, mais également de respect des spécificités et des compétences de chacun, de reconnaissance de la place de chaque fonction (3 « psys » attendent des somaticiens « *qu'ils ne se prennent pas pour [des] " psys " »*).

Une seconde thématique exprime une attente de compétence dans la prise en charge somatique de la douleur (34 occurrences, soit 24 sujets), notamment suivi somatique (10 occurrences), diagnostic (9 occurrences) et traitement pharmacologique (7 occurrences). La troisième thématique la plus représentée fait référence à l'acceptation de la dimension psychique de la douleur et à une plus grande ouverture aux approches psychologiques et psychiatriques (22 occurrences, 21 sujets). Proche de la précédente mais davantage orientée vers la pratique, une quatrième thématique souligne l'importance pour les « psys » d'une poursuite de la prise en charge somatique parallèlement au suivi « psy », et d'une adresse aux « psys » qui n'arrive pas en fin de parcours, lorsque les prises en charges somatiques ont montré leurs limites : « *ne pas réduire le psychique à une orientation par défaut de signes cliniques somatiques* » mais « *accepter la coexistence de facteurs somatiques et psychiques* » (15 occurrences, soit 11 sujets).

Les autres attentes citées renvoient à l'attitude des somaticiens dans la relation au patient : écoute, empathie... (12 occurrences, 10 sujets), orienter le patient vers un suivi « psy » (4 occurrences, 4 sujets) et une demande d'éviter « *l'activisme médical* » (surenchère d'examens, de prescriptions...) (3 occurrences, 3 sujets).

Le tableau 39 expose les quatre thématiques les plus représentées, par rang décroissant d'importance et en nombre d'occurrences.

Tableau 39 : attentes des « psys » à l'égard des somaticiens

	Thématique	Nb d'occurrences
Rang 1	Travail de collaboration, respect de la pluridisciplinarité...	46
Rang 2	Compétence dans la prise en charge somatique	34
Rang 3	Intégration de la dimension psychique de la douleur	22
Rang 4	Coexistence des prises en charge « psy » et somatique	15

3.2.2. Les attentes des somaticiens à l'égard des « psys »

La première attente (49 occurrences correspondant à 33 sujets sur 58 répondants à la question 19) exprimée par les somaticiens à l'égard des « psys » concerne un réel travail en équipe, une pratique de la collaboration, s'appuyant sur la communication, donnant lieu à des échanges... Ensuite (31 occurrences, soit 31 sujets), on trouve une attente de prise en charge « psy » (hors traitement pharmacologique) : psychothérapies, soutien, suivi psychologique... Deux somaticiens soulignent l'importance, au vu des spécificités de la population consultante, d'adapter le cadre, de faire preuve d'une grande souplesse, notamment par rapport au postulat, attribué à la psychanalyse, d'émergence de la demande du patient : « *il faut savoir solliciter une demande, nouer un contact* », « *non dogmatisme et souple avec des patients souvent difficiles, alexithymiques, s'exprimant si difficilement* ».

Viennent en troisième position des attentes diagnostiques, d'évaluation du fonctionnement psychique du patient, d'aide à une meilleure compréhension de la composante psychique de sa douleur (21 occurrences, 17 sujets), auxquelles fait suite une attente sur le plan pharmacologique (prescription de psychotropes...) (12 occurrences, 12 sujets). Enfin, dans une moindre mesure, sont mentionnées : des attentes de conseils plus concrets pour la prise en charge voire d'élaboration de « conduites à tenir » avec le patient (8 occurrences, 8 sujets) ;

une plus grande disponibilité et rapidité de réponse, une meilleure réactivité (6 occurrences, 5 sujets) ; des attentes dans le domaine de la recherche (3 occurrences, 3 sujets).

Le tableau 40 présente les thématiques principales, par rang décroissant de représentation et en nombre d'occurrences.

Tableau 40 : attentes des somaticiens à l'égard des « psys » : thématiques principales

	Thématique	Nb d'occurrences
Rang 1	Travail d'équipe, en collaboration	49
Rang 2	Prise en charge « psy » (hors pharmaco.)	31
Rang 3	Diagnostic, évaluation	21
Rang 4	Traitement pharmacologique	12

Lorsqu'ils sollicitent un « avis psy », les attentes des somaticiens (tableau 41) concernent d'abord le diagnostic ou l'évaluation et la compréhension de la personnalité (69 occurrences, correspondant à 44 sujets sur 76 répondants à la question 17). Parmi ces éléments, se différencient des attentes par rapport à l'objectif de l'évaluation : diagnostic psychopathologique ou de personnalité (35 occurrences, 34 sujets), ou évaluation des composantes de la douleur (psychiques, comportementales, cognitives...) et des intrications douleur-humeur (14 occurrences, 14 sujets), ou évaluation des conséquences, du retentissement de la douleur sur le patient (4 occurrences, 4 sujets), ou enfin analyse du contexte social, de la problématique familiale, du retentissement de la douleur sur les proches (3 occurrences, 3 sujets).

La seconde attente des somaticiens lorsqu'ils sollicitent un « avis psy » est la mise en œuvre par le « psy » d'une prise en charge (psychothérapie, suivi, soutien...) (22 occurrences, 22 sujets). Viennent ensuite des attentes d'orientation : indication du type de suivi adapté, formulation d'une proposition thérapeutique (18 occurrences, 18 sujets), et enfin des attentes pharmacologiques (10 occurrences, 10 sujets).

Tableau 41 : attentes des somaticiens lorsqu'ils sollicitent un avis « psy »

	Thématique	Nb d'occurrences
Rang 1	Diagnostic, évaluation	69
Rang 2	Prise en charge (hors pharmacologie)	22
Rang 3	Orientation	18
Rang 4	Prise en charge pharmacologique	10

3.2.3. Attentes spécifiques des somaticiens à l'égard des psychiatres

82% des somaticiens (67 sujets sur 82 répondants à la question 16) affirment avoir des attentes spécifiques à l'égard des psychiatres par rapport aux psychologues (tableau 42).

Ils formulent en premier lieu des attentes sur le plan pharmacologique (prescription, traitement...) (37 occurrences, soit 37 sujets sur les 64 répondants), et sur le plan diagnostique (35 occurrences, 35 sujets). Sont en second lieu avancées des attentes portant sur l'orientation, l'indication thérapeutique, la formulation de propositions thérapeutiques... (11 occurrences, 11 sujets). 9 somaticiens rapportent l'intervention du psychiatre aux pathologies psychiatriques, aux maladies mentales, aux problématiques « lourdes » (psychoses, névroses graves...). Viennent ensuite des attentes de mise en œuvre de la prise en charge par le psychiatre sollicité (8 occurrences, 8 sujets) et une référence explicite dans les réponses à la formation médicale du psychiatre (8 occurrences, 8 sujets). Enfin, les autres attentes

exprimées portent sur un plus grande investissement dans le travail d'équipe : « être des médecins à part entière avec lesquels on partage » (5 occurrences, 5 sujets), sur une fonction d'animation et d'organisation de la structure douleur (3 occurrences, 3 sujets), sur l'expertise (3 occurrences, 3 sujets), ainsi que sur la gestion des situations de crise et des hospitalisations (2 occurrences, 2 sujets).

Transversalement à toutes ces thématiques, un nombre important de réponses (23 sujets) renvoient dans leur formulation à la notion de « fonction support » du psychiatre pour le somaticien. Ainsi, la sémantique utilisée : « aide à », « conseils en », « avis sur »... semble signaler une représentation du psychiatre comme un professionnel susceptible de donner un avis pour aider le somaticien à orienter ses décisions, sur lesquelles ce dernier reste néanmoins souverain, y compris lorsqu'il s'agit de diagnostic et de traitement psychiatriques.

Tableau 42 : attentes spécifiques des somaticiens à l'égard des psychiatres

	Thématique	Nb d'occurrences
Rang 1	- Prise en charge pharmacologique	37
	- Diagnostic, évaluation	35
Rang 2	Orientation	11
Rang 3	- Prise en charge (hors pharmacologie)	8
	- Référence à la formation médicale du psychiatre	8

3.2.4. Attentes spécifiques des somaticiens à l'égard des psychologues

La majorité des somaticiens (67 sur 86 répondants à la question 15, soit 78%) disent avoir des attentes spécifiques à l'égard des psychologues par rapport aux psychiatres (tableau 43).

L'attente la plus fréquemment exprimée concerne le suivi psychologique, la mise en œuvre d'une psychothérapie, l'approche non pharmacologique des troubles présentés par le patient (43 occurrences, correspondant à 30 sujets sur les 64). Les approches psychothérapeutiques citées, lorsqu'elles sont précisées, sont : relaxation (7 occurrences), hypnose (6 occ.), TCC et thérapies brèves (6 occ.), sophrologie (1 occ.), « animation de groupes de patients » (1 occ.). Souvent mentionnées également (13 occ., 13 sujets) des attentes d'évaluation de personnalité, d'aide à la compréhension de la problématique psychique du patient, de son fonctionnement psychologique... avec utilisation de tests psychologiques (6 occ.) ou non (7 occ.).

En troisième position vient toute la dimension de travail pluridisciplinaire (12 occ., 11 sujets) : travail en concertation, soutien aux équipes, aide à l'orientation de la prise en charge par les équipes... ainsi que des éléments renvoyant à la temporalité du suivi (12 occ.) : suivi plus fréquent, sur une plus longue durée, plus grande disponibilité des psychologues... De la même façon, sont présentés des aspects plus qualitatifs qui concernent le contenu de la prise en charge psychologique (11 occ.) : travail sur les antécédents, sur le contexte psychosocial, sur le sens de la maladie... et d'autres éléments renvoyant à l'attitude dans la relation avec le patient (7 occ.) : plus grande souplesse, meilleure qualité d'écoute, plus grande proximité, plus grande facilité de dialogue...

En dernier lieu, et faiblement représentées, viennent l'absence de « pathologisation » (5 occurrence) et une activité de recherche (2 occ.).

Tableau 43 : attentes spécifiques des somaticiens à l'égard des psychologues

	Thématique	Nb d'occurrences
Rang 1	Prise en charge psychologique	43
Rang 2	Evaluation psychologique	13
Rang 3	- Travail en équipe, en collaboration...	12
	- Eléments renvoyant à la temporalité du suivi	12
	- Aspects qualitatifs sur le contenu de la prise en charge	11
Rang 4	Attitude à l'égard du patient	7

3.2.5. Les consultations partagées « psys » - somaticiens

Les pratiques décrites par les « psys » et les somaticiens au sujet des consultations partagées se rejoignent (tableaux 44 et 45). La moitié répond les pratiquer « parfois » (48% des somaticiens, 50% des « psys » répondants), tandis qu'environ un quart (« psys » : 26%) à un tiers (somaticiens : 33%) n'y recourent « jamais ». La pratique systématique est minoritaire (13% des « psys », 11% des somaticiens), dans des proportions légèrement supérieures mais très proches de l'abandon de ce procédé (11% des « psys », 8% des somaticiens).

Tableau 44: pratique des consultations partagées selon les somaticiens

	Oui, systématiquement	Oui, parfois	Non, jamais	Je l'ai fait mais plus maintenant	total	NR
omnipraticiens	2	9	7	1	19	1
spécialistes	8	35	23	6	72	1
total	10	44	30	7	91	2
total %	11%	48%	33%	8%	100%	

Tableau 45: pratique des consultations partagées selon les « psys »

	Oui, systématiquement	Oui, parfois	Non, jamais	Je l'ai fait mais plus maintenant	total	NR
psychiatres	2	10	4	3	19	0
psychologues	6	21	12	4	43	1
total	8	31	16	7	62	1
total %	13%	50%	26%	11%	100%	

Lorsque les consultations partagées sont pratiquées de façon systématique, le « psy » concerné est, selon les somaticiens, le plus souvent un psychologue (tableau 46).

Tableau 46: fonction concernées par la pratique systématique des consultations partagées selon les somaticiens :

	psychologue	psychiatre	psychologue et psychiatre	total
omnipraticiens	1	0	1	2
spécialistes	3	2	3	8
total	4	2	4	10

Interrogés sur les indications motivant leur pratique non systématique des consultations partagées (réponse « oui, parfois » à la question 7, avec indications précisées), « psys » (29 répondants) et somaticiens (41 répondants) évoquent d'abord des éléments en lien avec la

situation clinique. Cependant, on note une distinction entre « psys » et somaticiens lorsque l'on détaille ces derniers. En effet, pour les « psys », les consultations partagées ont lieu d'abord dans un objectif d'évaluation de la dimension « psy » de la problématique du patient, quelquefois lorsqu'un courrier préalable du médecin traitant mentionne l'existence d'une telle composante (7 occurrences), tandis que cette indication vient en troisième position chez les somaticiens (8 occurrences) chez lesquels le premier contexte clinique de consultation conjointe correspond aux situations « lourdes » qui les mettent en difficulté (14 occurrences) : pathologie psychiatrique avérée, situation de crise... Les « psys » quant à eux citent ce contexte en second (5 occurrences), là où les somaticiens mentionnent les situations où la consultation conjointe intervient après qu'ils aient eux-mêmes évalué l'existence d'une dimension « psy » (9 occurrences). Les réponses ne permettent pas de savoir si la consultation conjointe a alors un objectif de confirmation de l'évaluation « psy » faite par le somation et/ou de mise en œuvre d'un suivi « psy ». Au troisième rang des indications de consultation conjointe liée à la situation clinique, les « psys » citent des cas particuliers (3 occurrences) : « dans des moments charnières, souvent en hospitalisation », « prise en charge d'enfant », « annonce de diagnostics de maladie chronique évolutive, ou à pronostic vital engagé ».

Nettement moins représentés que la thématique en lien avec la situation clinique, on trouve, dans un ordre différent entre « psys » et somaticiens, mais avec un faible écart entre elles, des réponses précisant que les consultations conjointes ont préférentiellement lieu lors des premières consultations (8 occurrences pour les « psys », 5 pour les somaticiens), pour faciliter la mise en œuvre d'un suivi « psy » et/ou pour signifier au patient le cadre pluridisciplinaire de la prise en charge (6 occ. pour les « psys » et les somaticiens). Les problèmes de disponibilités sont également mentionnés (7 occ. pour les « psys » et 4 pour les somaticiens). Les somaticiens, de façon spécifique, évoquent les situations d'ajustement de la prise en charge, de réorientation, où les consultations conjointes interviennent pour maintenir la cohérence du discours entre intervenants (4 occurrences). On trouve aussi des réponses « selon les besoins », au contenu vague et difficilement interprétable (4 occurrences) et deux contextes particuliers : « accompagnement de parents d'un proche en fin de vie » et « école du dos ».

Le tableau 47 présente les thématiques principales identifiées pour cette question, par ordre décroissant d'occurrence.

Tableau 47: principales indications des consultations conjointes non systématiques

	« psys »		somaticiens	
	Thématique	occ.*	thématique	occ.*
Rang 1	selon la situation clinique	15	selon la situation clinique	21
Rang 2	1ères consultations	8	projet de prise en charge « psy »	6
Rang 3	selon disponibilités	7	- 1ères consultations - selon besoins	5
Rang IV	projet de prise en charge « psy »	6	- selon disponibilités - ajustement de la pec**	4

*occ.=occurrences

** pec = prise en charge

Lorsque les professionnels interrogés ne pratiquent jamais la consultation conjointe (27 somaticiens répondants et 9 « psys »), c'est d'abord le manque de temps, de disponibilité, l'incompatibilité des horaires qui sont mis en avant (14 occurrences chez les somaticiens, 3 chez les « psys »). Si l'on regroupe les thématiques en fonction du critère de choix ou de non-choix de l'absence de pratique de consultations conjointes, il ressort que cette dernière est davantage « subie » par les somaticiens que par les « psys ». En effet, pour les premiers, le manque de disponibilité et l'absence de demande de la part des « psys » (1 occ.) sont

davantage représentés (15 occ.) que les réponses mentionnant un choix réciproque de dissociation des consultations, du fait d'une trop grande différence d'approche ou de l'importance de maintenir le caractère « neutre » de la consultation « psy » (12 occ.). Les « psys » quant à eux rapportent en égale proportion (5 occ.) une absence de pratique des consultations conjointes « choisie », en raison notamment de la différence d'approche (2 occ.), et une absence de pratique « subie », par manque de temps (3 occ.) en particulier.

Cette tendance se renforce lorsque l'on examine les motifs d'arrêt des consultations conjointes chez les professionnels les ayant pratiquées (5 somaticiens et 7 « psys » répondants). Chez les somaticiens, le manque de disponibilité (3 occ.) et l'absence de motivation des psychologues (1 occ.) sont premiers, devant une indication non adaptée (« patients atteints de douleurs d'origine néoplasique » - 1 occ). A l'opposé, chez les « psys », l'abandon des consultations partagées apparaît davantage une option choisie (5 occ., 4 sujets), du fait d'une incompatibilité estimée avec le contenu des suivis « psys » (2 occ. : travail sur la représentation des soins et sur les aspect cognitifs), d'une plus grande efficacité attribuée aux suivis individuels (1 occ.) ou d'une connaissance mutuelle « psys »-somaticiens qui les rendrait inutiles (2 occ).

Ces écarts restent néanmoins peu marqués et demanderaient à être confirmés par un échantillon de répondants plus conséquent. Le manque de temps reste le premier motif d'absence de consultation partagée lorsqu'il ne s'agit pas d'un choix individuel ou d'équipe.

3.2.6. Les échanges somaticiens- « psys »

Le moyen d'échange le plus pratiqué entre psys et somaticiens, selon les somaticiens (question 8, cf tableau 48), est la réunion d'équipe (« au cours d'un staff » : 81 occurrences sur 175, soit 46% des réponses), suivie par l'échange verbal ponctuel (40% des réponses). Les échanges directs sont ainsi largement plus utilisés que le dossier patient (14% des réponses).

Tableau 48: modalités d'échanges entre somaticiens et psys, selon les somaticiens

	staff	échange verbal ponctuel	dossier patient	total	NR
omnipraticien	19	12	6	37	0
spécialiste	62	58	18	138	1
total	81	70	24	175	1
total %	46%	40%	14%	100%	

Les réunions d'équipe sont le plus souvent hebdomadaires (53% des réponses), puis de fréquence inconstante (26%) (tableau 49). Les échanges verbaux ponctuels quant à eux ont le plus souvent lieu en face à face (87% des réponses) (tableau 50).

Tableau 49: fréquence des staffs selon les somaticiens

Fréquence :	Nombre de réponses	%
hebdomadaire	42	53%
mensuelle	17	21%
inconstante	21	26%
total	80	100%
NR	1	

Tableau 50: modalités des échanges verbaux ponctuels selon les somaticiens

	Nombre de réponses	%
en face à face	60	87%
par téléphone	9	13%
<i>total</i>	69	100%
NR	1	

Le regard porté sur les pratiques actuelles

1. La pratique des « psys »

1.1. L'évaluation du rythme des consultations psychothérapeutiques

Lorsqu'on leur demande d'évaluer le rythme de consultations qu'ils pratiquent pour les suivis psychothérapeutiques, une différence apparaît a priori entre psychiatres (tableau 51) et psychologues (tableau 52). Les premiers estiment dans leur majorité (9 sur 15 psychiatres répondants, soit 60%) que la fréquence qu'ils pratiquent devrait être plus importante, tandis que les seconds la jugent « confortable » (27 psychologues sur 37 répondants, soit 73%). Néanmoins, lorsqu'on la compare à la fréquence pratiquée, cette différence d'appréciation initiale renvoie au final à un accord sur la fréquence souhaitable pour un suivi psychothérapeutique. Un rythme hebdomadaire ou bi-mensuel est ainsi jugé adéquat, tandis qu'une consultation mensuelle devient insuffisante (graphique 13).

Tableau 51: satisfaction des psychiatres par rapport au rythme de consultations psychothérapeutiques pratiqué

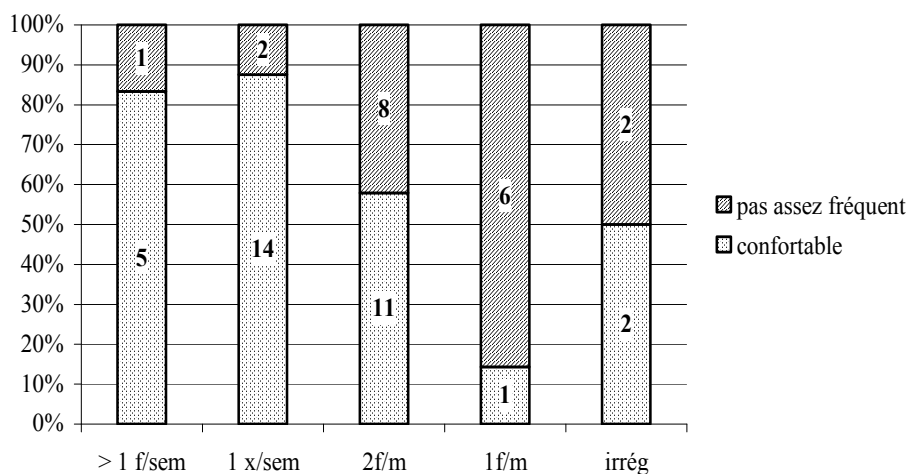
	> 1 fois/sem.	1 fois/sem.	2fois/m.	1fois/m	irrégulièrement	total
confortable	0	4	0	1	1	6
fréquence insuffisante	0	1	2	5	1	9
total	0	5	2	6	2	15

sem. = semaine ; m. = mois

Tableau 52: satisfaction des psychologues par rapport au rythme de consultations psychothérapeutiques pratiqué

	> 1 fois/sem.	1 fois/sem.	2fois/m.	1fois/m	irrégulièrement	total
confortable	5	10	11	0	1	27
fréquence insuffisante	1	1	6	1	1	10
total	6	11	17	1	2	37

Graphique 13: satisfaction des « psys » par rapport au rythme de consultations psychothérapeutiques pratiqué (effectifs)



Les « psys » estimant que le rythme de consultations psychothérapeutiques qu'ils pratiquent est insuffisant ont été invités à préciser les raisons pour lesquelles ils n'en augmentent pas la fréquence (question 11). Le premier motif avancé est le manque de temps, soit directement (12 occurrences correspondant à 12 sujets pour 20 répondants), soit indirectement en mentionnant des files actives trop grandes, un nombre trop important de demandes... (8 occ., 8 sujets). Les autres raisons présentées sont pour la plupart d'ordres matériel et concret : durée d'hospitalisation trop courte (2 occ.), problèmes de déplacement (2 occ.) et difficultés financières des patients (1 occ.), horaires d'ouverture de la consultation douleur trop restrictifs (1 occ.). Une réponse mentionne l'absence de relais (CMP, libéraux) intéressés par la prise en charge des douloureux chroniques.

1.2. La différence perçue entre psychiatres et psychologues

1.2.1. Selon les « psys »

La grande majorité des psychiatres (16 sur 19 répondants, soit 84%) et des psychologues (38 sur 43, soit 88%) perçoivent une différence dans le contenu de leur travail (tableau 53).

Ainsi (réponses à la question 12), au psychiatre reviendraient spécifiquement la prise en charge pharmacologique (29 sujets sur 55 répondants), l'approche diagnostique (16 suj.) et d'être sollicité pour les pathologies psychiatriques « lourdes » (5 suj.). Les psychologues quant à eux seraient spécialisés dans les approches psychothérapeutiques, de soutien et d'accompagnement par la parole (14 suj.).

Une autre différence importante renvoie au rapport au temps (8 suj.) : la prise en charge psychologique s'inscrirait davantage dans la durée et bénéficierait d'une plus grande disponibilité des psychologues à l'égard des patients, là où les psychiatres interviendraient davantage ponctuellement voire dans l'urgence.

Certains « psys » (5 suj.) mentionnent également les effets du statut de médecin sur la relation au patient et sur le transfert, notamment au niveau du clivage soma-psyché : « *le psychologue reste aux yeux du patient un non médecin, ce qui diminue les effets du clivage somatique-psychique souvent délétères pour la prise en charge* » (un psychiatre). Dans le même ordre d'idées, un psychologue évoque les effets contre-transférentiels de l'impossibilité de prescrire : « *sans prescription à envisager pour lutter contre la douleur, je travaille avec mon*

impuissance plus vite, avec tous les enjeux psychiques liés aux modes de relation précoces à l'objet (dépendance, rage, dépression...) ».

Quelques répondants (5 suj.) relativisent ces différences en les rapportant à l'orientation et au mode d'approche du psychiatre.

Enfin, les dernières différences concernent l'intervention lors des hospitalisations (1 suj.), qui reviendrait au psychiatre, et le travail en réseau (1 suj.): les psychologues travailleraient avec des partenaires non psychiatriques, tandis que les psychiatres auraient à charge le lien avec la CPAM, la COTOREP.

Tableau 53 : perception d'une différence entre le travail des psychiatres et des psychologues, selon les « psys »

	oui	pas vraiment	pas du tout	total	NR
psychiatres	16	3	0	19	0
psychologues	38	4	1	43	1
total	54	7	1	62	1

1.2.2. Selon les somaticiens

La majorité des somaticiens (74 sur 87 répondants, soit 85%), omnipraticiens et spécialistes, perçoit une différence de travail entre psychiatres et psychologues (tableau 54), en dehors de l'approche pharmacologique ainsi que le stipulait la question 14.

Lorsqu'il s'agit de préciser ces différences, un nombre non négligeable répond par la prise en charge pharmacologique (8 occurrences) ou par des réponses au contenu très général et imprécis, ou hors sujet (10 occurrences). Au final, compte tenu de ces réponses, sur 73 répondants initiaux seuls 62 ont fourni des réponses correspondant à la question et informatives. Cet écart important pourrait manifester la difficulté à percevoir une différence entre les deux fonctions, en dehors de l'approche pharmacologique.

Les réponses soumises à l'analyse mettent quant à elles en évidence l'attribution aux psychologues des approches par la parole et les thérapies à médiation corporelles (24 occurrences): psychothérapies, soutien... dont une plus grande spécialisation dans les thérapies brèves et TCC (4 occ.) et la relaxation (2 occ.). Une deuxième caractéristique importante assignée aux psychologues renvoie à la qualité relationnelle avec le patient : plus grande proximité affective, relation s'inscrivant dans la durée et la continuité... (10 occ.). Sont également cités l'évaluation non diagnostique de personnalité (4 occ.), une meilleure acceptation par le patient (2 occ.), une meilleure intégration de la douleur à la prise en charge (1 occ.) et des critiques : difficultés d'échange si le psychologue n'est pas intégré à l'équipe (1 occ.) et réticence de sa part à solliciter l'avis d'un psychiatre même en cas de besoin (1 occ.).

Les spécificités attribuées aux psychiatres font d'abord explicitement référence à la formation médicale de ceux-ci (17 occ.), qui favoriserait une approche plus globale – somato-psychique - du patient (7 occ.), en tenant compte par exemple des aspects de co-morbidités. Les autres réponses (10 occ.) mentionnent un discours plus riche, de meilleures connaissances médicales, une compréhension plus juste du parcours médical antérieur du patient etc... mais également des contenus très généraux et imprécis (5 occ. : « *formation médicale* », « *le psychiatre donne un avis médical* »...). Ces derniers semblent davantage exprimer le besoin de marquer une identité de corps professionnel, avec les enjeux narcissiques sous-jacents, qu'une perception différenciée fondée sur l'expérience personnelle soumise à la réflexion.

Au-delà de la référence explicite à la formation médicale, les somaticiens attribuent également aux psychiatres le diagnostic et l'évaluation psychiatrique (16 occ.), les interventions sur les

pathologies « lourdes », psychiatriques (6 occ.), l'orientation du patient (4 occ.) et une approche plus directive (1 occ.).

De façon générale, les facteurs individuels viennent pour certains relativiser les différences entre psychiatres et psychologues (5 occ.) : manière d'être dans la relation (2 occ.) ou formations spécifiques, maîtrise d'une technique psychothérapeutique particulière (3 occ.). Un somaticien souligne qu'au-delà des différences de formations initiales, c'est l'approche psychosomatique qui compte.

Enfin, la question du remboursement des consultations est évoquée par deux répondants (remboursement des consultations des psychiatres et non des psychologues).

Tableau 54 : perception d'une différence entre le travail des psychiatres et des psychologues, selon les somaticiens

	oui, différence	non, pas de différence	total	NR
omnipraticiens	15	4	19	1
spécialistes	59	9	68	5
total	74	13	87	6

Lorsque l'on met en regard ces données et la présence de l'une et/ou l'autre fonction sur la structure douleur des répondants (tableau 55 et graphique 14), on remarque que la perception d'une différence entre psychiatres et psychologues est plus marquée lorsque les deux fonctions sont représentées dans l'équipe (95%). Le calcul d'un khi deux, en appliquant la correction de continuité de Yates, sur un regroupement de données selon la présence des deux fonctions ou d'une seule (psychiatre ou psychologue) met en évidence une différence significative ($p=0,009476$) entre ces variables (tableau 56). Néanmoins, la faiblesse des effectifs incite à s'exprimer en termes de tendance et à vérifier ces données sur un échantillon plus important.

Tableau 55 : différence perçue par les somaticiens entre le travail d'un psychiatre et d'un psychologue et présence psychiatre/psychologue sur la structure douleur

	oui, différence		non, pas de différence		total		NR
psychiatre+psychologue dans équipe	52	95%	3	5%	55	100%	4
psychologue seulement dans équipe	11	69%	5	31%	16	100%	2
psychiatre seulement dans équipe	9	75%	3	25%	12	100%	0
ni psychiatre ni psychologue dans équipe	2	50%	2	50%	4	100%	0
total	74	85%	13	15%	87	100%	6

Graphique 14 : différence perçue par les somaticiens entre le travail d'un psychiatre et d'un psychologue et présence psychiatre/psychologue sur la structure douleur

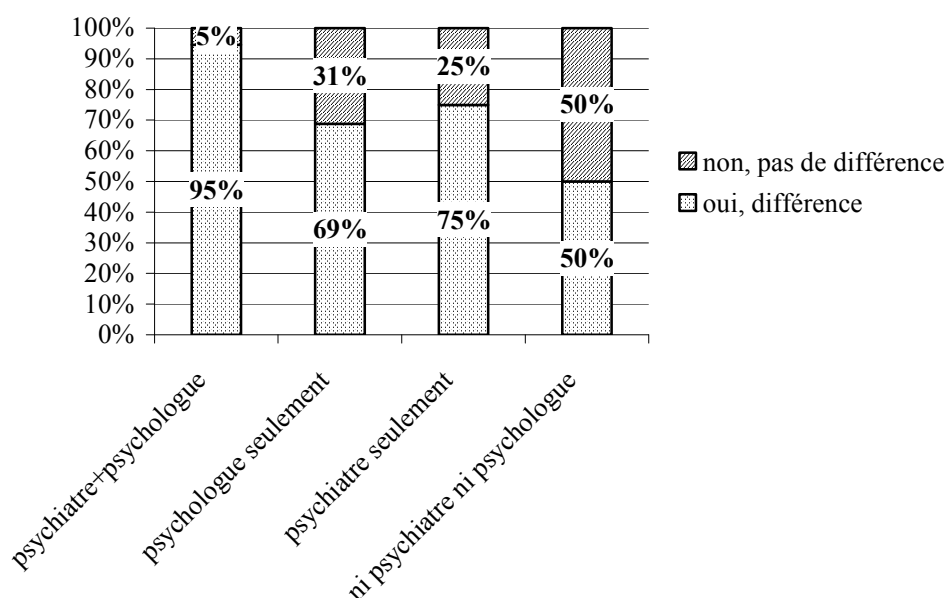


Tableau 56 : différence perçue entre les fonctions psychiatre/psychologue et présence des deux ou d'une seule fonction dans l'équipe :

	Oui, différence	Non, pas de différence	total
Psychiatre + psychologue dans équipe	52	3	55
Psychiatre ou psychologue seulement dans équipe	20	8	28
total	72	11	83

p=0,009476 (calculé avec la correction de continuité de Yates)

2. La collaboration « psys » - somaticiens

2.1. Le moyen d'échange le plus efficace

Les somaticiens estiment, dans leur majorité (64 sujets sur 89, soit 72%) et sans différence entre omnipraticiens et spécialistes, que le moyen d'échange le plus efficace avec les « psys » est la réunion d'équipe (staff), suivi de l'échange verbal ponctuel (24 sujets sur 89, soit 27%), loin devant le dossier du patient (1 sujet) (tableau 57).

Tableau 57 : moyen d'échange estimé le plus efficace par les somaticiens

	staff	ponctuellement (échange verbal)	dossier patient	total	NR
omnipraticiens	15	4	0	19	1
spécialistes	49	20	1	70	3
total	64	24	1	89	4

Lorsque l'on croise ces données avec la modalité d'échange effectivement utilisée dans la pratique par les somaticiens (question 8), et en désappariant les cumuls (c'est-à-dire qu'une

réponse « staff+échange verbal ponctuel » sera comptée une fois dans « staff » et une fois dans « échange verbal ponctuel »), on observe que, quel que soit le moyen utilisé dans la pratique, le staff reste celui qui est jugé le plus efficace (115 réponses sur 167, soit 69%), suivi par l'échange verbal ponctuel (49 rép., soit 29%).

Au final, les moyens d'échanges directs sont évalués comme plus efficaces (tableau 58).

Tableau 58 : moyen d'échange estimé le plus efficace et moyen(s) d'échange(s) utilisés

	staff	échange verbal ponctuel	dossier patient	total	NR
plus efficace: staff	59	42	14	115	1
plus efficace: échange verbal ponctuel	18	23	8	49	0
plus efficace: dossier patient	1	1	1	3	0
total	78	66	23	167	1
NR	3	4	1	8	0

2.2. Les avantages de la collaboration « psys »-somaticiens

2.2.1. Selon les « psys »

56 « psys » ont répondu à la question 21 explorant les avantages à travailler avec un somaticien. La thématique la plus représentée dans leurs réponses renvoie à la pluridisciplinarité (37 occurrences, correspondant à 37 sujets) : échanges, complémentarité des points de vue, partage d'expérience... Vient ensuite l'importance d'une prise en charge globale (30 occ., soit 28 sujets). Travailler avec un somaticien met en place un cadre de soins en adéquation avec le fonctionnement psychique des patients mais permettant de dépasser le clivage psychique-somatique : « *c'est la pathologie même des patients qui motive le cadre dans lequel nous travaillons, à savoir ainsi en binôme* », « *ce travail à deux permet de progresser et de dépasser les effets de clivage (somatique et psychique)* », « *articuler d'emblée la dimension somatique et la dimension psychique, rester vigilant à la polysémie de la douleur, ouvrir pour le patient un espace non clivé (entre soma et psyché)* ». En effet, la prise en compte de la plainte somatique est présentée par certains comme le préalable nécessaire à l'amorce d'un travail psychique (7 occ., soit 7 sujets) : « *pour certains patients, le fait d'être accompagné, rassuré par la présence du somaticien peut leur permettre de nouer une relation thérapeutique avec le psychologue* », « *inimaginable autrement : le travail psychique avec un patient présentant une plainte somatique n'est possible que si celle-ci est prise en compte* ». Le troisième avantage cité est la prise en charge par le somaticien des aspects somatiques (24 occ., soit 16 sujets). Sont également mentionnés un apport mutuel de connaissance, à un niveau plus théorique (8 occ., soit 8 sujets) et une collaboration permettant de mieux travailler les aspects transférentiels, notamment les difficultés dans la relation au patient (5 occ., soit 4 sujets) : « *double transfert dans le suivi* », « *ce travail à deux permet de dépasser (...) les mouvements contre-transférentiels négatifs* », « *les aider parfois lorsqu'ils traversent des difficultés avec certains patients* ».

2.2.2. Selon les somaticiens

Le premier avantage mentionné par les somaticiens est que le travail en collaboration assure une prise en charge globale psyché-soma, une cohérence dans le projet thérapeutique et une complémentarité d'approches (43 occurrences, soit 36 sujets sur 72 répondants) :

« l'articulation soma/psy permet au patient de surmonter des crises et parfois une réelle avancée dans un processus thérapeutique », « une prise en charge véritablement globale du patient permettant d'appréhender tous les aspects de la souffrance », « la continuité dans la prise en charge »... Sont ensuite cités des aspects généraux du travail pluridisciplinaire (34 occ., soit 30 sujets): échanges, confrontation des points de vue, « *autoformation réciproque* »... suivis par l'aide au diagnostique, l'évaluation de la dimension psychique de la douleur (31 occ., soit 27 sujets).

Le soutien apporté par le « psy » à l'équipe, ses interventions pour faciliter la communication au sein de cette dernière, son aide à prendre de la distance par rapport aux situations voire une fonction apparentée à la supervision, constituent un autre avantage important dans la mesure où ils sont vécus comme un « *complément d'action en matière de prévention et de traitement de l'épuisement professionnel* » (28 occ., soit 21 sujets).

La mise en œuvre de la prise en charge « psy » à proprement parler (23 occ., soit 21 sujets) représente également un avantage, et peut même selon certains faciliter le suivi somatique (13 occ., soit 13 sujets) à plusieurs niveaux. Du point de vue du patient, elle favoriserait « *le renforcement de l'alliance thérapeutique (...) et un meilleur rapport collaboratif de sa part* ». Pour le somaticien, la « *responsabilité partagée* » avec le « psy » amènerait un soulagement, notamment par rapport au « *partage de la décision thérapeutique souvent lourde (pompes implantées, SCS...)* » mais aussi plus largement car elle permettrait de « *partager la charge que représente l'attention des patients* ». Ainsi, le somaticien pourrait « *être à une place médicale plus facilement car la 'plainte' sera entendue dans un autre espace* ».

Les autres avantages rapportés par les somaticiens renvoient à l'orientation de la prise en charge (8 occ., soit 8 sujets), aux aspects pharmacologiques (7 occ., soit 7 sujets) et au rôle facilitateur de la présence d'un « psy » dans l'équipe pour « *dédramatiser la dimension psy* » et amorcer un suivi « psy » (7 occ., soit 7 sujets) : « *ça anxiolyse les patients, leurs proches et les autres soignants vis-à-vis des pathologies « psy »* ».

2.3. La satisfaction dans le travail en collaboration

2.3.1. Satisfaction des attentes des somaticiens par rapport à un avis « psy »

Lorsqu'ils ont sollicité un avis « psy », la majorité des somaticiens, omnipraticiens comme spécialistes (pas de différence significative : $p=0,4715$ avec la correction de continuité de Yates), estiment que les réponses obtenues correspondent à leurs attentes (tableau 59).

Les raisons pour lesquelles leurs attentes ne sont pas toujours satisfaites sont selon eux d'abord à rechercher dans un manque de moyens (6 occ., soit 6 sujets sur 18 répondants) : « *pour une raison pratique et bête : plus de psychiatre en interne dans notre équipe, le référent dans le service psy du CHU n'a pas la dispo nécessaire* », et dans des difficultés de communication avec les « psys », à qui ils reprochent un travail trop individualiste (6 occ., soit 6 sujets) : « *difficulté de dialogue avec le psychiatre de l'équipe qui s'engage peu auprès de ses confrères somaticiens et qui travaille 'en solo'* », « *échanges trop souvent réduits à leur strict minimum. La dichotomie soma/psy ne semble pas être toujours le seul fait des somaticiens* ». Ces difficultés seraient majorées lorsque le « psy » est extérieur à la structure : « *décalage des approches si pas de lien entre somaticien et psy quand [psy] non intégré en structure douleur répond* ».

L'absence d'intérêt et/ou de compétence ressentie de la part des membres des professions « psys » pour la prise en charge de la douleur est un autre motif d'insatisfaction avancé (5 occ., 5 sujets) : « *peu de « psy » connaissent la psychopathologie de la douleur chronique et*

collent des diagnostics traditionnels (dépression...) avec les traitements concomitants, que les patients ont déjà eu ou répondent que la douleur est la source de leur état actuel psy... ».

Les autres motifs d'insatisfaction renvoient à une approche trop « de l'ordre de l'analyse » qui « manque 'd'aboutissements' » concrets (2 occ., soit 2 sujets), et à la complexité de la dimension psychologique (1 occ., soit 1 sujet).

Tableau 59 : satisfaction/insatisfaction des somaticiens par rapport à l'avis « psy » sollicité

	oui, attentes satisfaites	non, attentes non satisfaites	total	NR
omnipraticien	12	5	17	3
spécialiste	51	11	62	11
total	63	16	79	14

p= 0,4715 (en appliquant la correction de continuité de Yates)

2.3.2. Satisfaction et insatisfaction globales

Le travail de collaboration est globalement évalué comme satisfaisant, aussi bien par les « psys » (53 sujets sur 58 répondants, soit 91%) que par les somaticiens (52 sujets sur 84 répondants, soit 62%). Chez ces derniers, on distingue les réponses exprimant une satisfaction dans la collaboration avec les psychiatres et les psychologues (52 sujets), ou avec l'une seulement de ces deux fonctions : 2 somaticiens se disent ainsi satisfaits uniquement de leur collaboration avec les psychiatres, et 6 autres uniquement de celle avec les psychologues (cf tableau 60).

Lorsque l'on regroupe les réponses des somaticiens selon leur satisfaction à l'égard des deux fonctions « psys », à l'égard d'aucune des deux, ou à l'égard d'une seule (tableau 61), on ne note aucune différence significative entre omnipraticiens et spécialistes (p=0,3037).

Par contre, les somaticiens apparaissent davantage insatisfaits que les « psys » dans le travail de collaboration, même si la satisfaction prime. En effet, la comparaison « psys » - somaticiens met en évidence une différence significative, sans regroupement des données (totaux « psys » et somaticiens des variables « globalement satisfaits » et « globalement insatisfaits » du tableau 58 : p=0,02828 avec la correction de continuité de Yates), et avec regroupement des données, quel qu'il soit (option « pessimiste », intégrant la satisfaction à l'égard d'une seule des fonctions « psys » dans l'insatisfaction globale : p=0,00018 ; option « optimiste », assimilant la satisfaction à l'égard d'une seule des fonctions « psys » à la satisfaction globale : p=0,0072 – chi2 calculés avec la correction de continuité de Yates).

Tableau 60 : satisfaction et insatisfaction par rapport au travail de collaboration

	globalement satisfaits	globalement insatisfaits	Satisf. psychiatres, insatisf. psychologues	Satisf. psychologues, insatisf. psychiatres	total	NR
psychiatres	16	1			17	2
psychologues	37	4			41	3
total psys	53	5			58	5
omnipraticiens	10	8	1	0	19	1
spécialistes	42	16	1	6	65	8
tot. somaticiens	52	24	2	6	84	9
total	105	29	2	6	142	14

Tableau 61 : satisfaction et insatisfaction par rapport au travail de collaboration, selon les somaticiens, données regroupées :

	satisfaits envers psychiatres et psychologues	insatisfaits envers psychiatres et psychologues	satisfaits envers psychiatres ou psychologues seulement	total
omnipraticiens	10	8	1	19
spécialistes	42	16	7	65
total	52	24	8	84

p = 0,3037

2.3.3. Les motifs de satisfaction et d'insatisfaction : les thématiques abordées

Les questions 20 et 21 du questionnaire somaticiens et 23 du questionnaire « psys » exploraient les motifs de satisfaction et d'insatisfaction dans le travail de collaboration entre « psys » et somaticiens. L'analyse de contenu des réponses a permis d'individualiser des thématiques communes aux psys et aux somaticiens.

Une première grande thématique renvoie aux dimensions que l'on pourrait qualifier de « formelles » de la relation. Elle regroupe les éléments renvoyant :

- au travail pluridisciplinaire, dans le respect des spécificités et des domaines d'intervention respectifs, dans la reconnaissance du rôle de chacun...
- à la circulation de l'information, les échanges sur le patient
- à une compétence « technique », à la qualité de la prise en charge, à l'atteinte des objectifs avec parfois une notion d'efficacité et de résultats
- à la prise en compte de la spécificité de la prise en charge de la douleur, notamment par la formation et l'expérience

Contrebalançant ces dimensions formelles de la relation, une deuxième thématique correspond aux aspects relationnels « informels » : bonne entente, bonne connaissance mutuelle, liberté de parole, estime réciproque, convivialité...

Les autres thématiques s'intéressent plus concrètement aux moyens en termes de temps : disponibilité, temps de présence suffisant ou insuffisant... et à l'intérêt et/ou à la prise en compte de la dimension psychique par les somaticiens et de la dimensions somatique par les psys.

2.3.4. Les motifs de satisfaction

2.3.4.1. Chez les « psys »

Les avis des psychiatres et des psychologues se rejoignent (14 psychiatres et 24 psychologues répondants, soit un total de 38 répondants « psys ») lorsqu'il s'agit de motiver leur satisfaction par rapport au travail de collaboration avec les somaticiens. C'est d'abord le travail pluridisciplinaire dans le respect des spécificités de chacun qui est mentionné (14 occ. sur 46, soit 30% des occurrences) : « *chacun sait qui fait quoi et comment et connaît la place et les limites de l'autre* », « *reconnaissance mutuelle au sein de l'établissement* », « *c'est un travail passionnant d'élaboration permanente d'une pratique pluridisciplinaire* »...

En seconde position, on trouve la thématique des échanges sur le patient, la circulation des informations (11 occ.) : « *nous pouvons avoir des échanges autour des situations de patients de manière constructive* », « *la dimension d'échange et de confrontation est présente dans notre équipe* »... et une bonne entente mutuelle, les aspects renvoyant à une convivialité dans la collaboration et à un investissement plus personnel de la relation (11 occ.) : « *on se connaît*

bien, on se parle librement », « le courant passe bien », « très bonne entente personnelle et professionnelle »...

Ainsi, ce sont les aspects relationnels, dans leur dimension formelle et informelle, qui sont les premiers cités comme motifs de satisfaction.

Dans une moindre mesure, on trouve également des éléments renvoyant à la spécificité de la prise en charge de la douleur (4 occ.) : *« 15 ans de travail et d'expérience de ce type de malades »*, l'intérêt des somaticiens pour la dimension psychique (3 occ.) : *« un intérêt pour le psychique qui ne se fait pas par défaut de somatique »*, les questions de disponibilité (2 occ.) et de compétence dans la prise en charge somatique (1 occ.).

Le tableau 62 synthétise les thématiques abordées, par ordre décroissant d'importance et en termes d'occurrences.

Tableau 62 : motifs de satisfaction des « psys » dans le travail de collaboration avec les somaticiens

	Thématiques	Nb d'occ.		
		psychiatres	psychologues	total
Rang 1	travail pluri-disciplinaire dans le respect des spécificités de chacun	6	8	14
Rang 2	- circulation des informations	3	8	11
	- bonne entente	5	6	11
Rang suivants	- spécificité de la prise en charge de la douleur	0	4	4
	- prise en compte de la dimension psychique de la douleur	0	3	3
	- disponibilité	1	1	2
	- compétence technique, qualité de la pec somatique	0	1	1
Total		15	31	46

2.3.4.2. Chez les somaticiens

L'ENSP invitait les somaticiens à s'exprimer de manière différenciée sur leur satisfaction dans la collaboration avec les psychiatres et les psychologues. A l'analyse, les réponses convergent et les mêmes thématiques se retrouvent dans les mêmes proportions (tableau 63).

Ainsi, les somaticiens mentionnent comme premier motif de satisfaction la compétence « technique » des « psys » (43 occ. sur 116, soit 37% des occurrences), aussi bien pour la démarche diagnostique ou évaluative, que pour le traitement pharmacologique (psychiatres) ou la prise en charge psychothérapeutique : *« réponses aux questions cliniques et thérapeutiques satisfaites permettant une prise en charge où la clinique est complète, évitement d'erreurs dans le choix de traitements lourds », « bonne maîtrise des psychotropes, évaluation des pathologies graves, hospitalisations spécifiques »,* et au sujet des psychologues : *« bon suivi psychothérapeutique », « compétence », « objectifs atteints », « bons résultats »...* Certains étayaient leurs jugements sur l'évolution constatée des patients : *« les patients pris en charge vont mieux », « aide au patient ressentie dans leur cheminement », « les patients sont améliorés »...*

Ensuite, et dans des proportions proches, les somaticiens apprécient de travailler de façon pluridisciplinaire, dans le respect et la reconnaissance mutuels (24 occ.) : *« ni l'un ni l'autre ne réduisons les patients à nos petits mondes respectifs », « bonne collaboration »...* et dans une certaine convivialité, une bonne entente et une connaissance réciproque (21 occ.) : *« complicité ancienne », « relations faciles », « bonne convivialité », « très bonne entente »...* La circulation des informations, les facilités à échanger au sujet d'un patient sont également mentionnés (15 occ.).

Nous retrouvons ici l'importance des aspects relationnels, aussi bien formels qu'informels.

Nettement moins représentées, les thématiques renvoyant à la spécificité de la prise en charge de la douleur (6 occ.) : « *psychologue expérimenté et concerné par la prise en charge de la douleur* », « *bonne formation psy et douleur* », et l'intérêt de l'approche « psy » pour les somaticiens (6 occ.) : « *permet de prendre du recul par rapport aux souffrances rapportées par le patient qui nous met en face de l'impuissance de la médecine à tout résoudre* », « *apport indiscutable d'un savoir que nous ignorons même si on s'y intéresse de près. Aide à la prise de recul. Confirmation de la nécessité de s'intéresser à un être humain plus qu'au symptôme* »...

La notion de disponibilité est quant à elle citée 5 fois, et uniquement pour les psychologues : « *disponibilité adéquate (psy plein temps dans l'équipe)* », « *parce qu'intégré à l'équipe et donc dispo* »...

Tableau 63 : motifs de satisfaction des somaticiens dans la collaboration avec les psychiatres et les psychologues

	Thématiques	Nb d'occ.		
		psychiatres	psychologues	total
Rang 1	compétence technique, qualité de la pec « psy »	20	23	43
Rang 2	travail pluri-disciplinaire dans le respect des spécificités de chacun	9	15	24
Rang 3	bonne entente	8	13	21
Rang 4	circulation des informations	5	10	15
Rangs suivants	- spécificité de la prise en charge de la douleur	3	3	6
	- intérêt de l'approche « psy »	2	4	6
	- disponibilité	0	5	5
Total		47	73	120

Pec = prise en charge

2.3.5. Les motifs d'insatisfaction

2.3.5.1. Chez les psys

Peu de psys (5 sujets : 1 psychiatre, 4 psychologues) rapportent des motifs d'insatisfaction dans le travail de collaboration avec les somaticiens. Les quelques réponses relevées renvoient à un manque de formation de ces derniers à la prise en charge spécifique de la douleur (2 occurrences sur 5) : « *indifférence à la prise en charge de la douleur* », « *formation insuffisante à la douleur* », à un « *travail pluridisciplinaire morcelé* » (1 occ.), à un problème de compétence (1 occ.) : « *lacunes importantes dans la maîtrise des traitements médicamenteux ayant pour conséquences des difficultés importantes pour nos populations de patients spécifiques (troubles cognitifs, déments...)* », et à une difficulté des somaticiens à prendre en compte la dimension psychique (1 occ.) : « *difficultés de certains somaticiens à accepter la notion de réalité psychique et d'inconscient* ».

2.3.5.2. Chez les somaticiens

Les somaticiens sont plus nombreux à formuler des critiques sur le travail de collaboration (37 sujets sur 93, soit 40% des somaticiens). Celles-ci concernent davantage les psychiatres (26 réponses sur 37, soit 79%) que les psychologues (11 réponses).

Le premier motif d'insatisfaction concerne le manque de disponibilité des « psys » (18 occ. sur 42) : « *nécessiterait une présence plus constante pour nous... là aussi temps insuffisant++*, celui-ci lui permettrait de pouvoir plus s'impliquer dans les problèmes

spécifiques du patient douloureux ainsi qu'en hospitalisation », « collègues souvent débordés », « manque de moyens et de temps », « disponibilité restreinte du psychiatre », « une seule matinée de consultation par semaine, sans possibilité de répondre aux urgences le reste du temps », « pas assez fréquent parce qu'ils sont peu présents avec moi »... Viennent ensuite le manque de circulation des informations, les échanges insuffisants sur les patients (11 occ. sur 42) : « il ([psychiatre]) travaille en solo sans retour vers les somaticiens », « contact pratiquement inexistant », « peu d'échanges »...

Moins représentés, on trouve également des lacunes de formation ou un manque d'intérêt par rapport à la spécificité de la prise en charge de la douleur (5 occ.) : « psys non formés à la douleur », « le psychiatre du service est peu concerné par les problèmes de la douleur », « ils n'ont pas l'habitude des patients douloureux »... un manque de participation au travail pluridisciplinaire (3 occ.) : « difficultés de participation à l'interdisciplinarité du fait de l'activité libérale exclusive », « ne se sentent pas concernés par une approche multimodale de la douleur », et une vision exclusivement « psy » sans prise en compte de la dimension somatique (3 occ.) : « vision restreinte du diagnostic psychiatrique », « pour le psychologue la douleur est toujours ou presque de cause psychique ; le corps n'est que le moyen d'expression . Cela tient au fait qu'il n'a pas suivi d'études médicales comme le psychiatre ». Le tableau 64 résume ces résultats.

Tableau 64 : motifs d'insatisfaction des somaticiens à l'égard des psychiatres et des psychologues

	Thématiques	Nb d'occ.		
		psychiatres	psychologues	total
Rang 1	manque de disponibilité	13	6	19
Rang 2	manque de circulation des informations	9	3	12
Rang 3	Manque d'expertise et/ou d'intérêt par rapport à la prise en charge de la douleur	5	0	5
Rangs suivants	- implication insuffisante dans le travail pluridisciplinaire	3	0	3
	- non prise en compte de la dimension somatique	2	1	3
Total		32	10	42

2.3.6. Synthèse

« Psys » et somaticiens sont majoritairement satisfaits du travail de collaboration. Les principaux motifs de satisfaction et d'insatisfaction sont résumés dans le tableau 65.

Tableau 65 : principaux motifs de satisfaction et d'insatisfaction des « psys » et des somaticiens par rapport au travail de collaboration.

	« psys »	somaticiens
satisfaction	1. travail pluridisciplinaire dans le respect des spécificités de chacun 2. échanges sur le patient, circulation de l'information 3. bonne entente	1. compétence, « efficacité » de la prise en charge « psy » 2. travail pluridisciplinaire dans le respect des spécificités de chacun 3. bonne entente 4. échanges sur le patient, circulation de l'information
insatisfaction	formation insuffisante aux spécificités de la prise en charge de la douleur	1. manque de disponibilité 2. insuffisance des échanges, manque de circulation des informations

Ainsi, les aspects relationnels, dans leurs dimensions formelle et informelle, occupent une place centrale dans la satisfaction éprouvée par rapport au travail de collaboration, aussi bien pour les « psys » que pour les somaticiens. Les échanges, la transmission et la circulation des informations y jouent un rôle primordial.

La compétence et l'efficacité de la prise en charge « psy » apparaissent reconnues par les somaticiens, pour lesquels le principal obstacle au travail en commun est le manque de disponibilité des « psys », renvoyant au manque de moyens mis à disposition.

2.4. Les améliorations à apporter

Plusieurs questions de l'ENSP exploraient cette dimension, sous différents angles :

- ce que chaque catégorie de fonction (« psys » - somaticiens) souhaiterait mettre en place pour améliorer la collaboration (questions 24 du questionnaire « psys » et 22 du questionnaire somaticiens)
- ce qu'il serait souhaitable que l'autre catégorie de fonction (« psys » pour les somaticiens, somaticiens pour les « psys ») mette en place (questions 25 du questionnaire « psys » et 24 du questionnaire somaticiens)
- de façon générale, ce qui pourrait améliorer la collaboration selon les « psys » (question 26 du questionnaire « psy »).

L'analyse de contenu des réponses à ces différentes questions a permis de dégager un certain nombre de thématiques, la plupart communes et certaines spécifiques.

2.4.1. Les thématiques abordées

2.4.1.1. *Les thématiques communes aux « psys » et aux somaticiens*

Une première thématique qui se retrouve chez les « psys » comme chez les somaticiens concerne les moyens, en nombre de professionnels et/ou en temps de présence, à mettre à disposition des structures douleur. Une seconde évoque les réunions d'équipe, les temps d'échange communs. Elle se distingue d'une troisième mentionnant le souhait d'une réflexion plus « cadrée » pouvant aboutir à une théorisation (supervision, groupes théorico-cliniques, recherche, communications : articles, colloques...). On retrouve également la thématique du travail pluridisciplinaire avec adaptation réciproque aux spécificités de l'autre catégorie de fonction, qui intègre ici un souhait de meilleure coordination des soins, y compris à un niveau d'organisation administrative. Plus largement, certains expriment le souhait d'une évolution sur le plan administratif, notamment vers une meilleure reconnaissance de la prise en charge de la douleur. Les autres éléments abordés correspondent à des modalités d'intervention spécifiques : groupe de patients, packing...

2.4.1.2. *Les thématiques spécifiques*

Les « psys » expriment le souhait que les somaticiens précisent davantage leurs attentes, et qu'eux-mêmes informent davantage ces derniers du contenu, des modalités et des spécificités du travail « psy ». Les somaticiens quant à eux souhaiteraient que les « psys » manifestent davantage d'intérêt pour la prise en charge de la douleur et travaillent de façon moins individualiste de façon à mieux s'intégrer dans les équipes.

2.4.2. Le point de vue des « psys »

2.4.2.1. Ce que les « psys » souhaitent mettre en place

Psychiatres (14 répondants, soit 25 occurrences) et psychologues (33 répondants, soit 50 occurrences) se rejoignent sur ce point. Ils mettent au premier plan un travail de réflexion en commun pouvant trouver des aboutissements théoriques (19 occ. sur 66) : supervision, groupes théorico-cliniques, activité de recherche, élaboration d'outils d'évaluation des prises en charge... ainsi que les réunions d'équipe et les temps d'échanges sur les patients (18 occ.). Néanmoins, les psychologues s'expriment d'abord en faveur du premier et les psychiatres en faveur du second (cf tableau 66) : « *de la supervision de cas clinique ou groupe d'analyse des pratiques, mais par quelqu'un d'extérieur à l'équipe* », « *faire des recherches sur la consultation partagée* », « *temps de formation et de réflexion communs* », « *des outils d'évaluation des prises en charge. La reconnaissance par l'ensemble de l'équipe que les moments où nous réfléchissons en équipe à nos pratiques sont fertiles, et qu'on fait du meilleur boulot quand on n'a pas le nez dans le guidon* »...

Les « psys » mentionnent en second lieu des modalités de prise en charge et d'intervention particuliers (12 occ.) : consultations conjointes, prises en charge de groupe, packing, hôpital de jour mensuel, plaquette d'information, et prescriptions de traitements médicamenteux (2 occ.). Viennent ensuite les aspects liés au travail pluridisciplinaire, incluant le réseau avec les praticiens installés en libéral, et une meilleure coordination des soins, notamment au moyen d'outils permettant une traçabilité plus claire des suivis (8 occ.). L'augmentation du temps de présence et, plus largement, des moyens mis à disposition des structures douleurs (7 occ.), ainsi que l'information à mener auprès des somaticiens sur le contenu, les spécificités et les modalités du travail « psy » (7 occ.) représentent également des souhaits importants. Enfin, en dernier lieu, on trouve des souhaits de formation, sur la prise en charge de la douleur et/ou sur des techniques d'intervention particulières (4 occ.).

Le tableau 66 synthétise ces données.

Tableau 66 : améliorations que les « psys » souhaiteraient mettre en place

	Thématiques	Nb d'occ.		
		psychiatres	psychologues	total
Rang 1	- temps de réflexion théorico-cliniques dans une perspective de théorisation	4	15	19
	- échanges sur les patients, réunions d'équipe	11	7	18
Rang 2	modalités d'intervention spécifiques	4	8	12
	○ <i>dont prescription de traitement</i>	1	1	
Rang 3	- travail pluridisciplinaire...	1	7	8
	○ <i>dont meilleure coordination des soins</i>	1	3	
	- augmentation du temps de présence et des moyens	3	4	7
	- informer sur le travail des « psy »	1	6	7
Rangs suivants	formation	1	3	4
Total		25	50	75

2.4.2.2. Ce que les « psys » souhaitent que les somaticiens mettent en place

Les souhaits exprimés par les « psys » par rapport à ce que les somaticiens pourraient mettre en place (41 « psys » répondants) concernent en premier lieu les temps d'échanges formels en équipe, d'un point de vue quantitatif mais aussi qualitatif (18 occurrences sur 51). Les « psys » souhaiteraient ainsi des réunions d'équipe plus nombreuses et mieux structurées :

« augmenter les temps de staff », « des discussions d'équipe moins informelles », « instituer du temps de synthèse », « des staffs plus structurés », « des staffs plus approfondis »...

C'est ensuite une meilleure coordination des soins, impliquant quelquefois une évolution administrative pour améliorer les conditions de prise en charge, et un travail pluridisciplinaire basé sur le respect des spécificités de chaque fonction qui sont cités (14 occ.) : « une coordination plus 'bétonnée' », « structurer l'organisation de l'équipe douleur », « faciliter l'accès du patient au centre anti-douleur »... Afin de faciliter ce travail pluridisciplinaire, il serait utile pour les « psys » que les somaticiens précisent davantage leurs attentes et qu'un dialogue s'instaure pour mieux comprendre les modalités, les indications et les limites des interventions réciproques : « à partir de notre pratique en pluridisciplinarité, préciser les champs théoriques qui sous-tendent nos pratiques », « que les somaticiens précisent (et disent aux patients) ce qu'ils attendent de nous », « une meilleure compréhension des freins à une solution psy ».

En troisième lieu, davantage de temps de présence pour les « psys » et pour les somaticiens, et de disponibilité des somaticiens (8 occ.) sont souhaités par les « psys », ici aussi d'un point de vue quantitatif (4 occ.) mais également qualitatif (4 occ.) : « se donner le temps de réfléchir », « prendre du temps ; ne pas fuir dans l'action en permanence », « trouver ce temps de discussion »...

Les autres thématiques présentées concernent la recherche clinique, un travail de réflexion plus cadré pouvant mener à une certaine théorisation (5 occ.) : « travail de recherche en commun », « des recherches cliniques », « faire des courts exposés sur des thèmes nouveaux ou pointus découlants des questions posées par nos prises en charge »... la formation (4 occ.), plus particulièrement la formation des somaticiens à la relation au patient : « formation plus poussée à la relation par le biais de groupes Balint par exemple », « un travail sur l'empathie », et des modalités spécifiques d'intervention (2 occ.) : « différentes techniques faisant la liaison entre le psychisme et le somatique tel le packing par exemple », « les consultations pluridisciplinaires ».

Le tableau 67 présente de façon synthétique ces résultats.

Tableau 67 : ce que les « psys » souhaiteraient que les somaticiens mettent en place pour améliorer la collaboration

	Thématiques	Nb d'occ.		
		psychiatres	psychologues	total
Rang 1	échanges sur les patients, réunions d'équipe plus nombreuses et plus structurées	6	12	18
Rang 2	meilleure coordination des soins, respect des spécificités de chacun dans le travail pluridisciplinaire	5	9	14
Rang 3	d'avantage de temps de présence (somaticiens+ « psys ») et meilleure disponibilité	1	7	8
Rangs suivants	- recherche clinique, réflexion plus cadrée, dans une perspective de théorisation...	1	4	5
	- formation	2	2	4
	- modalités d'intervention spécifiques	1	1	2
Total		16	35	51

2.4.2.3. Ce qui pourrait améliorer la collaboration selon les « psys »

Des nuances apparaissent entre psychiatres (13 répondants, soit 16 occurrences) et psychologues (34 répondants, soit 43 occurrences) dans les propositions qu'ils formulent pour faire avancer, de façon globale, la collaboration avec les somaticiens. Tous estiment

cependant que les premières améliorations devraient concerner l'organisation et l'état d'esprit du travail pluridisciplinaire (25 occ.) On retrouve ici l'idée de faire évoluer ce dernier vers un plus grand respect des fonctions et des limites d'intervention de chacun : « *une meilleure différenciation entre le rôle du psychologue et du psychiatre* », « *que le psychologue soit mis au même niveau dans la prise en charge du patient que le médecin somaticien* », « *l'indépendance du psychologue par rapport aux somaticiens quant au choix de nos méthodes de travail. Eviter la paramédicalisation de la psychologie, qui nous confinerait à n'être que des exécutants* ». Cette évolution passerait en particulier par une meilleure connaissance des compétences et limites de chaque fonction au moyen d'un dialogue interdisciplinaire : « *une structure d'équipe saine et fonctionnelle, où chacun respecte et s'intéresse à la spécialité d'autrui* », « *que chacun reste bien dans son champ de compétence et reste ouvert à celui des collègues* », « *une meilleure connaissance, un intérêt réciproque et un respect du travail de chacun* ». La traduction par les « psys » de leur vocabulaire spécifique de façon à le rendre compréhensible des somaticiens (4 occ.) pourrait faciliter ce dialogue : « *une plus grande habitude des psys du dialogue avec les somaticiens (plus clairs et pragmatiques avec prise en compte de la REALITE de l'influence du corps)* », « *que les psys partagent mieux avec les somaticiens (et réciproquement) et ne se retranchent pas systématiquement derrière le secret du colloque singulier qui ampute souvent l'efficacité des consultations pluridisciplinaires de la douleur. (...) une meilleure formation des somaticiens à l'approche psy s'impose* », « *une meilleure information sur les pratiques des psys* », « *meilleure connaissance des processus en jeu dans les psychothérapies* ».

Dans ce contexte, élaborer des objectifs communs, rédiger des projets sont cités comme autant de moyens pour réellement constituer une équipe et explorer les spécificités de chacun ainsi que l'enrichissement qu'elles apportent : « *développer une capacité à émettre des objectifs communs (croisement de disciplines et non pas simple addition de compétences)* », « *il faut mieux se connaître professionnellement et ce de façon très précise concernant les pratiques de chacun. Les objectifs doivent se définir ensemble pour travailler dans le même sens* ».

Le rôle de l'administration est aussi souligné (3 occ.), au niveau organisationnel mais également dans la reconnaissance de l'importance du rôle des « psys » : « *volonté d'établissement à permettre une réelle fonction transversale dans l'institution* », « *en priorité la reconnaissance des psys par les directions d'hôpitaux comme acteurs à part entière de la prise en charge du patient. Il y auraient des améliorations structurelles qui rendraient la collaboration rapidement plus facile et efficace entre ces différentes professions* ».

En tenant compte des spécificités de niveau d'intervention, mais également des enjeux relationnels, un psychiatre s'interroge sur l'opportunité de la présence de chacune des fonctions : « *la présence d'un psychiatre, la plupart du temps, renforce les clivages. Il me paraît important de privilégier les postes de psychologues cliniciens dans les départements douleur et même dans les services de spécialités* ».

Si les psychiatres comme les psychologues placent en second les échanges au sujet du patient, une nuance apparaît entre eux. Pour les premiers (5 occ.), il s'agit de temps d'échanges d'équipe au sens large (réunions...) et de communication entre « psys » et somaticiens sur la prise en charge. Les psychologues insistent pour leur part sur l'importance de temps de réflexion en commun plus structurés (11 occ.), avec un regard tiers extérieur (supervision), ou avec une perspective d'évolution des connaissances et de théorisation. La concrétisation de cette réflexion au moyen de travaux de recherche, d'écrits, de présentations à des colloques... apparaît essentielle : « *travail de supervision analytique* », « *des séminaires locaux* », « *des formations communes en sociologie (qu'est-ce qui relève de la médecine, quel rôle joue la médecine dans la société occidentale), en épidémiologie (quelles sociétés produisent quels symptômes), en éthique...* », « *plus de temps pour les transmissions (réunions, colloques)* », « *une réflexion commune sur la pratique clinique, au sein de journées communes de*

formation continue, de DU ouverts aux psys (avec publicité adéquate pour les en informer) ; des parutions communes ; des comptes-rendus de pratiques sous forme de présentation poster aux congrès », « plus de temps (...) d'écriture »...

Les autres améliorations à apporter concernent une augmentation des moyens, en particulier du temps de présence, pour les somaticiens comme pour les « psys » (6 occ.) : « les outils et les idées existent, il manque le temps », « très bonne entente au sein de notre consultation, il manque surtout du temps et des moyens », « on peut rêver car il y a toujours un manque de temps », « du temps... pour tous », l'introduction ou un plus grand recours à certaines modalités d'intervention (4 occ. : prise en charge de groupe, packing...), et la formation à la prise en charge de la douleur, pour les « psys » comme pour les somaticiens (3 occ.) .

Deux psychologues soulignent qu'au-delà du concret, certains progrès sont liés aux personnalités en présence : « c'est peut-être une question de personnalité », « une capacité à avoir une discussion ouverte sur les personnes que nous rencontrons (ce n'est pas donné à tout le monde) ».

Le tableau 68 présente ces différentes thématiques.

Tableau 68 : les améliorations à apporter, selon les « psys »

		Thématiques	Nb d'occ.		
			psychiatres	psychologues	total
Rang 1		respect des spécificités de chacun dans le travail pluridisciplinaire : adaptation du langage « psy », objectifs et projets communs...	6	19	25
Rang 2	psychiatres	réunions d'équipes, temps d'échanges plus nombreux	5	3	8
	psychologues	temps de réflexion communs structurés, recherche, écrits...	0	11	11
Rang 3		davantage de moyens, notamment temps de présence	2	4	6
Rangs suivants		- modalités spécifiques d'intervention	2	2	4
		- formation	1	2	3
		- impact des paramètres personnels	0	2	2
Total			16	43	59

2.4.3. Le point de vue des somaticiens

Pour exposer leurs idées sur les améliorations à apporter, les somaticiens disposaient de deux questions renvoyant à leurs possibilités d'action ou à celle des « psys ». L'absence d'une question générale, comme dans le questionnaire « psys », semble avoir induit l'utilisation de ces questions pour exprimer des souhaits plus globaux, adressés par exemple aux autorités de tutelle.

2.4.3.1. Ce que les somaticiens souhaitent mettre en place

Les points de vue des omnipraticiens et des spécialistes se rejoignent lorsqu'il s'agit d'évoquer les améliorations qu'ils souhaitent mettre en place dans la collaboration « psys » - somaticiens (58 répondants, soit 87 occurrences : 19 pour les omnipraticiens, 68 pour les spécialistes – tableau 69). Ainsi, la première amélioration qu'ils mentionnent est l'augmentation des moyens, en particulier des temps de présence des « psys » (34 occ.), pour laquelle certains freins administratifs gagneraient à être levés : « accès du psychiatre à la consultation, (et là surgissent les problèmes financiers, entre adéquation projet d'établissement et contrat d'objectifs et de moyens, redistribution des moyens alloués à la douleur ailleurs) », « que les vacations accordés aux psy augmentent: 3 vacations par semaine: le chiffre qui permet de dire qu'on a une approche pluridisciplinaire dans un centre

de la douleur est ridicule car la détresse psychologique dans la douleur chronique est quasi constante: Une vacation pour le staff, deux vacations pour suivre les 2/3 des douloureux qui fréquentent le centre... ridicule», « avoir des moyens et des locaux pour un psychiatre temps partiel et deux psychologues temps plein pour couvrir les besoins en consultation externe et pour les patients hospitalisés», « que notre consultation douleur soit enfin dotée des moyens humains et financiers réclamés depuis sa création en mai 2001 de manière à fonctionner réellement dans un minimum de pluridisciplinarité », « Un poste de psychologue spécifique à la consultation douleur, même partiel. Demande de poste refusée par l'ARH lors de la demande d'agrément, car n'est pas réglementairement obligatoire»...

Ce sont ensuite des souhaits portant sur les échanges et la communication qui sont évoqués (22 occ.), principalement des réunions d'équipe (19 occ.), mais également des temps davantage orientés vers la réflexion théorico-clinique, la recherche... (3 occ.).

En troisième position, les somaticiens mentionnent l'approche conjointe dans le respect des places de chacun, ainsi que le développement du réseau entre praticiens (9 occ.), y compris avec les praticiens installés en libéral (2 occ.), et, plus largement, une meilleure coordination des soins : *« prise en charge fléchée de patients douloureux vers des praticiens libéraux impliqués », « beaucoup plus de concertation et de consultations somatopsychologiques de sorte de prendre le patient dans sa globalité. Toute douleur n'est pas que psy ni que physique. L'être humain a une histoire avec sa douleur et le somaticien seul, même avec toute son empathie, peut avoir des difficultés pour accompagner le malade », « participation plus rigoureuse des psychiatres libéraux à l'interdisciplinarité », « supprimer les rivalités entre les différents "corps de métiers". Chacun a sa place dans le traitement des patients », « une véritable unité de psycho-oncologie dans le cadre de soins de supports organisés »...* En troisième place également, les somaticiens souhaitent une diversité d'approches psychothérapeutiques ou citent certaines modalités de prise en charge (10 occ.) : *« sans école psychothérapique avec une ouverture vers la prise en charge cognitivo-comportementale », « la mise en place de travail de groupes de patients (thématiques) avec participation somaticien et psy - le développement de l'hypnose (psy formée mais... manque de temps) - la réalisation de tests psychologiques plus systématisés - la mise en place d'une approche cognitivo-comportementale en lien avec l'approche de type analytique pour une réponse thérapeutique plus large et performante...*

Les autres améliorations présentées renvoient à une meilleure formation des « psys » à la prise en charge de la douleur (4 occ.), et à leur intérêt pour ce domaine d'exercice (4 occ.) : *« création de mesures incitatives, créant un intérêt pour les psy à s'intéresser à la douleur », « peut-être que les psy pourraient essayer de rendre plus attractif pour leur jeunes collègues le travail en unité douleur » ...* Un somaticien souligne l'aide que représenterait le remboursement de la consultation psychologique : *« que la consultation des psychologues soit REMBOURSEE par la Sécu car certains parents ne veulent faire la démarche de payer pour leurs enfants ».*

Tableau 69 : ce que les somaticiens souhaitent mettre en place pour améliorer la collaboration

	Thématiques	Nb d'occ.		
		omnipraticiens	spécialistes	total
Rang 1	d'avantage de moyens, en particulier de temps de présence « psy »	8	26	34
Rang 2	temps d'échange et de réflexion, recherche...	4	18	22
Rang 3	- diversité d'approches psychothérapeutiques, modalités d'intervention spécifiques	2	8	10
	- meilleure coordination des soins, travail en réseau, pluridisciplinarité respectant les spécificités de chaque fonction...	2	7	9
Rangs suivants	- formation	2	2	4
	- intérêt des « psys » pour la prise en charge de la douleur	1	3	4
	- autres (remboursement des consultations psychologiques...)	0	4	4
Total		19	68	87

2.4.3.2. Ce que les somaticiens souhaiteraient que les « psys » mettent en place

Selon les somaticiens (56 répondants, soit 73 occurrences – tableau 70), omnipraticiens (11 répondants, soit 16 occ.) comme spécialistes (45 répondants, soit 57 occ.), la première amélioration que les « psys » pourraient apporter est une plus grande implication dans le travail d'équipe favorisant une meilleure organisation de la pluridisciplinarité, y compris avec les praticiens libéraux (20 occ.) : « participation à l'élaboration d'une stratégie thérapeutique de la part des praticiens libéraux identifiés ». Ils estiment qu'une meilleure adaptation des « psys » au travail d'équipe, notamment en communiquant davantage et de façon compréhensible, est importante : « parler d'un langage facile sur lequel on peut agir », « un résumé pragmatique de leur entretien et une conduite à tenir claire », « meilleure lisibilité des stratégies utilisées ». On retrouve ici l'idée d'un travail trop « individualiste » des « psys », surtout des psychiatres : « une ouverture à l'équipe. Ils travaillent en équipe, ils font partie d'une équipe qui leur apporte des informations sur le malade, ils n'en donnent aucune. Il y a un fossé. Ils sont dans une équipe et pas en dehors », « que les psychiatres puissent (...) comprendre la nécessité d'une interdisciplinarité pour travailler en douleur chronique », « qu'ils passent plus d'une prise en charge en parallèle vers un véritable travail de collaboration »... L'interdisciplinarité passerait aussi par une meilleure définition des rôles de chacun et une délimitation plus claire des interventions, y compris entre psychiatres et psychologues : « meilleure interdisciplinarité entre psychiatres et psychologues, bien identifier les rôles en l'absence d'une notion de hiérarchie, plus d'humanité simple pour certains psychiatres ».

La deuxième évolution souhaitée par les somaticiens de la part des « psys », en tant que corps professionnel, est un intérêt plus marqué et, corollairement, une implication plus importante dans la prise en charge de la douleur (14 occ.) : « qu'ils s'avancent en pleine lumière et disent que la douleur les intéresse et qu'ils montent aux créneaux », « un engagement plus important de certains psy qui sont difficiles à trouver et très peu motivés par la prise en charge des douloureux chroniques », « je ne sais pas très précisément l'exprimer: qu'ils aient envie de s'occuper du douloureux chronique ». Certains font le lien avec le manque d'attractivité du statut et des rémunérations : « que ceux qui souhaitent faire partie de notre

structure le puissent (amélioration statutaire et rémunératrice) », « faute (...) de pistes attractives, il est difficile de maintenir un psychiatre sur une consultation douleur ».

Le manque de moyens, en particulier de postes « psys », et de disponibilité vient d'ailleurs au troisième rang des améliorations citées (13 occ.). Pour la majorité des répondants il s'agit surtout d'insister sur les besoins de la structure en temps « psy », dans une demande qui semble plutôt adressée aux autorités de tutelle qu'aux « psys » : « *la collaboration est bonne. C'est le nombre d'intervenants qui fait défaut, mais ce n'est pas à cause des psys* », « *obtenir clairement du temps psychiatrique* »...

Les autres améliorations que les « psys » pourraient mettre en œuvre d'après les somaticiens renvoient à une formation plus pointue dans la prise en charge de la douleur (8 occ.) susceptible d'augmenter leurs compétences (4 occ.), et à des modalités d'interventions particulières (prises en charge de groupe, consultations conjointes, diversification des approches, usage de questionnaires... - 8 occ.). Les somaticiens mentionnent également des temps de réunion et d'échange en équipe, ainsi que des temps de réflexion théorico-cliniques et une activité de recherche (6 occ.).

Tableau 70 : ce qu'il serait souhaitable que les « psys » mettent en place selon les somaticiens

	Thématiques	Nb d'occ.		
		omnipraticiens	Spécialistes	total
Rang 1	meilleure coordination des soins, travail en réseau, pluridisciplinarité respectant les spécificités de chaque fonction...	5	15	20
Rang 2	intérêt et implication des « psys » dans la prise en charge de la douleur	4	10	14
Rang 3	d'avantage de moyens, en particulier de temps de présence « psy », et de disponibilité des « psys »	3	10	13
Rangs suivants	- formation	2	6	8
	- diversité d'approches psychothérapeutiques, modalités d'intervention spécifiques	0	8	8
	- temps d'échanges et de réflexion, recherche	1	5	6
	- meilleure compétence dans la prise en charge de la douleur	1	3	4
Total		16	57	73

2.4.4. Synthèse

Le tableau 71 présente de façon synthétique les améliorations que les « psys » et les somaticiens mentionnent, au premier et au second rang, comme souhaitables à mettre en œuvre, par eux-mêmes ou par l'autre catégorie de fonction.

On observe de nombreuses convergences, notamment pour ce qui concerne l'importance de développer les temps d'échanges et de réflexion théorico-clinique ainsi que les activités de recherche. De même, « psys » et somaticiens s'accordent sur une meilleure coordination des soins, le développement du travail en réseau et d'une pluridisciplinarité où chaque fonction soit reconnue et intervienne dans les limites de ses attributions. Mais chacune des catégories de fonctions renvoie à l'autre le soin d'œuvrer en ce sens...

Tableau 71 : synthèse sur les améliorations à apporter au travail de collaboration

	Ce que les « psys» peuvent faire pour améliorer la collaboration	Ce que les somaticiens peuvent faire pour améliorer la collaboration
d'après les « psys»	<ol style="list-style-type: none"> 1. - temps de réflexion théorico-cliniques dans une perspective de théorisation - échanges sur les patients, réunions d'équipe 2. Modalités d'intervention spécifiques 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Echanges sur les patients, réunions d'équipe plus nombreuses et plus structurées 2. Meilleure coordination des soins, respect des spécificités de chacun dans le travail pluridisciplinaire
d'après les somaticiens	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meilleure coordination des soins, travail en réseau, pluridisciplinarité respectant les spécificités de chaque fonction... 2. Intérêt et implication des « psys» dans la prise en charge de la douleur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Davantage de moyens, en particulier de temps de présence « psy » 2. Temps d'échange et de réflexion, recherche...

Discussion : « Psys » et somaticiens sur les structures douleur

Un travail de collaboration globalement enrichissant et satisfaisant...

Les structures douleur mettent en collaboration « psys », psychiatres et psychologues, et somaticiens, omnipraticiens et spécialistes, pour assurer une prise en charge de la douleur dans toutes ses dimensions.

Ainsi que nous l'avons vu, les consultations « psys » ne sont dans la pratique pas systématiques, et les patients ont dans la plupart des cas déjà rencontré un somaticien voire bénéficié d'un parcours de soins somatiques lorsqu'ils arrivent chez le « psy ». Les somaticiens mentionnent adresser les patients le plus souvent pour des suivis thérapeutiques non pharmacologiques et pour des évaluations, diagnostiques ou de personnalité, tandis que les psychiatres disent les recevoir souvent pour une prescription médicamenteuse. De tous points de vue, la réunion d'équipe constitue le moment le plus utilisé par les somaticiens pour adresser un patient et communiquer sur leurs attentes et leurs motifs.

De façon plus générale, les attentes des somaticiens à l'égard des « psys » reprennent ces indications d'adresse : prise en charge « psy », pharmacologique et non pharmacologique, évaluation diagnostique et de personnalité. S'y ajoutent des attentes par rapport à la qualité du travail pluridisciplinaire, que partagent les « psys ». Ces derniers, de leur côté, attendent des somaticiens qu'ils assument une prise en charge somatique de qualité, et qu'ils tiennent compte, au niveau conceptuel mais aussi dans leur pratique, de la dimension psychique de la douleur. Les somaticiens ont à l'égard des psychologues des attentes plus particulières en lien avec la qualité et la temporalité du suivi psychologique : attitude plus empathique à l'égard du patient, suivi plus fréquent et s'inscrivant dans la durée... Leurs attentes par rapport aux psychiatres mettent quant à elles davantage en jeu les représentations liées à la formation médicale commune.

Au final, les attentes exprimées de part et d'autres manifestent une connaissance relativement adéquate des domaines de compétences de chaque fonction. Ce constat se confirme lorsque cette connaissance est explorée directement. Ainsi, les réponses des somaticiens rejoignent celles des « psys » lorsqu'il s'agit d'évoquer la différence entre psychiatres et psychologues. Les fonctions apparaissent bien différenciées, et cette différenciation est d'autant plus marquée pour les somaticiens que les deux fonctions sont présentes sur la structure douleur sur laquelle ils exercent. Ainsi, la présence conjointe d'un psychiatre et d'un psychologue semble agir comme facteur limitant sur la confusion des qualifications et des champs d'intervention. « Psys » et somaticiens attribuent aux psychiatres les suivis pharmacologiques, l'évaluation diagnostique ainsi que la prise en charge des pathologies psychiatriques « lourdes » et des situations de crise. Aux psychologues reviennent les prises en charge par la parole et les thérapies à médiation corporelle : psychothérapies, soutien, accompagnement, l'évaluation de personnalité. Les psychiatres seraient amenés à intervenir plus ponctuellement et de façon plus directive, tandis que les suivis psychologiques s'inscriraient davantage dans la durée, et avec un investissement relationnel plus important. Une différence est néanmoins à relever, entre « psys » et somaticiens. Elle concerne les implications du statut et de la formation médicales du psychiatre, que les somaticiens envisagent positivement, alors que les « psys » y voient plutôt un facteur limitant. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

L'analyse du corpus de l'ENSP met également en évidence l'importance accordée aux temps d'échange et aux aspects relationnels, dans leurs dimensions formelle et informelle. Quel que

soit le moyen qu'ils utilisent, « psys » et somaticiens estiment que les réunions d'équipe constituent le meilleur moyen d'échange, suivi par l'échange verbal ponctuel. Ainsi, ce sont les moyens d'échange directs qui sont évalués comme plus efficaces, par rapport notamment aux transmissions écrites.

Les consultations conjointes « psys » - somaticiens sont rarement systématiques, mais elles sont néanmoins parfois pratiquées, davantage avec les psychologues.

« Psys » et somaticiens s'accordent également sur les avantages qu'apporte leur collaboration. Au-delà du plaisir à travailler ensemble, de la richesse des échanges, du partage d'expériences et de la complémentarité des points de vue inhérents au travail pluridisciplinaire, la collaboration assure au patient une prise en charge globale, somato-psychique. Elle propose un cadre qui correspond à son fonctionnement, favorisant sa compliance, mais qui permet également de le faire évoluer, en l'amenant à dépasser le clivage soma-psyché. Les liens entre somaticien et « psy », dans la réalité concrète institutionnelle, conduisent le patient à intégrer les liens entre son corps et son psychisme à un niveau symbolique. Il s'agit de la raison pour laquelle certains « psys » insistent sur l'importance de poursuivre le suivi somatique, même si le somaticien estime que toutes les pistes diagnostiques somatiques ont été épuisées.

Par ailleurs, le partenariat offre la possibilité à chacun, « psy » et somaticien, de s'étayer sur l'autre pour sa propre prise en charge. Ainsi, pour les « psys », le suivi somatique évite de passer à côté d'une pathologie somatique. Pour les somaticiens, la collaboration permet de partager les responsabilités, une charge relationnelle souvent lourde et renforce l'alliance thérapeutique. Elle évite également de se laisser déborder par des aspects contre-transférentiels négatifs, par son vécu subjectif de la relation au patient et aide au contraire de garder une juste distance, garante d'une neutralité et d'un professionnalisme satisfaisants. Certains somaticiens ont ainsi attribué à la collaboration une fonction de prévention de l'épuisement professionnel des équipes.

Considérant tous ces éléments, il n'est pas surprenant que « psys » et somaticiens se disent majoritairement satisfaits du travail de collaboration. Les somaticiens estiment que les réponses qu'ils obtiennent lorsqu'ils sollicitent un avis « psy » correspondent le plus souvent à leurs attentes. De façon plus globale, on retrouve les mêmes motifs de satisfaction, chez les « psys » comme chez les somaticiens, et pour ces derniers à l'égard des psychiatres comme des psychologues. Pour tous, les aspects relationnels sont premiers, dans leurs dimensions formelle et informelle : travail pluridisciplinaire respectant les spécificités de chaque fonction ; échanges et circulation des informations ; bonne entente et convivialité. Les somaticiens leur ajoutent la compétence « technique » des « psys » dans leurs divers domaines d'intervention (diagnostic/évaluation, pharmacologie, psychothérapies et prises en charge par la parole). Ils font le constat de l'efficacité de la prise en charge « psy » en s'appuyant sur l'observation de l'évolution positive des patients.

... avec des améliorations à envisager de part et d'autre...

Si la satisfaction domine, les somaticiens apparaissent proportionnellement moins satisfaits que les « psys ». Les principales critiques que l'on retrouve au fil des questions s'articulent autour de deux thématiques. La première est celle d'une difficulté des « psys » à communiquer. Cette difficulté s'observe sur un plan quantitatif : les « psys » fourniraient peu de renseignements comparativement à ceux qui leur seraient donnés, feraient en quelque sorte de la rétention d'informations sous prétexte de la confidentialité de leurs entretiens. Sur un plan qualitatif ensuite, les « psys » utiliseraient un langage opaque, incompréhensible du profane même partiellement initié. De plus, ils resteraient dans un registre trop analytique,

sans formuler d'applications concrètes possibles. Ces deux attitudes seraient mal vécues, interprétées comme une volonté du « psy » de se maintenir à distance de l'équipe et des difficultés qu'elle peut traverser. Il travaillerait ainsi en « solo », de façon individualiste, alors qu'il se trouve dans un cadre institutionnel.

La seconde critique concerne le manque d'intérêt des professions psychiatre et psychologue pour la prise en charge de la douleur, manifesté par leur implication estimée moindre dans ce secteur d'activité. La demande exprimée par les somaticiens à ce sujet est très forte, aux « psys » de s'en saisir dans les limites du possible. Ainsi, par exemple, la deuxième raison rapportée par les somaticiens d'arrêt des consultations conjointes est le manque de motivation des psychologues.

Il semble ici important que les « psys » sachent assouplir leurs positions et trouver une manière de communiquer qui leur permette d'être en équipe tout en répondant aux exigences déontologiques à l'égard du patient. Par ailleurs, face à des équipes habituées aux recommandations concrètes et aux « conduites à tenir », rester dans la seule analyse sans conclusion applicable à la pratique risque d'être interprété comme une conduite d'évitement. Il s'agit ici d'une problématique commune à d'autres types de partenariats, y compris hors équipes médicales. Le retranchement derrière un mutisme professionnel paraît peu approprié à la situation institutionnelle, et, selon la dynamique des groupes largement explorée par ailleurs (Anzieu¹, Bion², Kaës³...) génère fatalement de l'agressivité et du rejet. Disposant plus que d'autres des outils théoriques pour comprendre les enjeux en présence, la responsabilité revient aux « psys » de les appliquer pour trouver des aménagements permettant de concilier des positions apparemment paradoxales...

L'expression plus marquée de critiques à l'encontre des psychiatres que des psychologues renvoie-t-elle à un conflit entre spécialités différentes du corps médical, c'est-à-dire à des enjeux narcissiques s'exprimant davantage du fait d'une identité commune ?

Les « psys » de leur côté formulent également des motifs d'insatisfaction par rapport au travail de collaboration. Ceux-ci renvoient de façon générale à une difficulté des somaticiens à poser les limites de leurs domaines de compétence et d'intervention. Corollairement, ils auraient tendance à déborder sur ceux des « psys ». Beaucoup de « psys » demandent ainsi aux somaticiens de ne pas se prendre pour... des « psys ». Au-delà d'une nouvelle expression d'un « conflit de territoire » classique au travail en partenariat, certaines réponses des somaticiens tendent à confirmer les propos des « psys ». Ainsi, nous avons vu que si les « psys » estiment que les somaticiens leur adressent un patient en fonction de la demande de celui-ci, les somaticiens disent procéder à l'adresse lorsqu'ils en évaluent la nécessité, et ce quel que soit le temps de présence « psy » dont dispose la structure. Par ailleurs, lorsqu'on s'attache au moment choisi préférentiellement par les somaticiens pour cette adresse, en dehors d'une orientation référencée à la temporalité (« le plus tôt possible... »), les réponses renvoient à deux tendances. La première, la plus représentée, se base sur l'évaluation par le somaticien d'une problématique psychique. Il apparaît ainsi que la majorité des somaticiens estiment être en mesure d'établir un diagnostic psychopathologique et d'interpréter, au-delà du discours explicite du patient, les signes manifestant la structuration de personnalité et la dynamique psychique sous-jacentes. Or, les quelques réponses de précisions révèlent une assimilation des difficultés psychiques à des vécus ou des manifestations extrêmes (« *histoire très traumatique* », « *désordres psy* »...). Le risque est ici que seuls les patients « manifestant » beaucoup soient orientés (patients histrioniques...), et/ou que cette orientation porte la marque de la subjectivité du somaticien, par exemple la fascination commune pour les vécus

¹ Didier Anzieu, « Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal », Dunod, 1999.

² Wilfred Bion, « Recherche sur les petits groupes », PUF, 2002.

³ René Kaës, « L'institution et les institutions : études psychanalytiques », Dunod, 2003.

dramatiques contre laquelle les somaticiens ne disposent pas des « outils » (supervision notamment) pour ne pas se laisser subjugué...

La seconde tendance est d'orienter vers un « psy » lorsque les réponses apportées sur le plan somatique ont montré leurs limites (« *lorsque le suivi n'est pas satisfaisant* » et « *lorsque médicalement la douleur n'est pas explicable* »). Le point commun entre ces deux tendances est l'orientation potentiellement tardive vers un « psy ». Ceci fait écho aux attentes exprimées par les « psys » à l'égard des somaticiens d'une adresse qui ne vienne pas par « défaut » ou pour « se débarrasser » d'un patient sur lequel toutes les possibilités d'interventions somatiques ont été tentées sans succès, mais au contraire qui tienne compte de la coexistence de facteurs somatiques et de facteurs psychiques dont le repérage demande une formation et une expérience clinique spécifiques.

On retrouve ces mêmes composantes lorsque l'on examine les indications de consultations conjointes. En effet, ainsi que nous l'avons vu, si la situation clinique est, pour tous, le critère premier, « psys » et somaticiens ne font pas référence aux mêmes dimensions. Ainsi, pour les « psys », la consultation conjointe est d'abord mise en œuvre pour évaluer la dimension psychique, puis dans des situations lourdes voire de crise. Pour les somaticiens, ces dernières sont au premier rang, suivies par celles où ils ont déjà évalué l'existence d'une dimension « psy ». Dans ce dernier cas, font-ils intervenir les « psys » pour confirmer leur propre diagnostic ou pour engager une prise en charge « psy » ? Quoi qu'il en soit, les somaticiens apparaissent recourir aux consultations conjointes dans les situations face auxquelles ils se sentent dépassés, et sous-entendent ici aussi qu'ils sont en mesure d'évaluer la dimension « psy » sous-jacente.

De la même façon, concernant les attentes à l'égard des « psys », la sémantique employée par les somaticiens met en évidence une perception du psychiatre comme « fonction support », à laquelle il est possible de recourir lorsque les connaissances ou l'expérience sont ressenties comme défaillantes : « *tout ce qui est psy dans la douleur chronique et que nous n'avons pas toujours compétence à trouver* ».

Or, l'évaluation, diagnostique ou de personnalité, requière une finesse d'analyse que seules une formation spécifique en psychopathologie et une expérience clinique peuvent apporter. De même, la prescription de psychotropes dépend de cette évaluation diagnostique initiale.

Certaines réponses concernant la différence psychiatre-psychologue viennent illustrer les écarts de perception et d'interprétation auxquels peut mener cette différence de formation initiale. Ainsi que nous l'avons vu, les somaticiens font référence à la formation médicale du psychiatre dans une optique positive. Les « psys » de leur côté, psychologues et psychiatres confondus, évoquent plutôt cette formation et le statut de médecin comme des facteurs pénalisants dans la relation au malade, plus particulièrement pour ce qui concerne les aspects transféro-contre-transférentiels... Cette différence pourrait être imputable aux aspects projectifs et d'identification des somaticiens vis-à-vis d'une autre spécialité médicale.

« Psys » et somaticiens formulent par ailleurs des propositions d'améliorations plus générales. La première concerne le respect des spécificités et des limites de chacun dans le travail pluridisciplinaire. Les deux catégories de fonctions semblent donc ressentir des difficultés sur ce plan, tout en renvoyant à l'autre la responsabilité de la mise en œuvre des changements correspondants. Plusieurs pistes ont cependant été évoquées par les uns et les autres. Ainsi, les « psys » se proposent de davantage communiquer sur le contenu et les domaines d'intervention de leurs fonctions. « Psys » et somaticiens préconisent l'augmentation des temps d'échange et de réflexion plus structurés, allant de la supervision par un intervenant extérieur à des formations communes en passant par des « *réunions théorico-cliniques* ». Les projets communs, notamment de recherche, sont également cités comme importants pour découvrir les qualifications de chacun et unir l'équipe autour d'objectifs définis ensemble. De façon

générale, les écrits, les communications par le biais d'articles ou orales lors de congrès, sont autant de moyens de se créer un référentiel et une histoire commune. Ils permettent également de valoriser le travail accompli, donc de lutter contre les effets délétères du manque de reconnaissance. Ils correspondent par ailleurs aux règles d'organisation et aux principes de fonctionnement des structures douleurs définis par la circulaire DGS/DH n°3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques.

« Psys » et somaticiens formulent également, à l'égard des autorités administratives, une demande de meilleure coordination des soins, notamment en favorisant la transversalité afin de faciliter l'accès aux soins et le suivi des patients.

... dans un contexte défavorable de pénurie de moyens.

Au-delà de tous ces souhaits d'évolution, la principale demande des « psys » et des somaticiens concerne l'augmentation des moyens mis à disposition des structures douleur.

Ce manque de moyens transparait de façon criante tout au long de l'ENSP, et touche la présence des somaticiens comme des « psys ». Pour ces derniers, le temps partiel domine, et, même avec une probable surestimation de leur temps de présence par les somaticiens, ces derniers expriment clairement leurs besoins en la matière. Du fait de ce déficit, ils sont en effet contraints de faire appel à des référents « psys » extérieurs. Si dans certains cas il s'agit d'indications différentes, beaucoup de somaticiens manifestent leur insatisfaction par rapport aux retours et aux avis reçus de la part de « psys » hors équipe. Nous avons constaté que ce recours aux référents extérieurs a lieu quel que soit le temps de présence « psys », mais un léger infléchissement de tendance s'observe à partir du temps plein, même si une confirmation est nécessaire du fait de la faible taille de l'échantillon.

Cette pénurie de temps « psys » entraîne également un nombre insuffisant de consultations, quelle que soit l'indication. En effet, nous avons vu que psychiatres et psychologues estimaient qu'une évaluation diagnostique et/ou de personnalité demandait trois entretiens, et que l'ancienneté renforçait cette tendance au lieu de l'atténuer, ce qui signifierait que ce nombre n'est pas imputable à l'inexpérience des jeunes praticiens. Au contraire, elle signalerait que l'expérience apprend à tenir compte de la temporalité et de la complexité des problématiques.

Pour les psychothérapies, et quelle que soit l'orientation conceptuelle (cognitivo-comportementale, humaniste ou psychanalytique), dix à trente entretiens sont nécessaires voire plus, à une fréquence hebdomadaire ou bi-mensuelle. Là aussi, les « psys » se voient souvent contraints de recevoir les patients plus rarement faute de temps.

La pratique des consultations partagées souffre elle aussi de l'insuffisance des moyens : le peu de disponibilité constitue le premier motif mentionné de non pratique ou d'abandon.

Au final, la première cause d'insatisfaction dans la collaboration exprimée par les somaticiens est le manque de temps des « psys ». Elle peut être formulée directement (manque de disponibilité, postes insuffisants...) ou apparaître indirectement. Par exemple, les griefs de peu d'investissement dans le travail d'équipe peuvent renvoyer à une difficulté des « psys » à consacrer du temps aux réunions et aux échanges informels, dont on sait l'importance dans la dynamique institutionnelle, alors que leur consultation est surchargée. Dans cette optique, il n'est pas surprenant que l'insatisfaction s'exprime davantage à l'encontre des psychiatres, moins présents que les psychologues. Le travail dans l'urgence et le stress permanent ne favorise pas la disponibilité psychique requise pour appréhender les enjeux relationnels, complexes, à l'œuvre dans une équipe pluridisciplinaire. Ainsi que nous l'avons vu, cette insatisfaction tend à diminuer lorsque le temps de présence psychiatre augmente.

Par ailleurs, les propositions d'évolutions formulées, par les « psys » comme par les somaticiens : augmentation des temps de réflexion théorico-cliniques, travaux d'écriture, mise en œuvre de projets de recherche... demandent du temps.

Conclusion

L'ENSP s'était donné pour objectif d'explorer les pratiques et la collaboration entre « psys » et somaticiens sur les structures douleurs, telles qu'elles se déroulent aujourd'hui. Elle avait également pour visée de recueillir les propositions des différents praticiens pour améliorer l'efficacité de la prise en charge.

Au final, nous constatons ainsi que « psys » et somaticiens estiment leur collaboration indispensable et enrichissante : elle constitue le cadre nécessaire à l'évolution du patient et limite les effets d'épuisement professionnel.

Dans la grande majorité des cas, la consultation somatique est chronologiquement première. Le somaticien a donc la responsabilité d'évaluer l'opportunité d'une orientation vers tel ou tel « psy ». Nous avons vu que, au niveau des représentations, psychiatres et psychologues sont bien différenciés dans leurs qualifications et attributions. Aux psychiatres reviennent le diagnostic psychopathologique, les pathologies psychiatriques lourdes – et l'ENSP montre que les somaticiens en rencontrent parmi la population consultante des structures douleur -, les situations de crises et la prescription de traitements psychotropes. Les psychologues interviennent de leur côté au niveau des diagnostics de personnalité et des prises en charge par la parole et/ou à médiation corporelle. Ces résultats soulignent combien il est important que les structures puissent bénéficier conjointement de postes de psychiatres et de psychologues.

En effet, dans la pratique, une certaine confusion semble régner, en particulier une tendance des somaticiens à estimer être en mesure d'évaluer la dimension « psy » de la douleur voire d'effectuer un diagnostic « psy », et, corollairement, à prescrire le traitement psychotrope adapté. Or, la plupart des patients ont, au cours de leur long parcours médical, déjà bénéficié de traitements psychotropes, prescrits sur ce même mode. Nous rappelons par ailleurs que la Haute Autorité de Santé recommande de ne pas prescrire d'anti-dépresseur sans l'associer à un suivi psychothérapeutique. Ainsi, les somaticiens se trouvent en présence de pathologies dont la complexité requière une prudence encore plus grande pour éviter une prescription inadaptée faute d'une finesse de diagnostic que seules peuvent apporter la formation initiale et l'expérience clinique en psychopathologie – nous avons d'ailleurs vu que les somaticiens avaient tendance à référencer la souffrance psychique à des situations psychotraumatiques ou à des manifestations visibles voire extrêmes.

Cette confusion au niveau des limites d'intervention peut avoir plusieurs origines, allant d'enjeux narcissiques à des difficultés organisationnelles concrètes, mais semble pour une grande part alimentée par un manque de moyens majeur. Ce dernier transparaît tout au long des réponses, des « psys » comme des somaticiens. Il semble ainsi urgent de doter les structures douleur des moyens, en postes « psys » et somaticiens, leur permettant d'assurer la meilleure efficacité au niveau des soins proposés aux patients. Ceux-ci arrivent en effet dans la majorité des cas sur les structures douleur après un long parcours somatique, au cours duquel ils ont épuisé de nombreuses pistes diagnostiques et pharmacologiques. La qualité du diagnostic est un donc un enjeu essentiel de la consultation douleur. Faute d'une évaluation juste et multidimensionnelle, le passage par la structure douleur conduirait à une impasse supplémentaire, qui condamnerait ces patients, dont on sait qu'ils présentent des facteurs psychosociaux prédisposant à la chronicisation, à errer de consultation en analyse invasive.

Or, nous avons vu que les « psys » évaluent à trois le nombre de consultations nécessaires pour un diagnostic, psychopathologique ou de personnalité.. De même, 10 à 30 entretiens minimum s'avèrent nécessaires pour un suivi psychothérapeutique, toutes orientations

conceptuelles confondues, à un rythme hebdomadaire ou bi-mensuel. Les réponses recueillies par l'ENSP permettent ainsi de fournir aux responsables des structures douleurs des moyens simples pour évaluer le temps « psys» qui leur est nécessaire par rapport à leur file active. Faute de bénéficier des moyens adéquats, le découragement et la colère déjà perceptibles chez les praticiens iront en s'amplifiant, au risque de multiplier au sein des équipes les situations d'épuisement professionnel dont on connaît l'inertie au niveau de la gestion des ressources humaines, notamment en termes d'arrêts de travail. Le patient quant à lui retomberait dans un consumérisme médical dont on sait également à quel point il est coûteux pour la collectivité. En accordant aux structures douleur les moyens de fonctionner, il s'agit ainsi pour les autorités de tutelle de privilégier les économies de santé à moyen et long terme, plutôt que d'adopter une politique où les apparentes économies immédiates font le lit des déficits cumulés de santé publique.

ANNEXES

Annexe 1 : QUESTIONNAIRE « PSYS »

VOTRE PRATIQUE

1 – Vous êtes ?

- Un psychiatre
- Un psychologue

2 – Depuis combien de temps travaillez-vous dans une structure spécialisée « douleur » ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

3 – Vous êtes titulaire d'un diplôme « douleur » ?

- Non
- Oui, précisez : DU DIU Capacité

4 – Combien de demi-journée consultez-vous par semaine sur le pôle « douleur » ?

Réponse :

5 – Quelle est votre orientation conceptuelle ?

- Analytique
- Cognitivo-comportementale
- Humaniste (Gestalt, Roger...)
- Autre, précisez :

6 – Concernant les techniques employées, quelles sont celles auxquelles vous recourez le plus dans votre pratique ?

.....

7 – Vos consultations concernent :

- Les patients en ambulatoire
- Les patients hospitalisés
- L'un et l'autre

8 – Vous consultez :

- En individuel
- En groupe
- En thérapie familiale – couple
- Autre, précisez :

9 – Combien de fois voyez-vous le patient :

- Pour une évaluation diagnostique / Orientation : 1 fois 2 fois 3 fois Plus, précisez (en moyenne) :
- Pour une aide à la prescription : 1 fois 2 fois 3 fois Plus, précisez (en moyenne) :

- Pour une psychothérapie : Moins de 10 fois 10 à 30 fois Plus de 30 fois

10 – Pour les suivis psychothérapeutiques, vous voyez généralement le patient :

- Plus d'une fois par semaine
 Une fois par semaine
 Deux fois par mois
 Tous les mois
 De façon irrégulière (notamment à la demande)

11 – Pour vous, ce rythme de consultation :

- Est confortable
 Devrait être plus fréquent (précisez pourquoi ce n'est pas réalisable) :

LIENS FONCTIONNELS

12 – Dans l'abord des patients douloureux chroniques, voyez-vous une différence entre le travail d'un psychiatre et le travail d'un psychologue ?

- Oui, précisez :
 Pas vraiment
 Non, pas du tout

13 – Vous arrive-t-il de travailler en parallèle avec : un psychiatre si vous êtes psychologue, un psychologue si vous êtes psychiatre ?

- Non jamais
 Oui parfois. Précisez les circonstances :

14 – Dans votre pratique, menez-vous des consultations partagées (somaticien-psy) ?

- Oui, systématiquement
 Parfois (précisez selon quelle indication principale) :
 Non, jamais (précisez pourquoi) :
 Je l'ai fait mais plus maintenant (précisez pourquoi) :

15 – Quels sont les motifs de consultations des patients envoyés par un somaticien :

- Pour une évaluation diagnostique / Orientation : Souvent Parfois Jamais
 Pour une aide à la prescription : Souvent Parfois Jamais
 Pour un suivi psychothérapeutique : Souvent Parfois Jamais

16 – A votre avis selon quel(s) critère(s) le somaticien choisit-il de faire l'envoi vers un psychiatre ou vers un psychologue

- Une affinité plus grande avec une profession plutôt qu'une autre
 En fonction du type de demande
 Par affinité relationnelle avec le « psy » en question
 En fonction de l'orientation thérapeutique du « psy »
 En fonction de l'aspect financier
 En fonction de la disponibilité
 Autre, précisez :

17 – Souvent, lorsque le patient vous est adressé par un somaticien :

- Une lettre précise les motifs
- Le médecin vous en a parlé au préalable (staff...)
- Le patient vous explique les raisons données par le médecin
- Autre, précisez :

18 – Menez-vous des suivis sans forcément un suivi somatique en parallèle du patient ?

- Non jamais
- Oui parfois. Précisez les circonstances :

19 – Vous arrive-t-il de recevoir des patients en première intention ?

- Oui, et je les oriente systématiquement vers un médecin somaticien
- Oui, et il m'arrive parfois de les orienter vers un médecin somaticien dans les situations suivantes :
- Non, la situation serait possible mais ne s'est pas présentée
- Non, je refuse

ATTENTES

20 – Diriez-vous que votre travail dans la consultation « douleur » :

- Est indispensable pour la prise en charge globale de tous les consultants
- Est nécessaire en tant que consultation spécialisée, si le patient semble présenter des troubles spécifiques
- Est un « luxe » dont on peut se passer !

21 – Quels avantages voyez-vous à travailler avec un somaticien ? (Par ordre croissant d'importance)

-
-
-
-
-

22 – Qu'attendez-vous d'un médecin somaticien ? (Par ordre croissant d'importance)

-
-
-
-
-

SATISFACTIONS / DIFFICULTES

23 – Le travail actuel avec vos collègues somaticiens est :

- Globalement satisfaisant, précisez pourquoi :
- Globalement insatisfaisant, précisez pourquoi :

24 – Que souhaiteriez-vous mettre en place pour améliorer cette collaboration ?

.....

25 – Que souhaiteriez-vous que les somaticiens mettent en place pour améliorer cette collaboration ?

26 – Selon vous, qu'est ce qui pourrait améliorer la collaboration entre les médecins somaticiens et les « psys » ?

Annexe 2 : QUESTIONNAIRE SOMATICIEN

VOTRE PROFIL

1 – Vous êtes ?

- Omnipraticien
- Spécialiste, précisez :

2 – Depuis combien de temps travaillez-vous dans une structure spécialisée « douleur » ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

3 – Vous êtes titulaire d'un diplôme « douleur » ?

- Non
- Oui, précisez : DU DIU Capacité

4 – Combien de demi-journée consultez-vous par semaine sur le pôle « douleur » ?

.....

LIENS FONCTIONNELS

5 – Au sein de votre équipe il y a :

- Psychologues
Equivalent : Plein temps Mi-temps Autre, précisez :
- Psychiatre
Equivalent : Plein temps Mi-temps Autre, précisez :

6 – Vous avez un / des référents psy(s) habituel(s) en dehors de votre structure :

- Non
- Oui
 - Psychologue
 - Dans un autre service de l'hôpital
 - En ville
 - Psychiatre
 - Dans un autre service de l'hôpital
 - En ville

7 – Dans votre pratique, menez-vous des consultations partagées (médico-psy) ?

- Oui, systématiquement
 - Avec un psychologue
 - Avec un psychiatre
- Oui, parfois
Précisez selon quelles indications :

Non, jamais
Précisez pourquoi :

Je l'ai fait, mais plus maintenant
Précisez pourquoi :

8 – Les échanges somatiques / pys au sein de la structure se font :

- Au cours d'un staff :
 - Hebdomadaire
 - Mensuel
 - De fréquence inconstante
- Ponctuellement (échange verbal) :
 - En face à face
 - Au téléphone
- Par le dossier patient :
 - Oui
 - Non

9 – Quels est, à votre avis le moyen d'échanges somatiques / pys le plus efficace ?

- Au cours d'un staff
- Ponctuellement (échange verbal)
- Par le dossier patient

10 – Est-ce que les patients rencontrent un psy :

- Oui systématiquement
- Oui sur leurs demandes
- Oui lorsque j'évalue que c'est nécessaire
- Non, car il n'y en a pas dans le service

11 – La consultation psy n'est pas systématique :

- Parce que je suis capable d'en évaluer la nécessité
- Parce que, même si c'est souhaitable, les moyens de notre structure ne le permettront pas

12 – Pour quels motifs proposez-vous l'orientation vers un psy ?

- Pour une évaluation diagnostique
 - Souvent Parfois Jamais
- Pour une aide à la prescription
 - Souvent Parfois Jamais
- Pour des suivis ponctuels (faire le point)
 - Souvent Parfois Jamais
- Pour des suivis psychothérapeutiques
 - Souvent Parfois Jamais

13 – A quel moment faites vous l'adresse à un psy ?

- Le plus tôt possible, pour travailler en parallèle
- Lorsque je repère une difficulté d'ordre psychique
- Lorsque médicalement, la douleur n'est pas explicable

- Lorsque le suivi n'est pas satisfaisant (nomadisme médical, mauvaise observance médicamenteuse, problèmes relationnel...)
- J'attends systématiquement une demande du patient
- Jamais
- Autre, précisez :

14 – Voyez-vous une différence entre le travail d'un psychologue et celui d'un psychiatre, en dehors du fait que l'un peut donner un avis pharmacologique ?

- Oui, précisez :
- Non

15 – Avez-vous des attentes spécifiques envers un psychologue par rapport à un psychiatre ?

- Oui, précisez :
- Non

16 - Avez-vous des attentes spécifiques envers un psychiatre par rapport à un psychologue ?

- Oui, précisez :
- Non

17 – S'il est habituel pour vous de demander « un avis psy » :

- Qu'en attendez-vous ?
- Vos attentes sont-elles généralement satisfaites ?
 - Oui
 - Non, pourquoi ?

18– Quels avantages voyez-vous à travailler avec un psy ? (Par ordre croissant d'importance)

-
-
-
-
-

19 – Qu'attendez-vous d'un psy ? (Par ordre croissant d'importance)

-
-
-
-

SATISFACTIONS / DIFFICULTES

20 – Le travail actuel avec vos collègues psychologues est :

- Globalement satisfaisant, précisez pourquoi :
- Globalement insatisfaisant, précisez pourquoi :

21 – Le travail actuel avec vos collègues psychiatres est :

- Globalement satisfaisant, précisez pourquoi :

Globalement insatisfaisant, précisez pourquoi :

22 – Que souhaiteriez-vous mettre en place pour améliorer cette collaboration ?

.....

23 – Que souhaiteriez-vous que les psys mettent en place pour améliorer cette collaboration ?