

Consultation collégiale entre le généraliste et le psychiatre: un élément clé dans l'approche de la dépression

Iris De Coster¹, Chantal Van Audenhove², Michel Goetinck³, Hans van den Aemele⁴

RÉSUMÉ

Lorsque les généralistes sont confrontés à des patients dont l'état de santé ne s'améliore pas, ils ont souvent tendance à les orienter vers la deuxième ligne. Si, pour certains patients, cette décision est judicieuse, elle ne l'est pas nécessairement pour d'autres. Pour ces derniers, la "consultation collégiale" peut être envisagée. Le présent article décrit les résultats d'une étude sur ce type de collaboration entre généralistes et psychiatres de la région brugoise. Les auteurs espèrent que les avis recueillis pourront s'appliquer à un contexte plus large.

Introduction

La dépression est une problématique complexe aux multiples facettes. Dans l'approche de cette maladie, le généraliste remplit une importante fonction de "gardien". Il est à même de soigner la plupart des patients dépressifs. Toutefois, mieux vaut qu'il fasse appel à la deuxième ligne lorsque la dépression s'accompagne de symptômes psychotiques, de tendances suicidaires, d'antécédents d'épisodes maniaques, d'abus d'alcool ou encore, en cas d'échec du traitement instauré. Des patients présentant des symptômes dépressifs atypiques ou chez qui le traitement prescrit par le généraliste ne fonctionne pas correctement, ne doivent toutefois pas obligatoirement être adressés chez un spécialiste. Pour ce type de patients, le généraliste peut simplement faire appel à l'expertise d'un psychiatre. Cette forme de collaboration entre généraliste et psychiatre est appelée *consultation collégiale*. L'objectif du présent article est de faire connaître davantage la consultation collégiale aux généralistes et aux psychiatres pour que celle-ci puisse devenir une recommandation.

Keywords: collaboration – dépression – physician's, family – psychiatrist – referral and consultation

Qu'est-ce qu'une consultation collégiale?

Caplan décrit la consultation collégiale comme "un processus d'interaction entre deux professionnels, le 'conseiller' qui est le spécialiste et le 'demandeur' qui recherche de l'aide pour un problème actuel" (1). D'autres auteurs lui confèrent une signification plus précise. Ainsi, Deweerd affirme que la consultation collégiale doit être considérée comme "une forme de concertation par laquelle le demandeur présente un problème professionnel actuellement non résolu au conseiller qui met à disposition ses connaissances et son expérience pour permettre au demandeur d'avancer" (2). Hendriksen ajoute encore que "le dialogue doit s'insérer dans une relation d'égal à égal et revêtir un caractère confidentiel" (3). Selon lui, la consultation collégiale s'insère dans un discours plus large concernant une collaboration interdisciplinaire visant à promouvoir la qualité. La consultation collégiale se caractérise par le fait que le pouvoir décisionnel reste entre les mains du demandeur. Il se voit épaulé pour poursuivre l'accompagnement qu'il assure en l'adaptant ou non. A l'inverse, lorsqu'il oriente un(e) patient(e), le généraliste transmet ce pouvoir de décision au spécialiste à qui le/la patient(e) est adressé(e). Idéalement, il choisit de collaborer et de faire appel aux compétences conjointes des deux et ce, au profit du patient (4). La consultation collégiale permet, à court terme, de résoudre les problèmes professionnels et, à long terme, d'améliorer les compétences du généraliste (5).

En réalité, la consultation collégiale se déroule de façon occasionnelle ou fortuite. Le généraliste demande une consultation lorsqu'il est confronté à un problème spécifique et qu'il suppose qu'un autre dispose des compétences pour donner des conseils en la matière. Toutefois, il importe qu'il puisse trouver appui auprès d'un réseau collégial déjà constitué (*support system*) en cas de problème.

1. Psychologue, collaboratrice scientifique de LUCAS - KU Leuven
2. Psychologue, coordinatrice de LUCAS - KU Leuven; professeur à temps partiel au Centre universitaire de médecine générale, KU Leuven
3. Généraliste, Brugge
4. Chef de département Service de psychiatrie, AZ Sint-Jan, Brugge

Dans ce sens, la consultation collégiale s'insère toujours dans un contexte de collaboration plus large (6, 7). Il s'agit également d'un processus d'interaction par phase. Chaque phase a ses propres actions et objectifs visant leur réalisation (Tableau 1).

Projet "Tussen de lijnen" (Entre les lignes)

Une enquête téléphonique auprès de 32 généralistes et de 8 psychiatres d'une Section Psychiatrique d'un Hôpital Général (SPHG) de la région brugoise a révélé que la collaboration entre généralistes et psychiatres est souvent approximative dans la pratique. Pour favoriser cette collaboration, nous avons recherché dans la littérature des modèles factuels (*evidence-based*) utilisables. Sur la base des entretiens téléphoniques, nous avons ensuite élaboré un arbre décisionnel (voir p. 243), qui doit aider le généraliste à décider de la manière de demander l'avis collégial. Les idées et moyens recueillis ont enfin été testés quant à leur efficacité par un groupe de généralistes et de psychiatres intéressés.

La recherche-action proposée ici s'insère dans le cadre d'un projet plus vaste qui vise une amélioration et un déroulement plus efficace du traitement des patients dépressifs (dépistage, diagnostic et traitement) dans la région de Bruges.

Ce projet est basé sur un modèle de soins qui compte plusieurs étapes et qui a pour principe: "des soins minimaux lorsque cela est possible et maximaux quand c'est nécessaire" (8). Son contenu est repris dans un protocole de prise en charge "trans-muros" de la dépression (*Transmuraal Protocol Depressie*) dont le point d'attention central est l'optimisation d'une collaboration entre le généraliste (première ligne) et le psychiatre (deuxième ligne).

Ce projet a été baptisé "Tussen de lijnen" que l'on pourrait traduire par "Entre les lignes".

Le "Transmuraal Protocol depressie" en région brugoise

Ce protocole décrit des directives provisoires concernant l'approche de la dépression, de même que des accords de collaboration entre généralistes et psychiatres en région brugoise (Figure 1) (9). Selon ce protocole, cette approche est en principe assurée par le généraliste (étape 1 et 2). Dans certaines situations, la consultation collégiale (étape 3) ou l'orientation vers un psychiatre (étape 4) avec ou sans hospitalisation sont indiqués. Des recommandations sont élaborées pour chaque étape du protocole. Elles se basent sur des

données de la littérature et sont adaptées au fonctionnement et aux besoins rencontrés en région brugoise. Des ajustements sont effectués en fonction des réactions des médecins qui, dans le cadre de la recherche-action, appliquent et évaluent les recommandations adoptées.

La consultation collégiale se caractérise par le fait que le pouvoir décisionnel reste entre les mains du demandeur. Il se voit épaulé pour poursuivre l'accompagnement qu'il assure en l'adaptant ou non.

Le protocole prévoit et décrit deux types de consultation collégiale: la consultation téléphonique et la consultation unique, pour laquelle le psychiatre ne voit le patient qu'une seule fois. Le généraliste demande et reçoit, par le biais d'une consultation collégiale, un avis sur le diagnostic, une stratégie médicamenteuse, une approche thérapeutique ou des possibilités d'orientation vers un spécialiste. Sa lettre

de transfert contient de préférence les éléments suivants:

- la raison de l'orientation unique et les interrogations y afférentes;
- le diagnostic présumé;
- la médication et la co-médication (dose et durée);
- les données pertinentes de l'anamnèse.

Pour certains patients, une consultation unique peut éviter une orientation pour un traitement en deuxième ligne.

En situation de crise, il est possible de faire appel 24 heures sur 24 à une unité d'intervention psychiatrique d'urgence (EPSI - *Eenheid voor Psychiatische Spoed Interventie*). Après la consultation, le

généraliste reçoit toujours un avis par écrit ou par téléphone.

Outre les directives pour une communication réciproque et les critères pour une consultation unique chez le psychiatre, le projet "Tussen de lijnen" a également donné lieu à la formulation de recommandations concernant les moyens diagnostiques, les indications psychothérapeutiques, le choix d'une pharmacothérapie et les signaux d'alarme indiquant la nécessité d'une orientation.

Le protocole de prise en charge "trans-muros" de la dépression prévoit et décrit deux types de consultation collégiale: la consultation téléphonique et la consultation unique, pour laquelle le psychiatre ne voit le patient qu'une seule fois.

Recherche-action

Enquête téléphonique

34 généralistes et 9 psychiatres de la région brugoise ont accepté de collaborer à la recherche-action. Avant l'enquête téléphonique, tous avaient reçu un questionnaire (une version pour les généralistes, une autre pour les psychiatres) afin qu'ils puissent se préparer à l'entretien.

Chaque entretien téléphonique a duré en moyenne quinze minutes. Au total, 32 généralistes et huit psychiatres ont été interrogés. Deux généralistes et un psychiatre ont raccroché faute de temps.

Tableau 1: Déroulement des événements interactifs entre le généraliste (demandeur) et le psychiatre (conseiller) pendant une consultation collégiale.

Phase	Demandeur	Conseiller
1. Préparation	Formulation d'une question	Disponibilité pour les demandes de consultation
2. Introduction	Formulation d'attentes	Enonciation de possibilités et de limites
3. Analyse	Formulation d'une demande de consultation avec proposition d'une approche (dans la mesure du possible)	Ecoute attentive
4. Formulation d'une réponse	Ecoute attentive	Nouvelles perspectives et/ou avis concrets
5. Accords	Exercice de la compétence décisionnelle et formulation d'actions à prendre	Feed-back de soutien
6. Conclusion	Accords relatifs au feed-back	Accords relatifs au feed-back

L'objectif de cet entretien téléphonique était double: 1. se forger une idée des usages actuels en matière de consultation collégiale entre généraliste et psychiatre et 2. impliquer généralistes et psychiatres dans la recherche de stratégies visant à améliorer la consultation collégiale. Presque tous les praticiens interrogés ont reconnu l'utilité de prévoir des moments pour échanger leurs expériences et connaissances et confronter leurs impressions au sujet de leurs patients. Selon eux, l'utilité de cette concertation collégiale réside dans la complémentarité de leur compétence.

La demande d'un avis collégial dans l'approche de la dépression peut être bilatérale. Tant le généraliste que le psychiatre peuvent en effet en retirer des avantages; ils envisagent tous deux la dépression d'un point de vue différent, complémentaire.

La demande d'un avis collégial dans l'approche de la dépression peut être bilatérale. Tant le généraliste que le psychiatre peuvent en effet en retirer des avantages; ils envisagent tous deux la dépression d'un point de vue différent, complémentaire.

Figure 1. Protocole de prise en charge "trans-muros" de la dépression (Transmural Protocol Depression), région brugoise.

1^{ère} ETAPE: DIAGNOSTIC GENERALISTE

- dépistage
- établissement d'un diagnostic
- détermination de la gravité

2^{ème} ETAPE: THERAPIE GENERALISTE

- psycho-éducation, suivi psychosocial, si possible psychothérapie
- traitement par antidépresseurs: en fonction de la gravité, des récurrences éventuelles et de réactions antérieures favorables à un antidépresseur

En cas de doute sur le diagnostic ou la stratégie de traitement, il convient de passer à la 3^{ème} étape

3^{ème} ETAPE: CONSULTATION PSYCHIATRE

- avis demandé par téléphone par le généraliste
- consultation unique du patient chez le psychiatre
- unité d'intervention psychiatrique d'urgence accessible 24 heures sur 24 pour les situations de crise

En cas de tendances suicidaires, d'antécédents d'épisodes maniaques, d'abus d'alcool, de dysfonctionnements graves, d'échec du traitement instauré, de besoin d'un suivi psychothérapeutique spécifique, il convient de passer à la 4^{ème} étape.

4^{ème} ETAPE: ORIENTATION VERS LA DEUXIEME LIGNE

- rendez-vous ambulatoire ou hospitalisation

La consultation collégiale entraîne une "pollinisation croisée" de la compétence et par là même un suivi optimal du patient. Notre projet ne traite que de la demande de consultation collégiale du médecin au psychiatre.

Comment se déroule une consultation collégiale dans la pratique?

D'après les résultats de l'enquête téléphonique, la consultation collégiale se déroule de différentes manières: lors d'un rendez-vous physique, par e-mail, par téléphone ou via une consultation.

- La demande d'un avis lors d'un rendez-vous physique a généralement lieu lorsque généraliste et psychiatre se rencontrent par hasard. Les possibilités de formaliser cette demande sont infimes.
- La demande et la transmission d'avis par e-mail augmenteront probablement dans les prochaines années. Actuellement, en raison de leurs déplacements fréquents, tous les généralistes n'utilisent pas ce moyen. Cette forme de communication exige des canaux d'information bien sécurisés garantissant le secret professionnel.
- Le plus souvent, les généralistes formulent leur demande de consultation par téléphone. Selon eux, les principaux avantages de ce mode de communication sont la rapidité et le contact personnel. Cela n'empêche toutefois pas que lors de la consultation, les psychiatres sont difficilement joignables. Parfois, les généralistes trouvent ennuyeux, voire gênant, de déranger les psychiatres en

présence d'un patient. Dans ces cas, il est préférable de prendre un rendez-vous pour une nouvelle prise de contact.

Etant donné qu'il n'existe actuellement aucune compensation financière pour ce type de consultation, les généralistes doivent compter sur le bon vouloir des psychiatres. Des services "helpdesk" financés constitueraient une éventuelle solution.

- La visite du patient chez un psychiatre à la demande du généraliste fait également partie des possibilités. Etant donné qu'il n'y a toutefois que peu d'accords préalables en la matière, la consultation unique ne se limite généralement pas à la fourniture d'un avis.

Des remarques telles que "je m'en sortirai bien tout seul en tant que généraliste", "le psychiatre assure le suivi du patient pendant une période plus longue" ou encore "une lettre de transfert est parfois une lettre d'adieu" démontrent cependant qu'il existe certains obstacles à cette forme de consultation collégiale.

Par ailleurs, les psychiatres interrogés confirment recevoir peu de demandes de consultation unique, voire aucune.

Analyse des résultats

Les résultats de l'entretien téléphonique et les opinions recueillies ont été analysés dans le détail par un groupe de travail composé de généralistes et de psychiatres. Ils s'accordaient à dire que la consultation unique est avant tout une méthode prometteuse et novatrice: "sous une forme clairement définie, elle constituerait le meilleur point de départ pour la systématisation et l'amélioration de la collaboration entre le généraliste et le psychiatre; elle devrait entrer dans les habitudes." Quelques médecins et psychiatres ont même constaté que la consultation double et triple offrait des possibilités intéressantes. Il importe que les deux parties aient connaissance des accords et définissent ensemble les situations dans lesquelles ils doivent être adaptés. De même, le patient doit toujours être informé de ces accords.

La consultation unique

Cas type

Anamnèse

Agée de 37 ans, Annick est enseignante et a deux enfants (de 8 et 10 ans). Début juillet, elle se rend à la consultation du généraliste. Après un barbecue, elle s'est sentie mal pendant la nuit et a été prise de panique. Depuis des mois, elle souffre d'une fatigue persistante. Le généraliste attribue le malaise à une crise d'hyperventilation due à un surmenage. Il rassure Annick en lui disant que repos et vacances résoudreont probablement ses problèmes.

Un mois plus tard, l'état de fatigue d'Annick ne s'est toutefois pas encore amélioré. Ses principaux sujets de plainte sont des problèmes d'endormissement et de sommeil, doublés d'une perte d'intérêt, d'une émotivité et irritabilité accrues et d'une anxiété persistante. Sur le questionnaire de Beck, son résultat correspond à une dépression légère à modérée. Le généraliste lui conseille de prendre 100mg de trazodone avant le coucher.

Les troubles du sommeil persistent malgré tout. A la consultation suivante, le généraliste ajoute 10mg de zopiclone qui, en raison de leur inefficacité, ont ensuite été remplacés par 1mg de lormétazépam.

En octobre, les problèmes d'Annick ne sont toujours pas résolus. Le généraliste décide alors de remplacer le lormétazépam par 30mg de mirtazapine. Tant les troubles du sommeil que les plaintes générales s'améliorent, mais la crainte d'Annick concernant une nouvelle crise d'angoisse reste très présente. Son incapacité de travail persistante génère en outre des sentiments de culpabilité.

Doutes

Le généraliste n'est pas certain de sa stratégie. Il se pose les questions suivantes:

- Mon diagnostic de "dépression modérée, en réaction à un surmenage (travail, famille)" est-il correct?
- Pourquoi les plaintes et l'angoisse persistent-elles, malgré le repos et le sommeil réparateur?
- Le choix de la médication est-il correct?

Il propose une consultation unique chez le psychiatre. Annick l'accepte sans problème. La consultation est préparée via une conversation téléphonique en présence de la patiente. Le généraliste formule ses différentes questions et explique autant que possible ses pistes de réflexion. Il indique clairement qu'au terme de la consultation unique, il reprendra lui-même le suivi de la patiente sur la base de l'avis rendu. Le psychiatre accepte et propose au généraliste un feedback écrit, qu'il peut éventuellement expliquer par téléphone.

Consultation

Mi-novembre, la consultation unique a lieu. Le psychiatre prend en considération les différentes questions et formule des avis. Il confirme le diagnostic de dépression modérée dans le cadre de conditions de travail stressantes et de tensions relationnelles et précise qu'il s'agit là d'une réaction plutôt normale face à des circonstances accablantes. Vu l'amélioration sensible des symptômes dépressifs, il suggère de poursuivre la médication. Il explique à la patiente les symptômes d'angoisse, les pensées négatives anticipatives et le comportement d'évitement et lui donne des conseils sur la manière de les surmonter. Le psychiatre lui conseille également une thérapie de relaxation auprès d'un kinésithérapeute. L'avis est consigné dans une lettre, remise à la patiente.

L'utilité et le souhait d'une consultation unique chez le psychiatre sont déterminés par des facteurs liés au patient, au médecin et à l'organisation. Une consultation unique n'a de sens que si les avantages (escomptés) sont plus importants que les inconvénients.

Feed-back

Le généraliste passe en revue les conseils du psychiatre. Exerçant son pouvoir décisionnel, il formule quelques actions à prendre et en discute avec Annick. Ils décident ainsi de commencer la kinésithérapie.

Annick exprime son soulagement et affirme que l'entretien l'a véritablement libérée et aidée. Le généraliste renforce ce message bien compris. Peu après, elle décide, de commun accord avec le généraliste, de reprendre le travail. En outre, elle prend elle-même l'initiative de diminuer la dose de mirtazapine, diminution qui ne crée aucun problème.

Obstacles et suggestions

L'utilité et le souhait d'une consultation unique chez le psychiatre sont déterminés par des facteurs liés au patient, au médecin et à l'organisation. Une consultation unique n'a de sens que si les avantages (escomptés) sont plus importants que les inconvénients.

Obstacles liés au patient

Par peur du stigmate du patient psychiatrique, certains patients n'acceptent pas (facilement) la consultation unique chez le psychiatre. En outre, le résultat escompté d'une consultation unique ne vaut pas toujours les efforts du généraliste visant à motiver son patient. En outre, une fois que le patient veut franchir le pas vers le psychiatre, il semble peut-être plus judicieux pour le généraliste de faire intervenir le psychiatre sur une plus longue période.

Suggestions pour surmonter ces obstacles

- Présenter au patient la consultation collégiale comme une implication et une recherche commune de la meilleure approche.
- Discuter des avantages et inconvénients escomptés, car il se peut que les perspectives soient différentes. Ne pas interrompre les patients et recherchez la raison qui les pousse à refuser une consultation unique chez le psychiatre.
- Proposer éventuellement la possibilité d'une consultation double ou triple (par exemple, pour "débloquer" une thérapie enrayée). Il importe que les différents intervenants (généraliste, psychiatre et patient) connaissent les accords et définissent ensemble les situations dans lesquelles ils doivent être adaptés.

Obstacles liés au médecin

Pour le généraliste, la demande d'une consultation collégiale chez le psychiatre dépendra de sa vision de son rôle dans le suivi des patients présentant des troubles dépressifs et de l'évaluation de ses propres compétences. Les généralistes qui s'estiment incompetents pour accompagner des patients dépressifs et ne considèrent pas que

ce suivi fait partie de leurs attributions, préféreront orienter les patients plutôt que de demander une consultation collégiale. Les généralistes qui la demandent acquièrent progressivement de vastes connaissances et compétences cliniques. A cet égard, ils se heurtent parfois à certaines limites. A ce moment-là, la consultation collégiale peut leur offrir un soutien considérable.

Ses précédentes expériences de collaboration avec des psychiatres déterminent aussi la demande de consultation du généraliste. Ainsi, si des psychiatres ne lui ont pas adressé spontanément des patients, il sera moins enclin à planifier une consultation unique. Il se peut aussi que cette forme de collaboration ne réponde pas à ses attentes ou qu'il n'ait pas été entièrement satisfait du feed-back reçu à la suite d'une consultation unique.

Suggestions pour surmonter ces obstacles

- Considérer, en tant que généraliste, la consultation collégiale non pas comme l'expression d'une incompetence, mais bien comme une forme de concertation entre deux professionnels qui s'équivalent et disposent d'un savoir et de connaissances complémentaires. L'objectif de cette concertation est l'optimisation des soins du patient.
- Rédiger une lettre reprenant clairement les questions auxquelles vous, en tant que généraliste, souhaitez une réponse.

Deux outils ont été mis au point lors de la recherche-action: une liste de contrôle et un arbre décisionnel. Ces outils aident le généraliste à réfléchir à sa méthode de travail actuelle et à l'améliorer.

Obstacles liés à l'organisation

Une pierre d'achoppement importante au niveau de l'organisation d'une consultation unique est le manque de transparence quant à ce que les psychiatres peuvent et veulent partager en termes de connaissances et de compétences.

Suggestions pour surmonter ces obstacles

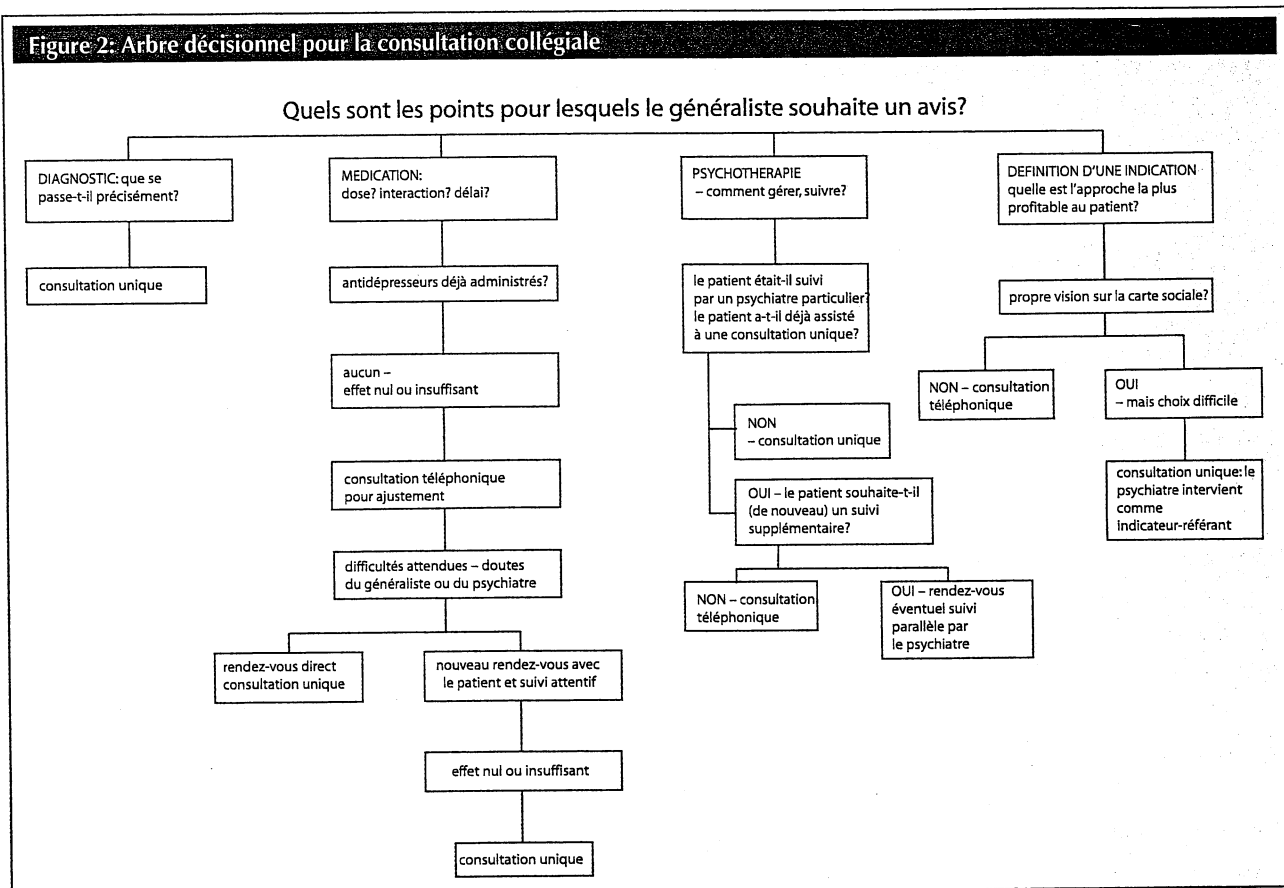
Veiller à développer un réseau de consultation collégiale.

Discuter au préalable, en tant que généraliste, avec plusieurs psychiatres des possibilités et limites que présente une consultation unique selon eux.

Leur demander également selon quel cadre de réflexion et quels principes méthodologiques ils envisagent la problématique de la dépression.

Le protocole de prise en charge "trans-muros" de la dépression (*Transmural Protocol Depression*) recommande au généraliste de solliciter l'avis d'un psychiatre par le biais d'une consultation collégiale en cas de doute quant à un diagnostic ou une stratégie à adopter. Mais comment cela se passe-t-il concrètement? Opte-t-il pour une consultation téléphonique ou une consultation unique? Pour faire ce choix, deux outils ont été mis au point lors de la recherche-action: une liste de pistes de réflexion et un arbre décisionnel.

Figure 2: Arbre décisionnel pour la consultation collégiale



Ces outils aident le généraliste à réfléchir à sa méthode de travail actuelle et à l'améliorer.

Reprendre de nouveau son pouvoir décisionnel en tant que généraliste et indiquer ce que le psychiatre peut attendre de la collaboration dans le futur.

Déterminer en concertation quand, comment et à quelle fréquence l'autre sera informé ou à nouveau consulté dans un avenir proche. Cette démarche s'effectue directement en cas de demande de consultation téléphonique et par écrit en cas de consultation unique.

Pistes de réflexion

La liste des éléments à prendre en compte offre au généraliste un aperçu pratique des aspects communicationnels et relationnels importants à prendre en compte lorsqu'il sollicite l'avis d'un psychiatre.

- Considérer, en tant que généraliste, votre vision personnelle de la collaboration dans l'approche de la dépression.
- Réfléchir aux motifs et obstacles de la collaboration, de manière à obtenir une image réaliste et nuancée de la façon dont vous collaborez avec d'autres partenaires.
- Elaborer ou entretenir un réseau de consultation collégiale. Pour les généralistes débutants: contacter plusieurs psychiatres pendant une période déterminée pour faire leur connaissance et avoir un aperçu de l'assistance spécifique qu'ils proposent. Pour les généralistes expérimentés: élargir ses horizons et poser également ses questions à des psychiatres autres que ceux

(en nombre restreint) qui bénéficient de votre confiance pour établir des contacts intéressants.

- Les généralistes tant débutants qu'expérimentés établissent de préférence une carte sociale reprenant, outre le nom et la disponibilité des psychiatres des environs, l'orientation thérapeutique, le climat relationnel et des informations relatives à l'organisation pratique. Pour ce faire, des collègues médecins peuvent s'entraider par le biais d'un échange d'informations (aussi objectives que possible).
- Bien préparer la demande de consultation: réfléchir à la meilleure manière de demander une consultation; pour ce faire, se reporter à l'arbre décisionnel (Figure 2).
- Formuler une question claire et précise et écouter attentivement l'avis du spécialiste.
- Reprendre de nouveau son pouvoir décisionnel en tant que généraliste et indiquer ce que le psychiatre peut attendre de la collaboration dans le futur.
- Déterminer en concertation quand, comment et à quelle fréquence l'autre sera informé ou à nouveau consulté dans un avenir proche. Cette démarche s'effectue directement en cas de demande de consultation téléphonique et par écrit en cas de consultation unique.

Arbre décisionnel

Les consultations unique et téléphonique présentent toutes deux des avantages et des inconvénients. L'arbre décisionnel indique au généraliste quelle méthode préférer en fonction de la situation.

Le généraliste adapte la manière dont il demande un avis en fonction de ses questions. Les questions relatives au diagnostic sont de préférence traitées après une consultation unique. Pour les questions relatives à la stratégie pharmacologique et psychothérapeutique et à la définition d'une indication, la consultation téléphonique est à privilégier. Si après celle-ci, des doutes subsistent, une consultation unique peut être envisagée. Le choix de la forme de consultation collégiale la plus appropriée s'opère également en fonction d'autres critères, dont le plus important est l'attitude du patient. Si après avoir été informé des objectifs et possibilités, le patient présente encore un comportement essentiellement négatif, ce peut être une contre-indication pour une consultation unique. Celle-ci est également déconseillée pour les patients qui ne peuvent pas se déplacer facilement ou qui connaissent des difficultés financières. Pour ces personnes, la demande de consultation s'effectuera de préférence par téléphone.

Une règle d'or pour les généralistes qui trouvent gênant de déranger le psychiatre avec une demande d'avis téléphonique: s'interroger et évaluer l'urgence de la demande d'avis. Si un avis immédiat est souhaitable, une consultation téléphonique est la meilleure solution. Si, au contraire, la question peut attendre, le généraliste convient d'une heure avec le psychiatre.

Conclusion

Les généralistes reçoivent parfois des patients souffrant de dépressions vagues, difficiles à identifier et à traiter. La formation des généralistes ne les prépare que partiellement à l'identification et au traite-

ment de patients présentant des problèmes psychiques. Grâce au contact avec leurs patients, à la littérature ou à des formations complémentaires, les généralistes assimilent progressivement les aptitudes spécifiquement requises. Toutefois, pour développer leurs compétences et améliorer les soins dispensés au patient dépressif, la consultation collégiale du psychiatre est une opportunité intéressante. Pour ce faire, nous avons proposé des suggestions et des pistes de réflexion. Le projet "Tussen de lijnen" se focalise sur la collaboration entre généraliste et psychiatre, mais il va de soi que le généraliste peut également organiser ce type de consultation collégiale avec d'autres thérapeutes.

Le choix de la forme de consultation collégiale la plus appropriée s'opère également en fonction d'autres critères, dont le plus important est l'attitude du patient.

Références

1. Caplan G. The theory and practice of mental health consultation. New York: Basis Books. 1970.
2. Deweerdt J, Van Eck K, Van Ravenzwaaij F. Konsultatie: middelpuntzoekende hulpverlening. Achtergronden, werkwijze en organisatorische consequenties voor de konsultatiemethode. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
3. Hendriksen J. Collegiale consultatie. Consult vragen, consult geven. Baarn: H. Nelissen. 2000.
4. Mulkers U. Konsultatie in de geestelijke gezondheidszorg. Monografie van de school voor maatschappelijke gezondheidszorg, KU Leuven. Leuven: Acco, 1978.
5. Haan de E. Leren met collega's. Praktijkboek intercollegiaal consult. Assen: Van Gorcum, 2001.
6. Caplan G, Caplan R. Principles of community psychiatry. Community Ment Health 2000;36:4-24.
7. Kushner K, Diamond R, Beasley J, Mundt M, Plane M, Rabbits K. Primary care physicians' experience with mental health consultation. Psychiatr Sery 2001;52:838-40.
8. Von Korff M, Tiemens B. Individualized stepped-care of chronic illness. West J Med 2000;172:133-7.
9. De Coster J, Van Audenhove C, Van den Ameele H, Goetinck M. Tussen de lijnen: werkingsverslag 2001-2002. Leuven: Lucas, maart 2002.

Cette étude a pu être réalisée grâce au financement d'Euregio-Interreg, GlaxoSmithKline, Lundbeck, Pfizer et Wyeth-Lederle.

Publié précédemment dans la revue néerlandophone *Huisarts Nu* 2004;33:273-80, cet article a été repris avec l'autorisation de la *Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen* (l'équivalent néerlandophone de la Société Scientifique de Médecine Générale).