



HAL
open science

Analyse du vécu et des enjeux relationnels des médecins généralistes et psychiatres, dans le cadre de rencontres régulières : une étude qualitative en Isère

Astrid Jacoud, Isabelle Couvert

► To cite this version:

Astrid Jacoud, Isabelle Couvert. Analyse du vécu et des enjeux relationnels des médecins généralistes et psychiatres, dans le cadre de rencontres régulières : une étude qualitative en Isère. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01802662

HAL Id: dumas-01802662

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01802662>

Submitted on 29 May 2018

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 :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.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>

Année : 2018

**ANALYSE DU VÉCU ET DES ENJEUX RELATIONNELS DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES ET PSYCHIATRES, DANS LE CADRE DE RENCONTRES
RÉGULIÈRES : UNE ÉTUDE QUALITATIVE EN ISÈRE**

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Par Astrid JACOUD

et

Isabelle COUVERT

[Données à caractère personnel]

(Faculté de médecine de Grenoble)

(Faculté de médecine de Montpellier)

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 24/05/2018

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Professeur Patrick IMBERT

Membres :

M. le Professeur Thierry BOUGEROL

M. le Docteur Yoann GABOREAU

M. le Docteur Bruno CARON (directeur de thèse)

Les UFR de Médecine de Grenoble et de Montpellier n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.



Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2017-2018

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	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
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	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
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
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
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
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAEN Jean-Yves	Hématologie
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	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
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
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
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-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
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	MC LEER 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
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA 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
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
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	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
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

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale



Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie
Madeleine
MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT
Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre

MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2^{ème} classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition

THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MCU-PH de 2^{ème} classe
BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Patrick IMBERT, pour l'honneur que vous nous faites de présider ce jury et pour votre bienveillance tout au long de ce travail. Recevez ici toute notre considération et l'expression de notre plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL, pour avoir accepté de faire partie de ce jury et pour l'honneur que vous nous faites de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de notre respectueuse gratitude.

Au Docteur Yoann GABOREAU, pour votre intérêt porté à notre sujet de thèse et votre présence dans notre jury, pour nous avoir encouragées à poursuivre ce travail. Veuillez recevoir nos sincères remerciements.

A notre directeur de thèse, le Docteur Bruno CARON, pour ta patience et ta grande disponibilité. Merci de nous avoir encouragées et guidées tout au long de cette thèse. Merci d'avoir toujours cru en l'utilité de ce travail. Merci pour ces soirées studieuses dans les bars à vin !

Au Docteur Amandine COSTE, pour ta disponibilité et tes conseils concernant la méthodologie de notre travail.

Aux médecins qui nous accordé leur temps précieux lors de ces entretiens, sans vous ce travail n'aurait pu aboutir.

ASTRID

A l'ensemble des médecins qui ont croisé mon parcours universitaire et qui ont participé à ma formation, à la transmission du savoir.

A mes maitres de stage, les Docteurs De Véricourt, El Sawy et David, pour m'avoir montré un exercice de la médecine, rigoureux, passionné et humain, pour m'avoir donné l'envie de me former chaque jour pour apporter davantage à mes patients.

A mes maitres de stages, les Docteurs Pey-Vial, Suscillon et Amalric, pour m'avoir permis d'apprendre à considérer l'environnement socio-familial dans la prise en charge d'un patient, de m'avoir rassurée vis-à-vis de ma pratique en tant que femme médecin, de m'avoir montré qu'on peut-être un excellent médecin sans avoir à travailler plus de 50 heures par semaine.

A mes collègues de travail, les Docteurs Grillot, Bourlard, Eymin, Anderson et Gilabert, pour me permettre de travailler au sein de votre cabinet depuis deux ans, pour votre solidarité face aux situations complexes, pour votre gentillesse, pour votre présence quotidienne au cabinet, pour votre soutien dans ce long travail de thèse, pour cette confiance que vous avez en moi, pour ces discussions le soir après les consultations.

A mes parents, Serge et Sophie, pour m'avoir permis d'en arriver là, pour m'avoir soutenue ces vingt-neuf dernières années, pour cette merveilleuse fratrie.

A mes frères et sœurs, Kelly, Gwennaëlle, Nolwenn, Lancelot, pour ces jeux sans fins depuis toujours, votre énergie et votre joie, pour votre amour inébranlable.

A mes beaux-frères, P.A., Simon, Clovis, qui viennent agrandir cette extraordinaire famille.

A mes cousins et cousines, oncles et tantes, grand-parents et famille plus éloignées, pour votre bienveillance vis-à-vis de mes absences répétées, votre présence ce jour malgré la distance.

A ma belle-famille, Olivier, Christine, Seb, Jenny, pour ce soutien depuis de longues années, pour ces repas chaleureux, pour ces bons moments partagés, pour tous les autres à venir.

A mes amies d'enfance, Lucile, Chloé, Agathe, Clélia, Jess, Mélanie qui m'ont connue sous toutes mes facettes, cette amitié qui ne s'effiloche pas avec le temps, malgré la distance et nos vies bien remplies. C'est toujours un immense bonheur de partager ces diners presque parfaits avec vous.

Au gang de Laponie, Phiphi, Papass, Martin, Jess, Ciol et Amélie pour les virées dans le grand nord, pour leur passion pour les saucisses, pour les paysans de Carcassonne, pour les petits collants grands bâtons.

Aux mool free, Baptiste, Kristina, Cécile, Xavier, Estelle, Seb, Thibaut, Maïté, Yoann, Marjo, Florian, Florence, Clothilde, Nico S., pour leur énergie débordante, pour leur accueil chaleureux, pour leur soif de sport intarissable, pour leur humour tranchant, pour ces WE zoologiques et vacances au brome, pour ce taux de natalité hors du commun, pour vos bambins à croquer.

A la fine équipe, Moumoune, Nico V., pour cette reprise de la BO de Game Of Thrones malheureusement trop peu connue.

Aux quatre doigts de la main, Harold, Alix, Ben, Hélène, Brennan, que j'apprécie et que j'ai découvert avec Ludo.

A Diego, Marie, Noémie, Coline, Jenny, pour avoir fait vivre cette colocation, pour ces soirées mythiques dans le jardin.

A mes co-internes de pédiatrie, pour cette ambiance de folie et cette liste de prénoms qui sera toujours une grande source d'inspiration. A Blandine que je ne vois pas assez.

A mes co-internes d'Annecy, pour ce semestre endiablé.

A Isabelle, pour avoir accepté de partir en randonnée avec moi, même si on a failli ne pas en revenir, a cette merveilleuse rencontre amicale et professionnelle, pour ce long travail de thèse qui me laisse un souvenir agréable grâce à toi.

A mon Ludo, qui m'a tant apporté depuis toutes ces années ; qui a su me rendre, plus heureuse, plus épanouie, plus dynamique ; qui a su m'accompagner dans les moments difficiles ; qui a toujours été persuadé que je serais un bon médecin ; qui m'a permis de trouver un équilibre dans la vie ; qui continue à me surprendre chaque jour, me faire rire, me faire rêver ; merci pour ces belles années partagées, merci pour toutes celles qui restent à venir, merci pour cette belle aventure à deux.

A tous ceux que j'ai oublié de citer. Merci.

ISABELLE

A mes parents, Martine et Jacques : Rien de tout ça n'aurait été possible sans vous. Merci pour les valeurs que vous m'avez inculquées, merci d'avoir cru en moi, merci pour votre amour, votre écoute et votre soutien sans faille, même dans les moments les plus difficiles. Et surtout un immense merci pour avoir supporté mon caractère de cochon pendant toutes ces années ! Je vous aime. (Et merci pour la relecture de cette thèse ma mamounette !)

A ma soeur Delphine, à mon frère Jean-Christophe : Merci pour tous ces bons moments passés ensemble. Merci Jean-Chri de m'avoir toujours valorisée, merci pour ces super week-ends, montpelliérains ou lyonnais, merci de m'avoir fait découvrir Montpellier. Tellement fière d'avoir pu marcher dans les traces de mon grand-frère en venant y vivre à mon tour ! Delphine, tu as toujours su trouver les mots justes et toujours vu en moi le meilleur. Merci de m'avoir encouragé dans les différentes étapes de ma vie. Merci pour tout. Je suis fière de vous.

A ma belle-soeur Melvina, à mon beau-frère Lionel : Merci d'avoir rejoint notre famille. Mel, merci pour tes conseils, ton écoute, merci de te soucier des autres comme tu le fais, tu sais toujours trouver les mots réconfortants. Lionel, merci de m'avoir supporté pendant ces études, notamment certaines fois où mon impulsivité a pu me jouer des tours. (une certaine soirée à la pizzeria... ou même plusieurs non ?!)

A mes neveux, Raphaël et Eliot, à ma nièce Charlotte : Merci de faire de moi une tata comblée. Je sais que la distance fait qu'on ne se voit pas aussi souvent qu'on le voudrait, mais j'espère bien que ça va changer. Je suis fière de vous. Merci à Raph et Eliot pour vos blagues, vos chorés et vos tours de magie. Merci à Charlotte pour cette sortie ski, merci de ne pas m'en avoir voulu de te coincer dans le tapis roulant, la tata de choc ! Vous êtes et serez toujours les bienvenus à la maison !

A mon cousin Christophe, à ma cousine Lila : Merci du fond du cœur pour votre soutien tout au long de ces études. Je me souviens du concours de P1 largement fêté et arrosé dans votre piscine... Vous avez toujours su me montrer à quel point vous étiez fiers de moi. Merci pour ces soirées passées ensemble (bon, il suffit simplement de se résoudre au fait qu'un jour de congé s'impose le lendemain !) Vous êtes pour moi un modèle : de couple, de famille, de bienveillance et de générosité. Merci pour tout, et merci d'avance pour la soirée de demain qui s'annonce mémorable !!!

A Shirin et Seb : Votre présence ce soir me fait le plus grand plaisir. Avec **Pantéa**, merci de m'avoir encouragée comme vous l'avez fait. Les filles, ravie de voir que ma pile de bouquins de P1 ne vous a pas découragées ! Je suis si fière de vous.

Au reste de ma famille, pour votre amour, votre présence, votre soutien et vos attentions.

A ma belle-famille : A Martine, Mina, Carine, Sylvain, Yann, Laura, Lucas, Céline. Aux plus jeunes **Nathan et Jojo, Noah et Evann,** et aux encore plus jeunes **Owen et Jules :** Vous êtes tout simplement exceptionnels. (même si vous aimez quand même un peu trop le time's up à mon goût... mais nul n'est parfait !!) Merci de m'avoir accueillie au sein de votre famille comme vous l'avez fait, avec autant de simplicité et de gentillesse. Merci pour votre soutien inconditionnel, merci pour tous ces bons moments passés en votre compagnie. Merci de faire de moi une tatie poche comblée. Nathan, je t'attends pour ouvrir le « bar & vous » après ta thèse ! Je vous aime.

A la famille Morel : Plus que des amis, une seconde famille. Merci pour vos attentions, votre soutien. Merci de m'avoir écoutée dans mes moments de doute et d'avoir supporté quelques petites crises de

larmes. A tous ces bons moments passés ensemble dans les quatre coins de l'Europe, à ces vacances à Molines tant attendues chaque année, à toutes ces randonnées, à l'initiation à l'alpinisme, au réconfort après l'effort (n'est-ce pas Françoise ? « un 3000 mètres ça s'arrose ! » « On a bien vécu hein ?! »). Merci pour votre présence aujourd'hui qui me touche énormément.

A ma meilleure amie d'enfance, Camille : Merci pour toutes ces années de collège et de lycée mémorables. Plus que des amies, on était comme deux sœurs, inséparables. A tous ces bons moments passés ensemble, à toutes ces vacances de folie, à cette fameuse semaine de catamaran en Turquie...que de souvenirs !!!

A mes copines de P1, Emilie et Camille : Je n'en serais pas arrivée là sans vous. J'aurais tellement aimé poursuivre ce chemin avec vous. Merci pour votre soutien pendant ces deux années difficiles.

A mes amis de l'externat : Blandine, Vincent, Flo, Léa, Rebec, Lydie, Claire, Marie, Aurore, Charles, Adrien, Chloé ,Sibel, Raph, PH, Diane : Merci pour ces formidables années. Les soirées chez blanblan, la baignoire de blanblan, et bien évidemment les week-ends à Tart-L'abbaye et... Jeanne d'Arc !!!

A Delphine : Ma première co-interne... et surtout la meilleure. Merci pour ce premier semestre montpelliérain, on peut dire que les difficultés nous ont soudées ! C'était de loin mon meilleur stage et tu y es pour beaucoup. Merci pour ton écoute, pour ces fous-rires, pour nos petites soirées. C'est si bon de voir que malgré la distance rien n'a changé quand on se retrouve. Tu penses qu'un jour on arrivera à s'arrêter de parler avant d'être virées du resto ??

A toute l'équipe de l'EMASP : Merci pour tout ce que vous m'avez appris et la considération que vous m'avez portée. Ce stage m'a permis d'avoir une vision différente de la médecine et une plus grande ouverture d'esprit. Merci pour cette soirée de fin de stage et pour les bons moments passés au Baron Rouge ! (Tu vois Caro, toi et moi on y croyait pas mais je l'ai fait, je ne finirai pas charcutière finalement !)

A toute l'équipe de SOS : Aux secrétaires, merci pour votre gentillesse et votre patience infaillible. Merci pour votre écoute. Aux médecins, merci de m'avoir aussi bien accueillie dès mon premier remplacement. Hâte de m'associer au sein de votre équipe ! Merci Claudie pour ton dynamisme et ta bonne humeur constante !

Aux anciens de SOS, François, Anaïs : Ce fut un vrai plaisir de travailler avec vous. On se retrouve autour d'un verre quand vous voulez !!

Aux nîmois : Hugo, D'Arcy, Olive, Eric, Sof : à ce semestre magique, à ces soirées au El Callejon, à toutes ces paillotes qu'on a pu se faire. Et **aux montpelliérains : Robin, Jo, Zulay, Sarah :** à tous ces bons moments ensemble, à tous ces festochs !

A Benji et Séverine : Merci pour votre amitié sans faille. Loin des yeux, mais jamais loin du cœur. C'est si bon de voir qu'on peut se retrouver sans que rien n'ait changé. Merci d'avoir toujours été là pour moi. Merci pour votre optimisme débordant, Benji pour ton rythme dans la peau sur nos pas de salsa (ou de kizuuuumbaaaaa !!!), Sev pour nos sessions running, la course de la grande Motte (« ce sont des conditions idéaaaaales !!! »). Bienvenue à la craquante petite Chloé, tout simplement à votre image.

A Hedi : Merci pour cette amitié véritable, pour ton humour, tes expressions, tes mimiques («cheuum», « des groooooos seins !!! »), les dimanches soirs enchiladas débriefs, le code des gros, nos engueulades qui ne dureraient jamais bien longtemps, nos reconciliations, nos confidences. Tu es et resteras mon gros préféré.

Aux Saintes Danse : Cyrielle, Mélanie, Eve, Sarah, Doro : A ce mémorable voyage en Thaïlande (on y a quand même couché les p... de Bangkok !!), aux pubs irlandais ou encore à cette soirée rock londonienne. Merci Mel pour cette passion cachée pour les bolas ! Toujours un plaisir de partir avec vous. A quand la prochaine capitale ?

A Cyrielle : Merci pour ce voyage en Thaïlande inoubliable. Aux pad thai, à ces longues heures de bus (« Cyrielle tu crois qu'ils vont nous attendre ?), aux sangsues, aux serpents (« Euh Isa, c'est un vrai ?! »), à mon anglais littéraire (« You're a lighter ! » euh non... « you're a lawyer ! » et ben non, toujours pas!!).

A Doro : Une amitié si forte, tant de ressemblances, parfois mêmes déconcertantes... Merci pour ces magnifiques souvenirs montpelliérains. Malgré une colocation parfois un peu chaotique, ponctuée de quelques « Oust! » (ou même de signes de la flèche...), je sais que cette amitié restera inébranlable. Merci pour ton soutien, ton écoute, pour tes WEB (un certain en particulier !) et tes paris !

Aux filles : Noé, Marie, Charlotte, Boulzy

Nono Lheur'z, un mélange de générosité, d'humour, de sagesse, auquel s'ajoute un sacré grain de folie! Merci pour ton amitié sans faille et ton écoute.

Marie, tu m'avais fait forte impression la première fois qu'on s'était vu sur Montpel (quelle soirée d'ailleurs !). Les moments passés ensemble ne font que me confirmer à quel point tu es exceptionnelle et combien j'ai de la chance d'avoir croisé ta route. Merci de savoir toujours trouver les mots justes et réconfortants.

Charlotte, ma championne, ma confidente, toujours partante pour tout, merci d'être toujours là quand j'en ai besoin, merci pour ces sorties ski de fond, merci pour le ringard !

Boulzy, une amitié si forte qui s'est construite si rapidement. Maintenant que je suis plus libre je vais pouvoir venir te voir dans tes montagnes car tu me manques !

Les filles, déjà tellement de beaux souvenirs et bien d'autres à venir : « gaizelingaide » ou pas, dans les airs ou sur la terre ferme ! On a parfois pu se demander si les choses étaient vraiment réelles (une voiture décapoteur ?? Des cheveux enflammés ??), une chose est sûre... notre amitié l'est bien !

A Judith : un modèle de gentillesse et de courage. Merci de m'avoir accueillie sur Grenoble comme tu l'as fait. A toutes ces longues discussions et à tous ces bons moments passés au hasard autour d'une (euh...plusieurs) bonne(s) bière(s) !

A Flo : Une sacrée découverte ! Merci pour toutes ces soirées passées ensemble et celles à venir, sur Grenoble ou sur Chambé, merci pour ton énergie débordante. Merci pour ton aversion pour les jeux de société, je me sens moins seule ! Merci pour ton amour pour la bière, je me sens moins seule !

A Coline, Boris, Jenny, Elie : pour ces super moments passés ensemble. Coline et Jenny pour ces bons souvenirs à la coloc. A tous les barbec qu'on va se faire cet été en tant que voisins !

A Blo, Papass, Philippine, Nico, Moumoune, Martin et Jess, Ciol et Amélie, Yoann et Marjo : j'ai fait la connaissance d'une fine équipe de déjantés et je suis ravie de vous découvrir chaque fois un peu plus. Hâte de refaire des soirées ou des week-ends avec vous !

A Micka et François : mes serveurs de Cornet préférés, devenus des copains avec le temps. Vous avez réalisé mon rêve : pouvoir me sentir comme à la maison dans un bar ! A toutes ces longues soirées au hasard, passées et à venir bien sûr !

A Bandeiras (hey t'as vu ? Je t'ai même pas oublié dans les remerciements !), **à Gilles et Louise**: à ces soirées à la coloco ou ailleurs, merci pour votre optimisme et votre bonne humeur. Votre présence est la garantie d'une soirée réussie !

A Ludo : Merci de m'avoir accueillie à bras ouverts en me faisant comprendre que je n'étais pas qu'une pièce rapportée. Merci pour ton soutien et pour nous avoir écouté nous lamenter parfois (souvent !) avec Astrid. Hâte de voir le jour de la libération arriver pour toi aussi et de fêter ça comme il se doit !

A Jean-Luc : Merci pour cette fameuse semaine niçoise, merci pour tes verres de l'amitié (quoi que pas sûre qu'il faille te remercier pour ça !), merci pour tes conseils avisés. A Charlotte et à la future petite Lemasle. Je suis ravie de votre retour dans la région les copains !

A Astrid : Apparemment il n'y a pas que les nuits qui portent conseil... 1800 mètres de dénivelée aussi! Je n'aurais pas pu espérer trouver meilleure co-thésarde. Rien de tout ça n'aurait été possible sans toi. Merci d'avoir réussi à rendre ce travail plaisant (et c'était pourtant pas gagné !) Merci pour ces footings, ces petits repas, ces pauses potins! Plus qu'une co-thésarde j'ai trouvé une confidente et une véritable amie. Hâte de pouvoir concrétiser tous ces projets de week-ends et de vacances dont on a tant parlé !

A Diégo : A ce week-end peaugresque qui m'a permis de rencontrer mon idéal... Merci pour ton soutien inestimable. Merci d'avoir cru en moi, je n'en serais jamais arrivée là sans toi. Merci pour ta patience à toute épreuve, notamment dans les moments où mon calme olympien pourtant si réputé (ou pas !) a fait défaut. Merci de rendre ma vie chaque jour encore un peu plus belle. A tous ces merveilleux moments partagés et à tous ces magnifiques projets qui nous attendent. Merci pour tout cet amour, cette tendresse et cette complicité que tu m'apportes. Je t'aime mon poundich !

Et pour finir, **à tous ceux que j'aurais pu oublier** : je m'excuse, j'ai fait de mon mieux mais c'est pas facile !

Sommaire

Remerciements	13
I. Introduction.....	23
A. La santé mentale, un enjeu de santé publique.....	23
B. La psychiatrie de secteur en France.....	23
C. La place du médecin généraliste dans les soins psychiatriques	24
D. La coopération médecins généralistes-psychiatres non satisfaisante	24
E. Des pistes d'amélioration, notamment par la rencontre	25
F. Cheminement de la recherche	27
II. Matériel et Méthode	30
A. Equipe de recherche	30
B. Choix de la méthode	30
C. Informations données.....	31
D. Inclusion et recrutement	32
E. Déroulement de l'étude.....	33
F. Analyse.....	34
III. Résultats	36
A. Caractéristiques de la population	36
1. Tableau 1.....	36
2. Caractéristiques démographiques	38
3. Situation professionnelle	38
4. Expérience respective en psychiatrie et médecine somatique.....	38
5. Participation aux rencontres.....	39
6. Évènements indésirables	39
B. Analyse.....	40
1. Point de vue du médecin généraliste.....	40
a) La psychiatrie une spécialité complexe	40
b) Isolement du médecin généraliste	40
c) Sentiment d'illégitimité dans le parcours de soins psychiatriques	41
d) Légitimité dans le parcours de soins psychiatriques	42
e) Place du médecin généraliste dans le parcours de soins	42
f) Evolution vers un gain de compétences.....	42
g) Image du psychiatre pour le médecin généraliste	43
h) Rôle du psychiatre pour le médecin généraliste	44
i) Stigmatisation de la psychiatrie par le médecin généraliste	45
j) Stigmatisation du psychiatre par le médecin généraliste	45
2. Point de vue du psychiatre.....	46
a) Image et rôle du médecin généraliste pour le psychiatre.....	46

b)	Stigmatisation de la médecine somatique par le psychiatre	47
c)	Isolement du psychiatre	47
3.	La collaboration.....	48
a)	Collaboration AGECSA/CMP	48
b)	Collaboration avec le psychiatre coordinateur	55
c)	Collaboration avec l'intra-hospitalier	55
d)	Collaboration avec les médecins libéraux	55
e)	Collaboration avec le milieu scolaire.....	56
4.	La rencontre	56
a)	Les modalités de la rencontre	56
b)	Les échanges au cours des rencontres	58
c)	Le vécu de la rencontre	60
d)	Evolution des rencontres dans le temps	66
e)	Les attentes des médecins	67
f)	Les freins	68
g)	Les pistes d'amélioration	71
5.	Déstigmatisation par la rencontre	74
a)	Déstigmatisation de la psychiatrie pour le patient	74
b)	Déstigmatisation pour le médecin généraliste	75
6.	La rencontre renforce la collaboration pluri-professionnelle	75
a)	Création d'un lien privilégié	75
b)	Confiance réciproque	76
c)	Connaissance des collaborateurs et des structures de soins	76
d)	Amélioration des échanges	77
e)	Meilleure coopération par la rencontre.....	78
f)	Complémentarité	79
g)	Evolution vers un système collaboratif cohérent.....	81
7.	Conséquences pour le patient	82
a)	Information du patient.....	82
b)	Prise en charge globale du patient.....	83
c)	Amélioration de la prise en charge	84
d)	Diminution du risque de iatrogénie	84
e)	Rupture de soins	85
8.	Arbre thématique.....	85
IV.	Discussion	87
A.	Résultats Principaux.....	87
B.	Forces et faiblesse de l'étude	89
1.	Forces.....	89

2.	Faiblesse de l'étude.....	90
a)	Biais interactionnels	90
b)	Biais d'inclusion	91
c)	Biais sur la qualité de l'enregistrement.....	91
d)	Biais d'analyse	91
C.	Comparaison avec la littérature.....	92
1.	La collaboration entre médecins généralistes et psychiatres	92
2.	La rencontre comme piste d'amélioration de la collaboration.....	95
D.	Perspectives.....	101
	Conclusion.....	105
	Bibliographie	107
	Livret d'abréviations	111
	Annexes.....	112
E.	Annexe 1 : Guide d'entretien des participants	112
F.	Annexe 2 : Guide des investigatrices dans le cadre d'interview de médecins généralistes	113
G.	Annexe 3 : Guide des investigatrices dans le cadre d'interview de psychiatres ou pédopsychiatres ..	114
H.	Annexe 4 : Arborescence thématique	115
I.	Annexe 5 : Liste des codes	119
J.	Annexe 6 : Convention CHAI-AGECSA.....	123
	Serment d'Hippocrate.....	127
	Résumé.....	130

I. Introduction

A. La santé mentale, un enjeu de santé publique

La santé mentale est un enjeu de santé publique reconnu. Les troubles mentaux dans les pays développés présentent une prévalence de 15 à 20 % dans la population générale. Les patients atteints de dépression sévère et de schizophrénie ont 40 à 60 % plus de risque de décès. Le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les jeunes à l'échelle mondiale. Lorsqu'ils ne sont pas traités, ces troubles engendrent un énorme tribut de souffrance, d'invalidité et de pertes économiques. L'OMS a recommandé d'intégrer le traitement des troubles mentaux au niveau des soins primaires dès 2001. Depuis, des outils et des guides ont été produits afin d'accompagner et d'orienter les pays dans cette perspective (1). L'OMS situe les troubles mentaux au troisième rang des maladies en termes de fréquence, et a permis le développement d'un plan d'action mondial 2013-2020 pour y remédier (2).

Sur le plan national, l'état des lieux est similaire. La pathologie psychiatrique est également la troisième maladie la plus fréquente en France, après le cancer et les maladies cardiovasculaires. Les troubles mentaux ont des répercussions importantes sur la santé physique, la vie personnelle et sociale des personnes concernées et sur leur entourage. Ils augmentent le risque de mort prématurée par suicide, ils sont associés aux phénomènes d'exclusion sociale et de précarité. Leur répercussion économique est majeure, notamment en termes d'absentéisme au travail et d'invalidité, et leur coût dans le secteur sanitaire atteint 17 milliards d'euros par an. Les estimations des coûts directs et indirects des troubles mentaux sont évaluées à 107 milliards d'euros annuels (3). Plusieurs plans d'action ont été développés sous forme de recommandations par l'HAS (3,4) et d'un plan d'action ministériel français 2011-2015 (5) devant cet enjeu de santé publique.

B. La psychiatrie de secteur en France

En France, la psychiatrie publique s'est progressivement organisée, de la circulaire de 1960 jusqu'au décret officiel de 1972 consacrant la création des secteurs, afin d'implanter les soins psychiatriques ambulatoires hors les murs de l'hôpital. Le territoire français est ainsi constitué

d'un maillage en secteurs, chaque secteur étant un bassin de la population. Ils permettent une offre de soins diversifiée et gratuite. Chaque secteur dispose d'un ou plusieurs CMP (centres médico-psychologiques).

Les CMP sont des unités de coordination et d'accueil, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Ils sont composés d'une équipe polyvalente, comprenant infirmiers, psychologues, assistantes sociales et un ou plusieurs psychiatres (6). 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.

C. La place du médecin généraliste dans les soins psychiatriques

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours, il participe aux soins de santé primaires. Il joue à la fois un rôle dans la détection des troubles psychiatriques, dans l'accompagnement psychiatrique et somatique, il coordonne les soins autour du patient et assure son suivi dans les limites de ses compétences. Il est souvent mobilisé le premier en cas d'urgence. 30% des consultations de médecine générale sont consacrées à des troubles psychiatriques (7,8).

Le rôle essentiel de la médecine générale en France dans la prise en charge des troubles psychiques a été souligné dans de nombreux rapports portant sur la psychiatrie et la santé mentale, publiés au cours de ces dernières années (9).

D. La coopération médecins généralistes-psychiatres non satisfaisante

L'évaluation du plan d'action ministériel français 2011-2015 (10) a permis de noter une amélioration dans la reconnaissance du rôle des personnes vivant avec des troubles psychiques et de leur entourage. Les études et les recommandations sur le handicap psychique se sont développées. On a assisté à un rôle accru du secteur médico-social, et à un début de rééquilibrage de l'offre de soins. La santé somatique est mieux prise en compte. Une

attention a été apportée à la prise en charge en urgence et à l'accès aux soins des populations défavorisées. Il persiste cependant des difficultés, notamment une hétérogénéité des pratiques de soins et des moyens.

Ce rapport d'évaluation s'intéresse aussi à la vaste et récurrente question des coopérations et complémentarités entre l'ensemble des professionnels médico-sociaux. La conférence des présidents de CME de CHS s'est emparée de la thématique « collaboration psychiatrie / médecine générale » au travers de l'élaboration et de la signature d'une charte avec le Collège National de la médecine générale. La Charte vise à fixer des axes de réflexion sur les pratiques professionnelles, avec des propositions concrètes pour faire évoluer la coopération entre les généralistes et les psychiatres. Elle marque leur volonté de généraliser les résultats d'expériences menées depuis plusieurs années par des équipes de secteur psychiatrique et leurs partenaires médecins généralistes, et de promouvoir les conditions d'une collaboration efficiente.

Dans ce sens, la HAS a produit en 2015 une note de cadrage pour « *Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux* » (4).

Le problème de coordination entre médecins généralistes et psychiatres est complexe, ancien et rapporté dans un travail regroupant des études menées depuis plus de 20 ans. Il montre d'une part l'indigence de la coopération entre les médecins généralistes et les psychiatres, et d'autre part les effets délétères de cette collaboration insuffisante sur le parcours de soins des patients présentant un trouble psychique. Les solutions proposées reposent sur l'intérêt de développer des soins partagés entre ces spécialistes et d'utiliser les courriers échangés comme levier de changement (11,12) .

E. Des pistes d'amélioration, notamment par la rencontre

Un travail d'enquête a été réalisé dans six sites pilotes questionnant les médecins généralistes et psychiatres autour de cette Charte. L'analyse montre que tous les médecins étaient en faveur d'un changement dans leur relation afin d'améliorer le suivi et la prise en charge des

patients. Une volonté de participer à des réunions de synthèse pluridisciplinaires et d'améliorer leurs moyens de communication a été rapportée. Une rémunération du temps dédié aux réunions a été demandée, ainsi qu'une amélioration de l'accès aux avis psychiatriques pour les généralistes et un suivi somatique des patients dépourvus de médecin traitant pour les psychiatres (13–18).

Toujours dans le cadre de l'application de cette Charte, un des sites pilotes, situé en Isère, a permis de recueillir les besoins, solutions, freins et leviers au développement d'une collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. La solution spontanément évoquée pour remédier aux problèmes soulevés, a été de proposer des rencontres régulières pour développer la connaissance du fonctionnement respectif des médecins généralistes et des psychiatres, et d'échanger sur des situations cliniques communes (14). Une autre étude nationale rapporte un souhait chez plus de la moitié des généralistes d'avoir des rencontres régulières avec les équipes de psychiatrie (19).

Des études de terrain font remonter un vécu et un ressenti négatif de la relation que les médecins généralistes entretiennent avec les psychiatres. Des généralistes rapportent : un manque de communication, de la mauvaise volonté de la part des psychiatres, estimant même qu'ils ne souhaitent volontairement pas partager leurs connaissances, ou encore à l'extrême « partager leur incompetence » (20). Dans le même sens une autre étude (8) aboutissait à des conclusions très critiques de la part des médecins généralistes vis-à-vis de la psychiatrie. Elle rapportait : une représentation de la psychiatrie empreinte des mêmes préjugés négatifs pour les médecins que pour le reste de la population ; une méconnaissance de l'organisation complexe des équipes psychiatriques ; des patients hospitalisés « à l'insu des médecins traitants », sans « qu'ils en soient avertis », même si un suivi de leur part était nécessaire ; un lieu d'hospitalisation non choisi par eux, des structures de soins perçues comme « un enfer », « un monde différent » ; pour la majorité des généralistes, un sentiment de captation de clientèle ; et pour la moitié d'entre eux, un isolement et une absence de soutien de la psychiatrie de secteur dans des situations difficiles.

On note donc la présence très fréquente d'éléments relatifs au vécu et au ressenti des médecins généralistes et des psychiatres dans la littérature consacrée à la collaboration entre

ces deux intervenants en santé mentale. Paradoxalement, les études spécifiques sur le sujet sont rares, particulièrement au sein de rencontres entre généralistes et psychiatres.

Une étude qualitative autour des relations en milieu hospitalier entre somaticiens et psychiatres de liaison (21), a permis de mettre en valeur cette collaboration avec un partage des responsabilités, la reconnaissance mutuelle d'une identité commune de médecin et un élément de réponse à la considération du patient dans sa globalité, permettant de trouver une attitude consensuelle. Il est donc intéressant de s'approcher de ce type d'expérience en milieu ambulatoire.

Notre travail souhaite s'inscrire dans cette perspective afin d'explorer le vécu et les enjeux relationnels des généralistes et des psychiatres de CMP dans le cadre de rencontres régulières.

F. Cheminement de la recherche

Nous nous sommes penchées sur une expérience locale et ambulatoire de rencontres entre psychiatres du secteur public et médecins généralistes.

Il existe dans le bassin grenoblois un regroupement de cinq centres de santé : l'AGECSA (association de gestion des centres de santé associatifs de Grenoble). Ces centres de santé ont pour vocation d'offrir aux populations de zones urbaines périphériques, des soins primaires d'une qualité conforme aux connaissances actuelles, incluant une dimension médico-sociale et préventive. Avec le temps, certains quartiers ont vu se développer une population particulièrement touchée par la précarité.

Une étude réalisée au sein de ces centres de santé a montré une forte prévalence des troubles mentaux et de la souffrance psychique dans les consultations de médecine générale. Elle montre que les populations précaires sont particulièrement touchées par les troubles mentaux, intriqués aux souffrances sociales (22).

Les professionnels de l'AGECSA sont sensibilisés à la prévention et la promotion de la santé autour de thématiques variées, notamment en santé mentale, avec l'existence de

commissions pour chacune d'elles. La commission santé mentale élabore des actions de formation, de prévention et de coordination.

Il y a également un psychiatre mis à disposition par le Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI) et une psychologue exerçant dans l'un des centres de santé. Ils ont un rôle de formation et d'accompagnement des équipes, en sus des consultations auprès des patients.

Le premier centre de santé AGECSA de Grenoble a été créé en 1973, au même moment que les débuts de la sectorisation psychiatrique, et au même endroit que le premier centre médico-psychologique (CMP), dans le quartier de la Villeneuve à Grenoble. Il existait, dès sa création, un poste de psychiatre au sein de l'AGECSA. Des rencontres entre les médecins de l'AGECSA et les psychiatres se sont mises en place dès la création des deux institutions et ont perduré jusqu'à ce jour.

Ces rencontres ont été renforcées par des accords institutionnels au sein d'une convention entre la psychiatrie publique et l'AGECSA.

Nous nous sommes proposé d'étudier le vécu et les enjeux relationnels entre des médecins généralistes de l'AGECSA et des psychiatres de CMP d'un même secteur autour de ces rencontres (11,12).

Nous avons dans un premier temps étudié la littérature en amont de notre étude de terrain, afin d'évaluer la pertinence de notre questionnement et de lui trouver une place légitime dans le champ de la recherche en soins primaires et en santé mentale. Cette revue de la littérature a également été l'occasion d'affiner nos objectifs de recherche.

Notre hypothèse principale était qu'une rencontre régulière entre médecins généralistes et psychiatres était vécue comme une expérience favorisant l'élaboration commune et ainsi une véritable collaboration.

L'objectif principal de notre étude était d'analyser le vécu des médecins au cours de ces rencontres, à travers leurs discours.

Les objectifs secondaires étaient d'analyser les enjeux relationnels autour de ces rencontres, la mise en évidence des freins et des limites d'une telle pratique, ainsi que les améliorations souhaitables pour pérenniser un tel modèle de collaboration.

II. Matériel et Méthode

A. Equipe de recherche

La première investigatrice, Astrid Jacoud, était médecin généraliste remplaçante dans la région grenobloise lors de la réalisation de ce travail de thèse. Elle avait réalisé son internat dans l'académie grenobloise et était doctorante à la Faculté de Médecine de Grenoble. Elle avait fait un stage de six mois d'internat au sein de trois centres de santé de l'AGECSA, à l'occasion duquel elle avait pu participer à une réunion entre l'AGECSA et un CMP enfants.

La deuxième investigatrice, Isabelle Couvert, était également médecin généraliste remplaçante dans la région grenobloise. Elle avait réalisé son internat dans l'académie de Montpellier et était doctorante à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Aucune des deux investigatrices n'avait d'expérience dans la recherche qualitative. Elles se sont entourées de personnes plus expérimentées pour réaliser ce travail.

Le directeur de thèse, Bruno Caron, était psychiatre praticien hospitalier, exerçant à la fois en tant que psychiatre coordinateur au sein de l'AGECSA et dans l'un des CMP grenoblois.

Le projet de thèse n'a pas bénéficié de financement public.

Ni les investigatrices, ni le directeur de thèse n'avaient de conflit d'intérêt à déclarer, en lien avec le sujet de l'étude. Le directeur de thèse faisait partie de l'AGECSA et assistait pour la plupart du temps aux rencontres entre l'AGECSA et le CMP. Il n'a cependant pas participé à l'analyse des données. Il travaillait également dans un CMP, mais celui-ci ne faisait pas partie des CMP inclus dans l'étude.

B. Choix de la méthode

Nous avons fait le choix d'une approche qualitative pour explorer notre hypothèse de départ telle que nous l'avions définie : une rencontre régulière entre psychiatres et médecins généralistes d'une même zone géographique est vécue de façon positive pour leur collaboration.

La recherche qualitative a pour particularité d'étudier les comportements, les paroles, les récits de ceux auxquels elle s'intéresse, et d'aborder les thématiques qui touchent à des questionnements sur les pratiques humaines, leur vécu, les représentations et les croyances. C'est une méthode plus adaptée pour aborder des données subjectives et difficilement quantifiables. Elle permet de décrire, de comprendre, et non de démontrer ou de généraliser des attitudes individuelles ou des singularités (23).

Notre travail avait une dimension exploratrice importante du vécu et du ressenti des participants.

L'analyse qualitative inspirée de la phénoménologie avec une approche inductive nous a semblé la plus adaptée.

Il nous paraissait important de laisser une liberté de parole aux participants, sur leur vécu, parfois intime, tout en tenant compte de la littérature sur le sujet.

Les entretiens individuels semi-dirigés sont donc apparus comme les plus adaptés.

Nos questionnements autour de notre sujet de recherche nous ont permis de constituer un guide d'entretien évolutif pour notre enquête, comportant un nombre réduit de questions ouvertes (Annexes 2 et 3).

La grille internationale COREQ a été suivie pour l'écriture de notre travail afin de respecter les critères de validité de l'analyse qualitative (24).

C. Informations données

Nous avons donné une information orale aux participants sur la finalité de l'étude, l'anonymat des données, et la confidentialité des entretiens qui ne seront pas diffusés sur internet.

Nous leur avons notifié l'utilisation d'un dictaphone au cours des entretiens.

D. Inclusion et recrutement

L'étude s'est déroulée au sein de l'agglomération grenobloise, autour d'une collaboration étroite entre deux institutions : les CMP et les centres de santé de l'AGECSA.

L'étude portait sur deux populations : des médecins généralistes exerçant au sein des centres de santé de l'AGECSA et des psychiatres exerçant dans les CMP enfants ou adultes du même secteur géographique.

La liste des CMP adultes ou enfants prenant en charge des patients de la zone géographique couverte par les centres de santé de l'AGECSA a été établie avec le médecin psychiatre coordinateur de l'AGECSA.

Les critères d'inclusion de la population étaient les suivants :

- une participation à au moins une réunion de concertation entre médecins de l'AGECSA et psychiatres ou pédopsychiatres de CMP
- être médecin généraliste diplômé et exerçant ou ayant exercé au sein des centres de santé de l'AGECSA
- être médecin psychiatre ou pédopsychiatre diplômé et exerçant ou ayant exercé au sein d'un CMP enfants ou adultes d'un territoire commun à celui de l'AGECSA
- accepter un entretien enregistré, sa retranscription et l'utilisation des réponses pour l'analyse des données.

Nous avons fait le choix d'avoir des intervenants les plus variés possibles en termes d'âge et d'expérience professionnelle, afin d'avoir la plus grande diversité des points de vue récoltés et d'enrichir la discussion. Dans les études qualitatives, nous n'avons pas de nécessité de représentativité de la population étudiée, l'objectif est au contraire de contraster au maximum les individus interrogés et les situations retranscrites.

Ont été inclus les centres de santé suivants : Les Géants, l'Arlequin, Mistral-Eaux Claires, l'Abbaye.

Ont été inclus les CMP suivants : CMP Lantéri Laura, CMP des Marronniers, CMP enfants Villeneuve.

Ont été exclus le centre de santé suivant : le centre de santé Vieux Temple, car les médecins ne participaient pas aux concertations.

Ont été exclus les CMP suivants : CMP Vieux Temple car les médecins ne participaient pas aux rencontres, CMP enfants Mistral car il n'y a pas de psychiatre exerçant dans ce CMP actuellement.

Le recrutement a été effectué par mail ou par téléphone, afin de convenir d'un rendez-vous. Il n'y a pas eu de refus.

Les médecins ont été inclus à partir de novembre 2016 jusqu'en novembre 2017.

Les dates d'entretien ont été fixées en respectant la disponibilité des personnes interrogées, et les entretiens enregistrés ont été réalisés après l'obtention de leur accord oral.

E. Déroulement de l'étude

Nous avons réalisé, en binôme ou indépendamment l'une de l'autre, douze entretiens semi-dirigés individuels.

Les entretiens ont été menés face à face, à l'exception d'un entretien via Skype pour une raison logistique et géographique : le médecin ne résidait pas en France métropolitaine.

Les autres entretiens ont tous été réalisés sur le lieu d'exercice des médecins, à l'exception d'un entretien réalisé au domicile de la première investigatrice.

Les entretiens étaient réalisés sur la base de guides d'entretiens semi-dirigés (Annexe 2 et 3) en laissant la possibilité à l'interviewé de développer et d'orienter son propos. Le guide a été

testé préalablement sur cinq médecins afin de le perfectionner. Les guides d'entretiens étaient différents selon la population interrogée. Ils ont été construits en miroir afin d'obtenir l'avis des interviewés sur les mêmes questions, qu'ils soient psychiatres ou médecins généralistes. Les premiers entretiens nous ont amenés à effectuer de nouvelles modifications dans le guide d'entretien et ont été inclus dans l'analyse.

Nous avons terminé le recueil des données en ayant discuté de la saturation de ces dernières. La saturation relative des données a été obtenue lorsque les derniers entretiens n'apportaient plus de données nouvelles.

Malgré une période d'inclusion longue, il a été difficile pour les participants de se rendre disponible pour les entretiens, et il nous était difficile de réaliser des entretiens supplémentaires, notamment pour les psychiatres.

F. Analyse

Les enregistrements ont été sauvegardés sur dictaphone, puis retranscrits dans les jours qui suivaient. La retranscription a été faite littéralement mot à mot au moyen du logiciel Microsoft® Word par les investigatrices. Toutes les données ont été rendues anonymes au moment de la retranscription des verbatims.

Chaque retranscription a été analysée par les deux investigatrices de manière indépendante l'une de l'autre.

Un codage ouvert a été réalisé au fur et à mesure des entretiens, puis un codage axial par méthode manuelle dans un second temps.

Nous avons réalisé une analyse des données par regroupement thématique qui a abouti à la réalisation d'un arbre thématique. Ce dernier permet une représentation des articulations et des interactions entre les axes thématiques, c'est un outil descriptif utile à la compréhension de l'analyse (25).

Une triangulation des données, mettant en commun nos analyses, a permis un regard croisé sur les résultats de l'étude en augmentant leur validité. Cela répond aux critères de la recherche qualitative.

Pour s'imprégner de l'ambiance et comprendre le déroulement d'une rencontre, nous avons fait le choix de participer à une concertation dans l'un des CMP adultes, en tant qu'observatrices strictes, le 4 juillet 2017. Nous avons pris des notes d'observation du contexte, des interactions entre les médecins, ainsi que du contenu des échanges.

Les entretiens avec les médecins ont été réalisés avant ou après cette rencontre.

Il nous a paru intéressant d'avoir un retour d'expérience sur un modèle de collaboration similaire mis en place en 2015 dans le même bassin géographique, à Saint Martin D'Hères (SMH) en Isère. Nous avons ainsi interrogé un des médecins généralistes du pôle de santé pluri-professionnel de SMH, participant aux rencontres avec le CMP de secteur (Annexe 19).

III. Résultats

A. Caractéristiques de la population

Nous avons réalisé 12 entretiens entre le mois de novembre 2016 et novembre 2017. 8 entretiens ont été menés auprès de médecins généralistes et 4 auprès de psychiatres de CMP. Les entretiens ont duré de 23 à 65 minutes.

1. Tableau 1

Médecin	Profession	sexe	Age	profil d'activité	Durée d'exercice au CMP / AGECSA	Expérience en psychiatrie/ médecine somatique	participation aux rencontres avec le CMP/ avec l'AGECSA	Durée d'entretien
Médecin 1	généraliste	femme	43 ans	médecin généraliste libéral	12 ans à l'AGECSA	aucune	CMP enfants oui/ CMP adultes non	30min
Médecin 2	généraliste	homme	30 ans	service d'addictologie	1 an à l'AGECSA	Exercice au sein d'un centre d'accompagnement et prévention pour les addictions dans un service d'addictologie/ interne en hôpital de jour de psychiatrie	2 rencontres avec le CMPP pendant l'internat à l'AGECSA/ quelques rencontres avec le CMP adultes	44min
Médecin 3	généraliste	femme	60 ans	salariée à l'AGECSA	28 ans à l'AGECSA	Un stage d'interne en hôpital psychiatrique	participation régulières aux rencontres avec le CMP adultes/ plus rarement CMP enfants	37min
Médecin 4	généraliste	femme	46 ans	salariée à l'AGECSA	14 ans à l'AGECSA	stage d'interne dans un service spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire/ DU de psychiatrie à l'usage du non spécialiste	participation régulière auparavant/ participation ponctuelle actuellement CMP adultes et enfants	31min
Médecin 5	généraliste	femme	52 ans	salariée à l'AGECSA	22 ans à l'AGECSA	DU de victimologie/ DU de psychiatrie à l'usage du non spécialiste	participation régulière aux rencontres avec le CMP enfants et adultes	44min

Médecin	Profession	sexe	Age	profil d'activité	Durée d'exercice au CMP / AGECSA	Expérience en psychiatrie/ médecine somatique	participation aux rencontres avec le CMP/ avec l'AGECSA	Durée d'entretien
Médecin 6	généraliste	homme	46 ans	salarié à l'AGECSA	17 ans à l'AGECSA	six mois en addictologie (alcoologie) pendant l'internat	participation régulière aux rencontres avec le CMP enfants et adultes	42min
Médecin 7	généraliste	homme	49 ans	salarié à l'AGECSA	17 ans à l'AGECSA	stage d'interne dans un service de médecine orienté psychiatrie	participation régulière aux rencontres avec le CMP adultes	55min
Médecin 8	généraliste	femme	38 ans	salariée à l'AGECSA à 60%/planning familial 10%/ centre d'IVG au CHU de Grenoble à 10%	8 ans à l'AGECSA	psychiatrie d'urgence pendant le semestre d'interne aux urgences médicales du CHU	participation régulière aux rencontres avec le CMP enfants et adultes	47min
Médecin 9	psychiatre	homme	52 ans	praticien hospitalier spécialisé en psychiatrie infanto-juvénile/ travail en CMP et en hôpital de jour	25 ans en CMP	un stage d'interne en service de pneumologie/ un stage en service de pédiatrie dans le cadre du DIU de pédopsychiatrie	participation régulière aux rencontres avec deux centres de santé	46min
Médecin 10	psychiatre	femme	30 ans	salarié hospitalier. travail en CMP	1 an en CMP	expérience en médecine somatique pendant l'externat/ pas d'expérience spécifique de médecine somatique pendant l'internat	1 seule participation avec l'AGECSA	23min
Médecin 11	psychiatre	femme	61 ans	praticien hospitalier, travail en CMP	30 ans en CMP	pas d'expérience spécifique en médecine somatique	participation régulière aux rencontres avec l'AGECSA	35min
Médecin 12	psychiatre	femme	75 ans	psychiatre retraitée	24 ans en CMP	un stage faisant fonction d'interne en service de médecine d'un hôpital général	participation régulière aux rencontres avec l'AGECSA	65min

2. Caractéristiques démographiques

Les participants étaient âgés de 48,5 ans en moyenne. 8 femmes et 4 hommes ont été interrogés.

3. Situation professionnelle

Cinq des médecins généralistes interrogés étaient salariés à temps plein au sein d'un centre de santé de l'AGECSA.

Un des médecins généralistes était salarié à temps partiel au sein d'un des centres de santé et avait également une activité intra-hospitalière au sein du centre d'IVG, ainsi qu'une activité au planning familial.

Un des médecins généralistes travaillait dans un service d'addictologie.

Un d'entre eux était médecin généraliste libéral.

Trois des psychiatres interrogés étaient salariés hospitaliers. Le premier était spécialisé en psychiatrie infanto-juvénile et exerçait à la fois en CMP enfants ainsi qu'en hôpital de jour. Les deux autres travaillaient en CMP adultes.

Le dernier d'entre eux était psychiatre retraité.

Les médecins généralistes interrogés avaient travaillé en moyenne 15 ans à l'AGECSA.

Les psychiatres interrogés avaient travaillé en moyenne 21 ans en CMP.

4. Expérience respective en psychiatrie et médecine somatique

Sur les huit médecins généralistes interrogés, un des médecins déclarait n'avoir aucune formation spécifique en psychiatrie. Quatre d'entre eux avaient eu une formation en psychiatrie pendant leur cursus d'interne. Deux des médecins généralistes interrogés avaient reçu une formation spécifique en s'inscrivant à des diplômes universitaires.

L'un d'entre eux avait exercé au sein d'un centre d'accompagnement et prévention pour les addictions dans un service d'addictologie.

Sur les quatre psychiatres interrogés, l'un d'entre eux estimait n'avoir aucune formation en médecine somatique et les trois autres déclaraient avoir reçu une formation dans le domaine somatique au cours de leur cursus étudiant. L'un des psychiatres avait en plus reçu une formation spécifique en pédiatrie dans le cadre de son diplôme inter-universitaire de pédopsychiatrie.

5. Participation aux rencontres

Les médecins interrogés participaient régulièrement aux rencontres à l'exception de deux : un des médecins généralistes qui n'est resté qu'un an à l'AGECSA, et un des psychiatres qui n'a qu'un an d'ancienneté au sein du CMP.

Parmi les médecins généralistes, six des médecins avaient participé aux rencontres avec le CMP adultes, et six avaient participé aux rencontres avec le CMP enfants.

Parmi les psychiatres, tous avaient participé aux rencontres avec les centres de santé de l'AGECSA.

6. Évènements indésirables

Au cours d'un entretien, un participant a présenté un ictus amnésique. Ce n'est pas un incident habituellement décrit dans le cadre des études qualitatives. L'ictus amnésique, ou amnésie transitoire est décrit comme un déficit des fonctions mnésiques, global et sévère, de survenue brusque. Il dure généralement moins de 24 heures, accompagné d'une amnésie antérograde et rétrograde, un état d'anxiété avec des questions répétées. La plupart des sujets présentent une amnésie lacunaire, ils ne gardent aucun souvenir de la période pendant laquelle a duré l'ictus. Même si l'étiologie n'est pas connue, l'hypothèse la plus probable est une réaction hippocampique à la suite d'un traumatisme, comme un stress physique ou psychologique, un effort. Malgré la bénignité de cette pathologie l'ictus amnésique est vécu comme traumatisant par le sujet et son entourage. Des examens complémentaires sont parfois réalisés (imagerie cérébrale) afin d'éliminer un diagnostic différentiel, ce qui a été le cas pour notre participant. (26).

Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'un entretien abordant « le vécu du participant autour d'une situation » peut amener un cortège d'émotions importantes et qu'il peut y avoir des

conséquences par la suite. Même si la recherche qualitative peut paraître peu invasive, il ne faut pas négliger l'impact que peut avoir un entretien en fonction du domaine abordé. La manière dont peut être vécue l'entretien doit être anticipée, tout comme ses conséquences.

B. Analyse

1. Point de vue du médecin généraliste

a) *La psychiatrie une spécialité complexe*

Plusieurs médecins généralistes qualifiaient la psychiatrie de spécialité complexe, « une spécialité particulière et une spécialité difficile », « une spécialité semée d'embûches ».

Plusieurs d'entre eux trouvaient que les prises en charge psychiatriques étaient chronophages et demandaient beaucoup d'énergie.

Entretien 3 – MG3 « Ce qui est le plus chronophage, c'est quand même la psychologie, psychiatrie »

Les médecins généralistes étaient parfois critiques face à certaines attitudes thérapeutiques notamment concernant l'usage des psychotropes.

Entretien 6 – MG6 « un traitement psychiatrique comme on sait le faire, avec quatre molécules associées, il est quand même très très assommé »

b) *Isolement du médecin généraliste*

Plusieurs médecins généralistes se sentaient parfois isolés dans les prises en charges psychiatriques, « seuls et démunis avec des orientations qui n'aboutissent pas ».

Entretien 8 – MG8 « dans le pavillon dans lequel elle est hospitalisée habituellement ils refusent de la prendre en charge. Du coup, en fait, ça

c'est une situation qui m'a mis très en colère contre la... le système psychiatrique en général, parce que du coup, je n'avais pas de solution. C'est-à-dire je me retrouvais toute seule avec le bébé, à devoir le gérer »

Les difficultés actuelles des CMP à répondre aux nouvelles demandes conduisaient souvent les médecins généralistes à s'auto-censurer dans les demandes d'adressage.

Entretien 6 – MG6 « Et puis que d'autres cotés on va s'autocensurer parce qu'on sait que de toute façon on n'aura pas la réponse parce qu'ils sont submergés, ils ont beaucoup de travail, on aura pas d'interlocuteur donc bon, ben, on va faire sans quoi. Donc on apprend à travailler sans »

c) Sentiment d'illégitimité dans le parcours de soins psychiatriques

Les médecins généralistes manifestaient souvent un sentiment d'illégitimité dans le parcours de soins psychiatriques. Certains considéraient qu'ils manquaient de compétences, entre autres par manque de formation spécifique, et exprimaient leurs difficultés à prendre en charge certaines situations psychiatriques complexes, à préciser les symptômes et le diagnostic. Ils manifestaient même parfois un sentiment d'impuissance face à certaines situations.

Plusieurs d'entre eux ressentaient un besoin de formation en psychiatrie.

Entretien 1 – MG 1 « C'était vraiment des problèmes de pédopsy qui arrivent dans les consultations et qu'on sait pas gérer au départ. Enfin voilà, moi j'avais fait zéro formation ni de pédopsy ni de... enfin moi je voulais faire une formation de pédopsy, bon je l'ai pas faite du coup, mais... je sentais que j'étais pas du tout armée dans mes consultations et qu'il me fallait l'éclairage d'autres personnes parce que je savais pas faire à [...], avec des situations super compliquées. »

d) *Légitimité dans le parcours de soins psychiatriques*

Certains médecins généralistes exprimaient au contraire un sentiment de légitimité dans le parcours de soins. Certains d'entre eux estimaient d'ailleurs que leurs compétences étaient reconnues par les psychiatres.

Entretien 1 – MG1 « y a une évolution après, c'est que du coup je monte en compétences et quand on a changé de pédopsy, là j'avais suffisamment d'armes pour dire quand j'étais pas d'accord. (...) Du coup je me dis qu'au fil des années, probablement que je participais plus et que j'apportais mon point de vue en disant « ben non, ça, ça me va pas, c'est comme ça que je vois plutôt la chose »

Entretien 6 – MG 6 « on a notre place légitime, de prescrire des traitements, d'accompagner, de recevoir des gens, de s'appuyer sur le CMP des fois quand il y a des moments plus difficiles »

e) *Place du médecin généraliste dans le parcours de soins*

Plusieurs médecins généralistes considéraient qu'ils avaient un rôle de premier recours dans les soins psychiatriques initiaux et qu'ils étaient parfois « en première ligne pendant plusieurs années. »

Certains d'entre eux estimaient qu'ils assuraient la continuité des soins psychiatriques, notamment en cas de rupture de soins avec le CMP.

f) *Evolution vers un gain de compétences*

Plusieurs médecins généralistes considéraient que l'expérience leur apportait une acquisition considérable de compétences, qui leur permettait d'être plus confiants face à certaines situations complexes.

Entretien 6 – MG6 « Je pense qu'on progresse par certains côtés parce qu'on va aller un peu plus loin dans notre raisonnement » « En quinze ans

je connais mieux maintenant ces pathologies, et puis parce que j'ai accompagné des patients, donc je me rends mieux compte, j'ai moins peur si vous voulez de la première crise »

g) *Image du psychiatre pour le médecin généraliste*

Plusieurs médecins généralistes avaient une image globalement positive du psychiatre.

Entretien 8 – MG 8 « là la nouvelle psychiatre qui est arrivée je la trouve super au CMP (...) J'ai échangé plusieurs fois par mail avec elle et elle est très disponible. »

Certains médecins généralistes voyaient les psychiatres comme des médecins surchargés, « souvent fatigués par la surcharge de travail ».

Certains d'entre eux mettaient en valeur l'implication des psychiatres, qu'ils considéraient comme « des médecins de qualité, (...) impliqués », « disponibles ».

La plupart des médecins généralistes pointaient du doigt des difficultés de communication avec les psychiatres, notamment dans le retour d'informations écrites. Le psychiatre était souvent considéré comme un médecin inaccessible.

Entretien 2 – MG2 « Le psychiatre effectivement il donne l'impression d'être parfois un peu hors de portée » « il y a cette impression un petit peu de difficulté d'accès, de difficulté de communication, et parfois l'impression de quelqu'un qui est un peu dans sa tour d'ivoire »

Un des psychiatres exprimait d'ailleurs ses difficultés à être rigoureux dans la restitution écrite malgré les efforts fournis.

Certains médecins généralistes expliquaient en partie ce manque de communication par une pudeur du psychiatre vis-à-vis de la transmission d'informations psychiatriques.

Entretien 5 – MG5 « Un psychiatre jusqu'à maintenant, enfin c'est « ben non, c'est de l'intime, c'est le psychique, c'est... ça vous regarde pas. Il est malade mais ça ne vous regarde pas. Enfin ça a eu été comme ça quand même. C'est énormément de précautions autour de la confidentialité»

Quelques médecins interrogés avaient comme image un spécialiste ayant des difficultés à produire un diagnostic. D'autres avaient la représentation d'un médecin solitaire, « qui travaille tout seul dans son coin. »

Certains d'entre eux ressentaient parfois un mépris de la part des psychiatres, qui « prenaient presque un peu de haut » ou qui ne s'intéressaient pas au rôle et à la place du médecin traitant au sein du réseau de soins.

Entretien 5 – MG5 « la dernière fois quand je me suis rendu compte que les médecins hospitaliers ils se posent même pas la question de savoir quel est le nom du médecin traitant, ça m'en bouche un coin (...) en tant que psychiatre, quand les psychiatres se diront « ben tiens, quel est le médecin traitant pour qu'il soit mon allié ou mon correspondant? » ou... ça sera bien, on aura gagné beaucoup. »

h) Rôle du psychiatre pour le médecin généraliste

Les médecins généralistes considéraient que les psychiatres apportaient un avis d'expert qui permettait de les conseiller au sein des prises en charge et de les renforcer dans leurs décisions.

Entretien 4 – MG4 « Moi je pense qu'on s'enrichit tous de... enfin de l'expérience des autres. On a toujours besoin d'appui plus spécialisé et technique, notamment sur des adaptations de traitement »

Entretien 12- PSY4 « les généralistes sont moins formés que nous à ça, et c'est là où je vous dis que les communications c'était extraordinaire y

*avait... c'était... « bon j'ai madame untel, ben voilà elle présente ça, qu'est-ce que je fais ? Je lui ai bien proposé mais elle a dit que pas du tout, je lui ai bien proposé d'aller vous voir mais elle en veut pas, qu'est-ce que je fais ?
Qu'est-ce que je peux faire ? »*

Plusieurs médecins généralistes attestaient l'importance de la collaboration avec le psychiatre. Ils estimaient en effet que le psychiatre était « un collaborateur important pour un certain nombre de situations ».

Entretien 5 – MG5 « vraiment l'avis d'un psychiatre je trouve que c'est irremplaçable (...) enfin je pense que l'avis du psychiatre reste sécurisant »

Plusieurs médecins généralistes interrogés attendaient du psychiatre un rôle identique à celui des autres spécialistes, à savoir un médecin de second recours vers lequel se tourner afin de demander ponctuellement un avis ou de lui adresser un patient.

i) Stigmatisation de la psychiatrie par le médecin généraliste

Les discours des médecins généralistes étaient souvent marqués par des à priori négatifs envers la psychiatrie publique. Ils exprimaient une méconnaissance de celle-ci ainsi que des difficultés à se représenter son fonctionnement.

Entretien 7 – MG7 « Enfin ce qui se passe dans l'intra-hospitalier, l'hospitalisation et les CMP, c'est pas le même monde » « Enfin c'est là qu'on apprend ces choses-là, parce que c'est aussi un endroit d'amélioration de la connaissance d'un univers qui devrait nous être familier mais qui est pas si facile à appréhender de fait »

j) Stigmatisation du psychiatre par le médecin généraliste

Il ressortait de l'analyse des entretiens une stigmatisation du psychiatre par les médecins généralistes. « L'archétype du psychiatre » était pour eux un médecin souvent inaccessible,

« un spécialiste un peu à part » qui « ne joue pas le jeu des autres spécialistes ». La stigmatisation sociale renforçait souvent ces préjugés.

Entretien 7 – MG7 « je me rappelle d'une de mes collègues qui disait « moi jamais toute façon les psychiatres ils font n'importe quoi, ils écoutent pas, ils font comme ils veulent et bla bla. Ils font l'inverse, une vraie défiance, enfin comme c'est décrit quoi. »

Entretien 12 – PSY4 « souvent on dit : « les psychiatres de toute façon, ils servent à rien » ! »

2. Point de vue du psychiatre

a) Image et rôle du médecin généraliste pour le psychiatre

Les psychiatres avaient une image globalement positive du médecin généraliste. Plusieurs psychiatres considéraient que le médecin généraliste avait une fonction difficile notamment par son rôle de pivot dans les prises en charge, un médecin qui était « aux premières loges », « celui qui normalement centralise un peu tout ». Pour eux, le médecin généraliste était également le référent des patients et de leur famille du fait d'un suivi prolongé. D'autres psychiatres avaient l'image d'un médecin polyvalent, « qui voit tout, (...) que ce soit les problèmes psy, les problèmes somatiques, les problèmes sociaux ». Certains soulignaient l'importance du rôle de synthèse du généraliste du fait d'une connaissance globale du patient.

Pour la majorité des psychiatres, le médecin généraliste était considéré comme le médecin référent du somatique et vers qui il fallait adresser en cas de problèmes somatiques identifiés.

Entretien 10 – PSY2 « Moi c'est un peu celui vers qui j'adresse les... quand y a des choses vraiment que j'identifie comme du registre du somatique »
«C'est aussi celui qui du coup identifie certains symptômes et puis après fait le travail de réorientation si besoin »

Entretien 12 – PSY4 « Moi j'ai cette image positive du généraliste, parce

que justement à cause de cette espèce de vision d'ensemble (...) je continue à penser que c'est le boulot en médecine le plus intéressant. »

Certains d'entre eux rapportaient cependant un manque de disponibilité de la part de certains médecins généralistes.

b) Stigmatisation de la médecine somatique par le psychiatre

Certains psychiatres manifestaient dans leur discours des éléments stigmatisants envers le médecin généraliste. Ils différenciaient les médecins de l'AGECSA des autres médecins généralistes, les autres étant des médecins qui communiquaient plus difficilement et qui faisaient peu de retour d'informations aux psychiatres.

Entretien 10 – PSY2 « Ben parce que du coup y a les généralistes qui travaillent à l'AGECSA, et on a aussi plein d'autres patients qui sont suivis par...(…) qui sont suivis ailleurs. Et où y a des fois, on fait des courriers qui restent sans réponse »

Entretien 12 – PSY4 « y a bien des généralistes d'après ce que j'ai compris, (...) y a ceux qui continuent à travailler un peu comme ça, c'est-à-dire qu'ils prennent en charge, et puis y a ceux qui dès que c'est pas... « bon c'est cardiaque, j'envoie au cardiologue, j'envoie au machin », etcetera. Ils prennent moins de responsabilités »

c) Isolement du psychiatre

Plusieurs psychiatres se sentaient parfois isolés et attribuaient notamment ce sentiment à un manque de retour d'informations de la part des médecins généralistes sur certaines prises en charge.

Entretien 9 – PSY1 « On est des fois un petit peu dans des phénomènes d'isolement, en tant que spécialiste des fois c'est un peu compliqué je trouve ce genre de... voilà.»

- 3. La collaboration
 - a) *Collaboration AGECSA/CMP*
 - (1) Liens institutionnels

Les médecins mentionnaient l'existence d'un lien historique entre les deux institutions, sous forme notamment de conventions faites avec l'hôpital psychiatrique (Annexe 6). Ce lien institutionnel renforçait le lien de terrain existant.

- (2) Un besoin
 - (a) la précarité renforce le besoin de collaboration

Plusieurs médecins généralistes soulignaient que la composante psychologique était particulièrement marquée dans leur pratique du fait d'une médecine orientée vers une population précaire. Les prises en charge étaient d'autant plus complexes et renforçaient le besoin d'échanges interprofessionnels.

Entretien 3 – MG3 « depuis plusieurs années, on s'était rendu compte avec le CMP de notre secteur, qu'il était nécessaire pour nos patients très précaires de se mettre en lien »

Entretien 9 – PSY1 « Je pense qu'en tout cas, c'était une nécessité de se dire (...) on est sur des quartiers qui sont toujours un peu...très complexes. Et c'est important d'avoir le maximum un peu d'échanges d'informations. »

- (b) continuum psyché soma

Plusieurs médecins justifiaient ce besoin de collaboration par un continuum psyché soma, deux entités indissociables l'une de l'autre qui nécessitaient une prise en charge conjointe, bénéfique et rassurante pour le patient.

Entretien 2 – MG2 « le fait qu'il y ait vraiment une place de psychologue ou psychiatre dans des services, (...) Je trouve que c'est vraiment une place intéressante, et puis qui remet l'esprit et le psyché dans la globalité de la personne, et pas comme une dimension qu'on pourrait extraire et traiter à part »

Entretien 10 – PSY2 « Et puis pour d'autres je pense c'est important de savoir que... que bon on est certes psychiatre, donc normalement on s'occupe de la tête, mais on peut avoir une idée de ce qui se passe pour eux sur le plan somatique, parce que y a quand même des fois où ça s'entremêle. »

(3) Une motivation

L'analyse des entretiens faisait ressortir une motivation réciproque à maintenir le lien et la collaboration, malgré les difficultés actuelles et les contraintes organisationnelles.

Les médecins faisaient part de leurs efforts réalisés pour d'entretenir des échanges de qualité et pour être rigoureux dans la transmission d'informations.

Entretien 3 – MG3 « Et puis ils avaient le temps, parce que c'est ça, quand le temps commence à se réduire, y a de moins en moins de hors soins ou de mise en lien des soignants. C'est ce qu'on voit là actuellement, il faut se battre pour arriver à vraiment garder un minimum de lien »

(4) Collaborer pour le patient

Plusieurs médecins exprimaient un besoin de collaborer centré sur le patient, afin de l'accompagner au mieux et de permettre « un travail de collaboration et d'échanges très soutenus, très proches, autour des patients ». Ce lien existant permettait par la même occasion un meilleur accompagnement des familles.

Certains médecins généralistes voyaient cette collaboration comme une façon de limiter la perte d'informations. Le patient pouvait en effet profiter du manque de communication pour filtrer certaines informations ou tenter la manipulation des professionnels de santé par des informations erronées.

Entretien 3 – MG3 « bon, ça évite ça, ça permet un lien, et éventuellement éviter les abus comme ceux qui demandent des ordonnances des deux côtés d'hypnotiques, d'anxiolytiques »

(5) Difficultés d'accès aux soins psychiatriques

Plusieurs médecins généralistes exprimaient des difficultés dans l'accès aux soins psychiatriques et dans l'adressage des patients au CMP. En effet, certains d'entre eux mentionnaient des difficultés d'adressage liées au déni des patients, et par conséquent à leur refus d'accéder à une prise en charge spécifique.

Entretien 6 – MG6 « enfin moi je pense à mes situations actuelles qui sont souvent des situations d'entrée dans la schizophrénie de patients jeunes (...) qui sont encore dans une lucidité relative vis-à-vis de leur pathologie avec une forme de déni assez importante. La question du recours au CMP est une question qui est problématique pour eux souvent »

Les difficultés d'adressage résidaient par ailleurs dans la réduction des effectifs soignants du CMP et dans leur incapacité à répondre aux nouvelles demandes. Les CMP étaient alors contraints de se recentrer sur les prises en charges complexes, « les pathologies les plus graves (...) les psychotiques chroniques surtout ».

Entretien 2 – MG2 « comme les CMP ont déjà du mal à répondre aux sollicitations qu'ils ont, donner des rendez-vous dans des délais

raisonnables, et ben ils ne se sentent peut-être pas hyper disponibles pour faire des rencontres avec d'autres »

(6) Outils de communication

(a) Les rencontres

Les rencontres étaient un des moyens de collaborer pour les médecins généralistes et psychiatres.

(b) Les comptes-rendus écrits

Plusieurs psychiatres privilégiaient le mail comme moyen de communication. Les échanges par mail étaient en effet plus simples et plus fluides, et ne contraignaient pas les médecins à trouver un temps commun pour communiquer.

Entretien 9 – PSY1 « mais alors souvent ce que je fais c'est que je m'adresse en fait directement à eux, enfin j'attends pas forcément la réunion. Et alors moi c'est par mail. Je communique plutôt par mail » « c'est ce qui permet quand même d'échanger le plus vite, et puis on est tous pris, j'entends qu'ils sont aussi bien débordés par plein de choses. Le mail est le truc qui est le plus facile pour nous parce qu'on peut très facilement les lire »

Les psychiatres trouvaient que les courriers, quant à eux, étaient beaucoup plus chronophages et moins pratiques. Ils estimaient faire moins de courriers que les médecins généralistes.

Les psychiatres utilisaient généralement les comptes-rendus écrits seulement si cela apportait des éléments pertinents dans la prise en charge ou s'ils avaient « besoin de signaler quelque chose ».

(c) Échanges téléphoniques

Certains médecins trouvaient que le téléphone était un moyen de communication utile.

D'autres soulignaient la complexité des échanges téléphoniques qui demandaient de trouver des temps de disponibilité communs. Ils réservaient ce moyen de communication à l'urgence.

(7) Vécu positif

L'analyse des entretiens faisait ressortir un vécu globalement positif de cette collaboration. Les médecins se disaient satisfaits d'avoir un retour sur les prises en charge et valorisaient l'intérêt de collaborer de manière pluri-professionnelle.

Entretien 1 – MG1 « il a été pris en charge très très vite par le CMP. Du coup, je les connaissais tout juste, mais il a été très vite pris en charge, et du coup on a..., ça a été une super collaboration (...) Avec le CMP, enfin ils ont fait un boulot formidable (...) Ils ont fait un travail incroyable (...) et du coup il est sorti de son repli autistique, c'était super. »

Entretien 12 – PSY4 « Très très souvent elle m'appelait pour me dire « oulala ! J'ai une nana qui délire complètement, elle veut pas en entendre parler, qu'est-ce qu'il faut que je fasse ? » Et là ça marchait extrêmement bien »

(8) La collaboration avec le CMP : un apport de compétences pluri-professionnelles

Plusieurs médecins généralistes mentionnaient les compétences pluri-professionnelles apportées par le CMP. Ils pouvaient ainsi s'appuyer sur le réseau de soins psychiatriques, ce qui les soulageait dans les prises en charge.

Certains médecins soulignaient par ailleurs que cette pluri-professionnalité était parfois un moyen détourné d'accès aux soins psychiatriques.

Entretien 12 – PSY4 « Et quelques fois c'était par d'autres biais, c'est à dire « pourquoi vous n'iriez pas voir l'assistante sociale du CMP ? » Elle est plus

au courant de ce genre de choses. Donc ils l'envoyaient à l'assistante sociale, qui elle nous l'envoyait, ça passait beaucoup mieux. »

(9) La collaboration avec le CMP : un relais avec l'intra-hospitalier

Les médecins généralistes mentionnaient que le CMP était un relais avec l'intra-hospitalier, ce qui permettait de pallier en partie au manque de communication existant entre la ville et l'hôpital. Le CMP était ainsi en « capacité de faire lien, même si c'est imparfait, avec l'intra-hospitalier ».

(10) Rôle de soutien réciproque

Les médecins généralistes estimaient que la collaboration apportait un soutien au CMP face à sa fragilité actuelle, en le valorisant et en mettant notamment en évidence l'importance de la psychiatrie de secteur.

Réciproquement, plusieurs médecins généralistes exprimaient le soutien apporté par le CMP. Ils décrivaient cette collaboration comme des moments d'aide et de soutien dans les prises en charge.

Entretien 6 – MG6 « c'est des moments de collaboration assez ponctuels avec le CMP, où ils nous aident, où ils nous conseillent »

(11) Meilleure coordination des soins

Les médecins exprimaient la nécessité d'un partage mutuel de l'information et d'avoir un retour réciproque sur les prises en charge, afin d'assurer au mieux la continuité des soins.

Entretien 6 – MG6 « on est dans un dialogue avec le CMP autour de cette prise en charge de patient dont ils se sentent un peu responsables parce qu'ils les ont vu arriver souvent après une décompensation, mais qu'ils ont vu lâcher le suivi (...) Parce que parfois ils vont quand même de façon un

peu épisodique aller au CMP et on est content de savoir ce qui s’y passe un petit peu quand même, qu’est-ce-qui se travaille »

Les échanges permettaient également de mieux coordonner les soins ambulatoires, « d’anticiper les périodes où les choses vont moins bien » afin d’éviter les hospitalisations. Cette coordination des soins ambulatoires était rassurante pour les patients et apportait « un peu de stabilité, de confiance et de maintien ».

Certains médecins soulignaient également que le lien permettait plus d’efficacité dans l’urgence, que ce soit par une plus grande rapidité d’adressage au CMP ou par une meilleure transmission d’informations en cas d’hospitalisation.

Plusieurs médecins généralistes mentionnaient une plus grande facilité d’adressage au CMP par la collaboration. Ce lien leur permettait d’avoir un interlocuteur en cas de décompensation de certains patients.

Entretien 1 – MG1 « Et puis après tu connais les gens, donc après c’est plus facile pour tisser un réseau, et puis adresser »

Entretien 8 – MG8 « je trouve toujours très intéressant de pouvoir travailler ensemble de manière conjointe avec les patients qui ont des problèmes psychiatriques. Et puis peut-être qu’on arrive plus facilement à adresser ou à réadresser »

(12) Evolution dans le temps

Plusieurs médecins généralistes ressentait une altération et une fragilité de la collaboration avec le CMP, avec « un équilibre actuel qui est un équilibre qui est mieux que rien, (...) mais qui ne satisfait pas autant que (...) par le passé ». Certains médecins constataient une évolution vers « un relâchement des liens ».

Entretien 6 – MG6 « Il y avait une antenne ici beaucoup plus proche qui était juste à 100 m et il y avait des liens qui étaient beaucoup plus serrés »

b) Collaboration avec le psychiatre coordinateur

La fonction du psychiatre coordinateur au sein des centres de santé était valorisée par tous les médecins généralistes. Il les conseillait et les rassurait dans leurs prises en charge, notamment en les aidant à relativiser face à certaines situations. Un des médecins généralistes parlait même d'une « révolution de pratique », autant bénéfique pour les médecins que pour les patients.

Entretien 2 – MG2 « je parle en particulier de la place que peut avoir [...] à l'AGECSA, en tout cas sa fonction de psychiatre, de pouvoir donner des billes face à une situation, d'avoir une consultation ponctuelle pour proposer une orientation, de pouvoir discuter de ce qu'on envisage nous et de ce que lui il peut penser en connaissant différentes dimensions du réseau, ça me semble être intéressant »

c) Collaboration avec l'intra-hospitalier

Les médecins généralistes exprimaient un manque de communication avec la psychiatrie intra-hospitalière, notamment un manque de retour d'informations lors des sorties d'hospitalisation. Certains référaient la psychiatrie hospitalière à « la tour d'ivoire ».

d) Collaboration avec les médecins libéraux

Les médecins généralistes et psychiatres faisaient part de liens uniquement ponctuels avec les médecins libéraux, tant dans les échanges que pour les demandes d'adressage.

Un des médecins interrogés soulignait la difficulté à communiquer avec les psychiatres libéraux, mis à part « en les connaissant personnellement. »

Un des psychiatres estimait qu'il n'y avait pas assez de matériel à échanger avec les généralistes libéraux pour mettre en place des rencontres systématiques, et que c'était « au cas par cas (...) très ponctuel. »

e) Collaboration avec le milieu scolaire

Certains médecins généralistes et psychiatres travaillaient également en lien avec le milieu scolaire, ce qui permettait d'établir un projet socio-éducatif. Les médecins soulignaient le bénéfice de cette collaboration afin de pouvoir prendre en charge l'enfant dans sa globalité.

Un des psychiatres rapportait d'ailleurs que la collaboration avec l'école avait été à l'origine de la mise en place des rencontres entre le CMP enfant et les centres de santé.

4. La rencontre

a) Les modalités de la rencontre

(1) L'initiation des rencontres

Plusieurs des médecins interrogés exprimaient la nécessité de se rencontrer pour échanger autour des patients.

La mise en place de ces rencontres était à la fois à l'initiative des médecins de l'AGECSA et des psychiatres des CMP.

Plusieurs médecins généralistes soulignaient que les CMP n'avaient pas cette pratique antérieure de collaboration par les rencontres, et qu'il s'agissait pour eux d'un modèle nouveau à intégrer.

Entretien 4 – MG4 « Donc c'est vraiment une volonté forte de l'AGECSA de re..., de mettre en place un... des concertations physiques, qui n'existaient pas auparavant. »

Entretien 12 – PSY4 « on mettait en place la sectorisation, et donc on a tout de suite eu des contacts avec les médecins de la maison médicale. On a mis en place des réunions, on a mis en place des concertations (...) donc là

effectivement il s'est passé quelque chose, et ça ça venait d'une politique de santé mentale »

(2) L'anticipation des rencontres

Les rencontres demandaient une organisation en amont, avec une préparation de celles-ci. L'envoi préalable d'une liste de dossiers par les médecins de l'AGECSA permettait aux psychiatres de pouvoir anticiper afin de préparer les réunions, et notamment de prendre connaissance des médecins référents du patient. Plusieurs psychiatres insistaient sur l'importance de cette préparation de la rencontre et l'intérêt d'une bonne coordination entre les intervenants en amont afin de leur permettre d'être plus efficaces au cours des réunions.

Plusieurs médecins généralistes manifestaient quant à eux une difficulté à anticiper les rencontres, la sélection de patients n'étant pas toujours évidente à définir à l'avance.

Les médecins essayaient de reprogrammer d'une fois sur l'autre les réunions ultérieures, et de définir un rythme de rencontres.

Plusieurs médecins soulignaient cependant la difficulté à bloquer à l'avance un temps dédié aux rencontres au sein de leur emploi du temps.

Entretien 9 – PSY1 « Alors, dans le cadre de la préparation (...), je demande aux collègues somaticiens si éventuellement ils peuvent me faire une liste des enfants dont ils souhaiteraient que l'on parle, pour pouvoir faire une liste, afin de pouvoir préparer un petit peu à l'avance les dossiers »

Entretien 11 – PSY3 « j'avais tenté une fois par mail de le demander, et je pense que même du côté de l'AGECSA ils y arrivent pas, ils doivent pas y arriver. Parce que ça s'est jamais fait. J'ai jamais eu à l'avance les noms des personnes dont on allait parler, parce que ça se fait un peu sur le tas comme ça. »

(3) Le déroulement

(a) le lieu

Les rencontres entre les centres de santé et les CMP adultes se déroulaient systématiquement dans les locaux des CMP. Concernant les rencontres avec le CMP enfants, le lieu alternait respectivement entre les locaux du CMP et ceux des centres de santé. Plusieurs médecins mentionnaient la nécessité de se rencontrer dans un lieu adapté aux échanges médicaux.

(b) durée

Les médecins mentionnaient un temps d'échange qui était court, entre une heure et deux heures, ce qui obligeait les participants à recentrer les discussions autour des situations complexes, avec un temps limité par dossier abordé.

(c) effectif

Les rencontres avec le CMP adultes réunissaient plusieurs centres de santé. Les équipes n'étaient pas au complet au cours des réunions. Concernant les médecins généralistes, un seul médecin ou deux étaient présents, et se faisaient porte-parole de l'équipe au cours des réunions. Un retour d'informations était ensuite fait à leurs collègues. Concernant les psychiatres, seul un des médecins assistait généralement à la réunion. Le psychiatre coordinateur de l'AGECSA était également présent à la plupart des réunions avec le CMP adultes.

Un seul centre de santé était présent lors des rencontres avec le CMP enfants, et l'équipe du CMP était réunie au complet, l'équipe paramédicale étant également présente.

b) Les échanges au cours des rencontres

(1) Qualité des échanges

Plusieurs médecins soulignaient les difficultés d'échange lorsque les médecins référents des patients n'étaient pas présents aux réunions. Les échanges étaient en effet moins riches et moins approfondis, avec plusieurs questions qui restaient en suspens. A l'inverse, les discussions étaient intéressantes et permettaient une transmission d'informations réciproque lorsque le médecin traitant et le psychiatre référent du patient étaient présents.

Par ailleurs, plusieurs médecins insistaient sur le bénéfice apporté par la pluri-professionnalité au cours des réunions, avec une plus grande richesse dans les propos lorsque l'équipe paramédicale, les assistantes sociales et les secrétaires étaient présentes.

Certains médecins dénonçaient un appauvrissement de ce travail commun du fait d'un rythme insuffisant, l'espacement des réunions conduisant à un manque de matériel à échanger lors des rencontres.

Cependant, plusieurs d'entre eux considéraient au contraire que les échanges au cours de ces rencontres étaient « fructueux ».

Entretien 6 – MG6 « Avant il y avait les deux psychiatres du CMP, leurs assistantes sociales étaient présentes, les quatre médecins étaient présents tous les mois, ou un mois sur deux. Enfin, c'est vraiment des échanges extrêmement riches quoi »

(2) Contenu

Les différents entretiens faisaient ressortir une diversité des thématiques abordées lors des échanges :

(a) échanges centrés sur le patient

Les médecins apportaient respectivement des situations cliniques soulevant certaines problématiques. Les médecins généralistes étaient le plus souvent demandeurs d'informations et porteurs de situations. De façon moindre, les psychiatres amenaient eux aussi des dossiers.

Les échanges étaient centrés sur le patient, le plus souvent autour de situations complexes. Elles demandaient d'avantage de temps. Parfois il s'agissait simplement d'un bref retour d'informations sur le suivi et l'évolution au sujet de situations stabilisées.

Entretien 4 – MG4 « on passe en revue soit brièvement, soit de façon plus approfondie les patients qu'on a en commun, pour essayer de coordonner un peu et de... de voir où en sont les prises en charge, si y a des interruptions de suivi, des adaptations »

(b) échanges sur les modalités de collaboration

Les médecins discutaient également de thématiques plus institutionnelles dans le cadre de leur collaboration, autour notamment des contraintes organisationnelles réciproques, en s'intéressant aux difficultés que les équipes pouvaient traverser.

Entretien 6 – MG6 « Et puis parfois on débute sur une problématique un peu d'ordre général, pour savoir comment va le CMP, au sein de leur équipe » « Donc ça c'est intéressant de se rencontrer vraiment sur ces questions-là (...) sur la coordination des soins »

(c) échanges sur le vécu des médecins

Les échanges permettaient également aux médecins d'avoir un retour sur le vécu de leurs confrères autour de la coordination des soins ou de certaines prises en charge, notamment thérapeutiques.

c) *Le vécu de la rencontre*

(1) vécu positif

L'analyse ressortant de ces entretiens était un vécu globalement positif de ces rencontres. Les médecins les qualifiaient de moments « agréables », « appréciés », « intéressants », ou encore de « moments forts ».

Entretien 2 – MG2 « Je trouve que c'était chouette de pouvoir faire cette rencontre (...) j'y suis allé avec plaisir en tout cas »

Entretien 5 – MG5 « et c'était génial parce qu'on parlait, (...) il y avait

vraiment un sens, enfin c'était assez génial »

Entretien 12 – PSY4 « C'était sympathique ! (...) y avait une bonne entente.

C'était... c'était... on aimait bien se voir. »

(2) motivation réciproque à se rencontrer

Les médecins exprimaient une volonté réciproque de pérenniser les rencontres, notamment par le maintien d'une certaine régularité.

Plusieurs médecins généralistes justifiaient cette motivation par la conviction d'un bénéfice apporté par ces échanges.

Entretien 5 – MG5 « on a essayé de se rendre disponible, tout le temps.

Mais c'est le CMP qui avait plus le temps (...) Je pense que clairement ils ont toujours eu la volonté, je pense qu'à aucun moment y a quelqu'un un qui a

dit « moi ça m'intéresse pas »

Entretien 8 – MG8 « moi je suis prête à continuer à les faire même si elles

sont plus sur mon temps de travail je m'en fiche. Je veux dire je trouve ça,

ça m'apporte suffisamment pour pouvoir... Je trouve ça suffisamment

important pour pouvoir même le faire bénévolement tu vois »

(3) convivialité

Plusieurs médecins trouvaient que ces réunions étaient marquées par la convivialité. En effet, ces rencontres avaient lieu, à plusieurs reprises, autour d'un repas.

(4) Confraternité

Plusieurs médecins décrivaient une confraternité dans les échanges, à l'image d'un groupe de pairs.

Entretien 9 – PSY1 « on se retrouve entre professionnels, on s’invite à venir manger à midi, partager notre table, donc c’est... Non y a une certaine confraternité qui est vraiment... »

(5) Un lieu pour déléguer

Plusieurs médecins généralistes disaient trouver par les rencontres un lieu pour se délester de certaines problématiques psychiatriques, des problématiques qu’ils qualifiaient de complexes et qui pouvaient leur échapper.

Le fait de pouvoir déléguer aux psychiatres leur permettait d’alléger leur prise en charge et de se concentrer sur d’autres éléments, notamment somatiques. C’est la relation de confiance qui permettait ce relais.

La prise en charge somatique par le médecin généraliste et psychiatrique par le psychiatre pour le même patient, ou pour un autre patient, amenait un sentiment de réciprocité. Il s’agissait d’un échange de services et de compétences.

Entretien 6 – MG6 « on a des formes de travail parallèle, c’est-à-dire que moi aussi je suis des psychotiques chroniques, chez qui je sais que si il est suivi, s’il y a un suivi de qualité en CMP ben il va y avoir une partie de la problématique que je vais m’épargner de trop travailler avec le patient parce que je sais que cette partie-là elle est prise en charge, voilà. Et donc je vais pouvoir moi me concentrer plus sur des éléments de médecine générale si je sais qu’il est suivi par des psychiatres que je connais, dans un CMP de confiance, voilà donc finalement ça va m’alléger pour des patients complexes. »

(6) Un lieu de formation

Ces rencontres étaient vécues par plusieurs médecins généralistes comme un lieu d'apprentissage, un temps et un lieu leur permettant d'améliorer leurs connaissances dans le domaine des soins psychiatriques.

Plusieurs médecins généralistes vivaient ces temps d'échange comme formateurs, non seulement par la diffusion de connaissances apportées par les psychiatres, mais également par le retour d'expériences des collègues généralistes.

Ces réunions étaient également formatrices pour les internes en médecine qui y participaient parfois.

Entretien 1 – MG1 « c'était une formation, c'était un éclairage, enfin dans des situations compliquées où j'avais pas les billes, je savais pas faire, c'était aussi me donner une posture, me donner une assurance... ça a été ma formation, enfin... ces réunions ont été super formatrices, d'avoir un autre regard (...) oui une assurance voilà, et je sais pas comment dire... oui une formation en tout cas. C'était enrichissant »

Entretien 4 – MG4 « Moi je pense qu'on s'enrichit tous de...enfin de l'expérience des autres »

(7) Rôle de soutien

Plusieurs médecins généralistes trouvaient que ces rencontres leur apportaient un soutien dans les prises en charge.

Certains d'entre eux estimaient qu'elles avaient également un rôle de soutien pour le CMP en le valorisant et en mettant en évidence l'importance de la psychiatrie de secteur.

Entretien 6 – MG6 « avoir ces concertations avec les médecins locaux c'est un des moyens de remonter je pense l'importance de cette psychiatrie de secteur, locale, les valoriser, leur montrer que nous on tient à eux, on tient

à leur structure et qu'il ne faut pas que l'hôpital les lâche quoi »
Entretien 12 – PSY4 « Moi je crois qu'elles étaient bénéfiques pour tout le monde. Les rencontres en elles-mêmes, et puis l'idée aussi qu'on pouvait en parler, d'un truc. C'est-à-dire qu'on restait pas tout seul, voilà. On restait pas tout seul avec un problème »

(8) Une réassurance pour les médecins

Les médecins généralistes estimaient que les rencontres leur apportaient une réassurance dans les prises en charge psychiatriques, à la fois diagnostique et thérapeutique.

Les échanges en groupe étaient rassurants et atténuaient contre le sentiment d'isolement des médecins généralistes et psychiatres.

Plusieurs médecins généralistes se sentaient rassurés par les compétences pluri-professionnelles du CMP, en valorisant notamment le rôle des infirmières psychiatriques. Elles assuraient en effet un soutien et une continuité dans la prise en charge. Les médecins généralistes reconnaissaient également la qualité de la prise en charge médico-sociale par le CMP. La pluri-professionnalité permettait de travailler en réseau et de construire un maillage, bénéfique tant pour les professionnels que pour les patients.

Entretien 5 – MG5 « Enfin je pense que vraiment l'avis du psychiatre reste sécurisant. Et ça peut m'arriver de recevoir un patient et de me dire « bon ben je pourrai en parler, je sens que je suis en sécurité », voilà, j'ai une petite voix dans ma tête qui dit « bon ben là qu'est-ce que je...je sens que je maîtrise entre guillemets, et qu'est-ce qui m'échappe? ». Et la partie qui m'échappe quand c'est des patients difficiles, je sais que j'ai un endroit où je vais pouvoir en parler »

Entretien 7 – MG7 « ça nous rassure aussi sur... en termes de diagnostic, de prise en charge, de traitements qui peuvent ou ne peuvent pas se faire »

(9) Rupture de l'isolement

Le fait de pouvoir collaborer, et en particulier de se rencontrer, permettait de rompre l'isolement, tant pour les médecins généralistes que pour les psychiatres. Les médecins se sentaient en sécurité et pouvaient faire part de leurs difficultés au reste du groupe. Le travail en groupe permettait alors d'élaborer des solutions conjointes. Les médecins estimaient que cette rupture de l'isolement était bénéfique pour les patients, qui se retrouvaient alors face à des professionnels de santé rassurés et plus confiants.

Les médecins généralistes voyaient le rôle des psychiatres comme un accompagnement au cours des rencontres, « un guide » qui donnait des conseils de prise en charge pour aider à cadrer les patients complexes ou à ajuster les thérapeutiques.

Entretien 5 – MG5 « Mais quand même nous on a un guide, et même si le patient n'a pas de guide, nous on en a un et c'est déjà ça quoi. Et je pense que les patients doivent le ressentir quelque part »

(10) Renforcement positif

Les rencontres apportaient aux médecins généralistes une valorisation professionnelle et un renforcement positif. Les conseils apportés permettaient de les renforcer dans leurs décisions et de prendre de l'assurance dans leurs prises en charge psychiatriques.

Le fait de connaître ses confrères permettait de les valoriser professionnellement auprès des patients, ce qui renforçait l'alliance thérapeutique et l'adhésion aux soins.

Entretien 6 – MG6 « ah oui je le connais il est très bien, tout ça c'est du vertueux, on se valorise les uns les autres c'est important, ça donne du poids au suivi, c'est plutôt des choses de cet ordre-là »

d) *Evolution des rencontres dans le temps*

(1) Diminution de fréquence

Les rencontres s'étaient espacées au cours du temps. Un des centres de santé entretenait auparavant des réunions mensuelles avec l'un des CMP du secteur, alors que désormais elles n'avaient lieu que deux à trois fois par an. Certains secteurs avaient même connu un arrêt transitoire des rencontres.

(2) Appauvrissement des échanges

Plusieurs médecins généralistes ressentait un appauvrissement des échanges au cours du temps. Les réunions étaient plus rapides et le temps d'échange plus limité qu'avant, ce qui conduisait les médecins à aller « plus droit à l'essentiel », et à se concentrer essentiellement sur les situations problématiques. L'espacement des réunions diminuait paradoxalement le matériel à échanger, et l'impossibilité de réunir les équipes au complet conduisait à des échanges de moins bonne qualité.

Entretien 5 – MG5 « on va plus droit à l'essentiel, on parle pas de tous nos patients en fait en commun. On parle surtout de ceux qui posent problème.

Alors qu'avant j'ai envie de dire que ça peut être didactique de parler même des patients en dehors des situations de crise. Ou en dehors... voilà, juste dans leur suivi quoi, pas que quand ils posent problème, quand c'est alarmant, inquiétant, quand y a une rupture de soins »

Entretien 11 – PSY3 « Mais par contre, c'est des questions qu'on a même pas le temps de se poser parce qu'ils arrivent, on est là, on arrive en retard, on va vite à la consultation, des fois il a commencé ou moi enfin... et je me demandais si les centres de santé collaboraient avec tous les CMP »

(3) altération de la pluri-professionnalité :

Les médecins regrettaient de voir les réunions évoluer vers une diminution de la pluri-professionnalité au cours du temps, du fait des difficultés à réunir les équipes au complet.

Seule l'équipe médicale était désormais présente au cours des rencontres avec le CMP adultes.

Entretien 5 – MG5 « Du coup c'était pas comme maintenant, où maintenant... ça fait longtemps, du coup, avant ça se passait comme ça, y avait les trois médecins des centres de santé, les deux psychiatres du CMP, parce que y en a toujours eu deux, enfin voilà. Plus y avait les infirmières, soit toutes les infirmières, soit après...voilà »

(4) Pérennité et régularité des rencontres

Malgré l'altération de la qualité des échanges et l'espacement des réunions, plusieurs médecins se disaient satisfaits de voir que ces rencontres continuaient à exister malgré les différentes difficultés organisationnelles : il fallait « savoir apprécier ce qu'on a ». Les rencontres perduraient malgré un équilibre devenu plus précaire.

Les médecins essayaient de se mobiliser de façon réciproque afin d'entretenir une certaine régularité dans les rencontres, notamment avec le CMP enfants. A savoir que celles-ci se déroulaient de façon trimestrielle depuis plusieurs années.

Entretien 5 – MG5 « Avant on y allait tous, une fois par mois à peu près, après on y allait tous les deux mois, et puis après c'était qu'un de l'équipe, je sais pas trois fois par an, enfin... c'est du moins tout ça, mais bon on se calme. C'est déjà bien, ça continue à exister donc faut savoir apprécier ce qu'on a »

e) *Les attentes des médecins*

(1) attentes pour le psychiatre

Les psychiatres attendaient principalement de ces rencontres un retour sur le suivi somatique de leurs patients, notamment des informations sur l'évolution clinique et les éventuels effets

secondaires des traitements psychotropes, afin de pouvoir adapter le traitement en conséquence.

(2) attentes pour le médecin généraliste

Les médecins généralistes étaient quant à eux demandeurs d'informations centrées sur le patient, qu'il s'agisse d'informations concernant les patients dont ils étaient les référents, ou encore ceux de collègues qu'ils seraient amenés à voir ponctuellement, pour être « moins pris au dépourvu (...) s'il y avait une situation de crise ».

Plusieurs médecins généralistes manifestaient également leur souhait de développer avec les psychiatres des échanges réciproques se poursuivant, ainsi qu'une relation basée sur un pied d'égalité.

Entretien 2 – MG2 « C'est un peu comme des groupes de pairs, on considère que les autres types de métiers sont aussi des pairs et on travaillait à partir d'expériences cliniques »

f) Les freins

(1) contraintes organisationnelles

(a) surcharge de travail des soignants

Les psychiatres faisaient part de leur surcharge de travail actuelle, dans un contexte où il existait une réduction des effectifs soignants, en contradiction avec des files actives toujours au moins aussi importantes.

Les médecins généralistes étaient au fait des difficultés existantes, et percevaient une souffrance chez les soignants du CMP. Ils faisaient part d'une incapacité des CMP à répondre à leur demande, comprenant que c'était indépendant du souhait propre des psychiatres.

Plusieurs médecins constataient un dysfonctionnement récent dans l'organisation des réunions, qu'ils attribuaient en partie à un manque de vigilance réciproque.

Entretien 3 – MG3 « J’ai connu une époque il y a vingt-huit ans où il y avait quatre psychiatres, et une époque catastrophique actuellement où pendant un moment il y avait plus qu’un demi-poste. un demi-poste... avec toujours autant de cas psychiatriques, et beaucoup de troubles psychologiques qui ne trouvaient pas leur place nulle part. » « Ils nous ont même demandé de reprendre des cas lourds qui étaient à peu près stabilisés pour qu’ils puissent faire face aux nouvelles demandes. »

(b) manque de disponibilité des soignants

Un des principaux freins aux rencontres était le manque de disponibilité des CMP, conséquence de la réduction des effectifs soignants.

Plusieurs psychiatres exprimaient leur difficultés à organiser ces réunions et à libérer du temps pour la coordination des soins, au sein d’un emploi du temps déjà très rempli.

Les médecins généralistes exprimaient également leur manque de disponibilité, qui se traduisait par la difficulté à trouver un temps commun au sein de l’équipe, et qui conduisait le plus souvent à une impossibilité de réunir l’équipe au complet au cours des rencontres.

Entretien 3 – MG3 « on faisait trois concertations par an, centre de santé et CMP. Les années passant, il y a eu de moins en moins d’heures de psychiatres, et là la dernière qu’on ait eue c’est en septembre, mais comme le docteur [...] qui est parti, qui était le pilier à plein temps, laissant un demi-poste, un psychiatre qui fait deux CMP, ils ont dit « on fait plus de concerta jusqu’à nouvel ordre ». »

(c) hiérarchisation des tâches

Dans ce contexte, les médecins faisaient part d’une obligation à hiérarchiser les tâches, avec un temps de soins et de consultations qui primait sur le temps de coordination des soins, et de ce fait sur le temps de rencontres, avec « un temps de collaboration qui en pâtissait aussi ».

Entretien 6 – MG6 « Et les freins, oui, les freins c'est les disponibilités, c'est-à-dire si on dépasse un certain nombre de file active, ben on va tous se recentrer sur la priorité du métier c'est-à-dire les consultations. Donc dégager du temps, tous, nombreux, c'est difficile. »

(d) difficultés à trouver un temps commun

Plusieurs médecins exprimaient leurs difficultés à trouver un temps commun en conséquence des différents facteurs cités précédemment, ce qui entraînait un frein majeur aux rencontres, avec des difficultés à maintenir une régularité et à réunir les équipes.

(e) Manque de financement

La baisse respective des financements contraignait les deux institutions à réévaluer leur mode de fonctionnement et notamment la place de l'activité de coordination des soins, moins rémunératrice que le soin lui-même.

Entretien 8 – MG8 « Nous en ce moment au centre de santé on a des gros soucis financiers, et du coup peut-être que ces réunions seront plus considérées comme sur notre temps de travail »

Entretien 2 – MG2 « ça fait pas mal d'années que la psychiatrie de secteur est un peu déshabillée et a du mal aussi à trouver des remplaçants, du fait peut-être d'une démographie de psychiatres qui est un peu en baisse, aussi du fait de retirer des moyens pour les CMP et de mettre beaucoup plus de moyens dans les CHU, les centres de références »

(2) Rythme insuffisant

Plusieurs médecins généralistes jugeaient la fréquence des réunions insuffisante, ce qui conduisait pour eux à un manque de fluidité dans les échanges. Certains d'entre eux trouvaient que la raréfaction des réunions leur faisait perdre de l'intérêt, et que « moins on le fait, moins on en trouve l'utilité », notamment par manque de matériel à échanger.

Entretien 6 – MG6 « Et ben, bizarrement, on se dit tiens on rencontre les CMP et bah, tient au fait je sais plus bien qu'est-ce-que j'ai à leur dire. Alors que quand on se voyait tous les mois, tous les deux mois on avait des choses à dire »

(3) Manque de patients suivis en commun

Certains médecins généralistes exprimaient une perte d'intérêt à se rencontrer du fait d'un manque de patients suivis en commun. Cela pouvait s'expliquer par un cercle vicieux entre auto-censure des médecins généralistes à adresser au CMP, couplée à l'incapacité des CMP à répondre aux demandes des centres de santé.

(4) Eloignement géographique

Plusieurs médecins généralistes soulevaient l'absence de proximité géographique entre les deux institutions comme frein aux rencontres et à la collaboration. Une seule et même unité géographique permettrait des échanges plus spontanés et renforcerait les liens.

(5) Absence de freins du côté du médecin généraliste

Certains médecins généralistes estimaient qu'il n'existait de leur côté aucun élément freinant la pérennisation de ces rencontres, et exprimaient au contraire une motivation à se rendre disponible, convaincus du bénéfice des réunions.

g) Les pistes d'amélioration

(1) Augmenter la fréquence

Pratiquement tous les médecins interrogés étaient demandeurs d'un rythme de rencontres plus fréquent. Seul un des psychiatres se déclarait satisfait de la fréquence trimestrielle des réunions entre le CMP enfants et les centres de santé.

Entretien 2 – MG2 « Après en amélioration, je pense qu'il faut trouver une fréquence qui permette d'avoir vraiment un... je pense deux fois par an c'est pas assez, par exemple, une fois par trimestre éventuellement, ça peut

être la limite, je pense que c'est la limite supérieure qui permette d'avoir un travail de concertation un peu suivi. »

Entretien 10 – PSY2 « Dans un monde utopique ce serait déjà de pouvoir se voir peut-être plus, déjà deux fois dans l'année c'était déjà un bon début »

(2) Unité de lieu

Certains médecins soulignaient l'intérêt de favoriser une unité de lieu pour se rencontrer, l'alternance entre les locaux du CMP et ceux de l'AGECSA ayant été dernièrement génératrices d'erreurs.

(3) Se déplacer

Les psychiatres insistaient sur l'intérêt pour les médecins généralistes de se déplacer dans les locaux du CMP, ce qui leur permettait d'avoir une meilleure représentation visuelle de la structure et de son environnement, mais également de mieux connaître l'équipe et de mieux comprendre le fonctionnement et les contraintes internes du CMP. Les psychiatres quant à eux se déplaçaient peu dans les locaux des centres de santé.

(4) Proximité physique

Plusieurs médecins mettaient en valeur l'intérêt d'une proximité géographique entre les deux institutions. Certains d'entre eux faisaient part « des liens qui étaient beaucoup plus serrés » lorsque l'antenne du CMP était plus proche. La proximité physique permettait de renforcer les liens et favorisait la spontanéité des échanges.

Certains médecins généralistes étaient même demandeurs d'une seule et même unité géographique qui regrouperait les deux institutions, afin de faciliter le travail pluri-professionnel en réseau.

Un des médecins généralistes interrogés était partisan de la mise en place de consultations régulières par des psychiatres du CMP au sein des centres de santé, en suivant un modèle de liaison-attachement.

Pour un des psychiatres, une expérience antérieure lui avait au contraire montré qu'une proximité physique ne favorisait pas la création de liens.

Entretien 7 – MG7 « quand on est en proximité (...) On a des convergences de pratique, d'intérêt tout ça. (...) on est là, on se croise, on commence un truc, on bouffe ensemble à midi, « On va pas en parler là devant tout le monde, je viens dans ton bureau et on avance ce truc-là. » La situation s'est présentée maintenant c'est là qu'elle est fraîche, qu'elle est dans le truc (...), plus de spontanéité » « le modèle que j'aimerais dans cette psychiatrie communautaire (...) c'est que les psychiatres viennent consulter dans nos bureaux dans notre centres, une fois par semaine une fois par quinzaine, selon les moyens selon les besoins selon les...etc etc... pour que y ait cet échange même informel »

(5) Transfert de compétences au médecin généraliste

Plusieurs médecins généralistes exprimaient le souhait de se voir déléguer plus de prises en charge de patients stabilisés, ce qui se faisait pour l'instant peu en pratique. Un des médecins généralistes l'expliquait par un manque de fluidité dans les relais de prise en charge du fait d'un rythme de rencontres insuffisant.

Entretien 7 – MG7 « Ce qu'on aimerait, je sais pas si on y arrive, c'est aider aussi les psychiatres à désengorger leur file active c'est à dire de récupérer leurs patients quand ils sont stabilisés et prendre à notre charge des prescriptions de psychotropes et refaire le suivi, pour peu que le patient soit équilibré. »

(6) Développer la pluri-professionnalité

Une des améliorations souhaitables pour plusieurs médecins généralistes était de favoriser la pluri-professionnalité au cours des rencontres, en l'étendant notamment à l'équipe paramédicale.

(7) Valoriser les rencontres

Plusieurs médecins soulignaient la nécessité de mettre en valeur l'intérêt de ces rencontres afin de les pérenniser. La satisfaction des médecins était en général manifeste au décours des réunions et il leur paraissait important de garder en mémoire les bénéfices apportés pour motiver les équipes à maintenir le lien.

Certains médecins préconisaient la mise en évidence objective d'une économie de santé publique générée par ces rencontres, afin d'aider à pérenniser ce système de collaboration. Une des pistes était de mettre en place des comptes-rendus de réunions systématiques, ce que le psychiatre coordinateur de l'AGECSA avait initié récemment lors des dernières réunions.

La question d'un financement dédié à la coordination des soins afin de valoriser cette activité était également soulevée par un des médecins.

Entretien 2 – MG2 « Pour qu'elles puissent vraiment se mettre en place facilement, de façon large, se pérenniser... Il faut qu'elles soient reconnues et valorisées, par les politiques de soins. »

5. Déstigmatisation par la rencontre

a) *Déstigmatisation de la psychiatrie pour le patient*

Plusieurs médecins soulignaient que la collaboration, notamment par les rencontres, aidait les patients à déstigmatiser les soins psychiatriques et permettait une meilleure adhésion aux soins ainsi qu'un suivi prolongé.

Le confrère, présenté comme une connaissance, était en effet considéré comme déstigmatisant pour le patient.

Certains médecins notaient une évolution vers une déstigmatisation sociale récente et progressive de la psychiatrie, une spécialité qui s'était « démocratisée », « dédramatisée ».

Entretien 4 – MG4 « Les conséquences sur les intervenants, ben déjà c'est qu'on se connaît, qu'on se reconnaît, et que... c'est beaucoup plus facile derrière quand on prend le téléphone (...) par rapport à ça c'est plus simple. »

Entretien 9 – PSY1 « Alors le fait de pouvoir échanger et de mettre des visages, je dis ça c'est intéressant parce que, par exemple je sais que mes collègues peut-être vont dire : « ben ouais vous allez voir le Dr [...], je le connais bien, vous allez voir », c'est peut-être plus facile de passer un peu comme ça, par ce biais-là »

b) Déstigmatisation pour le médecin généraliste

La collaboration et les rencontres avaient conduit plusieurs médecins généralistes à modifier leurs représentations du psychiatre et des soins psychiatriques.

Les rencontres permettaient à plusieurs d'entre eux de mieux comprendre le fonctionnement du réseau de soins, ce qui démystifiait ainsi en partie la psychiatrie publique.

Entretien 7 – MG7 « Je pense que ça a beaucoup amené dans la résolution de cette vieille plainte que tu connais bien, de cette fracture du manque de confiance enfin de tous ces histoires de...(...) Et au bout de quelques années et ben ça a changé »

6. La rencontre renforce la collaboration pluri-professionnelle

a) Création d'un lien privilégié

Pour plusieurs médecins, les rencontres permettaient la construction de liens privilégiés entre collaborateurs. Ils les considéraient comme « des moments importants pour la construction de la relation entre professionnels ».

Certains médecins soulignaient néanmoins que la qualité de la relation dépendait de la personnalité des médecins, certaines expériences de collaboration ayant été vécues plus difficilement que d'autres.

Un des psychiatres n'avait assisté qu'à une seule réunion et précisait qu'une seule rencontre n'avait eu que peu d'effets sur les relations entre collaborateurs.

Entretien 8 – MG8 « je pense que c'est essentiel pour tisser la confiance et puis pour... pour pouvoir échanger derrière et dire « Ah ben oui, j'me souviens je vous ai rencontré » »

Entretien 10 – PSY2 « Et que ça permet quand même de faire du lien, ça permet de se connaître aussi, et quand même on travaille toujours mieux quand on se connaît »

b) Confiance réciproque

Plusieurs médecins exprimaient la confiance qu'ils avaient en leurs collaborateurs, renforcée par la connaissance physique réciproque. Cette relation de confiance facilitait les échanges.

c) Connaissance des collaborateurs et des structures de soins

(1) connaissance des collaborateurs

Tous les médecins exprimaient le fait que les rencontres permettaient d'avoir une meilleure représentation visuelle des confrères, de les connaître physiquement, « de mettre (...) des visages sur des noms ».

Un des médecins soulignait l'intérêt de se rencontrer régulièrement pour faire la connaissance des nouveaux confrères du fait des renouvellements au sein des équipes.

Pour plusieurs médecins, les rencontres permettaient également de connaître les spécificités professionnelles de chacun, de connaître « la façon de travailler, les contraintes très subjectives de l'un et de l'autre ».

Entretien 4 – MG4 « Les conséquences sur les intervenants, ben déjà c'est qu'on se connaît, qu'on se reconnaît »

Entretien 10 – PSY2 « on a un visage sur un nom, on identifie quelqu'un, c'est pas juste une voix au téléphone, ou un nom sur un courrier. »

(2) Compréhension du fonctionnement interne des structures

Plusieurs médecins généralistes considéraient que les rencontres leur apportaient une meilleure connaissance des CMP et de leurs contraintes organisationnelles, qu'elles apportaient un éclairage sur « leurs contraintes, l'objectif, leur file active surbookée, leurs difficultés d'équipe ».

d) *Amélioration des échanges*

(1) Plus grande facilité d'échanges

La majorité des médecins manifestait une plus grande facilité d'échanges grâce aux rencontres et à la connaissance physique de leurs collaborateurs. Les échanges en dehors des réunions étaient plus spontanés et plus fluides, que ce soit par écrit ou par téléphone. La connaissance des spécificités professionnelles de chacun facilitait également les échanges.

Certains médecins exprimaient une plus grande facilité dans les échanges face à face car cela leur permettait d'être moins concis que par écrit.

(2) levée des freins à la communication

Les différents entretiens semblaient montrer que la communication entre collaborateurs était désinhibée par la connaissance physique des correspondants. Les médecins osaient plus facilement solliciter leurs confrères une fois qu'ils les avaient rencontrés.

Entretien 2 – MG2 « le fait de pouvoir se rencontrer, ça facilite les échanges quand on est pas au même endroit. Pour... voilà pour s'épauler, rendre un peu plus fluide le rendu d'avis (...). Ça donne de la fluidité, ça permet que ce

soit plus agréable et plus facile, de part et d'autre d'ailleurs je pense. »
Entretien 9 – PSY1 « la connaissance effectivement avec ses échanges de mes collègues, ont permis en tout cas de me... Je me réfère plus à eux, sur des choses, ce qui auparavant moi j'avoue que j'avais eu un peu... J'arrivais pas trop à échanger, c'était un peu compliqué »

(3) Echanges réciproques

Plusieurs des médecins généralistes avaient remarqué une évolution vers une réciprocité dans les échanges au cours du temps. Auparavant, les questionnements et les demandes d'informations venaient surtout des médecins généralistes, mais les psychiatres alimentaient désormais eux aussi les échanges autour de dossiers qui leur posaient question, notamment concernant le suivi somatique des patients.

e) Meilleure coopération par la rencontre

Certains médecins généralistes trouvaient que le fait de se connaître et notamment de se connaître physiquement rendait les psychiatres plus coopérants. Ils acceptaient plus facilement de donner des avis ponctuels même si la demande concernait un patient qu'ils ne connaissaient pas.

Entretien 5 – MG5 « Et en plus comme on connaissait les médecins psychiatres, avec qui ça s'est toujours bien passé, enfin voilà, quelques fois on pouvait même les solliciter pour des patients qu'étaient pas suivis au CMP (...) et du coup eux ils acceptaient assez facilement de nous aider dans la prise en charge, sans connaître les patients. Ils disaient pas « moi je le connais pas, j'ai pas le temps », ou « je m'en occupe pas », enfin... »

f) Complémentarité

(1) Ce que le médecin généraliste apporte

Médecins généralistes et psychiatres estimaient que le médecin généraliste apportait le sens clinique au cours des prises en charge, en ayant une « espèce de sensibilité à là où il faut aller, (...) ce qu'il faut demander, ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas faire ».

La majorité d'entre eux estimait également que le médecin généraliste apportait un éclairage complémentaire sur le contexte et l'environnement socio-familial du patient, notamment du fait d'un suivi prolongé du patient et d'un suivi conjoint de la famille.

Certains médecins généralistes considéraient également apporter des informations psychiatriques complémentaires à celles recueillies par les psychiatres.

(2) Ce que le psychiatre apporte

Plusieurs médecins généralistes considéraient que les psychiatres leur apportaient une meilleure connaissance du contexte psychiatrique du patient et une meilleure analyse du parcours de soins possible.

Le psychiatre apportait également aux médecins généralistes un éclairage diagnostique et thérapeutique. Pour certains, le langage d'expert du psychiatre était rassurant.

(3) Répartition des rôles

La majorité des médecins estimait que la collaboration permettait de répartir les rôles dans les prises en charge psychiatriques. Les médecins généralistes se concentraient alors essentiellement sur le somatique et les psychiatres sur le psychisme, ce qui les allégeait dans certaines prises en charge complexes.

Entretien 7 – MG7 « La réassurance sur le fait qu'il y a bien quelque part où la question psychiatrique est traitée, et je peux m'en défaire d'une certaine façon, j'ai posé cette question-là ailleurs je peux faire le reste, voilà. »

Certains médecins estimaient que cette séparation des rôles était favorable au patient et le rassurait. Elle permettait notamment de limiter le risque de mésusage des psychotropes.

Entretien 10 – PSY2 « Ou des fois ça peut être pour des gens, qui ont tendance à un peu mésuser des traitements et où on se dit « bon ben vous c'est que somatique, nous c'est que psy », et si il interpelle le médecin généraliste pour des traitements psychotropes ben c'est non, et ça permet de filtrer »

Au-delà de la répartition des rôles, les médecins se partageaient également les responsabilités dans les prises en charge et dans les décisions.

Entretien 9 – PSY1 « là c'est la question de qui fait quoi, si je puis dire à un moment donné, sur le rôle de piloter. Alors piloter c'est un mauvais terme mais comment on fait un projet, et qui le gère ce projet. Donc ça, pour moi c'est relativement évident avec le médecin généraliste sur lequel il est le pivot, et puis ben je renvoie, moi c'est juste la part entre guillemets psychologique »

Certains médecins interrogés soulignaient les difficultés parfois existantes à répartir les rôles en cas de compétences communes, ce qui conduisait à une négociation de la place de chacun dans le réseau de soins. Les compétences communes enrichissaient par contre les échanges et aidaient à élaborer des solutions de façon conjointe.

(4) Dimensions de suivi différentes et parallèles

Plusieurs médecins exprimaient le fait que les dimensions de suivi étaient différentes entre médecins généralistes et psychiatres. Certains psychiatres considéraient en effet avoir des suivis ponctuels des patients, et estimaient qu'il existait des « séquences (...) pour lesquelles un traitement fait que ça conclut quelque chose » et qu'après « ils sont revus pour d'autres choses ». Un des psychiatres interrogés parlait de « passade » dans la vie du patient. Ils

opposaient ces prises en charge ponctuelles aux prises en charge continues et prolongées des médecins généralistes.

Un des psychiatres considérait au contraire se rapprocher du médecin généraliste par des suivis au long cours, à la différence des autres spécialistes qui « suivent des gens plus ponctuellement ».

Certains médecins généralistes rapportaient des formes de suivi parallèle entre l'AGECSA et les CMP, un des médecins caractérisant la prise en charge à l'AGECSA comme « un petit peu décalée de celle du CMP, (...) pas complètement en miroir ou fusionnelle », et que ce décalage était rassurant pour le patient.

g) Evolution vers un système collaboratif cohérent

Pour plusieurs médecins, les rencontres permettaient d'avoir un éclairage différent et complémentaire sur les situations partagées. Les regards croisés des médecins apportaient ainsi une vision plus globale du patient et des situations.

Les médecins généralistes estimaient également que les échanges au cours des rencontres permettaient d'acquérir progressivement un langage commun, certains arrivant désormais à « décoder » plus facilement le langage des psychiatres.

Plusieurs d'entre eux considéraient que la rencontre permettait de s'accorder. Le fait d'arriver à s'accorder permettait alors de transmettre un message univoque au patient et d'être plus cohérent dans la prise en charge. Ceci tendait vers un système collaboratif cohérent et permettait de renforcer l'adhésion du patient aux soins.

Plusieurs médecins soulignaient cependant que certains désaccords restaient possibles entre collaborateurs au cours des réunions.

Pour certains médecins, il était au contraire nécessaire d'avoir un dirigeant, « une seule personne qui dirige (...) les soins » pour plus de cohérence dans la prise en charge.

Entretien 2 – MG2 « ça veut pas dire qu'il faut que tout le monde pense pareil et fasse pareil, mais disons que la concertation donne un peu (...) de confort au patient par rapport aux difficultés déjà, qui peuvent être compliquées à traverser, d'avoir l'impression quand même d'une cohérence dans ce que les gens lui proposent, ou la façon dont on l'accompagne. »

Entretien 10 – PSY2 « Après c'était intéressant de faire l'échange. (...) du coup on a des discours qui vont dans le même sens, donc c'est bien pour eux aussi, des fois se mettre d'accord, et savoir vers où on va. »

7. Conséquences pour le patient

a) *Information du patient*

(1) un recueil de l'accord du patient non formel

Plusieurs médecins généralistes insistaient sur la nécessité d'informer le patient du lien inter-professionnel existant, notamment dans le cadre de ces rencontres. Cette nécessité semblait théorique, car plusieurs d'entre eux mentionnaient le fait que l'accord du patient n'était pas systématiquement recueilli en pratique.

Certains d'entre eux expliquaient que l'information des patients en amont des réunions demandait une anticipation qui n'était pas toujours évidente compte tenu de l'espacement des réunions et d'un suivi parfois irrégulier pour certains patients. Des retours d'informations aux patients étaient alors souvent faits a posteriori.

Plusieurs d'entre eux exprimaient une volonté de se montrer plus rigoureux dans l'information du patient.

La majorité des médecins considérait que les patients étaient en fait implicitement au courant de l'existence de ce lien inter-professionnel.

Entretien 7 – MG7 « ça dépend de notre capacité d'anticipation. De temps en temps on se dit « (...) faut qu'on en parle » sauf que on a vu le patient

*quelque temps avant, et on a pas pris le temps de se poser cette question-
là. Si on avait pensé qu'on le ferait à l'avance on l'aurait fait. »*
*Entretien 9 – PSY1 « Alors j'en informe quand j'ai la liste un petit peu à
l'avance(...) y a des fois où je suis pas forcément au courant, on est amené
à parler d'une situation qui est amenée sur la table si je puis dire, sans
qu'on l'ait préparée à l'avance. Donc là j'en parle ben de façon limitée »*

(2) refus du patient respecté

Plusieurs médecins soulignaient que le partage d'informations était censuré si les patients avaient exprimé un quelconque refus.

(3) information adaptée au patient

Certains médecins exprimaient la nécessité de s'adapter au patient et de trouver un moment opportun pour l'informer, le lien entre les médecins généralistes et les psychiatres pouvant faire fuir certains patients dans le déni de leur pathologie.

(4) patients majoritairement favorables aux échanges

Plusieurs médecins faisaient remarquer que les patients étaient la plupart du temps favorables à ces échanges et qu'ils n'avaient connu que très peu de refus ou de retours négatifs de leur part.

b) Prise en charge globale du patient

Pour plusieurs des médecins interrogés, les échanges permettaient de s'approprier le patient dans sa globalité grâce à une approche bio-psycho-sociale. Les échanges leur permettaient également d'élaborer conjointement des projets pour les patients, qu'ils soient suivis en commun ou seulement par l'AGECSA en cas de rupture de soins avec le CMP.

*Entretien 12 – PSY4 « C'étaient les moyens d'amener les gens à une
compréhension de leur situation, on étudiait ça aussi ensemble. On parlait
de quelqu'un, ou on parlait d'une famille, et puis on essayait de savoir par
quel abord fallait y arriver. Quelque fois c'était par l'abord somatique,*

quelque fois c'était par l'abord social, voilà. En règle générale, on étudiait globalement. »

c) Amélioration de la prise en charge

Pour plusieurs médecins, la triangulation entre le médecin généraliste, le psychiatre et le patient permettait d'améliorer la prise en charge et de mieux affronter certaines situations complexes. Un des médecins exprimait que « le fait de trianguler » avait « permis de dépasser une difficulté et (...) de bonifier le suivi ».

d) Diminution du risque de iatrogénie

Plusieurs médecins estimaient que les échanges lors des rencontres aidaient à limiter le risque d'erreurs thérapeutiques. De fait, cela était permis par la transmission réciproque d'informations sur les traitements en cours et l'accord quant à la répartition des rôles dans les prises en charge thérapeutiques. Une meilleure connaissance croisée des traitements permettait d'éviter les interactions néfastes.

Certains d'entre eux valorisaient les rencontres entre infirmières psychiatriques et celles des centres de santé, qui avaient été mises en place afin de mieux coordonner la délivrance des traitements.

Certains psychiatres valorisaient le fait de pouvoir avoir un retour sur le suivi somatique des patients, leur permettant en effet d'adapter les thérapeutiques de manière à prévenir l'apparition d'éventuels effets secondaires.

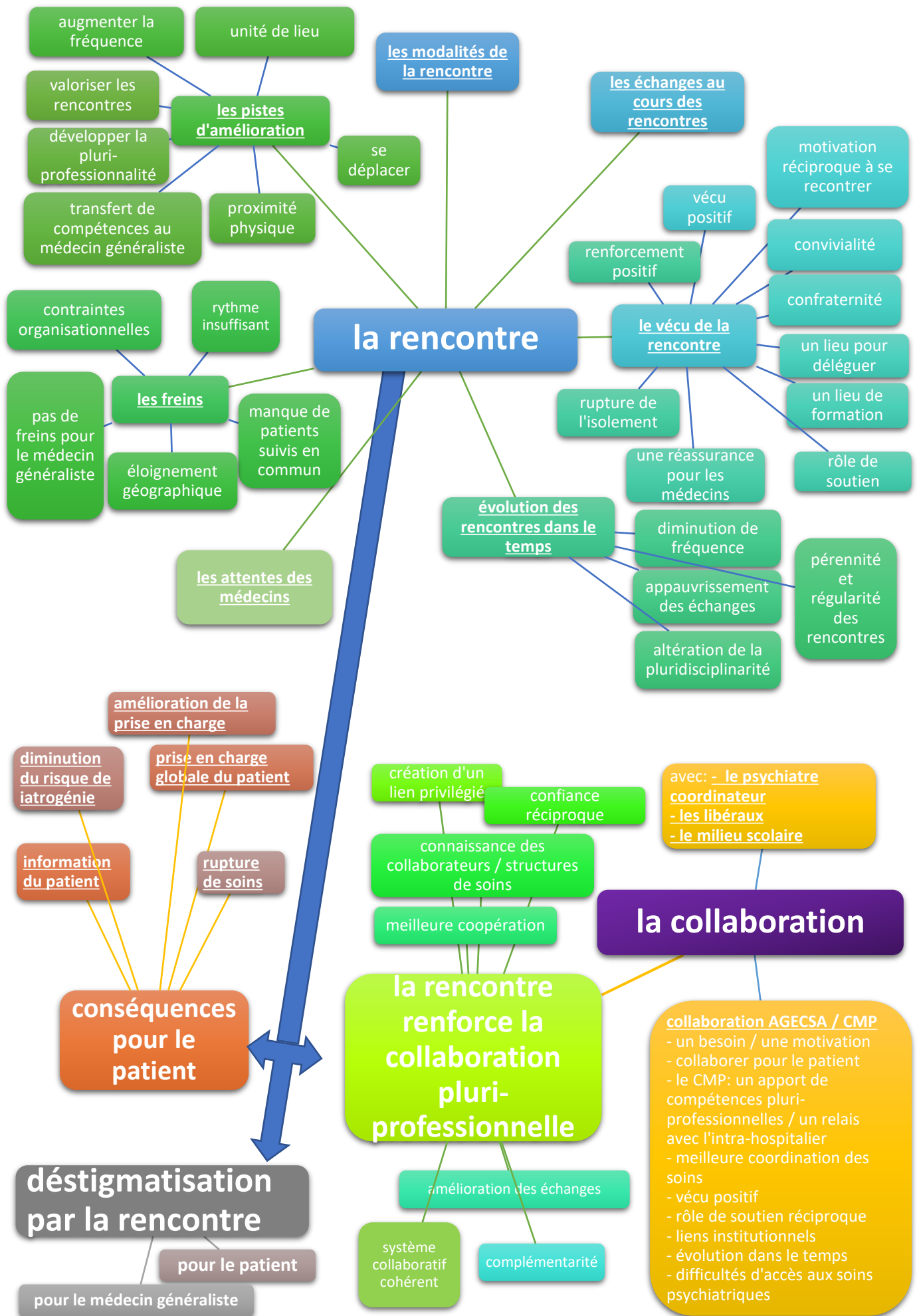
Entretien 3 – MG3 « fallait qu'on se tienne informé un peu des traitements déjà, pour pas faire d'interaction médicamenteuse, dire les contre-indications éventuelles à certains médicaments de chez eux »

e) *Rupture de soins*

Plusieurs médecins exprimaient le fait que certains patients pouvaient être réticents à trop de connivence entre médecins généralistes et psychiatres. Cela pouvait parfois « fragiliser cette alliance », voire même conduire à des ruptures de suivi.

8. *Arbre thématique*

A partir de l'analyse de nos résultats, nous avons fait émerger des thèmes et des sous-thèmes. Ils nous ont permis de construire un arbre thématique illustrant l'articulation entre les différents éléments.



IV. Discussion

A. Résultats Principaux

L'analyse des résultats permettait de mettre en évidence un vécu globalement positif de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres.

Les médecins exprimaient un besoin satisfait d'échanges interprofessionnels, ainsi qu'une motivation à entretenir les liens existants. Cette collaboration était bénéfique et apportait un soutien réciproque. Cette nécessité de collaboration semblait renforcée par la précarité des patients et la complexité des situations partagées.

Concernant les rencontres, le vécu des médecins était également positif. Ils semblaient tirer un bénéfice de ces rencontres, ils les valorisaient et manifestaient une motivation réciproque à pérenniser ce modèle de collaboration.

Les échanges au cours des réunions étaient conviviaux et confraternels. Ces rencontres étaient vécues pour les médecins comme des moments de formation réciproque leur permettant d'enrichir leurs connaissances. Elles leur apportaient également un soutien et une réassurance, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique.

Les échanges en groupe, rassurants, venaient lutter contre le sentiment d'isolement souvent décrit par les médecins.

Ces temps d'échange apportaient aux médecins généralistes une reconnaissance et une valorisation professionnelle ainsi qu'un sentiment d'utilité. Se construisait ainsi pour eux un sentiment de légitimité au sein du réseau psychiatrique.

Ces rencontres étaient également vécues par les médecins généralistes comme un soutien apporté au CMP par une valorisation de la psychiatrie de secteur.

Cependant, si l'on prend le déroulé historique de ces rencontres, l'ensemble des praticiens exprimait une vision principalement négative de l'évolution de la collaboration et plus spécifiquement des rencontres au cours du temps. Ils ressentaient des liens moins forts que par le passé, du fait d'un équilibre plus précaire. Les réunions s'étaient en effet espacées avec

un rythme jugé désormais insuffisant par la majorité des médecins. Cette raréfaction de fréquence s'expliquait en grande partie par un manque de disponibilité des équipes, notamment celles des CMP, en rapport avec une réduction des effectifs soignants. La surcharge de travail engendrée, ainsi que la baisse respective des financements perçue des deux côtés, contraignaient les médecins à hiérarchiser les tâches et à privilégier les temps de consultation par rapport à l'activité de coordination des soins. Les médecins généralistes soulignaient également des difficultés d'accès aux soins psychiatriques, liées d'une part au déni des patients du fait de leur pathologie, et d'autre part à des difficultés d'adressage au CMP.

Les médecins ressentaient une évolution vers un appauvrissement des échanges, expliqué en partie par des temps d'échange limités, qui les obligeaient à se centrer principalement sur les situations les plus problématiques. La difficulté à trouver un temps commun et à anticiper ces réunions conduisait souvent à l'impossibilité de réunir les équipes au complet. C'était un facteur limitant la qualité des échanges et la pluri-professionnalité pourtant décrite comme bénéfique.

Malgré ce constat, l'analyse des résultats semblait montrer que les rencontres tendaient à renforcer la collaboration pluri-professionnelle entre les centres de santé et les CMP.

Se découvrir, et plus particulièrement de visu, rassemblé dans un lieu commun, aidait à instaurer une confiance réciproque et à construire progressivement des liens privilégiés entre collaborateurs. La communication semblait plus libre par cette connaissance incarnée des confrères. Les échanges en découlant étaient plus simples et plus spontanés. Outre une connaissance physique des collaborateurs, les rencontres permettaient également de préciser ses spécificités professionnelles et de mieux appréhender le fonctionnement interne des structures respectives.

Les rencontres permettaient aux médecins de s'accorder et de tendre vers un système collaboratif cohérent marqué par la complémentarité : un système permettant au patient d'être pris en charge et perçu dans sa globalité.

La rencontre physique était à la fois déstigmatisante pour les médecins généralistes et les psychiatres dans leur abord mutuel, écartant bien des à priori. Le confrère, présenté alors comme une connaissance était également déstigmatisant pour les patients, et permettait de renforcer leur adhésion aux soins.

Maintenir une régularité dans les rencontres semblait être une condition nécessaire pour pérenniser et conserver l'intérêt de ces rencontres, ce qui s'avérait compliqué en pratique : le lien, ça s'entretient. Face à des difficultés de fréquence, les médecins faisaient preuve de réflexion proposant une seule et même unité géographique pour les deux institutions afin de renforcer les liens et le travail en réseau. La question de la mise en place de consultations régulières de psychiatres au sein des centres de santé, en suivant un modèle de liaison-attachement, était mentionnée.

Profiter de ces temps de rencontres pour déléguer certaines situations stabilisées aux médecins généralistes était une des pistes d'amélioration suggérée pour décharger les CMP.

Objectiver l'intérêt et l'enjeu de ces réunions en termes d'économie de santé publique était une des pistes d'amélioration proposée par certains médecins afin de pérenniser ce modèle de collaboration. La question d'un financement dédié à l'activité de coordination de soins était également soulevée.

B. Forces et faiblesse de l'étude

1. Forces

L'approche exploratoire d'une étude qualitative avait un intérêt pour la compréhension des enjeux de la rencontre. Les entretiens individuels permettaient aux participants de s'exprimer dans une grande liberté sur leur vécu, parfois intime, ce qui permettait d'apporter richesse et authenticité des items abordés dans leur discours.

Le recrutement a été le plus varié possible quant à l'âge des participants, le sexe, l'expérience professionnelle (libérale, salariée, formation en psychiatrie), le lieu d'exercice, le type de

patientèle. L'inclusion a été réalisée en recherche de variation maximale par inclusion au fil de l'eau des médecins.

La saturation des données a été obtenue. Celle-ci est apparue dès le onzième entretien, confirmée par l'analyse du dernier entretien. La plupart des entretiens ont demandé des temps conséquents, cela a permis d'obtenir un maximum d'informations.

La triangulation des investigatrices a permis de limiter l'interprétation des propos recueillis. Un codage ouvert puis axial a été réalisé. La validité de cette étude est représentée par plusieurs critères de scientificité (24,25).

2. Faiblesse de l'étude

a) *Biais interactionnels*

On peut considérer que les médecins généralistes pouvaient être influencés par la profession des investigatrices et se sentir jugés, ce qui pouvait les conduire à une certaine réticence à se confier. Sans écarter qu'un entretien entre médecins généralistes pouvait faciliter le dialogue. De même, le fait d'être interrogés par des médecins généralistes, pouvait générer une certaine retenue chez les psychiatres dans l'expression de leur vécu. Les investigatrices auraient pu réaliser un binôme généraliste-psychiatre pour permettre d'autres angles d'observation du sujet d'étude. Un psychiatre a été choisi comme directeur de thèse dans cette ordre d'idée.

Il pouvait y avoir une inhibition des participants si les investigateurs étaient perçus avec un rôle d'évaluation proche du contrôle institutionnel. L'importance de ce contrôle pouvait être représenté par le poids des deux institutions et le caractère officiel de la Charte ; chacun des praticiens sachant bien entendu que l'entretien était destiné à être analysé en vue de la thèse.

La communication non verbale a été peu retranscrite. En effet, le choix d'entretiens intimistes, sans tierce personne pour retranscrire le comportement des médecins, a été privilégié afin de limiter les effets de l'auto-censure.

b) Biais d'inclusion

Il existait un biais d'inclusion sur la zone géographique étudiée : nous ne nous sommes intéressées qu'à certains quartiers de l'agglomération grenobloise, sans possibilité de généraliser nos résultats à plus grande échelle. Cette limitation tient à notre souci logistique.

Il n'y a pas eu d'étude préalable de terrain, afin de savoir s'il existait d'autres pratiques similaires sur le plan de l'agglomération, départemental, régional ou national. Toutefois, nous avons eu connaissance d'études récentes sur la collaboration médecins généralistes-psychiatres à l'échelle locale à SMH en Isère, et sur le plan national autour de six sites pilotes français. On retrouve cependant dans la littérature peu de pratiques du même type.

c) Biais sur la qualité de l'enregistrement

Un biais a pu être retenu, causé par la qualité aléatoire de l'enregistrement, parfois difficilement audible, sans annotation sur le langage non verbal.

d) Biais d'analyse

L'interprétation subjective des investigatrices pouvait compliquer et compromettre l'analyse objective des résultats. Celle-ci a pu être modérée par la triangulation des investigatrices afin de s'assurer de la validité du classement thématique choisi.

Il fallait faire preuve de prudence lors de l'étape de thématisation car l'analyste-enquêteur avait un regard inévitablement marqué par ses propres représentations.

Pour éviter des lectures trop hâtives, l'analyse interprétative a été retardée.

L'objectif de cette étude n'était pas de promouvoir des réunions de concertation entre médecins généralistes et psychiatres, ni de quantifier l'apport de cette expérience pour la pratique de chacun.

Il ne faut pas considérer ces résultats comme une image positivée de cette expérience mais comme une restitution d'un certain type d'interactions, dans le cadre d'entretiens individuels semi-dirigés, retranscrits et analysés selon des cadres théoriques, et d'une observation de rencontres reconstruite au travers de notes.

C. Comparaison avec la littérature

1. La collaboration entre médecins généralistes et psychiatres

Le manque de collaboration entre médecins généralistes et psychiatres a été mis en évidence dans la littérature depuis de nombreuses années, ainsi que les effets délétères en conséquence de cette insuffisance de liens.

De manière significative, une revue de la littérature internationale réalisée par le collège national pour la qualité des soins en psychiatrie montrait que la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres n'était pas satisfaisante (12). Les obstacles relevaient en premier lieu de facteurs organisationnels, par manque de disponibilité des professionnels, des délais d'adressage vers le psychiatre trop longs, ainsi qu'un investissement en temps de coordination qui était discordant avec la sous-évaluation de cette activité de coordination. Des facteurs liés à l'exercice médical psychiatrique étaient également mis en évidence : un vécu d'abandon ressenti par le patient et le médecin généraliste, un manque de retour d'informations de la part du psychiatre, la réticence des patients à consulter un psychiatre, ou encore le manque de connaissance des exercices respectifs de chacun et l'absence de langage commun entre les professionnels.

La plupart de nos résultats ne se superposaient pas à ces constats. Le vécu de la collaboration était en effet globalement positif, tant pour les médecins généralistes que pour les psychiatres. Les médecins soulignaient une coopération satisfaisante, une réciprocité dans le partage d'informations ainsi que des efforts fournis pour se rendre disponibles. L'analyse des entretiens mettait également en évidence une répartition relativement claire des rôles et des responsabilités de chacun au sein des prises en charge complexes.

Les médecins avaient une bonne connaissance des exercices respectifs, et le fonctionnement des CMP était généralement bien connu des médecins généralistes, contrastant avec certaines études (8,20,27).

La collaboration avec les psychiatres de CMP était meilleure et plus aisée qu'avec les psychiatres libéraux. Une étude menée auprès de médecins généralistes à Marseille montrait

à l'inverse (20) que les médecins généralistes faisaient préférentiellement appel aux psychiatres libéraux. La collaboration avec la psychiatrie publique était freinée par un manque de retour d'informations, des délais d'adressage trop longs, ainsi qu'une mauvaise connaissance des CMP. Le fonctionnement pluridisciplinaire de la psychiatrie publique était perçu comme un obstacle à la communication.

Dans notre étude, les compétences pluridisciplinaires du CMP étaient au contraire largement valorisées et vécues comme un soutien pour les médecins généralistes au sein de leur collaboration.

Ces différences relevées entre les études et nos observations pouvaient probablement s'expliquer en partie par le fait qu'il existait des liens privilégiés entre les centres de santé et la psychiatrie de secteur, notamment avec les CMP. Il existe en effet des liens historiques entre les deux institutions. Ils se sont mis en place précocement, dès la création concomitante du premier centre de santé et du premier CMP grenoblois. Les liens de terrain sont donc légitimés par des liens institutionnels. Ils ont fait l'objet d'une convention écrite (Annexe 6) et de moyens de collaboration spécifiques.

Les résultats d'une étude réalisée autour de l'évaluation de la Charte sur le site pilote de Strasbourg allaient dans le même sens (16). Les médecins se déclaraient en effet pour la plupart satisfaits de la coopération existante. Ces données étaient éclairées par une dynamique portée par des actions collaboratives déjà en place entre le CMP et des cabinets de médecine générale. Il s'agissait entre autres de réunions de coordination régulières. Cela avait conduit à la mise en place de liens privilégiés avec les psychiatres de secteur.

Une thèse réalisée à Grenoble rejoignait également cette idée (28). Les médecins généralistes interrogés sur la surveillance conjointe de la survenue d'un syndrome métabolique chez les patients sous anti-psychotiques étaient, pour certains, des médecins généralistes exerçant dans les centres de santé grenoblois, AGECSA ou non. Ceux-ci avaient une bonne connaissance de leur CMP de rattachement, les CMP ayant développé depuis de nombreuses années une collaboration étroite avec certains centres de santé de la ville.

Dans notre étude, il se dégagait l'idée que les rencontres permettaient de déployer une véritable collaboration inter-professionnelle. En retour, cette collaboration motivait les praticiens à investir les rencontres : nous avons pu voir là un cercle vertueux s'installer grâce à ces rétro-actions positives réciproques.

Plusieurs freins au travail conjoint étaient cependant retrouvés dans nos entretiens et concordaient avec ceux retrouvés dans la littérature.

Le manque de disponibilité respectif et notamment celui des CMP était largement mis en relief, ainsi que la difficulté à trouver un temps commun pour collaborer. Les médecins généralistes soulignaient des difficultés dans l'adressage des patients au CMP, soit trop long, soit une absence des CMP à répondre aux nouvelles demandes du fait de nombreuses contraintes organisationnelles.

La stigmatisation sociale des soins psychiatriques et le déni des patients étaient également un frein à l'accès aux soins psychiatriques retrouvé dans notre étude. On rejoint également les données de la littérature. Le recours à un psychiatre demande d'après négociations avec le patient par peur de la folie (20,27,29).

Il existe également une représentation péjorative du psychiatre par les médecins généralistes ou les autres spécialistes, retrouvée dans la littérature. Les médias ont une responsabilité importante dans cette vision des psychiatres et de la santé mentale en général (29). La profession est également en manque de vocation, délaissée par les étudiants en médecine lors des choix d'internat. Ce phénomène reste en lien avec cette vision négative de la psychiatrie et cette perception d'un manque d'attractivité en faculté (30).

Une des manières de contrecarrer ces à priori serait de communiquer pour valoriser la spécialité, en montrant chacun des aspects souvent méconnus de ce métier. Renforcer l'enseignement permettrait au futur psychiatre de se performer dans les différents aspects de ce métier afin qu'il en reste le garant (30). On note également l'importance de l'accompagnement et de la formation de l'externe durant les stages de psychiatrie, et le développement des nouvelles approches pédagogiques, tant auprès de ces externes que des étudiants du troisième cycle (30).

Lors de notre étude, nous retrouvions dans le discours des médecins généralistes cette approche négative de la profession. Elle était cependant nuancée par une image positive des psychiatres qu'ils connaissaient. Cette image positive du psychiatre, comme un médecin disponible, impliqué, était souvent secondaire à une relation professionnelle avec un ou plusieurs psychiatres tissée au fil des rencontres. Certains psychiatres interrogés rapportaient également cette notion de stigmatisation de leur profession. Ces rencontres pourraient être un moyen de redorer le blason du psychiatre et de faire tomber des freins à la collaboration interprofessionnelle.

Certaines facultés de médecine travaillent sur cette déstigmatisation en intégrant des stages de psychiatrie dans le cursus de médecine générale et inversement (31).

2. La rencontre comme piste d'amélioration de la collaboration

La collaboration entre médecins généralistes et psychiatres était reconnue comme importante et indispensable par les différents acteurs de terrain (8,14). Ce besoin de collaboration était également mis en évidence dans notre étude.

Cette collaboration est un enjeu de santé publique. Le plan de santé mentale 2011-2015 (5) invite au développement d'actions 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 ».

La volonté de favoriser les rencontres inter-professionnelles comme piste d'amélioration pour la collaboration est quasi constamment exprimée par les acteurs de terrain (13–20,32,33). Ces rencontres sont un moyen de se connaître et d'intérioriser les besoins de l'autre (34). Les médecins interrogés soulignent la nécessité de se rencontrer pour se connaître et améliorer la communication (14).

Nos résultats allaient dans le même sens et confortaient l'hypothèse de la rencontre comme piste d'amélioration pour la collaboration. Le vécu des médecins était globalement positif, les professionnels semblaient retirer un bénéfice réciproque de ces temps communs. Le contact personnalisé et la connaissance physique des correspondants libéraient la parole et ouvraient

aux autres voies de communication tels que les mails. Ce type d'échange numérique était d'ailleurs plébiscité par la majorité des professionnels, en raison de sa simplicité et de son efficacité.

L'analyse de nos résultats permettait de mettre en évidence que la rencontre favorisait l'instauration d'une confiance réciproque et la création de liens privilégiés entre les différents praticiens. On retrouve ce phénomène dans la littérature, il est décrit comme le ciment d'un réseau inter-professionnel indispensable au travail du médecin généraliste. En effet celui-ci est engagé tous les jours au carrefour de toutes les spécialités, impliquant de multiples décisions. Elles engagent sa responsabilité avec la crainte de l'erreur médicale. Il a un véritable besoin de se protéger juridiquement, mais aussi d'être confirmé dans son savoir, d'être rassuré sur ses compétences techniques et relationnelles, ses décisions, son rôle, tout en évitant de « perdre la face ». Afin d'optimiser sa décision et d'éviter le risque d'erreurs, le généraliste se rapproche de personnes ressources avec lesquelles il crée des liens privilégiés placés sous le signe de la confiance (35).

Une autre étude portant sur les enjeux au cours de rencontres entre psychiatres et médecins somaticiens (21) mettait également en évidence l'instauration d'une confiance réciproque par la rencontre, ainsi qu'une reconnaissance mutuelle d'une identité commune de médecin qui autorisait alors une collaboration respectueuse. Ce phénomène était décrit au sein de nos entretiens. Il permettait de créer un rapprochement par le sentiment d'un groupe d'appartenance commun plutôt que deux branches séparées de la médecine. En effet, on assistait à la valorisation de leurs points communs : être au service des mêmes patients, avoir un même environnement professionnel avec un secteur géographique et des quartiers communs.

Nos résultats permettaient à certains égards de faire le rapprochement de ce modèle de collaboration avec celui d'un groupe de pairs. En effet, dans une thèse portant sur l'interformation en groupe de pairs (36), l'auteur mettait en évidence que les groupes de pairs étaient des moments de négociation dans le partage des compétences et des responsabilités, qualifié de « confraternel conflit », où chaque professionnel s'appropriait sa place parmi les autres en évitant trop de recouvrement. Le groupe de pairs permettait également de

s'approprier son rôle de médecin en négociant sa place dans le réseau de soins. Les compétences se complétaient alors par le travail en équipe et permettaient de tendre ainsi vers un système collaboratif cohérent.

Nos résultats allaient dans le même sens. Les rencontres étaient en effet décrites comme confraternelles et les médecins généralistes se sentaient valorisés sur le plan professionnel.

Ce besoin de reconnaissance professionnelle et de reconnaissance de leur rôle de partenaire de soins apparaissait d'ailleurs comme un élément récent dans la littérature (14,17).

Notre étude mettait également en évidence une complémentarité entre les professionnels lors des rencontres, qui leur permettait de définir un projet commun, et surtout de s'accorder sur les prises en charge. Cet accord autour des axes de prises en charge permettait de pallier en partie aux conséquences néfastes d'un manque de cohérence décrites dans la littérature (8). Ces divergences d'avis entre professionnels et la confusion des rôles sont sources d'une perte de confiance du patient et d'une mauvaise adhésion aux soins.

L'organisation de rencontres dans les six sites pilotes autour d'une enquête nationale sur l'expérimentation de la Charte de partenariat entre médecins généralistes et psychiatres rejoint en partie nos résultats. Les sites ont été chargés d'organiser des rencontres entre les professionnels pour permettre l'élaboration de solutions aux problèmes constatés sur le terrain et de faire le bilan de l'application de ces mesures (13–18). La proposition de réunions de synthèse pluri-annuelles était majoritairement acceptée. Un vécu positif des premières réunions a conduit à réitérer les rencontres (14,18). Plusieurs réunions successives ont eu lieu sur le site de SMH et ont permis de mettre en évidence l'apparition d'une solidarité entre les professionnels. L'attitude de défiance initiale a progressivement laissé place à une attitude plus compréhensive, notamment par une meilleure compréhension des difficultés communes, liées à des facteurs externes partagés (14). L'entretien réalisé auprès d'un des médecins du pôle de santé de SMH allait dans ce sens (Annexe 19).

Entretien MG-SMH « Donc pour moi c'est ultra-bien de se dire, ben je pars d'un truc ultra-négatif qui m'a beaucoup beaucoup énervé et maintenant

ça m'a permis de changer ma pratique. A titre personnel, vraiment maintenant c'est plus du tout pareil. J'avais aucun lien avec le CMP avant, et maintenant j'ai des liens qui sont fluides et agréables. (...) Ben qui était : ils en ont rien à foutre de nous, voilà, ils nous méprisent. Et en fait on s'est rendu compte, ben de ce qu'on discutait là... des problèmes d'effectifs, qui font que, finalement on partage pas mal de difficultés communes, de démographie médicale... Donc c'était plus, finalement on est tous dans le même bateau plutôt que les uns contre les autres quoi. Et puis même, juste de connaître une personne, oui, on se rend compte qu'elle a ses difficultés aussi, qu'elle essaie de faire son travail au mieux comme chacun. Alors que quand c'est par courrier interposé c'est plus difficile de se rendre compte de ça. Donc ça c'était plutôt bien, et je pense que ça c'est partagé pour le coup par les autres professionnels.

Nos résultats permettaient eux-aussi de mettre en évidence, outre une meilleure connaissance des spécificités de chacun, une meilleure compréhension du fonctionnement des CMP par les médecins généralistes ainsi qu'une meilleure appréhension de leurs difficultés existantes.

Ce modèle de collaboration comportait cependant plusieurs freins.

Les acteurs de terrain, bien que favorables à la mise en place de rencontres, dénonçaient le caractère chronophage de ces rencontres et une difficulté à les organiser (16). Ces freins revenaient très fréquemment dans les propos des médecins interrogés. En effet, les médecins soulignaient un manque de disponibilité réciproque. Revenait la question d'une surcharge de travail, contraignant les médecins à hiérarchiser les tâches et à privilégier les temps de consultation par rapport à l'activité de coordination des soins.

La difficulté d'anticipation des réunions entraînait un traitement parfois délicat du respect de la confidentialité. A la fois informer le patient et obtenir son accord demandaient du temps en amont. Cette information préalable pouvait ainsi faire défaut.

Une thèse étudiant le vécu des patients au sujet de la communication entre médecins généralistes et psychiatres, rapportait que les patients aimeraient voir cette communication s'améliorer, tant sur la fréquence que sur le contenu des échanges. Ils manifestaient le besoin d'être un « élément régulateur » de cet échange et devenir acteurs de la communication. Le courrier, idéalement dicté devant eux, leur paraissait être le moyen de communication le plus adapté (37).

Les données de la littérature semblent montrer que le courrier remis au patient restait le moyen de communication le plus utilisé (13,17). Celui-ci permettait une information totale du patient, mais les professionnels critiquaient le caractère chronophage de ce moyen de communication. Ils mentionnaient le fait que la compliance du patient pouvait alors être un biais dans ce type de communication, si le courrier n'était pas dûment transmis.

Certaines données de la littérature mettaient en évidence des avis divergents concernant l'exhaustivité du partage d'informations, les psychiatres se montrant plus réticents et plus enclins à préserver l'intimité du patient (21). Les données de notre étude n'allaient pas dans ce sens. Les psychiatres se montraient en effet disposés à partager les informations, ceci dans le but d'accéder à une meilleure prise en charge globale du patient.

Nos résultats mettaient en évidence une altération manifeste de la collaboration et de ces rencontres dans le temps, tant sur leur rythme décroissant que sur un appauvrissement de la qualité d'échange. Une perte de motivation à se rencontrer allait de paire avec une diminution de la fréquence et de la régularité des réunions.

Ces rencontres se sont pourtant poursuivies dans le temps, malgré un équilibre beaucoup plus précaire qu'auparavant. Un secteur a connu un arrêt définitif des rencontres, dans le secteur de Vieux Temple. Le CMP du vieux Temple à l'époque de notre étude appartenait au CHU et non au CHAI. Il n'existait donc pas de convention signée entre les centres de santé et le CMP. D'autres secteurs ont connu un arrêt de ces réunions, transitoire puisqu'elles ont pu reprendre.

Certes, ce sont des personnes se réunissant, mais ce sont également deux institutions. Ces institutions sont des supports à ces réunions. En effet, comme tout groupe humain constitué,

les institutions ne représentent pas la simple somme des individus qui la composent. Les personnes sont singulières mais fédérées par des valeurs, des devises communes.

La convention (Annexe 6) signée entre ces deux institutions autorise (en accordant du temps aux praticiens) et favorise ce lien de terrain. Elle a été signée entre le CHAI et les centres de santé. Elle rappelle que l'AGECSA participe à la sectorisation psychiatrique au titre de la prévention. Cette participation passe entre autres par des réunions communes régulières, au moins bi-annuelles, entre les professionnels des centres de santé et les équipes de secteur rattachées au CHAI, ainsi que des temps de concertation pour permettre notamment l'analyse de la situation et le suivi des patients en commun.

Cette convention peut être vécue comme un engagement pour les professionnels de santé, en particulier vis-à-vis de ces rencontres ; permettant de surmonter les contraintes organisationnelles, frein majeur à la collaboration.

Ce qu'implique cette convention peut être rapproché de l'engagement au sein de la Charte de partenariat signée entre le président de CME des CHS et le président du collège de la médecine générale. En effet, elles visent toutes deux à améliorer la collaboration entre médecins traitants et psychiatres de secteur.

Certains médecins interrogés voyaient dans leur partenariat un soutien institutionnel réciproque comme le témoin d'un enjeu politique aux yeux des instances publiques. Tout comme dans le partenariat mis en place entre le pôle de santé de SMH (14) et les CMP, la collaboration entre les CMP et les centres de santé pouvait témoigner du dynamisme du CMP aux yeux de la structure psychiatrique publique et ainsi le soutenir. Réciproquement, ce partenariat permettait aux centres de santé de renforcer leur légitimité auprès des instances publiques qui les appuient.

L'entretien avec un des médecins généralistes de SMH participant aux rencontres entre le pôle de santé et les CMP de secteur renforce l'idée que le fonctionnement de groupe favorise ce système de collaboration (Annexe 19).

Entretien MG-SMH « Donc le but de ces réunions, ben en fait c'est pas si évident comme question. Au début c'était vraiment pour se connaître, déjà, pour que les deux équipes elles se connaissent. Et après c'était pour voir s'il y avait des actions qu'on pouvait faire ensemble, peut-être plus ciblées. Et puis fluidifier le parcours du patient de manière générale aussi, juste par le fait de se connaître »

« En fait, nous dans le pôle on a une réunion par mois le vendredi entre midi et deux entre nous. C'est beaucoup des échanges de cas comme un groupe de pairs mais interprofessionnel. (...) il y a ce créneau-là qui est dédié et donc en fait on a greffé le CMP sur certaines de ces réunions-là »

L'étude menée dans le cadre de l'expérimentation de la Charte sur le site de Saint-Denis (18) allait dans le même sens, en montrant un faible taux de participation des médecins généralistes libéraux à la réunion organisée, contrastant avec une participation importante des médecins généralistes des centres de santé.

D. Perspectives

Une des pistes d'amélioration souvent proposée par les médecins interrogés dans notre étude passait par une valorisation financière de l'activité de coordination et notamment par une rémunération spécifique du temps d'échange. Cette piste d'amélioration était également soulevée au sein des études menées dans les différents sites pilotes autour de l'expérimentation de la Charte (13,14).

Il semble exister une contradiction entre un modèle de soins principalement rémunéré à l'acte et une exigence officielle de travail pluri-disciplinaire sans financement systématique.

En 2008 une expérimentation des nouveaux modes de rémunération a été votée dans la loi de financement de la sécurité sociale. Celle-ci a pour but de rémunérer, sous certaines conditions, les activités de coordination qui font le principe même des structures groupées telles que les centres de santé, maisons ou pôles de santé pluri-professionnels. Elle permet aux équipes de bénéficier, entre autres, d'une somme forfaitaire pour la coordination des

soins et de favoriser ainsi le travail en équipe. Par la suite, un règlement arbitral a été mis en place en 2015 permettant la pérennité des nouveaux modes de rémunération pour les équipes en place et à l'extension de nouvelles équipes (38).

Plus de la moitié des médecins généralistes ont désormais opté pour un mode d'exercice en groupe : centres, maisons ou pôle de santé.

Une valorisation financière de la collaboration pluri-professionnelle semble ainsi se développer au niveau national mais reste limitée à l'exercice en groupe (39).

La rémunération à l'acte reste potentiellement un frein important en exercice libéral non groupé pour le développement de cette activité de coordination et de ces temps d'échange.

La mise en place de réunions autour de l'expérimentation de la Charte sur le site pilote de Saint-Denis (18) laissait en partie supposer que ce modèle de collaboration était difficilement applicable en exercice libéral. Les médecins généralistes libéraux étaient en grande majorité absents alors que les médecins des centres de santé étaient quasi tous présents.

Le pôle de santé de SMH regroupe des médecins libéraux qui ont fait le choix de se regrouper pour développer des axes de travail communs. Une coordinatrice salariée est présente au sein du pôle afin de faciliter les projets de coordination. Des réunions de coordination ont lieu mensuellement, et ont permis l'instauration de rencontres ponctuelles sur ce créneau avec le CMP de secteur. Le rôle du pôle de santé est moteur dans l'organisation et la répétition de ces réunions. Le travail en exercice libéral ne semble pas être un obstacle infranchissable au travail de coordination, à condition qu'il y ait tout de même une volonté commune, sous l'impulsion d'une entité institutionnelle qui rappelle cette volonté de coordination. (Annexe 19)

Une des pistes d'amélioration également soulevée dans notre étude était celle d'un rapprochement géographique entre les professionnels.

Plusieurs médecins interrogés mettaient en évidence un relâchement des liens depuis plusieurs années conséquent à un éloignement géographique des structures respectives dans un contexte de fusion de certaines antennes de CMP.

La question d'exercer au sein de locaux communs était soulevée par plusieurs médecins. Ils mettaient en effet en avant la possibilité d'une plus grande spontanéité d'échanges dans un cadre plus informel, comme autour d'une pause déjeuner.

Cette hypothèse rejoignait les résultats mis en avant dans la thèse d'Anne Claire Zipper (36). Un équilibre entre le formel et l'informel semble en effet nécessaire pour renforcer la motivation des pairs et leur engagement dans les réunions. Le cadre formel structure l'inter-formation, mais les échanges informels rendent l'inter-formation conviviale et donc plus attrayante.

Un des médecins interrogés soumettait également l'idée de la mise en place de consultations faites de manière régulière par des psychiatres de CMP au sein des centres de santé, qui rejoindrait alors un modèle de « liaison-attachement. »

Les soins partagés sont des dispositifs développés depuis les années 1990 dans les pays anglo-saxons. Ils comprennent des « consultations-liaisons » (avis directs ou interventions brèves des psychiatres dans des situations ponctuellement problématiques pour les médecins généralistes), 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 médecin généraliste). En parallèle, ces dispositifs comprennent un système de développement professionnel continu et une veille territoriale des pratiques de collaboration professionnelles en santé mentale (8).

Le réseau RPSM 78 du sud des Yvelines créé en 1999 est un exemple de dispositif innovant en France. Ce dispositif de soins partagés favorise la coopération entre les différents professionnels par la diversification des intervenants et l'organisation d'un parcours coordonné du patient. Le parcours de soin est le suivant : entretien préalable téléphonique du patient avec un médecin ou un psychologue, contact avec le médecin traitant, organisation d'une réunion avec le patient (et ses proches s'il le souhaite) et les médecins impliqués dans la prise en charge. A l'issue de la réunion un véritable plan de soins est établi (40).

Le développement de ces réseaux s'inscrit au sein d'une dynamique de soins, dans laquelle les médecins généralistes sont les acteurs sanitaires qui assurent le mieux la détection des troubles graves (8). Une étude anglaise a dans ce sens retranscrit l'intérêt de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres (41). Les médecins généralistes étaient en effet considérés comme étant aux avant-postes de la détection de l'apparition des premiers symptômes de la schizophrénie. Ceci dans un contexte où l'évolution, le plus souvent lente et discrète de la maladie, retardait l'accès à une prise en charge psychiatrique spécifique.

Plusieurs médecins généralistes voyaient les rencontres comme un temps d'échange qui pourrait permettre aux psychiatres de leur déléguer certaines situations stabilisées et de leur permettre ainsi, en les déchargeant, de faire face aux nouvelles demandes de prises en charge plus complexes.

Les résultats de notre étude laissent à penser que la rencontre, par l'accès à un contact personnalisé, permettrait d'amorcer d'autres types de communication tels que les mails, valorisés autant par les généralistes que par les psychiatres. Se rencontrer, même de façon peu fréquente, pourrait alors favoriser la communication entre les professionnels. Il s'agirait alors de trouver un rythme de rencontres respectant un investissement acceptable en temps de coopération, pour les praticiens et leurs institutions éventuelles, ainsi qu'une fréquence suffisante à même de maintenir l'intérêt et la qualité des échanges.

THÈSE SOUTENUE PAR : JACOUD Astrid et COUVERT Isabelle

TITRE : ANALYSE DU VÉCU ET DES ENJEUX RELATIONNELS DES MEDECINS GENERALISTES ET PSYCHIATRES, DANS LE CADRE DE RENCONTRES REGULIERES : UNE ETUDE QUALITATIVE EN ISERE

Conclusion

Le manque de collaboration entre médecins généralistes et psychiatres peut être délétère pour le patient et est associé à un sentiment d'isolement des médecins face à la santé mentale. Les dernières études réalisées autour de ce sujet mettent en évidence un besoin de renforcer cette collaboration, et les rencontres entre professionnels sont proposées comme une piste d'amélioration.

Notre étude qualitative s'est déroulée à Grenoble. Elle a permis d'une part d'analyser le vécu des médecins généralistes et des psychiatres d'un même secteur géographique autour de rencontres régulières. D'autre, part, elle a permis d'en analyser les enjeux relationnels.

Notre travail a montré un vécu positif des rencontres. Les médecins valorisaient le bénéfice apporté par ce modèle de collaboration, et semblaient motivés à la pérenniser. Le rôle formateur des réunions et le sentiment d'utilité au cours de ces rencontres aidaient les médecins généralistes à se sentir légitimes au sein du réseau de soins psychiatriques.

La connaissance physique permettait la création de liens privilégiés par la déstigmatisation entre les médecins, l'instauration d'une confiance réciproque, tout en améliorant la communication et en renforçant la collaboration. Les rencontres permettaient aux médecins de s'accorder et de tendre, par leur complémentarité, vers un système collaboratif cohérent, au sein duquel le patient pouvait être pris en charge dans sa globalité.

Ainsi, au vu de ces résultats, les rencontres pourraient être considérées comme une piste d'amélioration de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. La rencontre, par l'accès à un contact personnalisé, la création de liens privilégiés, permettrait à plus large échelle une amélioration de la communication par les autres moyens d'échange, notamment par les mails qui semblent valorisés respectivement par les médecins généralistes et psychiatres. Se rencontrer, même de façon espacée, pourrait alors favoriser la communication

entre professionnels. Il s'agirait alors de trouver un équilibre entre un rythme de rencontres qui paraisse acceptable en terme d'investissement en temps de coopération, et un rythme qui permettrait de maintenir l'intérêt et la qualité des échanges.

Notre travail n'est peut-être pas sans conséquences pour les participants. Il est probable que nos propres rencontres avec les médecins interrogés aient eu un impact sur eux comme sur nous. Le questionnement généré par nos entretiens autour de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres influera peut-être sur leur collaboration future.

Notre thèse s'inscrit dans la continuité des derniers retours d'expérience concernant la Charte de partenariat entre médecins généralistes et psychiatres. Les résultats pourraient ainsi encourager à développer à plus large échelle ce modèle de collaboration en France, les nouveaux modes d'exercice en groupe étant plus favorables au développement de ces temps de coordination. Au cœur des enjeux de cette rencontre se situe le bien-être du patient, sa prise en charge globale et l'amélioration des comorbidités dans cette population particulièrement fragile.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 27/04/2018

LE DOYEN



LE DOYEN

DE L'UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Pr. Patrice MORAND

Le Doyen de l'UFR de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

JURY DE MÉDECINE

Pr. Patrick IMBERT

Bibliographie

1. Funk M, Benradia I, Roelandt J-L. Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *Inf Psychiatr*. 2 juin 2014;Volume 90(5):331-9.
2. Organisme mondial de la santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. OMS; 2013 [cité 30 août 2017]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1
3. HAS. Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale. Note d'orientation 2013-2016 [Internet]. HAS; 2013 [cité 30 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf
4. HAS. Améliorer la coordination entre médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux. Note de cadrage [Internet]. 2015 [cité 30 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2032142/fr/ameliorer-la-coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-troubles-mentaux-note-de-cadrage
5. HAS. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 [Internet]. 2012 [cité 30 août 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015>
6. Coldefy M, Le Fur P, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation [Internet]. 2009 août [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.uspsy.fr/Rapport-DRESS-Cinquante-ans-de.html>
7. WONCA Europe. Définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. 2002 [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
8. Kannas S, Rivet S, Acef S, Demogeot C, Farand L, Fleury M-J, et al. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteur de psychiatrie? *Pluriels*. 2011;(92/93).
9. Robiliard D. Rapport d'information de M. Denys Robiliard déposé à l'Assemblée Nationale, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie [Internet]. 2013 [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>
10. HCSP. Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars [cité 30 août 2017]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>

11. 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.
12. HARDY-BAYLE MC, Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. (C.N.Q.S.P.). Pacé. FRA. Recommandation de bonne pratique sur le thème de la coopération psychiatres - médecins généralistes : Améliorer les échanges d'informations. Pacé: CNQSP; 2011 mai.
13. Chastagner A-S. Analyse de la coopération entre Médecins Généralistes et Psychiatres: Enquête de pratiques avant l'introduction d'une charte de partenariat dans le 8ème arrondissement de Lyon [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2016.
14. Rouault C. 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 [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes; 2016.
15. Tordjman L. Expérimentation de la Charte de partenariat entre médecins généralistes et psychiatres de secteur: Etude descriptive de la coopération médicale entre médecins généralistes et psychiatres de secteur sur le site de Pantin/Bobigny (93) [Thèse d'exercice]. Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2016.
16. Helas-Holveck 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. [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg; 2016.
17. Chabanne R. Expérimentation de la charte de partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur. Étude pilote de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres sur le secteur Civray/Gençay [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2017.
18. Durand C. Evaluation de la coordination des soins entre médecins généralistes et psychiatres de la ville de Saint-Denis. [Thèse d'exercice]. Université Paris Descartes; 2016.
19. 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.
20. Reboul G. De la relation entre médecins généralistes et psychiatres: Enquête auprès des médecins généralistes du dixième arrondissement de Marseille [Thèse d'exercice]. Université d'Aix-Marseille II; 2008.
21. Burette V. Les enjeux de la rencontre du psychiatre et du somaticien [Thèse d'exercice]. Université de Caen. UFR de médecine; 2014.
22. Dubois-Fabing D, Pichon P, Arnevielhe A, Sussillon M-P, Caron B, Saillard F, et al. Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en Centres de santé de Grenoble. *Santé Publique.* 2011;23(6 supplément):597-611.

23. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. 2008;19(84):142-5.
24. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 1 déc 2007;19(6):349-57.
25. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur, DL 2014; 2014. 149 p.
26. Véran O, Barré M, Casez O, Vercueil L. L'ictus amnésique idiopathique. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 oct 2008;6(4):265-75.
27. Milleret G, Trojak B, Barra J-D. Santé mentale et médecine générale à partir d'une enquête effectuée en Côte d'Or. J Nervure. 2 avr 2004;
28. Simand M, Windey C. Collaboration médecins généralistes et psychiatres : cas particulier du syndrome métabolique sous antipsychotiques atypiques [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes; 2012.
29. ARS. Lutte contre la stigmatisation en santé mentale en PACA [Internet]. 2016 juin [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/lutte-contre-la-stigmatisation-en-sante-mentale>
30. Sebbane D. « Être » psychiatre, clichés, réalités et perspectives: résultats d'une enquête nationale française menée en 2013 sur la stigmatisation de la profession [Thèse d'exercice]. Université du droit et de la santé, Lille; 2014.
31. Collège de la Médecine Générale. 10^{ème} Congrès Médecine Générale France [Internet]. 2016 avr [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://presentations.congresmg.fr/presentations-2016/videos-intervenants-site/samedi/amphibleu/09/100-conclusion.html>
32. Catherine P-H. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : une enquête qualitative [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2012.
33. Jombart G. Etude Génépsy: promouvoir la communication MG-PSY [Thèse d'exercice]. Université du droit et de la santé, Lille; 2015.
34. Devillières M-C. Du secteur psychiatrique au territoire de santé: comment une politique publique ouvre un espace de collaboration entre la psychiatrie et la médecine générale [mémoire]. L'Institut d'études politiques de Grenoble; 2013.
35. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. juill 2008;56(4, Supplement):S197-206.

36. Zipper A-C. L'inter-formation en groupe d'analyse de pratique entre pairs en médecine générale : approche socio-anthropologique [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes; 2012.
37. Denis-Gaubert A, Mercier A. Quelle communication les patients désirent-ils entre leur psychiatre et leur médecin généraliste ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2014.
38. CPAM de l'Isère. Les structures de santé pluri-professionnelles. Nouveaux modes de rémunération [Internet]. 2017 [cité 23 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluri-professionnelles/structures-sante-pluri-professionnelles>
39. DREES. Portrait des professionnels de santé - édition 2016 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>
40. Passerieux C. Accès et continuité des soins pour les troubles mentaux les plus fréquents : les consultations de soins partagés du RPSM 78. Ann Méd-Psychol. 4 déc 2007;Vol. 165(N°10):741-5.
41. Falloon IR. Early intervention for first episodes of schizophrenia: a preliminary exploration. Psychiatry. févr 1992;55(1):4-15.

Livret d'abréviations

AGECSA : association de gestion des centres de santé associatifs de Grenoble

CHAI : Centre Hospitalier Alpes Isère

CHS : centre hospitalier spécialisé

CME : commission médicale d'établissement

CMP : centre médico-psychologique

COREQ : consolidated criteria for reporting qualitative research

HAS : haute autorité de santé

MG : médecin généraliste

OMS : organisme mondial de la santé

PSY: psychiatre

SMH: Saint Martin d'Hères

Annexes

E. Annexe 1 : Guide d'entretien des participants

Accord pour la participation à l'étude

Présentation :

profil,

durée d'exercice depuis la fin de l'internat,

durée d'exercice au sein de l'AGECSA,

expérience particulière en psychiatrie, ou médecine somatique.

pratique.

Questions
A- Description des rencontres
B- Vécu de la rencontre.
C- Pratique, Collaboration pluridisciplinaire et perception des confrères.
D- Conséquences pour le patient
E- Freins et ouverture. Remarques

F. Annexe 2 : Guide des investigatrices dans le cadre d'interview de médecins généralistes

Accord pour la participation à l'étude

Présentation :

J'aurais besoin que tu te présentes succinctement, que tu parles de ton profil, de ta pratique, ta durée d'exercice depuis la fin de ton internat, et depuis/pendant combien de temps tu exerces/a exercé à l'AGECSA. (quelle est ta pratique actuelle ?)

Est-ce que tu as une expérience particulière en psychiatrie ?

Grilles d'entretiens semi-dirigés

Questions
<p>A- Description des rencontres Est-ce que tu participes régulièrement aux rencontres entre l'AGECSA et les CMP ? 1- Pourrais-tu me décrire le déroulement et le rythme de vos rencontres entre médecins généralistes et psychiatres ? <i>Le patient est-il au courant de ces rencontres ?</i> <i>Le patient a-t-il quand même notion qu'il y a des échanges entre son MG et son psychiatre ?</i> 2- Comment a débuté ton implication dans ces rencontres physiques? Comment a-t-elle évolué ? <i>Pourquoi une rencontre physique ?</i></p>
<p>B- Vécu de la rencontre. 3- Que représente pour toi ces rencontres ? <i>Quels émotions et sentiments sont mis en jeux autour de ces rencontres?</i> <i>Quel ressenti en as-tu ?</i> 4- quelles Conséquences sur les relations entre les intervenants en découle? 5- Que penses-tu pouvoir apporter et recevoir au cours de ces rencontres ? <i>Qu'en attends-tu ?</i> 6- As-tu un exemple de discussion autour d'un cas complexe qui t'interpelle ?</p>
<p>C- Évolution de la perception entre confrères. 7- Comment ta pratique a évolué en parallèle de ces rencontres? 8- En quoi cette expérience a-t-elle jouer sur la collaboration pluridisciplinaire ? <i>Comment décrirais-tu tes relations avec les psychiatres ?</i> 9- Que représente pour toi « le psychiatre » en général ? <i>Quelle image ? Quelle perception en as-tu ?</i> Que représente pour vous « le médecin généraliste » ?</p>
<p>D- Conséquences pour le patient 10- Quels conséquences pour les patients as-tu pu remarquer? <i>Est-ce que tu as des retours des patients ?</i></p>
<p>E- Freins et ouverture 11- Selon toi quels sont les freins à ce système de collaboration ? 12- Quelles améliorations te paraîtraient souhaitables aujourd'hui ? 13- As-tu des remarques ? As-tu d'autres expériences de collaboration en psychiatrie ?</p>

G. Annexe 3 : Guide des investigatrices dans le cadre d'interview de psychiatres ou pédopsychiatres

Accord pour la participation à l'étude

Présentation :

J'aurais besoin que tu te présentes succinctement, que tu parles de ton profil, de ta pratique, ta durée d'exercice depuis la fin de ton internat, et depuis/pendant combien de temps tu exerces/a exercé en CMP. (quelle est ta pratique actuelle ?)

Est-ce que tu as une expérience particulière en médecine somatique ?

Grilles d'entretiens semi-dirigés

Questions
<p>A- Description des rencontres Est-ce que tu participes régulièrement aux rencontres entre l'AGECSA et les CMP ? 1- Pourrais-tu me décrire le déroulement et le rythme de vos rencontres entre médecins généralistes et psychiatres ? <i>Le patient est-il au courant de ces rencontres ?</i> <i>Le patient a-t-il quand même notion qu'il y a des échanges entre son MG et son psychiatre ?</i> 2- Comment a débuté ton implication dans ces rencontres physiques? Comment a-t-elle évolué ? <i>Pourquoi une rencontre physique ?</i></p>
<p>B- Vécu de la rencontre. 3- Que représente pour toi ces rencontres ? <i>Quels émotions et sentiments sont mis en jeux autour de ces rencontres?</i> <i>Quel ressenti en as-tu ?</i> 4- quelles Conséquences sur les relations entre les intervenants en découle? 5- Que penses-tu pouvoir apporter et recevoir au cours de ces rencontres ? <i>Qu'en attends-tu ?</i> 6- As-tu un exemple de discussion autour d'un cas complexe qui t'interpelle?</p>
<p>C- Évolution de la perception entre confrères. 7- Comment ta pratique a évolué en parallèle de ces rencontres? 8- En quoi cette expérience a-t-elle jouer sur la collaboration pluridisciplinaire ? <i>Comment décrirais-tu tes relations avec les médecins généralistes ?</i> 9- Que représente pour toi « le médecin généraliste » en général ? <i>Quelle image ? Quelle perception en as-tu ?</i></p>
<p>D- Conséquences pour le patient 10- Quels conséquences pour les patients as-tu pu remarquer? <i>Est-ce que tu as des retours des patients ?</i></p>
<p>E- Freins et ouverture 11- Selon toi quels sont les freins à ce système de collaboration ? 12- Quelles améliorations te paraîtraient souhaitables aujourd'hui ? 13- As-tu des remarques ? As-tu d'autres expériences de collaboration en médecin somatique ?</p>

H. Annexe 4 : Arborescence thématique

• Point de vue du médecin généraliste

- la psychiatrie une spécialité complexe
- isolement du médecin généraliste
- sentiment d'illégitimité dans le parcours de soins psychiatriques
- légitimité dans le parcours de soins psychiatriques
- place du médecin généraliste dans le parcours de soins psychiatriques
- évolution vers un gain de compétences
- image du psychiatre pour le médecin généraliste
- rôle du psychiatre pour le médecin généraliste
- stigmatisation du psychiatre par le médecin généraliste
- stigmatisation de la psychiatrie par le médecin généraliste

• Point de vue du psychiatre

- image et rôle du médecin généraliste pour le psychiatre
- stigmatisation de la médecine somatique et du médecin généraliste par le psychiatre
- isolement du psychiatre

• La collaboration

• *collaboration AGECSA / CMP*

- liens institutionnels
- un besoin
- une motivation
- collaborer pour le patient
- difficultés d'accès aux soins psychiatriques
- outils de communication
 - *les rencontres*
 - *les comptes-rendus écrits*
 - *les échanges téléphoniques*
- vécu positif
- la collaboration avec le CMP : un apport de compétences pluri-professionnelles
- la collaboration avec le CMP : un relais avec l'intra-hospitalier
- rôle de soutien réciproque
- meilleure coordination des soins
- évolution dans le temps

• *collaboration avec le psychiatre coordinateur de l'AGECSA*

• *collaboration avec l'intra-hospitalier*

- *collaboration avec les médecins libéraux*
- *collaboration avec le milieu scolaire*

- **La rencontre**

- ***les modalités***

- initiation
- anticipation
- déroulement

- ***les échanges***

- qualité
 - *la présence des médecins référents enrichit l'échange*
 - *la pluri-professionnalité enrichit l'échange*
 - *un rythme insuffisant de rencontres appauvri l'échange*
 - *échanges fructueux au cours des rencontres*
- contenu
 - *échanges centrés sur le patient*
 - *échanges sur les modalités de collaboration*
 - *échanges sur le vécu des médecins*

- ***le vécu***

- vécu positif
- motivation réciproque
- convivialité
- confraternité
- lieu pour déléguer
- lieu de formation
- rôle de soutien
- réassurance
- rupture de l'isolement
- renforcement positif

- ***évolution dans le temps***

- diminution de fréquence
- appauvrissement des échanges
- altération de la pluri-professionnalité
- pérennité et régularité des rencontres

- ***les attentes des médecins***

- attentes pour le psychiatre
- attentes pour le médecin généraliste

- ***les freins***

- contraintes organisationnelles

- *surcharge de travail des soignants*
- *manque de disponibilité des soignants*
- *hiérarchisation des tâches*
- *difficultés à trouver un temps commun*
- *manque de financement*
- rythme insuffisant
- manque de patients suivis en commun
- éloignement géographique
- absence de freins pour le médecin généraliste
- ***les pistes d'amélioration***
 - augmenter la fréquence
 - unité de lieu
 - se déplacer
 - proximité physique
 - transfert de compétences au médecin généraliste
 - développer la pluri-professionnalité
 - valoriser les rencontres
- **Déstigmatisation par la rencontre**
 - déstigmatisation de la psychiatre pour le patient
 - déstigmatisation du psychiatre et des soins psychiatriques pour le médecin généraliste
- **La rencontre renforce la collaboration pluri-professionnelle**
 - création d'un lien privilégié
 - confiance réciproque
 - connaissance des collaborateurs et des structures de soins
 - amélioration des échanges
 - *plus grande facilité d'échanges*
 - *levée des freins à la communication*
 - *échanges réciproques*
 - meilleure coopération par la rencontre
 - complémentarité
 - *ce que le médecin généraliste apporte*
 - *ce que le psychiatre apporte*
 - *répartition des rôles*
 - *dimensions de suivi différentes/parallèles*
 - système collaboratif cohérent
- **Conséquences pour le patient**
 - information du patient
 - *recueil de l'accord du patient non formel*

- *refus du patient respecté*
 - *information adaptée au patient*
 - *patients majoritairement favorables aux échanges*
- prise en charge globale du patient
 - amélioration de la prise en charge
 - diminution du risque de iatrogénie
 - rupture de soins

I. Annexe 5 : Liste des codes

complexité de la psychiatrie
prises en charge psychiatriques chronophages pour le MG
MG critique face aux thérapeutiques psychiatriques
sentiment d'isolement du MG face aux soins psychiatriques
auto-censure du MG dans la demande d'avis psychiatriques
sentiment d'illégitimité du MG face à la psychiatrie
volonté de formation en psychiatrie
sentiment de légitimité du MG dans le parcours de soins psychiatriques
MG médecin de premier recours dans les soins psychiatriques initiaux
le MG assure la continuité des soins psychiatriques
l'expérience permet une acquisition de compétences du MG
le psychiatre un spécialiste qui a du mal à produire un diagnostic
travail solitaire du psychiatre
le psychiatre : un médecin surchargé
le psychiatre : un médecin impliqué
le psychiatre : un médecin disponible
difficultés de communication avec le psychiatre/inaccessibilité
le psychiatre : un médecin pudique dans la transmission d'information
image positive du psychiatre pour le MG
sentiment pour le MG d'être méprisé par le psychiatre
sous-estimation de la place du médecin traitant dans le réseau de soins par les psychiatres
le psychiatre : rôle d'expertise spécialiste/ avis d'expert
le psychiatre : un collaborateur important pour le MG
le psychiatre : un spécialiste comme les autres
rôle attendu du psychiatre pour le MG : un spécialiste de second recours
psychiatre stigmatisé par le MG
la psychiatrie publique un monde à part/ mystérieux
MG rôle de pivot
MG référent du fait d'un suivi prolongé
connaissance globale du patient et rôle de synthèse du MG
polyvalence du MG
MG : rôle difficile
adressage au somaticien par le psychiatre
manque de disponibilité des médecins généralistes
image positive du MG pour le psychiatre
stigmatisation du MG et de la médecine générale par le psychiatre
sentiment d'isolement du psychiatre
liens privilégiés AGECSA/psychiatrie publique
lien de terrain MG/psy renforcé par un lien institutionnel
population précaire/ prises en charge complexes renforce le besoin d'échanges interprofessionnels
composante psy marquée dans la pratique de l'AGECSA par un lien précarité/santé mentale
continuum psyché/soma
motivation réciproque à maintenir la collaboration
efforts réciproques réalisés dans la transmission d'informations
collaboration centrée sur le patient
collaborer pour accompagner le patient
le patient profite du manque de communication entre le MG et les psychiatres
difficultés d'accès aux soins psychiatriques lié au déni des patients
difficultés d'adressage au CMP
comptes-rendus écrits utilisés uniquement si pertinents
comptes-rendus écrits chronophages
comptes-rendus écrits des MG plus fréquents
mail : outil de communication privilégié du CMP/des psychiatres
simplicité/efficacité des échanges par mail

téléphone moyen de communication utile
 échanges téléphoniques compliqués/ réservés à l'urgence
 vécu positif de la collaboration
 bénéfice de la collaboration pluri-professionnelle
 Le CMP apporte des compétences pluri-professionnelles du réseau de soins psychiatriques
 moyen d'accès détourné aux soins psychiatriques par la pluri-professionnalité du CMP
 le CMP assure le lien et le relais avec l'intra-hospitalier
 AGECSA : rôle de soutien au CMP
 la collaboration avec le CMP : un soutien pour le MG
 partage mutuel de l'information pour assurer la continuité des soins
 échanger pour coordonner les soins ambulatoires
 le lien permet plus d'efficacité dans l'urgence
 adressage des patients facilité par la collaboration
 évolution vers une altération de la collaboration
 évolution vers une meilleure communication des psychiatres
 liens privilégiés avec le psychiatre coordinateur
 lien ville-hôpital imparfait : manque de communication
 manque de matériel à échanger pour des rencontres systématiques avec les libéraux
 échanges/adressages ponctuels avec les médecins libéraux
 lien avec le milieu scolaire
 se rencontrer : une nécessité
 rencontres à l'initiative des médecins
 les rencontres : une pratique nouvelle à intégrer pour les CMP
 Anticipation : préparation nécessaire des dossiers à aborder
 Anticipation : programmation des rencontres d'une fois sur l'autre
 difficultés d'anticipation des rencontres
 unité de lieu pour les rencontres
 pas d'unité de lieu pour les rencontres
 Nécessité d'échanges médicaux dans un lieu adapté
 Temps d'échange court
 équipes non au complet lors des rencontres
 Rencontres réunissant plusieurs centres de santé avec le CMP
 MG porte-parole de l'équipe de l'AGECSA lors des rencontres
 bénéfice de la pluridisciplinarité des rencontres
 la présence des médecins référents enrichit les échanges au cours des rencontres
 pluri-professionnalité enrichit les échanges
 rythme insuffisant des rencontres appauvrit les échanges
 échanges fructueux au cours des rencontres
 apport de problématiques cliniques au cours des rencontres
 échanges au cours des rencontres centrés sur le patient
 situations complexes demandent plus de temps d'échange
 échanges au cours des rencontres centrés sur les modalités de la collaboration
 échanges au cours des rencontres centrés sur le vécu des médecins
 vécu positif de la rencontre pour les médecins
 bénéfice réciproque des rencontres
 volonté réciproque de maintenir une régularité des rencontres
 Motivation réciproque à pérenniser les rencontres
 MG convaincus du bénéfice des rencontres
 rencontres conviviales
 Echanges confraternels au cours des rencontres
 la rencontre : un lieu pour se délester des problématiques psychiatriques
 la relation de confiance par la collaboration permet de se décharger des problématiques psychiatriques
 service rendu entre professionnels
 les rencontres : un lieu d'apprentissage
 formation réciproque par les rencontres
 rencontres : rôle de soutien au CMP

rencontres : rôle de soutien pour le MG
Réassurance diagnostique pour le MG par les rencontres
Réassurance thérapeutique pour le MG par les rencontres
réassurance par les échanges en groupe
Réassurance du MG par la compétence du CMP
rupture de l'isolement des médecins par la collaboration
psychiatre : rôle d'accompagnement dans la prise en charge lors des rencontres
renforcement positif du MG par la rencontre
valorisation professionnelle réciproque auprès du patient
évolution vers une diminution de la fréquence des rencontres
évolution vers un appauvrissement des échanges au cours des rencontres
évolution vers une altération de la pluridisciplinarité au cours des rencontres
Pérennité des rencontres
régularité des rencontres
besoin de retour sur le suivi somatique pour les psychiatres
besoin d'informations centrées sur le patient au cours des rencontres pour le MG
Attentes du MG : besoin de retour sur le vécu du psychiatre
désir d'échanges entre pairs et d'une relation d'égal à égal pour le MG
souhait d'échanges réciproques pour le MG
réduction des effectifs soignants au sein des CMP
souffrance des soignants du CMP
surcharge de travail des soignants
dysfonctionnements liés au manque de vigilance
manque de disponibilité des CMP
manque de disponibilité de l'AGECSA
hiérarchisation des tâches : le soin prime sur la coordination
trouver un temps commun frein à la collaboration
la baisse des financements : un frein aux rencontres
rythme des rencontres insuffisant
perte d'intérêt des rencontres liées à leur raréfaction
manque de matériel à échanger par manque de patients suivis en commun
frein aux rencontres : l'éloignement géographique
pas de freins aux rencontres du côté des MG
volonté d'un rythme de rencontres plus fréquent
Fréquence des réunions trimestrielle satisfaisante
Favoriser l'unité de lieu pour les rencontres
se déplacer pour une meilleure représentation visuelle de la structure et de son environnement
se déplacer pour connaître l'équipe
se déplacer dans les locaux pour comprendre le fonctionnement et les contraintes internes du CMP
les psychiatres se déplacent peu dans les centres de santé
la proximité favorise la spontanéité des échanges
La proximité physique renforce le lien
Travail pluri-professionnel amélioré par une même unité géographique
proximité physique ne favorise pas la création d'un lien
attentes du MG : un modèle de liaison-attachement
piste d'amélioration : déléguer au MG les patients psychiatriques stabilisés
piste d'amélioration : développer la pluri-professionnalité
valoriser l'intérêt des rencontres pour les pérenniser
garder en mémoire les bénéfices des rencontres pour maintenir le lien
le confrère présenté comme une connaissance est déstigmatisant pour le patient
la déstigmatisation de la psychiatrie pour le patient permet une meilleure adhésion aux soins
déstigmatisation sociale récente et progressive
déstigmatisation du somaticien par les rencontres
démystification de la psychiatrie publique par une meilleure compréhension du réseau de soins
déstigmatisation du psychiatre par les rencontres
déstigmatisation du psychiatre par la collaboration

les rencontres aident à la construction de liens privilégiés
qualité de la relation dépendante de la personnalité des médecins
une seule rencontre : peu d'effet sur les relations
les rencontres instaurent et pérennisent une confiance réciproque
connaissance physique des confrères par les rencontres
connaissance des spécificités professionnelles de chacun
meilleure compréhension du fonctionnement du CMP et des contraintes organisationnelles par les rencontres
plus grande spontanéité dans les échanges par les rencontres
échanges plus faciles lors des rencontres que par écrit
demandes d'avis facilitée par les rencontres
communication désinhibée par la connaissance physique des correspondants
évolution vers une réciprocité des échanges
meilleure coopération par les rencontres
le MG apporte le sens clinique
MG apporte un éclairage complémentaire sur le contexte et l'environnement socio-familial du patient
complémentarité dans le partage d'informations au cours des rencontres
meilleure connaissance du parcours psychiatrique du patient apportée par le psychiatre
éclairage diagnostique et thérapeutique du psychiatre
répartition des rôles de chacun : le psychiatre s'occupe du psyché, le MG du somatique
négociation de la place de chacun dans le réseau de soins en cas de compétences communes
partage des responsabilités
les compétences communes enrichissent les échanges
répartition des rôles favorable au patient
dimensions de suivi différentes entre les médecins, ponctuelles pour psychiatres, continues pour les MG
suivis AGECSA/ CMP en parallèle
éclairage différent et complémentaire des situations partagées
acquisition progressive d'un langage commun
un système collaboratif cohérent renforce l'adhésion aux soins
nécessité d'un dirigeant pour un système collaboratif cohérent
message univoque des médecins pour une prise en charge cohérente du patient
désaccords possibles entre les médecins
se rencontrer pour s'accorder
Accord du patient nécessaire en théorie
Accord du patient non systématiquement recueilli en pratique
patient au courant des échanges de manière implicite
volonté d'améliorer le recueil de l'accord du patient
Anticipation nécessaire mais difficile pour informer le patient
partage des informations censuré en cas de refus du patient
information adaptée au patient
patients majoritairement favorables aux échanges
appropriation du patient dans sa globalité via les échanges
élaboration conjointe d'un projet commun
Triangulation MG/PSY/patient améliore la qualité de la prise en charge
se rencontrer pour limiter le risque de iatrogénie
le lien MG/PSY peut conduire à des ruptures de suivi

Convention

Entre :

Le Centre Hospitalier de Saint EGREVE, 3, rue de la Gare, représenté par son directeur,
Monsieur Michel GELLION,

d'une part,

Et

L'Association de Gestion des Centres de Santé (A.GE.C.SA)
162, Galerie de l'Arlequin - 38 100 GRENOBLE
représentée par son Président, Monsieur Jean DEBEAUPUIS,

d'autre part,

- Vu la loi du n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique ;
- Vu la convention du 30 décembre 1981 intervenue entre le département de l'Isère et l'Association des Centres de Santé ;
- Vu la convention du 10 septembre 1992 intervenue entre l'Etat, Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire et l'Association de Gestion des Centres de Santé ;
- Vu les statuts de l'Association de Gestion des Centres de Santé et la déclaration en Préfecture en date du 23 novembre 1990 et publiée au Journal Officiel du 12 décembre 1990 ;
- Vu l'article L 321-2 du code de la santé publique ;
- Vu le courrier du Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales du 9 mai 2008 et le courrier du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du 7 avril 2008 considérant que le financement des établissements de santé n'est plus adapté au financement de l'activité décrite au sein d'une association Loi 1901 et préconisant l'utilisation de l'article L 321-2 du code de la santé publique qui prévoit le conventionnement entre un établissement de santé et une association intervenant dans le même champ sectoriel.
Cette convention a pour objet notamment la mise à disposition de moyens financiers et les conditions de leur utilisation.
S'agissant des moyens financiers, il s'agit en l'espèce d'un budget hospitalier ARH jusqu'ici versé à l'AGECSA (44 170 € en 2008) représentatif de la rémunération d'un certain nombre de temps médicaux et non médicaux, de personnels salariés de l'association intervenant dans le champ exclusif de la sectorisation psychiatrique.

PREAMBULE

L'AGECSA participe à la sectorisation psychiatrique au titre de la prévention, en particulier sur les quartiers VILLENEUVE, MISTRAL, depuis 1981. Au terme de la nouvelle procédure des autorisations administratives, l'AGECSA ne peut se prévaloir d'être reconnue comme établissement de santé. Elle n'est donc plus légitime pour percevoir des financements issus de l'ONDAM. Face à l'intérêt et à la spécificité de la pratique des professionnels de l'AGECSA depuis de nombreuses années, l'ARH, la DDASS ont sollicité le Centre Hospitalier de Saint-Egrève aux fins de mettre en place une convention entre le Centre Hospitalier de Saint Egreve et l'AGECSA.

Il est convenu ce qu'il suit :

ARTICLE 1^{er} :

L'AGECSA participe à la sectorisation psychiatrique au titre de la prévention en particulier sur les quartiers VILLENEUVE, MISTRAL, ABBAYE et VIEUX TEMPLE, en complémentarité avec les CMP et CMPP existants, à travers :

- la participation du psychiatre de l'ARLEQUIN, hors de ses activités curatives propres,
- la participation de médecins généralistes et pédiatres, hors de leurs activités curatives propres,
- la participation d'orthophonistes, hors de leurs activités curatives propres,
- les activités de la psychologue.

Cette participation concerne :

- Le soutien, par la psychologue et la psychiatre, des professionnels prenant en charge des patients psychiatriques en ville ou en institution (médecins généralistes, infirmières, pédiatres, orthophonistes...).
- La constitution d'un lien permanent entre les professionnels des centres de santé et les équipes des secteurs rattachés au Centre Hospitalier de Saint Egrève (CMP et CMPP). Cela passe par des réunions communes régulières (au moins deux fois par an) et des temps de concertation pour permettre l'analyse de situation et le suivi de patients en commun, l'analyse de besoins et de prises en charge, le soutien des professionnels pour les prises en charge à domicile ou de cas lourds.
- L'intervention, auprès des écoles du quartier de la Villeneuve, des orthophonistes, psychologue et médecins pédiatres pour des concertations ponctuelles et pluridisciplinaires, constituant ainsi un groupe à l'écoute des instituteurs confrontés à des enfants en difficultés.
- La prise en charge de consultations gratuites psychologiques pour des patients en situation de retard et/ou de renoncement aux soins pour des raisons financières ou de proximité.
- La mise en place d'actions ponctuelles à la demande de groupes et d'associations.
- La mise en place d'un suivi adapté (concertation – coordination autour du patient avec les acteurs médicaux- sociaux) pour les patients le nécessitant (patients en situation de fragilité – précarité)


L'AGECSA désigne, pour ce faire, un médecin responsable de la démarche thérapeutique.

ARTICLE 2^{ème} :

Le Centre Hospitalier de Saint Egrève favorise le travail en lien permanent avec les équipes de l'AGECSA par :

- La mise en place d'une rencontre bi-annuelle entre le médecin responsable de la démarche thérapeutique au sein de l'AGECSA et les médecins hospitaliers référents des pôles infanto-juvénile et Grenoble Sud Isère.
- La mise en place de réunion de concertation régulière (au moins deux fois par an) entre les professionnels des CMP – CMPP et les professionnels de l'AGECSA pour permettre l'analyse de situation et le suivi de patients en commun, l'analyse de besoins et de prise en charge, le soutien des professionnels pour les prises en charge à domicile ou de cas lourds.

ARTICLE 3^{ème} :

 A ce jour, l'AGECSA perçoit une dotation annuelle de financement fixée annuellement par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et réévaluée chaque année, selon le barème de la politique sociale d'évolution des biens et des services (mesures salariales générales -imputation DAF psy). (pour mémoire, 2006 = 43 180€ ; 2007 = 43 612€ ; 2008 = 44 170€).

A compter de la présente convention, le Centre Hospitalier de Saint-Égrève percevra une part de dotation annuelle de financement fixée chaque année représentative de l'action considérée assise sur l'évaluation des dotations antérieures perçues par l'AGECSA.

Cette dotation est attribuée au CH de Saint Egrève à l'AGECSA en quatre échéances trimestrielles.

La répartition des moyens, en terme, de personnels mis à disposition par l'AGECSA pour remplir l'objet de cette convention pourra être réévaluée en fonction des besoins et moyens disponibles.

ARTICLE 4^{ème} :

- L'AGECSA présentera son budget prévisionnel de l'action au 1^{er} octobre de chaque année afin de pouvoir l'intégrer à la programmation budgétaire du Centre Hospitalier.
- Le compte d'exploitation et le rapport d'activité de l'année écoulée devront être adressés avant le 1^{er} juillet de l'année suivante.
- L'AGECSA présentera les éléments justificatifs de l'emploi de ses crédits permettant le mandatement des versements trimestriels.

ARTICLE 5^{ème} :

Le dispositif financier sera mis en place par la présente convention prendra effet au 1^{er} janvier 2009.

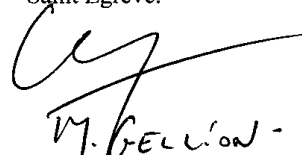
La présente convention prend effet pour un an à la date de signature et se substitue à celle du 10 septembre 1992 conclue avec l'Etat. Elle sera renouvelée par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception notifiée six mois avant la date d'effet.

Fait à *Saint-Egrève* le *29* Octobre *2008*.....

Le Président de l'Association de Gestion des
Centres de Santé

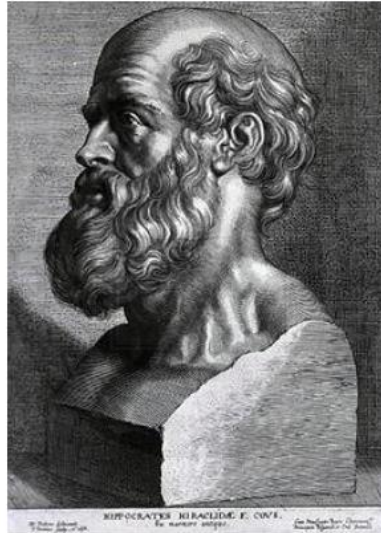


Le Directeur du Centre Hospitalier de
Saint Egrève.



M. BELLION





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.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne 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.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) 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 (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*



PERMIS D'IMPRIMER

=====

Je soussigné, Professeur Patrick IMBERT

certifie, en ma qualité de Président du Jury de Thèse de :

Mme COUVERT Isabelle

avoir lu la thèse ayant pour titre : ANALYSE DU VECU ET DES ENJEUX RELATIONNELS DES MEDECINS GENERALISTES ET PSYCHIATRES, DANS LE CADRE DE RENCONTRES REGULIERES : UNE ETUDE QUALITATIVE EN ISERE

et le résumé correspondant.

Les opinions et les principes émis n'étant contraires ni à l'ordre public ni à la déontologie médicale, je donne un avis favorable à l'imprimatur de la thèse.

A Grenoble
Le 16/10/2016

Signature

Résumé

Introduction : La santé mentale est un enjeu de santé publique reconnu. Les troubles mentaux sont associés à des comorbidités importantes pour le patient, ainsi qu'à des répercussions majeures sur sa vie socio-professionnelle et familiale. Par conséquent, ces pathologies nécessitent un suivi rapproché et spécialisé, dans lequel psychiatres et médecins généralistes jouent un rôle important. Le manque de communication et de coopération entre ces médecins est bien connu et s'avère être délétère pour le patient. Plusieurs études mettent en évidence un besoin réciproque de renforcer cette collaboration, et les rencontres pluri-professionnelles font souvent partie des pistes d'amélioration proposées par les médecins.

Dans ce sens, il existe à Grenoble un modèle de rencontres régulières entre psychiatres de CMP et médecins généralistes de centres de santé d'un même secteur géographique.

Objectifs : L'objectif de cette étude était d'analyser le vécu des médecins généralistes et des psychiatres d'un même secteur géographique autour de ce modèle de rencontres, et secondairement d'en analyser les enjeux relationnels qui en découlent.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée auprès de médecins généralistes des centres de santé grenoblois et des psychiatres de CMP des secteurs correspondants, ayant participé à des rencontres conjointes. Des entretiens individuels semi-dirigés ont ainsi été conduits jusqu'à saturation des données, sur une période allant de novembre 2016 à novembre 2017. Une analyse thématique des verbatims par codage ouvert puis axial a été conduite par triangulation des chercheurs après retranscription intégrale des entretiens.

Résultats: Les douze médecins interrogés exprimaient un vécu positif des rencontres et valorisaient le bénéfice apporté par ce modèle de collaboration. Les rencontres, notamment par la réassurance apportée par les échanges en groupe, étaient souvent vécues comme un soutien réciproque pour les médecins. Le rôle formateur des réunions et le sentiment d'utilité au cours de ces rencontres aidaient les médecins généralistes à se sentir légitimes au sein du réseau de soins psychiatriques.

Les rencontres permettaient aux médecins de s'accorder et de tendre, par leur complémentarité, vers un système collaboratif cohérent, au sein duquel le patient pouvait être pris en charge dans sa globalité. La rencontre physique était à la fois déstigmatisante pour les médecins généralistes et les psychiatres, mais également pour les patients, ce qui les rassurait et permettait ainsi de renforcer leur adhésion aux soins. Se connaître physiquement désinhibait la communication et renforçait la collaboration par une plus grande facilité d'échanges et l'instauration d'une confiance réciproque.

Un tel modèle de collaboration comportait cependant des limites. Les médecins soulevaient les nombreuses contraintes organisationnelles qui les astreignaient à privilégier leurs temps de consultation par rapport à l'activité de coordination des soins, et la difficulté à trouver un temps commun pour se rencontrer.

Conclusion : Cette étude semblerait montrer que les rencontres pourraient être une piste d'amélioration de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres, notamment en facilitant, par la création de liens privilégiés, l'utilisation d'autres moyens de communication tels que les mails ou les échanges téléphoniques.

Mots-clés : médecin généraliste ; psychiatres ; collaboration ; rencontre ; relation inter-professionnelle ; vécu