



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 6 juillet 2023 à Poitiers
par **Elsa Lannot**

Etat des lieux sur les échanges, les moyens et les outils de communication
entre médecins psychiatres et généralistes dans le département de la Vienne

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur XAVIER Jean

Membres :

Docteur PERON Sylvie

Docteur FRECHE Bernard

Directeur de thèse :

Docteur AUXIRE Pauline



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 6 juillet 2023 à Poitiers
par **Elsa Lannot**

**Etat des lieux sur les échanges, les moyens et les outils de communication
entre médecins psychiatres et généralistes dans le département de la Vienne**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur XAVIER Jean

Membres :

Docteur PERON Sylvie

Docteur FRECHE Bernard

Directeur de thèse :

Docteur AUXIRE Pauline

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

reproduction

- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements

A ma directrice de thèse ,

Docteur Pauline Auxire, praticien hospitalier

Tu m'as accueilli dans ton service en gériatrie-psychiatrie au Pavillon Cousin au CHHL, lors de mon stage hors filière et tu m'as fait l'honneur de diriger aussi cette thèse.

Je te remercie pour ta disponibilité, le partage de tes connaissances, et tes encouragements tout au long de ces 3 ans.

Sois assurée de ma profonde reconnaissance.

A mon Président de jury de thèse,

Pr Jean Xavier, Professeur des Universités

Vous m'avez fait l'honneur de présider le jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères.

Aux membres de mon jury,

Dr Sylvie Peron, psychiatre, ancien chef de service des soins ambulatoires intersectoriels

Dr Bernard Freche, professeur associé de médecine générale

Vous avez accepté de participer à ce jury de thèse, veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

A tous les médecins que j'ai rencontrés dans mon parcours que ce soit à la Pitié-Salpêtrière, rue d'Assas à Paris ou à Poitiers, Angoulême, Faye L'Abesse ou Niort pour leur soutien, leur bienveillance et nos échanges.

A mon grand-père,

qui m'a transmis les valeurs du travail et

le respect des différences qui fait ce que nous sommes.

A ma mère

présente quoi qu'il en soit, toujours prête à recevoir pleurs, rires, écrits ou petits-enfants.

*A Jérôme, mon homme, mon futur époux,
que je ne remercie jamais assez pour
son soutien infailible et son optimisme indéfectible.*

*A mes enfants, Aurèle et Sélène,
toujours prêts à faire sourire leur Maman quand ça ne va pas.
J'espère vous avoir transmis une ouverture sur le monde bienveillante
sans oublier qui vous êtes.*

*A tous les membres de ma famille et à tous mes amis
qui m'ont soutenu tout au long de ce parcours sans jamais me juger.*

M E R C I

Sommaire

Introduction	Page 12
I. Matériels et méthodes	Page 22
I.1. Schéma de l'étude	Page 22
I.2. Population	Page 22
I.3. Questionnaires	Page 24
I.4. Analyse statistique	Page 25
II. Résultats	Page 26
II.1. Population	Page 26
II. 2. Principales étapes de l'étude et effectifs	Page 28
III. Discussion	Page 36
III.1. Questionnaires	Page 36
III.2. Population	Page 37
III.3. Connaissance du fonctionnement de la psychiatrie	Page 38
III.4. Echanges et outils de communication	Page 38
IV. Perspectives	Page 43
Conclusion	Page 45
Bibliographie	Page 47
Annexe 1	Page 49
Annexe 2	Page 55
Annexe 3	Page 58
Résumé	Page 59
Serment d'Hippocrate	Page 60

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

Jean-Luc Gallais, 2014 (1)

Introduction

Les échanges entre médecins psychiatres et médecins généralistes paraissent complexes malgré la charte de partenariat Médecine Générale et Psychiatrie rédigée en 2014 (2) ainsi que les recommandations de la Haute Autorités de Santé (HAS) en 2015 (3). En effet, les difficultés exprimées tant par les médecins généralistes que par les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale, et leurs conséquences pour les patients, mettent en évidence la nécessité d'améliorer la communication et la coordination interprofessionnelles, moyens indispensables pour améliorer la qualité des prises en charge et assurer la continuité des soins.

Les troubles psychiatriques sont fréquents en médecine générale : ils représenteraient 15% des consultations. Le médecin généraliste serait identifié par la population générale comme le professionnel le plus consulté en cas de problème psychologique (58% de la population adulte (4)), les médecins généralistes étant à l'initiative de 90% des traitements antidépresseurs (5).

Les patients présentant ce type de troubles sont exposés à :

- une augmentation des risques somatiques connus, tels des événements cardio-vasculaires précoces ;
- des cancers notamment celui du sein chez les femmes schizophrènes, des maladies du système nerveux telles l'épilepsie ;
- des maladies respiratoires ou infectieuses ;
- des événements iatrogènes en lien avec la prise d'anti-psychotiques aux nombreux effets secondaires comme le syndrome métabolique et l'allongement du QT qui peut être à l'origine de troubles du rythme ventriculaire pouvant provoquer un arrêt cardiaque (6).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'est ailleurs prononcée en 2017 pour que des efforts soient réalisés à tous les niveaux afin d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes de maladie mentale. L'objectif est de réduire d'un tiers leur mortalité prématurée d'ici 2030 (7). Il apparaît donc qu'une coopération entre médecins généralistes et psychiatres s'avère nécessaire. Concernant cette coopération, une étude pilote d'expérimentation de la

charte de partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur en 2015 a été menée sur 6 sites volontaires qui correspondaient chacun à un secteur géographique. L'expérimentation a été coordonnée par le Collège des Médecins Généralistes (CMG) (8). Un état des lieux a été ainsi réalisé sur le territoire rural de Gençay/Civray dans le cadre de cette étude pilote. Il en ressortait que malgré l'instauration de cette charte, la coopération dans ce secteur d'étude restait insuffisante selon les 21 médecins généralistes et les 3 médecins psychiatres interrogés. Les facteurs retrouvés limitant cette coordination étaient majoritairement l'opposition du patient atteint de trouble psychiatrique et le suivi en médecine générale qui pouvait s'avérer difficile pour lui (9).

Le Centre Hospitalier Henri Laborit (CHHL) est l'établissement public de référence en psychiatrie et en santé mentale dans le département de la Vienne, avec 39 structures extrahospitalières réparties dans toute la Vienne. L'offre de soin se fait en fonction de l'âge :

- de 0 à 6 ans : secteur de la périnatalité et petite enfance ;
- de 6 à 12 ans : secteur de l'enfance ;
- de 12-18 ans : secteur de l'adolescence ;
- de 18 à 75 ans : hospitalisation complète, Hôpital De Jour (HDJ), filière addictologie, Centre Médico-Psychologique (CMP) ;
- après 75 ans : psychiatrie de la personne âgée avec hospitalisation complète, HDJ, psychiatrie de liaison (Centre Hospitalier Universitaire (CHU)), Equipe Mobile Pour Personne Agée (EMPPA), Etablissement d'Hébergement Pour Personne Dépendante (EHPAD).

L'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale s'organise selon le principe de la sectorisation, c'est-à-dire en fonction du lieu d'habitation des patients avec un secteur donné rattaché au Centre Hospitalier Henri Laborit (CHHL). Le département de la Vienne est découpé en cinq secteurs de psychiatrie adulte. Dans chaque secteur, une équipe pluridisciplinaire assure l'accessibilité, la continuité et la proximité des soins pour toute personne nécessitant des soins psychiatriques, au plus près de son lieu de vie. Chaque secteur de psychiatrie a son médecin somaticien soit 7 au total.

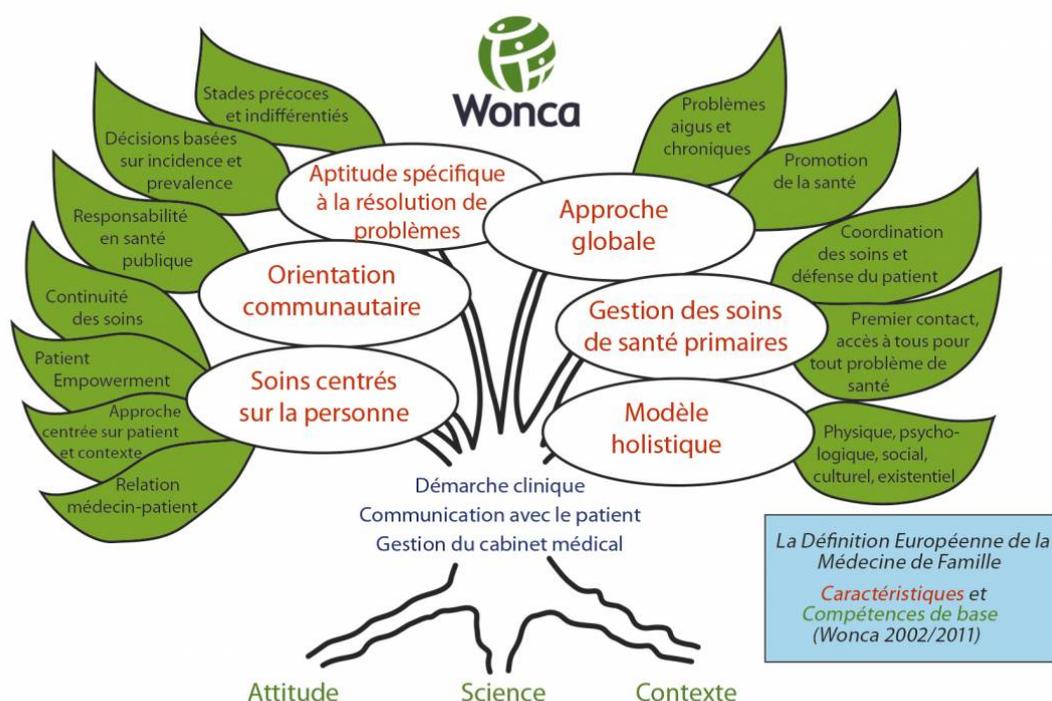
La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (10) a fait évoluer la politique nationale de santé mentale en élaborant un Projet Territorial de Santé Mentale établi à partir d'un diagnostic partagé entre les acteurs du territoire. Le diagnostic partagé est *“un état des lieux des ressources qui identifie les problématiques et les insuffisances et préconise des pistes et des actions d'amélioration”*(11). Celui du département de la Vienne a été défini en novembre 2018 avec, entre autres, deux objectifs nous intéressant particulièrement dans ce travail : la facilitation de l'accès aux soins somatiques et l'amélioration de la prise en charge somatique des patients par le développement des échanges entre médecins psychiatres et médecins généralistes.

La Société européenne de médecine générale, médecine de famille - WONCA Europe - qui représente sur le plan tant académique que scientifique, la discipline de la médecine générale au niveau européen, définit les principes de cette discipline en proposant une vision consensuelle des missions du médecin généraliste qui devrait donc :

- être un premier contact pour les patients avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers ;
- avoir un rôle d'intervention à un stade précoce et indifférencié de la maladie ;
- avoir un rôle de coordination des soins avec les autres professionnels de soins primaires et des autres spécialités ;
- avoir une approche centrée sur le patient dans ses dimensions individuelles, familiales, et sociales ;
- permettre la construction dans la durée d'une relation médecin-patient ;
- assurer des soins continus et longitudinaux ;
- avoir une démarche décisionnelle spécifique se basant sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires ;
- gérer simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient,
- favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace ;
- avoir une responsabilité spécifique de santé publique ;
- répondre aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle (12).

L'activité professionnelle des médecins généralistes est représentée par la WONCA sous forme d'un arbre (Figure 1).

Figure 1. La définition européenne de la médecine de famille. Caractéristiques et compétences de base. Source : WONCA Europe (44)



Les missions du médecin généraliste, similaires à celles définies par la WONCA, sont pour la première fois inscrites dans l'article 36 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (13).

L'article L1411 du code de la Santé Publique de la loi précédemment citée précise que "l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours de qualité et de sécurité recours aux soins. Ces soins comprennent :

1. La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients.
2. La dispensation et l'administration des traitements.
3. L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social.
4. L'éducation et la santé (14)."

De ces caractéristiques, découle la fonction du médecin généraliste qui s'inscrit dans quatre domaines :

1. Parcours de soins, parcours de santé au bénéfice du patient.
2. Tenue du dossier médical, dossier patient partagé.
3. Mise en œuvre d'outils communicants types messagerie sécurisée, échanges et conférences téléphoniques.
4. Organisation des soins autour des compétences développées en médecine générale (15).

De là, découlent les missions et les compétences du médecin généraliste au nombre de cinq répertoriées dans le rapport du Pr. Pierre-Louis Druais (15):

1. Approche centrée patient, relation, communication, approche globale et complexité.
2. Premier recours et urgences.
3. Education en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire.
4. Continuité, suivi et coordination des soins.
5. Professionnalisme.

La médecine générale est donc une médecine de premier recours qui assure une prise en charge globale du patient par la continuité et la coordination de ses soins entre médecins généralistes et les autres médecins spécialistes. En effet, le médecin généraliste conçoit son rôle comme étant un coordonnateur de la prise en charge de ses patients pouvant initier, si besoin, l'intervention d'un autre spécialiste (21). Il est donc en attente d'un retour d'informations - diagnostic, risque suicidaire, pronostic, suivi ultérieur et traitement (23). Les médecins généralistes estiment ne pas avoir suffisamment de retour d'informations de la part de leur confrère psychiatre (22) contrairement à leurs confrères des autres spécialités médicales (24). De plus, un contact direct avec les équipes psychiatriques semble également problématique : seuls 40% des médecins généralistes considèrent avoir un accès téléphonique facile aux services, s'ils en ont besoin (25). En 2009, selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les médecins généralistes demandaient une collaboration pour 43% de leurs patients psychiatriques, mais seulement 36% de leurs

demandes étaient satisfaites (26), ce qui témoigne d'une collaboration difficile entre les deux disciplines.

Les missions de la psychiatrie sont définies dans l'article L3221-3 modifié par Ordonnance n°2021-583 du 12 mai 2021 - art. 1 et consistent à garantir à l'ensemble de la population :

- un recours de proximité en soins psychiatriques ;
- l'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ;
- la continuité des soins psychiatriques, en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs de soins ;
- les actions menées en matière de prévention, de soins et d'insertion (16).

Le premier recours des patients face à une souffrance psychique qu'elle soit d'ordre psychiatrique ou psychologique, reste le médecin généraliste dans 58% des cas (17). Cependant plusieurs études ont démontré que seulement la moitié des patients ayant un trouble psychiatrique était identifiée par leur médecin généraliste (18) et qu'une fois orientés aux médecins psychiatres, 89% des patients étaient, dorénavant, pris exclusivement en charge par ces spécialistes (19), ce qui semblait alors conduire les médecins généralistes à une certaine réticence à leur adresser d'autres patients (20). De plus, il a été mis en évidence par Massé et Lesieur que le médecin généraliste avait le sentiment de ne pas être suffisamment pris en compte comme partenaire de soins (21) et d'avoir un rôle se limitant aux soins physiques et au renouvellement des traitements psychiatriques (22).

Les médecins psychiatres retrouvent, eux aussi, un manque de communication et de transmission d'informations de la part des médecins généralistes : 33% des psychiatres considèrent ne recevoir aucune information de la part du médecin qui oriente le patient vers eux (27). Au total, 69% des psychiatres estiment leur communication insuffisante avec les généralistes (27).

Ainsi, aussi bien les acteurs du dispositif de soins psychiatriques que les médecins généralistes regrettent leurs difficultés à collaborer (30).

C'est dans la « charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur » signée par la Conférence nationale des présidents de la Commission médicale d'établissement (CME) des centres hospitaliers spécialisés (CHS) et le Collège de la médecine générale (CMG) qu'est promu l'encouragement à une coordination pour une prise en charge globale des patients souffrant de troubles mentaux (29).

La psychiatrie étant organisée en secteurs, le psychiatre de secteur en charge d'un patient se doit d'identifier un médecin généraliste traitant pour chacun de ses patients dans la perspective d'une prise en charge coordonnée de celui-ci, notamment sur le plan somatique.

Le médecin généraliste traitant assure le suivi médical global du patient et, dans ce cadre, participe à la prévention et à la surveillance des effets secondaires des traitements, en particulier lors de comorbidités somatiques et psychiatriques.

La transmission des informations de la part du psychiatre de secteur au médecin généraliste traitant est assurée dès l'adressage du patient aux structures de soins avec accès téléphonique direct réciproque. En cas de suivi spécialisé, le médecin généraliste traitant, en tant que coordonnateur des soins, est informé régulièrement des modalités en cours et/ou envisagées quant à la prise en charge ponctuelle ou durable (34).

Selon les recommandations internationales, l'objectif est une prise en charge globale du patient atteint de maladie mentale qui doit être une amélioration tant sur le plan personnel et social, que sur le plan médical. En ce qui concerne la prise en charge psychiatrique, elle correspond à "l'atténuation objective des symptômes" (28) et, concernant la prise en charge somatique, elle se doit de dépister les problèmes de santé physique, de surveiller les effets secondaires des traitements, de prendre en compte les particularités du mode de vie des patients, de traiter les affections ou les complications somatiques, et de noter les consultations de suivi (28).

Face à cette difficulté d'établir des relations de collaboration fluides entre psychiatres et généralistes pour une prise en charge globale de leur patient, des expériences innovantes ont été menées comme :

- à Lyon, le centre hospitalier psychiatrique du Vinatier avec des psychiatres, infirmières

psychiatriques, médecins généralistes et médecins polyvalents en santé mentale, a mis en place un dispositif appelé CORESO, une consultation relais, qui permet de faire un bilan des problèmes de santé somatiques des patients et de les accompagner vers une prise en charge par la médecine générale libérale (31) ;

- à Toulouse, depuis 2017, le centre hospitalier psychiatrique Gérard Marchant, le CHU et l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) ont mis en place un dispositif de soins psychiatrique partagé (DSPP) qui permet aux médecins généralistes en difficulté dans la prise en charge de leur patient d'avoir un avis spécialisé par des médecins hospitaliers et libéraux, des psychologues et des infirmiers. Il s'agit d'une permanence téléphonique assurée tous les jours de la semaine. Le patient peut également être reçu en consultation pour une évaluation. Ce dispositif est dit « apprenant », c'est-à-dire qu'il est question d'une transmission de compétences psychiatriques au médecin généraliste ;
- à Créteil, un DSPP existe aussi au pôle de psychiatrie et d'addictologie à l'hôpital Albert Chenevier ;
- un autre DSPP a également été mis en place par le réseau Sud Yvelines (30).

Une autre piste pour améliorer les échanges entre médecins psychiatres et médecins généralistes, était la formation des internes qui est, d'ailleurs, inscrite dans la charte de partenariat (2). L'objectif était de mieux faire connaître l'autre spécialité aux jeunes médecins et de partager connaissances et fonctionnement afin de pouvoir mieux saisir les enjeux de cette collaboration entre médecins. En 2018, le guide de la HAS pour la coordination entre médecins généralistes et les différents acteurs de la psychiatrie a aussi préconisé d'intégrer la possibilité d'effectuer un stage en psychiatrie pour les internes en médecine générale. De même, il serait possible de réaliser des stages en médecine générale pour les internes en psychiatrie, selon le modèle de formations croisées proposées par la faculté de médecine de Montpellier (29).

Au niveau local, dans le département de la Vienne :

- des réunions pluri-disciplinaires (RCP) régulières sont organisées au sein de

certaines EHPAD : elles regroupent des neurologues du CHU de Poitiers, médecins somaticiens, médecins coordonnateurs, infirmiers coordonnateurs et infirmiers. Ces RCP sont sollicitées par les médecins coordonnateurs pour des prises en charge complexes nécessitant de prendre une décision collégiale accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science.

- l'équipe mobile de psychiatrie pour la personne âgée intervenant à domicile ou en EHPAD est sollicitée par médecin généraliste ou médecin coordonnateur. Fonctionnant également en secteur géographique, elles disposent d'un territoire d'intervention défini et articulé avec celui des autres intervenants auprès des personnes âgées en EHPAD : médecin généraliste ou coordonnateur, infirmier à domicile, aides à domicile...
- des avis par téléphone ou par visio-conférence sont également proposés aux médecins coordonnateurs d'EHPAD ou aux médecins généralistes par l'EMPPA renforcée par un médecin géro-psycho-geriatrie pour des troubles du comportement en lien avec des patients atteints de maladies neurodégénératives pour une grande majorité des patients.

Pour améliorer cette collaboration, des solutions ont donc été développées selon les recommandations de la charte de partenariat, du guide HAS et des recommandations internationales, mais sont restées insuffisantes.

L'objectif principal de cette étude était de dresser un état des lieux sur les échanges, les moyens et les outils de communication entre médecins psychiatres et médecins généralistes dans le département de la Vienne et de tenter de comprendre pourquoi ces échanges sont complexes. Les questions de recherche ont été formulées comme suit :

- quand, comment, et par quel moyen un patient est-il adressé aux médecins psychiatres par les médecins généralistes et qu'en perçoivent les médecins psychiatres ?
- quelles sont les informations transmises par les médecins psychiatres et dans quels délais est-il possible de les transmettre aux médecins généralistes et qu'en perçoivent ces derniers ?

L'objectif secondaire était de pouvoir envisager des pistes de recherches et de solutions en ce qui concerne les échanges, les moyens et les outils de communication entre médecins psychiatres et médecins généralistes afin d'améliorer la prise en charge du patient au centre des préoccupations de ces deux spécialités.

I. Matériels et méthodes

I.1. Schéma de l'étude

La méthode choisie pour ce travail de thèse a été celle d'une étude observationnelle et descriptive des pratiques professionnelles, à partir de la réalisation de questionnaires adressés à des médecins psychiatres d'une part et à des médecins généralistes d'autre part.

I.2. Population

L'étude s'est déroulée de manière concomitante auprès des médecins généralistes et psychiatres exerçant dans le département de la Vienne de mai 2021 à août 2022.

Les critères d'inclusion étaient le fait d'exercer dans le département de la Vienne en tant que médecin généraliste titulaire, remplaçant ou psychiatre libéral, praticien hospitalier (PH), contractuel, chef de clinique assistant (CCA), médecin junior ou internes.

Les internes de médecine générale n'exerçant pas de remplacement n'ont pas été inclus dans l'étude en raison de leur modeste expérience en médecine générale des échanges entre généralistes et psychiatres.

Les critères d'exclusion, pour répondre au mieux au critère de jugement principal, étaient les suivants :

- les médecins autres que psychiatres et généralistes ;
- les étudiants hospitaliers (externes) du deuxième cycle des études médicales, pour des difficultés potentielles d'évaluation du critère de jugement à cause du manque d'expériences dans ces échanges ;
- les médecins exerçant en-dehors du département de la Vienne.

Afin d'être le plus représentatif possible, cette enquête a souhaité toucher le plus de structures possibles, que ce soit en milieu hospitalier ou en activité libérale - en ville ou en

milieu semi-rural voire rural.

L'échantillonnage concernait la totalité des médecins généralistes et psychiatres répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion dans le département de la Vienne. La participation à l'étude était anonyme et basée sur le volontariat.

L'échantillonnage a été réalisé en recensant la totalité des médecins généralistes et psychiatres du département de la Vienne via l'enregistrement des médecins au conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) soit 635 médecins généralistes et 120 psychiatres.

Le recrutement des médecins généralistes s'est fait par le CDOM et pour seulement 55 praticiens qui acceptaient de répondre à ce type de sollicitation. Les médecins généralistes ont également été recrutés via un réseau personnel se trouvant essentiellement dans le sud de la Vienne.

Le recrutement des médecins psychiatres s'est fait exclusivement par mail et sur le site du Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers comptant 113 médecins psychiatres toutes fonctions confondues. L'envoi des mails s'est fait par réseau personnel avec au total 113 praticiens hospitaliers en psychiatrie et 6 médecins somaticiens sollicités. Les caractéristiques du recrutement sont représentées à la figure 1 dans la première partie des résultats.

Comme dit plus haut, le CHHL a intégré dans chacun de ses secteurs un médecin somaticien - généralistes, gériatres. Quatre de ces médecins ont répondu aux questionnaires des psychiatres et leurs réponses ont été traitées comme des réponses de médecins psychiatres puisqu'ils font partie intégrante du fonctionnement d'un secteur psychiatrique hospitalier.

I.3. Questionnaires

Deux questionnaires ont été réalisés : un pour les médecins psychiatres et un pour les généralistes. Ils n'étaient pas strictement identiques, mais les mêmes thèmes ont été abordés : les caractéristiques de la population interrogée, les acteurs de la communication, les informations partagées, les outils de communication utilisés, les délais de retour d'informations et les attentes des échanges interprofessionnels.

Concernant les caractéristiques de la population interrogée, il a été retenu comme principales caractéristiques : leur sexe, leur fonction, leur type d'exercice et leur temps d'exercice.

Pour les acteurs de la communication, il s'agit de la question 3 pour les deux questionnaires : qui est contacté ? par qui l'information a-t-elle été donnée ?

Quant aux informations partagées, il a été retenu le courrier d'adressage avec celles données par les médecins généralistes (question 5) et celles retrouvées par les psychiatres (question 4). Les informations partagées ont également concerné la lettre de liaison à la sortie d'un patient (question 5 pour les médecins psychiatres et question 6 pour les médecins généralistes), les items ont été élaborés en reprenant les critères de qualité de la lettre de liaison de sortie définis par la HAS en 2021 (32). Ont été retenus les critères de qualité suivants :

- parmi les 5 critères médico-administratifs : les dates d'entrée et de sortie, et l'identification du signataire de la lettre de liaison ;
- les 5 critères médicaux : le motif d'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les actes techniques et examens complémentaires pratiqués, les traitements médicamenteux de sortie prescrits et la planification des soins.

Par rapport aux informations échangées relatives au séjour hospitalier du patient après sa sortie, elles ont été élaborées à partir des critères qualité de la lettre de sortie (33). Le thème des moyens de communications a été abordé aux questions 4 et 7 pour les médecins généralistes, et seulement à la question 6 pour les médecins psychiatres. Pour les délais d'envoi, sont concernées la question 7 pour les praticiens de la psychiatrie et la question 8

pour les médecins généralistes. Enfin, les questions touchant aux attentes des échanges interprofessionnels sont les 8 et 9 pour les psychiatres et les 9 et 10 pour les généralistes.

Les mêmes items de réponse ont été proposés dans les questionnaires adressés respectivement aux psychiatres et aux généralistes, afin d'obtenir une certaine unité de lecture et de compréhension des réponses.

Dans un premier temps, les questionnaires ont été élaborés sur un document Word® (Microsoft, Redmond, Washington USA) (Annexe 1) puis envoyés par courrier électronique en mai 2021 par le Conseil de l'Ordre, mais seulement à 61 médecins généralistes du département de la Vienne acceptant de répondre à ce type de sollicitation. Les médecins psychiatres n'ont pu être contactés par le conseil départemental de l'ordre.

Devant l'absence de réponse en mars 2022, il a été décidé de proposer les questionnaires au format numérique et de les diffuser grâce à l'application de sondage Google forms® (Google, Santa Clara, Californie, USA). Tous les questionnaires étaient accompagnés du résumé de l'objectif de la thèse.

Dans un deuxième temps, la diffusion du questionnaire a été effectuée par un lien vers Google forms® auprès de 113 praticiens en psychiatrie et de 55 médecins généralistes. Les réponses ont été recueillies de mars à août 2022. L'étude s'est donc déroulée de manière concomitante auprès des médecins psychiatres et généralistes exerçant dans un seul et même département, la Vienne.

1.4. Analyse statistique

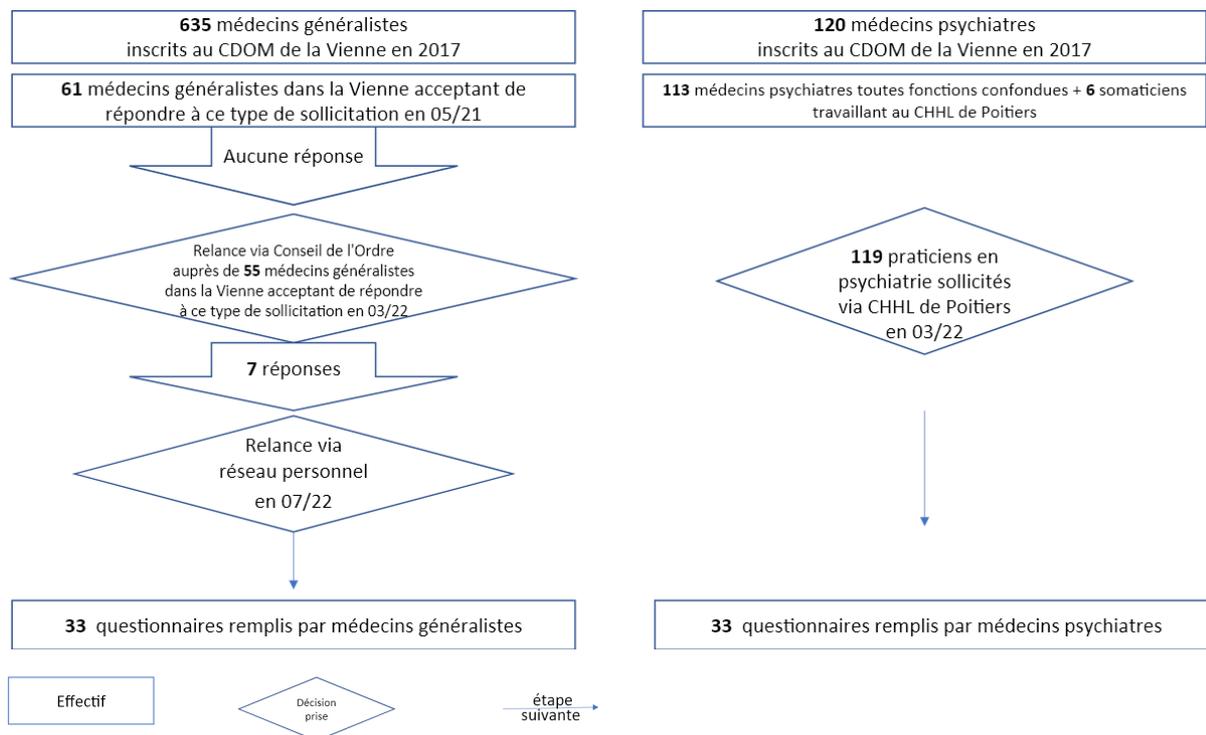
Les données ont été exprimées en moyenne et déviation standard, ou en nombre et en pourcentages. Tous les diagrammes de flux ont été réalisés à partir des analyses de Google forms®.

II. Résultats

II.1. Population

Le recrutement de la population est présenté à la Figure 1.

Figure 1. Diagramme des flux pour l'obtention des 66 questionnaires, tout spécialiste confondu.



Les caractéristiques de la population recrutée sont présentées dans le tableau 1, ci-dessous.

Tableau 1. Caractéristiques descriptives de la population

		Médecins psychiatres n = 33	Médecins généralistes n = 33
Sexe	Homme	13 (39%)	17 (52%)
	Femme	20 (61%)	16 (48%)
Fonction	PH, PH contractuel	18 (55%)	
	CCA, médecin junior, interne	11 (33%)	0 (0%)
	Médecin somaticien	4 (12%)	
	Médecin titulaire		30 (91%)
	Médecin remplaçant		3 (9%)
Type d'exercice	Consultation	14 (42%)	
	Hospitalisation	16 (48%)	
	Urgences	3 (9%)	
	Urbain		8 (24%)
	Semi- urbain		10 (30%)
	Rural		15 (45%)
Temps d'exercice	< 20 ans	10 (30%)	10 (30%)
	> 20 ans	23 (70%)	23 (30%)

Les données sont exprimées en nombre (pourcentage).

PH : praticien hospitalier

CCA : chef de clinique assistant

Les médecins généralistes étaient donc majoritairement représentés par des hommes (52%), titulaires (91%) et exerçant en milieu rural (46%) depuis plus de 20 ans pour 70% d'entre eux.

Les médecins psychiatres étaient ainsi majoritairement représentés par des femmes (61%), praticiens hospitaliers ou médecins contractuels (62%), travaillant en hôpital (49%) et ce, depuis plus de 20 ans pour 70% d'entre eux.

Concernant le fonctionnement de la psychiatrie, la plupart des médecins généralistes avaient connaissance de la sectorisation, des urgences psychiatriques, des CMP et des

différentes filières de la psychiatrie. En revanche, seuls 4 (12%) médecins généralistes avaient connaissance de l'utilisation d'une messagerie sécurisée entre médecins généralistes et psychiatres.

II. 2. Principales étapes de l'étude et effectifs

Concernant l'orientation des patients vers la psychiatrie, pour les médecins généralistes :

- les motifs les plus fréquents sont :
 - pour 12 médecins (36%), la gravité des symptômes en lien avec une pathologie psychiatrique décompensée ;
 - pour 10 généralistes (30%), l'environnement familial et/ ou psycho-social.
- leur contact de manière privilégiée sont :
 - pour 29 généralistes (88%), le médecin psychiatre de leur patient, s'ils sont déjà en possession de ses nom et coordonnées ;
 - pour 29 médecins (88%), les CMP où leur patient est suivi.
- l'outil de communication privilégié est :
 - le courrier remis au patient ou à ses proches pour 29 (88%) des médecins ;
 - la Plateforme Territoriale d'Appui pour 23 (70%) médecins interrogés.
- les informations partagées dans le courrier de demande sont :
 - pour 33 (100%) des médecins : le motif du recours, les antécédents médicaux, le traitements en cours, les symptômes et les hypothèses diagnostiques ;
 - pour 32 (96%), les modalités du suivi du patient, s'il y en a un.

Ces informations sont reprises et représentées en comparaison avec celles des médecins psychiatres à la figure 2.

Lorsqu'ils recevaient un patient, les médecins psychiatres avaient connaissance :

- d'un médecin traitant pour 30 médecins (91%) et d'un autre médecin spécialiste pour 11 psychiatres (33%) ;
- d'un motif dont les deux plus fréquents sont :
 1. pour 18 médecins (55%), la gravité des symptômes en lien avec une pathologie psychiatrique décompensée ;
 2. pour 15 psychiatres (45%), la demande avec urgence ressentie par le patient.

Les psychiatres indiquaient être contactés principalement pour un recours à une prise en charge psychiatrique par :

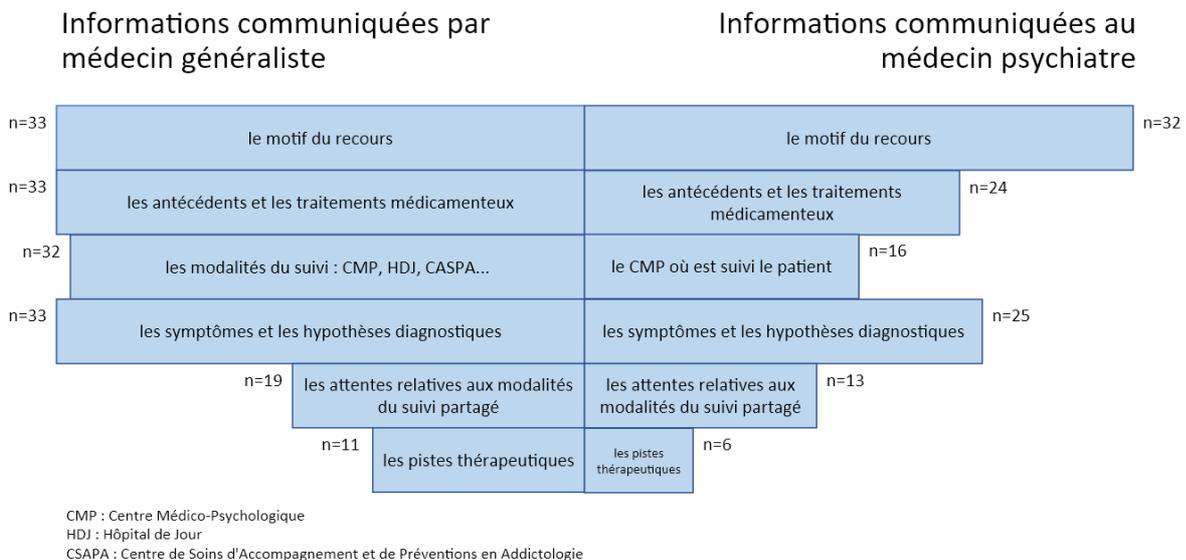
1. le centre médico-psychologique où est suivi le patient pour 25 des médecins (76%);
2. le patient lui-même selon 24 psychiatres interrogés (73%) ;
3. le courrier du médecin généraliste remis au patient ou à un de ses proches, ou par une autre structure de soins telle que l'EMPPA, maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil, pour 22 médecins (67%) ;
4. par d'autres professionnels comme les infirmiers libéraux pour 21 des réponses (64%) au questionnaire ;
5. par le médecin généraliste lui-même, seulement pour 17 psychiatres (52%).

Dans le courrier du médecin généraliste, les médecins psychiatres retrouvaient :

1. le motif de recours pour 32 médecins (97%), avec 3 motifs principaux : celui le plus fréquemment évoqués étant la demande avec urgence ressentie par le patient pour 8 psychiatres (24%), puis la gravité des symptômes pour 8 médecins (24%) également et enfin un patient déjà suivi par le CHHL pour 6 psychiatres (18%).
2. les symptômes et les hypothèses diagnostiques pour 25 médecins (76%).
3. les antécédents médicaux et les traitements en cours pour 24 psychiatres (73%).

Ces informations sont illustrées dans la figure 2.

Figure 2. Informations communiquées lors d'une demande de recours de prise en charge psychiatrique

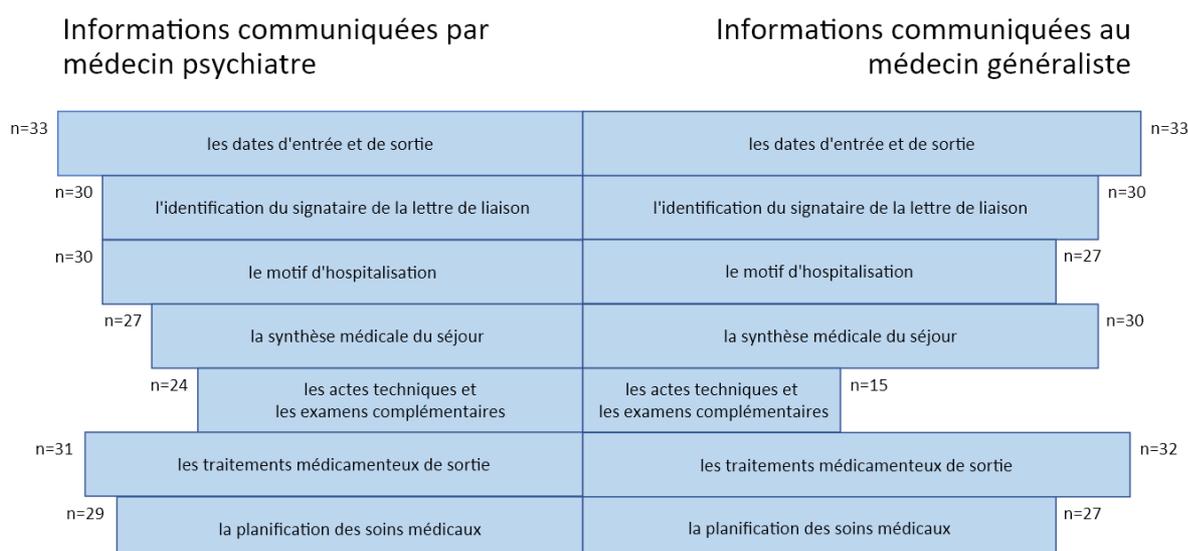


Les informations communiquées après une hospitalisation au médecin généraliste figurant dans le courrier, étaient:

- les dates d'entrée et de sortie pour 33 médecins généralistes (100%) ;
- les traitements médicamenteux de sortie pour 32 médecins (96%) ;
- la synthèse médicale du séjour et l'identification du signataire de la lettre de liaison pour 30 médecins (91%) ;
- le motif de l'hospitalisation pour 27 généralistes (82%) ;
- et ce, dans un délai de plus de 8 jours pour 30 médecins généralistes (91%) alors que 17 médecins psychiatres (52%) répondent arriver à communiquer les informations concernant l'hospitalisation d'un patient dans un délai de moins de 8 jours après sa sortie.

Ces informations sont présentées à la figure 3.

Figure 3. Informations communiquées après une hospitalisation de plus de 8 jours

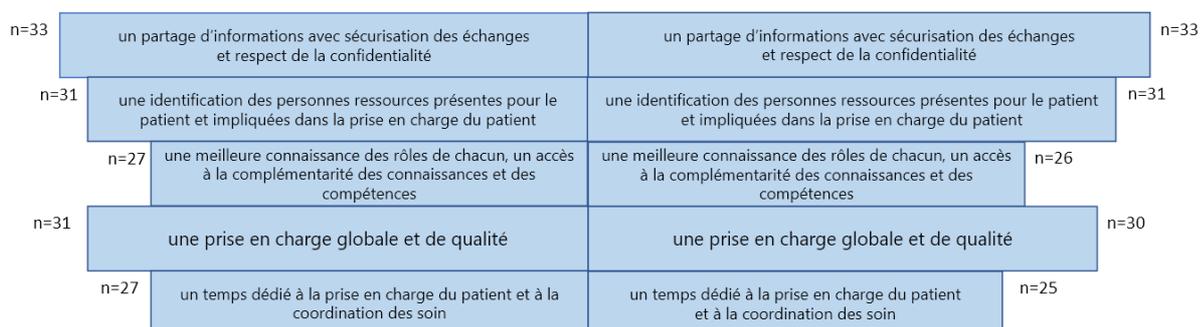


Ce qu'il était attendu de ces échanges interprofessionnels, pour tout médecin confondu, c'était :

- pour 66 médecins (100%), un partage d'informations avec sécurisation des échanges et respect de la confidentialité ;
- pour 62 médecins (94%), une identification des personnes ressources présentes pour le patient et impliquées dans la prise en charge du patient ;
- pour 61 médecins (92%), une prise en charge globale et de qualité ;
- pour 53 d'entre eux (80%), une meilleure connaissance des rôles de chacun, un accès à la complémentarité des connaissances et des compétences ;
- et pour seulement 52 d'entre eux (79%) un temps dédié à la prise en charge du patient et à la coordination des soins.

La répartition en détails de ce qu'il était attendu de ces échanges interprofessionnels pour chacune des spécialités est reportée à la figure 4.

Figure 4. Attentes des échanges interprofessionnels entre médecins psychiatre et médecins généralistes



Par rapport à ce temps dédié à la prise en charge d'un patient et à la coordination des soins, les médecins généralistes étaient unanimes et demandeurs d'un accès téléphonique direct à un psychiatre sénior avec une ligne téléphonique dédiée.

Il leur était possible d'envisager la prise en charge commune du patient atteint de maladie mentale :

- avec des équipes mobiles psychiatrie-précarité pour 29 médecins généralistes (88%) ;
- avec un référent/coordonnateur pour chaque patient qui ferait le lien entre médecins psychiatres et généralistes pour 26 médecins généralistes (79%).

De plus, 27 médecins généralistes (88%) pensaient qu'un annuaire de ressources en psychiatrie serait utile dans leur pratique.

Seuls 19 médecins généralistes (57%) souhaitaient un temps d'échanges avec les médecins psychiatres via des staffs multidisciplinaires (en présentiel ou en visio-conférence).

Contrairement aux médecins généralistes, 31 praticiens en psychiatrie (94%) aimeraient dédier ce temps à la prise en charge d'un patient et à la coordination des soins en instaurant des staffs pluri-disciplinaires en présentiel ou en visio-conférence, entre médecins psychiatres et généralistes.

Il était envisagé un temps dédié à la prise en charge d'un patient et à la coordination des soins en passant par :

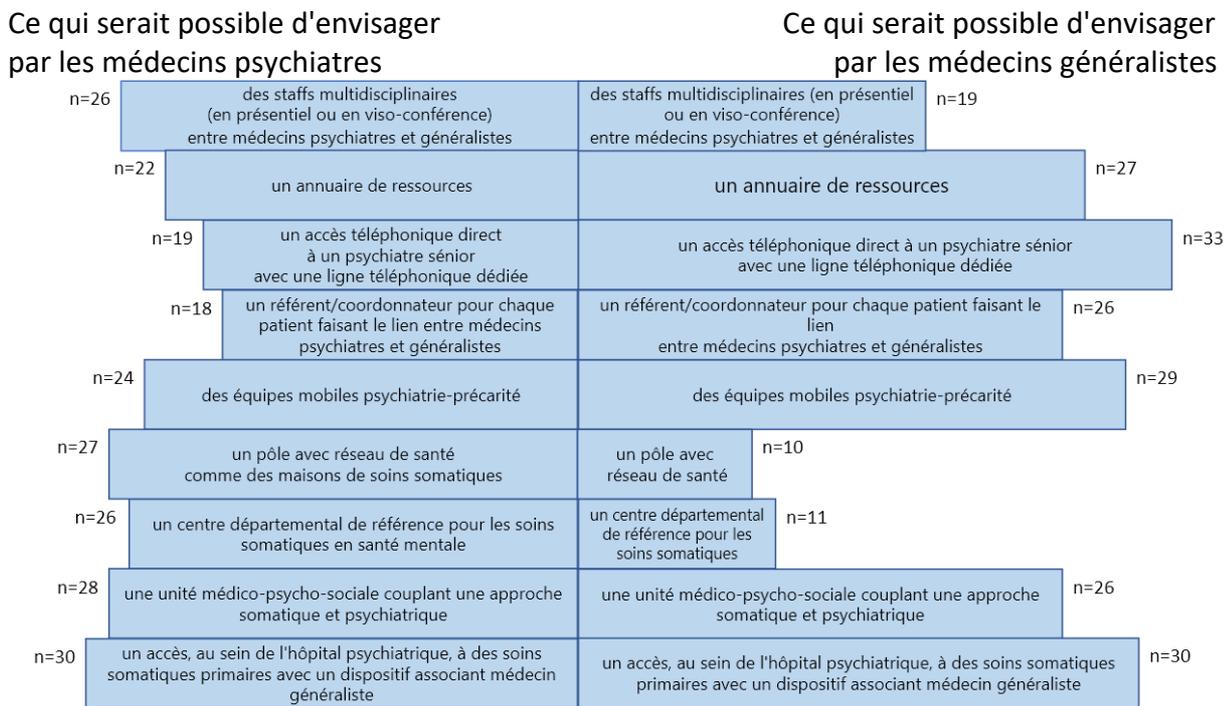
- une unité médico-psycho-sociale couplée avec une approche somatique et psychiatrique pour 28 psychiatres (85%) ;
- un pôle avec réseau de santé comme des maisons de soins somatiques pour 27 des médecins psychiatres (82%) ;
- un centre départemental de référence pour les soins somatiques en santé mentale pour 26 médecins (79%) ;
- des staffs multidisciplinaires (en présentiel ou en visio-conférence) entre médecins psychiatres et généralistes pour 26 psychiatres (79%).

Seuls 22 médecins psychiatres (66%) souhaitaient dédier un temps à un annuaire de ressources.

Toujours en ce qui concerne ce temps dédié à la prise en charge d'un patient et à la coordination des soins, 30 médecins psychiatres (91%) et 30 médecins généralistes (91%) se rejoignaient sur la possibilité d'envisager un accès, au sein de l'hôpital psychiatrique, à des soins somatiques primaires avec un dispositif associant un médecin généraliste et un infirmier spécialisé en soins psychiatriques.

Ces derniers résultats sont illustrés à la figure 5.

Figure 5. Différentes possibilités d'envisager un temps dédié à la prise en charge du patient et à la coordination des soins



Dans les questionnaires adressés aux praticiens des deux spécialités, il ne leur était pas possible de préciser leur réponse lorsqu'ils choisissaient les items "Autres", et cela concernait :

- pour les médecins psychiatres :
 - 8 réponses (24%) à la question 2 concernant les motifs les plus fréquents d'orientation en psychiatrie ;
 - 6 médecins (18%) l'ont retenu à la question 3 "Par qui êtes-vous informé ?" ;
 - 7 psychiatres (21%) l'ont choisi à la question 4 se rapportant aux informations transmises par le médecin généraliste ;
 - 16 réponses (48%) à la question 5 qui a trait aux informations transmises aux généralistes ;
 - 7 praticiens en psychiatrie (21%) l'ont sélectionné à la question 6 qui s'intéresse aux moyens de communication.

- pour les médecins généralistes :
 - 10 réponses (30%) à la question 2 concernant les motifs les plus fréquents d'orientation en psychiatrie ;
 - 4 médecins (12%) l'ont retenu à la question 3 “qui contactez-vous ?” ;
 - 12 généralistes (36%) l'ont désigné à la question 4 qui se rapporte à l'outil de communication utilisé ;
 - 1 médecin (3%) l'a choisi à la question 5 touchant aux informations partagées avec les médecins psychiatres lors de leur demande de prise en charge d'un patient ;
 - 2 réponses (6%) à la question 9 qui s'attache aux attentes des échanges interprofessionnels.

Les réponses à cet item “autre” auquel il n'était pas possible d'apporter quelques éléments de précision dans l'élaboration de notre questionnaire, ont été considérées comme une absence de réponse.

III. Discussion

Les principaux résultats de cette études concordent avec une revue de la littérature nationale et internationale sur la collaboration entre praticiens en psychiatrie et en médecine générale qui a été réalisée par le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) (37) en 2010, puis labellisée en 2018 par la HAS (38). Cette note de cadrage montrait que la collaboration entre psychiatres et médecins généralistes était difficile et que ces difficultés de coordination étaient à la fois organisationnelles, notamment en terme de communication à savoir le manque de disponibilité des médecins, et à la fois en lien avec leur exercice médical (limites des compétences du médecin généraliste, absence de retour des psychiatres, manque de connaissance des exercices respectifs). D'autres obstacles à la collaboration étaient décrits telles les réticences des patients à consulter un psychiatre, mais cette étude n'a pas abordé la place du patient dans la collaboration, le postulat étant simplement de placer le patient au centre de la prise en charge entre les échanges des médecins psychiatres et généralistes.

III.1. Questionnaires

Les deux questionnaires abordaient les mêmes thèmes avec les mêmes items de propositions de réponses pour les praticiens des deux spécialités, ce qui a constitué une force de cette étude.

Cependant, on peut regretter de ne pas avoir permis aux médecins de préciser leur réponse lorsqu'il leur était soumis l'item de réponse "autre". Cette absence de réponse a été interprétée comme un biais de non-réponse dans le sens où les résultats à ces items sont devenus non interprétables et donc non représentatifs.

Une autre étude serait souhaitable en proposant quelques réponses ouvertes afin de préciser et d'avoir une idée de ce à quoi correspond cet "autre" qui permettrait de préciser :

- pour les praticiens des deux spécialités, cet "autre" motif fréquent d'orientation vers la psychiatrie ;

- pour les médecins psychiatres, seulement, cette “autre” information transmise aux généralistes ;
- pour les généralistes, seulement, cet “autre” outil de communication.

Le choix d'une version dématérialisée a permis de simplifier le recueil des résultats et la retranscription des données, et de réduire aussi le coût de diffusion des questionnaires.

III.2. Population

Concernant l'échantillon obtenu dans cette étude, il est limité donc peu représentatif de la population médicale de la Vienne en 2017 du fait d'un taux de réponse réduit (5% des médecins généralistes recrutables et 28% des médecins psychiatres recrutables).

Il existe par ailleurs un biais de sélection. N'ayant pas eu la possibilité d'envoyer par courrier électronique le questionnaire aux médecins psychiatres via le Conseil départemental de l'Ordre des médecins et n'ayant eu aucune réponse lors du premier envoi des questionnaires aux médecins généralistes, le choix a été fait de passer par des réseaux personnels : le Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers en tant que lieu de stage en 2020 et les médecins généralistes du sud Vienne en tant que lieu d'exercice de la médecine générale depuis novembre 2021.

La petite taille des échantillons ne permet pas une analyse statistique comparative et limite l'analyse à une approche qualitative. Malgré ces limites, l'analyse de cette étude permet d'élaborer quelques pistes intéressantes de réflexion. Une étude nationale de plus grande ampleur serait sûrement souhaitable bien que les spécificités territoriales, souvent très importantes, constituent également des limites à ce type d'étude.

III.3. Connaissance du fonctionnement de la psychiatrie

Dans le département de la Vienne, les médecins généralistes ont une bonne maîtrise de la sectorisation, des CMP, des urgences et des différentes filières de la psychiatrie telles que l'EMPPA, le CSAPA, la pédo-psychiatrie, le centre d'écoute, le Centre de consultation et d'activité thérapeutique (CECAT) et la maison de la réhabilitation.

Seule l'utilisation d'une messagerie sécurisée spécifique aux échanges entre médecins généralistes et psychiatres n'était connue que par 12% des médecins généralistes. Plusieurs pistes d'amélioration pourraient être évoquées telles une communication autour de cette messagerie, via notamment une lettre de sortie ou un courrier systématique, comme cela existe dans les urgences générales, envoyée sur la messagerie sécurisée des médecins généralistes.

III.4. Echanges et outils de communication

Les médecins généralistes communiquant de manière privilégiée directement avec le médecin psychiatre du patient ou avec les CMP où était suivi le patient. Les généralistes étaient demandeurs d'un annuaire de ressources et d'un accès téléphonique direct à un médecin psychiatre sénior avec une ligne téléphonique dédiée ce qui pourrait constituer une piste d'amélioration dans la coordination entre médecin psychiatres et médecins généralistes. Par exemple, pour en avoir fait l'expérience lorsque j'ai effectué mon stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée en Charente, il était possible d'appeler le Centre Hospitalier Camille Claudel pour avoir un avis de manière plus ou moins urgente. Il y avait ainsi un numéro dédié pour être mis directement en relation avec l'unité d'accueil et d'orientation de psychiatrie.

L'outil de communication privilégié restait un échange de courrier par le patient lui-même pour les médecins généralistes ou par voie postale pour les médecins psychiatres,

malgré la multiplication des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Une des voies d'amélioration de la collaboration entre médecins psychiatres et généralistes sera probablement l'utilisation des voies dématérialisées en produisant, entre autres, un courrier au format numérique permettant d'utiliser les réseaux de télécommunication facilitant la transmission de l'information et le lien entre les utilisateurs. En effet, depuis le 26 avril 2022, l'article L.1111-15 du code de la santé publique prévoit l'obligation de transmettre de manière systématique dans le dossier médical partagé du patient, tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge, et de les envoyer par messagerie sécurisée au médecin traitant et au patient, lorsque celle-ci existe (40).

Par rapport à ces courriers, les médecins généralistes et les médecins psychiatres s'accordaient sur le fait que figurent dans le courrier d'orientation vers la psychiatrie le motif du recours, les antécédents et les traitements médicamenteux du patient, les symptômes et les hypothèses diagnostiques.

Les réponses des médecins psychiatres concordaient avec celles des médecins généralistes en ce qui concerne les informations transmises à la sortie d'hospitalisation d'un patient : les dates d'entrée et de sortie, l'identification du signataire de la lettre de liaison, la synthèse médicale du séjour et les traitements médicamenteux à la sortie d'hospitalisation.

Autres pistes d'amélioration de collaboration afin d'uniformiser les pratiques et de pouvoir répondre aux attentes de l'autre praticien, il serait possible d'envisager :

- que tous s'accordent sur les critères de la lettre de sortie préconisés par la HAS ;
- d'adapter ces critères pour la lettre d'orientation ;
- de transmettre ces critères via une messagerie sécurisée en ayant la certitude que ceci est effectivement lu dans la journée ou d'avoir un numéro dédié s'il n'y a pas de retour après 24h.

Il pourrait également être possible d'envisager d'établir ensemble, entre médecins psychiatres et médecins généralistes, un modèle de courrier d'orientation et de sortie qui serait partagés via les messageries sécurisées.

Dans la présente étude, il a également été constaté une déperdition de l'information entre celui qui informe et celui qui reçoit l'information quel qu'il soit, médecin psychiatre ou médecin généraliste malgré le fait que la transmission d'informations par écrit est moins soumise à la déperdition. Il est reconnu par l'expérience de tout un chacun et dans la littérature que le récepteur - celui qui reçoit le message - n'assimile jamais passivement le message : certaines expressions lui sont familières, d'autres plus inattendues (36). Il retient l'information en fonction de ses préoccupations et de son système de références. De la sorte, il peut y avoir réduction ou accentuation de certains aspects du message. De plus, en fonction de la qualité de la relation, cette réduction ou accentuation du message sera d'autant plus importante. Ici, concernant la qualité de la relation entre médecins, il pourrait s'agir d'un probable manque de systématisation, le courrier d'adressage et de sortie d'hospitalisation n'étant pas systématique renforçant ce sentiment de "relations non satisfaisantes" entre praticiens psychiatres et généralistes. Il en ressort à nouveau les deux pistes d'amélioration évoquées plus haut :

- celle d'un courrier systématique envoyé sur la messagerie sécurisée du médecin généraliste du patient, mais aussi celle d'un médecin psychiatre pour l'adressage ;
- et celle d'une lettre-type avec des critères choisis par les deux spécialités.

Les attentes des échanges interprofessionnels psychiatres-généralistes étaient communes aux deux spécialités et concernaient :

- un partage de l'information avec sécurisation des échanges et respect de la confidentialité;
- une identification des personnes ressources présentes pour le patient et impliquées dans sa prise en charge : médecin généraliste, infirmière libérale, travailleurs sociaux - assistante sociale, éducateur, service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)... -, tuteur, curateur...
- une meilleure connaissance des rôles de chacun, un accès à la complémentarité des connaissances et des compétences.

Les attentes des échanges interprofessionnels psychiatres-généralistes pourraient ainsi constituer les bases d'un partenariat possible entre les deux disciplines.

En ce qui concerne le temps dédié à la prise en charge du patient et à la coordination des soins, les médecins psychiatres envisageaient :

- d'utiliser ce temps, pour 94% d'entre eux, à des staffs pluri-disciplinaires en présentiel ou en visio-conférence, entre médecins psychiatres et généralistes ;
- de vouer ce temps, pour 85% d'entre eux, à une unité médico-psycho-sociale couplant une approche somatique et psychiatrique ;
- de dédier ce temps, pour 82% d'entre eux, à un pôle avec réseau de santé comme des maisons de soins somatiques ;
- d'accorder un temps, pour 79% d'entre eux, à un centre départemental de référence pour les soins somatiques en santé mentale.

En ce qui concerne le temps dédié à la prise en charge du patient et à la coordination des soins, les médecins généralistes envisageaient plutôt :

- à un accès téléphonique direct à un psychiatre sénior avec une ligne téléphonique dédiée, pour 100% d'entre eux ;
- à un annuaire de ressources en psychiatrie pour 82% d'entre eux ;
- à des équipes mobiles psychiatrie-précarité pour 88% d'entre eux ;
- à un référent/coordonnateur pour chaque patient qui ferait le lien entre médecins psychiatres et généralistes, pour 79% d'entre eux.

Ce qui opposerait médecins psychiatres et généralistes par rapport à ce temps dédié à la prise en charge du patient et à la coordination des soins paraît en lien avec les pratiques respectives de chacun : les staffs pour les uns - pratiques consensuelles hospitalières - un accès téléphonique direct pour les autres avec un annuaire de ressources en psychiatrie - une manière simple, rapide et efficace d'avoir l'information recherchée, nécessaire en médecine générale.

Cette opposition, issue de conception ancienne, doit tendre à disparaître afin de pouvoir envisager la prise en charge d'un patient atteint de maladie mentale comme étant globale tant psychiatrique que somatique. C'est l'objectif principal, telle une approche holistique selon les recommandations internationales dont celles de l'OMS (35).

En revanche, médecins psychiatres et médecins généralistes se rejoignent les uns et les autres à 91% sur la possibilité d'envisager un accès, au sein de l'hôpital psychiatrique, à des soins somatiques primaires avec un dispositif associant médecin généraliste et infirmier spécialisé en soins psychiatriques.

IV. Perspectives

Sur le plan national, l'informatisation du dossier du patient pourrait constituer un outil intéressant de communication et d'échanges d'informations entre médecins psychiatres et généralistes, entre autres.

Depuis 2000, la valeur juridique d'un dossier patient sous sa forme électronique est reconnue (39). Le dossier patient concerne l'ensemble des informations sur sa santé que détient un professionnel, qui ont été formalisées et qui ont contribué à l'élaboration d'un diagnostic, au traitement, au suivi et/ou à une action de prévention, et qui peuvent faire l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé dans le respect du secret médical (41). De plus, selon l'article R4127-45 du code de déontologie médicale, tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins (42). Le dossier médical informatisé, alimenté par les différents acteurs de soins auprès du patient, aurait donc pour vocation de faciliter la coordination des soins entre les différents professionnels de santé au sein des différentes structures de soins d'un réseau, ce qui pourrait aboutir à une représentation commune et globale de la prise en charge d'un patient. Mais le dossier médical partagé reste un outil et à lui seul il ne peut suffire à garantir la qualité des soins.

Sur un plan départemental, il a déjà été indiqué dans ce travail que le CHHL intégrait dans ses différents secteurs des médecins somaticiens - généralistes ou gériatres - qui permettent au sein de ces secteurs une meilleure communication, coordination et concertation autour du patient et avec le patient, mais elles demeurent insuffisantes en ce qui concerne les échanges avec les médecins généralistes. D'ailleurs, au cours de cette étude, 60 médecins toutes spécialités confondues se rejoignaient sur la possibilité d'envisager un accès, au sein de l'hôpital psychiatrique, à des soins somatiques primaires avec un dispositif associant un médecin généraliste et un infirmier spécialisé en soins psychiatriques. C'est la raison pour laquelle un accès aux soins somatiques au sein de l'hôpital psychiatrique et pour tous les secteurs, serait une des pistes de solution pour améliorer les échanges entre psychiatres et généralistes concernant la prise en charge de leur patient atteint de maladie mentale. Ceci

pourrait constituer une des voies privilégiées car ce lieu d'accès tiendrait place de tiers, de médiateur, d'intermédiaire entre les deux disciplines. Cette proposition de soins novatrice est en cours de réalisation au CHHL.

Conclusion

La charte de partenariat Médecine Générale et Psychiatrie et les recommandations de la Haute Autorités de Santé ont permis une amélioration des échanges entre médecins psychiatres et médecins généralistes qui reste insuffisante au vu des difficultés exprimées tant par les médecins généralistes que par les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale.

Le présent travail avait pour objectif de faire un état des lieux sur les échanges, les moyens et les outils de communication entre médecins psychiatres et généralistes dans le département de la Vienne. La méthode observationnelle et descriptive des pratiques professionnelles a permis de recueillir les réponses de 33 médecins psychiatres et de 33 médecins généralistes à partir de la réalisation d'un questionnaire quasi identique et abordant les mêmes thèmes : les caractéristiques de la population interrogée, les acteurs de la communication, les informations partagées, les outils de communication utilisés, les délais de retour d'informations et les attentes des échanges interprofessionnels.

L'état des lieux dans le département de la Vienne a mis en évidence ce qui est déjà connu dans la littérature, à savoir une difficulté à collaborer. Ce que cette étude a permis de préciser, c'est la volonté de travailler ensemble pour la majorité des médecins interrogés, soit 65 sur 66 : partager les informations de manière sécurisée et identifier les personnes ressources pour une prise en charge globale du patient. Ils se rejoignent également sur la volonté d'améliorer leur pratique de coordination.

Ce que cette étude a pu aussi mettre en lumière, c'est une difficulté dans la manière à mettre en place cette coordination, une manière de procéder qui reste attaché aux représentations et aux pratiques propres à chacune de ces deux disciplines médicales. Ces représentations se sont construites au fil du temps, au fil des siècles à partir d'images, d'expériences et d'interprétations des uns et des autres. L'échange, au-delà d'une collaboration protocolaire ou technique, pourrait favoriser la construction de nouvelles représentations qui pourraient être communes aux praticiens de la psychiatrie et de la médecine générale (43). Cet au-delà paraît difficilement envisageable de par le temps qui manque aussi bien aux médecins psychiatres qu'aux généralistes, il paraît donc difficile à

dépasser. Pourtant une coordination plus efficiente est nécessaire pour améliorer la prise en charge du patient. Pour que cette coordination puisse être plus efficiente, il apparaît qu'elle doive en passer par un tiers. C'est la raison pour laquelle un dossier patient médical et informatisé et/ou une structure de soins somatiques au sein d'un centre hospitalier psychiatrie pourrait faire le lien entre les différentes spécialités médicales.

Bibliographie

1. Gallais J-L. Médecine générale, Psychiatrie et soins primaires: regard de généraliste. Inf Psychiatr. 2014; 90: 323-9.
2. Charte de partenariat Médecine Générale et Psychiatrie, le 20 mars 2014.
3. Haute Autorité de Santé. Rapport d'activité, 2015. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/rapport_activite_2015.pdf (Dernier accès le 15 juin 2023)
4. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six european countries. Psychiatric Serv 2007;58(2):213-20
5. Fagot A., Cueurq A, Samson S, Fagot-Campagna A. Cohort of one million patients initiating antidepressant treatment in France: 12-month follow-up. Int J Clin Pract 2016 ; 70(9) 744-51.
6. Gury C, Canceil O, Iaria P. Antipsychotiques et sécurité cardio-vasculaire: données actuelles sur les allongements de l'intervalle QT et le risque d'arythmies ventriculaires, L'encéphale 2000;26(6):62-72.
7. World Health Organization (WHO). Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives: policy brief, Geneva, 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259575> (Dernier accès le 15 juin 2023).
8. CHASTAGNER Anne-Sophie: ANALYSE DE LA COOPERATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET PSYCHIATRES: Enquête de pratique avant l'introduction d'une Charte de partenariat dans le 8ème arrondissement de Lyon
9. Chabanne R. Expérimentation de la charte de partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur. Etude pilote de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres sur le secteur Civray/Gençay, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Poitiers, 2017 etille.univ-poitiers.fr/notice/view/59216 (Dernier accès le 15 juin 2023)
10. République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, code la santé publique. Journal Officiel de la République Française n°0022 du 27 janvier 2016 <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641> (Dernier accès le 15 juin 2023)
11. Centre Hospitalier Henri Laborit. Le Projet Territoriale de Santé Mentale, Centre Hospitalier Henri Laborit, 2020. <https://ch-laborit.fr/ptsm/> (Dernier accès le 15 juin 2023)
12. Allen J., Heyrman J., Gay B., Svab, I., Ram P., Crebolder Y., Evans Ph., La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille de la WONCA. Déclaration est

publiée avec l'assistance et la coopération du Bureau Européen de l'OMS, Barcelone, Espagne. 2002

<https://www.woncaeurope.org/file/afaa93f5-dc46-4b0e-8546-71ebf368f41c/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

13. République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, TITRE II : ACCES DE TOUS A DES SOINS DE QUALITE (Articles 36 à 80). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475> (Dernier accès le 15 juin 2023).

14. République Française. Article L1411, Code de la santé publique, Chapitre 1er bis : Organisation des soins, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, TITRE II : ACCES DE TOUS A DES SOINS DE QUALITE (Articles 36 à 80)

15. Druais PL. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. Rapport remis au ministre des affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, M. TOURAINE, mars 2015. <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/la-place-et-le-role-de-la-medecine-generale-dans-le-systeme-de-sante> (Dernier accès le 15 juin 2023)

16. République Française. Code de la santé publique, Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1), Troisième partie : Lutte contre les maladies et dépendances (Articles L3211-1 à L3845-2), Livre II : Lutte contre les maladies mentales (Articles L3211-1 à L3251-6), Titre II : Organisation (Articles L3221-1 à L3251-6), Chapitre 1er : Politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie (Articles L3221 à L3221-6), Article L3221-3 modifié par Ordonnance n°2021-583 du 12 mai 2021 - art. 1 https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721183 (Dernier accès le 15 juin 2023)

18 Norton J, De Roquefeuil G, David M, Boulenger JP, Ritchie K., Mann A, Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient. Health questionnaire: adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. L'Encéphale 2009; 35(6):560-9.

19. Passerieux C. Accès et continuité des soins pour les troubles mentaux les plus fréquents : les consultations de soins partagés du RPSM 78. Ann Med-Psychol Rev Psychiatr 2007; 165(10):741-5.

20. Recommandation de Bonne Pratique sur le thème de la coopération PsychiatresMédecins Généralistes. Améliorer les échanges d'informations : « Quelles sont les informations utiles au MG que le psychiatre doit lui transmettre après un premier adressage d'un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique (lorsque les professionnels ne travaillent pas dans un dispositif dédié à la coopération médecin généraliste – psychiatre?) » Argumentaire scientifique. CNQSP. 2010. 53p.

21. Massé G, Lesieur P. Médecine générale et psychiatrie de secteur : des pistes pour un réel partenariat. *Nervure* 2022;15(2):39-43.
22. Bindman J, Johnson S, Wrigt S, Szmukler G, Bebbington P., Kuipers E et al. Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill : patients and general practitioner views. *Br J Psychiatry* 1997;171:169-74
23. Williams P, Wallace BB. General practitioners and psychiatrists - do they communicate ? *Br Med J.* 1974;1(5906):505-7.
24. Hardy-Bayle MC, Reboul G, Milleret G, Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, Psychiatrie et Santé Publique, un site SANTEMENTALE.INFO, *Revue Pluriels* 92/93, Oct-Nov 2011
<https://planpsy2011.wordpress.com/2011/12/21/quelle-cooperation-entre-medecins-generalistes-et-secteurs-de-psychiatrie-mission-nationale-dappui-en-sante-mentale/>
25. Bournot MC, Goupil MC, Tufreau F. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. *Etudes résultats*, 2008; N°649
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-medecins-generalistes-un-reseau-professionnel-etendu-et-varie> (Dernier accès le 15 juin 2023).
26. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet M-P, Kovess V., Falissard B., et al. General practitioner's opinion on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract.* 2005;6(1):18
27. Tanelian TL, Pincus HA, Dietrich AJ, Williams JW, Oxman TE, Nutting P, et al. Referrals to psychiatrists. Assessing the communication interface between psychiatry and primary care. *Psychosomatics* 2000;41(3):245-52.
28. Jaspers J., Christiaens W., Kohn L., Savoye I., Mistiaen P. Soins de santé somatiques en institutions psychiatriques, Synthèse - KCE Report, Health services Research, Bruxelles, Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé, 2021
https://www.kce.fgov.be/sites/default/files/2021-12/KCE_338B_Psychosomatic_Synthese_0.pdf (Dernier accès le 15 juin 2023).
29. 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 État des lieux, repères et outils pour une amélioration, Septembre 2018.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration (Dernier accès le 15 juin 2023).
30. Lopez A, Turan-Pelletier G, Membres de l'Inspection générale des affaires sociales, Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire

du 15 mars 1960, Tome 1, Rapport, Novembre 2017 – N°2017-064R

<https://www.igas.gouv.fr/Organisation-et-fonctionnement-du-dispositif-de-soins-psychiatriques-60-ans.html> (Dernier accès le 15 juin 2023).

31. Ferry M, Roman-Amat C, Marthoud J, , Gelas Ample B, , Pillot-Meunier F, Fau L. Coreso : 8 ans après, retour sur l'expérimentation d'une consultation réseau somatique au sein d'un CMP, L'information psychiatrique. 2021;97(6):476-80.

32. Haute Autorité de Santé. Indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » Psychiatrie et santé mentale - périmètre « hospitalisation à temps plein » Version 2021

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/psy_2020_hospit_fiche_descriptive_qls_vf.pdf (Dernier accès le 15 juin 2023).

33. Haute Autorité de Santé. Document de sortie d'hospitalisation > 24h, Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation, Outil d'amélioration des pratiques professionnelles .2014

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1777678/fr/document-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h (Dernier accès le 15 juin 2023)

34. Ministère de la santé et de la prévention. Mise en œuvre de la Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur, 2014

<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/illustrations/article/mise-en-oeuvre-de-la-charte-de-partenariat-medecine-generale-et-psychiatrie-de> (Dernier accès le 15 Juin 2023)

36. G, André Guittet A. Dynamique des communications dans les groupes. La transmission de l'information (Chapitre 5). Armand Collin : Paris, 2012 :49-50

37. Organisme National de Développement Professionnel Continu-College National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (ONDPC-CNQSP). . Recommandations professionnelles pour courrier d'adressage entre médecins généralistes et psychiatres. 2010

<https://www.odpc-cnqsp.org/recommandations.php> (Dernier accès le 15 juin 2023)

38. Haute Autorité de Santé. HAS, Note de cadrage, Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux, le 23 avril 2015.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_de_cadrage_coordination_mg_psy.pdf (Dernier accès le 15 Juin 2023).

39. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES). Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES), Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, Dossier patient, Réglementation et recommandations, Juin 2003

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_-_fascicule

[le_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf](#) (Dernier accès le 15 juin 2023).

40. Ministère de la santé et des solidarités. Arrêté du 26 avril 2022 fixant la liste des documents soumis à l'obligation prévue à l'article L.1111-15 du code de la santé publique, JORF n°0101 du 30 avril 2022, Texte n°46 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045726627> (Dernier accès le 15 Juin 2023).

41. République Française. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé , Ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/> (Dernier accès le 15 Juin 2023).

42. République Française. Code de la santé publique : Section 1 : Code de déontologie médicale, Articles R4127-1 à R4127-112 , Article R4127-45, Modifié par Décret n°2012-694 du 7 mai 2012-art.2 https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190547/ (Dernier accès le 15 Juin 2023)

43. IRIBARNE P. La logique de l'honneur, gestion des entreprises et traditions nationales, Le Seuil, Collection points, 1989.

44. <https://primary-hospital-care.ch/fr/article/doi/phc-d.2019.10126>

ANNEXE 1

Questionnaire destiné aux médecins psychiatres

Objectif : état des lieux sur les échanges, les moyens et les outils de communication entre médecins psychiatres et généralistes

En 2016, l'article 69 de la loi du 26 janvier visant à réformer notre système de santé, est consacré à la psychiatrie avec notamment l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale défini à partir d'un diagnostic territorial. Celui du département de la Vienne a été élaboré en Novembre 2018, avec, entre autres, deux objectifs nous intéressant particulièrement, ici : la facilitation d'accès aux soins somatiques et le développement de la communication et des échanges avec les différents partenaires dont les médecins généralistes. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons vous solliciter afin de faire avec vous un état des lieux sur les échanges entre médecins psychiatres et généralistes, les moyens et outils de communication.

Votre situation professionnelle (Cocher votre réponse)

- Sexe : homme femme
- Exercice : consultation hospitalisation Urgences
- Temps d'exercice professionnel : plus de 20 ans moins de 20 ans

1. Lorsqu'un patient vous est adressé, avez-vous connaissance :

- de son médecin traitant oui non
- d'un autre médecin spécialiste oui non

2. Quels sont les motifs les plus fréquents ? (Les classer par ordre croissant)

- la demande avec urgence ressentie par le patient 1 2 3 4 5 6 7
- la gravité des symptômes en lien avec une pathologie psychiatrique décompensée 1 2 3 4 5 6 7
- une demande d'avis diagnostique et/ ou thérapeutique 1 2 3 4 5 6 7
- l'environnement familial et/ ou psycho-social 1 2 3 4 5 6 7
- la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire 1 2 3 4 5 6 7
- un patient déjà suivi au CHHL 1 2 3 4 5 6 7
- autres : 1 2 3 4 5 6 7

3. Par qui êtes-vous informé ?

- le 15 ou le 18 oui non
- les urgences générales oui non
- le médecin généraliste directement oui non
- le courrier du médecin généraliste remis au patient, à ses proches ou personnel effectuant le transfert oui non
- le CMP où est suivi votre patient oui non

- le patient lui-même oui non
- autres structures (Ehpad, MAS, foyer d'accueil...) oui non
- autres professionnels (infirmiers libéraux...) oui non
- la messagerie sécurisée MSSanté oui non
- l'outil PAACO/globule oui non
- Autres.....

4. Dans le courrier de demande du médecin généraliste, quelles informations sont partagées ?

- le motif du recours oui non
- le courrier du médecin généraliste oui non
- le CMP où est suivi votre patient oui non
- les antécédents médicaux et les traitements en cours oui non
- les symptômes et les hypothèses diagnostiques oui non
- les attentes relatives aux modalités du suivi partagé oui non
- les pistes thérapeutiques oui non

5. Après une hospitalisation (> 8 jours), quelles informations communiquez-vous dans la lettre de liaison à la sortie du patient ?

- les date d'entrée et de sortie oui non
- l'identification du signataire de la lettre de liaison oui non
- le motif de l'hospitalisation oui non
- la synthèse médicale du séjour oui non
- les actes techniques et examens complémentaires oui non
- les traitements médicamenteux de sortie oui non
- la planification des soins (rendez-vous médicaux prévus ou à prévoir et dans quel délai, rendez-vous paramédicaux, suivi CMP ou autre (HDJ...), programmation d'hospitalisation)?
 oui non

6. Quel moyen de communication privilégiez-vous ?

- la lettre de liaison à la sortie du patient oui non
- la fiche de liaison ville-hôpital oui non
- la messagerie sécurisée, PAACO/globule oui non
- le contact téléphonique oui non
- le courrier postal oui non
- le courrier remis au patient ou à ses proches oui non
- les courriels simples oui non
- le fax oui non
- la réunion de synthèse médecin traitant / psychiatre oui non
- autres :

7. Dans quel délai, arrivez-vous à communiquer les informations concernant la sortie d'hospitalisation de votre patient ?

- moins de 8 jours oui non
- entre 8 et 16 jours oui non
- plus de 16 jours oui non

8. Qu'attendez-vous de ces échanges interprofessionnels :

- un partage d'informations avec sécurisation des échanges et respect de la confidentialité oui non
- une identification des personnes ressources présentes pour le patient et impliquées dans la prise en charge du patient (médecin généraliste, infirmière libérale, travailleurs sociaux (assistante sociale, éducateur, SAMSAH SAVS...), tuteur, curateur,...) oui non
- une meilleure connaissance des rôles de chacun, un accès à la complémentarité des connaissances et des compétences oui non
- une prise en charge globale et de qualité (diagnostic précoce, permanence des soins assurée; accès facilité des patients aux soins spécialisés en psychiatrie et santé mentale, accès rapide adapté au niveau de l'urgence, respect des informations échangées et partagées entre professionnels de santé) oui non
- un temps dédié à la prise en charge du patient et à la coordination des soins oui non

9. Concernant ce temps dédié à la prise en charge du patient et à la coordinations des soins, serait-il possible d'envisager :

- des staffs multidisciplinaires (en présentiel ou en visio-conférence) entre médecins psychiatres et généralistes ? oui non
- un annuaire de ressources oui non
- un accès téléphonique direct à un psychiatre sénior avec une ligne téléphonique dédiée, par exemple oui non
- un référent/coordonnateur pour chaque patient faisant le lien entre médecins psychiatres et généralistes (médecin psychiatre référent du patient, médecin somaticien au sein des unités de psychiatrie, infirmières psychiatriques ou autres) oui non
- des Équipes Mobiles Psychiatrie-Précarité oui non
- un pôle avec réseau de santé comme des maisons de soins somatiques oui non
- un centre de consultations somatiques externe à l'établissement oui non
- un centre départemental de référence pour les soins somatiques en santé mentale oui non
- une unité Médico-Psycho-Sociale couplant une approche somatique et psychiatrique oui non
- un accès, au sein de l'hôpital psychiatrique, à des soins somatiques primaires avec un dispositif associant médecin généraliste et infirmier spécialisé en soins psychiatriques oui non

10. Avez-vous des remarques, des idées, des souhaits dans le but d'améliorer l'échange et le partage des informations nécessaires au suivi de votre patient ?

.....

.....

.....

.....

.....

ANNEXE 2

Questionnaire destiné aux médecins généralistes

Objectif : état des lieux sur les échanges, les moyens et les outils de communication entre médecins psychiatres et généralistes

En 2016, l'article 69 de la loi du 26 janvier visant à réformer notre système de santé, est consacré à la psychiatrie avec notamment l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale défini à partir d'un diagnostic territorial. Celui du département de la Vienne a été élaboré en Novembre 2018, avec, entre autres, deux objectifs nous intéressant particulièrement, ici : la facilitation d'accès aux soins somatiques et le développement de la communication et des échanges avec les différents partenaires dont les médecins généralistes. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons vous solliciter afin de faire avec vous un état des lieux sur les échanges entre médecins psychiatres et généralistes, les moyens et outils de communication.

Votre situation professionnelle (Cocher votre réponse)

- Sexe : homme femme
- Type d'exercice : urbain semi-urbain rural
- Temps d'exercice professionnel : plus de 20 ans moins de 20 ans

- **Avez-vous connaissance du fonctionnement de la psychiatrie dans la Vienne ?**
- sectorisation oui non
- CMP oui non
- urgences psychiatriques oui non
- utilisation d'une messagerie sécurisée utilisée entre médecins généralistes et psychiatre oui non
- différentes filières (EMPAA, CSAPA, pédo-psychiatrie, Cecat, maison de la réhabilitation) oui non

2. Quels sont les motifs les plus fréquents ? (Les classer par ordre croissant)

- la demande avec urgence ressentie par le patient 1 2 3 4 5 6 7
- la gravité des symptômes en lien avec une pathologie psychiatrique décompensée
1 2 3 4 5 6 7
- une demande d'avis diagnostique et/ ou thérapeutique 1 2 3 4 5 6 7
- l'environnement psycho-social 1 2 3 4 5 6 7
- la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire 1 2 3 4 5 6 7
- un patient déjà suivi au CHHL 1 2 3 4 5 6 7
- autres :1 2 3 4 5 6 7

3. Qui contactez-vous de manière privilégiée ?

- le 15 ou 18 oui non
- les urgences générales oui non
- le psychiatre référent ou psychiatre de garde oui non
- les CMP où est suivi votre patient oui non
- autres :

4. Quel outil de communication utilisez-vous ?

- le médecin psychiatre de votre patient, si vous êtes déjà en possession de ces nom et coordonnées oui non
- l'annuaire santé AMELI oui non
- l'ARS oui non
- la PTA oui non
- l'EMPAA oui non
- la messagerie sécurisée MSSanté oui non
- l'outil PAACO/globule oui non
- le courrier remis au patient ou à ses proches oui non
- autres :.....

5. Quelles informations, partagez-vous dans votre courrier de demande de prise en charge ?

- le motif du recours oui non
- les antécédents médicaux et les traitements en cours oui non
- les modalités de son suivi s'il y a (CMP, HDJ, CSAPA...) oui non
- les symptômes et les hypothèses diagnostiques oui non
- les attentes relatives aux modalités du suivi partagé oui non
- les pistes thérapeutiques oui non

6. Après une hospitalisation (> 8 jours), quelles informations vous sont communiquées ?

- les date d'entrée et date de sortie oui non
- l'identification du signataire de la lettre de liaison oui non
- le motif de l'hospitalisation oui non
- la synthèse médicale du séjour oui non
- les actes techniques et examens complémentaires oui non
- les traitements médicamenteux de sortie oui non
- la planification des soins (rendez-vous médicaux prévus ou à prévoir et dans quel délai, rendez-vous paramédicaux, suivi CMP ou autre (HDJ), programmation d'hospitalisation) ?
 oui non

7. Quel moyen de communication privilégiez-vous ?

- la lettre de liaison à la sortie du patient oui non
- la fiche de liaison ville-hôpital oui non
- la messagerie sécurisée oui non
- le contact téléphonique oui non
- le courrier postal oui non
- le courrier remis au patient ou à ses proches oui non
- les courriels simples oui non
- le fax oui non
- la réunion de synthèse médecin traitant / psychiatre oui non
- autres :.....

8. Dans quel délai, avez-vous reçu ces informations concernant la prise en charge de votre patient ?

- moins de 8 jours oui non

- entre 8 et 16 jours oui non
- plus de 16 jours oui non

9. Qu'attendez-vous de ces échanges interprofessionnels :

- un partage d'informations avec sécurisation des échanges et respect de la confidentialité oui non
- une identification des personnes ressources présentes pour le patient et impliquées dans la prise en charge du patient (médecin généraliste, infirmière libérale, travailleurs sociaux (assistante sociale, éducateur, SAMSAH SAVS...), tuteur, curateur,...) oui non
- une meilleure connaissance des rôles de chacun, un accès à la complémentarité des connaissances et des compétences oui non
- une prise en charge globale et de qualité (diagnostic précoce, permanence des soins assurée; accès facilité des patients aux soins spécialisés en psychiatrie et santé mentale, accès rapide adapté au niveau de l'urgence, respect des informations échangées et partagées entre professionnels de santé) oui non
- un temps dédié à la prise en charge du patient et à la coordination des soins oui non

10. Concernant ce temps dédié à la prise en charge du patient et à la coordinations des soins, serait-il possible d'envisager :

- des staffs multidisciplinaires (en présentiel ou en visio-conférence) entre médecins psychiatres et généralistes ? oui non
- un annuaire de ressources oui non
- un accès téléphonique direct à un psychiatre sénior avec une ligne téléphonique dédiée, par exemple oui non
- un référent/coordonnateur pour chaque patient faisant le lien entre médecins psychiatres et généralistes (médecin psychiatre référent du patient, médecin somaticien au sein des unités de psychiatrie, infirmières psychiatriques ou autres) oui non
- des Équipes Mobiles Psychiatrie-Précarité oui non
- un pôle avec réseau de santé comme des maisons de soins somatiques oui non
- un centre de consultations somatiques externe à l'établissement oui non
- un centre départemental de référence pour les soins somatiques en santé mentale oui non
- une unité Médico-Psycho-Sociale couplant une approche somatique et psychiatrique oui non
- un accès, au sein de l'hôpital psychiatrique, à des soins somatiques primaires avec un dispositif associant médecin généraliste et infirmier spécialisé en soins psychiatriques oui non

11. Avez-vous des remarques, des idées, des souhaits dans le but d'améliorer l'échange et le partage des informations nécessaires au suivi de votre patient ?

.....

.....

.....

.....

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



RESUME

Introduction : la communication entre médecins généralistes et psychiatres, indispensable à la coordination des soins autour des patients de santé mentale, est complexe malgré la charte de partenariat Médecine Générale et Psychiatrie de 2014 et les recommandations de la HAS en 2015.

Objectif : dresser un état des lieux sur les échanges, les moyens et les outils de communication entre médecins psychiatres et médecins généralistes dans le département de la Vienne et tenter de comprendre pourquoi ces échanges sont complexes.

Méthode : étude observationnelle et descriptive des pratiques professionnelles à partir de la réalisation de questionnaires destinés aux médecins psychiatres et généralistes.

Résultats : 33 médecins psychiatres et 33 médecins généralistes ont répondu au questionnaire. Malgré une volonté commune de travailler ensemble pour améliorer la coordination entre eux (98%), les médecins psychiatres et généralistes ne parviennent pas actuellement à trouver une manière à mettre en place cette coordination. Néanmoins, ils se rejoignent pour 91% d'entre eux pour envisager un accès, au sein de l'hôpital psychiatrique, à des soins somatiques primaires avec un dispositif associant un médecin généraliste et un infirmier spécialisé en soins psychiatriques.

Conclusion : il existe une volonté commune d'améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres, et des projets émergent pouvant être, à l'avenir, des solutions concrètes à cette collaboration complexe.

Mots clés : psychiatrie, médecine générale, collaboration

ABSTRACT

Introduction: communication between general practitioners and psychiatrists, which is essential for the coordination of care around mental health patients, is complex despite the General Practice and Psychiatry partnership charter of 2014 and the French High Authority for Health (HAS) recommendations in 2015.

Objective: to draw up an inventory of the exchanges, means and tools of communication between psychiatrists and general practitioners in the Vienne department and to try to understand why these exchanges are complex.

Method: observational and descriptive study of professional practices based on questionnaires intended for psychiatrists and general practitioners.

Results: 33 psychiatrists and 33 general practitioners responded to the questionnaire. Despite a common desire to work together to improve coordination between them (98%), psychiatrists and general practitioners are currently unable to find a way of implementing this coordination. Nonetheless, 91% of them agree that access to primary somatic care within the psychiatric hospital should be provided by a system combining a general practitioner and a nurse specialized in psychiatric care.

Conclusion: there is a shared desire to improve cooperation between general practitioners and psychiatrists, and projects are emerging that could provide practical solutions to this complex collaboration in the future.

Keywords: psychiatry, general medicine, collaboration



UNIVERSITÉ DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

Introduction : la communication entre médecins généralistes et psychiatres, indispensable à la coordination des soins autour des patients de santé mentale, est complexe malgré la charte de partenariat Médecine Générale et Psychiatrie de 2014 et les recommandations de la HAS en 2015.

Objectif : dresser un état des lieux sur les échanges, les moyens et les outils de communication entre médecins psychiatres et médecins généralistes dans le département de la Vienne et tenter de comprendre pourquoi ces échanges sont complexes.

Méthode : étude observationnelle et descriptive des pratiques professionnelles à partir de la réalisation de questionnaires destinés aux médecins psychiatres et généralistes.

Résultats : 33 médecins psychiatres et 33 médecins généralistes ont répondu au questionnaire. Malgré une volonté commune de travailler ensemble pour améliorer la coordination entre eux (98%), les médecins psychiatres et généralistes ne parviennent pas actuellement à trouver une manière à mettre en place cette coordination. Néanmoins, ils se rejoignent pour 91% d'entre eux pour envisager un accès, au sein de l'hôpital psychiatrique, à des soins somatiques primaires avec un dispositif associant un médecin généraliste et un infirmier spécialisé en soins psychiatriques.

Conclusion : il existe une volonté commune d'améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres, et des projets émergent pouvant être, à l'avenir, des solutions concrètes à cette collaboration complexe.

Mots clés : psychiatrie, médecine générale, collaboration

ABSTRACT

Introduction: communication between general practitioners and psychiatrists, which is essential for the coordination of care around mental health patients, is complex despite the General Practice and Psychiatry partnership charter of 2014 and the French High Authority for Health (HAS) recommendations in 2015.

Objective: to draw up an inventory of the exchanges, means and tools of communication between psychiatrists and general practitioners in the Vienne department and to try to understand why these exchanges are complex.

Method: observational and descriptive study of professional practices based on questionnaires intended for psychiatrists and general practitioners.

Results: 33 psychiatrists and 33 general practitioners responded to the questionnaire. Despite a common desire to work together to improve coordination between them (98%), psychiatrists and general practitioners are currently unable to find a way of implementing this coordination. Nonetheless, 91% of them agree that access to primary somatic care within the psychiatric hospital should be provided by a system combining a general practitioner and a nurse specialized in psychiatric care.

Conclusion: there is a shared desire to improve cooperation between general practitioners and psychiatrists, and projects are emerging that could provide practical solutions to this complex collaboration in the future.

Keywords: psychiatry, general medicine, collaboration