

Université Lille 2  
Université Paris 13  
APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille  
CCOMS, EPSM Lille Métropole

*Partenariat entre médecins généralistes  
et équipes de soins en santé mentale*

(mémoire de DIU Santé mentale dans la communauté)

Année 2016



sous la Direction de Jean-Luc Roelandt et le tutorat de Simon Vasseur-Bacle

Catherine Rouger

*Les hommes sont si nécessairement fous  
que ce serait folie, par un autre tour de folie,  
de n'être point fou »*  
**Pascal**

## SOMMAIRE :

Introduction	p. 5
I. Pourquoi s'intéresser à ce thème ?	p. 6
1- Eclairage historique	p. 6
2- Contextualisation à travers les politiques de santé	p. 7
3- Dimension éthique	p. 9
II. Méthodologie	p. 10
1- Questions soulevées par le thème	p. 10
1.1 Questions relatives au thème	p. 10
1.2 Questions méthodologiques	p. 10
2- Contexte actuel concernant les CMP du Pôle du Grand Nancy	p. 11
3- Les objectifs	p. 12
3-1 Objectif général	p. 12
3-2 Objectifs stratégiques	p. 12
3-3 Objectifs opérationnels	p. 12
4- Méthode	p. 13
4-1 Enquête sur l'existant	p. 13
4-2 Réalisation concrète	p. 14
4-2-1 Evaluation du questionnaire par une phase-test	p. 14
4-2-2 Réajustement suite à cette phase-test	
III. Analyse des résultats	p. 15
1- Limites de l'enquête dues à la taille de l'échantillon	p. 15
2- Présentation de l'échantillon	p. 16
2-1 Profil des médecins ayant répondu à l'enquête	p. 16
2-2 Profil de la patientèle des médecins interrogés	p. 16
3- Difficultés exprimées en lien avec la santé mentale	p. 18
4- Questions relatives aux liens avec les équipes des CMP	p. 18
4-1 Question : « <i>adressez-vous des patients au CMP, si oui, pourquoi ?</i> »	p. 19
4-2 Question : « <i>Dans le cas où vous avez adressé quelqu'un au CMP, l'avez-vous fait sous forme de courrier ?</i> »	p. 19
4-3 Question : « <i>Avez-vous déjà orienté vers le CMP une famille en difficulté face à la situation psychiatrique d'un de ses proches ?</i> »	p. 19
4-4 Question : « <i>connaissez-vous l'offre de soins en CMP ?</i> »	p. 19
5- Question relative aux attentes concernant les liens avec les CMP	p. 19

6- Questions sur les contacts souhaités avec les équipes de CMP	p. 20
6-1 Question : « <i>Seriez-vous intéressé pour visiter un CMP ?</i> »	p. 20
6-2 Question : « <i>Avez-vous des contacts avec les professionnels ?</i> »	p. 20
6-3 Question : « <i>Que pensez-vous de la mise en place de coordonateurs de soins dans ces équipes ?</i> »	p. 20
6-4 Question : « <i>Souhaiteriez-vous les rencontrer ?</i> »	p. 20
6-5 Question : « <i>Seriez-vous favorable à des consultations pluri-professionnelles ?</i> »	p. 20
6-6 Question : « <i>Seriez-vous intéressé pour participer à des rencontres concernant l'organisation des soins en santé mentale ?</i> »	p. 21
7- Commentaires associés à ces réponses	p. 21
7-1 Remarques concernant la prescription des traitements psychiatriques par les médecins généralistes	p. 21
7-2 Travail avec les psychiatres libéraux	p. 21
7-3 Les maladies psychiques sont-elles des maladies comme les autres ?	p. 21
8- Suggestions d'actions de partenariat à développer	p. 21
8-1 Suggestions globales	p. 21
8-2 Suggestions par secteur	p. 22
8-2-1 Secteur correspondant au CMP de Médreville	p. 22
8-2-2 Secteur correspondant au CMP d'Essey-les-Nancy	p. 23
8-2-3 Secteur correspondant au CMP de Vandoeuvre-les-Nancy	p. 23
IV. Mise en perspective des résultats de l'enquête	p. 25
1- Eléments de comparaison avec d'autres enquêtes	p. 25
2- Evaluation du partenariat au vu de la charte de 2014	p. 26
3- Reprise des objectifs fixés pour ce travail	p. 27
4- Perspectives	p. 28
Conclusion	p.29
Références	p. 30
Annexe	

## INTRODUCTION

Ce travail s'inscrit dans l'esprit de la Loi de modernisation de notre système de santé, parue en janvier 2016, et concerne, plus particulièrement, les actions menées sur le Pôle du Grand Nancy (PGN), dans le cadre d'un diagnostic territorial en Santé Mentale. La Loi du 26/01/2016 reprend la Charte de partenariat entre médecine générale et psychiatrie de secteur signée en 2014, et recommande la recherche de continuité entre soins somatiques et soins psychiques. Cela suppose de développer un partenariat avec tous les acteurs concernés.

*L'espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiques est écourtée de 10 à 20 ans par rapport à la population générale et leur taux de mortalité est 3 à 5 fois supérieur, selon les chiffres de l'OMS en 2015 (1).* La surmortalité des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère est connue depuis longtemps du fait, entre autre, des effets secondaires des médicaments psychotropes. Elle a tendance à s'aggraver de manière continue alors que l'espérance de vie de la population générale augmente. Ce constat exige une démarche d'amélioration de la prise en charge des problèmes somatiques chez les personnes souffrant de troubles psychiques et a donné lieu des recommandations de bonnes pratiques par la Haute Autorité de Santé en septembre 2015.

La première étape d'une telle démarche consiste à mieux coordonner les soins primaires, dispensés par les médecins généralistes et les soins psychiatriques, assurés par les équipes psychiatriques et les médecins psychiatres, qu'ils soient installés en cabinet de ville ou intégrés dans les équipes de psychiatrie publique, notamment dans les Centres Médico-psychologiques (CMP). La mise en place d'un partenariat entre médecins généralistes et équipes de soins en santé mentale semble d'emblée naturelle du fait du partage de cet objectif commun.

D'autres facteurs, liés à la maladie psychique elle-même (repli sur soi, isolement social) ou aux représentations sociales liées à la folie (préjugés chez les soignants, stigmatisation sociale, manque d'information des proches) influent sur les difficultés d'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques. Afin d'améliorer la qualité de vie de celles-ci, la prévention des conséquences sociales des troubles psychiques, tout autant que la prise en compte des effets secondaires des traitements psychiatriques prescrits doivent faire l'objet d'une attention partagée entre praticiens de soins primaires et spécialistes. Plus encore, la promotion de la santé mentale, en tant qu'elle s'adresse à la population générale est l'affaire de tous, praticiens, professionnels des services publics mais aussi citoyens appartenant à une communauté sociale.

Afin d'explorer les liens existant entre médecine générale et psychiatrie, je propose, sous forme de recherche-action, de mener une enquête auprès de 15 médecins généralistes du territoire correspondant à la Communauté Urbaine du Grand Nancy, en allant à leur rencontre sur leur lieu de consultation. Ce travail d'enquête permettra, à la fois de recueillir leurs attentes pour améliorer le partenariat déjà existant, et de répondre à leurs questions éventuelles sur l'organisation des soins psychiatriques sur le PGN.

Ce recueil d'informations personnalisées sera le point de départ d'une réflexion sur le PGN en matière de relations entre soignants en CMP et médecins généralistes. Il devrait contribuer à une réorganisation des modes de coordination des soins en ambulatoire. Au delà d'une meilleure prise en charge médicale, le fait qu'une psychologue de CMP s'adresse aux médecins généralistes, en allant vers eux, devrait signifier le désir de collaboration pour améliorer tout ce qui pourrait l'être au bénéfice des patients, familles et autres partenaires.

## I POURQUOI S'INTERESSER A CE THEME ?

### 1- Eclairage historique

L'évolution de la psychiatrie en France nous montre que la place des « fous » dans la société est le reflet de la façon dont sont gérées les normes sociales dans un contexte politique donné.

Ainsi, M. Foucault (2) a pu démontrer que l'exclusion des malades mentaux, des pauvres et des déviants à l'époque de l'Age classique (seconde moitié du XVII<sup>ème</sup> siècle), qu'il a caractérisé par Le Grand Renfermement, correspondait à une époque de lutte contre toute forme de menace pour l'ordre social.

Jusqu'au Moyen-Age, la folie était traitée avec ambiguïté, à la fois objet de tolérance et d'exclusion. Ainsi, « L'éloge de la folie », écrit par Erasme, mettant en évidence que la folie concerne tout être humain, et « La nef des fous », tableau composé par Jérôme Bosch en témoignent. Un tournant s'opère en France au XVIII<sup>ème</sup> siècle. La réponse sociale au traitement des fous passe ainsi « *de l'embarquement à l'internement* » avec la création de l'Hôpital Général à Paris en 1656. Les politiques de santé apparaissent au XVIII<sup>ème</sup> siècle, avec pour missions l'entretien et la préservation de la force de travail, sous la pression de la poussée démographique et ses effets économiques.

Progressivement, la psychiatrie fait son apparition en tant que discipline spécifique de la Médecine, non sans faire alliance avec la justice (Cf. les hospitalisations sous le régime de la Loi de 1838). Esquirol au début du XIX<sup>ème</sup> siècle adresse ainsi au Ministère de l'Intérieur un rapport dans lequel il s'émeut de la façon dont sont traités les insensés, assimilés d'avantage à des criminels qu'à des individus *infortunés*. Il préconise leur isolement pour les protéger des influences externes, demandant la création d'un établissement d'aliénés par département, à visée à la fois de protection et de traitement du patient ... et de préservation de l'ordre social. Il propose ainsi un traitement moral de l'aliénation mentale, en sortant les malades des prisons pour les accueillir en « asile ». Ces établissements se sont rapidement trouvés saturés et les activités thérapeutiques remplacées par des activités de gardiennage.

Qu'en est-il aujourd'hui ?

Les soins en psychiatrie ont connu plusieurs révolutions : création des dispensaires d'hygiène mentale dans la cité en 1937, apparition des neuroleptiques en 1950, influence de la psychanalyse qui a permis le passage d'une clinique du regard à une clinique de la parole dans le traitement des hystériques, naissance de la psychothérapie institutionnelle après-guerre sous l'influence de F. Tosquelles, loi sur la sectorisation en 1960, création du « certificat d'étude spéciale de psychiatrie » en 1968, évolution des pratiques soignantes grâce à la désinstitutionnalisation... et fin de la période asilaire. Un mouvement de balancier accompagne ces différentes évolutions en fonction du modèle explicatif des pathologies mentales : plutôt médical ou plutôt social, plutôt centré sur l'individu ou sur son contexte. Un des enjeux de ces différents courants est celui de considérer la « médecine mentale » (3), devenue psychiatrie, comme une discipline autonome, séparée de la neurologie. Le traitement social de la folie, quelque soit sa justification, méconnaît dans sa tentative d'isoler du corps social ses éléments pathologiques, que l'homme est un être de langage, et que la folie est inhérente à sa condition. Toute la réflexion philosophique de Georges Canguilhem sur le normal et le pathologique le démontre, suivi du travail théorique de Jacques Lacan à partir de son approche structurale en psychanalyse.

Depuis la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, dans le fil de ces différentes expérimentations et sous l'influence de plusieurs modèles dont celui de l'antipsychiatrie, l'organisation des soins psychiatriques en France s'est vue modifiée, passant d'une prise en charge essentiellement hospitalière à une politique de secteur. Celle-ci correspond à un rapprochement des structures et des équipes vers le lieu de vie de la personne, afin de permettre son maintien dans la société. La sectorisation comme modèle de soin émerge avec la circulaire de 1960, privilégiant la continuité à la fois spatiale et relationnelle du soin. Il faudra cependant attendre la loi du 25/07/1985 pour voir légalisée la notion de secteur psychiatrique. Bien que préconisée depuis cette date, une articulation des soins à partir des lieux de consultation en ambulatoire, et non plus à partir de l'hôpital, tarde à voir le jour.

L'époque actuelle pousse à nouveau les soignants à revoir leur modèle de pensée pour exercer leur « art ».

En effet, à l'heure de la mondialisation, les pratiques de soins en France ne peuvent plus méconnaître les expériences menées dans d'autres pays, voire d'autres cultures. Ainsi, en Italie, avec la loi 180 votée en 1978, les soins psychiatriques se sont vus transformés suite à la fermeture des hôpitaux psychiatriques. En Angleterre, avec le courant des communautés thérapeutiques, et au Canada, l'expérience de soins décentralisés dans la communauté a fait ses preuves depuis de nombreuses années.

Sous la pression de l'Organisation Mondiale de la Santé (créée en 1948), les politiques de santé sont invitées à prendre en compte ces expériences et à moderniser le rapport de la société à la psychiatrie. La conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (1978) affirme avec force que « *la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important, qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé* ». Le concept de Santé Mentale remplace peu à peu celui de soins psychiatriques et les bénéficiaires de ces services ne sont plus appelés des « malades » mais des « usagers », et bientôt des citoyens en demande de soins.

Ainsi l'OMS insiste sur la place centrale des soins de santé primaires pour les personnes souffrant de troubles psychiques dans le monde. En France, les médecins généralistes ont été identifiés comme étant les interlocuteurs privilégiés en premier recours, selon une enquête menée par le centre collaborateur de l'OMS pour la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France) (4). En effet, 42 % des personnes se tournent vers le médecin de famille comme premier acteur en cas de difficultés psychologiques. Par ailleurs, « *seul un dixième des personnes ayant des troubles aura un contact avec des services de psychiatrie de secteur et un centième d'entre elles sera hospitalisée* » (5).

La médecine générale est donc concernée tout particulièrement par la santé mentale. Par ailleurs, son rôle dans la prévention, la continuité et l'approche globale de la personne est dans l'essence même de ses missions. De plus, « *Elle est non stigmatisante, d'accès direct, elle accompagne les soins du corps et de l'âme* » (Roelandt, 2014). L'effort à mener par les services de psychiatrie est donc de se décentrer de leurs structures de secteur classiques, pour aller à la rencontre des acteurs de soins primaires. Il s'agit de déconstruire des représentations parfois anciennes concernant les services de psychiatrie, et identifier les résistances qui éclairent le constat qu'en France, le taux d'adressage des médecins généralistes vers les spécialistes en santé mentale est le plus faible parmi 6 pays européens

(Kovess-Mafesty 2007) (6). C'est bien cette démarche qui m'amène aujourd'hui à m'intéresser à la place des médecins généralistes dans la santé mentale sur le pôle du Grand Nancy.

## 2- Contextualisation à travers les politiques de santé :

Depuis 2009, la loi hôpital, patients, santé et territoire (HPST), par la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS), a redéfini les principes de planification des soins en psychiatrie, en intégrant ceux-ci dans le cadre de la politique générale de santé. Le territoire de santé devient le cadre d'exercice de la psychiatrie, les différents domaines (prévention, ambulatoire, hospitalisation, médico-social) sont décloisonnés. Les fonctions auparavant dévolues au secteur psychiatrique sont redistribuées à l'ensemble des acteurs du territoire, la notion de secteur est, par-là même, appelée à se redéfinir.

Par ailleurs, la santé mentale représente en France un enjeu majeur en termes de santé publique : ainsi en 2013, près de 7,2 millions de personnes avaient reçu des soins en rapport avec la santé mentale, soient 13 % de la population totale ayant eu recours au système de santé durant une année. La place et l'intervention des pouvoirs publics est ré-interrogée et jugée à la fois trop interventionniste dans la vie psychique des individus, du fait de la définition trop normalisatrice de la santé mentale, ou au contraire trop désinvolté face aux problèmes posés par la santé mentale, notamment en termes de sécurité (7). Ce constat montre que les 2 modèles concernant l'abord des troubles psychiatriques, basé soit sur une approche individuelle soit sur un traitement social des désordres psychiques perdurent. Ceux-ci s'accompagnent de l'émergence d'un troisième mouvement d'organisation des soins, résolument intermédiaire entre une dynamique institutionnelle d'enfermement, et un mouvement d'ouverture privilégiant une individualisation de la santé mentale. Ce mouvement, caractérisé par l'*organisation*, peut être défini comme un ensemble de processus collectifs, visant à croiser une organisation « par le haut », associant une pluralité d'acteurs et de dispositifs autour d'une problématique, et une organisation « par le bas » en insérant des pratiques individuelles des soignants, des familles ou de leurs proches dans ces dispositifs collectifs. Le développement de Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) depuis les années 2000 s'inscrit dans ce mouvement de démocratie participative dans le domaine de la santé. Ces instances de concertation, entre les acteurs de psychiatrie et les partenaires locaux en santé mentale, intègrent les usagers et les familles dans une recherche d'amélioration de l'accès aux soins et de lutte contre la stigmatisation.

La reconnaissance de la notion de handicap psychique par une loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », en 2005, traduit cette évolution en permettant la création des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), lieux de rencontre entre pairs, gérés par les usagers et ex-usagers de la psychiatrie.

La loi de modernisation de notre système de santé, votée en janvier 2016, tente de réaffirmer les principes d'une sectorisation psychiatrique, inscrite dans une politique globale de santé (7). Elle précise ainsi que « *la mission de la psychiatrie de secteur, qui concourt à la politique de santé mentale (...) consiste à garantir à l'ensemble de la population :*

*1° un recours de proximité (...) en coopération avec les équipes de soins primaires,*

*2° l'accessibilité territoriale et financière (...),*

*3° la continuité des soins psychiatriques (...) y compris le recours à l'hospitalisation (...) en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs (...)* »(Coldefy, 2016).

Dans ce contexte, les soignants en psychiatrie ne sont plus les seuls acteurs en Santé Mentale. Au contraire, ils doivent partager avec d'autres partenaires un minimum d'objectifs co-construits avec le sujet souffrant. Ce changement de paradigme a des effets sur la

pratique au quotidien et sur les principes éthiques qui orientent les soignants dans leurs prises de décision.

### 3- Dimension éthique :

Les professionnels de santé doivent ainsi passer d'une éthique du soin curatif à une éthique du *care*, c'est à dire à une prise en compte du sujet en demande de soins dans toutes ses dimensions, en tant que sujet bio-psycho-social. Un des principes de ce passage du *cure* au *care* consiste à prendre en compte la dimension relationnelle du soin, comme étant « ce qui compte » dans une pratique au quotidien. La relation soignante devient non plus une relation de « sachant » envers un sujet vulnérable, mais une relation de compréhension commune de la stratégie à adopter pour engager un processus de rétablissement.

Cette notion de « rétablissement » constitue également un virage éthique : en tant que processus de re-définition de soi, passant par une auto-détermination, il s'oppose à la notion de « prise en charge ». Sa finalité est de viser le bien-être ou le bien-vivre plutôt qu'un retour à la norme. Il n'est pas issu d'une approche médicale centrée sur la maladie et sur ses traitements, mais s'oriente d'une perspective centrée sur la personne et son devenir.

Comment, dans une organisation des soins, qui vise par définition des groupes de patients et de professionnels, créer les conditions favorables à des relations vraiment humaines et vraiment soignantes ? Paul RICOEUR, dans son texte de 1954, intitulé « *le socius et le prochain* », avait déjà compris que « *ce qui échappe à la science des groupes organisés (...), c'est précisément la relation que je noue avec un autrui, qu'il nomme prochain* ». Dans son commentaire de ce texte, Michel Dupuis (8) développe comme alternative à une organisation fondée sur l'ordre et la régularité, une *éthique du care*, fondée sur le souci de l'autre, sur la sollicitude, ou encore une forme de savoir être : « être attentionné ». Cette éthique demande au soignant de s'engager dans son acte, au-delà du *socius*, au sens de son rôle et de sa fonction, de s'engager en tant qu'être humain. Le soigné, non plus, ne peut se réduire à une dimension d'objet de soin, mais doit apparaître en tant que personne en chair et en os, telle qu'elle est rendue présente dans la rencontre. Michel Dupuis propose ainsi de « dématérialiser » le care, en ouvrant le soin à l'authenticité de l'expérience individuelle.

Ces valeurs éthiques doivent constituer un socle commun à tous les partenaires intervenant dans le champ de la santé. La rencontre, au coeur des processus, non seulement de soin mais également de partenariat, servira de guide à ma démarche.

## II METHODOLOGIE

### 1- Questions soulevées par le thème :

#### 1-1 Questions relatives au thème :

Les questions soulevées dans le cadre de ma démarche sont :

- Comment améliorer la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques ?
- Quels sont les freins à une meilleure coopération entre la médecine générale et les services spécialisés ?
- Comment mesurer les points de divergences et de rapprochement des différentes pratiques ?
- Quelles modifications dans l'organisation des soins permettraient d'y remédier ?

Plusieurs travaux de ce type ont déjà été menés sur d'autres territoires dans le cadre de l'enquête « Place de la Santé Mentale en Médecine Générale », coordonnée conjointement par le Centre Collaborateur de l'OMS de Lille et par le Centre Hospitalier de la Chartreuse (Dijon). Cette enquête a été réalisée grâce à la contribution de 101 secteurs de psychiatrie dans 14 régions de France et 2 départements d'Outre-Mer. Au total, 2076 médecins ont répondu à un même questionnaire. Ces études ont fait l'objet de publications. Parmi les secteurs concernés : Lille, Lunéville (1998) Paris Yvelines (2000), Dijon (2003, 2010).

Elles avaient pour objectif d'évaluer la représentation de la maladie mentale en médecine générale et selon le territoire, de faciliter l'accès aux soins psychiatriques, de développer un partenariat entre médecins généralistes et médecins psychiatres, d'intéresser les médecins généralistes à la mise en place d'une équipe mobile en soins psychiatriques.

Ces différentes enquêtes ont permis à chaque fois de réorganiser les liens entre médecins généralistes et équipes de santé mentale en fonction de la spécificité du territoire et des pratiques locales entre médecins. Parmi les différentes pistes d'amélioration citées, il s'agit, selon le territoire :

- d'affiner les critères d'adressage des médecins généralistes vers les équipes de secteur psychiatrique (9),
- d'améliorer la communication par des courriers de liaison entre médecins généralistes et médecins psychiatres,
- de créer des dispositifs de soins partagés (DSP), conçus comme des espaces de consultations-liaisons dans les cabinets de généralistes ou dans les hôpitaux généraux (9),
- de réfléchir à un transfert des compétences dévolues aux médecins psychiatres vers les infirmiers de secteur psychiatrique afin qu'ils deviennent un interlocuteur naturel pour les médecins généralistes (4).

La loi de janvier 2016 incite chaque pôle de psychiatrie à mener un travail de diagnostic sur son territoire de santé et à réorganiser ses services en fonction de ce préalable. Le pôle du Grand Nancy est ainsi en réflexion actuellement concernant l'offre de soins en ambulatoire et l'amélioration de la continuité du parcours de soins est au cœur de la démarche.

#### 1-2 Questions méthodologiques

La démarche de cette recherche-action s'inscrit dans l'élaboration partenariale d'un

diagnostic territorial en santé mentale. Quels outils sont les mieux adaptés pour ce type de travail ?

Deux types d'enquêtes m'ont semblé pouvoir répondre à cette question : une consultation exhaustive des praticiens en médecine générale par une enquête quantitative menée sur le territoire du PGN ou bien la rencontre avec un échantillon représentatif des médecins généralistes concernés. La première option aurait pu être menée avec l'aide du département de promotion de la santé mentale et le service qualité du CPN. Cependant, j'ai choisi la deuxième option car il m'a semblé opportun de mener une démarche d'emblée inscrite dans la rencontre avec les partenaires, ce qui par conséquent donnait l'occasion d'un échange personnalisé et approfondi avec chacun d'eux. L'organisation logistique de mon travail m'a permis de rencontrer un nombre de médecins limité à 15.

La rencontre à leur cabinet permet par ailleurs :

- de mieux connaître le territoire
- de découvrir leur organisation et leurs besoins,
- de partager un certain nombre de représentations quant à une démarche de promotion de la santé mentale.

## **2- Contexte actuel concernant les CMP du Pôle du Grand Nancy**

En ce qui concerne le territoire du PGN, les consultations psychiatriques sont dispatchées sur 4 CMP en fonction de l'origine géographique du demandeur.

Le projet médical du Département ambulatoire du PGN réaffirme en 2015 les missions des CMP : « *la prévention, le diagnostic, les soins, le suivi et le maintien dans le milieu social, scolaire ou professionnel* ». Il insiste sur le rôle primordial de l'ambulatoire dans le parcours de soins du patient et l'objectif d' « *assurer la continuité des soins* ». Il est précisé que « *le parcours de soins évoque clairement la notion de continuum, d'interventions coordonnées, décloisonnées et dynamiques* » et « *qu'au-delà du parcours de soins peut être entendu le parcours de santé qui engage une personne et ses besoins dans son milieu de vie* ».

Il a ainsi été mis en place, de façon systématique, la désignation pour tout patient pris en charge en CMP d'un infirmier et d'un médecin référents, dont les noms sont communiqués à l'intéressé. Des contacts entre le département ambulatoire et le département d'hospitalisation ont été organisés de façon à anticiper la sortie d'hospitalisation des patients par une rencontre avec l'infirmier référent en ambulatoire. De même, pour les patients connus du CMP, des visites dans l'unité d'hospitalisation sont effectuées dès son entrée et durant son séjour. La continuité des psychothérapies engagées est assurée par des contacts directs entre les psychologues du pôle.

En ce qui concerne les liens avec les partenaires médico-sociaux, un dispositif de transition et d'accompagnement, entre hospitalisation et retour à domicile, est élaboré et mis en œuvre avec l'association Espoir 54 qui intervient, sur le territoire, dans le champ du handicap psychique. Ce dispositif encore expérimental constitue une offre de réhabilitation précoce pour des personnes repérées comme vulnérables, en situation de rupture sociale et/ou familiale.

Dans le cadre de la continuité des soins, l'organisation actuelle des liens entre médecins généralistes et équipes des CMP est envisagée sous la forme d'un courrier de liaison adressé par le médecin psychiatre du CMP au médecin traitant désigné par le patient concerné. Ce

courrier de liaison est souvent constitué d'un extrait des observations effectuées lors de la dernière consultation au CMP.

Les relations de partenariat avec les médecins généralistes de la communauté de commune (au nombre de 278) n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation partagée. Un certain nombre de questions restent ainsi posées :

- le nombre important de médecins implantés sur le secteur est-il un frein à développer un partenariat ?
- les médecins généralistes sont-ils réticents à prescrire les traitements psychiatriques ?
- rencontrent-ils des difficultés dans ce domaine ?
- quelle proportion de leur patientèle est également suivie en CMP ?
- les patients qui reçoivent leur prescription en CMP savent-ils l'expliquer et décrire leur prise en charge psychiatrique ?
- quelles attentes ont les médecins désignés comme médecin traitant vis à vis des équipes de secteur psychiatrique ?

Autant de questions qui permettraient d'avancer vers une meilleure continuité entre soins somatiques et soins psychiatriques.

La diminution du nombre de médecins psychiatres dans les services de psychiatrie se traduit par un recentrage de leurs missions, en CMP notamment, sur la prescription des traitements spécialisés et la réponse aux urgences. Les médecins généralistes ont affaire de plus en plus souvent aux infirmiers des équipes pluridisciplinaires pour évoquer par téléphone la situation des patients et la conduite à tenir. Connaissent-ils les différents professionnels de l'équipe ?, ont-ils une idée de leurs missions ? L'enquête permettra également de parler de ces différentes questions en vue de chercher des solutions adaptées au contexte actuel.

### **3- Les objectifs :**

#### **3-1 Objectif général :**

La démarche menée dans ce travail s'inscrit dans une perspective de promotion de la santé mentale et d'amélioration de l'organisation des soins en vue de mieux répondre aux besoins de la population du territoire.

La visée est d'améliorer l'articulation entre soins somatiques et soins psychiques grâce à une meilleure coordination des actions menées par les médecins généralistes et celles des équipes de soins en CMP. Ce point fait partie intégrante des recommandations de bonnes pratiques en psychiatrie.

#### **3-2 Objectifs stratégiques :**

Plusieurs axes permettent à priori d'améliorer l'efficacité du partenariat entre médecins traitants et praticiens de la psychiatrie :

- diminuer l'impact des effets secondaires des traitements psychotropes grâce à la prévention des troubles tels que le surpoids et l'obésité, l'hypertension, le diabète et les troubles lipidiques,
- dépister précocement et surveiller les comorbidités somatiques des patients atteints de troubles psychiatriques sévères tels que la schizophrénie et les troubles bipolaires,
- faciliter l'accès aux soins psychiatriques pour les patients orientés par leur médecin traitant vers une prise en charge spécialisée,
- améliorer l'efficacité des soins prodigués grâce à une meilleure coordination.

#### **3-3 Objectifs opérationnels :**

Les objectifs visés par ce travail seront d'améliorer la coordination des soins avec tous les acteurs et la démarche menée auprès des médecins généralistes devra permettre:

- d'évaluer avec eux ce qui existe déjà en terme de partenariat,
- de recueillir leurs attentes quant à l'amélioration de ce partenariat,
- de questionner les points qui sont importants pour mieux répondre aux besoins des usagers et de leur famille,
- d'interroger la participation des professionnels non médicaux à la continuité entre soins somatiques et psychiques,
- d'élargir la réflexion médicale vers une réflexion plus globale en terme de promotion de la santé mentale.

L'évaluation de l'état du partenariat entre médecins généralistes et équipes de psychiatrie se basera sur les recommandations figurant dans la charte du partenariat médecine générale/psychiatrie de secteur, établie en 2014 par le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés.

Elles se déclinent en 8 points concernant :

- 1- l'identification d'un médecin généraliste pour tout patient pris en charge par le secteur psychiatrique ;
- 2- la prévention et la surveillance par le médecin généraliste des effets secondaires des traitements et en particulier lors des comorbidités somatiques et psychiatriques. Il est proposé que le traitement psychiatrique soit préconisé par le psychiatre traitant et prescrit par le médecin généraliste ;
- 3- un accès téléphonique direct pour le médecin généraliste à un psychiatre sénior de l'équipe, et réciproquement ;
- 4- la transmission d'information dès l'adressage du patient et en cours de suivi s'il y a lieu ;
- 5- l'information systématique du médecin généraliste et dans les meilleurs délais des hospitalisations programmées ou urgentes en milieu spécialisés, ainsi que les conditions du retour à domicile et toutes les informations de nature à assurer une meilleure coordination du parcours de soin ;
- 6- la facilitation de l'action du médecin généraliste traitant pour mobiliser des ressources locales et des interventions communes au domicile, notamment en cas de mesure d'hospitalisation sans consentement ;
- 7- la coordination des interventions concernant les équipes soignantes pluri professionnelles mais également l'aide et l'accompagnement du patient et de sa famille ;
- 8- la formation des internes de psychiatrie et des internes de médecine générale, de façon à favoriser une connaissance mutuelle des dispositifs de soin et des pratiques professionnelles.

La charte conclut en précisant que la mise en œuvre de ces principes doit être adaptée à la situation démographique des différents territoires.

#### **4- Méthode :**

##### **4-1- Enquête sur l'existant :**

La méthodologie retenue est celle d'une enquête sous forme d'entretiens semi-directifs menés au cabinet des médecins généralistes.

Le nombre sera limité à 15 praticiens.

Un questionnaire (voir en annexe) servant de guide d'entretien est établi en deux parties :

- 1- Etat des lieux de la coordination entre soins primaires et soins psychiatriques ;
- 2- Attentes des médecins généralistes concernant une amélioration de cette coordination.

La construction de ce questionnaire s'appuie sur deux modèles : l'enquête menée auprès des médecins généralistes du XVIème arrondissement de Paris, pour mesurer leur motivation à s'impliquer dans une équipe mobile en psychiatrie, et celle menée sur le plan national sur « la place de la santé mentale en médecine générale ». Un test du questionnaire sera préalablement effectué auprès d'un médecin généraliste.

Le choix des médecins interrogés se fera à partir du relevé des noms de médecins traitants donnés par les patients lors des consultations en CMP. Cela permettra de contacter les médecins désignés en leur faisant part d'un souhait d'améliorer concrètement la relation de partenariat autour du patient, et de motiver leur participation à l'enquête.

5 noms seront ainsi relevés à partir des dossiers pris par ordre alphabétique au CMP de Médreville, 5 noms pour le CMP d'Essey les Nancy et 5 noms pour le CMP de Vandoeuvre, soient 15 coordonnées de médecins au total..

Chaque médecin sera ensuite contacté par téléphone pour une prise de rendez-vous à son cabinet. Je me rendrai à la rencontre de chacun pour créer une relation de partenariat dans laquelle est mis en œuvre un décloisonnement des pratiques.

Les réponses à l'enquête seront analysées à la fois sur un plan quantitatif et qualitatif.

#### **4-2 Réalisation concrète :**

##### 4-2-1 Evaluation du questionnaire par une phase –test :

Un premier médecin généraliste a été contacté pour tester le questionnaire avant de le finaliser.

Dès la prise de contact sont apparues des questions à prendre en compte pour la suite de l'enquête :

- *Combien de temps cela prendra ?* Il semble important lors de la prise de rendez-vous de baliser le temps nécessaire à accorder pour l'entretien. Une dizaine de minutes semble être le bon cadrage pour s'insérer dans le flux des consultations.
- *Pour quel patient avez-vous noté mon nom en référence comme médecin traitant :* cette question naturelle pour le praticien m'amène à revoir la présentation de mon enquête sans mentionner que j'ai relevé le nom du médecin dans un dossier particulier. En effet, ma démarche ne me permet pas de répondre à des questions sur des prises en charge individuelles.

La phase d'entretien s'est déroulée de façon positive et a permis de confirmer la pertinence du questionnaire.

##### 4-2-2 Réajustements suite à cette phase-test :

Les premières tentatives de prise de contacts se heurtent d'emblée à un constat : les médecins généralistes contactés se déclarent peu disponibles ou peu intéressés pour répondre à ce genre d'enquête.

Je décide donc de revoir la liste des médecins à contacter et de prioriser des médecins dont une expérience de partenariat avec les équipes de CMP a déjà été repérée par les équipes de soins.

Remarque liée à cette première étape : tous les dossiers de soins des patients suivis en CMP comportent la mention du médecin traitant comme une information de base dans le recueil des données préalables. Cette rubrique est considérée actuellement comme une information importante, dans l'objectif de travailler en partenariat autour du patient.

Par ailleurs, il me semble que mon entrée en matière n'est peut-être pas attrayante à priori. Je décide donc d'introduire ma demande de rencontre en parlant non plus « des relations de partenariat entre médecins généralistes et CMP » mais plutôt en termes de « contribution des médecins généralistes à la santé mentale dans la communauté ». Cette formulation semble, en effet, susciter aussitôt une motivation accrue des médecins sollicités.

### III ANALYSE DES RESULTATS

L'enquête auprès des médecins généralistes s'est déroulée sur 4 mois (de mai à septembre 2016).

Pour rencontrer 15 médecins, il m'a fallu en contacter 23. Le refus de me recevoir a pu être motivé par un manque de disponibilité et/ou un manque d'intérêt. Ceux qui ont accepté de répondre à l'enquête ont inséré ma visite dans le flux des consultations ou en début de journée. J'ai ainsi pu dérouler mon questionnaire, tout en prenant le temps d'un échange le plus ouvert possible sur leurs propositions pour améliorer les relations de partenariat entre eux et les équipes des CMP de proximité.

Sur les 15 généralistes interrogés, 5 sont situés sur le secteur correspondant au CMP de Médreville, 5 sur celui d'Essey-les-Nancy et 5 sur celui de Vandoeuvre.

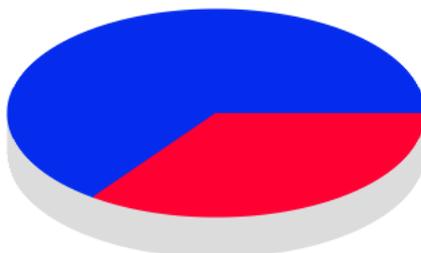
#### 1- Limites de l'enquête dues à la taille de l'échantillon :

Sur 23 médecins contactés, seuls 15 ont accepté de me recevoir et exprimé leur intérêt pour le thème de ma recherche. Il semble que ce premier constat permet d'évaluer l'investissement des médecins généralistes dans la promotion de la santé mentale et dans l'amélioration du partenariat avec les équipes de psychiatrie.

65 % ■  
réponses positives

35 % ■  
réponses négatives

intérêt pour le thème



Cette hypothèse semble confirmée par les réponses à la question : « la psychiatrie est-elle une discipline qui vous intéresse ? » : 80 % des médecins interrogés ont répondu : OUI.

L'écart entre le fait d'accepter de répondre au questionnaire et l'intérêt manifeste pour la psychiatrie réside dans la nuance entre « santé mentale », vocable d'appel pour les solliciter, et « psychiatrie » en tant que telle. En effet, les trois réponses négatives ont été complétées par la différenciation entre une « petite psychiatrie », composée des troubles transitoires,

anxiodépresseurs, et les pathologies psychiatriques sévères. Les médecins consultés ont souvent établi une dichotomie entre ces deux versants dans la suite du questionnaire.

Il me faut tenir compte de ce qui représente un biais pour analyser l'opinion des médecins généralistes quant à leur implication dans la santé mentale. En effet, ceux qui ont participé à l'enquête sont des médecins déjà en lien avec les équipes de CMP. Leurs noms m'ont été donnés par des professionnels des 3 CMP concernés : Médreville, Essey et Vandoeuvre. L'analyse approfondie des réponses au questionnaire mettra en évidence leur degré d'implication dans le partenariat avec les équipes de CMP.

## 2 – Présentation de l'échantillon :

### 2-1 Profil des médecins ayant répondu à l'enquête :

La répartition entre les genres est équilibrée : 8 femmes, 7 hommes.

La pratique d'une discipline complémentaire est mentionnée pour la moitié d'entre eux également : nutrition, médecine physique, ostéopathie, addictologie, homéopathie sont citées, mais également l'engagement auprès de publics particuliers : accueil des migrants, consultations en réadaptation ou auprès de personnes âgées, SOS médecin, médecins du monde.

La durée d'installation en cabinet est importante pour la majorité :

- > à 20 ans pour 6 d'entre eux,
- entre 10 et 20 ans pour 6 d'entre eux,
- < à 10 ans pour 3 d'entre eux.

Cela laisse supposer que ces praticiens ont une expérience considérable dans la connaissance du public logeant sur leur secteur, et des problématiques majoritaires en lien avec la santé.

Deux grands types d'organisation apparaissent :

- ceux dont le cabinet est intégré à une maison médicale et travaillent en lien avec des infirmiers libéraux installés dans les mêmes locaux (8 d'entre eux),
- et ceux qui consultent dans un cabinet de ville classique.

Il ne semble pas y avoir d'impact du mode d'organisation des consultations sur l'implication des médecins concernés dans la santé mentale. Le seul intérêt de cette distinction est la possibilité offerte par certains généralistes de mettre à disposition des locaux pour des consultations délocalisées des équipes de psychiatrie.

### 2-2 Profil de la patientèle des médecins interrogés :

Tous les médecins généralistes rencontrés répondent affirmativement à la question : « Avez-vous dans votre patientèle des personnes que vous suivez entre autre pour des problèmes psychiatriques ». Ils citent tous d'emblée la **dépression** comme pathologie psychiatrique, mais leur estimation de la fréquence des troubles diffère ensuite.

Là encore, deux grands types de réponses se dégagent quant à la proportion de personnes suivies entre autre pour des problèmes psychiatriques :

- celles qui font référence à la catégorie « psychiatrie », voire « psychiatrie lourde »,

- celles qui englobent les troubles psychologiques associés à la maladie quelle qu'elle soit, voire qui signalent la composante « psy » de toute demande adressée à un médecin généraliste.

Ainsi :

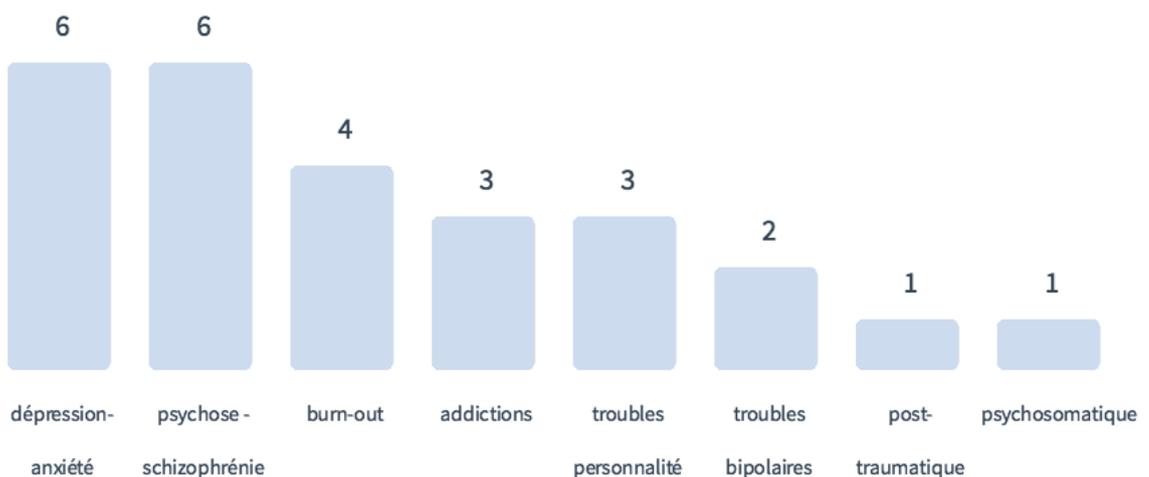
- 11 médecins situent la proportion des patients concernés entre 0 et 15 %
- 2 autour de 30 %
- 1 à 50 %
- 1 à 100 %.

L'estimation est approximative pour tous les médecins interrogés et ils complètent systématiquement leur réponse en apportant la nuance entre « *psychiatrie lourde* » ou « *grosse pathologie* » et « *psychiatrie légère* », ou « *souffrance psychologique* ».

Plusieurs d'entre eux font référence à quelques « *situations lourdes* » qu'ils ont eu à gérer durant leur carrière. Il s'agit de personnes qui présentaient des risques de passage à l'acte et/ou qui refusaient les soins alors qu'ils avaient besoin d'être hospitalisés en service de psychiatrie.

Chacun a développé une liste de troubles et/ou de pathologies parmi lesquelles sont représentées les catégories figurant dans le diagramme ci-dessous. Le chiffre correspond au nombre de fois où la catégorie a été citée.

## pathologies



### **Y-a-t'il des différences suivant les secteurs ?**

En effet, il apparaît des différences significatives :

- les médecins généralistes exerçant en centre ville (CMP de Médreville) mentionnent d'avantage les troubles anxio-dépressifs comme majoritaires,
- ceux qui exercent à proximité de structures comme le Foyer intermédiaire d'Essey, des appartements thérapeutiques ou un foyer d'hébergement pour migrants évoquent la problématique particulière liée à cette population,
- ceux qui professent à proximité des quartiers défavorisés de Vandoeuvre parlent plutôt de la complexité des situations liées à des problématiques intriquées (problèmes sociaux, cohabitation des cultures, lieux de vie générant des difficultés avec le voisinage).

La souffrance liée au travail est mentionnée comme productrice de troubles psychiatriques importants par plusieurs des médecins rencontrés.

### **3 – Difficultés en lien avec la santé mentale :**

**Tous les médecins interrogés confirment rencontrer des difficultés dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques.**

Les problèmes cités sont de 3 grandes catégories :

- liés aux situations de crise : la crainte du passage à l'acte, la mise en œuvre d'une hospitalisation sans consentement font partie des difficultés dans la pratique des médecins généralistes ;
- liés à l'accès aux soins : soit du fait du patient (refus de soin, non francophone), soit du fait de l'organisation des soins psychiatriques (délais de rendez-vous, coût dans le privé, réseau peu actif) ;
- liés enfin à la clinique elle-même : question du diagnostic, de l'orientation, de l'observance du traitement et de son adaptation, de l'évaluation du danger, des pathologies addictives.

Le recueil de ces difficultés permet de repérer les propositions de partenariat qui amélioreraient le travail en réseau.

**Il faut noter que 10 des médecins interrogés sur 15 disent adresser de préférence vers les psychiatres libéraux plutôt que vers les CMP.** Ils argumentent soit du fait d'un accès plus rapide (ce qui ne semble pas totalement confirmé sauf à faire appel à des confrères qui se rendent disponibles en priorité), soit du fait d'une habitude professionnelle considérant la psychiatrie au même titre que les autres spécialités.

**10 médecins sur 15 mentionnent faire appel à l'UAUP (Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques) en cas de difficultés avec une notion d'urgence.**

### **4- Questions relatives aux liens avec les équipes pluridisciplinaires des CMP :**

**100 % des médecins rencontrés adressent des patients vers le CMP du secteur et en connaissent l'adresse.**

4-1 Question : « *adressez-vous des patients au CMP, si oui pourquoi ?* »

**Pour seulement 5 médecins sur 15, la réponse mentionne un travail en réseau.** Le partenariat entre CMP- UAUP – psychiatres libéraux/ travailleurs sociaux est alors cité.

Les autres réponses, quoique riches et variées, laissent entendre que certains ont précisé d'avantage leur choix entre médecine privée et médecine publique. Parmi elles : « *préférence du patient* » et « *raisons financières* », « *horaires d'ouverture* ».

D'autres ont développé les indications qu'ils retiennent pour orienter vers le CMP :

- soit du fait des troubles : *dépression, psychose, hallucinations, décompensation, syndrome de Diogène, pathologie chronique, schizophrénie* ;
- soit du fait des thérapies attendues : *TCC (thérapie cognitivo-comportementale), psychothérapie, place de la parole, consultations psychologiques, art-thérapie.*

**10 médecins sur 15 évoquent les délais de rendez-vous comme un frein au recours à l'équipe du CMP.**

4-2 Question : « *dans le cas où vous avez orienté un patient, l'avez-vous fait sous forme de courrier ?* »

**8 sur 15 répondent affirmativement, et 8 sur 15 disent préférer le contact téléphonique.**

Cette préférence s'éclaire de l'attente exprimée par la plupart des médecins rencontrés d'avoir des relations personnalisées avec les équipes de CMP. Plusieurs déplorent le changement trop fréquent des psychiatres.

4-3 Question : « *Avez-vous déjà orienté au CMP une famille en difficulté face à la situation psychiatrique d'un de ses proches ?* »

9 répondent négativement, 5 évoquent un recours aux équipes de pédopsychiatrie, 1 à l'équipe de thérapie familiale.

**Remarque : la communication sur les aides proposées aux familles de patients souffrant de troubles psychiques au long cours n'est pas encore arrivée jusqu'au cabinet des médecins généralistes.**

4-4 Question : « *connaissez-vous l'offre de soins en CMP ?* »

12 réponses sont positives pour 3 négatives (une plaquette d'information ou une rencontre des équipes est alors souhaitée).

**5- Question relative aux attentes concernant les liens avec les équipes de psychiatrie des CMP :**

Cette question est située dans le cadre d'une recherche de meilleure coordination du parcours de soin du patient.

**Seuls 2 médecins généralistes sur 15 expriment leur satisfaction dans le travail de réseau avec les équipes de CMP.**

**11 médecins sur 15 demandent à être informés sur la prise en charge mise en place en CMP, le diagnostic et le traitement instauré, l'évolution attendue des troubles.**  
**3 évoquent une communication par messagerie cryptée pour faciliter la communication.**

Les autres réponses confirment les remarques déjà effectuées : « *plus de contacts* », « *plus de personnel* », « *des rendez-vous plus rapides* », « *des plaquettes d'information* », « *plus de VAD* », « *une meilleure coordination* », « *des thérapies cognitives* », « *donner un cadre pour la prise de traitement* ».

Un certain nombre de suggestions seront recensées dans un chapitre particulier, restituant la richesse des propositions et la pertinence de raisonner en terme de besoins repérés sur un territoire donné.

#### **6- Questions sur les contacts souhaités avec les équipes de CMP :**

6-1 Question : « *Seriez-vous intéressé pour visiter un CMP ?* »

Un seul médecin rencontré avait eu l'occasion de se déplacer au CMP.  
6 répondent ne pas être disponibles pour cela.

6-2 Question : « *Avez-vous des contacts avec les professionnels ?* »

**11 répondent positivement avec les infirmiers de l'équipe.**

6-3 Question : « *Que pensez-vous de la mise en place d'un coordonateur de soins dans ces équipes ?* »

Les réponses sont globalement positives :

- **12 répondent très favorablement,**
- 1 exprime sa crainte que cela rajoute à la complexité pour la communication,
- 1 regrette qu'il n'y ait pas plus de psychiatre dans les équipes,
- 1 constate que cela n'existe pas encore sur le terrain.

La plupart des médecins interrogés ont exprimé le fait que les patients ne sont pas en mesure de leur restituer la prise en charge dont ils bénéficient. Certains évoquent même une confusion dans l'identité des intervenants rencontrés.

La réponse rapide en terme de rendez-vous auprès d'un infirmier a cependant été notée comme un élément favorable, même si le délai pour rencontrer ensuite le psychiatre est jugé trop long.

6-4 Question : « *Souhaiteriez-vous les rencontrer ?* »

10 répondent favorablement.

1 demande à être informé par courrier du nom de ce coordonateur pour le patient concerné.

6-5 Question : « *Seriez-vous favorable à des consultations pluri-professionnelles ?* »

7 se prononcent favorablement, 4 nuancent « *en cas de nécessité uniquement* », 1 élargit à l'idée de VAD en commun.

6-6 Question : « *Seriez-vous intéressé pour participer à des rencontres concernant l'organisation des soins en santé mentale ?* »

6 répondent positivement, 7 se déclarent trop peu disponibles.

Les propositions seront également reprises dans le chapitre sur les suggestions de travail en partenariat.

## **7- Commentaires associés à ces réponses :**

7-1 Remarques concernant la prescription des traitements psychiatriques par le médecin généraliste :

Plusieurs des médecins rencontrés s'estiment peu satisfaits d'être associés à la prise en charge uniquement pour la prescription des médicaments. Au contraire, l'un d'entre eux fait référence au rôle de coordination des soins dévolu au médecin traitant, et estime que cela permet de pallier aux effets secondaires des traitements psychiatriques.

7-2 Travail avec les psychiatres libéraux :

La plupart des médecins interrogés sur leur place dans la santé mentale mentionnent naturellement le travail de collaboration avec les psychiatres de ville. Ils ne différencient pas à priori le suivi psychiatrique en CMP et le suivi en libéral.

Remarque : le nombre important de psychiatres de ville sur Nancy (55) constitue une donnée spécifique du territoire et mérite d'être prise en compte dans l'analyse du partenariat entre praticiens de soins primaires et spécialistes en psychiatrie.

7-3 Les maladies psychiques sont-elles des maladies comme les autres ?

Cette question traverse tout le questionnaire et bon nombre de médecins interrogés s'expriment sur ce thème, considérant que oui, la psychiatrie est une spécialité parmi d'autres ou au contraire que non, les maladies psychiques ne sont pas des maladies comme les autres, nécessitant un travail à plusieurs, une personnalisation du soin accentuée ou encore que les patients atteints de troubles psychiques sont stigmatisés et souffrent de solitude.

**Ces commentaires me semblent questionner dans l'ensemble l'ambiguïté qui règne actuellement entre une psychiatrie très médicalisée, considérée comme une spécialité complémentaire de la médecine générale, et la notion de santé mentale, d'avantage tournée vers la recherche du maintien « en bonne santé » grâce à un partenariat autour de la personne, inscrit dans sa vie quotidienne.**

## **8- Suggestions d'actions de partenariat à développer :**

8-1 Suggestions globales

**100 % des médecins généralistes interrogés évoquent à un moment de l'entretien leur souhait ou leur satisfaction de recevoir des courriers de liaison de la part des médecins psychiatres.**

La forme simplifiée d'un document semble préconisée de façon unanime, récapitulant :

- le diagnostic et un avis sur l'évolution des troubles,
- l'adaptation médicamenteuse et les changements de traitements éventuels,
- la prise en charge mise en place avec un calendrier des rendez-vous,
- la répartition des tâches entre médecins.

Par ailleurs, un contact facilité pour les médecins traitants sous la forme d'un N° unique ou spécial médecin de famille (type CHU) est également sollicité.

Enfin, une communication par mail ou messagerie cryptée a été plusieurs fois mentionnée.

Ces propositions vont dans le sens d'une personnalisation des contacts, soit par patient, soit par structure.

#### 8-2 Suggestions par secteur :

Le recueil des réponses auprès des 15 médecins fait ressortir l'intérêt de développer des actions partenariales en fonction des besoins repérés sur chaque secteur :

##### **8-2-1 Secteur correspondant au CMP de Médreville :**

La prévalence des troubles anxio-dépressifs notée par les généralistes concernés s'accompagne de plusieurs propositions de travail :

\* Face à la difficulté d'adresser les patients vers le CMP et le peu d'efficacité de donner uniquement l'adresse du CMP, la possibilité de consultations délocalisées des équipes de psychiatrie a été évoquée comme une suggestion à évaluer. Il s'agit en particulier des médecins installés en maison médicale, pour lesquels la mise à disposition de locaux est réalisable. Leur expérience de collaboration avec des infirmiers libéraux semble un facteur favorisant.

\* Face au risque de passage à l'acte chez des patients suicidaires, il a été évoqué l'intérêt d'une collaboration médecins généralistes – médecins psychiatres, sous la forme de groupes d'échange. L'analyse à posteriori du risque suicidaire est un exemple de thématique commune. La possibilité d'inscrire ce travail dans le cadre de la Formation Médicale Post-Universitaire a été soulevée.

\* Un travail de partenariat autour des situations de burn-out a été préconisé : ainsi, lorsque le médecin généraliste, face à la souffrance au travail est amené à prescrire un arrêt de travail, il semble opportun que ce temps de suspens soit mis à profit pour qu'un espace de parole soit proposé au patient et lui permette de prendre du recul, de déposer sa souffrance et d'envisager des solutions. Des consultations auprès de psychologues pourraient ainsi accompagner ce temps particulier. Par ailleurs, un partenariat avec les médecins du travail pourrait également se développer en complément.

\* Face à des problématiques récurrentes, telles que les problèmes de souffrance psychologique des migrants, une journée de travail avec les élus, les travailleurs sociaux, les équipes de soins psychiatriques et pédopsychiatriques a été évoquée. L'objectif énoncé serait d'améliorer la gestion des dispositifs mis en place : le délai de 2 années de démarches de régularisation génère un stress et des troubles psychiatriques, se rajoutant souvent à des séquelles de traumatismes vécus dans le pays d'origine. La recherche d'un meilleur

accompagnement administratif et soignant ainsi qu'une meilleure utilisation des moyens mis à disposition devrait réunir les efforts de tous les partenaires.

### **8-2-2 Secteur correspondant au CMP d'Essey-les-Nancy**

\* Face à des situations de grande misère sociale, des cellules d'aide médicopsychologique de type CUMP ont été évoquées à destination des intervenants médico-sociaux. Il a été cité des exemples d'interventions pour organiser des hospitalisations sans consentement accompagnées de placement pour les enfants de la famille. Pour ces situations complexes, il a été question de soutenir à la fois les professionnels soumis à des chocs émotionnels et de prévenir ainsi un burn-out mais aussi de créer des dispositifs d'intervention à plusieurs. Par ailleurs, la proximité du foyer Camille Mathis a été évoquée par un médecin du secteur, suggérant la présence d'une population particulièrement fragile.

\* Pour favoriser un travail en réseau autour de la santé mentale, le modèle du réseau PAERPA pour les personnes âgées a été cité : le médecin généraliste se trouve en effet amené à gérer des prises en charge de type hospitalisation à domicile avec de multiples intervenants sans avoir tous les éléments pour le faire.

\* Face à la problématique récurrente des difficultés intra-familiale, des dispositifs particuliers pourraient également être imaginés : à destination par exemple des enfants à la limite de l'échec scolaire ou des jeunes adultes et étudiants dans le début de leur vie autonome. La participation sous forme de consultations psychologiques au sein d'une maison médicalisée a ainsi été évoquée.

\* Face aux plaintes exprimées concernant une souffrance au travail générant des troubles psychiatriques, un rapprochement des équipes de psychiatrie vers les cabinets des médecins généralistes a été suggéré.

### **8-2-3 Secteur correspondant au CMP de Vandoeuvre**

Remarque : l'organisation des soins en ambulatoire sur ce secteur est en cours de modification actuellement. Les consultations jusqu'alors distribuées entre 2 CMP : un situé à Vandoeuvre et l'autre situé en centre-ville de Nancy, vont être regroupées en un seul lieu : un CMP en voie d'aménagement à Vandoeuvre, proche d'une zone commerciale. Ce choix a été fait en vue de diminuer les coûts de fonctionnement grâce au regroupement de personnel et de faciliter l'accès au public grâce à l'utilisation des transports en commun. Ce futur lieu sera également aux normes pour l'accès des personnes en situation de handicap. Les effets de cette nouvelle organisation devront être évalués dans l'après-coup, particulièrement pour le public habitué à fréquenter le CMP proche du centre-ville de Nancy.

\* Face au problème de surconsommation médicamenteuse, un médecin généraliste a évoqué une forme de « tutelle médicale » qui pourrait être l'objet de réflexion en lien avec les équipes de CMP.

\* La présence de population étrangère non francophone pose beaucoup de difficultés aux médecins généralistes qui n'ont pas accès à des interventions d'interprètes. Un travail de partenariat avec les équipes de secteur psychiatrique semble être une piste possible pour améliorer leur prise en charge.

\* La proximité d' « appartements thérapeutiques » a également été citée par un médecin généraliste soulevant la question de l'isolement et de la stigmatisation des personnes en souffrance psychique. Un partenariat personnalisé a ainsi été évoqué comme un souhait de mieux les accompagner.

\* Des difficultés avec la MDPH (Maison Départementale en faveur des Personnes en situation de Handicap) ont été mentionnées par plusieurs médecins : constitution des dossiers, délais de réponse, orientation. Un partenariat avec les CMP est déjà effectif mais gagnerait à être approfondi et mieux articulé, selon eux.

Remarques : au cours des entretiens, j'ai pu constater les efforts de chaque médecin pour se constituer un réseau de partenaires : thérapeutes libéraux, associations, professionnels médico-sociaux. Chacun semble ainsi avoir quelques bottes secrètes à activer en cas de besoin. Il pourrait être intéressant que le travail de recensement des offres en libéral et sur le secteur médico-social soit réalisé par chaque équipe de CMP et transmis aux praticiens.

### III MISE EN PERSPECTIVE DES RESULTATS DE L'ENQUETE

Il me semble intéressant de comparer ces résultats à ceux obtenus lors de la réalisation d'enquêtes antérieures pour en estimer la pertinence. Par ailleurs, l'évaluation de l'état du partenariat au vu de la Charte « Médecine Générale § Psychiatrie », reprise dans la Loi de janvier 2016, et la reprise des objectifs de travail posés avant de débiter l'enquête permettront de mesurer l'intérêt de ce type de Recherche- action.

#### **1- Eléments de comparaison avec les résultats obtenus lors d'enquêtes antérieures :**

Dès 1999, l'enquête menée sur la Meurthe-et-Moselle, dans le secteur de Lunéville, avait fait l'objet d'une publication dans la revue Santé Publique (10). Le constat d'une « non-communication » entre la médecine générale et le secteur de santé mentale s'accompagnait d'une analyse des représentations de la psychiatrie chez les médecins généralistes interrogés. Il semblait alors à l'époque que la santé mentale était étroitement liée à la dangerosité pour la majorité des médecins. Par ailleurs, 18 médecins sur 23 exprimaient mal connaître l'organisation des soins en psychiatrie et faisaient appel à des services d'hospitalisation en cas de difficultés.

L'analyse des réponses à notre enquête montre qu'à l'heure actuelle et sur un secteur majoritairement urbain, les médecins généralistes sont mieux informés de l'organisation des soins psychiatriques en ambulatoire et semblent également mieux informés sur les différentes pathologies et leurs traitements. La difficulté de communication, bien qu'atténuée en théorie, reste majoritairement signalée. La forte attente des médecins traitants de recevoir un courrier de liaison suite à une prise en charge en CMP en est le signe.

Ces constats ont été confirmés par les résultats de l'enquête nationale « Place de la santé mentale en médecine générale » menée en 2010-2012 par G. Milleret. En effet, à la question : « *l'offre de soin en psychiatrie a-t-elle évolué ces dernières années ?* », 61 % des généralistes répondent OUI. Ils sont donc informés pour la plupart de l'évolution de l'organisation des soins psychiatriques même si seulement 20 % qualifient cette évolution de « favorable ». Par ailleurs, concernant « *l'évolution du regard des patients sur la psychiatrie* », 53 % des médecins estiment qu'il y a une évolution favorable. La représentation de la santé mentale a ainsi évolué chez les patients mais sans aucun doute chez les médecins eux-mêmes en premier lieu.

Certains résultats sont congruents entre toutes les enquêtes compulsées :

- ainsi la prévalence des troubles dépressifs et anxieux repérés par les médecins généralistes dans leur patientèle,
- mais aussi la difficulté d'orienter les patients vers les services de soins psychiatriques, du fait de délais de rendez-vous trop importants, d'une réticence des patients et/ou du coût des thérapies en privé.

L'enquête menée sur le PGN semble cohérente avec les résultats nationaux. Elle met en exergue un nouveau type de troubles majoritairement repérés par les généralistes : les troubles liés à la souffrance au travail (stress, burn-out) . Doit-on considérer ces troubles

comme émergeant du fait de l'époque actuelle ou liés au territoire urbain concerné ?

## **2- Evaluation du partenariat au vu de la charte de 2014**

Parmi les 8 points mentionnés pour améliorer la coordination des soins :

- le 1<sup>er</sup> point concernant le recueil, pour chaque patient suivi en psychiatrie, des coordonnées de son médecin traitant, est acquise à 100 %. Cette information doit par ailleurs être réactualisée quand il y a un changement.

- le 2<sup>ème</sup> point concernant la préconisation des traitements chimiothérapeutiques par le psychiatre et leur prescription par le médecin traitant, fait encore débat. Plusieurs médecins rencontrés se sont ainsi déclarés peu à l'aise avec le maniement des traitements psychotropes et notamment en cas d'inefficacité constatée, ont exprimé avoir besoin d'échanges réguliers avec le médecin psychiatre.

- le 3<sup>ème</sup> point consistant en un accueil téléphonique direct avec le psychiatre sénior de l'équipe reste non réalisé. Il semble que les échanges téléphoniques ont d'avantage lieu avec les infirmiers de l'équipe et permettent de répondre à certaines questions concernant la prise en charge instaurée en CMP et les échéances en terme de rendez-vous. Certains médecins généralistes estiment que cela ne répond pas totalement à leur attente.

- le 4<sup>ème</sup> point sur la transmission d'information dès l'adressage du patient et sur les modalités de prise en charge reste à améliorer. La charte précise que le médecin traitant doit être considéré comme co-thérapeute par le psychiatre, ce qui a été exprimé comme une attente forte de bon nombre de médecins rencontrés.

- le 5<sup>ème</sup> point concernant l'information quant aux hospitalisations en milieu spécialisé n'a pas été interrogé en tant que tel dans notre enquête.

- les 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> points faisant mention de la mobilisation des ressources locales en vue d'interventions communes au domicile du patient a été évoqué par un médecin en particulier. La mise en œuvre d'hospitalisations sous contrainte semble rester une difficulté pour les médecins généralistes.

- le 8<sup>ème</sup> point sur la formation des internes de médecine générale n'a pas été abordé.

Il est à noter qu'une évolution est amorcée dans le sens d'une recherche de continuité du parcours de soin mais que de nombreux points restent encore à améliorer. Plusieurs médecins généralistes ont exprimé avoir conscience que les équipes de secteur psychiatrique pouvaient être débordées à la fois par l'afflux de nouvelles demandes et du fait d'un déficit perçu en temps médicaux sur les structures du service public. Ils ont également exprimé que leurs attentes insatisfaites concernaient tout autant le partenariat avec les psychiatres libéraux.

La mission des médecins généralistes est en évolution permanente et il m'est apparu que nombre d'entre eux n'envisagent plus de travailler seuls. Ils se considèrent plutôt comme membre d'un réseau de soignants au service des patients. La santé mentale apparaît ainsi comme une dimension parmi d'autres, autour de laquelle ils cherchent à constituer des

partenariats efficaces. Cependant, certains ont pu exprimer avoir le sentiment d'être parfois le seul référent pour des patients en souffrance, soit du fait de leur situation d'isolement, soit du fait de la démission des autres acteurs sociaux.

### **3- Reprise des objectifs fixés pour ce travail :**

Ils étaient au nombre de 5 :

- Evaluer avec les médecins généralistes ce qui existe déjà en terme de partenariat : le point précédent en est une première ébauche. J'ai pu constater que, dans tous les cas, des liens étaient instaurés entre médecins traitants et équipes de psychiatrie allant d'un appel téléphonique en cas de nécessité à des pratiques de collaboration systématisées. Les variations semblent liées à des questions de besoins spécifiques sur certains secteurs (les praticiens en centre ville sont moins demandeurs de partenariat serré du fait d'un public qu'ils sont à même de soigner par une réponse médicamenteuse), mais également à des questions de philosophie de soin (la prise en compte de la dimension psychologique sous-jacente aux maladies somatiques attire plus ou moins leur intérêt).

- Recueillir leurs attentes quant à l'amélioration de ce partenariat : la multiplicité des propositions d'actions à construire autour de la santé mentale traduit le désir fort d'un travail de partenariat accru. Presque la moitié des médecins interrogés se déclarent prêts à se rendre disponible pour une soirée voire une journée d'échanges sur le thème de la santé mentale.

- Interroger la participation des professionnels non médicaux à la continuité entre soins somatiques et soins psychiques : la plupart des généralistes rencontrés ont déjà une pratique d'échanges avec les infirmiers psychiatriques des CMP de proximité. La formalisation de ces échanges par la désignation d'un coordonateur de soins psychiatriques pour chaque patient a rencontré un accueil favorable et pourrait encore être améliorée par l'information écrite au médecin traitant des coordonnées de ce soignant référent.

- Elargir la réflexion médicale vers une réflexion plus globale en terme de promotion de la santé mentale : plusieurs thématiques ont été citées comme devant faire l'objet d'un partenariat accru entre médecins généralistes et équipes de psychiatrie concernant d'autres acteurs du territoire. Il a ainsi été question à plusieurs occasions de certaines tranches d'âge repérées comme critères de fragilité : personnes âgées, jeunes adultes. Il a également été identifié plusieurs problématiques sociales : la situation des migrants, la souffrance au travail, méritant la constitution d'un réseau de partenaires pour améliorer, non seulement l'offre de soin actuelle, mais aussi favoriser une meilleure santé mentale en prenant mieux en compte les besoins de ces populations en vue de prévenir l'apparition des premiers troubles.

Les points à améliorer relevés par les généralistes interviewés semblent concerner tous les moments du parcours de soin des patients :

- l'accès aux soins : les CMP sont loin de répondre à leur mission de « porte d'entrée » du fait des délais de rendez-vous trop importants,
- le suivi : des échanges plus réguliers sur la répartition des missions et l'évolution des troubles sont demandés presque unaniment,
- les situations d'urgence : l'UAUP reste l'interlocuteur privilégié pour les médecins généralistes qui ne trouvent pas d'autres recours en cas d'urgence perçue. Le CMP n'est pas identifié comme un interlocuteur adapté.

#### **4- Perspectives**

Ce travail sera transmis aux équipes pluridisciplinaires des CMP concernés et pourra servir d'appui à la réflexion qui s'engage actuellement sur une remise à plat de l'organisation des soins en ambulatoires sur le PGN.

Par ailleurs, un exemplaire résumé des résultats de l'enquête sera adressé à chaque médecin généraliste ayant répondu au questionnaire.

Un travail complémentaire est envisagé par le Département de Promotion de la Santé Mentale du Centre Psychothérapique de Nancy : il vise à interroger les autres partenaires de soins en santé mentale que sont les psychiatres libéraux et les pédiatres du sud de la Meurthe et Moselle. L'intérêt de cette démarche est de décroiser déjà au sein de nos secteurs les pratiques en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie.

Des actions de promotion de la santé mentale peuvent être initiées par le Département en vue d'améliorer la connaissance mutuelle des intervenants en santé mentale, qu'ils œuvrent pour l'éducation nationale, la justice, l'emploi, le logement, les loisirs... mais également de balayer toutes les tranches d'âge de la population.

La préparation des Semaines d'Information sur la Santé Mentale en sont un exemple. Celles de 2017 auront pour thème : « Travail et santé mentale » et seront l'occasion d'inviter les médecins généralistes à s'inscrire dans les actions déclinées sur chaque territoire.

## CONCLUSION

L'intérêt d'aller à la rencontre des médecins généralistes pour travailler à une amélioration de la coordination entre soins somatiques et soins psychiques n'est plus à démontrer. Il ressort que cet objectif, intégré dans les politiques de soins en ambulatoire, devrait être décliné à deux niveaux : celui des échanges d'information autour du patient et celui de la réflexion plus globale en terme de besoins spécifiques sur un territoire donné.

L'enquête menée auprès de 15 médecins généralistes sur le PGN fait apparaître la double polarité concernant l'approche de la santé mentale, consistant en un traitement individuel des troubles, mais également un traitement social de l'origine et des conséquences de ces troubles. Elle a mis en exergue le débat actuel autour d'une psychiatrie plutôt cloisonnée, affaire de spécialistes sollicités pour leur expertise, ou au contraire une approche élargie autour de la notion de santé mentale, avec la prise en compte des fragilités plus subjectives, centrée sur la demande des personnes ou évaluée à partir d'indices plus globaux. Ces deux conceptions semblent cohabiter actuellement à travers la notion de santé mentale. Celle-ci ne relève plus uniquement des équipes spécialisées ou des praticiens en libéral mais suggère la recherche d'une complémentarité entre plusieurs intervenants autour du sujet souffrant. Une mutation de l'éthique des soins intégrant la contextualisation de la relation soignant-soigné conduit à élargir la rencontre intersubjective à la prise en compte d'un tiers, qui n'est autre que la dimension organisationnelle (7). Le modèle intégrant la notion d'organisation de plateformes de coordination et de démocratie sanitaire apparaît ainsi comme particulièrement pertinent. La notion de « promotion de la santé mentale », dépassant en l'intégrant la notion de prévention des troubles psychiques, a toute sa place dans ce mouvement.

La loi du 26/01/2016, dans son article 69, va dans ce sens en réaffirmant que *« la politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, les médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion »*. Elle spécifie que la mission de psychiatrie de secteur n'est ainsi qu'un des éléments qui concourt à la politique de santé mentale.

L'organisation des soins qui en découle demande un changement de posture des soignants en santé mentale : il s'agit de se décentrer de leurs propres organisations et représentations pour aller à la rencontre des autres praticiens intervenant dans la communauté. Ainsi, Bonnafé écrivait déjà en 1960 à propos du secteur : « le pivot du service n'est plus à l'asile mais à la ville, au cœur du territoire dans lequel s'exerce la fonction du psychiatre élargie à la protection de la santé mentale » (2). Le mouvement engagé à l'époque se voit renforcé par les expériences menées dans d'autres pays que la France qui, sans ignorer l'histoire de son rapport à la folie, s'enrichit aujourd'hui de l'ouverture de ce questionnement au-delà de ses frontières.

## Références :

- 1- *Plan d'actions européen pour la santé mentale, 2013-2020*, OMS Europe (2015), [www.who.int](http://www.who.int) .
- 2- Foucault Michel, *Histoire de la folie à l'Age classique (1961)*, Paris, Gallimard, Seuil
- 3- Castel Robert, *La gestion des risques (1981/2001)*, Barcelone, Les Editions de Minuit, Reprise.
- 4- Milleret Gérard, Benradia Imane, Guicherd William, Roelandt Jean-luc (2014), « Etat des lieux, recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale », *L'information psychiatrique*, vol. 90 N°5, (p. 311-317)..
- 5- Roelandt Jean-Luc (2014), « Décloisonner, verbe actif », *L'Information psychiatrique*, vol. 90 N°5, (p. 309-311).
- 6- Beamouzig Daniel, Ulrich Valérie (2016) « Avant-propos », *Revue française des affaires sociales* 2016/2, N°6, (p. 7-19).
- 7- Coldefy Magali (2016), Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes, *Revue française des affaires sociales*, 2016/2, N°6, (p. 21-30).
- 8- Dupuis Michel (2014), *L'éthique organisationnelle dans le secteur de la santé : ressources et limites contextuelles des pratiques soignantes*, Paris, Seli Arslan.
- 9- Hardi-Baylé Marie-Christine, Younès Nadia, « Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? » (2014), *L'Information psychiatrique*, vol. 90 N°5, (p. 359-371).
- 10- Cohidon C., Duchet N., Cao MM., Benmebarek M., Sibertin-Blanc D., Demogeot C., Deschamps JP.(1999), « La non-communication entre la médecine générale et le secteur de Santé Mentale », *Santé Publique*, vol. 11, N°3, (p. 357-362).

*Page de couverture : Pieter Bruegel l'Ancien, Les proverbes flamands (détails), 1559*

## **Questionnaire réalisé en vue d'améliorer le partenariat entre médecins généralistes et équipes de psychiatrie des CMP du pôle du Grand Nancy**

Bonjour,

vous avez été désigné en tant que médecin traitant par un de vos patients venu consulter en CMP. Je souhaite explorer avec vous les modalités actuelles du lien entre votre pratique et celles des équipes de soins en CMP, et vous remercie à l'avance de m'accorder un temps d'échange sur ce sujet .

Je souhaite également recueillir vos attentes en vue d'améliorer la qualité du partenariat entre psychiatrie et soins primaires afin de favoriser la continuité des soins somatiques et psychiques et mieux répondre ainsi aux besoins des usagers et de leurs familles.

- *Depuis combien de temps êtes-vous installé en libéral sur le grand Nancy ?*
- *Avez-vous une orientation ou une discipline complémentaire d'exercice particulière ?*

*Si oui, laquelle ?*

### **1ère partie : état des lieux de la coordination entre médecins généralistes et secteur de psychiatrie.**

- *La psychiatrie est-elle une discipline qui vous intéresse ?*
- *Avez-vous dans votre patientèle des patients que vous suivez entre autre pour des problèmes psychiatriques ?*
- *En quelle proportion ?*
- *A quels troubles psychiatriques avez-vous affaire ?*
- *Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la prise en charge psychiatrique de vos patients ?*

*Si oui, lesquelles ?*

- *Avez-vous déjà adressé un ou des patients vers le CMP du secteur ?*
- *Si oui, pourquoi ?*
- *Si non, pourquoi*

*Commentaires*

- *Dans le cas où vous avez orienté un patient, l'avez-vous fait sous forme de courrier ?*
- *Pour quel type de prise en charge l'avez-vous fait ?*
- *Avez-vous déjà orienté au CMP une famille en difficulté face à la situation psychiatrique d'un de ses proches ?*

*Commentaires*

- *Connaissez-vous l'offre de soins en CMP ?*
- *Savez-vous quels professionnels interviennent en CMP ?*

*Commentaires*

**2<sup>ième</sup> partie : quelle serait, selon vous, l'organisation qui permettrait de mieux coordonner le parcours de soins de vos patients ?**

- *Avez-vous des attentes concernant les liens avec les équipes psychiatriques de CMP ?*
- *Seriez-vous intéressé pour visiter un CMP ? Rencontrer une équipe ?*
- *Avez-vous des contacts avec les infirmiers qui y travaillent ?*
- *Avec les médecins psychiatres ?*
- *Avec les psychologues ?*
- *Avec les secrétaires ?*
- *Avec les travailleurs sociaux ?*
- *Que pensez-vous de la mise en place de coordonateur de soins dans ces équipes ?*
- *Seriez-vous intéressés pour les rencontrer ?*
- *Seriez-vous favorables à des consultations pluri-professionnelles ?*
- *Seriez-vous intéressés pour participer à des rencontres concernant l'organisation des soins en santé mentale ?*
- *A quel moment seriez-vous disponibles ?*