



**HAL**  
open science

# État des lieux de la collaboration entre psychiatres de centre médico-psychologique et médecins généralistes libéraux dans le Sud-Gironde

Valentin Cousté

► **To cite this version:**

Valentin Cousté. État des lieux de la collaboration entre psychiatres de centre médico-psychologique et médecins généralistes libéraux dans le Sud-Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04612787

**HAL Id: dumas-04612787**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04612787>**

Submitted on 14 Jun 2024

**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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX  
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Thèse pour l'obtention du diplôme d'État en médecine générale

**État des lieux de la collaboration entre psychiatres de  
centre médico-psychologique et médecins généralistes  
libéraux dans le Sud-Gironde**

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 2024 à Bordeaux par

Valentin COUSTÉ, né le 9 novembre 1991 à Bordeaux

JURY :

Président

Monsieur le Professeur Bernard GAY

Assesseurs

Madame la Professeure Marie TOURNIER

Madame la Docteure Nathalie MESSER

Monsieur le Docteur Jean-Baptiste LE TAILLANDIER DE GABORY

DIRECTEUR DE THESE :

Monsieur le Docteur Gildas LE PORT

RAPPORTEUR :

Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON

# Remerciements

A Monsieur le président du jury, Monsieur le professeur Bernard GAY, vous me faites l'honneur d'accepter avec enthousiasme la présidence de ce jury, je vous en remercie. Soyez assuré ici de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Gildas LE PORT, merci de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse, merci pour ta patience et ta bienveillance face à mon manque d'organisation. Je te témoigne ma plus sincère gratitude.

A Madame la professeure Marie TOURNIER, le regard d'un psychiatre était indispensable pour juger avec pertinence ce travail de thèse, merci d'avoir accepté de faire partie du jury.

A Madame la Docteure Nathalie MESSER, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, et merci pour tes précieux conseils au cours de ce travail.

A Monsieur le Docteur Jean-Baptiste LE TAILLANDIER DE GABORY, je vous remercie d'avoir accepté d'intégrer mon jury de thèse et d'évaluer ce travail.

A mon rapporteur, Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON, vous avez accepté de réaliser le rapport de ce travail, soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Aux médecins ayant participé à cette étude, qui ont pris le temps de s'impliquer et partager leur expérience avec sincérité.

A mes parents et ma sœur dont les soutiens matériel, moral et affectif m'ont permis d'arriver jusqu'ici.

A Chloé, pour avoir supporté mon mauvais caractère pendant ce travail.

A tout mon entourage (famille, amis, voisins, collègues...) pour votre soutien précieux.

# Sommaire

Remerciements .....	2
Sommaire .....	3
Table des tableaux .....	6
Abréviations .....	7
Introduction .....	8
1. Contexte général de l'étude .....	8
2. La collaboration médecin généraliste - psychiatre .....	10
3. Objectif de l'étude.....	12
Matériel et méthode .....	13
1. Type d'étude .....	13
2. Population interrogée .....	13
3. Recueil des données .....	14
4. Traitement des données .....	16
Résultats.....	18
PARTIE 1 : Un travail d'équipe.....	20
1. Collaboration.....	20
2. Communication actuelle .....	26
PARTIE 2 : Une prise en charge à la frontière du corps et de l'esprit .....	33
1. Rôles et Interactions entre Psychiatres et Médecins Généralistes.....	33
2. Les soins au CMP.....	36
3. Préjugés/représentations .....	37
PARTIE 3 : La relation médecin généraliste – psychiatre .....	40
1. Points de vue sur l'efficacité de la collaboration.....	40

2. Facteurs influençant la collaboration.....	43
3. Réactions aux problèmes de collaboration.....	47
Discussion .....	49
PARTIE 1 : Communication : défauts et atouts .....	49
1. Communication altérée, phénomène non spécifique à la psychiatrie .....	49
2. Silence des psychiatres, une habitude presque historique .....	49
3. La responsabilité des médecins généralistes.....	51
4. Des outils de communication situationnels.....	52
5. La communication au service de la déstigmatisation .....	53
PARTIE 2 : Une collaboration non formelle .....	55
1. Deux médecins traitants pour un patient.....	55
2. Chacun son rôle, mais quel est-il ? .....	57
PARTIE 3 : L'avenir de la collaboration.....	59
1. Des recommandations de bonnes pratiques non adaptées au terrain .....	59
2. Des actions locales concrètes, encouragées par l'État .....	60
3. Se connaître pour mieux collaborer .....	61
4. Initiation à la psychiatrie en médecine générale dès l'internat .....	62
5. Une collaboration au-delà du médecin .....	62
PARTIE 4 : Forces et limites .....	64
Conclusion .....	67
Bibliographie .....	68
Table des matières.....	77
Annexes .....	83
Annexe n°1 : guide d'entretien psychiatre .....	83
Annexe n°2 : guide d'entretien généraliste .....	85

Annexe n°3 : Charte de partenariat.....	87
Serment d'Hippocrate .....	88
Résumé .....	89

## Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristique des médecins.....	18
Tableau 2 : Durée des entretiens .....	19

# Abréviations

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DMP : Dossier Médical Partagé

FFP : Fédération Française de Psychiatrie

FRCV : Facteurs de Risque Cardiovasculaires

HAS : Haute Autorité de Santé

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale



# Introduction

## **1. Contexte général de l'étude**

### **1.1 Organisation des soins psychiatriques publics en France**

La psychiatrie publique est organisée en secteurs géographiques, créés dans les années soixante pour répondre aux besoins de soins de proximité. Chaque secteur couvre une zone d'environ 80 000 habitants et rassemble, pour la psychiatrie publique, l'ensemble des structures de soins ambulatoires et hospitaliers. Chaque département est ainsi découpé en secteurs de psychiatrie. Les secteurs disposent de structures ambulatoires, au sein desquelles le centre médico-psychologique (CMP) est le lieu pivot du soin. Ces structures sont dotées d'équipes pluridisciplinaires constituées de psychiatres, psychologues, infirmiers et assistants sociaux (1).

La consultation du psychiatre, comme la consultation de tout médecin spécialiste, nécessite une orientation dans le cadre du parcours de soin coordonné. C'est au médecin traitant, déclaré par le patient à l'Assurance Maladie, qu'il revient d'adresser le patient. Bien que n'importe quel médecin inscrit à l'ordre puisse être déclaré médecin traitant, il s'agit habituellement d'un médecin généraliste. A noter que les personnes entre 16 et 25 ans peuvent consulter un psychiatre sans passer par leur médecin traitant, hors parcours de soin coordonné. D'autres spécialités sont concernées par cette dérogation au parcours de soin coordonné : la gynécologie et l'ophtalmologie, sans limite d'âge (2).

### **1.2 Épidémiologie**

L'intérêt mondial porté à la santé mentale est en partie lié à la prévalence des troubles psychiques : en 2019, une personne sur huit dans le monde – soit 970 millions de personnes – présentaient un trouble mental. Les troubles anxieux et les troubles dépressifs étaient les plus courants (3).

En France, cela touche près de 20% de la population, soit 13 millions de personnes. En 2015, 2,4 millions de personnes étaient prises en charge en établissement de santé mentale, dont 419 000 personnes en hospitalisation complète (4). Le taux de détresse

psychique, le taux de suicide et d'idées suicidaires y sont parmi les plus élevés en Europe (5). Les Français sont les plus gros consommateurs de psychotropes au monde. Plus d'un quart consomment des anxiolytiques, des antidépresseurs, des somnifères et autres médicaments psychotropes (6).

### **1.3 Coût de la santé mentale**

Avec plus de 23 milliards d'euros en 2020, les dépenses remboursées au titre de la souffrance psychique et des maladies psychiatriques sont le premier poste de dépenses de l'Assurance Maladie. Elles sont devant les dépenses liées aux cancers et aux maladies cardiovasculaires (respectivement 21 et 18 milliards d'euros).

Le coût économique et social des troubles mentaux était évalué à 109 milliards d'euros par an en 2014 : 65 milliards pour la perte de qualité de vie, 24,4 milliards pour la perte de productivité liée au handicap et aux suicides, 13,4 milliards dans le secteur médical, 6,6 milliards pour le secteur médico-social (4). Une étude de 2023 actualisait ce coût à 163 milliards d'euros, avant la pandémie de Covid-19 (7). Ce coût comprenait entre autres : l'argent dépensé, le manque à gagner, les DALY perdues (disability-adjusted life years). 1 DALY correspond à 1 année de vie en bonne santé perdue par rapport à une espérance de vie théorique.

Ces chiffres ne sont pas spécifiques au territoire français. Le coût total en Europe est estimé à plus de 4 % du PIB (plus de 600 milliards d'euros), principalement lié aux coûts indirects. Les troubles psychiatriques représentent 35 % de la charge globale de morbidité et sont plus coûteux que la charge combinée du diabète et du cancer (7).

Le développement de consultations spécialisées et de soins ambulatoires pourrait contribuer à réduire les coûts directs de santé liés à l'hospitalisation et à la perte de productivité, tout en améliorant considérablement la qualité de vie des patients (7). Cela justifie, sur le plan économique, l'intérêt porté à la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres en soins primaires, ambulatoires.

## **2. La collaboration médecin généraliste - psychiatre**

Depuis plus de 30 ans, la littérature accumule des données qui illustrent, d'une part la faiblesse de la coopération entre les médecins généralistes et les psychiatres, et d'autre part les effets délétères de ce manque de collaboration sur le parcours de soin des patients présentant un trouble psychique (5,8,9).

Selon une revue de la littérature publiée en 2022, ce défaut de collaboration est un des multiples facteurs responsables de l'altération de la qualité de vie et de la diminution de l'espérance de vie des patients atteints de troubles psychiatriques (10). Dans le cas de troubles psychiatriques sévères notamment, on constate une espérance de vie réduite de 13 à 30 ans par rapport à la population générale (11). Cette surmortalité est majoritairement sans lien avec les suicides ou les accidents, complications ultimes des troubles psychiatriques. En effet, la surmortalité observée est avant tout imputable à des causes somatiques en particulier les pathologies cardiovasculaires ou cancéreuses (12). L'intrication des problématiques de santé physiques et psychiques, et leurs conséquences sur le patient nécessitent à fortiori, la mise en commun des compétences de plusieurs professionnels de santé somatiques et psychiatriques. D'autres facteurs influencent la qualité/durée de vie tels que les comportements individuels, l'accès aux soins, les conditions et l'environnement de vie, le statut socio-économique du patient, les facteurs de risque iatrogènes (10).

Concernant le manque de collaboration entre psychiatres et généralistes, les conséquences sont multiples : retard de prise en charge, errance diagnostique, augmentation de la iatrogénie (5). Dans les cas les plus graves, on peut craindre une mise en danger du patient par les soignants, par exemple via la prescription de molécules incompatibles, à cause d'une méconnaissance des traitements somatiques ou psychiatriques déjà en cours. Dans la littérature, les médecins généralistes déplorent un manque de communication et se sentent exclus des prises en charge psychiatriques de leurs patients (8). L'avis des psychiatres est peu représenté dans les études publiées, leur point de vue sur la collaboration a tendance à être plus positif que celui des généralistes (13,14).

La défaillance de la collaboration est un constat international, corroboré par des études nord-américaines, australiennes, européennes entre autres (8,9,12). Cette situation préoccupe l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui pour rappel, définit la santé comme un état de bien-être complet physique, mental et social, et pas seulement comme une absence de maladie ou d'infirmité. En réaction, l'OMS a intégré une réflexion sur cette thématique dans son plan d'action globale pour la santé mentale 2013-2020 (15).

Une collaboration efficiente s'appuie sur un partage d'informations utiles à la coordination entre les différents acteurs. Ce partage d'information nécessite un canal de communication dont les modalités pratiques peuvent varier (voies écrites, orales, numériques...). Or la communication entre psychiatre et généraliste est majoritairement décrite comme lacunaire, à l'instar de la collaboration (5).

Pourtant, certaines études démontrent l'efficacité d'une collaboration étroite entre psychiatrie et médecine générale sur l'amélioration de l'état de santé du patient (16,17). Il semblerait que les actions locales, qui prennent en compte les moyens disponibles, en fonction des besoins du terrain, soient les plus pertinentes pour construire une collaboration efficace, solide et durable (5).

L'intérêt porté à la collaboration entre les psychiatres et les médecins généralistes est né de l'exercice de l'auteur en tant que somaticien au sein du centre hospitalier spécialisé de Cadillac. Les échanges informels avec des praticiens des deux disciplines ont attiré son attention sur la problématique de la collaboration entre psychiatrie et médecine générale. Les données de la littérature ont guidé les réflexions de l'auteur et de son directeur de thèse, pour l'élaboration du travail de recherche. Ce travail cherchait à répondre à la question suivante :

***Quelle est la qualité de la coopération entre les psychiatres et les médecins généralistes du Sud Gironde, perçue par les praticiens de chaque spécialité ?***

Le choix spécifique du Sud Gironde est justifié par des raisons pratiques et méthodologiques, détaillées dans la partie "Matériel et méthode".

Une enquête de terrain, via le recueil du point de vue des praticiens des deux disciplines, était jugée appropriée pour comprendre les enjeux de la collaboration à l'échelle locale. Comprendre les enjeux de cette collaboration pouvait contribuer à alimenter les réflexions et les propositions concrètes pour une amélioration potentielle. L'ambition finale restait celle de l'amélioration de la santé des patients atteints de troubles psychiatriques, grâce à une prise en charge globale et coordonnée.

### **3. Objectif de l'étude**

L'objectif principal de l'étude était de décrire la qualité du partenariat médecin généraliste – psychiatre de centre médico-psychologique dans le secteur du Sud Gironde, à travers les propos des praticiens des deux spécialités, dans le cadre de la prise en charge ambulatoire commune.

Les objectifs secondaires étaient :

- Identifier les attentes et besoins des praticiens au cours de leur collaboration ;
- Découvrir des pistes concrètes et réalisables pour améliorer la collaboration actuelle dans le Sud Gironde.

# Matériel et méthode

## 1. Type d'étude

Les méthodes de recherches qualitatives visent à comprendre les expériences personnelles et à expliquer certains aspects de phénomènes sociaux. C'est une démarche inductive, qui part du terrain pour formuler des hypothèses sans préjugé préalable (18).

Puisque notre étude s'intéressait aux expériences des praticiens, afin de comprendre leur collaboration (phénomène social), nous nous sommes tournés vers une étude qualitative pour répondre à la question de recherche. Cette méthode permettait aux participants de s'exprimer librement, sans se conformer à des cadres pré-établis. Elle s'adaptait à la recherche dans un contexte local, sans imposer de concepts préétablis.

## 2. Population interrogée

Les praticiens ont été recrutés dans le Sud-Gironde, une zone correspondant à l'un des pôles d'activité du centre hospitalier de Cadillac. Les psychiatres issus du même pôle d'activité partagent des projets communs et une ligne directrice de pôle identique, sur leur territoire.

Les généralistes ont été recrutés dans le périmètre d'action géographique des centres médico-psychologiques, afin de recueillir les propos de praticiens ayant eu l'occasion de partager des prises en charge de patient.

Ainsi, ce recrutement dans un périmètre circonscrit permettait de mettre en évidence des besoins locaux spécifiques et d'adapter les réponses proposées.

Le choix des praticiens recrutés suivait le principe de l'échantillonnage théorique utilisé dans l'approche par théorisation ancrée. Les hypothèses intermédiaires, qui apparaissaient au cours de l'analyse des entretiens, orientaient les recrutements, pour explorer les concepts émergents. Par exemple, après l'entretien d'un médecin généraliste à proximité du centre hospitalier, la distance entre le cabinet de médecine générale et le

centre hospitalier semblait avoir un impact sur la collaboration. Le généraliste suivant était recruté loin de l'hôpital pour explorer cette hypothèse.

### **3. Recueil des données**

#### **3.1 Déroulement des entretiens**

Il s'agissait d'entretiens individuels semi-dirigés, afin d'offrir un cadre propice à la libre expression du participant. L'utilisation d'un tel procédé était justifiée puisque l'objectif était d'identifier les points de vue et l'expérience des praticiens.

Seul le premier entretien a eu lieu par téléphone à cause d'une impossibilité de rencontre physique. Au cours des entretiens suivants, le chercheur avait constaté une meilleure qualité de l'entretien en présentiel, avec une perception accrue de la communication non verbale. De plus, il était plus facile de mettre à l'aise le participant en face à face. Tous les entretiens suivants ont donc été réalisés en présentiel.

Le thème de l'étude était exposé brièvement en début d'entretien. Le praticien était ensuite invité à se présenter via quelques questions ciblées. Un guide d'entretien était utilisé pour centrer l'échange sur le sujet, et couvrir au maximum la question de recherche, tout en favorisant des réponses libres et sincères. La discussion restait la plus spontanée possible, avec le minimum d'interruption de la part du chercheur.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide de la fonction dictaphone d'un smartphone, après recueil d'un consentement signé par le participant.

#### **3.2 Guide d'entretien**

Le guide d'entretien a été élaboré pour explorer au mieux le ressenti des praticiens sur leur collaboration, en tenant compte des données de la littérature existantes sur le sujet. Deux questionnaires ont été élaborés, un pour chaque discipline. Les questions étaient en miroir, adaptées à chaque spécialité.

Après le 3ème entretien, les questionnaires ont été retravaillés.

Changement dans l'ordre des questions, pour permettre une discussion plus logique et spontanée. En particulier pour la question portant sur la connaissance de recommandation officielle sur la collaboration. Elle était posée en dernier, avec la volonté de rebondir sur l'impact de ces recommandations dans la pratique quotidienne. Les réponses négatives des premiers entretiens clôturaient la discussion sur un sentiment de malaise, voire de jugement, peu propice aux échanges de dernières minutes, potentiellement riches d'informations. Elle a été placée en tout début d'entretien, incluse dans les questions de présentation du participant. Cela permettait de se détacher de la connotation dépréciative de la réponse négative.

Reformulation de questions afin d'orienter les réponses sur un partage de l'expérience du participant, en se détachant des concepts théoriques.

Une première question dite « brise-glace » portait sur une situation banale, récente, pour donner l'opportunité au praticien de s'imprégner du sujet en évoquant une situation clinique vécue, familière.

Les questions suivantes permettaient aux praticiens de s'exprimer sur :

- Les situations aiguës et chroniques
- La perception de leur propre rôle, et de celui de leur partenaire de soin, au cours d'une prise en charge conjointe
- Leurs attentes et leurs satisfactions
- Leurs idées sur des axes d'amélioration éventuels de la collaboration

### **3.3 Saturation des données**

Le recueil des données a été rigoureusement poursuivi jusqu'à saturation des données, afin d'assurer la richesse et la pertinence des informations recueillies. Cette méthode, inhérente à la recherche qualitative, vise à déterminer le point où l'ajout de nouveaux participants ne révèle pas de nouvelles thématiques ou d'informations substantielles par rapport aux entretiens précédents. Cette démarche méthodologique garantit que les résultats de l'étude sont basés sur une exploration exhaustive et approfondie des données, minimisant ainsi tout risque de biais ou de lacunes dans l'interprétation des



résultats. L'atteinte de la saturation des données confère également une robustesse accrue à la validité interne de l'étude, en s'assurant que les conclusions soient solidement ancrées dans les données recueillies auprès des participants.

Au total, 11 entretiens ont été réalisés et inclus.

## **4. Traitement des données**

### **4.1 Retranscription**

Les entretiens étaient retranscrits mot à mot sur le logiciel Microsoft Word® sur Windows®. La retranscription des entretiens préservait l'exactitude des propos, les hésitations, les silences et les rires, afin de pouvoir en extraire du sens lors du processus d'analyse. Les données recueillies, appelées « verbatims » étaient rendues anonymes.

Lors de la rédaction, les verbatims ont été annotés de la manière suivante : G et P suivi d'un chiffre entre 1 et 6 correspondants respectivement aux médecins généralistes et aux psychiatres.

### **4.2 Analyse**

Les verbatims étaient analysés selon l'approche par théorisation ancrée. Dans cette approche, l'analyse et la collecte des données se faisaient en parallèle, et le chercheur effectuait un aller-retour constant entre ces deux opérations. L'ensemble des matériaux de recherche était codifié selon une procédure standardisée à la fois inductive et comparative.

D'abord l'analyse ouverte, elle permettait une première phase de codage des verbatims, suite à laquelle des propriétés émergeaient. Puis venait l'analyse axiale : ces propriétés étaient associées les unes aux autres par comparaison constante, pour parvenir à un niveau de généralité plus élevé, sous forme de catégories. Enfin, l'analyse intégrative consistait à dégager des concepts abstraits des catégories principalement enracinées dans les données de terrain.

Le codage des verbatims a été réalisé sur le logiciel NVivo 20®.

Afin de renforcer la validité et la fiabilité de l'étude, les données recueillies ont été soumises à une analyse parallèle et indépendante, effectuée conjointement par l'auteur et par son directeur de thèse. Cette double analyse a permis de confronter les perspectives et les interprétations des deux chercheurs, réduisant ainsi les biais potentiels liés à une seule interprétation des données. L'analyse conjointe des chercheurs a également contribué à évaluer la cohérence et la concordance des résultats, renforçant ainsi la validité des conclusions tirées de cette recherche. Les divergences éventuelles dans les interprétations ont été discutées de manière approfondie entre les chercheurs jusqu'à consensus, favorisant ainsi une compréhension plus nuancée des thèmes émergents.

# Résultats

## ❖ Caractéristiques des médecins :

Psychiatres et médecins généralistes sont désignés en ces termes. Le terme praticien est utilisé pour parler de l'ensemble des médecins, généralistes et psychiatres, sans distinction.

Chaque médecin généraliste et chaque psychiatre ont été nommé respectivement « G » ou « P » suivi d'un chiffre dans l'ordre chronologique de réalisation des entretiens. Les caractéristiques sont regroupées dans le tableau 1 ci-dessous.

Désignation	Genre	Type d'expérience	Années d'expérience	Expérience autre spécialité	Connaissance recommandations
P1	F	Semi rural	8	Non	Non
P2	M	Semi rural	35	Non	Non
P3	F	Semi rural	3	Non	Non
P4	M	Rural	6	1 an médecine du travail	Non
P5	F	Rural	15	Résidanat MG	Non
P6	M	Semi rural	3	Non	Non
G1	M	Semi rural en MSP	7	2 ans au CHS de Cadillac	Non
G2	F	Semi rural en MSP	9	FMC sur psychotropes	Non
G3	F	Semi rural en cabinet	6	Non	Non
G4	M	Rural en MSP	31	Non	Non
G5	M	Semi rural en cabinet	8	Non	Non

Tableau 1 : Caractéristique des médecins

Les médecins avaient en moyenne 11,9 années d'expérience. La médiane était de 8 ans. Tous exerçaient en milieu rural ou semi rural.

55% d'entre eux étaient des hommes, 45% des femmes.

La question concernant la connaissance de recommandation sur la collaboration généraliste - psychiatre faisait référence aux documents de sociétés savantes, labellisés ou non par la Haute Autorité de santé (HAS) (12,19,20). Aucun médecin n'avait connaissance de l'existence de recommandation officielle sur la collaboration médecin généraliste – psychiatre.

#### ❖ Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre mars 2023 et octobre 2023, en présentiel, sauf pour l'entretien P1, réalisé par téléphone (cf Recueil des données - Déroulement des entretiens).

Désignation	Durée entretien en min
P1	39 📞
P2	32
P3	37
P4	34
P5	53
P6	33
G1	32
G2	28
G3	38
G4	52
G5	52

Tableau 2 : Durée des entretiens

La durée moyenne des entretiens était de 39 minutes.

L'entretien le plus long a duré 53 minutes.

L'entretien le plus court a duré 28 minutes.

#### ❖ Résultats des entretiens

L'analyse des entretiens permettait d'observer la relation médecin généraliste - psychiatre de CMP à travers le regard des praticiens des deux disciplines. Cette collaboration impliquait nécessairement une communication qui présentait des points positifs et des lacunes en fonction des situations cliniques et des interlocuteurs. Les

patients atteints de troubles psychiatriques présentaient souvent des comorbidités. La prise en charge globale concernait donc les soins du corps et de l'esprit, dispensés par des praticiens différents, dont la répartition des rôles était implicite. Le partage des missions de soins de chaque professionnel de santé restait flou par manque de communication et de coordination. Des éléments de stigmatisation de la psychiatrie perturbaient la collaboration. De plus, La qualité de la relation médecin généraliste – psychiatre était variable en fonction du degré d'urgence de la prise en charge, les suivis chroniques étant le point noir de la collaboration. Plusieurs facteurs influençaient cette collaboration, positivement ou négativement. Les réactions des praticiens, conscients des difficultés, allaient de la résignation, à la motivation soutenue pour améliorer le partenariat.

## PARTIE 1 : Un travail d'équipe

### 1. Collaboration

#### 1.1. Une nécessité

##### ❖ Prises en charge complexes

Tous les praticiens interrogés soulignaient la complexité de la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques, et ce sur plusieurs aspects :

Intrication des troubles psychiatriques et des problématiques somatiques. Peu importait aux praticiens qu'il existait ou non un lien entre les différentes pathologies, toutes devaient être prises en charge. Leurs expressions cliniques pouvaient être singulières dans un contexte psychiatrique (plaintes fonctionnelles formulées tardivement, et de manière atypique) retardant leur prise en charge.

*G1 « il y a une perte de chance malheureusement chez ce type de patient. Parce qu'ils ne tirent pas la sonnette d'alarme suffisamment tôt, parce qu'il y a beaucoup de comorbidités ».*

*P4 « et lui gros gros problème car très schizophrène avec très grosse perte d'ancrage dans la réalité, avec un diabète type 1, très difficilement équilibrable ».*

Absence de conscience des troubles psychiatriques par le patient. Cela pouvait entraver la compliance aux soins psychiatriques et/ou somatiques ;

*G1 « qui a [...] un délire de persécution qui est très ancré, et c'est très difficile de l'aborder sur ce côté-là, elle refuse. [...] Donc suivi CMP, ça a échoué. Suivi par l'équipe mobile de gériatrie, elle a tout refusé ».*

Précarité sociale. Selon des praticiens, un milieu social défavorisé entraînait une perte de chance, notamment par un manque de moyen matériel ou financier, pour initier ou maintenir un suivi régulier.

*G3 « une prise en charge psy était nécessaire et malheureusement par manque de moyen, elle n'a pas accès à une psychologue dans le privé ».*

*G4 « on a des gens qui n'ont pas de permis ».*

❖ Perception différente et des compétences complémentaires au service du patient

◆ *Perception différente du patient*

Les praticiens interrogés s'accordaient sur le fait que leur vision du patient était différente selon leur discipline. Les généralistes déclaraient avoir une approche biopsychosociale plus globale que leurs confrères psychiatres, dans le cas des patients qui consultaient régulièrement leur généraliste.

*G2 « on a aussi une grille de lecture différente en tant que médecin généraliste. [...] on centralise peut-être d'autres informations que celles qui peuvent être perçues par le CMP ».*

Tous les psychiatres reconnaissaient cette vision globale des généralistes. Ils affirmaient s'en saisir pour affiner leur compréhension du patient et de son discours, en l'intégrant aux informations sur le contexte familial ou somatique transmis par le généraliste. Ces informations n'étaient pas systématiquement délivrées par le patient lui-même, en consultation spécialisée.

*P5 « Il [le médecin généraliste] me donne aussi une vision... une petite carte de la situation globale du patient, environnementale, sociale, familiale du patient. Parce que lui, il voit ce auquel je n'ai pas accès, je n'ai que le discours du patient. »*

◆ *Des compétences complémentaires*

Médecins généralistes et psychiatres identifiaient en l'autre les compétences qui leur faisaient défaut dans leur propre pratique. Selon eux, ce constat confirmait l'évidence de leur complémentarité et la nécessité de collaborer.

*G2 « clairement je ne suis pas du tout dans mon domaine de compétence, je fais en sorte de la pousser vers un suivi, une prise en charge psychiatrique ».*

*P4 « je fais du somatique mais pas beaucoup, [...] j'ai pas l'expérience. [...] Des fois j'ai un doute sur un problème somatique [...] Je peux lui dire : ça serait bien que vous voyiez le généraliste ».*

◆ *Une mise en commun nécessaire*

Selon la majorité des praticiens, ces différentes approches du patient permettaient de prendre en charge une pathologie psychiatrique, sans méconnaître une problématique organique sous-jacente, en lien ou non avec la problématique psychiatrique.

*P6 « On l'a envoyé vers le neurologue qui a diagnostiqué une démence fronto-temporale. [...] mais on sait pas si le trouble bipolaire était dû à la démence ».*

*G1 « le secteur psychiatrique a tout de suite dit, et ce que je peux comprendre, qu'il fallait d'abord une évaluation somatique et neurologique avant de pouvoir envisager une prise en charge ».*

Un des psychiatres soulignait que poser un diagnostic psychiatrique chez un patient entraînait des répercussions majeures : stigmatisation potentielle, nécessité d'un traitement responsable d'effet secondaire, suivi spécialisé régulier... Une intervention pluridisciplinaire holistique était souhaitable selon lui. Cela favorisait la compliance aux soins et une meilleure qualité de vie.

*P4 « Quand c'est des diagnostics plus lourds de conséquences, par exemple une entrée dans la schizophrénie, [...] là j'appelle un peu tous les intervenants, médecin généraliste et famille. [...], avant de lancer toute une batterie de choses, de soins qui vont être nécessaires ».*

### ❖ Des espaces distincts

L'analyse des verbatims faisait ressentir la nécessité de disposer d'espaces séparés pour la santé mentale et la santé physique.

#### ◆ *Pour le patient :*

Selon quelques psychiatres, un cadre de consultation dédié à l'expression de la souffrance psychique du patient favorisait la libération de la parole. Évoquer des problématiques en lien avec la santé mentale auprès d'un professionnel identifié, dans un espace et un temps consacré, permettait au patient de se sentir entendu et légitime.

*P5 « Certains patients disent qu'au niveau relationnel, ils ne veulent surtout pas en parler à leur médecin traitant parce qu'il ne comprendrait pas. Donc quand même il y en a quelques-uns qui veulent avoir des espaces différenciés ».*

#### ◆ *Pour le praticien :*

L'analyse des verbatims témoignait de la volonté des généralistes de laisser le patient libre de conserver son intimité psychique. Ils n'exprimaient ni le besoin, ni le désir d'être informés sur le contenu des échanges psychiatres - patients. Ils étaient en demande de renseignements pratico-pratiques, voire techniques sur la prise en charge spécialisée, tel que diagnostic, traitement, surveillance nécessaire, effets secondaires, etc.

*G5 « déjà le traitement. Après le diagnostic et surtout l'évolution du patient. S'il y a des choses auxquelles nous devons faire attention éventuellement ».*

Certains psychiatres affirmaient se tenir à distance du somatique, donc du corps, volontairement pour mieux gérer l'intimité psychique partagée avec les patients.

*P5 « c'est compliqué de devoir mettre quelqu'un en situation d'examen somatique, et après de lui demander de parler de son intimité, de son histoire, de ses relations, des traumas qu'ils ont peut-être vécus ».*



## 1.2. En pratique

### ❖ Fondement de la collaboration

Trois notions principales émergeaient des entretiens, sur lesquelles se basait la collaboration des praticiens : la priorité principale qu'était le patient, la disponibilité des soignants, la confiance mutuelle.

#### ◆ *Le patient au centre de la prise en charge*

L'analyse des entretiens montrait que l'amélioration de la santé du patient et de sa qualité de vie étaient les principales sources de motivation du travail d'équipe entre les généralistes et les psychiatres. Selon eux, la collaboration était indispensable pour une prise en charge optimale.

*G4 « il n'y a pas d'urgence à poser un diagnostic mais plutôt à sentir que le patient se sente mieux, qu'il arrive à vivre avec la cause de son symptôme ».*

*P4 « il faut échanger le plus possible dans l'intérêt du patient ».*

#### ◆ *Disponibilité des professionnels*

La majorité des praticiens signalait la disponibilité de leur confrère lors des sollicitations explicites. Ils soulignaient que sans cette réactivité, une collaboration ne serait pas envisageable.

*G4 « on a de la chance d'avoir un CMP et l'hôpital de Cadillac qui répondent encore présent. Parce que oui, quand on appelle, c'est bon. [...] Quand ils ont besoin de nous, on a répondu présent pour des placements emmerdants ».*

*P4 « Par téléphone, je ne connais pas de médecin généraliste qui ne soit pas dispo ».*

#### ◆ *Confiance réciproque*

Les praticiens interrogés affichaient explicitement un sentiment de confiance confraternel réciproque. Ils s'appuyaient sans hésiter sur leur confrère en cas de difficulté de prise en charge, par exemple lorsque les demandes du patient dépassaient leurs compétences, ou lorsqu'une intervention médico-légale était nécessaire (rédaction d'un certificat de soins sous contrainte notamment).

La plupart des psychiatres comptaient sur les généralistes pour prévenir des décompensations précocement, et ces derniers attendaient des psychiatres une prise en charge rapide dans cette situation. La plupart du temps, ces attentes étaient satisfaites.

*P4 « je fais bien de compter sur lui, parce que quand ça ne va pas, le médecin généraliste, il m'appelle ».*

*G4 « on fait tous les certificats alors que [...] j'ai pas forcément vu le patient. Mais je fais confiance au psy quoi, qui me dit "il faut le placer" ».*

Parfois l'expression de la confiance était plus implicite mais présente, notamment lorsque les praticiens confiaient adresser le patient sans réserve à leur confrère.

*P2 « j'ai des patients qui ont des plaintes [...], je leur dis d'aller voir leur médecin généraliste ».*

*G5 « Dans le suivi au long cours, voilà, je sais que quand je vois le patient, la case psychiatrie, c'est géré par les psychiatres ».*

#### ❖ Répartition de la prise en charge

La plupart des praticiens avaient des avis similaires sur ce qu'était leur rôle, ou celui de leur confrère dans le cadre de leur collaboration. Globalement, la partie somatique de la prise en charge revenait au généraliste (comorbidités, facteurs de risque cardiovasculaire...) ; le psychiatre devait s'occuper de toute la prise en charge de la santé mentale (suivi, traitement, surveillance biologique des traitements).

Cependant, la communication en général, et particulièrement sur la répartition des rôles de chacun était décrite comme rare, voire inexistante par de nombreux praticiens. La répartition des rôles était implicite. Les conséquences de cette entente implicite sont décrites ci-après (PARTIE 1 paragraphe 2.2).

*G1 « je pense qu'il attend de nous surtout qu'on prenne en charge les problématiques purement somatiques, [...]. Enfin je suppose que c'est attendu de nous ».*

*P1 « je me dis que dans l'année, il verra au moins une fois son médecin généraliste [...], qu'il aura une prise de tension [...]. Mais sinon ce n'est pas organisé ».*

*P5 « les dosages médicamenteux, je me rends compte qu'il y a beaucoup de médecins généralistes qui ne les font pas. Ils considèrent que c'est notre partie, j'ai l'impression ».*

### ❖ La psychiatrie, une discipline qui nécessite du temps

L'ensemble des praticiens interrogés indiquaient que les troubles psychiatriques contraignaient à une prise en charge en générale longue, parfois à vie. Le partenariat médecin généraliste - psychiatre s'inscrivait donc *de facto* dans la durée.

*G1 « les psychiatres vont souvent avoir une prise en charge qui va être sur le long cours ».*

*P2 « nous, c'est une consultation régulière, enfin c'est des prises en charge sur le long cours ».*

La plupart des médecins généralistes confirmaient cette prise en charge dans la durée. Ils précisait également que chaque interaction avec un patient atteint de troubles psychiatriques pouvait prendre du temps : temps de consultation rallongé, sollicitations du patient parfois (très) fréquentes.

*G2 « les patients qui ne sont pas très stabilisés peuvent solliciter le secrétariat parfois plusieurs fois par jour, [...] ça prend énormément de place ».*

## **2. Communication actuelle**

### **2.1. Moyens utilisés**

#### ❖ Le téléphone

C'était le moyen privilégié par tous les praticiens pour échanger sur des situations complexes, inquiétantes ou urgentes.

*G4 « on décroche le téléphone pour appeler le CMP quand on est vraiment inquiet sur des comportements ».*

*P6 « j'aime mieux les échanges téléphoniques. C'est plus franc, c'est plus facile, c'est plus éclairant ».*

### ❖ Les courriers

L'utilisation du courrier était loin d'être répandue. Certains généralistes affirmaient rédiger systématiquement des courriers d'adressage exhaustifs. D'autres déclaraient rédiger des courriers occasionnellement, laissant le soin au patient de se présenter lui-même au CMP, notamment en l'absence de signe de gravité, ou de critère d'urgence.

*G1 « si c'est pas urgent, par courrier. Je fais souvent des courriers de toute façon, pour expliquer la situation ».*

*G3 « je ne fais pas systématiquement de courrier, je leur donne des coordonnées du CMP en général ».*

Selon les psychiatres, les courriers d'adressages étaient rares et souvent incomplets.

*P5 « ils font rarement de courrier. Donc le patient vient tout seul, ou alors c'est vraiment " demande avis psy " quoi ».*

Par ailleurs, les psychiatres déclaraient n'utiliser que rarement ce moyen de communication eux-mêmes. Ils l'employaient pour communiquer au généraliste un problème somatique spécifique objectivé en consultation, ou en cas de relais de prise en charge psychiatrique par le généraliste. Ils pouvaient aussi rédiger des courriers sur demande spécifique, notamment de la part du médecin conseil de la sécurité sociale, ou du médecin du travail, dans le cadre de procédures médico-administratives.

*P1 « je me suis mise en lien avec le médecin généraliste en lui faisant un courrier en conseillant fortement à la patiente de consulter rapidement ».*

*G1 « elle (une psychiatre) a fait des courriers à tous les médecins généralistes des patients qu'elle suivait pour justement, assurer la suite de la prise en charge ».*

Les généralistes soulignaient la réception d'un courrier systématique après une hospitalisation, ce qui constituait une source d'information précieuse, mais ils déploraient l'absence quasi permanente de courrier dans le cadre de prise en charge ambulatoire.

*G1 « nous ce qu'on a, c'est plutôt les courriers d'hospitalisation qui là vont détailler les prises en charge ».*

## ❖ Outils numériques

### ◆ *Le mail*

La communication par mail satisfaisait les quelques praticiens qui l'utilisaient. Ils appréciaient la rapidité d'échange, et le caractère asynchrone de la communication, chacun répondant quand il voulait ou pouvait en fonction de ses disponibilités. Quelques psychiatres étaient freinés par l'absence de messagerie sécurisée à leur disposition, craignant pour la sécurité des données échangées.

*G1 « j'échange assez facilement par mail, notamment avec [...] le CMP de Cadillac. Et c'est vrai que les échanges sont assez fluides.*

*P6 « pas encore trop parce que je n'ai pas la messagerie sécurisée ».*

### ◆ *Dispositif d'échange numérique sécurisé : Paaco-globule*

Paaco globule est une plateforme d'échange d'information médico-sociale sécurisée – (outils détaillé dans la discussion).

Beaucoup de médecins généralistes déclaraient s'en servir. Le peu de psychiatres qui connaissait cet outil n'en faisait pas usage. Ils étaient freinés par la méconnaissance du fonctionnement de l'outil et la méfiance concernant la confidentialité des données.

*G1 « il n'y a pas de possibilité pour le CMP, ou l'hôpital de communiquer via cette plateforme. Pour des raisons à priori de confidentialité et de demande d'accord du patient ».*

### ◆ *Visio conférence*

Un des psychiatres interrogés évoquait l'utilisation très occasionnelle de la visio conférence. Cet outil avait satisfait son utilisateur.

*P2 « Initialement, c'était prévu physiquement et puis il y a eu un contre-temps donc on a pu le faire avec Clic-doc [logiciel de visio conférence] ».*

## ❖ Le patient vecteur de l'information

La plupart des praticiens comptaient sur le patient pour obtenir les éléments nécessaires à leur prise en charge. Ils soulignaient qu'il s'agissait d'une source d'information qui

présentait de nombreuses limites, notamment un manque de fiabilité par incompréhension voire mésinformation volontaire dans certains cas, dans un but de clivage des équipes.

*G5 "le patient fait un retour quand il vient en consult', quand on lui pose la question de ce qu'il se fait [...] dans la plupart des cas ils ne savent même pas... [...] Ils ont du mal à expliquer ce qui est en cours ».*

*P2 « on leur dit " vous voyez avec le médecin généraliste et s'il y a un souci vous nous le dites ". C'est très oral, on a pas de support écrit [...] systématique ».*

#### ❖ Communication via l'infirmier de CMP

La majorité des généralistes échangeaient fréquemment avec l'infirmier de CMP qui permettait de faire le lien entre les deux médecins. C'était une porte d'accès à la prise en charge psychiatrique appréciée des généralistes, qui permettait un échange fiable, des conseils concrets et rapides. L'échange avec l'infirmier pouvait, sur préconisation indirecte du psychiatre, aboutir à la prescription de psychotropes par le généraliste, en amont de la consultation spécialisée. Il s'agissait d'une solution alternative à la consultation médicale spécialisée en urgence lorsque le psychiatre manquait de disponibilité.

*G1 « Souvent en fait on a plus de lien avec les infirmiers qu'avec le psychiatre ».*

## **2.2. Les défauts de la communication**

#### ❖ Absence de spontanéité bilatérale

L'ensemble des praticiens constataient que les échanges d'informations médicales n'étaient pas du tout spontanés en ambulatoire. L'information était transmise uniquement sur demande d'un des deux professionnels, en fonction des besoins. L'analyse des verbatims montrait que cette absence de spontanéité était présente dans les deux disciplines.

*G3 « c'est vrai que je ne cherche pas beaucoup à communiquer, je suis en partie responsable de ce manque de conversation ».*

*G4 « si on ne réclame pas de courrier descriptif, on n'a rien ».*

*P4 « je ne communique pas ce que je fais forcément. Sauf quand [...] j'ai besoin d'étayer le diagnostic avec ce que le médecin généraliste a vu ».*

❖ Un message implicite

Selon les psychiatres interrogés, la non-communication informait implicitement de la stabilité du patient et de la prise en charge spécialisée qui suivait son cours, sans événement intercurrent.

*P4 « quand j'appelle pas c'est que pour moi il n'y a pas de problème ».*

❖ Incompréhension réciproque

Pour certains praticiens, ce manque de spontanéité et cette communication implicite, étaient source de confusion et d'incompréhension, et rendait la prise en charge difficile à coordonner, notamment dans les prises en charge chroniques. On percevait également un sentiment de frustration de la part de certains généralistes, qui ne comprenaient pas forcément l'avis du psychiatre sur le diagnostic, ou le choix des molécules.

*G4 « plutôt que toujours venir me dire “ vous pensez qu'il est déprimé, mais il ne l'est pas tant que ça, ouais vous lui avez donné ça et finalement, je préférerais ça “, Il n'y a pas de souci, mais par rapport à quoi ? ».*

Quelques praticiens signalaient des points d'incompréhensions persistaient malgré des échanges concrets, mais cela restait l'exception. La communication levait la grande majorité des désaccords.

*P6 « la médecin généraliste me demande d'augmenter la dose d'antipsychotique, mais [...] la patiente a une observance et une alliance thérapeutique qui est extrêmement fragile [...] Avec cette médecin, c'est un peu compliqué des fois ».*

❖ Conséquences sur la prise en charge

Certains praticiens rapportaient que ces défauts de communication impactaient négativement la prise en charge du patient. Par exemple, cela pouvait être source d'inobservance thérapeutique, notamment à cause de la mauvaise coordination sur la prescription/renouvellement du traitement.

*P6 « je vois le patient deux mois après, et en fait il a arrêté son traitement antidépresseur quinze jours avant parce qu'il n'avait plus de médicament ».*

Des généralistes exprimaient craindre être à l'origine d'interaction médicamenteuse, par ignorance des traitements psychotropes introduits au CMP.

*P1 « si eux mettent des traitements notamment des inhibiteurs enzymatiques, des choses comme ça. On peut se retrouver avec des interactions médicamenteuses importantes ».*

Un des défauts majeurs de cette situation était la surveillance des facteurs de risque cardiovasculaires. Ces derniers étaient une des préoccupations principales des médecins généralistes, comme pour tous leurs patients. Cependant, ils ne connaissaient pas suffisamment les traitements psychotropes de leurs patients pour adapter la fréquence et l'intensité de la surveillance clinique et biologique.

*G2 « le nombre de patients qui sont sous neuroleptiques, et on a l'impression que personne ne se préoccupe de savoir s'ils ont un électrocardiogramme régulièrement, des bilans sanguins ».*

Les psychiatres, de leur côté, n'avaient pas la capacité de mener une surveillance rigoureuse au CMP, par manque de moyen, manque de temps et manque de maîtrise du sujet. Ils confiaient donc implicitement cette mission au généraliste, souvent sans lui communiquer les détails du traitement en cours.

*P1 « Sinon pour les traitement neuroleptiques per os [...] je me dit que dans l'année, il verra au moins une fois son médecin généraliste pour un autre problème, qu'il aura une prise de tension [...] Mais sinon ce n'est pas organisé ».*

Quelques généralistes expliquaient endosser habituellement un rôle de décodage des propos du spécialiste, de reformulation des diagnostics ou des prises en charges évoquées par le spécialiste. Or, ces généralistes se sentaient incapables de jouer ce rôle avec la psychiatrie, puisqu'ils ignoraient eux-mêmes les tenants et aboutissants de la prise en charge. Ils se disaient également moins efficaces au renforcement positif de la prise en charge psychiatrique.

*G5 « Quand les patients ne sont pas satisfaits d'un côté, ils nous rapportent ce qui est négatif. [...] je pense que si on savait ce qui se passe, éventuellement on aurait pu*



*anticiper cette dégradation dans la relation. [...] il y a beaucoup de cas où il y a des pertes de vue du cmp qu'on aurait pu éviter ».*

Cependant, la plupart des praticiens affirmaient prendre l'initiative d'échanger, souvent par téléphone, lorsque le manque de communication impactait trop les soins. Une impasse thérapeutique ne restait jamais sans solution.

*P4 « quand il y a des patients où c'est un petit peu difficile de faire la part des choses entre le mode de fonctionnement ou s'il y a un vrai trouble, [...] ça m'est arrivé d'appeler les médecins traitants ».*

### **2.3. Points positifs de la communication**

#### **❖ Efficacité**

Malgré les problèmes de communication évoqués ci-dessus, tous les praticiens soulignaient l'efficacité des échanges lorsqu'ils avaient lieu. Grâce à la disponibilité des professionnels déjà évoquée, les praticiens affirmaient que la majorité de leurs sollicitations aboutissaient à des réponses concrètes.

*G2 « la plupart du temps, je vais solliciter mes confrères, et la plupart du temps j'aurai une réponse ».*

*P5 « à chaque fois que j'ai des échanges je trouve ça intéressant et constructif ».*

Les défauts pointés précédemment ne remettaient pas en cause ni l'efficacité de la collaboration (lorsqu'elle avait lieu), ni la confiance mutuelle. Les défauts de communication étaient notamment compensés par une disponibilité importante des praticiens.

#### **❖ Progrès constatés**

Une des généralistes notait une diversité de formation plus importante dans le domaine de la psychiatrie à destination des médecins généralistes, ce qui pour elle était la manifestation d'un changement positif à l'œuvre.

*G2 « c'est plutôt un secteur avec lequel on a du mal à échanger, mais je vois qu'il y a des lignes qui bougent. Là on voit notamment depuis 2 ou 3 ans le catalogue avec les*

*formations PEGASE, pour justement les prises en charges préhospitalières des problématiques psychiatriques ».*

Un des psychiatres témoignait d'une évolution positive concernant le partage d'informations. Il l'observait à travers l'obligation de l'utilisation d'un support écrit, en particulier sous forme de courrier de sortie d'hospitalisation systématique. Cette amélioration intra hospitalière selon lui, pouvait être exportée et adaptée à l'ambulatoire.

*P2 « j'ai commencé ma carrière, on faisait pas ou peu d'observation. [...]. Quand on allait chercher les dossiers, c'étaient des observations IDE. Voilà et moi j'ai vu l'évolution ».*

La complexité des prises en charge globales des patients atteints de troubles psychiatriques impliquait un travail d'équipe, permettant une vision globale du patient, en respectant les espaces dédiés aux soins somatiques, et aux soins de santé mentale. À défaut d'une communication spontanée et explicite, notamment pour les suivis chroniques, les praticiens s'appuyaient sur la disponibilité de leurs confrères et sur une confiance mutuelle pour coordonner les soins. Des améliorations de communication étaient repérées. De nombreux outils étaient utilisés en fonction des besoins (manuscrit, numérique, téléphonique, humain).

## **PARTIE 2 : Une prise en charge à la frontière du corps et de l'esprit**

### **1. Rôles et Interactions entre Psychiatres et Médecins Généralistes**

#### **1.1. Le psychiatre : médecin traitant du mental**

L'analyse des verbatims mettait en évidence l'idée que le psychiatre avait un statut de « médecin traitant » du mental, en ce sens qu'il jouait un rôle de suivi et de surveillance sur le long cours.

*G1 « les psychiatres vont souvent avoir une prise en charge qui va être sur le long cours, et souvent ça va être le seul intervenant du monde médical avec le patient. Ils vont quasiment tout faire et tout gérer ».*

Certains psychiatres assuraient aussi un rôle de coordination de la prise en charge du patient. Ils adressaient directement le patient à des spécialistes d'organe si la problématique somatique interférait avec la prise en charge psychiatrique.

*P4 « il avait une névralgie qui influait beaucoup sur son psychisme. J'ai lancé des trucs et puis finalement, on a réussi à trouver [...]. J'étais passé directement par le centre anti-douleur ».*

Certains praticiens expliquaient le manque de communication par cette autonomie dans la prise en charge du mental. Le fait d'être le seul référent de la prise en charge du mental amoindrissait l'utilité d'un échange systématique à leurs yeux.

*G1 « En fait le psychiatre gère la prise en charge quasiment de bout en bout, ce qui fait qu'il n'y a pas forcément de lien, de besoin de plus ... de coordination ».*

## **1.2. Place du médecin généraliste au cours d'une prise en charge psychiatrique**

### **❖ Médecin traitant, médecin de famille**

Tous les psychiatres voyaient dans le médecin généraliste, le médecin traitant du patient au sens communément admis. C'est-à-dire le coordinateur du parcours de soin du patient, notamment sur le plan somatique. Bien que certains psychiatres prenaient l'initiative d'organiser des prises en charge somatiques spécialisées, cela restait exceptionnel.

Les psychiatres comptaient sur les généralistes pour toutes les prises en charge somatiques.

Les généralistes assumaient ce rôle spontanément.

*P5 « je fais un courrier pour le médecin traitant, en disant " il me signale ça " [...] pour respecter le parcours de soin ».*

*G3 « les surveillances plus globales comme les surveillances cardio-vasculaires ou autres, Ça c'est dans nos prérogatives ».*

Certains généralistes exprimaient leur rôle de médecin de famille, impliquant la prise en compte des proches dans la prise en charge du patient. Il pouvait s'agir d'explications, de réassurance, de soutien.

*G4 « En fait, le problème du psychiatre c'est qu'il s'occupe de son patient, mais des fois les proches sont démunis car ils doivent vivre avec la souffrance que leur fils ou fille vit ».*

#### ❖ A l'écart de la prise en charge psychiatrique

La plupart des généralistes ne se sentaient pas intégrés à la prise en charge spécialisée. Cette perception était liée, selon eux, au manque d'échange. Certains se sentaient dessaisis du patient, et incapables d'assurer complètement leur rôle de prise en charge globale du patient.

*G1 « le problème c'est qu'à partir du moment où il voit le psychiatre, et qu'il fait le suivi, nous on est beaucoup plus en retrait par rapport à la prise en charge ».*

#### ❖ Un partenaire sous-estimé

La majorité des médecins généralistes exprimaient la volonté d'être un partenaire actif dans la prise en charge psychiatrique, d'adapter les traitements, de surveiller la clinique. Certains estimaient que la relation de confiance qu'ils entretenaient avec leur patient était un atout pour l'observance thérapeutique des soins psychiatriques.

*G1 « justement pour ce patient-là [...], il y a toujours une certaine relation de confiance qui s'est établie. Donc je pense que ce serait plus facile pour moi de mettre en place ce type de traitement ».*

*G4 « pourquoi pas nous demander de les accompagner, d'être [...] une sorte de binôme éclairé. [...] En tout cas, je serais tout à fait favorable ».*

Pour un tel partenariat, les généralistes précisaient qu'une meilleure transmission d'information leur semblait nécessaire. Selon eux, ils manquaient de savoir-faire dans le domaine de la psychiatrie.

*G5 « les associations antidépresseurs, thymorégulateurs... voilà, je manie comme un généraliste. Mais je ne peux pas affiner les choses comme un psychiatre ».*

## **2. Les soins au CMP**

### **2.1. Travail d'équipe pluriprofessionnel**

Tous les psychiatres précisait ne pas exercer seuls au sein du CMP. Ils signalaient être entourés d'une équipe paramédicale (infirmiers, diététiciens...) et sociale (assistantes sociales), ce qui leur permettait d'offrir une prise en charge complète au sein même du CMP. Cela accentuait leur statut de médecin traitant du mental. La réponse apportée au patient n'est pas exclusivement médicale.

*P6 « Il y a souvent des prises en charge parallèle avec la diététicienne, l'assistante sociale, la psychologue etc. ».*

L'organisation des soins était similaire dans tous les CMP du Sud Gironde. Le premier contact se faisait avec un infirmier de psychiatrie. Suivait une consultation avec le psychiatre, si cela s'avérait nécessaire. Le patient était ensuite suivi par l'infirmier ou le psychiatre, en fonction des besoins du patients et de la disponibilité des intervenants.

*G4 « on leur vend plutôt l'accompagnement par l'infirmier ou la psychologue du CMP que par le psychiatre [...], c'est une rencontre de temps en temps pour adapter un traitement ».*

### **2.2. CMP : Guichet unique de la santé mentale**

Le CMP était considéré par la plupart des généralistes comme le seul accès aux soins en santé mentale ambulatoire en secteur public.

Certains psychiatres recevaient des patients adressés pour des soins qui ne relevaient pas forcément de la psychiatrie, mais plutôt d'une psychothérapie simple. Quelques-uns y voyaient une erreur d'adressage.

*P1 « les médecins généralistes font parfois un peu l'amalgame entre psychiatre et psychologue. Ils s'attendent vraiment à ce que je fasse le suivi psychologique des patients, mais nous on se concentre vraiment sur le traitement, et les troubles, les maladies ».*

Alors que la majorité des généralistes exprimait trier leurs demandes au maximum, conscient du rôle du psychiatre.

*G4 « Pour un premier contact, sous-entendu qu'on a dégrossi le travail [...]. En gros, on va pas leur confier tous nos phobiques ».*

Un généraliste déclarait adresser volontairement au CMP pour des psychothérapies, notamment dans les cas de précarité sociale, où l'accès à un psychologue libéral était compromis par manque de moyen financier.

*G3 « il y avait une prise en charge psychologique nécessaire et malheureusement, par manque de moyen, elle n'a pas accès à une psychologue dans le privé ».*

Cependant, les capacités de soin, notamment sur le plan psychothérapeutique, étaient limitées par le manque de ressources humaines selon les psychiatres. La majorité des généralistes avait conscience de ces difficultés, mais faisaient appel au CMP en dernier recours, par manque d'option d'orientation.

*P1 « Les médecins généralistes pensent peut-être qu'on a plus de psychologue que ce qu'il y a, et en fait c'est assez compliqué. On ne peut jamais orienter vers le psychologue ».*

### **3. Préjugés/représentations**

#### **3.1. Stigmatisation réelle ou présumée**

##### **❖ Origine**

D'après certains psychiatres, l'origine de la stigmatisation était en partie due à la peur que pouvait créer les maladies psychiatriques dans la population générale. D'après eux, les généralistes eux-mêmes pouvaient ressentir un malaise face aux troubles mentaux.

*P 4 [...] qui met mal à l'aise aussi. Je pense qu'il y a quand même des maladies psy qui font peur.*

De plus, la singularité de la sémiologie, de la clinique, du langage médical spécifique pouvait créer une distance avec la médecine somatique.

*P5 « On n'a pas le même langage. [...] le généraliste et le cardiologue vont poser le stétho sur le corps au même endroit. [...] en psychiatrie, ce diagnostic, cette analyse clinique [...] c'est quelque chose qui est moins [...] universel. Et donc ça donne ce côté un peu en marge ».*

### ❖ Évolution positive de l'image de la psychiatrie

De nombreux médecins généralistes ou psychiatres évoquaient ce sentiment de stigmatisation de la psychiatrie, perçue par eux et les patients. Cette stigmatisation était de moins en moins présente, et ne freinait plus autant les soins psychiatriques de nos jours, selon certains médecins.

*G3 « Je trouve que ça s'est beaucoup démocratisé, les gens voient moins de façon négative [...] de consulter un psychologue ou un psychiatre. Il y a une amélioration de l'image de la psychiatrie et de la psychothérapie ».*

Un des généralistes avait observé le changement des terminologies médicales, notamment la modernisation de certains noms de pathologie psychiatrique. Selon lui, cela contribuait à lutter contre la stigmatisation en clarifiant des pathologies, ou en supprimant des termes connotés négativement. Il analysait ces changements comme la conséquence d'une nécessité administrative de classer les maladies et les actes médicaux. Cela permettrait de changer le regard du généraliste, d'avoir une vision plus médicale, moins abstraite.

*G4 « Avant la psychiatrie avait une espèce de pudeur à ne pas donner de diagnostic [...]. Aujourd'hui, j'ai l'impression [...] que le système impose la codification ».*

### ❖ Impact sur la prise en charge du patient

La plupart des généralistes ne rapportaient pas de malaise face aux maladies psychiatriques elles-mêmes. Le malaise qu'ils pouvaient ressentir venait d'un sentiment d'incompétence à prendre en charge ces pathologies, et l'absence de communication les maintenait dans leur incapacité inconfortable.

*G5 « ce qu'il attend peut-être de nous c'est d'avoir un œil sur un déséquilibre ou un écart sur de son état par rapport à l'état actuel. Mais vu que je ne sais pas trop ce qu'il se passe derrière, je vois un peu de loin ».*

L'analyse des verbatims révélait que cette stigmatisation, réelle ou supposée, impactait directement la collaboration entre les praticiens. Un des psychiatres organisait des soins en autonomie car doutait de l'implication des généralistes dans la prise en charge psychiatrique.

*P4 « je pense, par rapport aux représentations qu'ont les autres de la psychiatrie.  
J'imagine que [...] c'est pas pris en compte comme le reste ».*

Un autre psychiatre déclarait ne pas utiliser de plateforme de communication pluridisciplinaire type Paaco-globule, pour ne pas informer les professionnels médico-sociaux (autre que le généraliste) d'un suivi psychiatrique en cours. Il craignait une stigmatisation du patient par ces professionnels.

*P2 « On stigmatise les gens et les plateformes type Paaco-globule, tous les intervenants ne savent pas forcément le contenu médical [...] par contre le fait qu'ils aient une consultation avec le psychiatre c'est noté ».*

### **3.2. Psychiatrie, une spécialité considérée comme les autres**

La majorité des généralistes affirmaient prendre en charge eux-mêmes les pathologies psychiatriques lorsqu'ils avaient la capacité de le faire. Cela comprenait surtout la prise en charge des troubles anxieux et des syndromes dépressifs.

*G5 « je suis vraiment en première ligne pour essayer de traiter ce que je peux gérer ».*

Les généralistes orientaient les patients vers la filière psychiatrique de la même manière que vers n'importe quelle autre spécialité. Le patient était adressé lorsque la limite de ses compétences était atteinte. Les généralistes étaient en demande d'un retour sur le diagnostic, la conduite à tenir (traitement, surveillance...).

*G2 « comme avec beaucoup de spécialiste, à avoir par exemple un compte rendu de consultation [...] et aussi plus d'information sur tout ce qui est médicamenteux, [...] adaptation thérapeutique, une modification, une surveillance particulière ».*

A noter cependant que le courrier d'adressage nécessaire au parcours de soin coordonné du patient n'était que rarement fourni au psychiatre (cf paragraphe 2.1.2 Les courriers).

### **3.3. Sentiment d'illégitimité somatique en psychiatrie**

Les psychiatres affirmaient prendre de la distance avec la pratique de la médecine somatique pour plusieurs raisons. D'abord volontairement, la proximité physique de l'examen somatique était considérée comme un frein à l'expression des souffrances psychiques profondes du patient.



*P4 « dans une relation de psychothérapie, tu prêtes ton psychisme au discours du patient, [...] Je pense que si tu fais un acte plus corporel, [...] peut-être c'est plus compliqué ».*

Ensuite, l'absence de pratique régulière entraînait une perte de confiance en leur capacité à prendre en charge des problématiques somatiques. Cette difficulté face aux soins somatiques était souvent assumée par les psychiatres.

A l'instar des généralistes qui affichaient un certain malaise lors de la prise en charge de troubles psychiatriques qui dépassaient leurs compétences, les psychiatres éprouvaient des difficultés face aux troubles somatiques, pouvant aller jusqu'à un sentiment d'illégitimité à s'engager dans une prise en charge somatique.

*P6 « il n'y a qu'en psychiatrie qu'on utilise le terme somatique (rire). Les psychiatres sont tellement sortis du champ physique, [...] on ne sait pas du tout s'occuper de cet aspect-là ».*

Les soins du corps et de l'esprit apparaissaient scindés, ce qui allait à l'encontre d'une prise en charge globale, aspiration de l'ensemble des praticiens. Le psychiatre avait un statut de médecin traitant de la santé mentale, puisqu'il était en mesure de coordonner des soins indépendamment du médecin généraliste. L'autonomie des soins en santé mentale, liée à une pluridisciplinarité des équipes au sein des CMP, ne favorisait pas la communication et la collaboration avec le médecin généraliste. Des éléments de stigmatisations de la psychiatrie, avérés ou supposés impactaient la collaboration.

## **PARTIE 3 : La relation médecin généraliste – psychiatre**

### **1. Points de vue sur l'efficacité de la collaboration**

#### **1.1 Ressenti global**

A la question « Quelle est votre niveau de satisfaction concernant la qualité de votre collaboration ? » La moitié des praticiens interrogés répondait spontanément 7 ou 8/10,

témoignant d'une bonne qualité perçue. L'autre moitié ne s'exprimait pas en chiffre mais affirmait être plutôt satisfaite.

L'analyse des ressentis des praticiens faisait apparaître deux types de situations : les prises en charges (semi) urgentes et les prise en charges chroniques, détaillées ci-après.

## **1.2. Les forces de la collaboration**

### ❖ Réactivité dans l'urgence

Tous les praticiens reconnaissaient la disponibilité et l'efficacité de leurs confrères lors de besoins aigus et urgents. De rares occasions de mauvaise collaboration dans l'urgence étaient décrites mais qualifiées d'anecdotiques.

*G1 « En cas d'urgence effectivement, il n'y pas de souci, on arrive en général à les joindre et à avoir un avis rapidement ».*

### ❖ Échanges en cas de prises en charge compliquées

Les praticiens rapportaient certaines prises en charge complexes pour diverses raisons : intrication de plusieurs pathologies, clivage des soignants par le patient notamment. Dans ces situations particulières, les praticiens soulignaient l'efficacité des échanges entre confrères, pour aboutir à des soins coordonnés et cohérents.

*P3 « la médecin traitante a des informations aussi, que je n'ai pas forcément. Là il y a une situation familiale qui est compliquée, et la mère elle ne m'en parle pas de tout ça. Donc il y a plein d'informations [...] qui m'aident dans ma prise en charge ».*

### ❖ Les patients adressés au CMP : une orientation adaptée

Les psychiatres rapportaient recevoir des patients dont la prise en charge en psychiatrie était en général justifiée. Cela reflétait la volonté des généralistes, qui exprimaient orienter les patients les plus pertinents pour une prise en charge spécialisée au CMP. Cette démarche d'adresser au mieux les patients permettaient de créer une relation de confiance, propice à la collaboration. Un psychiatre récriminait des adressages « abusifs » pour psychothérapie, mais cela restait l'exception.

*G4 « ils attendent de nous qu'on ne leur envoie pas que des maux de dos ».*

*P4 « je trouve que globalement, les généralistes se saisissent bien de la psychiatrie ».*

### **1.3. Les faiblesses de la collaboration**

Tous les praticiens évoquaient le manque de communication comme source principale d'insatisfaction dans la collaboration.

Les généralistes constataient un silence complet de la part des psychiatres au cours des suivis chroniques stables. Certains médecins généralistes concédaient leur part de responsabilité dans cette absence d'échange, eux-mêmes transmettant peu voire pas d'information somatique.

*G5 « Après pour le suivi, ça c'est catastrophique. [...] ils nous tiennent pas au courant, et puis on les tient pas forcément au courant non plus de certaines choses ».*

Le discours des psychiatres était cohérent avec le ressenti des généralistes, car tous affirmaient ne pas communiquer en situation chronique.

*P6 « s'il n'y a pas de demande, ou s'il n'y a pas de problème somatique particulier, je ne fais pas de lien avec lui ».*

Les psychiatres témoignaient de l'absence de retour sur les prises en charge somatiques. Un psychiatre exprimait clairement son regret concernant l'absence de retour d'information, lorsqu'elle sollicitait l'avis d'un généraliste.

*P5 « je suis assez frustrée quand je demande l'avis du médecin généraliste sur un truc somatique, je n'ai jamais de retour direct ».*

La majorité des praticiens rapportaient que cette absence de communication impactait négativement la prise en charge globale, avec l'impression que les soins psychiatriques et somatiques étaient scindés. Ce qui était à l'opposé du concept de prise en charge globale prôné par la plupart des praticiens interrogés.

*G2 « il y a une impression que c'est scindé alors que ce n'est pas du tout le cas ».*

*P5 « c'est la patiente qui m'en a parlé [...]. Mais j'ai pas été informé par qui que ce soit. C'est un peu quand même scindé ».*

## 2. Facteurs influençant la collaboration

### 2.1. Géographie

A prendre au sens large, la situation géographique jouait un rôle significatif sur la collaboration entre les deux spécialités, via plusieurs modalités :

#### ❖ Proximité avec le centre hospitalier spécialisé

Il semblait aux praticiens que de nombreux patients atteints de troubles psychiatriques vivaient à proximité du centre hospitalier de Cadillac. Donc, une plus grande proportion de la patientèle des généralistes installés à proximité du CHS de Cadillac était constituée de cette population. Cette exposition aux troubles psychiatriques permettait aux généralistes, selon leurs propos, de gagner en expérience en psychiatrie.

*P1 « le fait d'être installé à Cadillac et d'être confronté à pas mal de pathologies psychiatriques, fait qu'on parle plus facilement ».*

*P5 « A Cadillac, ils ont quand même beaucoup de patient qui sont sortis de Cadillac et qui vivent là ».*

#### ❖ En milieu rural

Un des psychiatres remarquait que son exercice en milieu rural, lui permettait d'individualiser ses rapports confraternels, étant donné le nombre limité de généralistes sur le territoire. Cela permettait une relation personnalisée, moins anonyme, et de meilleure qualité selon lui.

*P2 « la qualité des relations est meilleure dans le territoire rural où j'exerce actuellement à Cadillac parce qu'il y a une personnalisation ».*

### 2.2. Connaissance mutuelle

Plusieurs praticiens rapportaient qu'une rencontre physique entre confrères avait un effet positif sur la qualité de leur échange ultérieur. La connaissance de l'interlocuteur permettait de communiquer plus facilement.

*G4 « en réunion CPTS, on a rencontré un docteur, ça fait plaisir de mettre un visage sur son nom ».*

Une psychiatre qui avait accueilli des internes en médecine générale, soulignait l'importance de cette rencontre. Même s'il n'y avait pas systématiquement de collaboration directe en suivant. Elle permettait aux généralistes en formation de découvrir la psychiatrie publique. Cela posait, selon elle, les bases d'une meilleure collaboration future entre ces spécialités.

*P1 « je pense que 4 ou 5 demi-journées ça suffit pour s'imprégner un peu du système et comprendre un peu comment ça fonctionne. Ils étaient surpris, ils ne pensaient pas que ça se passait comme ça ».*

Cette connaissance réciproque se créait aussi autour d'échanges non physiques : téléphone ou visioconférence. La collaboration s'enrichissait également par ces contacts à distance.

*G4 « l'amitié professionnelle peut se faire juste au téléphone, c'est important ».*

### **2.3. Réseaux sociaux en ligne**

Les réseaux sociaux en ligne, ou médias sociaux, constituaient un autre facteur d'influence à distance. Un des psychiatres confiait avoir adapté sa façon de communiquer après avoir lu des témoignages sur des plateformes sociales réunissant des médecins. Ils évoquaient les difficultés à échanger avec les psychiatres. Ce psychiatre faisait donc en sorte d'écrire plus régulièrement des courriers, notamment en cas de relais de prise en charge par le médecin généraliste.

Ce changement avait été remarqué par un des généralistes du secteur, qui rapportait spontanément recevoir davantage de courrier de sa part.

*P1 « Je suis influencée par les postes [...] des médecins sur les réseaux sociaux. [...] Par exemple, je ne faisais pas du tout de courrier [...]. En lisant les commentaires des gens, je m'imprègne de ce qui est le mieux ».*

*G1 « elle a fait des courriers à tous les médecins généralistes des patients qu'elle suivait pour assurer la suite de la prise en charge ».*

### **2.4. Une question d'habitude**

Comme constaté dans la première partie, le partage d'information entre confrères était peu spontané, voire inexistant en situation stable. La majorité des psychiatres

expliquaient cette absence de communication écrite en partie par un manque d'habitude à rédiger des comptes rendus en ambulatoire. L'organisation des soins au CMP ne favorisait pas cette démarche de transmission écrite.

*P2 « le plus souvent c'est un problème d'organisation tout simplement ».*

*P3 « je pense que si je m'étais habituée dès le début à le faire tout le temps, je le ferai, mais j'ai pas pris cette habitude ».*

C'est un facteur freinant la communication, mais qui selon les psychiatres, pourrait être remis en question et amélioré.

*P4 « c'est un truc qui devrait être plus systématisé dans les pratiques. Franchement, c'est que je ne l'ai pas placé dans mon organisation ».*

## **2.5. Manque de temps médical**

Un autre facteur qui impactait négativement la fréquence de la communication était le manque de temps attribuable à cette tâche. En effet, les psychiatres constataient un volume croissant de consultation au CMP, depuis plusieurs années. La plupart des psychiatres préféraient limiter le temps dédié à la communication, pour privilégier le nombre de patients vus en consultation.

*P6 « il y a de moins en moins de médecins pour plus en plus de patients. [...]. Donc clairement, si je peux économiser quelques minutes pour voir un patient en plus, bah je vais les économiser ».*

La plupart des généralistes exprimaient avoir conscience de cette pénurie de ressource humaine, et la prenait en compte pour prioriser leur demande au CMP.

*G4 « la pénurie de moyens nous obligent à communiquer plus. Parce qu'on trie mieux, nos files actives sont peut-être beaucoup plus honnête ».*

## **2.6. Aspect médico-légal des soins psychiatriques**

A travers le discours des praticiens, on observait l'influence significative des considérations médico-légales sur leur relation.

### ❖ Des soins sous contraintes

Quelques psychiatres observaient que l'inexpérience médico-légale de certains généralistes, concernant les soins sous contraintes, était source d'incompréhension réciproque. Les psychiatres rappelaient qu'imposer des soins à un patient se faisait dans un cadre médico-légal particulier. Lorsque des situations devenaient envahissantes pour le généraliste, celui-ci pouvait avoir du mal à comprendre les limites des procédures de contrainte.

*P6 « si la personne ne veut pas prendre son traitement, et qu'il n'y a pas de plainte qui est déposée, [...] on va pas, l'attacher et l'injecter. C'est limité par la justice [...]. il y a une méconnaissance assez importante par le médecin généraliste ; et qui peut bloquer une bonne relation ».*

Certains généralistes voyaient dans les échanges pour rédiger aux mieux les certificats de mise sous contrainte, une opportunité d'acquérir des compétences supplémentaires en soins psychiatriques.

*G1 « et le fait de faire des certificats régulièrement, le fait de parler avec les psychiatres [...] ça nous permet [...], de mieux les faire ».*

### ❖ Une confidentialité à part

Selon les praticiens interviewés, la question de la confidentialité dans le contexte de soins psychiatriques n'impactait pas le contenu de l'information médicale. Les praticiens tenus par le secret médical partagé échangeaient les informations sans réserve. Cependant, la confidentialité influait sur le moyen de communication, les psychiatres étaient réticents à afficher un suivi psychiatrique en cours sur les outils de communication numériques (type Paaco-globule). La capacité d'échange par ces biais était impactée.

*G1 « dans le cadre d'une prise en charge médicale, il n'y a pas de secret médical qui s'impose sauf si le patient refuse catégoriquement qu'on dise certains éléments ».*

*P2 « les plateformes type Pacco-Globule, [...] le fait qu'ils aient une consultation avec le psychiatre c'est noté, ils (les patients) ont pas trop envie que ça se sache ».*

## **2.7. Des recommandations de sociétés savantes inconnues**

L'enquêteur avait recensé plusieurs documents regroupant des recommandations de bonnes pratiques, permettant de guider les praticiens dans leur collaboration. Elles concernaient entre autres la répartition des rôles de chaque spécialiste au cours d'une prise en charge conjointe. Aucun des praticiens interrogés n'avaient entendu parler de telles ressources documentaires. La réponse des participants était soit neutre, soit empreinte de surprise,

*P2 « Non. Il y en a ? ».*

## **3. Réactions aux problèmes de collaboration**

Face aux difficultés rencontrées sur le plan de la collaboration, on pouvait observer plusieurs types de réactions.

### **3.1. Sentiment d'impuissance, résignation**

Certains praticiens avaient un discours empreint de résignation, avec un sentiment d'impuissance, ne sachant pas comment améliorer les difficultés de collaboration évoquées. L'organisation du système de soin et la pénurie des professionnels de santé étaient considérées comme des obstacles n'offrant pas de marge de manœuvre individuelle.

*P1 « ce qui pourrait être amélioré hum... C'est indépendant de nous quoi. Il n'y a pas assez de généralistes [...]. Nous c'est un petit peu la même de notre côté donc ce n'est pas forcément simple de communiquer alors que c'est la clé ».*

*G3 « Je dirai que c'est pas top mais c'est plus le système de santé actuel qui fait que c'est extrêmement compliqué de prendre en charge les patients sur le plan psychiatrique ».*

D'autres praticiens nuançaient ces propos. Selon eux, le contexte de pénurie médicale était responsable d'une surcharge de travail qui rendait peu propice la prise de recul sur l'exercice actuel. Mais une réflexion nouvelle pouvait améliorer les échanges.

*P2 « c'est bien qu'on ait cet échange, ça nous relance un petit peu le truc, on est pris dans notre guidon ».*



### 3.2. Propositions d'amélioration

La majorité des praticiens faisaient preuve de motivation pour améliorer la collaboration.

La plupart ayant observé le bénéfice à connaître son interlocuteur, ils proposaient souvent de créer des occasions d'échanges en présentiel, autour d'un cas ou autour de formation sur certains sujets. L'objectif principal restait de rencontrer le confrère pour tisser des liens, favorables à la communication et la collaboration.

*P6 « quand les gens voient ta tête, ils échangent avec toi plus facilement. [...] Tu vois, peut-être qu'on fasse des groupes interprofessionnels ».*

Certaines démarches étaient d'ailleurs déjà concrétisées, comme la participation à des CPTS pour rencontrer les acteurs de santé du secteur.

*P6 « je suis allée au CPTS. Il y avait [...] tous les libéraux, les médecins, pharmaciens, biologistes, kinés, certains infirmiers. J'y suis allé la fin d'année dernière, [...] qu'il sache que je suis un des médecins du CMP ».*

La formation des généralistes dès l'internat, via des stages d'observation était perçue comme positive pour la collaboration future, permettant aux jeunes médecins de comprendre le fonctionnement de la psychiatrie public sur le territoire.

*P1 « ça leur a donné des outils aussi pour leur pratique. Parce que c'est aussi le premier maillon de la chaîne donc, oui ce n'est pas forcément évident pour eux. Au niveau psy c'était formateur ».*

Les praticiens avaient une appréciation globale de leur collaboration positive. Les efforts communs bien coordonnés dans les situations urgentes ou complexes étaient le point le plus satisfaisant. Au contraire, les suivis chroniques sans échanges spontanés étaient décrits comme problématiques, et entachaient la collaboration sur le long cours. De nombreux facteurs influençaient la collaboration : le lieu d'exercice, la connaissance entre confrères, les habitudes de travail, le temps à disposition, les aspects médico-légaux des soins psychiatriques. Les réactions aux problématiques de collaboration étaient variables d'un participant à l'autre, allant de la résignation à la persévérance pour améliorer la relation.

# Discussion

## PARTIE 1 : Communication : défauts et atouts

### **1. Communication altérée, phénomène non spécifique à la psychiatrie**

La transmission d'information nécessaire aux soins du patient est pourtant mentionnée dans le code de déontologie médicale. L'article 60 stipule : "Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent [...]. A l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en avisant le patient " (21).

Bien que la littérature concernant les problèmes de communication entre la médecine générale et la psychiatrie abonde, aucune référence trouvée ne la compare avec les communications entre les généralistes et les spécialités d'organe. Quelques travaux ont mis en avant des difficultés de communication avec d'autres disciplines, notamment la cancérologie (22), ou la gynécologie (23). Le médecin généraliste était exclu des décisions prises pour son patient. Les dysfonctionnements dans les échanges ne sont donc pas l'apanage de la psychiatrie.

### **2. Silence des psychiatres, une habitude presque historique**

Le manque de communication entre psychiatres et médecins généralistes est un problème bien documenté qui affecte la qualité des soins des patients (24,25). Le manque d'habitude à communiquer, notamment dans les suivis chroniques, est une des raisons qui émergeait des entretiens pour expliquer l'absence d'échange. Cela concernait toutes les générations de psychiatres.

Historiquement, la psychiatrie jouait un rôle d'isolement des « aliénés » pour protéger la population, et ramener les malades à la raison (26). Mais depuis la première moitié du 20ème siècle, la psychiatrie s'est « médicalisée », faisant la synthèse entre la clinique et les données neurobiologiques. La découverte concomitante de traitements

psychotropes efficaces a permis un virage ambulatoire (marqué par une réduction du nombre de lits d'hospitalisation de 120 000 à 40 000 lits). La démarche vise désormais à soigner un patient, en le maintenant dans son environnement social ou à le réinsérer (27). Il est envisageable que ce manque d'habitude à communiquer soit en lien avec ce lointain passé orienté sur l'isolement du patient, et l'absence de méthode de soin commune avec la médecine somatique à l'époque. Mais le poids du passé n'explique pas, du moins à lui seul, les problèmes actuels.

Il s'avère que l'action de communiquer n'était pas une démarche incluse dans l'organisation des soins dans les CMP, en dehors des situations d'urgence. Donc selon les psychiatres interrogés, l'habitude de ne pas communiquer perdurait. Or, une communication insuffisante est associée, dans les études, à un retard de diagnostic, des délais dans l'adaptation d'une stratégie thérapeutique, une inefficacité et une doublure de soins et une augmentation de la iatrogénie allant jusqu'à la mise en danger des patients (28). Une mauvaise communication entre généralistes et psychiatres a également des conséquences sur la relation médecin-malade allant jusqu'à des « perdus de vue » (5). Cependant, la communication demande du temps et les psychiatres interrogés, déjà soumis à des contraintes de temps considérables, privilégient souvent une consultation supplémentaire au détriment des échanges avec leurs confrères.

Ce constat sur le manque de temps et d'organisation présente un point positif : une habitude peut être changée. Une réflexion sur une réorganisation des soins au CMP pourrait inclure cette étape de communication de manière plus systématique, sans demander de ressource matérielle supplémentaire. La lettre de liaison en sortie d'hospitalisation, rendue obligatoire depuis 2016, et appliquée dès lors, est un exemple de changement institutionnel qui entraîne une réorganisation des soins pour favoriser la communication. Ce changement est poussé par la HAS, qui fait de la communication en ambulatoire un critère de certification des établissements de santé pour la qualité des soins (29). Le critère 3.1-04 stipule que les structures ambulatoires de psychiatrie doivent tenir le médecin généraliste du patient (lorsqu'il peut être identifié) informé de son état de santé et des prises en charge proposées. Le moyen de communication n'est pas précisé et reste à l'appréciation des professionnels de santé.

### **3. La responsabilité des médecins généralistes**

Un rapport de la HAS confirme les observations faites au cours de la recherche bibliographique : le point de vue des généralistes est surreprésenté dans les données de la littérature française (12). Nous pouvons donc supposer un biais de confirmation lorsqu'il s'agit d'imputer les difficultés de communication aux psychiatres, ainsi qu'un manque d'objectivité dans l'analyse. Notre travail a permis de souligner que le médecin généraliste avait sa part de responsabilité dans les dysfonctionnements de la communication. On peut citer notamment un courrier d'adressage généralement inexistant ou peu informatif, selon l'expérience des psychiatres interrogés dans notre étude.

Les auteurs d'une enquête de 2014 relèvent que dans des situations où les médecins généralistes identifient un besoin de recourir à un psychiatre, la quasi-totalité de ces derniers adressent un courrier "complet" (30). Ce résultat diffère de nos observations, puisque l'ensemble des psychiatres interviewés dans notre étude déploraient le manque de courrier d'adressage explicite, et plusieurs généralistes nous confiaient ne pas en rédiger. Cette divergence de résultats vient potentiellement d'un biais de sélection dans l'enquête de 2014, au cours de laquelle seuls des généralistes enclins à répondre à un long questionnaire sur la santé mentale ont participé. Ils ne sont pas représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes dont certains peuvent être moins impliqués dans les difficultés de relation avec la psychiatrie, voire dans les prises en charge psychiatriques elles-mêmes.

Cette remarque pourrait être faite à notre étude également, puisque des généralistes ont accepté un long entretien sur le thème de la psychiatrie. Cependant, la motivation supposée, et parfois avouée, des généralistes inclus dans l'étude n'avait pas de lien avec les soins psychiatriques. Le motif était le plus souvent de contribuer au travail de thèse d'un interne en médecine générale, le thème de la psychiatrie étant secondaire dans leur critère de décision.

Toujours dans l'étude de 2014, les auteurs signalaient une communication moins systématique hors contexte d'adressage initial. Seul un quart des généralistes tenaient

informés les psychiatres de l'évolution somatique des patients suivis au long cours, en cas de prise en charge somatique spécialisée (diagnostics, traitements introduits...). Cela correspond à la tendance observée dans notre étude : les psychiatres n'étaient que rarement au courant des soins somatiques spécialisés de novo.

A l'instar des psychiatres, le temps du généraliste est précieux, et les efforts de communication et de coordination sont coûteux en temps. Cette activité est non valorisée sur le plan de la rémunération, ce que récriminent des généralistes (12). Cependant, ce sentiment de perte de temps ressenti dans les moments d'échanges est à mettre en perspective avec le gain de temps potentiel pour l'avenir des prises en charge conjointes. La prévention de complications (potentiellement chronophage lorsqu'elles arrivent) peut être anticipée (5,31). Des échanges réguliers avec des confrères participent dans une certaine mesure à la formation continue, permettant au fur et à mesure de gagner en autonomie et en efficacité, donc un gain de temps potentiel.

#### **4. Des outils de communication situationnels**

La communication était certes lacunaire, mais les praticiens de notre étude la décrivaient comme efficace lorsqu'elle était employée. En effet, la plupart des praticiens obtenaient des réponses claires en cas d'échange direct, et les prises en charge étaient d'autant plus pertinentes et coordonnées. Un constat identique est fait par plusieurs études (5). Les situations conduisant à un échange pertinent étaient en général des cas extrêmes comme les urgences vitales pour le patient ou un tiers. Ou encore les situations multipliant les aspects complexes : clivage des équipes soignantes par le patient, précarité sociale, addiction, conflit au sein du foyer, comorbidités, handicap... La collaboration entre médecins s'imposait et s'effectuait la plupart du temps oralement, par téléphone. C'était une voie privilégiée pour sa facilité d'utilisation et sa capacité de transmission d'information rapide et interactive. Elle ne laissait pas de trace écrite, mais permettait la mise en place d'action immédiate.

Le mail était utilisé dans les situations similaires, lorsque le degré d'urgence était moindre. Cela permettait de respecter l'emploi du temps de son interlocuteur, qui pouvait choisir le moment où il répondait.

Le courrier écrit et formel, bien que recommandé (12,19), était très peu utilisé par les généralistes. Les psychiatres, quant à eux, étaient amenés à rédiger des courriers essentiellement sur demandes spécifiques, notamment dans des cadres administratifs (demande explicite du médecin conseil de la sécurité social, ou médecin du travail).

Un outil d'échange d'information instauré en 2004, le dossier médical partagé (DMP), n'a jamais été cité au cours des onze entretiens. Il s'agit pourtant d'une des priorités fixées par la Stratégie nationale e-santé 2020 (12), mais son utilisation est loin d'être démocratisée. Une thèse de 2021 rappelle les freins à son utilisation, notamment par les généralistes : manque de temps, d'information et d'ergonomie (32).

A l'inverse du DMP, une plateforme numérique d'échanges, Paaco-Globule, était citée spontanément dans la majorité des entretiens. Créée en 2012 cet outil est disponible sur ordinateur ou smartphone, et est composé d'un canal de communication, d'un agenda, d'un plan personnalisé de santé. L'ensemble du dossier patient est partagé entre tous les professionnels intervenants (médical, paramédical, social). En 2020, 25 000 professionnels du médico-social étaient inscrits, en augmentation progressive depuis la création du logiciel. Cet outil satisfait ses utilisateurs, notamment les médecins généralistes (33). Des généralistes en témoignaient dans notre étude. Ce dispositif, pourtant connu de certains psychiatres, n'était pas exploité par ces derniers. L'argument principal exprimé était la peur de la stigmatisation des patients par les autres utilisateurs de la plateforme. Il s'agit d'une résolution médicale prise au sein de l'établissement, sans concertation des patients. Cela soulève une réflexion éthique : ce maintien à l'écart d'une plateforme de communication médico-sociale commune protège-il le patient, ou entretient-il la stigmatisation de la psychiatrie ?

## **5. La communication au service de la déstigmatisation**

Dans notre étude, nous observons que les représentations des praticiens (généralistes et psychiatres eux-mêmes) sur la psychiatrie pouvaient impacter négativement la prise en charge globale, et la collaboration. Nous constatons que les psychiatres agissaient parfois en anticipation des représentations supposées de leurs confrères. Une revue de la littérature confirme que pour un même problème de santé physique, il peut exister une

prise en charge déficitaire en cas de trouble psychique, allant jusqu'à du mépris de la part des soignants. Une stigmatisation des professionnels de la psychiatrie peut également se voir, par un phénomène de « stigmatisation par association », selon les auteurs (34).

Or, la communication entre professionnels de santé est un outil indispensable pour lutter contre la stigmatisation (12). La stigmatisation prenant racine dans l'inconnue, le partage des connaissances est un levier efficace, comme le décrit la HAS dans un rapport de 2018 (12). En effet, des travaux ont mis en évidence que la diffusion d'informations médicales pertinentes permet une meilleure collaboration entre soignants, et un recul de la réticence des professionnels de santé à prendre en charge les patients atteints de troubles psychiatriques. Une expérience suisse observe qu'un partage d'information plus libre avec les partenaires médico-sociaux permet une amélioration de la collaboration et de la confiance réciproque entre les soignants (31).

De plus, la modernisation de la classification des maladies psychiatriques, et de leur nouvelle dénomination participe à l'amélioration des représentations de la psychiatrie. Par exemple, l'abandon du terme psychose maniaco-dépressive au profit de trouble bipolaire, permet une représentation sociale moins aliénante selon une revue de la littérature de 2017 (35).

Les praticiens disposent donc d'une multitude de moyens pour communiquer, et collaborer. Les moyens sont plus ou moins modernes, choisis essentiellement en fonction de la situation de terrain. Leur utilisation permet d'aboutir à des soins efficaces dans l'aigu, mais les suivis chroniques manquent d'échange systématique. Psychiatres et généralistes ont chacun leur part de responsabilité. Les bénéfices attendus sont pourtant observés dans la littérature : amélioration de la qualité de vie des patients, déstigmatisation de la psychiatrie. D'autres spécialités médicales sont confrontées à des problèmes de communication similaires.

## PARTIE 2 : Une collaboration non formelle

### **1. Deux médecins traitants pour un patient**

La médecine générale et la psychiatrie ont des points communs : ces disciplines cliniques ne sont pas focalisées sur un organe ou une fonction, mais sur une personne. La relation soigné/soignant est au cœur du métier et s'inscrit dans la durée. Les praticiens sont amenés à partager l'intimité affective des personnes. Le généraliste a davantage accès à la vie de famille et de couple (25). Le rôle de coordination et d'orientation du médecin généraliste a été formalisé en France par l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale (36) qui prévoit la déclaration d'un médecin traitant auprès de l'assurance maladie. Il joue un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins (37).

La définition européenne de la médecine générale (médecine de famille) décrit les caractéristiques de la discipline (38), dont voici les plus pertinentes pour notre étude :

- Habituellement le premier contact avec le système de soins
- Accès ouvert et non limité aux usagers
- Prise en compte tous les problèmes de santé
- Utilisation de façon efficace des ressources du système de santé par la coordination des soins



- Travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités
- Gestion simultanée des problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient
- Réponses aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle.

Or, toutes ces caractéristiques sont applicables à la psychiatrie et aux psychiatres. Depuis la politique de sectorisation de la psychiatrie initiée dans les années soixante, la discipline n'a eu de cesse d'améliorer son offre de soin sur son territoire, structurant des équipes médicale, paramédicale, sanitaire et sociale. Les CMP sont la porte d'entrée à cette offre de soin en santé mentale sans limitation théorique d'accès. Grâce à ces ressources pluridisciplinaires, le psychiatre est en mesure de prendre en charge un certain nombre de problèmes de santé, en les coordonnant avec d'autres professionnels de santé (diététicien, addictologue, neurologue, qui étaient des exemples cités par les psychiatres interrogés dans notre étude), dans les phases aiguës ou chroniques. Le tout en prenant en compte le patient dans toutes ses dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle.

Face à ce constat, nous nous autorisons à faire le parallèle suivant : le psychiatre est le « médecin traitant du mental », assumant pour l'esprit du patient des missions que le généraliste assure pour le corps.

Cette capacité à soigner en relative autonomie de chaque discipline est peut-être un des facteurs qui maintient un niveau de collaboration sous optimal pour des soins holistiques dans les contextes de suivi chronique. Aucune des deux disciplines n'a la nécessité absolue de s'en remettre à l'autre en dehors des situations décompensées, précaires, complexes. En conséquence, le médecin généraliste est involontairement exclu de la prise en charge psychiatrique, et le psychiatre maintenu à l'écart des prises en charge somatique.

## **2. Chacun son rôle, mais quel est-il ?**

L'importance quantitative et qualitative des troubles mentaux en médecine générale est une donnée établie de longue date par les instances nationales et internationales. Ils représentent la deuxième raison de recours aux soins chez les généralistes (25). Une étude en 2001-2003, confirme qu'en France comme chez nos voisins européens, le médecin généraliste est le soignant le plus consulté en cas de problème psychologique ou psychiatrique (38). Il est souvent le premier contact qu'ont les patients avec le monde de la psychiatrie. Leur rôle de détection et d'orientation est indispensable au bon déroulement des soins (39).

Le rôle du psychiatre est de poser un diagnostic puis de traiter le patient avec tous les outils thérapeutiques à sa disposition (médicaments, psychothérapie, technique de neurostimulation) (40).

D'après la formulation du docteur Jean-Luc Gallais (généraliste), la collaboration suppose le volontariat, un accord sur les objectifs et méthodes, et des outils permettant une communication réciproque régulière des informations utiles (25). Nous avons décrit le volontariat des praticiens dans notre étude, dont l'objectif est le bien être du patient, ainsi que des outils de communication. Qu'en est-il de l'accord sur les méthodes ?

Les rôles de chacun sont complémentaires, d'autant plus que les patients pris en charge présentent souvent des comorbidités multiples (41). L'exemple des facteurs de risques cardio-vasculaire (FRCV) illustre parfaitement la nécessité de collaborer puisque certains d'entre eux peuvent être directement liés aux effets secondaires de traitements psychotropes, notamment les antipsychotiques. Des recommandations de bonnes pratiques de 2015, rédigées par la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), insistent sur ces liens (20). Elles insistent aussi sur l'intérêt d'une surveillance régulière et minutieuse : « le dépistage, la surveillance de ces anomalies organiques devraient s'inscrire dans la pratique psychiatrique et inclure la recherche systématique des facteurs de risque ainsi que le suivi des effets indésirables des traitements psychotropes » ; sans préciser à qui revient cette tâche.

Or nous constatons au cours de notre étude dans le Sud Gironde, que ce contrôle des FRCV n'était pas systématique au CMP. Il existait des freins matériels (équipement de mesure parfois indisponibles, ou défectueux), et des freins humains, le psychiatre n'ayant pas les connaissances théoriques et pratiques pour les soigner. Cette répartition convenait à la majorité des généralistes interrogés qui considéraient ce domaine comme le leur. Le bémol étant qu'il n'existait aucune répartition explicite de ces tâches de surveillance ou contrôle, contrairement à ce que préconise la FFP : « il est recommandé que le soignant assurant ce suivi soit clairement identifié ». Chacun présumait que son confrère assurait le suivi. Cette répartition floue des rôles s'observe au-delà du Sud Gironde. Plusieurs études françaises et internationales corroborent cette observation (24,42,43,44). L'absence de consensus quant au professionnel responsable de la prévention et de la prise en charge des maladies somatiques comorbides chez les patients psychiatriques est généralisée, notamment dans les syndromes métaboliques, ou autres pathologies induites par les traitements psychotropes. Ce manque de clarté dans la répartition des missions médicales pénalise la collaboration tout entière (17).

Une étude qualitative autour des relations entre somaticiens et psychiatres en milieu hospitalier montre qu'un partage des responsabilités est un élément de réponse à la considération du patient dans sa globalité, permettant de trouver une attitude consensuelle (45). Les échecs comme les succès sont toujours assumés en responsabilité partagée. Il est donc intéressant de s'approcher de ce type d'expérience en milieu ambulatoire.

Ainsi la collaboration ne se fonde pas sur une répartition définie des actes de prévention et de soin, mais sur un partage implicite des rôles. Cette ambiguïté est entretenue par le statut du psychiatre qu'on peut qualifier de "médecin traitant du mental". Il est en mesure de coordonner les soins avec une certaine autonomie, mais n'informe pas systématiquement le médecin généraliste des limites de ses capacités. Le généraliste ne sait pas forcément quand et comment prendre le relai.

## PARTIE 3 : L'avenir de la collaboration

### **1. Des recommandations de bonnes pratiques non adaptées au terrain**

Nous remarquons qu'aucun praticien de notre étude, généraliste comme psychiatre, ne connaissait l'existence de document ressource sur la thématique de la collaboration médecine générale - psychiatrie. Or, en 2018, un rapport de la HAS recense trois documents ressources sur cette thématique (12) : une charte de partenariat (46) (annexe 3) et deux recommandations de bonne pratique (19,20), datant respectivement de 2014, 2015 et 2010. Même si notre étude n'était pas calibrée pour tirer des conclusions de ce constat, il semble que ces recommandations soient méconnues par une grande majorité des praticiens. En témoignent les travaux réalisés depuis la parution de ces documents, qui continuent d'observer des difficultés de coopération entre généralistes et psychiatres (24,47).

En 2018, un travail de thèse (48) étudie l'effet d'une diffusion active de la charte de partenariat (46), auprès de praticiens de Strasbourg Eurométropole Sud, ignorant au préalable son existence. Les auteurs constatent qu'une diffusion régulière et répétée ne permet pas une amélioration de la collaboration. Ainsi, au-delà de leur méconnaissance par le public cible, ces recommandations semblent inappropriées au travail de terrain. Plusieurs études le confirment, en France, comme à l'étranger (5,4,49,50). Les recommandations verticales sont trop rigides et contraignantes pour une application efficace en situation ambulatoire réelle. Les initiatives locales des acteurs de soins dans un secteur délimité répondent mieux aux besoins des soignants et des patients, avec

davantage de pertinence, en prenant en compte les moyens à disposition. Dans un rapport de 2018, la HAS souligne que les recommandations françaises mettent l'accent sur les éléments de contenu des courriers alors qu'une étude australienne objective que la communication se fait majoritairement de façon informelle (courriels, appels téléphoniques) (16). Cela va dans le sens d'une inadéquation des recommandations, avec la réalité du terrain.

## **2. Des actions locales concrètes, encouragées par l'État**

Le gouvernement français se saisit de ce constat national et international pour orienter sa politique de santé, via la loi du 26 janvier 2016 (51). Dans le cadre du plan de modernisation de notre système de santé français, l'état soutient les initiatives collectives locales par le biais de moyens matériels et financiers, notamment via l'encouragement de création de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et de Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM).

Bien que les PTSM et les CPTS soient des initiatives distinctes, elles peuvent être interconnectées et collaborer pour améliorer la prise en charge de la santé mentale à l'échelle locale.

Les PTSM sont majoritairement axés sur la santé mentale et visent à coordonner les actions et les ressources pour répondre aux besoins en santé mentale d'une communauté donnée (52). Ils impliquent généralement une variété d'acteurs locaux : des professionnels de la santé mentale, des associations, des collectivités locales, etc. D'autre part, les CPTS sont des structures qui réunissent différents professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, etc.), pour améliorer la coordination des soins de santé primaires sur un territoire donné (53). Bien que les CPTS ne se concentrent pas exclusivement sur la santé mentale, elles peuvent inclure des professionnels de la santé mentale dans leur composition et travailler en collaboration avec les PTSM pour garantir une prise en charge holistique des patients, en gardant une approche pragmatique de l'organisation des soins. Cette collaboration permet de renforcer les services de santé et d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux.

Des applications concrètes de cette politique de soin étaient directement évoquées par les praticiens interrogés dans notre étude. En effet, quelques psychiatres s'impliquaient dans les CPTS de leur secteur. Une des médecins généralistes constatait une offre de formation plus importante, et plus pertinente en santé mentale, accessible aux médecins traitants, ce qui correspond à l'une des missions des PTSM (54).

Ces axes de modernisation que sont les PTSM et les CPTS, sont développés dans la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » du Ministère des Solidarités et de la Santé de 2018, leur impact bénéfique est confirmé dans un bilan publié en 2023 (4,6), l'orientation politique des soins se poursuit donc en ce sens.

### **3. Se connaître pour mieux collaborer**

L'organisation en réseau que proposent les CPTS implique la rencontre entre professionnels de santé, pour mettre en commun les projets de collaboration du territoire. Ces rencontres permettent de faire la connaissance des acteurs de santé du secteur, et sont l'occasion pour les médecins d'approfondir leur relation confraternelle. Cette relation plus étroite, plus personnelle, était repérée comme un facteur favorisant les échanges et la coopération par la majorité des praticiens interrogés. Ce ressenti est objectivé dans la littérature. Un article français de 2005 décrit l'existence de réseaux informels dans le Sud-Ouest de la France, constitués notamment de médecins généralistes et de psychiatres qui entretiennent des relations privilégiées (55). L'habitude de travailler ensemble crée un rapport de confiance solide. L'existence de ce type de réseaux avec les équipes de psychiatrie publique est identifiée comme facilitant les démarches d'adressage de patients souffrant de schizophrénie débutante, notamment dans des délais plus restreints, et garantissant un meilleur retour d'information sur le diagnostic ou le traitement.

Ce constat est international : un système de consultation de médecine générale et de psychiatrie sur le même site existe en Australie. La collaboration est plus étroite, plus régulière, plus complète (56). En France, dans les Yvelines, un dispositif de soin partagé au sein de l'hôpital général applique ce modèle (5).

Il est donc pertinent de maintenir cet effort de construction de réseau sur chaque territoire. Comme nous l'avons vu plus haut, cela permet une réponse des professionnels adaptée aux demandes du terrain, en fonction des moyens à disposition, tout en favorisant la connaissance personnelle des interlocuteurs, éléments combinés d'une collaboration optimale.

#### **4. Initiation à la psychiatrie en médecine générale dès l'internat**

Un des moyens de créer et consolider un partenariat efficace entre généralistes et psychiatres, est l'intégration dès l'internat de médecine générale, de stage en psychiatrie. C'était une solution évoquée par quelques praticiens de notre étude, qui est appliquée depuis plusieurs années dans de nombreuses facultés. Des stages de quelques jours/semaines permettent aux médecins généralistes en formation d'entrevoir le travail du psychiatre sur le terrain. Cette initiation en psychiatrie présente de nombreux bénéfices à commencer par la découverte par le généraliste de l'organisation du système de soin en santé mentale, qui reste méconnu par un certain nombre d'entre eux (57).

De plus, les étudiants, en tant que futurs médecins, constituent une cible prioritaire pour les actions de déstigmatisation de la pathologie psychiatrique (58).

Cela fait partie des actions de la Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » du Ministère des Solidarités et de la Santé, qui prévoit de favoriser les stages en santé mentale des étudiants de second et troisième cycle (6).

### **5. Une collaboration au-delà du médecin**

#### **5.1. Le rôle central de l'infirmier**

Notre étude a permis de mettre en évidence le rôle indispensable des infirmiers de CMP dans la coopération entre les généralistes et les psychiatres. Leur rôle de suivi des patients, et de relais d'information entre le médecin généraliste et le psychiatre était mis en avant par l'ensemble des praticiens interrogés. Cette position centrale est renforcée par la création du poste d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA), un nouveau métier mis en place par le gouvernement depuis 2018. Les infirmiers en pratique avancée disposent de compétences élargies, à la frontière entre l'exercice infirmier et l'exercice médical. Ils

pourront suivre des patients confiés par un médecin de l'équipe de soins au sein de laquelle ils exerceront, sur la base d'un protocole d'organisation établi pour préciser les modalités de leur travail en commun. Dès lors, les infirmiers en pratique avancée auront la responsabilité du suivi régulier des patients pour leurs pathologies (psychiatrique en l'occurrence) et pourront prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention ou encore renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales (59). 171 IPA ont été diplômés en santé mentale depuis 2018. Le centre hospitalier de Cadillac participe activement à la formation et à la création de postes d'IPA sur le territoire. Ce projet a pour but d'éviter l'embolisation des temps médicaux en CMP, tout en assurant un suivi régulier et sûr pour les patients, correspondant aux préconisations de la Fédération Française de Psychiatrie (53).

## **5.2. Psychothérapie**

Bien que notre travail porte sur la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres, il nous semble important d'aborder une problématique soulevée lors des entretiens, la psychothérapie. Elle fait partie des outils à disposition du psychiatre pour traiter le patient. Elle peut également être pratiquée par des psychologues lorsque les troubles du patient ne nécessitent pas les compétences médicales du psychiatre. Or le recours au psychologue libéral était jusqu'à récemment non remboursé par l'assurance maladie, ce qui représentait un frein au bien être psychique des patients sans ressource financière, selon certains généralistes de notre étude. Sur sa feuille de route, le Ministère des solidarités et de la Santé confirme ce constat : « Pour la prise en charge de la dépression, plus de neuf médecins généralistes sur dix considéraient que le non-remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute non-médecin était un frein à l'adressage des patients vers des soins spécialisés » (52). Ces patients étaient donc adressés au CMP, faute de solution alternative. Le CMP, porte d'entrée de la santé mentale, n'avait pas les moyens, d'absorber toute la demande, d'après les psychiatres interrogés. Les moyens humains en psychologue étant très restreints.

Le dispositif MonParcoursPsy depuis 2022, permet aux personnes souffrant de troubles psychiques de bénéficier de 8 séances remboursées chez un psychologue libéral



conventionné. Ce dispositif connaît une montée en charge rapide. Au 31/01/2023, il enregistrait 90 642 patients, 32 079 médecins adresseurs, dont 92 % de médecins généralistes. Il s'agit donc d'un moyen encourageant pour désengorger les CMP.

Des sociétés savantes ont tenté d'améliorer et d'organiser la collaboration via la rédaction de recommandations de bonnes pratiques. Ces propositions, majoritairement méconnues, paraissent inadaptées aux problématiques du terrain. Les CPTS et les PTSM, sont des dispositifs d'organisation qui émergent du terrain pour créer un système de soin optimal avec les moyens à disposition. Ils permettent la rencontre des différents professionnels de santé, créant ainsi des liens informels, qui vont favoriser une meilleure collaboration future. La découverte du système psychiatrique au cours de l'internat de médecine générale est une voie supplémentaire pour favoriser une collaboration future. Les perspectives d'amélioration de la collaboration dépassent le cadre médical, avec la création du poste d'infirmier en pratique avancée, permettant une prise en charge globale des patients chroniques stables.

## **PARTIE 4 : Forces et limites**

La démarche qualitative adoptée pour cette étude, caractérisée par le recueil de données via des entretiens individuels semi-dirigés et une analyse thématique, s'est révélée en adéquation avec la question de recherche. Elle a offert un cadre méthodologique propice à l'exploration des ressentis des praticiens sur la qualité de leur collaboration. Les données ont été soumises à une analyse conjointe avec le directeur de thèse, visant à minimiser les biais interprétatifs. Un journal de bord, tenu tout au long du processus de recherche, enregistrait non seulement les ressentis personnels au fur et à mesure des entretiens mais aussi les anticipations du chercheur concernant les réponses des participants. Certaines réponses attendues n'ont pas été obtenues, et d'autres axes ont au contraire émergés, donnant lieu à de nouvelles directions de réflexion et à un ajustement du guide d'entretien. Cette évolution témoigne d'une distance entre le chercheur et ses préconceptions, illustrant sa neutralité vis-à-vis des médecins inclus.

L'échantillon de l'étude se distingue par sa diversité en matière d'âge, de genre et lieu d'exercice, notamment concernant leur distance par rapport au centre hospitalier de Cadillac. Conformément aux principes de la recherche qualitative, l'objectif n'était pas de refléter la représentativité, mais de capter une gamme étendue de perspectives : la diversité est privilégiée.

Le statut de l'enquêteur, en tant qu'interne de médecine générale, a probablement joué un rôle mixte. D'une part, il a pu contribuer à établir une relation de confiance avec les participants, facilitant ainsi l'expression sincère quant à leur expérience. D'autre part, il a également pu engendrer des préoccupations chez certains médecins interrogés, qui craignaient d'être jugés ou évalués par l'enquêteur en tant que collègue médical. Il se peut que la spécialité de l'enquêteur ait pu influencer les réponses du médecin : les réponses des généralistes pouvant être plus franches et spontanées que celles des psychiatres, du fait de la pratique d'une discipline différente. Cette tension inhérente à la relation enquêteur-participant était anticipée dès le début de l'étude, et les entretiens ont été réalisés de façon à privilégier l'expression libre et authentique. Le chercheur a, à plusieurs reprises, eu recours à des interventions facilitatrices, visant à stimuler une exploration approfondie des pratiques quotidiennes.

Le recueil du point de vue des psychiatres permet de pondérer la responsabilité de ces derniers dans les dysfonctionnements de la collaboration, dans un contexte où la littérature est riche en points de vue de généralistes.

Il convient de noter que les entretiens semi-dirigés réalisés dans le cadre de cette étude ont été les premiers entretiens en tant que chercheur. Comme tout nouvel exercice, les débuts peuvent être plus délicats, et cela peut se refléter dans la qualité des premières interactions avec les participants. Au fur et à mesure de l'étude, l'enquêteur a pu gagner en expérience et en aisance dans la conduite des entretiens, ce qui a conduit à une amélioration de la qualité des données recueillies au fil du temps.

Cette étude limitée sur le plan géographique au Sud Gironde implique une pertinence des recueils concernant ce territoire, mais rencontre une limite dans la transposition des résultats à un secteur différent.

Le questionnaire, orienté principalement sur le ressenti et les besoins des praticiens, est pauvre en propositions d'amélioration concrète.

## Conclusion

La collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres revêt une importance cruciale dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux. Seule une prise en charge de concert des pathologies psychiatriques et somatiques, peut permettre une amélioration de la durée de vie et de la qualité de vie de ces patients. Cependant, malgré les efforts déployés, cette collaboration reste perfectible et confrontée à divers défis, anciens et modernes, communs à de nombreux pays. Des éléments de stigmatisation envers la psychiatrie et les patients persistent, et freinent une collaboration fluide. Des actions politiques et médicales sont en cours pour continuer de lutter contre cette stigmatisation.

Notre étude menée dans le Sud Gironde met en lumière plusieurs aspects clés de cette collaboration. Elle est décrite satisfaisante et efficace pour gérer les problématiques aiguës et complexes, mais lacunaire au cours des suivis chroniques. L'absence de partage d'information de la part des psychiatres est une des causes du dysfonctionnement. Mais les médecins généralistes ont largement leur part de responsabilité, avec une transmission d'information souvent tout aussi pauvre. Il en résulte une répartition des soins floue et incertaine. L'utilisation des outils de communication à dispositions sont à optimiser pour faciliter l'échange d'information.

Le CMP, porte d'entrée des soins en santé mentale, comprend de nombreux acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux, permettant une prise en charge en relative autonomie, faisant du psychiatre le « médecin traitant » du mental, via son rôle de décision, et de coordination.

Les axes d'améliorations prennent place à des échelles collectives avec notamment la mise en place de réseaux locaux. Les initiatives telles que les CPTS et les PTSM, financés par le Service Public, permettent aux praticiens d'unir leurs volontés d'amélioration de l'offre de soin. La connaissance professionnelle et personnelle entre soignants favorise l'accès à une communication fluide et spontanée, levier majeur d'une collaboration efficiente. La motivation que manifeste la majorité des médecins généralistes et psychiatres est un moteur essentiel à la poursuite de l'amélioration de la coopération.

## Bibliographie

1. Union Nationale De Familles Et Amis De Personnes Malades Et/Ou Handicapées Psychiques. unafam.org. [Online].; 2023 [cited 2024 mars 20. Available from: <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/soins-et-rehabilitation/organisation-de-la-psychiatrie#:~:text=La%20psychiatrie%20est%20organis%C3%A9e%20en,d%C3%A9coup%C3%A9%20en%20secteurs%20de%20psychiatrie.>
2. L'Assurance Maladie. ameli.fr.remboversements. [Online].; 2024 [cited 2024 mars 20. Available from: <https://www.ameli.fr/assure/remboversements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes.>
3. Organisation mondiale de la santé. who.int. [Online].; 2022 [cited 2023 mars 20. Available from: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#:~:text=En%202019%2C%20une%20personne%20sur,les%20plus%20courants%20\(1\).](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#:~:text=En%202019%2C%20une%20personne%20sur,les%20plus%20courants%20(1).)
4. Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie. Feuille de route santé mentale et psychiatrie.. Ministère des solidarités et de la santé; 2018.
5. Hardy-Baylé MC, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? Info Psy. 2014: p. 359-71.
6. Ministère de la santé et de la prévention. SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE Synthèse du bilan de la feuille de route — État d'avancement au 3 mars 2023. Dossier de presse. Ministère de la santé et de la prévention; 2023.

7. Laidi C, Blampain-Segar L, Godin O, De Danne A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental health: Where do we stand in France? *European Neuropsychopharmacology*. 2023; 69: 87-95.
8. Kates N, Fugere C, Farrar S. Family Physician Satisfaction with Mental Health Services: Findings from a Community Survey. *Bulletin de l'APC*. 2004 avril;: 10-14.
9. Oud MJ, Schuling J, Slooff CJ, Groenier KH, Dekker JH, Meyboom-de Jong B. Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. *BMC Fam Pract*. 2009 mai; 10: 29-37.
10. Gandré C, Moreau D, Coldefy, Ben Dridi I, Morel S. Surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique : enseignements de la littérature et perspectives. *Santé Pub*. 2022 septembre-octobre; 34: 613-9.
11. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011; 10: 52-77.
12. Haute autorité de santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Rapport méthodologique d'élaboration. HAS; 2018.
13. Tanielian TL, Pincus HA, Dietrich AJ, Williams JW Jr, Oxman TE, Nutting P et al. Referrals to psychiatrists. Assessing the communication interface between psychiatry and primary care. *Psychosomatics*. 2000 mai-juin; 41: 245-52.
14. Catherine PH. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : une enquête qualitative. Thèse de médecine. Rouen: Université de Rouen; 2012.

15. OMS. Soixante-sixième assemblée mondiale de la santé - Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. Plan d'action. OMS; 2013.
16. Saxvik A, Törnbohm K, Petersson EL, Hange D, Nejati S, Björkelund C, et al. Experiences of patients with common mental disorders concerning team-based primary care and a person-centered dialogue meeting: An intervention to promote return to work. PLoS One.. 2022 juillet;; 8;17.
17. Maehder K, Werner S, Weigel A, Löwe B, Heddaeus D, Härter M, et al. How do care providers evaluate collaboration? - qualitative process evaluation of a cluster-randomized controlled trial of collaborative and stepped care for patients with mental disorders. BMC Psychiatry. 2021 juin; 8: 296.
18. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014 avril; 53: 67 à 82.
19. Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie. La coopération Médecins Généralistes Psychiatres. [Online].; 2010 [cited 2024 février. Available from: [https://www.cnpp-cnqsp.com/\\_files/ugd/8c7aab\\_3b2065566c2e4ca68769810a03912698.pdf](https://www.cnpp-cnqsp.com/_files/ugd/8c7aab_3b2065566c2e4ca68769810a03912698.pdf).
20. Fédération française de psychiatrie, Conseil national professionnel de psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. [Online].; 2015 [cited 2024 février 25. Available from: <https://www.anp3sm.com/wp-content/uploads/2022/01/Comment-ameliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique-juin-2015.pdf>.

21. Conseil National de l'Ordre des Médecins. conseil-national.medecin.fr. [Online].; 2021 [cited 2024 avril 7 [Code de déontologie médicale]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>.
22. Pecastaing J.B. La place du médecin généraliste dans le suivi des patients psychotiques atteints de cancer: « entre la peste et le choléra » ? *Oncologie*. 2013; 15: 31–34.
23. Douguet F, Vilbrod A. Médecins généralistes et gynécologues : une difficile articulation. In *Genre et gynécologie. Savoirs, pratiques et mobilisations*; 2023; Paris. p. 408.
24. Berman Cohen I, Halkoum R, Fau L. La communication et la coordination entre médecins traitants et psychiatres – Inexistante ? *Info psy*. 2021; 97: 481-489.
25. Gallais JL. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *Info Psy*. 2014 mai; 90: 323-9.
26. CHS de la Savoie. chs-savoie.fr. [Online].; 2018 [cited 2024 mars 9. Available from: <https://www.chs-savoie.fr/wp-content/uploads/2018/11/petite-histoire-de-la-psychiatrie-v.2018.pdf>.
27. OliéJ.-P. Rapport 19-06. Soigner les maladies mentales : pour un plan de mobilisation nationale. *RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS DE L'ANM*. Paris: Académie nationale de médecine; 2019.
28. Michel P, Mosnier A, Kret M, Chanelière M, Keriél-Gascou M, Brami J. Incidence des événements indésirables associés aux soins en médecine générale : l'étude Esprit 2013. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 2014; p. 178-9.



29. Haute Autorité de santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Manuel : Certification des établissements de santé. HAS; 2024.
30. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt JL. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». Info Psy. 2014 mai: p. 311-7.
31. Bonsack C, Holzer L, Stancu I, Baier V, Samitca M, Charbon Y et al. Equipes de psychiatrie mobiles pour les trois âges de la vie : l'expérience lausannoise. RMS. 2008: p. 1960-9.
32. Jogessur S. Motivations et freins à l'utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes. Thèse d'exercice de Médecine générale. Lille;; 2021.
33. Rocher M. L'évolution des pratiques des professionnels de santé en ville avec le logiciel PAACO-Globule. Thèse d'exercice de médecine générale. Bordeaux;; 2022.
34. Jabouri O.A, Leroux P et Smith P. La stigmatisation des personnes souffrant d'un problème de santé mentale et le rôle des professionnels de la santé : une scoping review internationale. Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière. 2022 Septembre.
35. Pignon B, Tebeka S, Leboyer M, Geoffroy PA. De « Psychose maniaco-dépressive » à Troubles bipolaires » : une histoire des représentations sociales et de la stigmatisation en rapport avec la nosographie. Ann. Med. Psychol. 2017: p. 514-521.
36. Code de la sécurité sociale. Article L.162-5-3 (version à jour au 24 avril 2024)..
37. L'assurance maladie. ameli.fr.dispositif-medecin-traitant. [Online].; 2024 [cited 2024 03 11. Available from: <https://www.ameli.fr/gironde/medecin/exercice->

[liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant.](#)

38. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA). [www.woncaeurope.org](http://www.woncaeurope.org). [Online].; 2023 [cited 2024 avril 26. Available from: [https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA\\_European\\_Definitions\\_2\\_v7.pdf](https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf).
39. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*. 2004 Juin; 109: 21-7.
40. Shiers D, Lester H. Early intervention for first episode psychosis. Needs greater involvement of primary care professionals for its success. *BMJ*. 2004; 328: 1451-1452.
41. L'association des médecins psychiatres du Québec. AMPQ.org. [Online]. [cited 2024 mars 16. Available from: <https://ampq.org/la-psychiatrie/quest-ce-quun-medecin-psychiatre/#:~:text=Le%20psychiatre%20est%20le%20seul,et%20une%20histoire%20psychosociale%20d%C3%A9tail%C3%A9e>.
42. Cohen IB, Halkoum R, Fau L. La communication et la coordination entre medecins traitants et psychiatres - Inexistante ? *Info psy*. 2021; 97: 10.
43. Bohn I, Aubert JP, Guegan M, Guillard M, Greacen T, Lejoyeux M, et al. Patients psychiatriques ambulatoires. Quelle coordination des soins? *Rev Prat MG*. 2007; 21: 511-4.

44. Cohn TA, Sernyak MJ. Metabolic monitoring for patients treated with antipsychotic medications. *Can J Psychiatry*. 2006; 51: 492-501.
45. Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *Br J Psychiatry*. 1997; 170: 6-11.
46. Burette V. Les enjeux de la rencontre du psychiatre et du somaticien. Thèse d'exercice. Caen: Université de Caen, UFR de médecine; 2014.
47. Collège de la médecine générale, Conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers spécialisés. Charte de partenariat Médecine générale et Psychiatrie de secteur. [Online].; 2014 [cited 2024 février. Available from: <https://cme-psy.fr/charte-de-partenariat-medecine-generale-et-psychiatrie-de-secteur/>.
48. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Info Psy*. 2014;9 mai: p. 341-52.
49. Deckele Post C. Analyse de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres de secteur. Thèse de médecine. Strasbourg: Université de Strasbourg; 2018.
50. Franx G, Dixon L, Wensing M, Pincus H. Implementation strategies for collaborative primary care-mental health models. *Curr Opin Psychiatry*. 2013; 26: 502-10.
51. Demailly L. La psychiatrie publique en France. Pluralité des modèles d'équilibre. *Info psy*. 2021 janvier; 97: 27-32.
52. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé..

53. Ministère du travail, de la santé, et des solidarités. sante.gouv.fr. [Online].; 2023 [cited 2024 mars 7. Available from: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>.
54. Ministère de la santé et de la prévention. ars.sante.fr. [Online].; 2024 [cited 2024 mars 7. Available from: [https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante#:~:text=Les%20communaut%C3%A9s%20professionnelles%20territoriales%20de%20sant%C3%A9%20\(CPTS\)%20regroupent%20les%20professionnels,r%C3%A9pondre%20%C3%A0%20des%20probl%C3%A9mat](https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante#:~:text=Les%20communaut%C3%A9s%20professionnelles%20territoriales%20de%20sant%C3%A9%20(CPTS)%20regroupent%20les%20professionnels,r%C3%A9pondre%20%C3%A0%20des%20probl%C3%A9mat).
55. Agence Régionale de Santé. PTSM Projet Territorial de Santé Mentale de la Gironde. Feuille de route. ARS; 2019.
56. Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? A postal survey in SouthWestern France. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005 novembre; 40: 892-8.
57. Meadows GN, Harvey CA, Joubert L, Barton D, Bedi G. Best practices : The consultation-liaison in primary-care psychiatry program : A structured approach to long-term collaboration. Psychiatr Serv. 2007; 58: 1036-8.
58. Fau L, Gelas Ample B, Pillot Meunier F. Psychiatrie et médecine générale : un futur commun ? L'info psy. 2017 février; 93: 107-10.
59. Simon N, Verdoux H. Impact de la formation théorique et clinique sur les attitudes de stigmatisation des étudiants en médecine envers la psychiatrie et la pathologie psychiatrique. L'Encéphale. 2018; 44: 329-336.

60. Ministère de la Santé et de la Prévention. ars.sante.fr. [Online].; 2023 [cited 2024 mars 17]. Available from: <https://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmier-aux-competences-elargies>.

61. Demailly L, Bresson M. Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en Charge des troubles psychiques. IFRESI ; 2005.

# Table des matières

Remerciements .....	2
Sommaire .....	3
Table des tableaux .....	6
Abréviations .....	7
Introduction .....	8
1. Contexte général de l'étude .....	8
1.1 Organisation des soins psychiatriques publics en France .....	8
1.2 Épidémiologie .....	8
1.3 Coût de la santé mentale .....	9
2. La collaboration médecin généraliste - psychiatre .....	10
3. Objectif de l'étude.....	12
Matériel et méthode .....	13
1. Type d'étude .....	13
2. Population interrogée .....	13
3. Recueil des données .....	14
3.1 Déroulement des entretiens.....	14
3.2 Guide d'entretien .....	14
3.3 Saturation des données .....	15
4. Traitement des données .....	16
4.1 Retranscription.....	16
4.2 Analyse .....	16
Résultats.....	18
❖ Caractéristiques des médecins : .....	18

❖	Caractéristiques des entretiens.....	19
❖	Résultats des entretiens .....	19
PARTIE 1 : Un travail d'équipe.....		20
1. Collaboration.....		20
1.1. Une nécessité .....		20
❖	Prises en charge complexes .....	20
❖	Perception différente et des compétences complémentaires au service du patient .....	21
♦	Perception différente du patient.....	21
♦	Des compétences complémentaires .....	22
♦	Une mise en commun nécessaire .....	22
❖	Des espaces distincts.....	23
♦	Pour le patient : .....	23
♦	Pour le praticien : .....	23
1.2. En pratique.....		24
❖	Fondement de la collaboration.....	24
♦	Le patient au centre de la prise en charge.....	24
♦	Disponibilité des professionnels .....	24
♦	Confiance réciproque.....	24
❖	Répartition de la prise en charge .....	25
❖	La psychiatrie, une discipline qui nécessite du temps.....	26
2. Communication actuelle.....		26
2.1. Moyens utilisés.....		26
❖	Le téléphone .....	26
❖	Les courriers .....	27

❖ Outils numériques .....	28
♦ Le mail .....	28
♦ Dispositif d'échange numérique sécurisé : Paaco-globule.....	28
♦ Visio conférence .....	28
❖ Le patient vecteur de l'information .....	28
❖ Communication via l'infirmier de CMP.....	29
2.2. Les défauts de la communication .....	29
❖ Absence de spontanéité bilatérale .....	29
❖ Un message implicite .....	30
❖ Incompréhension réciproque .....	30
❖ Conséquences sur la prise en charge .....	30
2.3. Points positifs de la communication .....	32
❖ Efficacité.....	32
❖ Progrès constatés .....	32
PARTIE 2 : Une prise en charge à la frontière du corps et de l'esprit .....	33
1. Rôles et Interactions entre Psychiatres et Médecins Généralistes.....	33
1.1. Le psychiatre : médecin traitant du mental.....	33
1.2. Place du médecin généraliste au cours d'une prise en charge psychiatrique .....	34
❖ Médecin traitant, médecin de famille.....	34
❖ A l'écart de la prise en charge psychiatrique.....	35
❖ Un partenaire sous-estimé.....	35
2. Les soins au CMP.....	36
2.1. Travail d'équipe pluriprofessionnel .....	36
2.2. CMP : Guichet unique de la santé mentale.....	36



3. Préjugés/représentations .....	37
3.1. Stigmatisation réelle ou présumée .....	37
❖ Origine .....	37
❖ Évolution positive de l'image de la psychiatrie.....	38
❖ Impact sur la prise en charge du patient.....	38
3.2. Psychiatrie, une spécialité considérée comme les autres .....	39
3.3. Sentiment d'illégitimité somatique en psychiatrie .....	39
PARTIE 3 : La relation médecin généraliste – psychiatre .....	40
1. Points de vue sur l'efficacité de la collaboration.....	40
1.1 Ressenti global .....	40
1.2. Les forces de la collaboration .....	41
❖ Réactivité dans l'urgence .....	41
❖ Échanges en cas de prises en charge compliquées .....	41
❖ Les patients adressés au CMP : une orientation adaptée .....	41
1.3. Les faiblesses de la collaboration .....	42
2. Facteurs influençant la collaboration .....	43
2.1. Géographie .....	43
❖ Proximité avec le centre hospitalier spécialisé .....	43
❖ En milieu rural .....	43
2.2. Connaissance mutuelle .....	43
2.3. Réseaux sociaux en ligne .....	44
2.4. Une question d'habitude.....	44
2.5. Manque de temps médical.....	45
2.6. Aspect médico-légal des soins psychiatriques .....	45
❖ Des soins sous contraintes .....	46

❖ Une confidentialité à part.....	46
2.7. Des recommandations de sociétés savantes inconnues.....	47
3. Réactions aux problèmes de collaboration .....	47
3.1. Sentiment d'impuissance, résignation .....	47
3.2. Propositions d'amélioration .....	48
Discussion .....	49
PARTIE 1 : Communication : défauts et atouts .....	49
1. Communication altérée, phénomène non spécifique à la psychiatrie .....	49
2. Silence des psychiatres, une habitude presque historique .....	49
3. La responsabilité des médecins généralistes.....	51
4. Des outils de communication situationnels.....	52
5. La communication au service de la déstigmatisation .....	53
PARTIE 2 : Une collaboration non formelle .....	55
1. Deux médecins traitants pour un patient.....	55
2. Chacun son rôle, mais quel est-il ? .....	57
PARTIE 3 : L'avenir de la collaboration.....	59
1. Des recommandations de bonnes pratiques non adaptées au terrain .....	59
2. Des actions locales concrètes, encouragées par l'État .....	60
3. Se connaître pour mieux collaborer .....	61
4. Initiation à la psychiatrie en médecine générale dès l'internat .....	62
5. Une collaboration au-delà du médecin .....	62
5.1. Le rôle central de l'infirmier.....	62
5.2. Psychothérapie.....	63
PARTIE 4 : Forces et limites .....	64
Conclusion .....	67

Bibliographie .....	68
Table des matières.....	77
Annexes .....	83
Annexe n°1 : guide d’entretien psychiatre .....	83
Annexe n°2 : guide d’entretien généraliste .....	85
Annexe n°3 : Charte de partenariat.....	87
Serment d’Hippocrate .....	88
Résumé .....	89

# Annexes

## Annexe n°1 : guide d'entretien psychiatre

### GUIDE D'ENTRETIEN PSYCHIATRE (version modifiée)

Profil du médecin :

Sexe :

Type d'exercice : rural, semi rural, urbain

Nombre d'acte moyen quotidien :

Durée d'exercice depuis la fin de l'internat :

Expérience particulière/formation en somatique :

Adhésion à des associations ou des syndicats médicaux ?

1/ Connaissez-vous l'existence de recommandations concernant la collaboration médecin généraliste – psychiatre ? Influencent-elles (influenceraient-elles) votre pratique ?

2/ Pourriez-vous me raconter quelle a été votre dernière expérience somatique que vous avez eu à gérer seul(e) en consultation ?

3/ Dans quelle situation vous estimez-vous que l'avis d'un somaticien est nécessaire ? Avez-vous un exemple récent ?

Comment procédez-vous pour orienter le patient ?

4/ Comment s'organise la prise en charge d'un patient suite à un premier contact avec le secteur psychiatrique

relance : retour au médecin généraliste ? Au bout de combien de temps ? par quel moyen ?

5/ Dans le cas d'un patient suivi au long cours, comment décririez-vous la prise en charge conjointe, et vos échanges avec le médecin traitant ?

*Relance possible : type d'information échangée / moyens utilisés / fréquence / renouvellement traitement... organisation du relais de prise en charge en médecine générale ?*

6/ Avez-vous des échanges directs avec des somaticiens hors médecin généraliste ?

Ces relations sont-elles comparables ?

7/ Pensez-vous que votre relation avec le médecin généraliste soit comparable à celle qu'entretiennent les médecins généralistes avec les autres spécialistes ? Existence de préjugé ?

8/ a) Quelles sont vos attentes envers le médecin généraliste lors d'une prise en charge commune ?

Dans quelle mesure sont-elles satisfaites ?

b) A votre avis qu'attend le médecin généraliste de vous ?

Arrivez-vous à répondre à ces attentes ?

8/ Pouvez-vous, à travers une expérience vécue, identifier les difficultés rencontrées dans l'échange avec les médecins généralistes ?

Avez-vous d'autre part, des exemples d'échange efficient ?

10/ Quelle est votre niveau de satisfaction concernant la qualité de votre relation avec les médecins généralistes ? Pensez-vous qu'elle permette une prise en charge satisfaisante des patients ?

11/ Selon vous, quel(s) changement(s) pourrai(en)t être apporté(s) en priorité pour améliorer la relation avec les médecins généralistes ?

12/ Avez-vous des choses à rajouter ?



11/ Selon vous, quel(s) changement(s) pourrai(en)t être apporté(s) en priorité pour améliorer la relation avec les psychiatres ?

12/ Avez-vous des choses à rajouter ?

# Annexe n°3 : Charte de partenariat

74

## VI. Annexes

Annexe n°1: Charte de Partenariat

# Charte de partenariat

## Médecine générale & Psychiatrie de secteur

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

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

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

le 20 mars 2014

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



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





## Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

## Résumé

**Titre :** État des lieux de la communication entre psychiatres de centre médico-psychologique et médecins généralistes libéraux dans le Sud-Gironde.

**Introduction :** Les patients atteints de troubles psychiatriques ont une espérance et une qualité de vie inférieure à la population générale. Les causes sont multiples, les lacunes de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres en soins ambulatoires en font parties. L'amélioration de cette collaboration doit être adaptée au secteur d'activité, et aux moyens disponibles.

**Méthode :** étude qualitative avec approche par théorisation ancrée, par entretiens semi-dirigés, auprès de 5 généralistes et de 6 psychiatres de CMP.

**Résultats :** les praticiens du Sud Gironde étaient dans l'ensemble, satisfaits de leur collaboration. Le manque de communication au cours des suivis chroniques affectait négativement la prise en charge globale du patient. Le psychiatre, grâce à l'équipe pluridisciplinaire du CMP, bénéficiait d'une autonomie de prise en charge, ce qui en faisait le « médecin traitant » du mental. Le manque d'information et l'absence de répartition claire des soins à mettre en place étaient source d'erreurs. Les recommandations de bonnes pratiques proposées par des sociétés savantes n'étaient pas connues. La réactivité des praticiens et une confiance mutuelle aboutissaient à une bonne coordination des soins aigus graves ou complexes. Les rencontres entre confrères permettaient de tisser des liens favorables à une meilleure collaboration.

**Conclusion :** Le Sud Gironde est confronté à des difficultés de collaboration dont les problématiques se retrouvent ailleurs. Les acteurs de soins, réunis autour de Projets Territoriaux en Santé Mentale et autour de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, œuvrent activement à l'amélioration de la collaboration.

**Mots clés :** collaboration ; coopération ; communication ; médecine générale ; médecin généraliste ; psychiatrie ; psychiatre ; Sud Gironde ; centre médico-psychologique