



**HAL**  
open science

# Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015 : constats et phénomènes entrant en jeu dans le développement de la collaboration sur le terrain

Charlotte Rouault

## ► To cite this version:

Charlotte Rouault. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015 : constats et phénomènes entrant en jeu dans le développement de la collaboration sur le terrain. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01318071

**HAL Id: dumas-01318071**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01318071>**

Submitted on 19 May 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES  
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2016

**Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres  
publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015: constats  
et phénomènes entrant en jeu dans le développement de la  
collaboration sur le terrain.**

THESE  
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Discipline Médecine Générale

Charlotte ROUAULT

*[Données à caractère personnel]*

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE\*

Le 12 mai 2016

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : M. le Professeur Patrick IMBERT

Membres : M. le Professeur Thierry BOUGEROL

M. le Professeur Georges WEIL

Directrice de thèse : Madame le Docteur Sophia CHATELARD

*\*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

## SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	4
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	6
LIVRET D'ABREVIATION .....	7
RESUME.....	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUCTION .....	10
I. LA SANTE MENTALE EN FRANCE.....	10
II. SANTE MENTALE ET MEDECINE GENERALE .....	12
III. LA COLLABORATION ENTRE MEDECINE GENERALE ET PSYCHIATRIE .....	12
IV. LA CHARTE DE PARTENARIAT ENTRE MEDECINE GENERALE ET PSYCHIATRIE DE SECTEUR .....	14
V. LE CAS DE NOTRE SECTEUR D'ETUDE .....	15
VI. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	16
MATERIEL ET METHODE.....	17
I. SCHEMA DE L'ETUDE .....	17
II. ANALYSE QUANTITATIVE .....	17
A. POPULATION .....	17
B. QUESTIONNAIRE.....	18
C. TRAITEMENT DES DONNEES .....	19
III. ANALYSE QUALITATIVE PAR OBSERVATION PARTICIPANTE .....	20
A. OBSERVATION PARTICIPANTE.....	20
B. POPULATION .....	20
C. RECUEIL DES DONNEES.....	21
D. ANALYSE DES DONNEES.....	21
IV. SONDAGE PAR COURRIEL.....	22
V. CADRE LEGAL .....	22
RESULTATS.....	24
I. QUESTIONNAIRES.....	24
II. OBSERVATION PARTICIPANTE.....	25
A. DOCUMENTS DE TRAVAIL .....	25
B. POPULATION .....	26
C. VECU DES INVESTIGATRICES .....	26
III. ANALYSE.....	28
A. ETAT DES LIEUX DE LA COLLABORATION : DES BESOINS ET DES DIFFICULTES COMMUNS...28	
1. Appréciations et besoins globaux dans la collaboration MG/PP sur la commune.....	28
2. Des difficultés communes de communications.....	31
3. Des difficultés de disponibilités communes.....	34
4. Un besoin clinique commun d'expertise .....	35
• Besoin d'expertise en psychiatrie pour les MG .....	35
• Besoin d'expertise pour le suivi métabolique des patients pour les PP .....	36
5. Un besoin commun de reconnaissance professionnelle .....	36
6. Une méconnaissance réciproque du fonctionnement de chacun.....	37
7. Un enjeu politique pour MG et PP.....	38
B. SOLUTIONS PROPOSEES POUR DEVELOPPER LA COLLABORATION .....	38
1. Se rencontrer et se connaître.....	38

2.	La formation des internes .....	39
3.	Autres propositions concrètes .....	40
C.	FACTEURS INFLUENCANTS LE DEVELOPPEMENT DE LA COLLABORATION .....	40
1.	Facteurs favorables au développement de la collaboration .....	40
1.1.	Facteurs comportementaux .....	40
1.2.	Apparition d'une solidarité.....	43
2.	Facteurs défavorables au développement de la collaboration.....	43
2.1.	Différences de besoins et de perception de la situation .....	43
2.2.	Divisions au sein du groupe : exemple des MG.....	45
2.3.	Ne pas obtenir de résultats concrets .....	46
D.	CONSTATS SUR L'EVOLUTION DE LA SITUATION SUITE AUX PREMIERES DEMARCHES DE RAPPROCHEMENT.....	47
1.	Changement de perception de la situation.....	47
2.	Evolution concrète dans la collaboration .....	47
E.	THEORIE DU CHANGEMENT DE L'ETUDE .....	48
	DISCUSSION .....	52
I.	PRINCIPAUX RESULTATS .....	52
II.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	53
1.	Forces.....	53
2.	Limites.....	53
III.	COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE .....	55
IV.	PERSPECTIVES .....	58
	CONCLUSION .....	60
	BIBLIOGRAPHIE.....	62
	ANNEXES .....	65
	ANNEXE 1 : La charte de partenariat entre médecine générale et psychiatrie de secteur.....	65
	ANNEXE 2 : Courrier d'adressage accompagnant le questionnaire.....	66
	ANNEXE 3 : Courrier de relance du questionnaire.....	67
	ANNEXE 4 : Questionnaire.....	68
	ANNEXE 5 : Consentement écrit dans le cadre de l'observation participante.....	72
	ANNEXE 6 : Récapitulatif des documents produits et analysés dans l'observation participante.....	73
	ANNEXE 7 : Livret de codes .....	74
	ANNEXE 8 : Commentaires libres du questionnaire .....	78
	ENSEIGNANTS A L'UFR de MEDECINE.....	81

## REMERCIEMENTS

A **Mr le Professeur Patrick IMBERT**, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse et de juger ce travail,

A **Mr le Professeur Thierry BOUGEROL**, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury de thèse et dont les cours de premier et deuxième cycle sur la santé mentale ont contribué à mon intérêt pour la psychiatrie,

A **Mr le Professeur Georges WEIL**, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury de thèse et de juger ce travail,

Au **Docteur Sophia CHATELARD**, pour avoir bien voulu accepter de diriger ma thèse. Merci pour ta disponibilité, ta gentillesse et ton soutien. Merci pour tes relectures malgré ton emploi du temps chargé. Merci de m'avoir poussée à aller plus loin et à l'essentiel.

Au Docteur Anne-Claire ZIPPER, pour sa disponibilité et son aide méthodologique sur l'observation participante.

A tous les médecins et professionnels paramédicaux qui ont participé à ce travail et qui m'ont accordé de leur précieux temps.

A ma famille,

En particulier, à mes parents qui ont toujours été là, pour me soutenir quand les études étaient difficiles,

A Thomas, mon petit frère, je t'aime très fort,

A Loïc, mon petit frère qui me manque beaucoup, que j'ai dans mon cœur,

A mes grand-mères qui m'ont encouragée durant toutes ces années,

A Yves pour ton soutien, ta gentillesse et ta bienveillance, A Irène, ma « grande sœur », pour nos discussions et ton soutien, A Rémy, pour nos discussions « artistiques » qui m'ont permis de voir d'autres choses durant ce travail et promis, maintenant j'ai du temps pour finir ton sac ! ;)

A Sandra, pour ton amitié précieuse, tes encouragements, pour nos discussions impromptues, pour être toujours là,

A Nathalie et à Carole, pour avoir partagé l'externat et bien d'autres aventures ensemble, en Irlande et en Louisiane. Je pense à vous malgré les kilomètres qui nous séparent. A Jessy et Juju avec qui nous formions le meilleur groupe de sous-colle de D4 ! A Damien, pour notre amitié depuis la P2 ! A Tim, Pauline et Fred,

A Amina et ton amitié depuis la médecine interne, pour ta capacité à remettre les choses en perspectives, pour nos discussions et les futures à venir,

A mes co-internes Marie et Mika (endocrino à Chambéry), Lucile et Laetitia (aux urgences du CHU) et la team de la médecine interne à la Mut' : Amina, Delphine, Pierre-Antoine, Camille et Nico (Quel semestre !),

A mes maitres de stages: Dominique et Guillaume qui m'ont fait découvrir la MG ambulatoire et toute sa part psychosociale, à Christine de m'avoir permis de découvrir aussi d'autres facettes de la MG. A Farouk, Delphine et Christophe pour m'avoir donné les dernières armes pour me lancer dans le grand bain de la médecine générale. A Joëlle pour nos mini débrief',

A mes « chefs » de stages hospitaliers pour leurs enseignements,

Aux équipes paramédicales (IDE, AS, Cadres, Sages-femmes, Secrétaires, Kiné, Diététicienne...) que j'ai croisé durant mes stages avec qui j'ai pris un vrai plaisir à apprendre, travailler et à partager,

Aux médecins que j'ai remplacés pour leur soutien, aux patients qui m'ont encouragé et qui me poussent à ne jamais lâcher,

Enfin, au Dr Anne P. pour son humanité: merci du fond du cœur, j'y suis arrivée grâce à toi aussi.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

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

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



## **LIVRET D'ABREVIATION**

ALD : Affection Longue Durée

CHAI : Centre Hospitalier Alpes Isère

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CMG : Collège de Médecine Générale

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNQSP : Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

OP : Observation Participante

PP : Psychiatre Publique

TDC : Théorie Du Changement

## RESUME

**Introduction:** La communication entre médecins généralistes (MG) et psychiatres, indispensable à la coordination des soins autour des patients de santé mentale, est difficile. Une charte signée entre les instances de médecine générale et de psychiatrie publique a été élaborée en 2014 pour améliorer cette collaboration.

**Objectif:** Décrire la collaboration entre MG et psychiatres publiques (PP) et identifier les déterminants de son développement, en vue de l'améliorer par des actions adaptées au terrain.

**Méthode:** Etude mixte monocentrique sur une commune de l'Isère, nichée dans une étude nationale multicentrique. Un auto-questionnaire proposé à tous les MG et PP de la commune a établi l'état des lieux de la collaboration. Puis, une étude qualitative par observation participante (OP) a été menée lors de rencontres organisées entre équipes de soins primaires et équipes de psychiatrie publique afin d'identifier les freins et les facteurs favorables à l'amélioration de la collaboration.

**Résultats:** Sur 33 médecins interrogés, 63,6% ont répondu au questionnaire (4 PP et 17 MG). La coopération entre MG et PP était inexistante pour 66,7% des répondants alors qu'elle était «utile» voire «indispensable» pour respectivement 49,6% et 42,2% des médecins. L'OP a montré une méconnaissance réciproque et des contraintes de disponibilité empêchant d'assurer les besoins de communication et d'expertise de part et d'autre. Une théorie du changement a formalisé les axes d'amélioration de la collaboration.

**Conclusion:** Il existait une volonté commune d'améliorer la coopération entre MG et PP et des solutions concrètes commencent à être mise en place.

**Mots clés:** Médecine générale, Psychiatrie, Collaboration, Observation participante.

## ABSTRACT

**Introduction:** Communication between general practitioners (GPs) and psychiatrists, essential to coordinate mental health patients' care, remains difficult. A charter signed by the authorities of general practice and public psychiatry was elaborated in 2014 to improve this collaboration.

**Objective:** To describe the collaboration between GPs and public psychiatrists (PP) and to identify the determinants of its development, with the aim of improving it by field-adapted measures.

**Method:** Mixed method single-center study in a town of Isère (France), nested in a national multicenter study. A self-questionnaire sent to all GPs and PP of the town allowed to assess the collaboration before any intervention. Then, a qualitative study through participant observation (PO) was conducted during meetings organized between teams of primary care and public psychiatry in order to identify obstacles and favorable factors to collaboration's improvement.

**Results:** Of the 33 interviewed physicians, 63,6% answered the questionnaire (4 PP and 17GPs). The cooperation between GPs and PP was no-existent for 66.7% of respondents, however it was considered "useful" even "essential" for respectively 49.6% and 42.2% of the physicians. PO has shown a reciprocal ignorance and the constraints of availability that prevent to ensure the necessary communication and expertise for both specialty. A theory of change has formalized the collaboration's improvement axes.

**Conclusion:** There was a common will to improve cooperation between GPs and PP and concrete solutions are being implemented.

**Keywords:** General practice, Psychiatry, Cooperative behaviour, Participant observation.

## INTRODUCTION

### I. LA SANTE MENTALE EN FRANCE

#### 1. Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé(1), la santé mentale est définie comme un « état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté ».

Elle comprend trois dimensions(2) qui sont la santé mentale positive (ensemble des déterminants conduisant à améliorer l'épanouissement personnel), la détresse psychologique réactionnelle (situations éprouvantes, difficultés existentielles) et les troubles psychiatriques (plus ou moins sévères et handicapants, se référant à des classifications diagnostiques et à des actions thérapeutiques ciblées). La psychiatrie est ainsi la spécialité médicale qui prend en charge les affections psychiatriques caractérisées et les aspects pathologiques de la souffrance psychique(2).

#### 2. Epidémiologie des troubles de santé mentale en France

Une étude européenne(3) rapporte que le taux de détresse psychique est élevé en France (3<sup>ème</sup> rang sur 11 pays) et qu'il s'agit du pays le moins bien classé en matière de santé mentale positive (9<sup>ème</sup> sur 11). Les troubles dépressifs et anxieux y sont particulièrement fréquents classant le pays au dernier rang des pays comparés.

En France, la maladie psychiatrique est classée au 3<sup>ème</sup> rang des pathologies les plus fréquentes après les cancers et les maladies cardio-vasculaires(4). La population relevant de soins psychiatriques est évaluée à 1 million. La prévalence de la pathologie psychiatrique dans la population générale française métropolitaine a été évaluée entre 1999 et 2003(5): La prévalence des syndromes dépressifs était de 11%, les troubles anxieux 12,8% et les syndromes d'allure psychotique 2,8%. Sept millions de français étaient concernés par le syndrome dépressif et on estimait entre 300 000 à 500 000 personnes adultes atteintes de psychoses délirantes chroniques(6).

Par ailleurs, en 2002, les pathologies mentales (traitements, consultations, hospitalisations et retentissements : indemnité journalière...) étaient le 2<sup>ème</sup> poste de dépense de soins derrière

les maladies cardio-vasculaires(7). Les pathologies psychiatriques sont les premières causes d'invalidité et d'arrêts maladie de longue durée en France(2).

### 3. Fragilité des patients souffrants de troubles mentaux

Les patients souffrants de pathologies psychiatriques ont une morbi-mortalité plus élevée par rapport à la population générale. La sur-morbidité est liée à la fois à la iatrogénie, au mode de vie (traumatismes, comportements à risque, intoxications, addictions) et au retard diagnostic(8,9). Ce dernier peut s'expliquer par les perturbations que provoquent la pathologie psychiatrique dans la présentation des signes cliniques (troubles de perceptions somatiques, déni, somatisation). Les principaux types de comorbidités retrouvées chez ces patients sont les maladies cardiovasculaires (coronaropathies, accidents vasculaires cérébraux), respiratoires (tabagisme), néoplasiques, l'obésité (iatrogénie), les endocrinopathies et les pathologies fonctionnelles de certains troubles anxieux.

La mortalité d'origine cardio-vasculaire est 2 à 4 fois plus élevée dans cette population que dans la population générale(10–12), c'est la principale cause naturelle de décès. Dans les années 1990, la surmortalité des patients schizophrènes était 4,5 fois supérieure à celle de la population générale. L'espérance de vie était écourtée (notamment par suicide, handicap et incapacité lourde(2)) de 10 à 15 ans(11,13). Dans les troubles de l'humeur, la surmortalité était de 1.6 à 4.5 selon les études(11).

### 4. La psychiatrie de secteur

En France, la psychiatrie publique (appelée aussi psychiatrie de secteur) financée par les fonds publics s'organise selon le principe de la sectorialisation : Les départements sont subdivisés en secteurs géographiques où se rattache une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, infirmière, assistante sociale, parfois psychomotricien, ergothérapeute...) qui prend en charge les soins de santé mentale de la population qui y réside. Chaque secteur comprend un ou plusieurs Centres Médico-Psychologiques (CMP), unités d'accueil et de coordination des soins sur le secteur(14). En s'articulant avec les unités d'hospitalisation, le CMP assure des actions ambulatoires de prévention, diagnostic, soin et intervention à domicile. D'autres unités spécifiques sont parfois associées : Centre d'accueil permanent, Hospitalisation de Jour, Hospitalisation à domicile, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, Ateliers Thérapeutiques...

## II. SANTE MENTALE ET MEDECINE GENERALE

Le médecin généraliste (MG) est le médecin de premier recours, il participe aux soins de santé primaires. Il assure entre autre un rôle de dépistage des troubles graves afin d'orienter vers un spécialiste, coordonner les soins autour du patient et assurer son suivi dans les limites de ses compétences(15).

De part ce rôle de proximité et de premier recours, il est souvent le premier professionnel de santé confronté à la maladie mentale d'un patient tout comme il est confronté à tout l'éventail des maladies mentales, du trouble réactionnel aux psychoses, en passant par les syndromes anxio-dépressifs ou les troubles addictifs. Selon la Direction Générale de la Santé, les troubles de santé mentale concerneraient environ 25 à 30% de la patientèle de médecine générale(2) et seraient principalement des troubles anxio-dépressif(16).

Le rôle du MG auprès de ces patients est multiple, prenant en charge les pathologies psychiatriques légères à modérées ou les troubles graves stabilisés. Il assure le suivi somato-psychique, le renouvellement du traitement tout comme le soutien psychologique auprès du patient et de sa famille. Il est également amené à intervenir dans les situations d'urgences psychiatriques (crises suicidaires, décompensation psychotique...) où, parfois, il engage sa responsabilité médico-légale dans la décision d'hospitalisation sous contrainte.

## III. LA COLLABORATION ENTRE MEDECINE GENERALE ET PSYCHIATRIE

### 1. Définition

La collaboration est l'action de « travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions<sup>1</sup> ». Dans le domaine de la santé, elle consiste à coordonner les actions des professionnels de santé autour d'un patient et nécessite d'échanger des informations sur l'état de santé de celui-ci, son suivi et la thérapeutique mise en place.

### 2. Qualité de la collaboration, qualité de la prise en charge du patient

Une bonne collaboration améliore la qualité de la prise en charge d'un patient(17) car elle permet aux différents intervenants d'adapter leur intervention à la situation du patient. Elle est aussi importante pour la sécurité des prescriptions et la surveillance thérapeutique (effets

---

<sup>1</sup> [www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer/17140?q=collaborer#17013](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer/17140?q=collaborer#17013)

secondaires, tolérance). Elle permet aussi aux MG de rédiger les demandes d'ALD par exemple qui aide financièrement le patient dans la prise en charges de ses soins.

La qualité de la collaboration est d'autant plus importante chez les patients relevant de soins psychiatriques qu'ils appartiennent à une population à sur-risque de morbi-mortalité et nécessitent un suivi efficient. Ce suivi doit dépister l'apparition ou l'aggravation de comorbidité ou identifier d'éventuels symptômes dont la présentation peut être modifiée par la pathologie psychiatrique.

Par ailleurs, il a été montré dans la littérature qu'une bonne collaboration entre MG et psychiatre améliore la satisfaction du patient vis-à-vis de sa prise en charge(18). Elle permet également au MG d'affiner ses connaissances et lui donne de l'assurance(17) ; il initie alors plus facilement un traitement antipsychotique. Enfin, elle raccourcirait le délai de prise en charge du patient par un psychiatre(16) et réduirait la durée d'hospitalisation et la fréquence de ré-hospitalisation chez les patients ayant des troubles mentaux chroniques sévères(19). Cela contribuerait enfin à réduire les coûts liés aux hospitalisations(20,21).

### 3. Néanmoins, la collaboration entre MG et psychiatre n'est pas optimale.

Une revue de la littérature internationale a retrouvé que celle-ci est de mauvaise qualité depuis plusieurs dizaines d'années (première étude datant de 1974) du fait d'une communication pauvre et insatisfaisante décrite à la fois par les psychiatres et les MG(22).

En France, le rapport de la Cour des Comptes de 2011 sur le plan de santé mentale décrit les difficultés de communication des MG avec la psychiatrie comme liées à la fois au manque de disponibilité ressenti (« seulement 40% disent pouvoir contacter facilement le secteur psychiatrique en cas de besoin ») et à l'absence de retour de la part des psychiatres(4) («22 % disent être régulièrement informés de la situation de leurs patients»).

Les principales explications de ce dysfonctionnement sont la méconnaissance des structures de soins psychiatriques par les MG, un flou dans la répartition des rôles entre MG et psychiatre dans la prise en charge du patient, un manque d'effectifs en psychiatrie et un manque de disponibilité pour la prise en charge des patients(16).

Cette mauvaise collaboration a un effet négatif sur la prise en charge des patients du fait du risque de perte d'information. Une étude a estimé que dans 56% des cas, la pathologie psychiatrique était méconnue du médecin généraliste tout comme les antécédents

somatiques étaient méconnus par le psychiatre dans 61% des cas, alors même que 28% de leurs patients en présentait un(23). Cette perte d'information peut provoquer une fragmentation des soins et une mauvaise gestion du traitement (augmentation de la iatrogénie) ou encore la perte de confiance et la diminution de la compliance du patient(22).

4. Le développement de cette collaboration est important pour améliorer la prise en charge des patients de psychiatrie.

Il s'agit d'un enjeu que le plan de santé mentale 2011-2015(2) encourage en demandant le développement d'interventions mieux coordonnées entre les différents professionnels « notamment au travers de [...] programmes de développement professionnel continu communs entre professionnels spécialisés dans les soins psychiatriques et ceux spécialisés dans les soins somatiques ». Le plan psychiatrie encourage la recherche « sur les politiques publiques, sur la mise en œuvre des recommandations [...] sur [...] l'évaluation des situations et des besoins ».

#### IV. LA CHARTE DE PARTENARIAT ENTRE MEDECINE GENERALE ET PSYCHIATRIE DE SECTEUR

Devant ce constat de forte prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale et de mauvaise coordination entre MG et psychiatres, la Conférence Nationale des présidents de Commission Médicale d'Etablissement (CME) de Centres Hospitaliers Spécialisés et le Collège de Médecine Générale (CMG) ont pris l'initiative de rédiger conjointement une Charte de partenariat (Annexe 1), publiée en mars 2014.

L'objectif de cette Charte est d'améliorer le partenariat entre les MG traitants et les psychiatres de secteur (ou psychiatres publiques (PP)) en améliorant leur coordination.

Elle est constituée de 8 points.

L'un d'eux précise la répartition des rôles dans le suivi du patient : Le MG assure le suivi du patient et la prescription effective de la thérapeutique que le psychiatre lui propose, le premier ayant une connaissance globale de l'état de santé du patient.

La Charte insiste sur la communication entre MG et PP avec l'organisation d'un accès téléphonique direct réciproque entre MG et PP. Elle recommande aussi l'identification du médecin traitant (MT) dans le dossier de psychiatrie du patient. Les informations relatives à



l'état de santé du patient devraient être transmises régulièrement, ainsi qu'en cas d'hospitalisation programmée ou urgente. La Charte attire l'attention sur la communication du traitement de sortie et des conditions de retour à domicile qui assurent une meilleure coordination. Les interventions à domicile devraient être coordonnées conjointement par le MG et par le PP.

Enfin, la formation des internes doit favoriser la connaissance des pratiques professionnelles entre médecine générale et psychiatrie à l'occasion d'échanges réciproques lors de stages universitaires.

L'application de cette Charte a débuté en juin 2015 par une expérimentation sur 6 sites pilotes volontaires, de profils variés. L'expérimentation est coordonnée par le CMG. Les sites pilotes correspondent à un secteur géographique et sont coordonnés localement par des trinômes (un MG, un PP tout deux exerçants dans ce secteur et un interne en médecine générale). Ce trinôme est chargé de provoquer un mouvement auprès des MG et des PP du secteur pour développer cette collaboration en s'inspirant des principes de la Charte.

Tous les sites ont été chargés de faire l'état des lieux de la collaboration locale entre ces deux spécialités à l'aide d'un questionnaire puis d'organiser des rencontres pour permettre l'élaboration de solutions aux problèmes constatés sur le terrain et enfin de faire le bilan de l'application de ces mesures.

Ce travail de thèse est le fruit du travail mené sur l'un de ces sites pilotes.

## V. LE CAS DE NOTRE SECTEUR D'ETUDE

Notre secteur d'étude est une commune du département de l'Isère (38) en France de 38 614 habitants qui compte 28 MG, 1 pôle de santé pluriprofessionnel et 1 CMP comptant 2 PP.

La collaboration entre MG et PP du CMP n'y était pas perçue comme bonne même si ce ressenti global n'avait jamais été objectivé par une étude. Il existait un besoin concret et pragmatique d'améliorer cette collaboration sur cette commune.

Un des médecins généralistes de la commune a saisi l'opportunité qu'offrait l'expérimentation de la Charte de partenariat pour proposer ce secteur comme site pilote afin d'y faire évoluer la situation.

## VI. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif de l'étude était de déterminer comment améliorer la collaboration entre MG et PP de manière concrète et adaptée à cette commune de l'Isère en 2015.

Pour cela, il était nécessaire d'identifier les difficultés et les besoins des MG et des PP dans leur collaboration et de déterminer des solutions concrètes à mettre en œuvre pour améliorer cette collaboration de manière adaptée au terrain.

Enfin, il s'agissait de mettre en évidence dans les premières mises en relation des protagonistes, les freins et les facteurs favorables à l'amélioration de la collaboration.

## MATERIEL ET METHODE

### I. SCHEMA DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude utilisant une méthode mixte(24).

Une première partie sous forme de questionnaire a permis une approche de la collaboration entre MG et PP par une analyse quantitative. Dans un second temps, une étude qualitative par observation participante se déroulant lors de rencontres organisées entre MG et PP, a cherché à dégager des informations supplémentaires sur la collaboration entre ces deux spécialités.

### II. ANALYSE QUANTITATIVE

Cette étude monocentrique est nichée au cœur d'une étude nationale regroupant 6 sites pilotes en France dont l'objectif était d'expérimenter la mise en pratique de la Charte sur le terrain. L'étude nationale était coordonnée par un comité de pilotage composé de membres du CMG et de la Conférence Nationale des Présidents de CME des Centres Hospitaliers Spécialisés.

#### A. POPULATION

L'étude s'est déroulée concomitamment auprès des MG et PP exerçant dans une seule et même commune du département de l'Isère en France, de juin à novembre 2015, avant diffusion de la Charte. Nous avons également inclus les PP d'un CMP limitrophe à la commune, sachant qu'une partie de la patientèle des MG interrogés dépendait de ce CMP limitrophe.

Les critères d'inclusion étaient le fait d'exercer dans ce secteur en tant que médecin généraliste ou psychiatre du secteur publique depuis au moins un an sans projet de départ professionnel du secteur dans l'année 2016.

Les critères d'exclusion étaient l'absence d'exercice dans le secteur, l'installation depuis moins d'un an ou le départ en retraite ou un projet d'exercice en 2016 hors du secteur étudié.

Ces critères permettaient de nous assurer que les médecins interrogés avaient pu expérimenter la collaboration avec des PP ou des MG de leur secteur et qu'ils pouvaient participer à la mise en place de la Charte sur leur secteur dans l'année 2016.

L'échantillonnage concernait la totalité des MG et PP répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion sur la commune étudiée ainsi que sur le CMP limitrophe. La participation à l'étude était basée sur le volontariat.

L'échantillonnage a été réalisé en recensant la totalité des MG et PP de la commune via les Pages Jaunes®, d'après les recommandations du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Isère. En plus des coordonnées professionnelles postales et téléphoniques de chaque médecin recensé, l'adresse électronique professionnelle de chaque médecin a été récupérée de proche en proche lorsqu'elle était connue.

Un courrier explicatif de l'étude accompagné du questionnaire a ainsi été envoyé à chaque médecin, MG ou PP, par voie électronique lorsque c'était possible, sinon par courrier postal (Annexe 2) fin juin 2015.

Une relance par courrier électronique ou postal a été réalisée quelques semaines après auprès des non répondants, (Annexe 3) puis une dernière relance par courrier postal pour tous les non répondants. Des relances téléphoniques ont été réalisées entre fin août et fin septembre 2015, permettant par la même occasion de recueillir des informations sur le profil des non répondants et les freins à leur réponse.

La vérification du respect des critères d'inclusion et d'exclusion a été faite au moment du recueil des questionnaires, lors des relances téléphoniques et par notoriété publique.

## B. QUESTIONNAIRE

Il s'agissait d'un questionnaire auto administré présenté sous forme de formulaire électronique en ligne (Google Formulaire) ou sous forme papier adressé par courrier postal. Le formulaire électronique était accessible sous couvert d'une connexion à un compte Google, de telle manière qu'un seul formulaire pouvait être rempli par compte. Il était accessible via un lien public sur le site internet du CMG. Pour garantir l'identité du répondant, ce dernier devait préciser sa ville d'exercice, son nom et ses coordonnées électroniques.

Le questionnaire (Annexe 4) commun aux 6 sites pilotes et identique pour les MG et les PP, a été élaboré par une interne de médecine générale du site de Lyon, retravaillé collectivement puis validé par le Comité de Pilotage puis par les responsables des sites pilotes en réunion plénière.

Ce questionnaire comportait 12 questions à choix multiples à réponse unique avec possibilité de commentaire en texte libre sous chaque question. La première partie permettait l'identification du sujet dans son site pilote et caractérisait son exercice. La deuxième partie interrogeait sur la pratique quotidienne des médecins. Les questions ont été élaborées pour analyser spécifiquement chaque point de la charte de partenariat. Elles portaient sur l'appréciation globale de la qualité de la collaboration, la description de la communication (modalité de communication, fréquence des contacts, rôle de chacun dans différentes circonstances de soins (suivi, intervention à domicile)), le contenu des informations partagées. Elles portaient également sur les attentes des médecins en termes de contenu d'information et de collaboration en fonction des circonstances de soin. Elles évaluaient aussi l'intérêt des répondants pour des rencontres entre MG et PP et l'intérêt d'un stage d'internat hors filière pour les internes de psychiatrie et de médecine générale.

La dernière partie identifiait les coordonnées du praticien dans le but de recenser les répondants et non répondants et de compléter les coordonnées si nécessaire dans notre base de données.

### C. TRAITEMENT DES DONNEES

Les réponses ont été recueillies de juin à octobre 2015. Le comité de pilotage national centralisait les réponses, électroniques ou papiers, de tous les sites. A la fin du recueil, il redistribuait les réponses de chaque site pilote aux équipes locales. Les données de notre site ont été récupérées sous format informatique (Google Formulaire) ou papier, regroupées puis codées sur un unique tableur Excel®.

Le contrôle de la qualité de la saisie des données a consisté en une vérification de l'exhaustivité des données et de l'absence de données aberrantes. Une double saisie a été faite sur 100% des questionnaires papiers.

L'analyse descriptive des données a été réalisée en utilisant les fonctions du tableur Excel. Le test exact de Fisher a été utilisé pour l'analyse statistique avec un risque Alpha de première espèce à 0,05. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel BiostaTGV®<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests>

### III. ANALYSE QUALITATIVE PAR OBSERVATION PARTICIPANTE

#### A. OBSERVATION PARTICIPANTE

Cette méthode de recherche qualitative a été choisie pour son adaptation à la question de recherche. D'après Isabelle Quentin, par l'observation d'une collectivité dont il fait partie, le chercheur réalise une « démarche inductive pour découvrir [...] ce qui organise les rapports sociaux, les pratiques et les représentations des acteurs de terrain »(25). La démarche inductive produit des hypothèses ou des théories de faits observés, par opposition à la démarche déductive qui prévoit ou explique un phénomène à partir d'une théorie préexistante.

Ainsi, grâce à l'immersion du chercheur dans le contexte des acteurs observés, l'observation participante (OP) permet d'obtenir des informations qui n'auraient pu être transmises ou transmissibles par un entretien ou un questionnaire et permet de « mieux comprendre certains fonctionnements difficilement appréhendables par quiconque est extérieur au terrain»(25).

Pour cela, le chercheur doit à la fois observer les paroles et les actes des acteurs qu'il étudie tout en s'immergeant, prenant pleinement part aux activités de ceux-ci.

Dans l'étude, l'OP s'est déroulée lors de rencontres entre MG et PP dont la plupart ont été organisées conjointement par les responsables MG et PP du site pilote en question. Le recueil des données a été réalisé par deux investigatrices : la thésarde, médecin généraliste remplaçante et la directrice de thèse, responsable MG du site pilote et médecin généraliste installée, exerçant toutes deux dans la commune étudiée. Elles se sont présentées aux autres acteurs des rencontres à la fois comme médecins praticiens de la commune et investigatrices.

#### B. POPULATION

Bien que l'objectif de l'étude se centrât sur les interactions entre MG et PP, la méthodologie de l'étude voulait retranscrire la réalité de terrain. Sur le terrain, les médecins n'évoluent pas seuls et travaillent quotidiennement en interaction avec les professionnels paramédicaux et administratifs. Par conséquent, la population étudiée lors de l'OP était composée de l'ensemble des participants aux rencontres ayant donné leur consentement, qu'ils soient MG, PP, paramédicaux ou personnels administratifs.

### C. RECUEIL DES DONNEES

Les données recueillies en OP sont variées : il s'agit d'informations descriptives concernant la disposition des lieux et des acteurs dans l'espace, les attitudes des acteurs lors des échanges publics et en périphérie de la rencontre, le contenu des échanges, verbal ou non verbal, la forme des échanges et enfin, les émotions perçues chez les acteurs ou par les investigateurs durant la rencontre.

Ces données étaient recueillies sous forme de notes prises lors des rencontres dans la mesure du possible. Une entrevue (appelée « debriefing ») de fin de réunion entre les deux investigatrices était systématiquement réalisée et enregistrée puis retranscrite par écrit sous forme de compte rendu de debriefing. Enfin, un compte-rendu de rencontre était écrit par les investigatrices après chaque rencontre.

Des réunions régulières entre les investigatrices permettaient de mettre en commun des observations et d'améliorer l'exhaustivité du recueil des données.

### D. ANALYSE DES DONNEES

L'analyse s'est faite selon la **théorie ancrée** qui repose sur le principe qu'une analyse qualitative a sa propre logique et peut générer une théorie (Glaser et Strauss, 1967). Il s'agit d'analyser les actions et processus en privilégiant la construction théorique à la description et à l'application de théories préexistantes(26) ; Le codage vient des données et n'est pas déduit d'hypothèses préconçues. Le chercheur doit donc examiner ses préconceptions qui peuvent influencer l'analyse et la récolte des données.

La collection des données et l'analyse de celles-ci étant simultanées, les comptes-rendus de rencontre et de debriefing étaient codés au fur et à mesure, par les deux investigatrices, de manière indépendante. Il existait plusieurs phases de codage : Le **codage ouvert** identifiait les caractéristiques du phénomène observé en se concentrant sur l'action, ce qui survenait, tout en gardant une ouverture maximum sur les pistes potentielles de théories.

Par exemple, cette expression *« J'étais très intéressée de comprendre le fonctionnement, l'articulation avec l'HDJ »* OP2 a été associée au code « s'ouvrir aux autres ».

A la fin du codage ouvert, l'ensemble des codes a été relu, rectifié et/ou enrichi. La triangulation par comparaison des codes des deux investigatrices a été réalisée à cette occasion afin de rechercher la validité du codage.

Ces codes ont ensuite été regroupés en concepts (**codage axial**) selon la méthode du paradigme de Strauss(27) : à partir d'un phénomène, s'interroger sur l'activité (qui et comment), sur les conditions (pourquoi, où et quand) et les conséquences de cette activité (avec quel résultats, positif ou échec).

Enfin, le **codage sélectif** permettait d'analyser l'articulation des concepts entre eux pour les intégrer dans une **théorie**. Celle-ci était élaborée à l'aide de schéma qui permettait, en dressant la carte de ces relations, de sélectionner les concepts les plus pertinents.

Le codage et l'analyse des codes des comptes-rendus ont pu être réalisés grâce au logiciel MAXQDA® version 12.

#### IV. SONDAGE PAR COURRIEL

Deux mois et demi après la fin du recueil, un sondage informel par courriel a été réalisé auprès des 10 MG du pôle de santé et des 2 PP du CMP demandant si, depuis la première réunion, ils avaient noté une évolution dans leur contact avec le CMP ou avec les MG du pôle de santé. Les réponses ont été prises en comptes pour apprécier l'évolution de la collaboration suite aux premières rencontres.

#### V. CADRE LEGAL

Concernant la partie questionnaire, une demande auprès du Correspondant Informatique et Liberté (CIL) a été faite par le comité de pilotage national pour l'ensemble des sites pilotes et a été enregistré sous le numéro n° 1874474. L'anonymisation des données a été assurée en numérotant les questionnaires reçus.

Concernant la partie OP, une autre demande auprès du CIL a été faite de manière spécifique (l'OP étant hors du protocole prévu par le Comité de pilotage national) et a été enregistrée sous le n° 0892686. Le consentement éclairé oral et écrit (annexe 5) des participants aux réunions dont nous utilisons les propos, faits ou gestes a été recueilli. L'anonymisation est



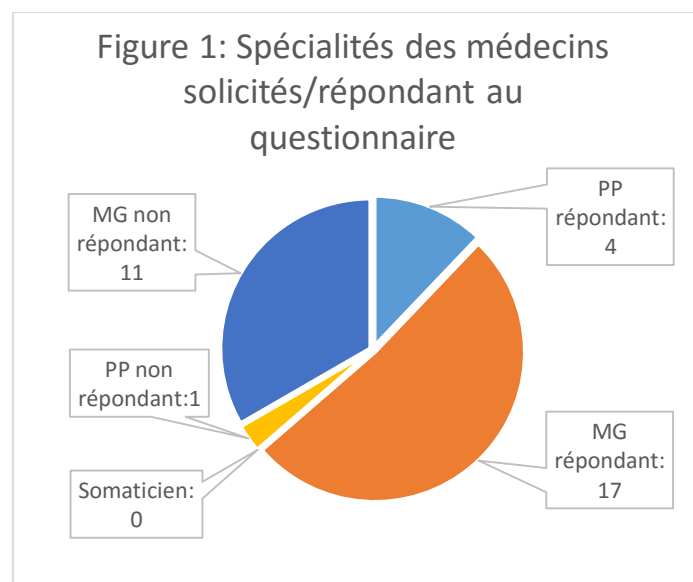
assurée par l'emploi d'initiales ne correspondant pas aux initiales des noms et prénoms. D'autre part, les informations susceptibles d'identifier le secteur géographique étudié et les acteurs ne sont pas mentionnées dans l'étude.

## RESULTATS

Les résultats de l'étude sont composés de l'analyse des données du questionnaire et de l'OP. Ils seront traités de manière concomitante, après une présentation des populations et des documents de travail de chaque partie (quantitative et qualitative). L'analyse a abouti à une théorisation globale de la coopération et de son amélioration, présentée dans la dernière partie.

### I. QUESTIONNAIRES

Sur les 33 médecins sollicités (5 PP et 28 MG), 21 ont répondu au questionnaire soit 63,6% de réponses. (Figure 1).



Tous les médecins exerçaient en milieu urbain ; les MG étaient tous libéraux et l'ensemble des psychiatres exerçaient en CMP. La médiane de durée d'installation était de 19 ans, les durées s'échelonnant de 1 à 37 ans. Enfin, 52,4% des répondants étaient des hommes.

Sur les 12 non répondants, 1PP n'a pu être joint malgré les relances, 1 MG a expliqué son désintérêt du sujet, 8 MG ont expliqué leur manque de disponibilité pour répondre et 5 d'entre eux le regrettaient car le sujet les intéressait. Les raisons ou difficultés des deux autres MG étaient inconnues.

## II. OBSERVATION PARTICIPANTE

Cinq observations participantes ont été réalisées entre juin et novembre 2015.

L'OP a débuté dès le premier contact entre MG et PP. Deux rencontres ont eu lieu avant la diffusion des questionnaires. La première rencontre se déroula entre les responsables MG et PP du site pilote et la thésarde lors de la réunion de lancement du projet national à Paris. Elle comportait une partie de trajet commun en train et la partie réunion en elle-même.

Quelques temps après, la deuxième OP a eu lieu lors de la rencontre entre la responsable MG et le responsable PP du site dans le cadre d'une visite du CMP du secteur.

Les trois réunions suivantes ont eu lieu après le recueil des questionnaires. La première, début novembre 2015 était une séance d'«échange de pratique» (réunion mensuelle organisée par le pôle de santé pluriprofessionnel de la commune) durant laquelle l'ensemble de l'équipe du CMP du secteur avait été invité dans le but de discuter d'un patient commun. Puis une rencontre a eu lieu quelques jours après, au Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI), Pôle de psychiatrie en Isère, où le responsable PP du site avait invité 2 MG à présenter leurs travaux sur les inégalités sociales de santé à l'ensemble des professionnels du centre hospitalier. Enfin, la dernière rencontre s'est déroulée à l'occasion d'une réunion du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) de la commune, où étaient invités 2 MG du pôle de santé ainsi que le responsable PP et la cadre de santé du CMP du secteur.

Les deux investigatrices étaient présentes à chacune des rencontres hormis à la visite du CMP où seule la directrice de thèse était présente.

Le recueil des données a été arrêté au bout de ces 5 rencontres. Il a été décidé de stopper le recueil pour restreindre l'observation au début du processus de rapprochement entre MG et PP. Par ailleurs, les données recueillies permettaient déjà d'élaborer des hypothèses.

### A. DOCUMENTS DE TRAVAIL

Au total, 10 documents ont été produits et analysés (Annexe 6). Huit documents concernant l'OP ont été analysés (identifiés de « OP2 » à « OP9 »). Deux autres documents n'ont pas été produits lors d'une OP mais ont été inclus dans l'analyse. Il s'agit du témoignage (identifié « T1 ») d'un MG de la commune à propos de sa situation dans la collaboration avec les

psychiatres et des motivations qui l'ont poussé à s'impliquer dans ce projet. Le dernier document (identifié « R10 ») est un compte-rendu de réunion de travail entre les deux investigatrices.

Les codages de l'OP ont été regroupés dans un livret de codes (Annexe 7).

## B. POPULATION

La population de l'OP était composée de membres du CMP de la commune (2 PP, la cadre de santé, plusieurs Infirmier(ières) Diplômées d'Etat (IDE), une secrétaire et une assistante sociale), de membres du pôle de santé interprofessionnel de la commune (5 MG, plusieurs IDE, une diététicienne, une psychologue, plusieurs kinésithérapeutes, une orthoptiste...), de personnels du CHAI (plusieurs PP, un MG somaticien, plusieurs IDE, des étudiants en médecine...), de membres du CLSM (des élus, 2 psychologues, des acteurs sociaux) et de la thésarde. Afin de garantir l'anonymat dans la retranscription, l'identité des acteurs a été remplacée par des codes. Le tableau 1 (*cf.* page suivante) reprend ces codes et les principales caractéristiques des acteurs.

## C. VECU DES INVESTIGATRICES

L'OP est une méthode de recherche qualitative non enseignée à la faculté. Choisie pour son adéquation avec la question de recherche, elle a nécessité un apprentissage enthousiaste des deux investigatrices auprès d'une personne référente, le Dr Anne-Claire Zipper.

La mise en application fut déroutante concernant le premier recueil de données : la difficulté résidait dans l'équilibre à trouver pour assurer à la fois observation et participation lors des rencontres.

Les implications des investigatrices lors des rencontres étaient complémentaires. La thésarde était plus en retrait du fait de sa plus faible implantation professionnelle dans la commune de par son statut de remplaçante ; elle avait un regard plus « extérieur ». La directrice de thèse, souvent impliquée directement dans les échanges lors des rencontres (discussion autour d'un patient qu'elle suivait, présentation orale qu'elle réalisait) avait un angle de vue plus « intérieur ».

Les échanges lors des « debriefing » ont enrichi les observations de chacune et ont permis une certaine prise de recul qui a contribué à l'évolution de notre perception de la situation, que nous avons prise en compte dans l'analyse des résultats de l'OP.

Ce travail a également contribué à une réflexion personnelle sur notre vision de la profession de MG.

Tableau 1 : Caractéristiques des acteurs intervenants dans les observations participantes. (F : féminin, M : masculin)

Code identité	Profession	Sexe
MG1	MG installée, investigatrice	F
MG2	MG remplaçante, investigatrice	F
MG3	MG installé	M
MG4	MG installée	F
MG5	MG installé	M
MG6	MG installée	F
MG7	MG somaticien en service de psychiatrie	M
MG8	MG installée	F
PDS1	IDE libérale	F
PDS2	Psychologue libérale	F
PDS3	Orthoptiste	F
PP1	PP en CMP	M
PP2	PP en CMP	F
PP3	PP hospitalier	F
PP4	PP en structure ambulatoire, non CMP	M
PP5	Interne en psychiatrie	M
CMP1	Cadre de santé en CMP	F
CMP2	IDE du CMP	F
CMP3	Assistante sociale du CMP	F
CMP4	IDE dans un CMP d'un autre secteur	F
CLSM1	Psychologue, responsable de CLSM	F
CLSM2	Psychologue	F

### III. ANALYSE

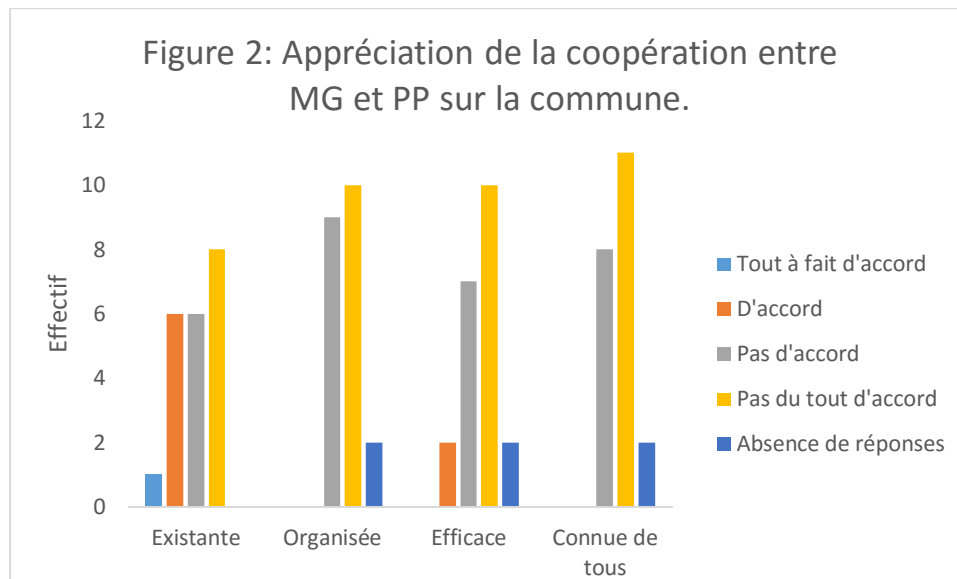
Les analyses de l'OP et des réponses aux questionnaires ont été regroupés dans un même cheminement de résultats. Premièrement, il s'agit de faire l'état des lieux de la collaboration sur la commune en décrivant les besoins et les difficultés communs aux MG et PP, puis deuxièmement d'exposer les solutions proposées par les acteurs pour développer la collaboration. La troisième partie décrit les facteurs observés sur le terrain qui influençaient le processus de collaboration en tant que potentiels freins ou leviers. La quatrième partie constate les changements observés à la fin de l'OP, suite aux premières rencontres. Enfin, la dernière partie explicite la théorie découlant de ces résultats.

#### A. ETAT DES LIEUX DE LA COLLABORATION : DES BESOINS ET DES DIFFICULTES COMMUNS

##### 1. Appréciations et besoins globaux dans la collaboration MG/PP sur la commune

Le questionnaire a permis d'étudier les **besoins de collaboration entre MG et PP en fonction des situations de suivi**. Plus d'un tiers des médecins estimait cette collaboration « indispensable » quelle que soit la situation de soin, en particulier lors des situations de crise ou d'urgence (81%) et lors des situations de mise en route et d'adaptation d'un traitement médicamenteux psychiatrique (52,4%). La majorité des répondants estimait que cette collaboration était utile dans la prise en charge du champ familial, professionnel, social et la surveillance des comorbidités somatiques et psychiatrique, (respectivement 66,7%, 61,9%, 57,1% et 57,1%). L'un des commentaires libres (Annexe 8) de la question soulignait l'importance de la communication : « *je ne vois pas comment on peut faire l'économie de se concerter* ».

Concernant l'**appréciation générale** de cette collaboration (Figure 2), le questionnaire mettait en évidence qu'elle était estimée non existante pour 67 % des médecins et non efficace pour 81 % des répondants. Aucun répondant n'estimait être d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que la collaboration soit organisée ou connue de tous.



Les commentaires libres (Annexe 8) exprimaient l'absence de communication dans la collaboration. Un PP constatait l'absence de rencontre et de protocole pour le suivi métabolique des patients sous psychotropes.

Si l'on s'intéresse à **l'appréciation de la collaboration en fonction des situations de soin**, (tableau 2) évaluée dans le questionnaire, les réponses se répartissaient principalement entre les qualificatifs « peu satisfaisant » et « pas du tout satisfaisant ». En combinant les effectifs de ces deux réponses, le paramètre « peu ou pas du tout satisfaisant » était le paramètre prédominant dans toutes des situations de suivi, en particulier la collaboration en situation de crise ou d'urgence pour plus des trois quart des répondants et dans les situations de suivi d'effets secondaires/indésirables (près de 62% des répondants).

La collaboration était qualifiée de satisfaisante dans le suivi du traitement somatique (pour 5 médecins), des traitements psychiatriques et des comorbidités (pour 4 médecins respectivement). Un tiers des répondants qualifiaient la collaboration d'inexistante pour le suivi socio-familial, le suivi professionnel, et le suivi des traitements somatiques.

Tableau 2 : Qualification du travail médical conjoint entre MG et PP dans la pratique quotidienne en fonction des situations de soin.

Situation de soin	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu ou pas du tout satisfaisant	Inexistant	Absence de réponse
Suivi de l'évolution de la pathologie psychiatrique	0%	14,3%	52,4%	28,6%	4,8%
Suivi socio-familial	0%	4,8%	57,1%	33,3%	4,8%
Suivi professionnel	0%	9,5%	47,6%	33,3%	9,5%
Suivi des comorbidités	0%	19%	52,4%	23,8%	4,8%
Suivi des effets secondaires /indésirables	0%	14,3%	61,9%	19%	4,8%
Suivi des traitements somatiques	0%	23,8%	38,1%	33,3%	4,8%
Suivi des traitements psychiatriques	0%	19%	57,1%	19%	4,8%
Situations de crise ou d'urgence	0%	0%	76,2%	19%	4,8%

Enfin, concernant **la coordination pour les situations d'interventions à domicile** en rapport avec les pathologies psychiatriques du patient, elle était décrite dans le questionnaire principalement comme parfois ou jamais coordonnée par le MG avec respectivement 38% et 28,6%. La majorité des répondants, 66,7%, estimait que la coordination conjointe entre le MG et le PP pour ce suivi était absente. Enfin, 28,6% des répondants considéraient qu'elle était « toujours » et « jamais » coordonnée par l'équipe psychiatrique de secteur, ce qui, à la lumière des commentaires libres (Annexe 8), pouvait s'expliquer par la méconnaissance des MG de l'organisation des interventions à domicile de suivi des pathologies psychiatriques : « *je n'ai aucune idées de comment sont organisées les interventions à domicile [...] du personnels du CMP* ».

Ces difficultés de collaboration exprimées étaient anciennes comme l'évoquait PP1 à travers son envie d'« *améliorer les choses* » « *depuis longtemps* » OP4.



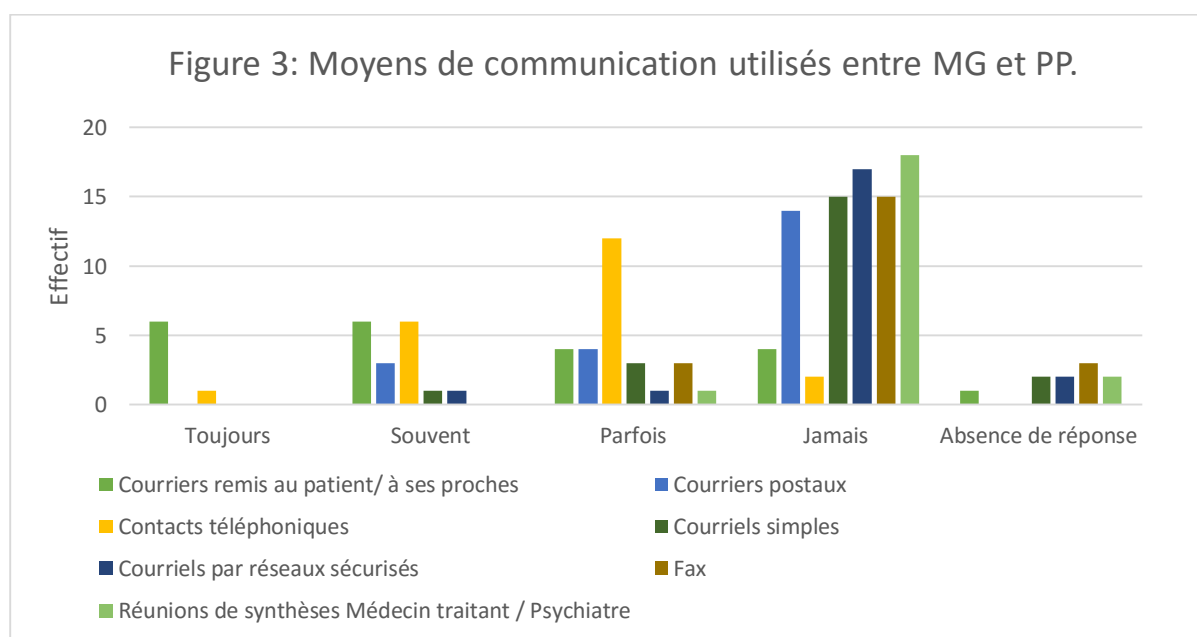
Au total, les MG et les PP partageaient le constat que la collaboration actuelle, bien que décrite comme insatisfaisante et inexistante, était indispensable.

## 2. Des difficultés communes de communications

Dans le questionnaire et lors de l'OP, des problèmes de communication ont été déplorés des deux côtés. Il s'agissait de défauts d'information comme, par exemple, le fait de ne pas avoir de retour après une hospitalisation en psychiatrie : « *pas de courrier d'hospitalisation* » OP4 tel que le rapportait MG1 à propos d'une de ses patientes.

Le questionnaire explorait les moyens de communication et notamment la communication téléphonique, le délai de retour d'information et l'appréciation du contenu de l'information partagée.

Concernant les **moyens de transmission de l'information** (Figure 3), le courrier remis au patient ou à des proches était avec le contact téléphonique les seuls moyens décrits comme « systématiques » pour communiquer avec respectivement 28,6% et 4,8% des réponses. Les contacts téléphoniques étaient ensuite souvent ou parfois utilisés, respectivement à 28,6% et 57,1%. Plus des deux tiers des médecins répondants ont estimé ne jamais utiliser les autres moyens de communication tels que les courriers postaux, les courriels simples, les fax et les réunions de synthèse entre MG et PP.



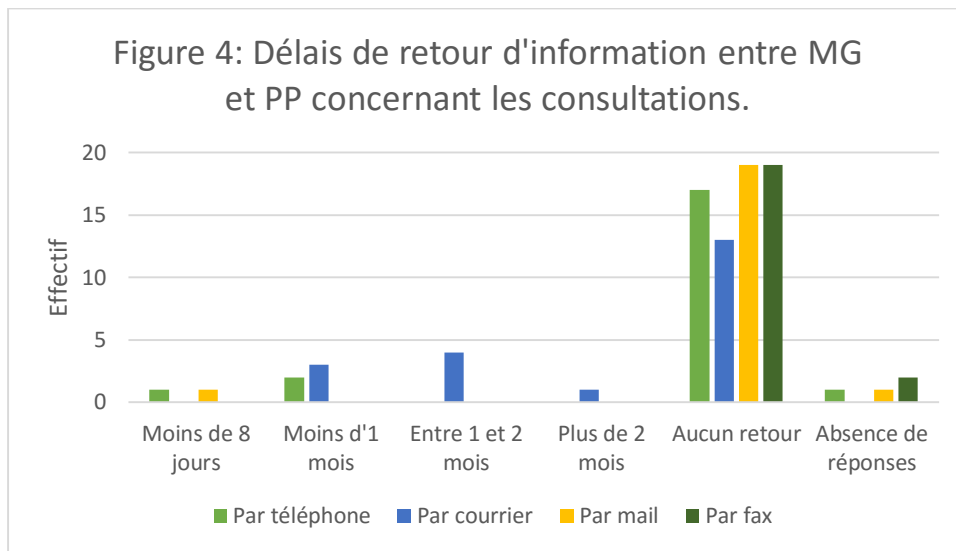
La transmission du courrier via le patient faisait débat puisqu'il s'agissait d'un moyen de réception peu fiable d'après les MG (« *le patient n'est pas toujours fiable dans son rôle de messenger* » OP6) alors qu'il était difficile pour les PP de communiquer sur la santé du patient sans que l'information passe par ce dernier. Néanmoins, les courriers transmis via le patient étaient significativement plus utilisés par les MG que par les PP ( $p=0,0132$ ) qui eux, utilisaient significativement plus le courrier postal que les MG ( $p=0,0008$ ).

Les **courriers** étaient une partie centrale des problèmes de communication évoqués durant l'OP. Les MG tout comme les PP se plaignaient de ne pas recevoir de courriers de leurs confrères(sœurs). Par exemple, MG1 disait : « *je fais le constat que je n'ai jamais reçu aucun courrier de la part d'un médecin du CMP pour mes patients.* » T1. Cette impression s'exprimait aussi dans les commentaires libres du questionnaire (Annexe 8) où certains MG décrivaient une communication à sens unique, de MG vers PP, « *jamais contactée spontanément pour un patient* ».

De leur côté, les PP exprimaient leurs difficultés à produire des courriers systématiques. Par ailleurs, le manque de réponses des MG aux courriers des PP décourageait certains PP comme PP2 qui expliquait que « *jeune psychiatre, elle prenait le temps d'écrire un courrier manuscrit pour chaque patient, mais devant l'absence de réponse, elle a[vait] perdu cette habitude.* » OP6.

En s'intéressant plus particulièrement à l'**accès téléphonique**, plus des trois quarts des répondants au questionnaire n'étaient pas d'accord avec le fait de le qualifier de « facile » ou « rapide ». De même, 71,4% des médecins n'étaient pas du tout d'accord avec le fait que l'accès téléphonique soit systématique alors que la même proportion de médecins estimait qu'il était tout à fait « utile ».

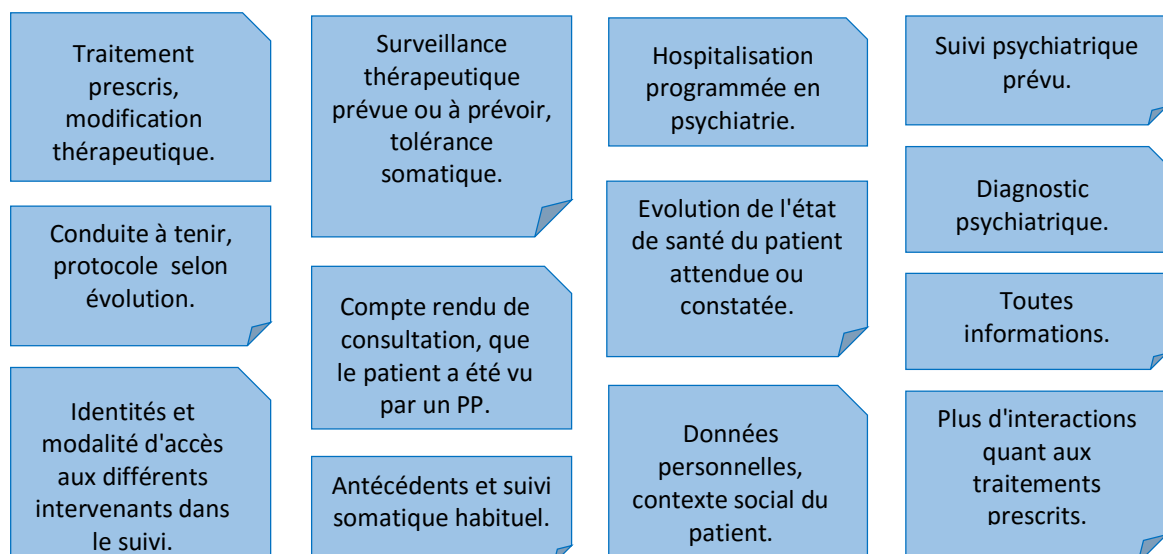
Concernant le **délai et les modalités de retour d'information** entre PP et MG (Figure 4), une majorité des répondants décrivait une absence de retour quel que soit le mode de communication concernant les consultations. La communication par courrier avait un délai de retour évalué à moins d'un mois pour 14,3% des médecins et entre 1 et 2 mois pour 19% des médecins. Les PP estimaient de manière significative avoir plus de retour courrier que les MG ( $p=0,01$ ).



La **qualité du contenu de l'information** échangée entre MG et PP a été évaluée en fonction des situations de soins. La majorité des répondants déclaraient qu'elle était peu satisfaisante. Les médecins qui n'étaient « pas du tout satisfaits » de la qualité de l'information l'étaient principalement à propos des soins ambulatoires à 38,1%. Aucun médecin ne s'estimait « très satisfait » de la qualité des informations échangées quelles que soient les situations de soins.

Les **attentes des MG et des PP sur le contenu de l'information partagée** (Figure 5) ont été renseignées sous forme de commentaires libres (Annexe 8). Certains commentaires contenaient plusieurs doléances.

Figure 5 : Thématiques du contenu de l'information partagée souhaitées par les médecins répondants.



En comparant ces réponses avec les demandes exprimées lors de l'OP, les thématiques communes étaient le besoin d'information sur la thérapeutique prescrite, sur le diagnostic psychiatrique, le suivi psychiatrique prévisible ainsi que sur les modalités d'accès aux intervenants du suivi.

### 3. Des difficultés de disponibilités communes

Le problème de la disponibilité présentait deux aspects : d'une part, la difficulté à être disponible pour l'autre et d'autre part, la difficulté à avoir accès à l'autre.

Il existait des difficultés de disponibilité et d'accès rapide de part et d'autre. La cause de cette indisponibilité était univoque : il s'agissait d'une surcharge de travail liée à une forte sollicitation et à une démographie professionnelle défavorable dans les deux spécialités mais renforcée pour les PP par des contraintes politiques et sociales comme nous le verrons plus loin.

Concernant la disponibilité des MG, les PP exprimaient une certaine « *lourdeur* » OP4 dans leur collaboration avec les MG liée à « *des difficultés à joindre les médecins traitants* » OP4 pour PP1. Ce manque de disponibilité s'illustrait aussi lorsque sur 40 MG invités par un CMP d'une commune voisine, seuls 3 étaient venus, lors de l'invitation de ce CMP, ce que déplorait PP1.

Concernant la disponibilité des PP, le CMP exprimait clairement ses difficultés à pouvoir prendre en charge de nouveaux patients. Ils priorisaient les prises en charge pour les patients sortis d'hospitalisation.

Ces difficultés s'expliquaient par des **contraintes démographiques, politiques et sociales**. Les contraintes démographiques de la psychiatrie publique étaient constituées par le peu de vocation des jeunes psychiatres pour le secteur public. PP1 y apportait plusieurs explications : la première était liée au « *poids du médico-légal* » de la pratique publique. La deuxième était la concurrence des institutions psychiatriques privées en termes de conditions de travail et de rémunération.

Cette difficulté démographique était amplifiée par le manque de psychiatres libéraux installés dans le secteur tel que rapporté lors de la réunion du CLSM : « *Il y a une plainte des psychologues de ne pas avoir de psychiatres libéraux installés dans la commune.* » OP8.

Au niveau socio-politique, PP1 faisait remarquer, par exemple, que des « *horaires limités à 35h par semaine par personne [étaient] inadaptés à la charge de travail.* » OP4. En plus de ces contraintes, les congés de longues durées (maternité,...) n'étaient pas remplacés ayant des répercussions sur la disponibilité des PP au CMP durant ces périodes.

Par ailleurs, les PP faisaient **l'objet de nombreuses sollicitations** en plus de celles des MG et des patients: « *depuis l'annonce du CMP de leur possibilité d'accueillir de nouveaux patients hier [...], déjà 8 demandes ont été faites.* » OP8. Le CMP était également « *beaucoup sollicité par le Lieu d'écoute [structure communale d'accueil psychologique] qui devant la forte demande, réoriente assez vite et vers le CMP* » OP8. Enfin, les acteurs sociaux, confrontés aux problèmes de santé mentale chez les bénéficiaires, « *exprim[aient] un besoin de « boîte à outils » auprès de PP1* » OP8, pour pouvoir comprendre et réagir face aux troubles mentaux de certains usagers.

#### 4. Un besoin clinique commun d'expertise

- Besoin d'expertise en psychiatrie pour les MG

Les MG exprimaient clairement leur manque de compétences dans certaines situations de santé mentale telle que MG4 l'expliquait : « *On n'est pas psychiatre* » OP4.

Cette situation était d'autant plus difficile que la confrontation avec les pathologies psychiatriques était quotidienne. MG4 expliquait « *que voir des patients psychiatriques fai[sait] partie de notre quotidien* » OP4.

Ils exprimaient ainsi avoir un besoin d'expertise en psychiatrie, surtout pour les « *aider à prendre en charge [d]es patients difficiles* » OP4. MG5 demandait de la part des PP « *un diagnostic, un traitement [...], le suivi, on peut le faire à ce niveau* » OP4. Il y avait aussi clairement une impression de solitude face aux situations complexes et un besoin de soutien tel que l'exprimait MG4 : « *« juste échanger », « avoir un conseil ». Se sentir « soutenu »* » OP4.

Ce besoin passait aussi par la nécessité d'**avoir un accès facile et/ou rapide à un avis psychiatrique** : MG5 souhaitait pouvoir « *échanger à propos d'une situation et avoir une réponse rapide* » OP4 ou « *avoir des temps de parole dans des situations bizarres* » OP4. Cet accès était difficile pour les MG et certains exprimaient une certaine résignation dans cette situation telle que le disait MG4 aux PP : « *on ne peut pas trop vous appeler* » OP4

Dans le questionnaire, 47,6% des médecins, tous MG, répondaient s'impliquer parfois dans la **mise en route ou l'adaptation d'un traitement médicamenteux psychiatrique**. Seul 14,3% des répondants (2MG et 1 PP) déclaraient ne jamais s'y impliquer. Dans les commentaires libres (Annexe 8), les MG expliquaient leur malaise à prescrire des psychotropes en dépit d'un avis spécialisé qu'ils regrettaient ne pas avoir : « *il me semblerait utile d'échanger avec un psychiatre* », « *la mise en route d'un traitement devrait idéalement être initiée par le psychiatre* ». Un autre MG montrait son aisance avec ces prescriptions mais avait l'impression que les modifications thérapeutiques par le MG n'étaient pas bien perçues par les PP.

- Besoin d'expertise pour le suivi métabolique des patients pour les PP

Dans le questionnaire et dès la première rencontre, les PP ont exprimé leurs difficultés à assurer le suivi métabolique de certains des patients du CMP en particulier ceux n'ayant pas de médecin traitant. PP2 expliquait par ailleurs qu'ils avaient également des difficultés à faire faire des ECG par les médecins traitants par exemple : « *le médecin traitant va refuser* » OP4. Ainsi, ils souhaitaient « *avoir des correspondants pour [le suivi] les troubles métaboliques* » [...], « *presque systématiques* » OP4.

##### 5. Un besoin commun de reconnaissance professionnelle

Au-delà des difficultés de communication et des besoins d'expertise, l'autre principal besoin ressenti était celui de la reconnaissance qui se manifestait différemment chez les MG et chez les PP.

Chez les MG, le besoin de reconnaissance portait sur leur **rôle de coordonnateur et de partenaire de soin**. Ils avaient l'impression de ne pas être pris en compte dans la prise en charge du patient par l'absence de partage de stratégie thérapeutique ou l'absence de sollicitation dans l'organisation du retour à domicile d'un patient hospitalisé en service de psychiatrie par exemple: MG1 :« *j'ai été interloquée par le fait de ne pas avoir été conviée à la préparation de la sortie de ce patient, alors même que plusieurs réunions ont eu lieu rassemblant les différents acteurs médico-sociaux amenés à le prendre en charge en ambulatoire.* » T1. Par ailleurs, certains MG dont MG3 ressentaient que « *la part psychosociale et relationnelle du généraliste [n'était] pas reconnue des psy[chiatres]* » OP6.

Ainsi, « *les généralistes ont besoin de reconnaissance* » OP4 tel que l'a dit PDS2 dès la première rencontre entre équipes du pôle et du CMP. Il est vrai que MG2 a exprimé le souhait « *que [son] rôle [...] dans le suivi du patient soit reconnu par les psychiatres* » OP4.

Les MG voulaient pouvoir assurer leur rôle de partenaire de soin en participant notamment à la surveillance du traitement. Il s'agissait aussi d' « *harmoniser nos discours [...] pour sécuriser le patient et lui proposer une prise en charge cohérente* » T1, et « *améliorer la prise en charge et le bien-être des patients* » T1.

Pour les PP, le besoin de reconnaissance semblait concerner leurs efforts à répondre à la demande des nombreuses sollicitations dont ils faisaient l'objet, dont celles des MG. Ce besoin s'est exprimé notamment lorsque les MG déclaraient ne pas recevoir de retour de leur part: PP2 a répondu que « *même si elle ne le prenait pas pour elle* », elle trouvait « *que c'était lourd* » car elle « *essayait de faire de son mieux* » OP7.

#### 6. Une méconnaissance réciproque du fonctionnement de chacun

Cette méconnaissance était tout d'abord décrite par les PP. En effet, la **méconnaissance du fonctionnement du CMP** par les différents acteurs médico-sociaux, était déplorée par PP1, et ce, malgré plusieurs démarches de sa part pour mieux faire connaître le CMP (présentations aux assistantes sociales communales...). Nous avons vu dans les réponses du questionnaire que certains MG ne connaissaient pas la manière dont s'organisaient les visites à domicile des équipes du CMP.

Autre sorte de méconnaissance, PP4 a souligné que **l'a priori négatif d'un confrère sur la psychiatrie** constituait une difficulté pour l'adhésion du patient. En effet, la psychiatrie étant souvent un champ de la médecine « qui fait peur », l'appréhension du confrère envers le CMP ou le psychiatre, provoquait ou renforçait l'appréhension du patient envers le psychiatre.

Du côté des MG, la méconnaissance semblait concerner **le rôle de coordonnateur et de partenaire de soin du médecin traitant** qui semblait ne pas être pris en compte, comme abordé plus haut. Cette méconnaissance du fonctionnement du MG s'est également illustrée à l'occasion d'une relance téléphonique du questionnaire auprès d'un PP. Lors de l'échange, ce PP ne percevait pas l'intérêt d'un stage en cabinet de médecine générale pour les internes de psychiatrie, estimant qu'ils pratiquaient déjà la médecine générale en assurant le suivi somatique des patients hospitalisés en psychiatrie.

## 7. Un enjeu politique pour MG et PP

Enfin, le rapprochement entre MG et PP a paru correspondre également à un enjeu politique pour les MG et les PP. Le partenariat entre le CMP et le pôle de santé pouvait témoigner du dynamisme du CMP aux yeux de la structure psychiatrique publique et contribuer à son soutien dans d'autres projets. De la même manière, le pôle de santé confirmait sa raison d'être auprès des instances publiques qui le soutiennent et améliorait sa visibilité en faisant connaître ce partenariat.

## B. SOLUTIONS PROPOSEES POUR DEVELOPPER LA COLLABORATION

Dans cette partie, nous développerons les propositions formulées par les acteurs, lors de l'OP ou dans le questionnaire, pour améliorer la collaboration.

### 1. Se rencontrer et se connaître

Pour pallier aux difficultés liées à la méconnaissance du fonctionnement de chacun et aux problèmes de communication, la proposition spontanée et partagée par les uns et les autres a été celle de se rencontrer tel que le montre ce résumé de la première réunion : « *Un consensus se dégage de cette réunion : plus de communication est nécessaire [...]. Des réunions régulières en comité plus restreint seraient profitables.* » OP4.

Ces réactions étaient cohérentes avec les réponses aux questionnaires. En effet, 95,2% des répondants acceptaient de rencontrer leurs confrères(sœurs) de la commune et déclaraient qu'ils participeraient à une rencontre conjointe. Un seul médecin n'était pas d'accord, il s'agissait d'un MG qui expliquait sa réponse par le fait que ces rencontres étaient chronophages et qu'elles ne se justifiaient pas étant donné que l'effort devait avant tout se faire sur les retours courriers des PP ou le développement des contacts téléphoniques.

D'autres commentaires libres (Annexe 8) permettaient à certains médecins d'exprimer leur questionnement sur la concrétisation de ces rencontres en termes de disponibilité (« *manque de temps* »), de rémunération ou de l'« *aspect constructif* » de ces rencontres.

Néanmoins, le fait que ces réunions se fassent **en petit comité** devait favoriser l'interaction et les échanges tel que l'expliquait PP1: « *plutôt en « petit groupe », une dizaine par plus. [II] insist[ait] sur l'importance de l'interaction lors de ces présentations* » OP6.



Le questionnaire explorait aussi la **fréquence souhaitée de ces rencontres**. La plupart des médecins répondaient une fréquence trimestrielle (7 réponses), puis annuelle (4 réponses), mensuelle (2 réponses) ou bimestrielle (2 médecins).

Les modalités de ces rencontres restaient à être définies et « *un comité de pilotage [a été] constitué sur la base du volontariat* » OP4 pour les établir clairement.

En corollaire, la plupart des participants a souligné l'importance de se connaître pour améliorer la communication. Il s'agissait d'une part, de **se connaître personnellement** tel que le soulignait PP1 estimant « *que ce sont les rencontres régulières et le fait de se connaître personnellement qui amélioreront les choses* » OP4. D'ailleurs, il proposait à MG1 et MG3 de pouvoir se joindre via leurs lignes téléphoniques directes pour faciliter leurs accès réciproques: « *d'ailleurs, vous avez mon téléphone...* » OP6.

L'idée était aussi de développer la « **connaissance réciproque de nos compétences respectives et de nos limites** » OP4 tel que l'exprimait MG3. Les PP ont d'ailleurs proposé de faire découvrir le CMP et la psychiatrie grâce à de petites présentations sur le fonctionnement du CMP mais également au travers d'une visite du CMP pour un des MG ou encore de partager une demi-journée de travail avec un PP hospitalier. Les PP ont également proposé de faire des **cours** informels sur certaines pathologies psychiatriques, ce qui « *a été bien accueilli par les participants paramédicaux et certains médecins généralistes.* » OP5. De leur côté, les MG ont pu expliquer aux PP le fonctionnement du pôle de santé et parler de leurs divers travaux, notamment sur les inégalités sociales de santé.

## 2. La formation des internes

L'une des pistes pour améliorer la collaboration était la formation des internes des deux spécialités, qui faisait d'ailleurs l'objet d'un des points de la Charte. L'objectif était de mieux faire connaître l'autre spécialité aux jeunes médecins afin de leur faire appréhender les enjeux de la collaboration d'un côté comme de l'autre.

Au niveau local, un projet de « *terrain de stage commun au CMP et au pôle, pour des internes MG ou psy[chiatrie].* » OP2 était en construction. Le questionnaire explorait par ailleurs, l'avis des MG et des PP sur l'intérêt d'un stage hors filière durant l'internat : en psychiatrie pour les internes de médecine générale et en cabinet de médecine générale pour les internes de psychiatrie. Plus de la moitié des médecins (57,1%) estimaient que ces deux stages étaient

intéressants, plus d'un tiers des répondants les estimaient très intéressants. Le stage en cabinet de médecine générale s'est révélé peu intéressant pour 1 MG et 1 PP. Aucun médecin n'a exprimé l'absence d'intérêt de cette proposition.

### 3. Autres propositions concrètes

D'autres solutions ont été proposées pour répondre aux besoins pratiques de la collaboration.

A propos des situations de santé mentale complexes, « *PP1 propos[ait] [...] son expertise et celle du CMP envers les généralistes et les travailleurs sociaux* » OP8 dans les questionnements d'ordre éthiques.

Concernant la demande des PP de suivi métabolique des patients du CMP sans médecin traitant, MG1 proposait que des **MG volontaires du secteur puissent s'occuper du suivi** de ces patients en devenant leur médecin traitant, « *que le manque de médecin traitant puisse être absorbé par les médecins généralistes du secteur* » OP4. Mais cette proposition a des limites de réalisation et n'a pas fait l'unanimité chez les autres MG.

Par ailleurs, la Charte (Annexe 1) a été proposée comme aide pour réfléchir sur certains points de la collaboration. Elle a été présentée lors de la réunion au CHAI.

L'analyse des commentaires libres de l'ensemble du questionnaire n'a pas permis de mettre en évidence d'autres solutions spontanément exprimées.

## C. FACTEURS INFLUENCANTS LE DEVELOPPEMENT DE LA COLLABORATION

### 1. Facteurs favorables au développement de la collaboration

Les observations suivantes constituaient de potentiels leviers positifs sur le développement de la collaboration entre MG et PP sur la commune. Il s'agissait de facteurs comportementaux favorisant une attitude constructive et de l'apparition progressive d'une solidarité.

#### 1.1. Facteurs comportementaux

- **Vouloir changer**

Dans les facteurs comportementaux favorables, la volonté de changer, d'améliorer la collaboration était observée chez les MG et chez les PP. Elle s'exprimait par les mots suivants :

PP1 évoquait l'envie d'« améliorer les choses » OP4, « MG3 [...] remerci[ait] PP1, souhait[ait] que cela « débouche vers une action commune » » OP6.

Il en résultait une **émulation positive** que l'on retrouvait dans les manifestations de satisfaction lors des différentes rencontres. « Il y [avait] des applaudissements » OP4 lors des rencontres en grands groupes (échange de pratique et présentation au CHAI). PP1 a exprimé sa satisfaction : « c'était bien qu'on ait fait ça une fois, pour se rencontrer » OP7. Enfin, MG2 exprimait son agréable surprise en disant qu'elle « ne pensais pas qu'on irait aussi loin dans le vif du sujet, qu'on aborderait autant de sujets » OP5.

Il existait un certain optimisme dans l'évolution de la situation du fait qu'il semblait y avoir une « marge de manœuvre » OP6, tel que concluait PP1 à la fin de la deuxième rencontre en grand comité.

- **Vouloir se rencontrer, aller vers l'autre**

La volonté de se rencontrer s'est traduite par des projets de rencontres qui se sont rapidement mis en place. Dès la première rencontre en juin 2015, « des projets de visite du CMP, de présentations des travaux de MG3 et MG1 sont prévus, avec des dates » OP3. Plus tard, « MG1 et MG3 ont parlé de faire une soirée thématique avec le pôle et d'inviter [...] PP1 pour faire une présentation du CMP. » OP8.

Cela s'est également manifesté par la fréquentation importante des différentes rencontres. Ainsi, MG2 a été « agréablement impressionnée de la venue massive du CMP » OP4 lors de la première rencontre.

- **Parler de soi**

Parler de soi était un moyen d'améliorer la compréhension par l'autre de sa propre situation. Cela passait par l'explication de son rôle et l'expression de ses difficultés.

Les MG du pôle ont souhaité parler de **leurs actions et de leur rôle**. « MG3 présent[ait] le pôle de santé en détails, [...], tentant ainsi de faire du lien, et de faire valoir la volonté de travail en équipe » OP6. « MG3 poursuivi[vit] par la description de programmes développés dans le pôle de santé » OP6. L'idée était aussi de décrire le quotidien du MG, comme ici, MG4 qui « di[sai]t [...] prendre sur son « temps libre » pour [ses patients]. » OP4.

De leur côté, les PP ont aussi souhaité partager leur quotidien et leur fonctionnement avec diverses propositions de visites ou présentation, comme développé plus haut.

Cette ouverture aux autres passait aussi par **l'expression des difficultés**, telle que celles de MG4, expliquant lors de l'échange de pratique aux PP présents sa solitude face aux patients souffrants de troubles de santé mental et le manque de soutien des PP qu'elle ressentait dans ces situations.

Enfin, cette ouverture se traduisait aussi par la création **de liens informels**: « *On [PP1 et MG1] a, je crois, discuté un peu de nos vacances.* » OP2.

- **Ecouter, apprendre à connaître et comprendre l'autre**

En plus de parler de soi, le fait d'écouter l'autre pour comprendre les enjeux de part et d'autre de la collaboration semblait une aide pour améliorer la collaboration. Cette attitude d'ouverture s'est traduite dans l'attitude physique de certains intervenants tel que « *MG5 [...], dans une position d'ouverture : assis, penché en avant, le coude sur les genoux, mains ouvertes* » OP4. Parfois, cette attitude transparaissait par des questions ouvertes comme celles que PP1 adressaient aux MG : « *quel est votre sentiment à vous ?* » OP6.

La découverte du fonctionnement de l'autre était ressentie comme importante. Ainsi, MG1 suite à sa visite du CMP raconte qu'elle était « *très intéressée de comprendre le fonctionnement [du CMP], l'articulation avec l'HDJ [Hopital de Jour], d'apprendre ce qui se faisait, notamment les activités de groupe, de relaxation ou autre.* » OP2.

Pour finir, on observait que les difficultés de l'autre semblaient être perçues de part et d'autre : « *MG1 [...] di[sait] qu'elle a[vait] entendu les difficultés des équipes de CMP.* » OP6. Du côté du CMP, nous avons également perçu les réactions des IDE du CMP qui acquiesçaient lorsque les gens du pôle exprimaient leurs difficultés. On pouvait parler de compréhension réciproque des difficultés.

- **Des efforts pour améliorer la collaboration**

Des efforts de différents ordres ont été mis en évidence de part et d'autre. Il s'agissait tout d'abord de persévérance dans le développement de la collaboration, comme par exemple, celle des PP : « *Cette volonté continu[ait] à se manifester malgré les plaintes itératives et remarques de médecins généralistes durant cette réunion.* » OP6.

Certains efforts concernaient le fait de prendre sur soi dans une attitude constructive, comme par exemple lorsque les PP recevaient les remarques des MG à leur encontre : « *les psychiatres ont réagi sereinement et la discussion a pu s'engager des deux côtés* » OP4 relate MG2.

Enfin, le fait de reconnaître ses torts faisait partie des attitudes constructives observées. Par exemple, les MG regrettaient que leurs confrères MG ne répondent pas aux sollicitations des CMP (« *la majorité des MG invités par le CMP qui ne répondent pas à l'invitation : « ça pose questions » dit MG1. » OP7*).

## 1.2. Apparition d'une solidarité

En parallèle des comportements d'ouverture témoignant d'une volonté commune d'amélioration de la collaboration, le rapport entre MG et PP a évolué. L'attitude de défiance a laissé place, grâce au développement progressif de la connaissance réciproque, à une attitude plus compréhensive, que les difficultés étaient finalement communes et liées en partie à des facteurs extérieurs partagés. Au final, une solidarité entre MG et PP est apparue dont le but était de faire face ensemble à ces difficultés. Ces difficultés communes concernaient les conditions d'exercice comme par exemple, la difficulté à mettre en œuvre certains projets pour des raisons budgétaires ou politiques, ou encore la surcharge de travail liée à la forte demande de soin.

Par ailleurs, il existait aussi des points communs qui renforçaient cette solidarité tels que l'approche du soin selon le modèle dit « psychosocial ». Cette approche globale était partagée par certains MG de la commune ainsi que par les PP comme l'expliquait une des psychiatres du CHAI, PP3 : « *nous, le modèle psychosocial, c'est notre quotidien » OP7*.

MG1 résumait le phénomène qui apparaissait par ces mots : « *On a vu poindre une identité commune, [...] on a beaucoup de boulot et en fait, il faut qu'on compte les uns sur les autres, on est tous dans le même bateau.* ». OP5.

## 2. Facteurs défavorables au développement de la collaboration

En parallèle des points favorables, l'OP a permis de constater des phénomènes qui pouvaient entraver le développement de la collaboration. Ces facteurs défavorables ou freins étaient d'abord liés à une différence de perception de la situation entre MG et PP puis à des divisions au sein des groupes et enfin à la déception de ne pas obtenir de résultats concrets.

### 2.1. Différences de besoins et de perception de la situation

Un décalage de besoins et de perception de la situation pouvait favoriser les incompréhensions et ralentir le processus de rapprochement.

- **Perception différente des difficultés de collaboration entre MG et PP.**

Les MG décrivaient la collaboration actuelle de manière péjorative et étaient en grand besoin d'expertise et de communication avec les PP ainsi que de reconnaissance.

La perception de la collaboration par les PP semblait moins pessimiste. Ils exprimaient de l'étonnement («*PP2 s'étonn[ait] de l'absence de courrier reçu par MG1. » OP4.*). Les PP se voulaient également disponibles lorsqu'un MG les appelait pour un avis et assuraient leur rôle d'expert auprès des MG. Ils exprimaient clairement : «*on a l'impression de faire beaucoup d'efforts [...] on écrit, on est disponible » OP6.* Il y avait donc un décalage entre les deux perceptions expliquant l'étonnement des PP lorsque les MG leur demandaient de faire ces mêmes efforts.

Ce décalage s'est également observé dans les réponses au questionnaire. La collaboration était considérée comme plus existante et plus efficace par les PP que par les MG de manière significative (respectivement *p value* à 0,006 et 0,02). Par ailleurs, les PP estimaient la collaboration pour le suivi des pathologies psychiatriques plus satisfaisante que les MG (*p* = 0,045).

Cette différence de perception pouvait s'expliquer par une exposition différente aux difficultés. Les MG se heurtaient de manière quotidienne et en premier recours à une difficulté d'expertise psychiatrique dans des situations parfois complexes ou d'urgences, alors que les PP avaient des besoins envers les MG plus ponctuels et dont le caractère d'urgence ou de complexité n'était pas du même ordre.

Enfin, on remarquait que le sujet de la reconnaissance professionnelle était très sensible pour les MG et le semblait moins pour les PP.

- **Attitudes différentes entre MG et PP.**

Les réactions étaient globalement différentes entre les MG et les PP. Certains MG avaient tendance à souvent exprimer leurs difficultés de collaboration contrairement aux PP qui montraient plutôt une attitude pondérée et d'écoute.

- **Attentes différentes en termes de collaboration ?**

Même si le principe de renforcer la connaissance du fonctionnement de chacune des spécialités et favoriser les rencontres faisait consensus, les philosophies de collaboration exposées dans ce début de rapprochement étaient différentes. Le souhait des MG en termes

de collaboration reposait sur une communication superposable aux collaborations avec les autres spécialités médicales : accessible et réciproque, pour un avis rapide ou un suivi chronique. Du côté des PP, ce fonctionnement paraissait également « évidents » OP4 telle que l'exprimait spontanément PP2. Néanmoins, l'une des propositions des PP pour améliorer la collaboration était basée sur un accès à l'expertise facilité par la connaissance interpersonnelle PP-MG.

## 2.2. Divisions au sein du groupe : exemple des MG

En plus des différences de perception de la collaboration, les divisions dans un groupe, qu'il s'agisse des MG ou des PP, diminuaient la clarté du message transmis et donc l'efficacité de la communication. Ces divisions demandaient du temps et de l'énergie supplémentaires pour échanger et harmoniser les demandes à l'intérieur du groupe. Elles pouvaient ainsi décourager les acteurs dans le rapprochement MG et PP. Elles ont été surtout mises en évidence chez les MG et concernaient leurs attitudes face aux PP.

Au fil des rencontres, il a été observé trois attitudes de MG face aux difficultés de collaboration, allant du repli à l'ouverture au changement.

**L'attitude de repli sur soi** a caractérisé les MG qui exprimaient leur difficultés à communiquer avec les PP mais semblaient résignés et restaient en retrait. C'était le cas de certains MG qui ne souhaitaient pas répondre au questionnaire ou encore certains MG décrits pas les travailleurs sociaux comme refusant la collaboration avec les services sociaux.

L'une des hypothèses émises pour expliquer ce repli était que la lassitude liée à la surcharge de travail leur faisait perdre de vue l'intérêt de s'ouvrir. C'est ce que tentait d'expliquer MG1 en parlant de ces MG : « *tu te sens oppressé, tu te mets la tête dans le guidon, tu fermes les écoutilles et tu fonces droit devant, et tu réponds pas aux sollicitations parce que tu te dis que tu n'as pas de temps à perdre* » OP9.

D'autres MG, au contraire, avaient une **attitude plus constructive** en s'ouvrant vers les PP et proposant des solutions. Cette attitude se retrouvait, par exemple, chez les MG qui se sont portés volontaires pour faire partie du comité de pilotage.

Enfin, certains MG avaient une attitude intermédiaire, sollicitant le changement tout en restant sur un mode plaintif voire revendicatif sans vraiment montrer une attitude d'écoute compréhensive. Telle a été, par exemple, l'attitude d'un des MG qui, en parlant des premiers

résultats du questionnaire aux PP affirmait qu'il n'y avait pas du tout de collaboration, alors que ces derniers avaient fait preuve d'ouverture en l'invitant à présenter son travail. Cette attitude a provoqué un désaccord entre ce MG et les investigatrices car elle brouillait le message transmis aux PP. Dans ce dernier cas, un des PP s'est d'ailleurs senti blessé et la collaboration aurait pu en pâtir.

Cette mésaventure a fait prendre conscience que, dans cette **attitude « revendicatrice »**, le MG restait centré sur lui-même et ses difficultés : « *MG2 : on est beaucoup en train de se regarder le nombril* » OP7. Ce MG expliquait cette persistance revendicatrice par le fait qu'il ressentait une forte frustration devant les difficultés à communiquer avec les PP depuis plusieurs années. Par ailleurs, il pouvait aussi se sentir le porte-parole des autres MG, qui n'avaient pas encore eu l'occasion de s'exprimer auprès des PP.

### 2.3. Ne pas obtenir de résultats concrets

Pour finir sur les freins au développement de la collaboration observés, l'absence de résultats concrets constituait un facteur décourageant dans le rapprochement des deux spécialités. Cela concernait des points concrets non abordés ou des demandes concrètes ne pouvant être honorées.

Certains problèmes concrets n'ont pas été abordés en profondeur lors des rencontres, c'est le cas par exemple de difficultés soulevées dans le questionnaire comme le besoin d'information sur les thérapeutiques, sur l'évolution de l'état de santé du patient ou sur le suivi psychiatrique ou somatique prévu. Ainsi, « *MG2 trouv[ait] « qu'on a débrouillé le terrain sans aborder les problèmes de fond » mais MG1 rappell[a] que le nombre de participants [lors des rencontres] ne le permettait pas.* » OP5. Par ailleurs, certaines rencontres ne débouchaient pas forcément sur des mesures concrètes comme par exemple des dates de futures réunions. Cela pouvait aussi participer à une impression d'errements de la démarche.

Concernant les demandes concrètes non honorées, certaines n'ont pu l'être par les PP. Il s'agissait par exemple de demandes de diagnostic psychiatrique pour lesquels les PP ont expliqué que la complexité de leur discipline les empêchait d'en fournir un systématiquement. Par ailleurs, les PP ont également expliqué qu'ils ne pouvaient pas écrire aux MG à chaque fois qu'il y avait un changement de traitement.



Du côté des MG, ils n'ont pas pu, à ce stade, accéder au souhait des PP de prendre en charge des patients du CMP sans médecin traitant, « *l'assemblée des MG [était] d'accord pour dire qu'il n'[était] pas possible de prendre [en charge] autant de patients d'un coup. MG5 estim[ait] que ce mode de suivi pos[ait] problème [car] « ce n'est pas comme ça que ça marche »»OP4, on ne pouvait pas imposer un médecin traitant à un patient.*

#### D. CONSTATS SUR L'EVOLUTION DE LA SITUATION SUITE AUX PREMIERES DEMARCHES DE RAPPROCHEMENT

Au fil des rencontres, les rapports et les enjeux de la collaboration ont évolué. Tout d'abord, la perception de la situation s'est modifiée de part et d'autre et il y a eu des changements concrets sur le terrain.

##### 1. Changement de perception de la situation

Comme nous l'avons vu, la meilleure connaissance des difficultés communes ou respectives des PP et MG constituait un changement de perception de la situation en soi en faisant naître un sentiment de solidarité. D'autres changements de perception ont été observés.

Certains MG ont pris conscience de leur tendance à la revendication et que cela n'était pas toujours constructif comme vu plus haut.

Concernant les PP, nous avons eu l'impression que leur regard sur les MG avait changé au fur et à mesure que les MG parlaient de leur fonctionnement et de leurs projets et cela dès la première rencontre. Ils ont semblé plus intéressés par les différentes activités du pôle de santé et ont salué leurs travaux de recherche : « *PP4 merci[a] MG1 et MG3 pour leur intérêt porté aux inégalités sociales de santé.* » OP6. Les PP ont également pris conscience du besoin de reconnaissance des MG comme le montre cet échange lors de la première réunion : PDS2 « *En fait, les généralistes ont besoins de reconnaissance* ». PP1 répond immédiatement « *Vous avez tout à fait raison* » » OP4.

##### 2. Evolution concrète dans la collaboration

Concernant la prise en charge des patients, à la fin du mois de novembre 2015, le CMP informait les MG de la commune qu'il était à nouveau dans la possibilité de recevoir de

nouveaux patients ambulatoires, suite au retour d'un des PP. En moins de 24h, 8 nouvelles demandes de MG ont été enregistrées par le CMP d'après PP1.

Une évolution a également été rapportée par les acteurs de terrains lors du sondage par courriel. Sur 10 réponses de MG, 5 médecins n'avaient pas constaté d'évolution dans leur communication avec le CMP. Néanmoins, 5 ont constatés une plus grande communication spontanée de la part des PP. Les modalités de contact étaient variées : téléphonique, postale, courriel et texto. Les échanges concernaient une sortie d'hospitalisation pour 2 patients, le suivi prévisible en CMP pour 4 patients, une réponse à un courrier d'adressage, des échanges sur l'adaptation thérapeutique ou encore une demande à un MG de devenir le MT d'un patient du CMP et la demande de renouvellement d'une ALD. Enfin, un patient a pu être pris en charge rapidement par le CMP grâce à la connaissance interpersonnelle entre MG et PP.

Du côté du CMP, un des PP estimait que sa manière de collaborer n'avait pas forcément changé depuis les premières rencontres et continuait à communiquer avec les MG selon l'évolution de santé des patients.

Par ailleurs, un comité de pilotage a été formé. La première réunion s'est tenue après la fin du recueil, en avril 2016 : une réunion autour d'expériences infirmières lors d'intervention au domicile de patients psychiatriques est programmée et l'élaboration d'une convention pour solliciter des concertations sont quelques-uns des projets en cours de développement.

## E. THEORIE DU CHANGEMENT DE L'ETUDE

Dans la théorie ancrée, l'analyse des résultats permet de mettre en place une théorie. Dans cette étude, la modélisation de la théorie s'est également inspirée des théories du changement (TDC). Une TDC est à la fois une modélisation logique du changement souhaité, et un outil pour les acteurs de planification du changement, qui reste révisable et évolutive(28). Par ce biais, la TDC permet de répondre à l'objectif de cette étude en cherchant à contribuer concrètement au développement de la collaboration sur cette commune.

La TDC de cette étude (Figure 6) a été construite en suivant les recommandations de la synthèse bibliographique de Bruno de Revier en 2012(29). Le principe était de partir du changement voulu ultime (améliorer la collaboration) et rechercher de manière rétroactive les conditions préalables permettant d'aboutir à cet objectif dans les champs institutionnels,

relationnels, comportementaux ou encore des compétences des acteurs. Certaines conditions préalables sont tirées des résultats de l'étude (OP ou questionnaire). D'autres sont issues de réflexions personnelles et de la littérature.

La première condition préalable principale au changement, avoir un **accès plus facile** pour les avis, notamment en psychiatrie pour les MG, nécessitait une plus grande disponibilité des médecins, d'avoir un temps dédié dans la journée pour répondre aux demandes des confrères(sœurs) ou encore de pouvoir répondre aisément aux appels téléphoniques, par exemple via un secrétariat qui recevrait les demandes en les hiérarchisant tout en permettant au médecin d'assurer ses consultations.

La deuxième condition préalable principale était **d'augmenter le nombre et la qualité des communications** en particulier pour les situations de suivi. Cela pouvait passer par des réunions de concertation entre MG et PP pour les situations complexes. Pour cela, il fallait vouloir s'impliquer dans la prise en charge globale du patient, être disponible et assurer une rémunération aux MG lors de ces réunions, comme cela a été remarqué dans les commentaires du questionnaire. Par ailleurs, on pouvait développer le réflexe de répondre systématiquement aux courriers d'adressage ou lors d'évolution de l'état de santé du patient. Cela demandait d'avoir les coordonnées des professionnels référents du patient notées dans le dossier médical tel que le rappelait la Charte. Il fallait aussi savoir quelles informations étaient attendues par ses correspondants, en s'aidant par exemple de courriers-types(30), de recommandations(31) ou en développant la connaissance du fonctionnement de son confrère(sœur) et s'accorder sur les modalités de communication selon les situations. Communiquer impliquait par ailleurs d'avoir pris en compte le rôle de coordonnateur et de partenaire de soin du MG. L'obligation déontologique (articles 60 et 62 du code de déontologie médicale(32)) de fournir les informations nécessaires relatives à l'évolution de l'état de santé du patient ou à son suivi par le MT pouvait aussi être rappelée. Enfin, se connaître personnellement pouvait constituer une motivation à entretenir de bonnes relations professionnelles avec ses pairs.

La dernière condition préalable principale concernait **la coordination MG-PP dans le suivi du patient** correspondant notamment au besoin de suivi métabolique des patients de psychiatrie. Outre le fait de communiquer directement avec le MT en expliquant le plan de surveillance, ou d'encourager les patients à avoir un MT en leur proposant des MG disponibles pour cela,

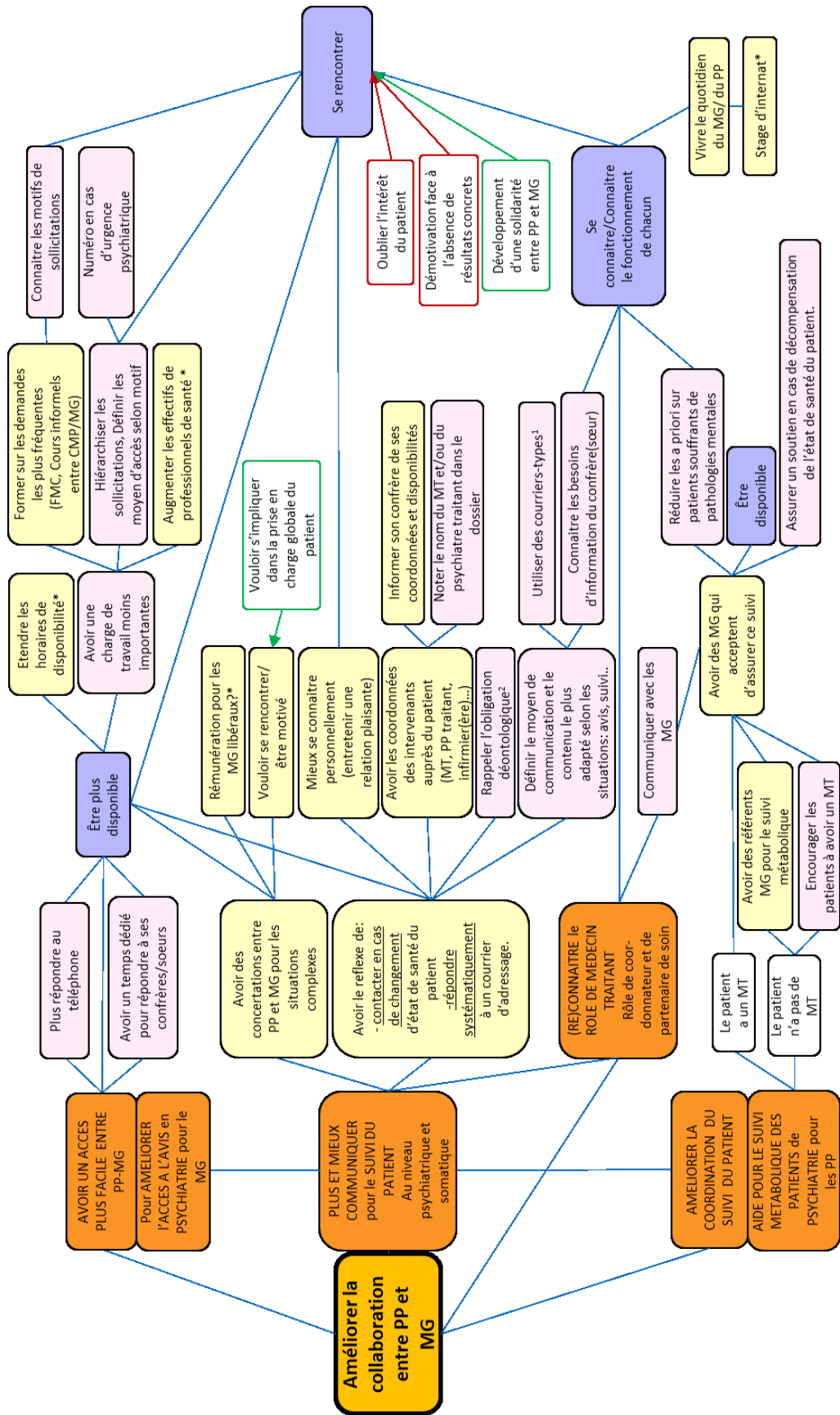
les PP auraient souhaité avoir des référents parmi les MG. L'accord des MG sollicités pour ce suivi pouvait être lié à leur disponibilité, au fait de se sentir reconnu comme partenaire de soin, ainsi qu'à leurs propres a priori et compétences en psychiatrie. Il fallait communiquer et convenir de la répartition des rôles dans le suivi et d'un protocole ou d'un soutien des PP en cas de décompensation de la maladie.

Le fait **d'être plus disponible** conditionnait plusieurs changements. Diminuer le nombre de sollicitation pouvait dégager du temps pour développer la communication. Il fallait jouer sur la formation des médecins (Cours, FMC...) ou mettre en place une hiérarchisation des motifs de sollicitation et y attribuer un circuit de réponse, comme par exemple un numéro de téléphone dédié pour répondre aux MG confrontés aux urgences psychiatriques. Certaines conditions préalables telles que le volume horaire travaillé pour le CMP ou l'effectif des professionnels de santé en CMP et en médecine générale, dépendaient de facteurs politiques sur lesquels les acteurs de terrain n'avaient pas la main : législation sociale, démographie médicale, mesures pour encourager les jeunes psychiatres à s'engager dans le public... Elles n'ont donc pas été détaillées dans la TDC qui se voulait pragmatique.

Enfin, **se connaître** que ce soit personnellement, son fonctionnement ou ses besoins conditionnait aussi plusieurs changements et passait par l'organisation de rencontres de travail régulières ou encore par la sensibilisation des internes via des stages hors filières dont le développement dépendrait du soutien des institutions éducatives et sanitaires.

**Figure 6: Théorie du changement de la collaboration entre MG et PP sur la commune**

**Légende:** ■ Condition préalable; ■ tirée des déclarations des acteurs de l'étude; ■ principale, ■ récurrence, ■ tirée d'une réflexion personnelle ou de la littérature  
**Facteur observé influençant le développement de la collaboration:** ■ Facteur favorable ■ Frein  
**MMG:** médecin généraliste, **MT:** médecin traitant, **PP:** psychiatre publique, **\***: condition préalable nécessitant un appui institutionnel ou politique  
 1. Recommandations sur les courriers d'adressage du CHOSP, 2011(31) 2. Art 60, 62 du Code de déontologie médicale(32)



## DISCUSSION

### I. PRINCIPAUX RESULTATS

L'état des lieux de la collaboration entre MG et PP sur la commune a mis en évidence une faible collaboration dont l'impression générale était l'absence de communication, alors qu'elle était décrite comme nécessaire, voire indispensable pour les MG et les PP. La volonté de se rencontrer était très forte.

Au fil des rencontres entre MG et PP, nous avons également perçu qu'il existait une méconnaissance réciproque du fonctionnement de chacun et que les MG, affectés de cette absence de collaboration, avaient besoin qu'on reconnaisse leur rôle de coordonnateur et partenaire de soin. Par ailleurs, les PP ont pu exprimer qu'ils avaient besoin de soutien pour le suivi métabolique de certains patients sous psychotropes. Pour remédier à ces difficultés, la solution spontanément évoquée était de se rencontrer régulièrement pour développer la connaissance de leur fonctionnement respectif.

En parallèle, les échanges ont permis une meilleure compréhension des contraintes de chacun et mis en évidence des points communs (volonté de prise en charge du patient dans sa globalité, manque de disponibilité). Il s'est ainsi développé une certaine solidarité entre MG et PP.

Des facteurs freinateurs ont également été identifiés tels que les attitudes de résignation décrites chez certains MG, le fait de rester centrés sur les problèmes des soignants, que des problèmes concrets ne trouvent pas encore de réponses (avoir des référents pour le suivi métabolique, avoir des courriers après chaque modification thérapeutique...) ou encore le manque de disponibilité des PP lié à des facteurs politico-démographiques non modifiables à l'échelle du soignant.

Au final, des explications aux difficultés de la collaboration ont été identifiées, mais les solutions étaient peu nombreuses au bout de ces quelques rencontres avec en particulier peu de propositions concrètes. La suite devrait se centrer sur le développement de rencontres régulières, coordonnées par un comité de pilotage déjà mis en place.

## II. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

### 1. Forces

Cette étude fait partie d'un projet national regroupant 5 autres études monocentriques utilisant le même questionnaire. Elle contribue à une vision plus globale de la collaboration entre MG et PP en France.

Son protocole mixte explicatif est original et a été choisi afin d'améliorer la diversité des données recueillies. Nous avons vu que le questionnaire a permis l'expression de besoins pratiques et ciblés, alors que l'OP a fait ressortir d'autres besoins plus globaux tels que le fait d'avoir un accès plus facile et réciproque en cas de situations complexes, le besoin de reconnaissance des MG ou encore les difficultés organisationnelles des PP. Cette différence s'explique par le fait que l'OP s'est majoritairement déroulée lors de rencontres en grand groupe qui n'étaient pas propice à l'expression de problèmes trop concrets.

Le taux de réponse au questionnaire était de 63,6% ce qui est important et appuie la représentativité des réponses recueillies sur le secteur étudié.

Enfin, ce travail cherchait avant tout à avoir une application concrète et adaptée au terrain et nous avons pu mettre en place un comité de pilotage et un outil, la TDC, découlant directement des besoins et difficultés de terrain.

### 2. Limites

Il existe un possible biais de remplissage : Un MG nous a fait remarquer que la distinction entre PP et psychiatres libéraux n'était pas explicitée tout au long du questionnaire et que les réponses pouvaient concerner à la fois les psychiatres publiques et libéraux.

Par ailleurs, le questionnaire ayant été commun à tous les sites pilotes, il n'était pas complètement adapté à la question spécifique de notre étude : Deux questions n'ont pas été exploitées, d'autres questions auraient mérité d'être posées.

Concernant la représentativité, le faible nombre absolu de réponses au questionnaire (21 réponses) ne permet pas de généralisation de ces résultats.

La question de la représentativité de l'OP se pose également puisque les acteurs de l'OP n'étaient pas assez diversifiés pour être considérés comme représentatifs des acteurs de la commune. Les rencontres n'ont concerné pour l'instant que le pôle de santé et un des deux

CMP. Le profil général des médecins observés était celui de médecins plutôt engagés à la fois dans la prise en charge bio-psycho-sociale du patient et dans des projets de co-constructions pluriprofessionnelles. Ils étaient également volontaires dans ce projet (MG1, MG2, MG3, PP1) et leur motivation a pu favoriser l'émulation observée.

En s'intéressant plus particulièrement aux MG observés, leur profil était particulier au sein des MG de la commune puisqu'ils exerçaient en structure pluriprofessionnelle, étaient rémunérés et disponibles pour assister à ces rencontres. Néanmoins, une certaine diversité dans la manière d'aborder la collaboration s'observait au travers de leurs réactions face aux PP (résignation, ouverture). Afin de varier les profils des MG observés, nous aurions pu interroger les MG qui n'avaient pas assisté à ces rencontres mais l'objet de l'étude était surtout centré sur les interactions MG-PP.

Enfin, notons qu'il existait un déséquilibre d'effectif entre PP et MG, ces derniers étant plus nombreux dans les rencontres et dans les réponses au questionnaire. Nous avons tenu compte de cette différence d'effectif dans l'analyse des réponses du questionnaire en séparant réponses de MG et de PP.

Concernant le recueil des données, l'OP étant menée par deux MG, elles n'avaient pas accès aux discussions ou réflexions entre psychiatres à propos de la collaboration notamment leurs attentes en matière de collaboration qu'ils n'auraient pu exprimer ou la manière dont ils percevaient l'évolution de la collaboration. Une thèse en binôme avec un(e) interne de psychiatrie aurait permis d'avoir accès à ces informations et d'élargir notre observation de la situation.

Par ailleurs, les investigatrices, bien que soutenues méthodologiquement par une experte, étaient peu expérimentées dans l'OP et leurs positions à la fois d'investigatrice et d'actrice a complexifié le maintien d'une attitude de recul par rapport à la situation. Leur perception de la situation évoluant au fil des rencontres, rendait *de facto* leurs appréciations non représentatives de celles des autres MG. Ce phénomène inhérent à l'OP a été pris en compte lors de l'analyse des résultats de l'OP : « *si nous, on change, on n'est plus représentatives de nos collègues* » OP9.



### III. COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE

#### 1. Les principaux résultats de l'étude

Nos principaux résultats sont concordants avec une revue de la littérature internationale sur la collaboration entre MG et psychiatres qui a été réalisée pour le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP)(31). Cette synthèse montrait que la collaboration entre MG et psychiatres n'était pas satisfaisante et que les difficultés de la collaboration entre MG et psychiatres étaient à la fois organisationnelles par manque de disponibilité pour la coordination chez les MG et les psychiatres et liées à l'exercice médical (limites de compétence du MG, absence de retour des psychiatres accentuant le vécu d'abandon des MG, manque de connaissance des exercices respectifs). D'autres obstacles à la collaboration, non retrouvés dans notre étude, sont décrits telles les réticences des patients à consulter un psychiatre et l'absence de langage commun entre MG et psychiatres. Cette étude a peu abordé la place du patient dans la collaboration, tout comme les besoins respectifs d'information pour faire ressortir ces phénomènes-là.

Des réactions vives de la part de MG ont été décrites dans d'autres travaux(30,33). Par ailleurs, une thèse décrivait également la résignation voire une réaction de repli chez les MG interrogés(30). Néanmoins, le besoins de reconnaissance des MG de leur rôle de partenaire de soin n'est pas retrouvé dans la littérature sur la collaboration et constitue probablement un élément nouveau formalisé dans cette étude.

Enfin, de par sa méthodologie, l'étude a permis de décrire un processus de rapprochement avec une évolution de perception des acteurs au fil des rencontres et l'apparition d'une certaine solidarité. Ce résultat n'a également pas été retrouvé dans d'autres travaux.

#### 2. Etudes comparables sur la méthodologie et le lieu

Aucune étude de méthodologie comparable à la nôtre sur ce thème n'a été retrouvée. Elle étudie à la fois MG et PP, ce que peu d'études(22,34,35) ont réalisé. La plupart des études traitent de la collaboration du point de vue des MG(14,16,30,33,36), peu d'études traitent de la vision des psychiatres(22,34,35,37).

La thèse réalisée sur le site pilote de Strasbourg(35) utilisait le même questionnaire sur un effectif de réponses proche (21 MG, 5 PP pour Strasbourg). Le profil des réponses était globalement identique aux nôtres mais les médecins strasbourgeois étaient plus satisfaits de la qualité de l'information échangée et du travail conjoint. Il faut noter que le site de

Strasbourg comptait de nombreux programmes de coordination avec la psychiatrie publique au moment de l'étude, contrairement à notre commune qui ne bénéficiait pas de programmes de ce genre avant le début de l'étude, hormis le CLSM.

Par ailleurs, dans une thèse réalisée à Grenoble, commune proche de notre secteur, Simand et Windey(34) ont interrogé en 2012, des MG et des psychiatres de ville à propos de la surveillance conjointe de survenue du syndrome métabolique chez les patients sous anti-psychotiques. Nous retrouvons les mêmes résultats principaux sur la collaboration entre MG et psychiatres, hormis le fait que les MG de Grenoble avaient une bonne connaissance de leur CMP de rattachement, les CMP de Grenoble ayant développé depuis de nombreuses années des programmes de coopération forts avec certains centres de santé de la ville. D'autre part, les résultats de cette thèse confortaient nos observations sur le fait que les psychiatres étaient en demande de coopération dans le suivi métabolique de leurs patients : 57% des psychiatres sollicités conseillaient à leurs patients de contacter leur MG pour la suite du suivi.

### 3. Points de vue des psychiatres et des patients sur la collaboration MG/PP

Dans cette étude, la vision des psychiatres sur la collaboration n'a pas pu être appréhendée autant que celle des MG. La thèse de Catherine en 2012 nous apporte un éclairage spécifique au travers d'entretiens réalisés auprès de psychiatres publiques et libéraux de Normandie(37). Concernant la collaboration avec les MG, les psychiatres reconnaissaient que la communication était pauvre et qu'il était plutôt du ressort du MG de prendre l'initiative de communiquer avec le psychiatre. Le MG était considéré comme un « co-thérapeute » mais la répartition des rôles n'était pas explicitement définie et dépendait de l'investissement du MG. L'un des freins à la communication était la crainte du psychiatre que le MG puisse divulguer au patient d'une manière inappropriée les informations transmises. Enfin, comme dans notre étude, les psychiatres expliquaient leur difficulté à pouvoir fournir un diagnostic tant sur le plan sémiologique qu'éthique, ne souhaitant pas « enfermer » le patient dans un diagnostic parfois incertain.

Par ailleurs, l'intérêt du patient était peu mis en avant dans l'étude. Son point de vue sur cette collaboration est pourtant primordial. La thèse de Denis-Gaubert(38) au travers d'entretiens de patients suivis en psychiatrie a montré que ces derniers percevaient la mauvaise communication entre leur MT et leur psychiatre, en particulier sur la thérapeutique et souhaitaient qu'elle se développe pour améliorer leurs soins. Ils souhaitaient en être un

« élément régulateur ». Cette communication devrait être régulière, passer par eux, par courrier, idéalement dicté devant eux pour savoir ce qui était transmis. Les informations intimes pouvaient être partagées avec leur consentement.

#### 4. Pistes d'amélioration de la collaboration

Dans la littérature, les **solutions évoquées par les acteurs de terrains** pour améliorer cette collaboration rejoignent nos résultats. La volonté de favoriser les rencontres interprofessionnelles est quasi constante(16,17,30,36,37). Ces rencontres sont un moyen de se connaître et d'intérioriser les besoins de l'autre(33). Il s'agit aussi d'améliorer la communication directe en facilitant l'accès à l'autre. Diverses propositions sont retrouvées : développer la messagerie numérique(30), développer un service d'aide aux médecins confrontés à une urgence psychiatrique via un numéro d'urgence psychiatrique(16), etc.

La formation des MG en psychiatrie(37) et la connaissance du fonctionnement du CMP(33) sont d'autres axes d'amélioration de la collaboration retrouvés, tout comme la sensibilisation des jeunes professionnels de santé (par des stages par exemple) essentielle pour lutter contre les a priori sur la psychiatrie et les patients psychiatriques.

L'élaboration de **recommandations** est une voie d'amélioration de la communication, comme celles de la CNQSP(31) sur les courriers d'adressage entre MG et psychiatres qui précisent le contenu des courriers d'adressage et de leurs réponses.

D'autres **pistes d'amélioration concernent l'organisation des soins ambulatoires** en santé mentale. Par exemple, les « soins partagés »(39) sont des dispositifs développés depuis les années 1990 dans les pays anglo-saxons qui comprennent des « consultations-liaisons » (avis directs ou interventions brèves des psychiatres dans des situations ponctuellement problématiques pour les MG), des « liaisons-attachements » (interventions ponctuelles mais régulières d'un psychiatre au cabinet du généraliste pour ces mêmes avis) et des « missions de soins » (missions d'expertise en psychiatrie assurées par des centres ressources à la demande du MG). En parallèle, ce dispositif comprend un système de développement professionnel continu et une veille territoriale des pratiques de collaboration professionnelles en santé mentale. Autre exemple, dans les Yvelines, le groupe ERIC (Equipe Rapide d'Intervention de Crise) intervient au domicile du patient en cas de situations d'urgences sur appel du MG, de la famille ou du patient(40).

#### IV. PERSPECTIVES

##### 1. Enjeux au niveau local

Le comité de pilotage constitué de volontaires pluriprofessionnels du CMP et du pôle de santé a été mis en place. Son travail consistera à réfléchir et mettre en application les différentes solutions qui permettront d'améliorer la communication et la collaboration entre médecine générale et psychiatrie. Les solutions évoquées lors de l'étude devraient être développées en priorité puisqu'elles répondent directement à la demande des acteurs de terrains (formation par des cours informels, présentation du CMP ou encore mise en place de réunions de concertations).

La Charte et la littérature sont également des aides pour mettre en place d'autres mesures. Les expériences locales peuvent constituer également des sources d'inspiration pour élaborer d'autres pistes de développement de la collaboration, en particulier, celle des centres de santé et CMP voisins comme ceux de Grenoble ayant mis en place un partenariat très fort s'inspirant du système « consultation-attachement ».

Le deuxième enjeu du développement de cette collaboration sera d'étendre la collaboration. L'objectif premier de cette étude était que le processus de rapprochement profite à l'ensemble des MG de la commune et au CMP limitrophe et ce, d'autant plus que la demande s'est fortement exprimée dans le questionnaire. Il sera nécessaire de réfléchir à la manière de remplir rapidement cet objectif pour ne pas risquer d'émousser la motivation des MG et des PP tout en respectant une approche basée sur la rencontre en petit comité.

Par ailleurs, le développement de cette collaboration n'avait pas vocation non plus à ne concerner que les médecins et ce, même si cela ne faisait pas explicitement partie des objectifs de cette étude ou de l'étude nationale sur la Charte. L'intégration des professions paramédicales dans ce processus est importante ne serait-ce que par le caractère pluriprofessionnel inhérent de la prise en charge des patients communs au CMP et aux soins primaires. Il y a une vraie demande des paramédicaux à développer des liens avec les CMP.

Il sera également tout aussi important d'élargir ce rapprochement au CMP Pédiatrique de la commune avec lequel, par exemple, les orthophonistes et orthoptistes partagent une patientèle commune qui nécessite aussi une coordination pluridisciplinaire.

L'intégration de ces différents groupes à la collaboration actuelle encore débutante nécessitera de se faire de manière progressive puisqu'il faudra conjuguer élargissement du groupe avec diversité des besoins spécifiques et coordination.

Enfin, dans toutes ces initiatives, il ne faut pas oublier le patient. La collaboration doit alors devenir une coordination des différents acteurs de soin autour de l'intérêt du patient, dont l'adhésion et le consentement, voire la présence lors des rencontres seront recherchés.

## 2. Enjeux au niveau national

Cette étude faisant partie d'une étude nationale multicentrique, ses résultats contribueront à une vision plus globale de la collaboration MG/PP en France et peut-être à établir des actions à un niveau institutionnel, où les acteurs de terrains ne peuvent pas directement agir. Ces retours d'expérience pourront également constituer une aide pour les professionnels qui souhaiteraient faire évoluer leur collaboration dans leur secteur.

*« La collaboration suppose le volontariat, un accord sur les objectifs et méthodes, et des outils d'une communication réciproque régulière, des informations utiles. Les échecs comme les succès sont toujours assumés en responsabilité partagée. Ces modes de pratiques sont bien distincts de la juxtaposition de professionnels individualistes non communicants. »*

*J-L Gallais, 2014(41)*

THESE SOUTENUE PAR : Charlotte ROUAULT

TITRE : Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015: constats et phénomènes entrant en jeu dans le développement de la collaboration sur le terrain.

## **CONCLUSION**

Une Charte nationale de partenariat a été élaborée entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur en 2014. Le présent travail s'est déroulé sur une commune de l'Isère dans le cadre du programme national d'expérimentation de cette charte, de juin à novembre 2015.

La méthode mixte originale de cette étude a permis d'une part de faire un état des lieux de la collaboration via un questionnaire auquel 63,6% des médecins généralistes (MG) et psychiatres publiques (PP) de la commune ont répondu, soit 17MG et 4 PP. D'autre part, elle a permis de recueillir les besoins, solutions, freins et leviers au développement de cette collaboration au moyen d'une observation participante (OP) lors de 5 rencontres entre MG et PP. L'OP est un mode de recueil de données qualitatif dans lequel l'investigateur observe et analyse les actions et interactions des acteurs tout en participant à leur activité.

L'état des lieux sur la commune a mis en évidence une faible collaboration MG/PP. L'impression générale était l'absence de communication, alors qu'elle était décrite comme nécessaire, voire indispensable. La volonté de se rencontrer était très forte.

Au fil des rencontres entre MG et PP, nous avons également perçu qu'il existait une méconnaissance réciproque du fonctionnement de chacun et que les MG, affectés de cette absence de collaboration, avaient besoin que l'on reconnaisse leur rôle de coordonnateur/partenaire de soin. Par ailleurs, les PP ont pu exprimer leur besoin de soutien pour le suivi métabolique de certains patients sous psychotropes. Pour remédier à ces difficultés, la solution spontanément évoquée était de se rencontrer régulièrement pour développer la connaissance de leur fonctionnement respectif, et échanger sur les situations cliniques communes.

En parallèle, les échanges ont permis une meilleure compréhension des contraintes de chacun et mis en évidence des points communs (volonté de prise en charge du patient dans sa globalité, manque de disponibilité). Il s'est ainsi développé une certaine solidarité entre MG et PP.

Des facteurs freinateurs ont également été identifiés tels les attitudes de résignation décrites chez certains MG, le fait de rester centrés sur les problèmes des soignants, que des problèmes concrets ne trouvent pas encore de réponses (avoir des référents pour le suivi métabolique, avoir des courriers après chaque modification thérapeutique, etc.) ou encore le manque de disponibilité des PP lié à des facteurs politico-démographiques non modifiables à l'échelle du soignant.

Au final, des explications aux difficultés de la collaboration ont été identifiées, mais les solutions étaient encore peu nombreuses au bout de ces quelques rencontres, avec en particulier peu de propositions concrètes. La suite devrait se centrer sur le développement de rencontres régulières, coordonnées par un comité de pilotage.

La particularité de ce projet était de vouloir étendre cette collaboration à l'ensemble des professionnels pouvant graviter autour du patient (médecins, paramédicaux, CMP Pédiatrique) dans une philosophie de prise en charge globale du patient.

En pratique, grâce à la réalisation d'un état des lieux - indispensable à l'élaboration de solutions adaptées - et à la production d'une théorie du changement propre, support de réflexion pour le comité de pilotage, ce travail souhaitait faire évoluer (et a déjà commencé à le faire) la collaboration entre MG et PP sur cette commune. Le but *in fine* reste évidemment d'améliorer la prise en charge des patients de ce secteur.

A plus large échelle, ces résultats peuvent inspirer ou encourager d'autres sites en France à mettre en place des mesures d'amélioration. Cette démarche demande de l'énergie et du temps qui dépend surtout de l'amplitude du changement que souhaitent les acteurs. Un simple contact, se présenter à l'autre peut suffire pour voir un début d'évolution. Développer une collaboration efficiente, c'est améliorer la prise en charge du patient.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 21/04/16

LE DOYEN

Pour la Présidente  
et par délégation  
Le Doyen de Médecine  
Pr. Jean-Paul ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

R. P. THASSET

## BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. La santé mentale: renforcer notre action [Internet]. WHO. 2014 [cité 26 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
2. Présentation du plan santé mentale 2011-2015 - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) [Internet]. [cité 10 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/presentation-du-plan-sante-mentale-2011-2015.html>
3. Kovess V. The state of mental health in the european union [Internet]. 2004 [cité 26 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/state-of-mental-health-in-the-european-union-2005.pdf>
4. Cour des comptes. Rapport public thématique - L'organisation des soins psychiatriques [Internet]. 2011 [cité 13 avr 2016]. Disponible sur: [https://www.ccomptes.fr/content/download/1778/17803/version/3/file/Rapport\\_public\\_thematique\\_soins\\_psychiatrie.pdf](https://www.ccomptes.fr/content/download/1778/17803/version/3/file/Rapport_public_thematique_soins_psychiatrie.pdf)
5. DREES, CCOMS. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale [Internet]. 2004. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er347.pdf>
6. Ministère de la Santé. PSYCHIATRIE - plan 2005-2008 [Internet]. 2005 [cité 13 avr 2016]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_2005-2008.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf)
7. Fénina A, Geffroy Y, Minc C. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. Bull Inf En Économie Santé [Internet]. Juillet 2006 [cité 10 oct 2015];111. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes111.pdf>
8. Labat-Vanhoucke K. Freins à la déclaration du médecin traitant chez les patients présentant une maladie mentale sévère : Enquête qualitative auprès de patients hospitalisés en psychiatrie [Internet]. Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2015. Disponible sur: <http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/LABAT-VANHOUCHE-these.pdf>
9. Organization WH, rangaswamy Srinivasa M. The World Health Report 2001: Mental Health : New Understanding, New Hope. World Health Organization; 2001. 206 p.
10. Mantelet S, SABRAN GUILLIN V, HARDY P. Épidémiologie des associations entre troubles mentaux et affections somatiques [Internet]. EM-Consulte. 1998 [cité 4 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/4189/epidemiologie-des-associations-entre-troubles-ment>
11. Fevrier R, BRYSSINE S, VALON D. Comorbidités somatiques en psychiatrie. Santé Ment. 90(Septembre 2004):29-35.
12. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. L'Encéphale. sept 2009;35(4):330-9.
13. Casadebaig F, Philippe A. Mortalité chez des patients schizophrènes : Trois ans de suivi d'une cohorte. Encéphale. 1999;25(4):329-37.
14. Dordonne G. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres: évaluation des courriers échangés [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de



médecine Pierre et Marie Curie; 2014. Disponible sur: [http://www.urps-med-idf.org/evenement/imageProvider.aspx?private\\_resource=15279&fn=machaon\\_2014\\_42\\_DORDONNE.pdf](http://www.urps-med-idf.org/evenement/imageProvider.aspx?private_resource=15279&fn=machaon_2014_42_DORDONNE.pdf)

15. Allen J, Heyrman J. La définition européenne de la médecine générale de la WONCA [Internet]. 2002 [cité 9 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
16. Reboul G. De la relation entre médecins généralistes et psychiatres: Enquête auprès des médecins généralistes du dixième arrondissement de Marseille [Thèse d'exercice]. [1969-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II; 2008.
17. Ribaud S. Collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres dans la prise en charge de la dépression - Opinion de médecins généralistes au travers d'une enquête qualitative [Internet]. Nancy-Université Henri Poincaré; 2011. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_T\\_2011\\_RIBAUD\\_STEPHANIE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_RIBAUD_STEPHANIE.pdf)
18. Craven MA, Bland R. Shared mental health care: a bibliography and overview. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* avr 2002;47(2 Suppl 1):iS-viiiS, 1S-103S.
19. Wood K, Anderson J. The effect on hospital admissions of psychiatric case management involving general practitioners: preliminary results. *Aust N Z J Psychiatry.* juin 1995;29(2):223-9.
20. Von Korff M, Katon W, Bush T, Lin EH, Simon GE, Saunders K, et al. Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression. *Psychosom Med.* avr 1998;60(2):143-9.
21. Goldberg D, Jackson G, Gater R, Campbell M, Jennett N. The treatment of common mental disorders by a community team based in primary care: a cost-effectiveness study. *Psychol Med.* mai 1996;26(3):487-92.
22. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *Inf Psychiatr.* 2 juin 2014;Volume 90(5):359-71.
23. Bohn I. PSYSOM: évaluation de la communication entre psychiatres et médecins traitants [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2008.
24. Guével M-R, Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique.* 1 avr 2012;Vol. 24(1):23-38.
25. Quentin I. Méthodes de l'observation participante | Isabelle Quentin [Internet]. Isabelle Quentin. 2013 [cité 13 janv 2016]. Disponible sur: <https://isabellequentin.wordpress.com/2013/12/26/methodes-de-lobservation-participante/>
26. Widmer D. *Constructing Grounded Theory* 2d ed. Kathy Charmaz. Résumé D. Widmer.
27. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer.* De Boek. 2014.
28. James C. Theory of change review [Internet]. 2011 [cité 18 mars 2016]. Disponible sur: [http://www.theoryofchange.org/wp-content/uploads/toco\\_library/pdf/James\\_ToC.pdf](http://www.theoryofchange.org/wp-content/uploads/toco_library/pdf/James_ToC.pdf)
29. De Reviers B. Repères sur les théories du changement - Synthèse bibliographique réalisée dans le cadre du groupe de travail F3E – COTA « Agir pour le changement ». 2012.

30. Jombart G. Etude Génésy: promouvoir la communication MG-PSY [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
31. CNQSP. Recommandations professionnelles pour courrier d'adressage entre médecins généralistes et psychiatres [Internet]. 2010 [cité 10 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.fregif.org/docs/gerontologie/2011-05-04\\_adressage-mg-psy-synthese-de-recommandation-442.pdf](http://www.fregif.org/docs/gerontologie/2011-05-04_adressage-mg-psy-synthese-de-recommandation-442.pdf)
32. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale. 2012.
33. Devillières M-C. Du secteur psychiatrique au territoire de Santé [Internet]. Institut d'Etude Politiques de Grenoble; 2012. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00936722/document>
34. Simand M, Windey C. Collaboration médecins généralistes et psychiatres: cas particulier du syndrome métabolique sous antipsychotiques atypiques [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012. Disponible sur: [http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/666961/filename/2012GRE15008\\_simand\\_mathilde\\_et\\_windey\\_claire\\_1\\_D\\_.pdf](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/666961/filename/2012GRE15008_simand_mathilde_et_windey_claire_1_D_.pdf)
35. Helas A-L. Expérimentation de la charte de partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur. Etude pilote de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres sur le secteur Eurométropole sud. Université de Strasbourg; 2016.
36. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». Inf Psychiatr. 2 juin 2014;Volume 90(5):311-7.
37. Catherine P-H. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes: une enquête qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2012.
38. Denis-Gaubert A. Quelle communication les patients désirent-ils entre leur psychiatre et leur médecin généraliste ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Rouen; 2014. Disponible sur: [http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/1060475/filename/DENIS\\_GAUBERT\\_AGATHE.pdf](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/1060475/filename/DENIS_GAUBERT_AGATHE.pdf)
39. Hardy-Baylé M-C, Kannas S, Reboul G, Demongeot C. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie. PLURIELS. 2011;(92-93):1-15.
40. Plaquette ERIC [Internet]. [cité 4 avr 2016]. Disponible sur: [http://www.ch-charcot78.fr/plaquettes/ERIC\\_XI.pdf](http://www.ch-charcot78.fr/plaquettes/ERIC_XI.pdf)
41. Gallais J-L. Médecine générale, Psychiatrie et soins primaires: regard de généraliste. Inf Psychiatr. 2014;90:323-9.

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : La charte de partenariat entre médecine générale et psychiatrie de secteur

# Charte de partenariat

## Médecine générale & Psychiatrie de secteur

Pour mieux répondre aux besoins des patients dans le domaine de psychiatrie et de la santé mentale et compte tenu des enjeux des soins aux personnes et de santé publique, le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés souhaitent améliorer le partenariat entre médecins généralistes traitants et psychiatres de secteur. Afin d'assurer une meilleure coordination des soins, ils s'accordent sur les points suivants :

- 1 Le psychiatre de secteur, dans la perspective d'une prise en charge coordonnée du patient, notamment sur le plan somatique, **s'assure de l'existence et de l'identification d'un médecin généraliste traitant** pour chacun de ses patients.
- 2 Le médecin généraliste traitant assure le suivi médical global du patient et, dans ce cadre, participe à la prévention et la surveillance des effets secondaires des traitements en particulier lors de **comorbidités somatiques et psychiatriques**. Le psychiatre de secteur propose, s'il y a lieu, le traitement chimiothérapeutique au médecin généraliste traitant, qui en réalise alors principalement la prescription, eu égard à sa connaissance globale de l'état clinique du patient.
- 3 Le secteur de psychiatrie assure au médecin généraliste traitant **un accès téléphonique direct** à un psychiatre senior de l'équipe. Cette disponibilité est réciproque.
- 4 La **transmission d'information** de la part du psychiatre de secteur au médecin généraliste traitant est assurée dès l'adressage du patient aux structures de soins. En cas de suivi spécialisé, le médecin généraliste traitant, en tant que co-thérapeute, est informé régulièrement de ses modalités en cours et/ou envisagées quant à la prise en charge ponctuelle ou durable.
- 5 Le médecin généraliste traitant est informé systématiquement et dans les délais les meilleurs, **des hospitalisations programmées ou urgentes en milieu spécialisé de son patient, tant à son entrée qu'à sa sortie**. Sa connaissance du traitement de sortie mais aussi des conditions du retour à domicile, en particulier en cas d'interventions dans le champ sanitaire ou social dans le lieu de vie, en fonction des ressources du territoire, est de nature à assurer une meilleure coordination du parcours de soin.
- 6 Pour les patients relevant de la patientèle du médecin généraliste traitant, cette coopération entre soignants facilite **l'action du médecin généraliste traitant pour mobiliser des ressources locales et des interventions communes au domicile par l'équipe du secteur psychiatrique**. Le médecin généraliste traitant intervient notamment en cas de mesure d'hospitalisation sans consentement.
- 7 Le médecin généraliste traitant et le psychiatre du secteur réfèrent assurent la **coordination des interventions au domicile** concernant les équipes pluri professionnelles impliquées dans les soins, l'aide et l'accompagnement du patient et de sa famille.
- 8 **La formation des internes de psychiatrie et des internes de médecine générale doit favoriser la connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles**. Les stages universitaires doivent être l'occasion d'échanges réciproques dans les secteurs ou les cabinets des maîtres de stage des universités.

La mise en oeuvre de ces principes participe au développement d'espaces d'échanges communs entre médecine générale et psychiatrie publique. Elle doit être adaptée à la situation démographique des différents territoires.

le 20 mars 2014

**Dr Christian Müller**  
Président  
Conférence Nationale des Présidents de CME  
de Centres Hospitaliers Spécialisés



**Pr Pierre Louis Druais**  
Président  
Collège de la Médecine Générale



ANNEXE 2 : Courrier d'adressage accompagnant le questionnaire.



, le 15 juin 2015

**Objet : Analyse de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres**

Chère consœur, Cher confrère,

Le Collège de la Médecine Générale et la Conférence des présidents de Commission Médicale d'Établissement (CME) de Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) ont signé en 2014 la première Charte de partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur.

Il nous a semblé que ce projet répondait à une vraie nécessité de terrain et nous nous sommes proposés pour « expérimenter cette Charte » sur notre commune. Il s'agit de montrer comment la diffusion et l'appropriation d'un tel document peuvent améliorer la coordination et les relations entre la Médecine générale et la Psychiatrie de secteur et ainsi permettre une meilleure prise en charge des patients.

Six sites pilotes ont été définis : Bobigny/Pantin, Saint-Denis (93), Lyon 8<sup>ème</sup> (69), Gençay/Civray (86), Strasbourg (67), (38). L'implication conjointe des équipes psychiatriques et des équipes constituées de soins primaires est indispensable pour cette expérimentation.

Nous vous proposons de participer à sa mise en place, en répondant à un questionnaire élaboré conjointement par la Conférence et le Collège. **Ce questionnaire est disponible dans une version papier à nous retourner (ci-joint)**. Son remplissage vous prendra une dizaine de minutes.

Référents de l'expérimentation pour le site de \_\_\_\_\_, nous restons naturellement à votre disposition pour toute question. Nous sommes accompagnés d'une interne de médecine générale, Charlotte Rouault, qui fait son travail de thèse sur ce questionnaire et sera également votre interlocutrice.

Nous vous remercions par avance de votre participation et de votre collaboration afin que ces résultats aient du sens et qu'ils puissent vous être utiles par la suite.

Dr Dominique LAGABRIELLE	Dr Sophia CHATELARD	Dr Pierre MURRY	Charlotte ROUAULT
Médecin généraliste	Médecin généraliste	Psychiatre	Interne Médecine Générale
Coordonnateur <a href="#">Pôle de Santé Interprofessionnel SMH</a>	Directrice de thèse Chargée de projet Pôle de Santé	Chef de service CMP	Thésarde

## ANNEXE 3 : Courrier de relance du questionnaire



, le 1 er septembre 2015

Objet : Analyse de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres

Chère consœur, Cher confrère,

Il y a quelques semaines nous vous proposons de participer à la mise en place d'une charte visant à favoriser et améliorer la collaboration entre la psychiatrie de secteur et la médecine générale.

En effet, le Collège de la Médecine Générale et la Conférence des présidents de Commission Médicale d'Établissement (CME) de Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) ont signé en 2014 la première Charte de partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur.

Il nous a semblé que ce projet répondait à une réelle nécessité de terrain et nous nous sommes proposés pour « expérimenter cette Charte » sur notre commune. Il s'agit de montrer comment la diffusion et l'appropriation d'un tel document peuvent améliorer la coordination et les relations entre la Médecine générale et la Psychiatrie de secteur et ainsi permettre une meilleure prise en charge des patients.

Dans ce cadre, six sites pilotes ont été définis : Bobigny/Pantin, Saint-Denis (93), Lyon 8ème (69), Gençay/Civray (86), Strasbourg (67), (38).

L'implication conjointe des équipes psychiatriques et des équipes de soins primaires est indispensable pour cette expérimentation, nécessaire à l'amélioration de la coopération entre nos deux spécialités et à la prise en charge de nos patients.

A la date de ce courrier, nous n'avons pas reçu de réponse de votre part et nous nous permettons de vous proposer de nouveau de participer à sa mise en place, en répondant à un questionnaire élaboré conjointement par la Conférence et le Collège. Ce questionnaire est disponible dans une version papier à nous retourner (ci-joint). Son remplissage ne vous prendra qu'une dizaine de minutes.

Référents de l'expérimentation pour le site de \_\_\_\_\_, nous restons naturellement à votre disposition pour toute question. Nous sommes accompagnés d'une interne de médecine générale, Charlotte Rouault, qui fait son travail de thèse sur ce questionnaire et sera également votre interlocutrice.

Nous vous remercions par avance de votre participation et de votre collaboration afin que ces résultats aient du sens et qu'ils puissent vous être utiles par la suite.

Dr Dominique LAGABRIELLE	Dr Sophia CHATELARD	Dr Pierre MURRY	Charlotte ROUAULT
Médecin généraliste	Médecin généraliste	Psychiatre	Interne Médecine Générale
Coordonnateur <a href="#">Pôle de Santé Interprofessionnel SMH</a>	Directrice de thèse Chargée de projet Pôle de Santé	Chef de service CMP	Thésarde



## Analyse de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres

Dans le cadre d'une étude pour améliorer la prise en charge des patients en santé mentale et en psychiatrie dans notre territoire d'exercice, nous vous sollicitons pour répondre à quelques questions. Merci par avance pour votre participation.

Ce questionnaire est à retourner **avant le 1<sup>er</sup> octobre 2015** au Collège de la Médecine Générale, 20 rue de l'Hôtel de ville 92200 Neuilly-sur-Seine.

VOTRE PROFIL	
Site d'exercice	<input type="checkbox"/> Lyon 8 <sup>ème</sup> (69) <input type="checkbox"/> Gençay/Civray (86) <input type="checkbox"/> Strasbourg (67) <input type="checkbox"/> Saint-Denis (93) <input type="checkbox"/> Bobigny/Pantin (93) <input type="checkbox"/> ..... (38)
Fonction	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Psychiatre/Assistant psychiatre <input type="checkbox"/> Somaticien Hospitalier
Lieu d'exercice	<input type="checkbox"/> Structure hospitalière et/ou CMP <input type="checkbox"/> Cabinet libéral, Maison / Pôle de santé <input type="checkbox"/> Centre de santé
Type d'exercice	<input type="checkbox"/> Urbain <input type="checkbox"/> Semi-rural <input type="checkbox"/> Rural
Nom du Pôle de psychiatrie Nom du Pôle ou de la Maison de santé	

### CES QUESTIONS INTERROGENT VOTRE PRATIQUE AU QUOTIDIEN

1. Selon vous, la coopération médicale entre médecins généralistes et équipe psychiatrique publique de votre secteur, concernant la prise en charge des patients traités en santé mentale et en psychiatrie est :

2. Quel(s) moyen(s) de communication utilisez-vous entre médecins généralistes et psychiatres ?

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Existante				
Organisée				
Efficace				
Connue de tous				
Précisez :				

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement
Courriers remis au patient ou à ses proches				
Courriers Postaux				
Contacts téléphoniques				
Courriels simples				
Courriels par réseau sécurisé				
Fax				
Réunions de synthèses médecin traitant / psychiatre				
Commentaires :				

3. Comment qualifieriez-vous l'accès téléphonique direct entre médecins généralistes et psychiatres ?

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Facile				
Rapide				
Systematique				
Utile				
Précisez :				

5. Que pensez-vous de la qualité des informations partagées concernant les patients pour des soins somatiques et/ou psychiatriques, lors de :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
Hospitalisation programmée				
Hospitalisation d'urgence				
Sortie d'hospitalisation				
Soins ambulatoires				

- Quelles informations attendez-vous de la part de vos confrères ?

Réponse :

4. Selon vous, dans votre pratique, le délai moyen de retour d'informations entre les psychiatres et les généralistes est de :

- Pour les consultations :

	- 8 jours	- 1 mois	Entre 1 à 2 mois	+ 2 mois	Aucun retour
Par téléphone					
Par courrier					
Par mail					
Par Fax					
Commentaire :					

- Pour les hospitalisations :

	- 8 jours	- 1 mois	Entre 1 à 2 mois	+ 2 mois	Aucun retour
Par téléphone					
Par courrier					
Par mail					
Par Fax					
Commentaire :					

6. Concernant les patients pour lesquels un suivi conjoint vous paraît nécessaire, vous assurez-vous de la notation dans le dossier patient de l'identité du médecin traitant (si vous êtes psychiatre)/ d'un référent psychiatre (si vous êtes médecin généraliste) ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

7. Participez-vous aux éléments suivants pour le suivi de ces patients ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Suivi médical global				
Surveillance des comorbidités somatiques et psychiatriques				
Mise en route d'un traitement médicamenteux psychiatrique				
Prévention et surveillance des effets secondaires				
Précisez :				

8. Parmi ces situations, pour lesquelles un travail de collaboration entre généraliste et psychiatre est-il nécessaire ?

	Indispensable	Utile	Peu utile	Sans intérêt
Champ social				
Champ familial				
Champ professionnel				
Surveillance des comorbidités somatiques et psychiatriques				
Mise en route d'un traitement médicamenteux psychiatrique				
Prévention et surveillance des effets secondaires				
Situations de crise ou d'urgence				
Commentaires :				

9. Dans votre pratique quotidienne, comment qualifiez-vous le suivi médical conjoint :

	Très Satisf.	Satisfaisant	Peu Satisf.	Pas du tout Satisf.	Inexistant
Suivi de l'évolution de la pathologie psychiatrique					
Suivi socio-familial					
Suivi professionnel					
Suivi des comorbidités					
Suivi des effets secondaires/ indésirables					
Suivi des traitements somatiques					
Suivi des traitements psychiatriques					
Situations de crise ou d'urgence					
Commentaires :					

10. Actuellement, les interventions au domicile des patients en rapport avec les pathologies psychiatriques sont coordonnées par :

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Le médecin généraliste				
Le psychiatre				
L'équipe psychiatrique de secteur				
De façon conjointe médecin généraliste/ psychiatre				
Commentaires :				



11. Concernant la formation universitaire, que pensez-vous d'un stage :

	Très intéressant	Intéressant	Peu d'intérêt	Aucun intérêt
En cabinet de médecine générale pour les internes en psychiatrie ?				
En psychiatrie pour les internes en médecine générale ?				
Commentaires :				

12. Concernant une rencontre entre médecins généralistes et psychiatres :

- Accepteriez-vous de rencontrer vos confrères dans votre secteur géographique ?

Oui

Non

Autre :

- Participeriez-vous à une réunion conjointe sur le secteur ?

Oui

Non

Autre :

- A quelle fréquence seriez-vous prêt à des échanges de type concertation ?

Réponse :

VOS COORDONNÉES	
Nom, prénom	
Année d'entrée en exercice professionnel	
Email	
Tel/Portable	
Adresse du lieu d'exercice, code postal	

QUESTIONNAIRE A RETOURNER AU COLLEGE DE LA MEDECINE GENERALE  
20 rue de l'Hôtel de Ville 92200 Neuilly-sur-Seine  
avant le 1<sup>er</sup> octobre 2015

## ANNEXE 5 : Consentement écrit dans le cadre de l'observation participante

### Etude sur la Collaboration entre les Médecins Généraliste et les Médecins Psychiatres de Secteur Demande de consentement

Nous réalisons un travail de thèse sur la collaboration entre médecin généraliste et psychiatres de secteur. Notre souhait est de pouvoir faire évoluer cette collaboration en la renforçant sur

Cela nécessite premièrement un « état des lieux » préalable de cette collaboration, réalisé au moyen d'un questionnaire qui a été proposé aux médecins de la commune, généralistes et psychiatres publiques. Cela nécessite ensuite de pouvoir comprendre et analyser ce qui se joue lors de la mise en place et le renforcement d'une telle collaboration, la rencontre entre médecins généralistes et psychiatres, élargie aussi aux autres professionnels de santé du pôle et du CMP.

Dans le cadre de la mise en place de cette collaboration sur la commune, le Dr Sophia Chatelard, installée à \_\_\_\_\_ et moi-même, Charlotte Rouault, thésarde et remplaçante sur ce secteur, participons à différentes réunions. Ces rencontres, comme celle d'aujourd'hui, sont l'occasion d'observer et de recueillir des informations supplémentaires qui viennent compléter le questionnaire.

Ces données, traitées de manière anonyme, nous permettront d'étayer le travail d'analyse et de proposer des pistes pour ajuster la mise en place et le renforcement de notre collaboration sur

Votre participation, si vous l'acceptez, est donc importante pour ce travail.

Nous ne manquerons pas de vous tenir au courant des résultats de cette thèse.

Charlotte Rouault  
Thésarde  
Médecin généraliste remplaçant

Dr Sophia Chatelard  
Directrice de thèse  
Médecin généraliste installée

Je, soussigné(e), Mr, Mme (Nom Prénom).....déclare  
consentir à ce que mes propos puissent être retranscrits et analysés dans le cadre de cette étude  
/Thèse sur la collaboration entre médecin généraliste et psychiatre de secteur.

Mes propos seront utilisés de manière ANONYME et de façon à ce que mon identité ne puisse être  
déduite des propos relatés.

Date.....

Lieu :.....

Signature :

ANNEXE 6 : Récapitulatif des documents produits et analysés dans l'observation participante.

Identifiant	Intitulé du document
T1	Témoignage d'un médecin généraliste sur la collaboration
OP2	Réunion de lancement à Paris et Visite du CMP par MG1
OP3	Rencontre de lancement à Paris par MG2
OP4	Echange de pratique - Description
OP5	Echange de pratique - Debriefing
OP6	Présentation au CHAI - Description
OP7	Présentation au CHAI - Debriefing
OP8	Réunion CLSM - Description
OP9	Réunion CLSM - Debriefing
R10	Réunion de travail

## 1. Etat de base de la collaboration

### A. Collaboration en général

- \* C'est une situation ancienne
- \* Difficultés communes

### B. Ne pas se connaître

### C. Problème de Disponibilité

- \* Problème de disponibilité côté psychiatres
  - Prévenir de ses difficultés
  - Faire l'objet de nombreuses sollicitations
  - Contraintes démographiques
  - Explications circonstancielles

### D. Avoir des difficultés à Communiquer

- \* Problème concret des courriers, pas de retour
- \* Exprimer la "lourdeur" de la communication
- \* Problème de communication des MG
  - Ressentir une accumulation de problème de communication
  - Absence de partage sur la stratégie thérapeutique
  - Connaître les conditions de retour à domicile
  - Autocensure des MG envers les psychiatres

### E. Expertise clinique

- \* Besoin clinique des psychiatres
  - Avoir des partenaires pour le suivi métabolique
  - Besoin pour les ALD
- \* Besoin d'expertise en psychiatrie pour les MG
  - Devoir prendre des risques
  - Se sentir abandonné par les psychiatres
  - Se sentir incompetent
  - Pouvoir avoir un accès rapide/facile
  - Besoin d'aide, de soutien, ne pas se sentir seul

### F. Reconnaissance

- \* Etre dévoué à son métier
- \* Besoin de reconnaissance des psychiatres
- \* Besoin de reconnaissance des MG
  - Vouloir être partenaire dans le soin du patient
  - Sécuriser le patient
  - Vouloir participer à la surveillance du traitement
  - Ne pas être pris en compte dans la prise en charge du patient
  - Ressentir un manque de reconnaissance du rôle de MT

### G. Collaboration vue par les psychiatres

- \* Difficultés et besoins des psychiatres
  - Se plaindre de façon itérative pour les psychiatres
  - Colère exprimée par les psychiatres
- \* Subir des a priori négatifs sur la psychiatrie
- \* Avoir des intérêts politiques

### H. Collaboration vue par les MG

- \* Besoins des MG

- Vouloir s'épanouir professionnellement
- \* Difficultés côté MG
- \* Etablir une stratégie de contournement du CMP
- \* Colères des MG

## **2. Proposer des solutions pour améliorer la collaboration**

- A. Mieux se connaître
  - \* Favoriser la connaissance interpersonnelle
- B. Agir pour améliorer
- C. Faire des projets communs

## **3. Facteurs favorables à la collaboration**

- A. Vouloir changer, construire la collaboration
  - \* Accorder sa confiance
  - \* Etre optimisme dans le changement
  - \* Ressentir une émulation positive
  - \* Avoir de bonnes intentions
- B. Se rencontrer, se connaître
  - \* Vouloir se rencontrer
  - \* Saluer la rencontre
    - Satisfaction de la réunion
  - \* Echanger
- C. Parler de soi
  - \* Parler de son rôle, de ses actions
- D. Ecouter, comprendre l'autre
  - \* Saluer l'attitude de l'autre
  - \* S'ouvrir aux autres
    - Respecter l'autre
  - \* Découvrir les actions de l'autre
    - Se rendre compte des difficultés de l'autre
    - Etre sensible aux difficultés de l'autre
  - \* Recevoir les remarques des MG
- E. Faire des efforts
  - \* Reconnaître ses torts
    - Découvrir ses faiblesses ou ses torts
    - Faire amende honorable
  - \* Attitude constructive (ou non)
  - \* Montrer son intérêt
  - \* Persévérer dans le processus de rapprochement
- F. Apparition d'une solidarité
  - \* Avoir des points communs
  - \* Etre dans le même bateau = difficultés communes
  - \* Travailler en équipe

#### **4. Obstacles à franchir dans le processus de collaboration**

##### A. Ne pas avoir de résultats concrets

- \* Ne pas répondre à une sollicitation, une doléance
  - Expliquer les freins des psychiatres pour répondre aux MG
- \* Gâcher son temps et son énergie
- \* Etre inquiet sur le processus
  - Ressentir des freins persistants

##### B. Division au sein du groupe

- \* Attitudes différentes dans la collaboration pour les MG
  - Revendiquer
  - " Nombriisme" des MG, victimisme
  - Etre "l'expert" du patient
  - Refuser le repli
  - Se replier sur soi
  - Avoir la "fibre", vouloir construire
- \* Relation basée sur la connaissance interpersonnelle: débat

##### C. Différences de perceptions et de besoins entre psychiatres et MG

- \* Ressentir de la gêne
  - Gêne des MG
  - Etre gêné de l'attitude d'un collègue
- \* Avoir des a priori
- \* Etre blessé par l'attitude de l'autre
- \* Différence de vision de la collaboration
  - Point de vue sur la collaboration idéale
  - Ne pas être compris de l'autre
  - Se sentir disponible pour les MG
- \* Différence de comportement MG/Psy
  - Etre libéral
  - Rigueur
  - Etre en retard

#### **5. Evolution constatée sur le terrain**

##### A. Concrétiser les choses

- \* Avoir un retour des psychiatres

##### B. Evoluer dans la perception des choses au fil des rencontres

##### C. Evolution de la collaboration

- \* Ne pas évoluer apparemment
- \* Les liens se sont créés

#### **6. Interrogations sur le processus du rapprochement**

##### A. Concrétiser la suite

##### B. Se centrer sur l'intérêt du patient

- \* Etre centré sur les soignants

##### C. Spécificité/représentativité du secteur étudié

##### D. Etendre la collaboration

- \* Ne pas se disperser
  - "Voir petit", ne pas être ambitieux au début

- \* Intégrer les autres MG
- \* Impliquer les « non médecins »
  - Impliquer les paramédicaux
  - Les besoins de collaboration pour les non médecins
  - Exclusion des non médecins

E. Question de fond

- \* Avoir une relation différente d'avec les autres spécialités

**7. Comportements lors des rencontres**

A. Echange de pratique comme prétexte

B. Ambiance

C. Avoir besoin d'exprimer son mal être / de reconnaissance

D. Rapport déséquilibré/équilibré

- \* Prendre le contrôle
- \* Effectif trop grand
- \* Rapport équilibré
- \* Rapport déséquilibré

E. Se faire des reproches

F. Rester en retrait

- \* Manquer d'intérêt

G. Se regrouper

## ANNEXE 8 : Commentaires libres du questionnaire

<b>Question 1. Selon vous, la coopération médicale entre médecins généralistes et équipe psychiatrique publique de votre secteur, concernant la prise en charge des patients traités en santé mentale et en psychiatrie est :</b>
aucune coopération
Le CMP ne reçoit plus de nouveaux patients, je ne sais pas lesquels y sont suivi et je n'ai aucun échange depuis longtemps
récemment installée, je n'ai eu aucun lien avec eux pour le moment, il manque une case "ne sait pas"
Je ne connais pas les praticiens de la psychiatrie de secteur. Je ne reçois jamais de courriers, sauf pour annoncer qu'ils ne peuvent plus prendre en charge de nouveaux patients.
chacun évolue dans son univers sans rien échanger
Liens téléphoniques et échanges de courriers Pas de rencontres organisées ou de protocoles (de type suivi métabolique des patients sous psychotropes)
Les seuls courriers reçus sont pour la non prise en charge de nouveaux patients sur le secteur pour manque de personnel, en général si on fait une lettre : pas de retour par un courrier je ne fais plus appel au CMP depuis 3 ans
impression de suivis parallèles sans échange
Les qualités dépendent des situations.
Je n'ai jusqu'à présent aucun lien avec les CMP adulte et enfant de mon secteur.
J'attends toujours mon premier courrier/appel téléphonique. Rectificatif: ce jour, (31/08/2015) je reçois le premier courrier concernant un patient adressé le 28/02/2014.
Je n'ai jamais de retour des médecins ou équipes psychiatre "" de leurs part.

<b>Question 2. Quel(s) moyen(s) de communication utilisez-vous entre médecins généralistes et psychiatres?</b>
je fais une lettre retour exceptionnel
Jamais avec la psychiatrie publique
Communication toujours à mon initiative. je n'ai jamais été contactée spontanément pour un patient, ni par courrier, ni par téléphone.
c'est d'une grande pauvreté
jamais proposition de réunion de synthèse
Courrier quand pas joignable par tel ou mail
Courrier MG --> Psychiatre. Rarement = jamais

<b>Question 3. Comment qualifieriez-vous l'accès téléphonique direct entre médecins généralistes et psychiatres ?</b>
Il faut appeler le bon jour à la bonne heure .....
se parler au téléphone d'un patient suivi en commun relève du parcours du combattant
on ne connaît en général pas le nom du médecin psychiatre qui est sur le secteur, pas ses horaires.
Il est très difficile de joindre les psychiatres.

<b>Question 4. Selon vous, dans votre pratique le délai moyen de retour d'informations entre les généralistes et les psychiatres est de :</b>
les séjours hospitaliers font effectivement l'objet d'un courrier de bonne qualité
pas de communication
Pour Hospitalisations: où?
pour Hospitalisations: Parfois 1 retour, pas toujours.
C'est la spécialité avec laquelle il y a le moins d'échange.

<b>Question 5. Quelles informations attendez-vous de la part de vos confrères?</b>
Diagnostique - évolution attendue - CAT en fonction de l'évolution - plan de soin personnalisé
toutes
information sur la prise en charge ou juste que le patient a été vu
le ttt, le suivi, les CR des consultations
diagnostic, modifications de thérapeutiques, organisation et répartition du suivi et des prescriptions



certaines hospitalisations programmées en psychiatrie se décident sans que j'en sois informé. La qualité du suivi peut s'en trouver altéré. Un courrier au généraliste serait alors bien venu pour éclairer la prise en charge des données personnelles connues du MG et pour améliorer la qualité du suivi somatique notamment lors du séjour hospitalier qui peut être une occasion d'effectuer un certain nombre d'exams paracliniques nécessaires.

CR d'hospit' ou de consult', diagnostic, traitements entrepris, perspectives d'avenir, surveillance

Information sur le subi somatique des patients, l'instauration de nouveaux traitements somatiques, Nécessite de veiller aux co prescriptions de psychotrope en particulier hypnotiques, benzodiazépines.

comme j'ai pas d'information je ne peux pas répondre.

les modifications thérapeutiques, les bilans ultérieurs, les consultations ultérieures programmées avec qui et quand

Le diagnostic, le traitement, les consignes pour le suivi, les points à surveiller selon le traitement, les possibilités d'adaptation du traitement selon l'évolution.

Changement des traitements, Evolution de la maladie, Tolérance du traitement.

un compte rendu, un protocole, un suivi organisé en cas de besoin (possibilité de contact téléphonique par ex)

Plein d'informations, Notamment j'attends plus d'interactions quant aux traitements prescrits, la surveillance. Je pense que les informations concernant les patients sont du domaine de l'intime, mais de fait, il n'y a pas d'échange entre les médecins.

Le nom du psychiatre référent, les horaires où il/elle peut être joint (+tel ou courriel). Le nom et la qualification des autres intervenants. Le diagnostic retenu (quand il est établi). Le traitement proposé et TOUTES les modifications, y compris de posologie. La fréquence des consultations, rendez-vous proposé. Et toutes informations utiles, après accord du patient.

pathologie somatique, psychiatrique connue, traitements, contexte familial et "... si besoin.

#### **Question 7. Participez-vous aux éléments suivants pour le suivi de ces patients ? Précisez**

le délai de réponses à une demande d'intervention d'un psychiatre publique pour un patient non encore connu du CMP m'amène à prescrire des psychotropes pour lesquels il me semblerait utile d'échanger avec un psychiatre.

Les psy de CMP "voient rouge" lorsque le médecin traitant touche au domaine de la thérapeutique psy qui doit leur sembler de leur domaine réservé...

la mise en route d'un traitement devrait idéalement être initiée par le psychiatre

Commentaire concernant la mise en route d'un ttt médic psychiatrique: si non suivi par un psy

J'interroge les patients quand ils ont du lithium, sur la surveillance dont ils bénéficient.

Question difficile à comprendre...

#### **Question 8. Parmi ces situations, pour lesquelles un travail de collaboration entre généraliste et psychiatre est-il nécessaire ?**

je ne vois comment on peut faire l'économie de se concerter et pourtant c'est largement le cas le plus souvent !

Soutien nécessaire vis-à-vis des médecins du travail.

#### **Question 9. Dans votre pratique quotidienne, comment qualifieriez-vous le travail médical conjoint**

Y a du boulot !

cela est très dépendant du psychiatre

Je déplore cet état de fait.

#### **Question 10. Actuellement, les interventions au domicile des patients en rapport avec les pathologies psychiatriques sont coordonnées par : Commentaire**

je ne peux pas répondre pour les psychiatres ou l'équipe de secteur

je ne suis pas du tout impliquée dans le suivi au domicile de ces patients. Ils viennent me voir à mon cabinet et je n'ai aucune idée de comment sont organisées les interventions à domicile des infirmières libérales ou du personnel du CMP.

je ne connais pas d'intervention à domicile pour les pathologies psychiatriques.... Tout au plus puis-je noter l'intervention d'un CMP pour une patiente en EHPAD mais sans concertation avec moi.

plutôt les urgentistes en situation de crise

Cela a énormément diminué dans ma pratique.

Absence de coordination

<b>Question 11. Concernant la formation universitaire, que pensez-vous d'un stage :</b>
à voir
J'ai fait un stage en psychiatrie à la fin de mon externat ce qui m'a permis de voir que je ne me sentais pas apte pour cette filière.

<b>Question 12. Concernant une rencontre entre médecins généralistes et psychiatres : à quelle fréquence?</b>
tous les 3 mois (pas plus)
1/trimestre et plus si nécessaire si possible rémunérée
3 fois par an
1 par trimestre, selon le nombre de patients en commun
1 séance tous les 2 mois
une fois tous les 2 mois
Que les psy fassent déjà des retours courriers (ce qui paraît bien le minimum) pour nos patients ou lient des contacts téléphoniques fructueux avant d'envisager des rencontres chronophages. Pourquoi donc les relations avec nos correspondants libéraux sont si faciles à la différence d'avec celles avec les psy de secteur ?
Bi annuel
1 fois par mois
une fois par trimestre par exemple
trimestre
une fois par mois
Une fois par an
Annuelle ou bi annuelle
1 fois par an maximum
Peu de temps !
1 fois tous les 3 à 4 mois
A déterminer selon le caractère +/- constitutif de la première rencontre.
1 fois par an
2/3mois
?

## ENSEIGNANTS A L'UFR de MEDECINE



Affaire suivie par Kristina PENAUD

[sp-medicine-pharmacie@ujf-grenoble.fr](mailto:sp-medicine-pharmacie@ujf-grenoble.fr)

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2015-2016

### ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETIERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie

PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGLIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
MCU-PH	RAY Pierre	Génétique
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET J. Paul	Ophthalmologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

**PU-PH** : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

## RESUME

**Introduction:** La communication entre médecins généralistes (MG) et psychiatres, indispensable à la coordination des soins autour des patients de santé mentale, est difficile. Une charte signée entre les instances de médecine générale et de psychiatrie publique a été élaborée en 2014 pour améliorer cette collaboration.

**Objectif:** Décrire la collaboration entre MG et psychiatres publiques (PP) et identifier les déterminants de son développement, en vue de l'améliorer par des actions adaptées au terrain.

**Méthode:** Etude mixte monocentrique sur une commune de l'Isère, nichée dans une étude nationale multicentrique. Un auto-questionnaire proposé à tous les MG et PP de la commune a établi l'état des lieux de la collaboration. Puis, une étude qualitative par observation participante (OP) a été menée lors de rencontres organisées entre équipes de soins primaires et équipes de psychiatrie publique afin d'identifier les freins et les facteurs favorables à l'amélioration de la collaboration.

**Résultats:** Sur 33 médecins interrogés, 63,6% ont répondu au questionnaire (4 PP et 17 MG). La coopération entre MG et PP était inexistante pour 66,7% des répondants alors qu'elle était «utile» voire «indispensable» pour respectivement 49,6% et 42,2% des médecins. L'OP a montré une méconnaissance réciproque et des contraintes de disponibilité empêchant d'assurer les besoins de communication et d'expertise de part et d'autre. Une théorie du changement a formalisé les axes d'amélioration de la collaboration.

**Conclusion:** Il existait une volonté commune d'améliorer la coopération entre MG et PP et des solutions concrètes commencent à être mise en place.

**Mots clés:** Médecine générale, Psychiatrie, Collaboration, Observation participante.

## ABSTRACT

**Introduction:** Communication between general practitioners (GPs) and psychiatrists, essential to coordinate mental health patients' care, remains difficult. A charter signed by the authorities of general practice and public psychiatry was elaborated in 2014 to improve this collaboration.

**Objective:** To describe the collaboration between GPs and public psychiatrists (PP) and to identify the determinants of its development, with the aim of improving it by field-adapted measures.

**Method:** Mixed method single-center study in a town of Isère (France), nested in a national multicenter study. A self-questionnaire sent to all GPs and PP of the town allowed to assess the collaboration before any intervention. Then, a qualitative study through participant observation (PO) was conducted during meetings organized between teams of primary care and public psychiatry in order to identify obstacles and favorable factors to collaboration's improvement.

**Results:** Of the 33 interviewed physicians, 63,6% answered the questionnaire (4 PP and 17GPs). The cooperation between GPs and PP was no-existent for 66.7% of respondents, however it was considered "useful" even "essential" for respectively 49.6% and 42.2% of the physicians. PO has shown a reciprocal ignorance and the constraints of availability that prevent to ensure the necessary communication and expertise for both specialty. A theory of change has formalized the collaboration's improvement axes.

**Conclusion:** There was a common will to improve cooperation between GPs and PP and concrete solutions are being implemented.

**Keywords:** General practice, Psychiatry, Cooperative behaviour, Participant observation.