



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

MENTION : Psychiatrie et Santé Mentale

**MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES POUR LE DIPLÔME D'INFIRMIER EN PRATIQUE
AVANCÉE**

**La collaboration médecine de ville-psychiatrie : État des lieux du partenariat en
milieu ambulatoire**

Présenté et soutenu publiquement le 6 septembre à 10h

au Pôle Formation

par Elanore HOYEZ

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur Pierre FONTAINE

Enseignant infirmier :

Madame Véronique KOZLOWSKI

Directeurs de mémoire :

Monsieur le Docteur BUBROVSZKY Maxime

Madame ACOULON Gwladys

Remerciements

Je tiens à remercier le Docteur Brubovszky et Mme Acoulon, directeurs de mémoire, pour leur bienveillance et leur accompagnement au cours de la réalisation de ce travail, et sans qui, ce dernier n'aurait pu aboutir.

J'aimerais remercier chaleureusement la Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et santé mentale qui ont énormément aidé à la réflexion et à la conception de ce travail, de part les échanges dont j'ai pu bénéficier lors des réunions d'aide méthodologique, ainsi qu'à leur soutien et conseils sur la réalisation de la recherche et leur aide précieuse pour l'analyse des résultats.

Je voudrais également remercier le Professeur Puisieux, à l'initiative de cette formation à Lille, qui nous encourage à faire évoluer nos compétences infirmières et qui m'a permis de grandir professionnellement et personnellement au cours de ces 2 ans.

Je souhaite saluer chaleureusement toute l'équipe pédagogique et les intervenants qui ont permis d'enrichir ces 2 années de formation, et de répondre au mieux à nos besoins et demandes.

J'adresse un profond sentiment de gratitude à Mme Marie-Eve Godeffroy qui nous a supportée, soutenue et s'est démenée pour toujours répondre à nos nombreuses sollicitations dans une grande bienveillance.

Je souhaite également exprimer ma grande reconnaissance à toute la première promotion lilloise 2020-2022, qui dans un soutien inconditionnel m'a permis de m'enrichir à travers de nombreux partages d'expérience. Je retiens particulièrement Gwladys et Eugénie, qui ont toutes deux été indispensables, et sans qui ce travail ne pourrait exister.

J'adresse également un grand sentiment de reconnaissance à l'équipe du CMP du 59G12, qui m'a accueilli en stage cette année et m'a amené à développer de nombreuses compétences professionnelles et personnelles, et qui continuera à me faire évoluer au cours des prochaines années.

Merci également à Mme Meziani qui pendant ma dernière année de formation au Diplôme d'Infirmière n'a cessé de croire en moi. Elle m'a encouragé à m'engager dans cette formation à la suite du diplôme.

Pour finir, un grand merci à ma famille et mon compagnon, pour leur amour et leur soutien indéfectible durant ces années d'études, en particulier à ma mère et à mon compagnon qui m'ont aidé à travers leurs nombreuses relectures.

Liste des abréviations

HAS : Haute Autorité de Santé

IPA : Infirmier en pratique avancée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CAM : Cellule d'Aide Méthodologique

CME : Commissions Médicales d'Etablissements

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CIP : Collaboration interprofessionnelle

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNOM : Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins

Irdes : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

VAD : Visite à domicile

Sommaire

Table des matières

Introduction	1
Introduction générale	1
I. Cadre théorique	3
Cadre contextuel	3
a) Contexte politique de santé.....	3
b) Démographie médicale	4
c) La collaboration entre médecine générale et psychiatrie.....	5
d) Démographie du territoire 59G11.....	10
Cadre conceptuel	11
a) Collaboration	11
b) Interdisciplinarité / Travail d'équipe	13
II. Question de recherche et hypothèses	16
III. Méthode.....	19
a) Population choisie	19
b) Méthode choisie	19
IV. Résultats et analyse	20
a) Résultats sociodémographiques	21
b) Résultats liés à la prise en charge au CMP.....	21
c) Contact avec les médecins généralistes lors du recueil de données	23
d) Critère 1 de la Charte	23
e) Critère 2 de la Charte	24
f) Critère 3 de la Charte	26
g) Critère 4 de la Charte	27
h) Critère 5 de la Charte	29
i) Critère 6 de la Charte	31
j) Critère 7 de la Charte	31
k) Respect de la Charte de partenariat médecine de ville et secteur de psychiatrie	32
l) Question de la référence infirmière	33
V. Discussion	33
a) Réponse à la question de recherche.....	33

b) Axes d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle.....	34
c) Limites de l'étude.....	40
Conclusion.....	43

Bibliographie

Annexes

Introduction

Introduction générale

La santé mentale est un enjeu primordial pour maintenir un état de santé satisfaisant d'une population, au même titre que la santé physique, comme l'énonce la définition de la santé par l'OMS correspondant à « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, dans un rapport de 2001 sur la Santé mentale, on estime qu'environ 20 à 25% de la population générale présenterait un trouble mental ou du comportement au cours de sa vie, soit environ 450 millions de personnes dans le monde¹. Elle estime également, dans les années 2000, que les troubles mentaux et neurologiques représentent près de 12% du nombre total d'années de vie corrigées de l'incapacité, avec une prévoyance d'une augmentation de leur morbidité représentant déjà environ 12% de la charge globale de morbidité à 15% d'ici 2020. Malgré un pourcentage important de la morbidité imputable aux troubles mentaux, une grande majorité des pays consacraient moins d'1% de leurs dépenses nationales de santé à la santé mentale. Néanmoins, la santé mentale, en particulier les troubles mentaux, ont de réelles conséquences économiques qui sont évaluées à 109 milliards d'euros par an, dont plus de 59% du coût est lié à la perte de qualité de vie, et plus de 22% lié à la perte de productivité en lien avec le handicap et les suicides. En France, les personnes souffrant de troubles psychiques représentaient 15% des dépenses d'assurance maladie en 2015², soit 19,3 milliards d'euros, et représente le premier poste de dépense de l'assurance maladie par pathologie.

Le rapport de l'OMS, estime également à 20% de la part globale des patients pris en charge par les professionnels des services de santé primaires qui présentent un ou plusieurs troubles mentaux. En France, les données de l'Insee et du CREDES comptabilisent des consultations par les médecins généralistes au moins une fois par mois pour un quart de la population française, et environ 80% de la population globale consulte l'un d'entre eux au cours d'une année³. Par ailleurs, les troubles dépressifs, les troubles anxieux et les addictions sont les affections les plus régulièrement diagnostiquées dans les services de santé primaire. C'est dans

¹ Rapport OMS 2001

² Programme pluriannuel- Psychiatrie et santé mentale 2018-2023, HAS

³ Gallais, J.L. Alby, M.L. (2002). Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*.

ce cadre que l'importance des médecins généralistes prennent leur place. Ils assurent principalement et au mieux la détection précoce des troubles graves, et prennent en charge le traitement des troubles légers et modérés. Selon le Guide de coordination médecin généraliste et psychiatrie, le médecin généraliste est l'acteur le plus consulté en cas de problèmes psychologique par la population générale, et la moitié de celle-ci continuerait le suivi d'un trouble de santé mentale en consultant leur médecin généraliste⁴. D'où une part importante d'une population souffrant de troubles mentaux dans les consultations des médecins généralistes, de l'ordre de 15%, et une initiative par ces derniers à hauteur de 90% des traitements antidépresseurs. De plus, les médecins généralistes jouent un rôle important, défini par la Société européenne de médecine générale-médecine de famille, en étant le premier contact des usagers avec le système de soins, en assurant la coordination des soins avec les autres professionnels de santé, en développant une approche centrée sur la personne pour assurer des soins continus et longitudinaux⁵. Ils sont donc les principaux acteurs de la coordination et de l'orientation des parcours de soins des usagers, et ont un rôle essentiel à jouer dans les prises en soins des patients souffrant de troubles mentaux. C'est dans ce contexte qu'une coordination entre les médecins généralistes et les services de psychiatrie est primordiale.

Au détour de mon stage en psychiatrie lors de ma première année de formation au Diplôme d'Infirmier en Pratique Avancée, j'ai eu l'occasion de faire face à différentes situations qui ont entraîné une décompensation d'un trouble mental stabilisé depuis plusieurs années. Ces décompensations ont eu lieu dans des contextes de décisions médicales par les médecins traitants prises de façon volontaires ou non selon les cas, et auraient pu être évitées si les échanges entre médecins généralistes et secteur de psychiatrie avaient été facilités, efficaces, exhaustifs et réguliers. Ces situations m'ont permis de me questionner sur l'importance de la collaboration avec les médecins généralistes, ainsi que les moyens que nous pouvons mettre en œuvre pour une amélioration de cette dernière. Grâce à mon parcours professionnel, mes stages, et les échanges dont j'ai pu bénéficier au cours de CAM à la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et santé mentale, j'ai ainsi découvert des travaux sur la collaboration entre secteur

⁴ Guide : Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. HAS 2018

⁵ World Organization of Family Doctors. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002

de psychiatrie et médecins généralistes. En particulier la Charte de partenariat entre médecine de ville et secteur de psychiatrie (Annexe I), réalisée en mars 2014 par le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés, et qui a pour objectif d'améliorer le partenariat entre ces acteurs pour assurer une meilleure coordination des soins. L'intérêt de ma recherche s'est alors porté sur l'évaluation des pratiques professionnelles en concordance avec la Charte de 2014, afin de mesurer le respect des critères de cette dernière et de réfléchir aux axes d'amélioration envisageables afin d'améliorer la coordination entre médecine de ville et secteur de psychiatrie pour améliorer les parcours de soins des patients.

Pour réaliser ce travail de recherche, dans un premier temps j'exposerai le cadre contextuel et conceptuel, pour arriver à mes hypothèses de départ. Ensuite, je détaillerai la méthode choisie pour cette recherche afin de répondre à la problématique. Puis, j'aborderai les résultats et leur analyse, pour enfin terminer sur une discussion autour des résultats obtenus, avant de conclure.

I. Cadre théorique

Cadre contextuel

a) Contexte politique de santé

En France, en 2015, 2,4 millions de personnes ont été prises en charge en psychiatrie, et 20,5 millions d'actes en ambulatoire ont été enregistrés selon la Feuille de route Santé mentale et psychiatrie du Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie de 2018⁶. Lors de la rédaction de ce texte, une augmentation constante des demandes de soins était déjà visible, et complexifiée par les inégalités de l'offre de soins, du nombre de professionnels ou encore des prises en soins hétérogènes selon les territoires. Cette constatation de 2018 continue à être valable, voire amplifiée en 2022 au regard du contexte sanitaire lié à la crise Covid-19. Cette feuille de route, inscrite dans la lignée de la stratégie nationale de santé, met en avant 37 actions selon trois grands axes. L'enjeu de la collaboration entre les secteurs de psychiatrie et les médecins généralistes y est abordé dans les actions n°11, 14 et 15 du second axe « *Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et*

⁶ Ministère des Solidarités et de la Santé, Feuille de route Santé mentale et psychiatrie. 2018

de qualité ». Il y est explicité principalement dans le cadre d'une amélioration des prises en charge somatiques des patients ayant des troubles psychiques afin de diminuer leur surmortalité. L'une des actions énoncées est de « *Développer les partenariats entre secteurs de psychiatrie, équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, plates-formes territoriales d'appui et ESMS en vue de l'accès aux soins somatiques et aux mesures de prévention des personnes présentant des troubles psychiques* », et démontre la volonté gouvernementale d'améliorer ces partenariats. Dans l'action 17, le gouvernement incite à favoriser l'interconnaissance entre les différents acteurs de santé, en passant par exemple par la poursuite des formations et des stages croisés.

De plus, dans le programme pluriannuel de psychiatrie et de santé mentale 2018-2023⁷, dans la partie « *Missions transversales* » de la HAS, en première sous-partie de la partie « *Développer de nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) en psychiatrie et santé mentale* », dans « *Indicateurs de pratiques cliniques* », des indicateurs permettant d'évaluer la coordination entre l'hôpital et la ville ont été pensés, et plus ou moins mis en application suite à des retards dû à la crise Covid, ou encore à des remaniements des indicateurs et la nécessité d'une nouvelle analyse sur leur reproductibilité. Cependant, cette volonté d'évaluation des pratiques cliniques démontre l'intérêt de cette coordination entre la psychiatrie et la ville pour l'amélioration des prises en soins des patients.

b) Démographie médicale

Le nombre global des médecins (tous modes d'exercice confondus) n'a cessé d'augmenter de 1968 à 2010, passant de 118,79 médecins pour 100 000 habitants en 1968 à 330,38 médecins pour 100 000 habitants en 2010 selon l'Irdes. Malgré une évolution positive des effectifs entre 1961 et 1997, le maintien du numerus clausus bas dans les années 1990, ainsi que le nombre important de départ en retraite de nombreux médecins, les effectifs médicaux (spécialistes et omnipraticiens) sont en stagnation depuis plusieurs années. En 2017, le Centre National de Gestion publie un rapport d'activité qui démontre un taux de vacance statutaire des Praticiens Hospitaliers à temps plein de 27,4%, avec des postes vacants de plus d'un sur trois dans 7 régions. Certaines disciplines sont en plus grande difficulté que d'autres sur ces taux de vacance statutaire, ce qui est le cas pour la psychiatrie.

⁷ Programme pluriannuel- Psychiatrie et santé mentale 2018-2023, HAS

Le taux de vacance statutaire des PH (Praticiens Hospitaliers) temps partiel représente 49,8% dans cette discipline. De plus, malgré une augmentation dans les années 2000 du numerus clausus, cela ne permettra pas de compenser la diminution des effectifs médicaux. Cette diminution des effectifs est inévitable au regard du vieillissement des médecins, qui selon les données du Snir de la Cnamts, 43% des omnipraticiens et 47% des spécialistes avaient 55 et plus en 2009. Selon les statistiques d'Adeli et du RPPS, la part de médecins actifs âgés de plus de 60 ans a triplé entre 1990 et 2015 pour atteindre 28%. L'âge moyen des effectifs médicaux est de 52 ans en 2015.

A cela s'ajoute une évolution de la répartition par sexe de la démographie médicale, avec plus de 40% de femmes en 2010, qui est à prendre en compte pour l'exercice de leurs fonctions, avec des amplitudes horaires parfois moins étendues que les générations précédentes, mais qui est également compris pour les jeunes médecins hommes.

Au-delà de la diminution de la démographie médicale évoquée précédemment, une autre donnée est à prendre en considération pour apprécier l'impact réel de cette évolution pour les populations. Cette donnée est la répartition inégalitaire des professionnels de santé sur le territoire français. En effet, en 2007, toujours selon les données du Système national inter-régimes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, nous pouvons constater une forte attractivité des régions du sud, ainsi que sur le littoral ouest pour les omnipraticiens, ainsi que pour les spécialistes. Nous faisons face à des régions possédant par exemple 132,02 omnipraticiens pour 100 000 habitants en Pyrénées-Orientales contre 33,14 en Guyane. Ou encore 248,65 médecins spécialistes pour 100 000 habitants en région parisienne pour 20,25 en Guyane.

C'est dans ce contexte de démographie médicale particulier que ma recherche portant sur le partenariat entre la médecine de ville et le secteur en psychiatrie se place.

c) La collaboration entre médecine générale et psychiatrie

Dans son rapport de 2001, l'OMS rappelle l'importance de l'intégration des soins de santé mentale aux soins de santé primaire. Les soins primaires sont l'interface privilégiée entre les soins spécialisés et la population générale, et ont une place essentielle dans les système de santé nationaux.

Nous savons également qu'une grande partie des patients souffrant de troubles psychiques consultent dans des services de soins primaires. De ce fait, en 2001 l'OMS conseillait parmi ses mesures primordiales de santé publique, la formation au dépistage et aux traitements des troubles psychiques pour les professionnels de santé des services de santé primaires et généraux. L'HAS appuie également ce point dans son Guide de Coordination médecin généraliste et la psychiatrie de 2018⁸ en affirmant le rôle des médecins généralistes dans la détection et le traitement des troubles légers et modérés, et dans leur accompagnement somatique et psychiatrique des troubles graves stabilisés. Selon la Société européenne de médecine générale-médecine de famille, le médecin généraliste a pour rôle de développer une approche centrée sur la personne dans le but d'assurer des soins continus et longitudinaux qui découlent de la coordination des soins qu'il assure avec les autres professionnels de santé du parcours de santé de la personne. Son rôle de coordination et d'orientation est formalisé par le dispositif médecin traitant en France⁹. De plus, au regard de l'augmentation des taux de mortalité et de morbidité des personnes souffrant de troubles psychiatriques, la santé physique lors des prises en soins de ces personnes est indispensable à considérer par les acteurs de santé intervenant dans les prises en charge. Le médecin généraliste ayant toute sa place dans cette dimension de la prise en charge également.

En France, la formation en psychiatrie durant le cursus universitaire de médecine générale est limitée et hétérogène entre les régions¹⁰. Lors des trois premières années de médecine, constituant le premier cycle des études médicales, peu de cours portent sur la psychiatrie. Il y a seulement quelques cours dispensés sur la psychologie médicale, centrés sur la relation médecin-malade, faisant partie des sciences humaines. Lors du deuxième cycle, l'enseignement psychiatrique concerne principalement la sémiologie psychiatrique, sur la base d'un enseignement théorique, sans pratique, qui ne facilite pas l'appréhension et l'assimilation des notions. Lors de ce deuxième cycle, un enseignement théorique et pratique avec 36 mois de stages hospitaliers est mis en place pour favoriser l'apprentissage et l'acquisition de compétences. Certains terrains de stages sont obligatoires comme la médecine générale et la médecine d'urgence, la psychiatrie quant à elle n'en fait pas partie.

⁸ Guide : Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. HAS 2018

⁹ Barnay T, Hartmann, L. Ulmann, P. Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine en ville en France. 2007

¹⁰ Fovet T, Amad A, Geoffroy P-A, Messaadi N, et Thomas P. Etat actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *L'Information Psychiatrique*. 2014

Lors du troisième cycle du diplôme d'études spécialisées en médecine générale, un temps d'un semestre doit être centré sur les problématiques de santé mentale, sans précision. Les internes de médecine générale peuvent réaliser un stage en psychiatrie uniquement au cours de leur semestre libre. Il s'agit donc d'un choix personnel de l'étudiant. De plus, lorsqu'ils choisissent un stage en psychiatrie, ils sont généralement internes sur le plan somatique dans ce service et non dédiés aux affections psychiatriques. C'est dans ce contexte d'hétérogénéité des formations en psychiatrie chez les médecins généralistes que la collaboration entre les services de psychiatrie et la médecine générale se place.

Le guide de coordination de la HAS énonce plusieurs besoins et conditions pour une coordination efficiente. Lors de la prise en charge de patient présentant un trouble mental, le généraliste peut avoir besoin de recourir à d'autres professionnels pour le guider dans sa prise en charge pour un avis sur le diagnostic, la stratégie thérapeutique ou encore une orientation par exemple. Pour pouvoir recourir à cet accompagnement, il a besoin d'un accès à un avis ou un conseil spécialisé. Cependant les médecins généralistes expriment avoir une plus grande difficulté à obtenir un avis spécialisé auprès d'un professionnel de la santé mentale (comme les psychiatres libéraux ou publics) qu'avec les autres disciplines médicales¹¹. D'ailleurs, d'après l'étude ESEMED concernant 6 pays européens, la France est le pays où l'adressage par le médecin généraliste au médecin psychiatre est le plus faible¹². Selon un état des lieux publié en 2014 « *Place de la santé mentale en médecine générale* » portant sur 101 secteurs de psychiatrie dans 14 régions de France métropolitaine et d'Outre-Mer¹³, 90% des médecins généralistes expriment rencontrer des difficultés à l'orientation d'un patient pour un suivi en service de santé mentale, et des délais d'attente trop long. 71% d'eux constatent des problèmes de liaison et de communication avec les services de psychiatrie.

Toujours dans les conditions pour une meilleure prise en charge des patients au biais de la coordination, l'HAS explicite l'intérêt d'un recours au médecin généraliste par les professionnels de la santé mentale dans les suivis de patients, lorsqu'il y a un trouble somatique, des stratégies de dépistage à mettre en œuvre ou encore des relais à mettre en place à la sortie d'une hospitalisation. C'est pourquoi si le patient suivi par une équipe de psychiatrie n'a pas de

¹¹ Younes, N. Gasquet, I. Gaudebout, P. Chaillet, MP. Kovess, V. Falissard, B. Hardy Bayle, MC. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. 2005

¹² Kovess, V. Alonso, J. Brugha, TS. Angermeyer, MC. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six european countries. 2007

¹³ Milleret, G. Benradia, I. Guicherd, W. Roelandt, J-L. Etats des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *L'information psychiatrique*. 2014

médecin traitant désigné, il est de notre ressort de l'inciter à s'orienter vers un médecin généraliste afin qu'il puisse bénéficier d'une prise en soin globale en ville. Le guide de recommandations insiste également sur l'importance, dans le cadre de patients en situation complexe, d'un suivi conjoint pour une meilleure prise en charge globale. Ce suivi conjoint nécessite une définition claire et commune des rôles de chacun et un correct partage des informations entre les professionnels de santé de psychiatrie intervenant dans le parcours de soins et le médecin généraliste, afin de permettre une continuité des soins et du parcours de soins.

Un état des lieux a été réalisé sur la France, et certains résultats sont partagés dans le Guide de recommandations de l'HAS. Par exemple, il a été constaté une non-systématisation des échanges de courriers réciproques ou des retours d'informations, des difficultés pour clarifier les attentes des rôles de chacun des professionnels ou encore, des demandes peu explicites ou parfois non formulées par les médecins généralistes. Le manque d'accessibilité aux psychiatres et aux psychologues par les médecins généralistes est également mis en avant, avec des délais d'attente trop importants, les problématiques de remboursement des psychothérapies non dispensées par un médecin, ou encore la difficulté d'accès téléphonique pour un avis ou conseil. Ces problématiques encore fréquemment rencontrées ont un réel impact sur la qualité de vie des patients, ainsi que leur fonctionnement social, car cela peut retarder la pose d'un diagnostic et induire un allongement des délais de la mise en œuvre d'une stratégie thérapeutique efficace, induire un manquement dans la prise en charge des troubles somatiques, des erreurs de prescriptions présentant des risques iatrogènes ou encore une transmission d'information contradictoire au patient par les différents professionnels. Ces différentes difficultés peuvent être à l'origine d'une diminution -voire d'une perte- de la confiance du patient envers les professionnels, donnant lieu à une faible adhésion aux soins et au traitement, pouvant aller jusqu'à la rupture de la continuité des soins. C'est dans ce contexte qu'il est primordial de travailler sur l'amélioration des conditions de coordination et de communication interprofessionnelle, afin d'améliorer la qualité des soins et leur continuité.

L'HAS établit également une liste de freins à la coordination entre les médecins généralistes et les acteurs de soins de la psychiatrie comme le manque de temps et de valorisation de ce temps de coordination pour les professionnels libéraux en particulier, la réticence au changement et le cloisonnement du secteur social, médico-social et sanitaire.

Il y a aussi les représentations négatives et méconnaissance des rôles et compétences de chacun des professionnels, une constante et complexe évolution de la législation impactant la connaissance des dispositifs favorisant la coordination, ou encore une faible préoccupation des troubles physiques des patients souffrant de troubles psychiques de la part des professionnels. Pour finir, on retrouve des freins chez les patients comme une réticence au partage des informations entre professionnels liée à la stigmatisation de la maladie mentale ou encore une connaissance incomplète des patients et de leurs proches sur les comorbidités somatiques liées aux troubles psychiques et leur traitement.

Néanmoins, la Haute Autorité de Santé met en avant que les leviers à cette coordination sont la motivation, l'implication des acteurs et leurs convictions. Pour une bonne coordination, elle recommande une bonne connaissance des rôles et missions de chaque acteur, avec un partage d'une culture commune et d'une envie de travailler en équipe. Pour actionner ces leviers, les professionnels doivent être convaincus de l'intérêt de cette coordination pour améliorer les prises en charge et faciliter les tâches professionnelles de chacun dans le parcours de santé. Pour favoriser cette vision positive de la coordination, elle recommande l'utilisation de la formation (initiale ou continue) par le biais des stages en alternance en psychiatrie et en médecine générale pour les internes, pour les élèves infirmiers des stages en ville en exercice pluriprofessionnel, ou encore de la formation à la coordination dans les études paramédicales. Un autre levier énoncé est la valorisation de la coordination dans le cadre déontologique et éthique ou encore la diffusion d'informations sur les dispositifs législatifs visant à favoriser la coordination.

Le dernier point évoqué par le Guide de recommandations est l'importance capitale du patient et ses proches dans cette coordination. En effet, il doit être informé et alerté de la nécessité de la coordination des professionnels autour de son parcours de santé global, le trouble mental s'inscrivant dans l'histoire globale de la personne soignée. Il doit également être averti de l'association fréquente des troubles mentaux à des troubles somatiques et odontologiques impactant la morbidité des personnes et nécessitant une prise en charge régulière et préventive chez le médecin généraliste ou autre professionnel de santé. Et il peut être nécessaire de rappeler le cadre du secret professionnel lors du partage d'informations entre professionnels, qui garantit au patient la confidentialité de ses données.

C'est dans ce cadre que plusieurs professionnels de santé (soins primaires, psychiatrie et santé mentale), des sociétés savantes ou encore les patients et les proches, ont travaillé autour de ce thème. La « Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur » signée par la Conférence Nationale des Présidents de CME des Centres Hospitaliers spécialisés et le Collège de la médecine générale, découle de ces travaux. Elle propose 8 critères généraux comme la coopération entre médecin généraliste et psychiatre pour le suivi des traitements et comorbidités, l'identification du médecin généraliste traitant et l'accès téléphonique direct de chaque partie. Il y a également un point sur le partage des informations relatif au suivi ambulatoire ou lors d'hospitalisations, et la prise en charge conjointe du patient à domicile par le secteur de psychiatrie et la médecine de ville. Le dernier point de la Charte concerne la formation en miroir des internes de médecine générale et de psychiatrie à l'occasion des stages, afin de renforcer la connaissance mutuelle des dispositifs de soins du secteur et des pratiques de chacun des professionnelles.

d) Démographie du territoire 59G11

L'EPSM de l'agglomération lilloise couvre les villes de Lille, Villeneuve d'Ascq, Roubaix et ses alentours, correspondant à une population de 553 373 habitants. 12 secteurs sont ainsi gérés par l'EPSM, dont 8 secteurs adulte. Il possède 327 lits d'hospitalisation, 126 places d'hospitalisation à temps partiel, des places en Maisons d'Accueil spécialisée, plus d'une trentaine de CMP et CATTP, 2 ateliers thérapeutiques, une Permanence d'Accès aux Soins de Santé, un pôle d'addictologie, ou encore un institut de formation (Georges Daumezon).

En 2020, une file active globale de 23 000 personnes qui étaient prises en charge sur l'EPSM, dont 90% correspondant à la file active d'ambulatoire (en CMP, CATTP, VAD et psychiatrie de liaison). En termes de professionnels, l'EPSM regroupe 133 médecins, 75 psychologues, 910 paramédicaux et professionnels de rééducation, 7 personnels médico-techniques et 47 personnels socio-éducatifs.

Le secteur que couvre le 59G11 est composé de plusieurs villes et villages comme Villeneuve d'Ascq, Tressin, Gruson, Baisieux... et qui selon l'Insee en 2019 regroupait 78 406 personnes, dont 78,4% âgées de plus de 17 ans. Comme évoqué précédemment dans les textes gouvernementaux, les demandes en soins en secteur psychiatrique sont en augmentation dans la population générale.

C'est également le cas dans le secteur sur lequel porte ma recherche, le 59G11, qui est passé de 1914 patients pris en charge en 2019, à 2201 en 2021, avec une évolution entre 2020 et 2021 de 9,1%. En ambulatoire, le nombre de patients entre 2020 et 2021 est passé de 1886 à 2083, soit une augmentation de 10,5%, dont 34,6% d'augmentation sur les nouveaux patients. La répartition selon le sex ratio sur les 3 dernières années sont assez stable, avec 60,7% de femmes et 39,3% d'hommes dans la file active. Sur ce territoire au 1^{er} janvier 2021 selon le répertoire Adeli, 11 psychiatres exercent, tout mode d'exercice confondu, et 185 médecins généralistes en activité selon le CNOM. Au CMP du 59G11 au moment de la recherche, 5 psychiatres dont un interne y travaillaient à temps partiel.

Cadre conceptuel

a) Collaboration

Le terme de collaboration vient du latin *cum* signifiant avec, et *laborare* signifiant travailler, a par définition « la participation à l'élaboration d'une œuvre commune »¹⁴. Dans la littérature scientifique, plusieurs termes sont utilisés pour aborder la collaboration, et nombreux sont utilisés de façon sensiblement interchangeable. Ainsi, nous trouvons régulièrement dans les articles les termes de collaboration, partenariat, interdisciplinaire, multidisciplinaire, travail d'équipe, ou encore pratique collaborative. Cependant, dans le domaine de la santé le concept de collaboration interprofessionnelle (CIP) est particulièrement mis en exergue.

Cette notion a été définie par différents auteurs qui s'accordent sur différents points pour définir la CIP comme un partenariat, des décisions partagés, un échange et partage des connaissances et expertises des différents professionnels, et un lien d'interdépendance entre eux¹⁵. Danielle d'Amour définit cette notion comme « *le lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage* », il s'agit d'un processus complexe et dynamique résultant « *d'une interaction entre les acteurs (dont les patients), entre les acteurs et la structure organisationnelle, et entre ces deux éléments et des structures englobantes* »¹⁶.

¹⁴ Définition collaboration, La langue française

¹⁵ Lapiere, A. Gauvin-Lepage, J. Lefebvre, L. La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé aux urgences : une revue de la littérature. Recherche en soins infirmiers. 2017

¹⁶ Aiguier, G. (2020). Chapitre 42. Travailler en équipe dans une perspective de collaboration interprofessionnelle. *Manuel de soins palliatifs*.

Cette définition exprime bien le partage des connaissances, des expertises, des expériences, ainsi que des compétences et habiletés de chacun des professionnels pour l'amélioration de la prise en soins des patients, le tout grâce à une action collective structurée, dans un but commun préalablement défini. Cette collaboration suppose également une bonne connaissance du champ de pratiques et des compétences de chacun des intervenants¹⁷. Cette bonne connaissance des rôles, missions et responsabilités de chacun permet la valorisation de chaque profession, et une meilleure compréhension de la complémentarité, voire de l'interdépendance des professionnels¹⁸.

Différentes revues systématiques se sont penchées sur cette notion, sur tous les domaines de santé, et ont mis en exergue plusieurs bénéfices liés à la CIP (8). Les premiers bénéfices constatés dans ces études, sont tout d'abord pour les patients. En effet, les constats tendent à montrer une amélioration de la qualité des prises en soins, et donc une meilleure satisfaction des patients, mais également de favoriser une participation plus active des patients dans leurs soins et leurs parcours de soins, et par extension, augmentent leurs sentiments d'empowerment. L'empowerment est « *un processus social de reconnaissance, de promotion et d'habilitation des gens dans leur capacité à satisfaire leurs besoins de santé et à mobiliser les ressources nécessaires de façon à se sentir en contrôle de leur propre vie* »¹⁹. De plus, le professeur Tanja Manser juge le rôle primordial de la CIP sur la prévention des erreurs évitables, qui permet d'offrir une sécurité des soins d'autant plus importante pour les patients²⁰. L'OMS dans son rapport Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice de 2010²¹ démontre également l'intérêt d'une pratique collaborative dans les établissements de santé mentale qui permet d'augmenter la satisfaction des patients, de promouvoir une meilleure acceptation du traitement ainsi que la durée du traitement, ou encore comme réduire l'incidence du suicide.

Ensuite, les bénéfices se retrouvent également chez les professionnels de santé, on retrouve une augmentation de la satisfaction et du bien-être au travail, avec une pratique professionnelle ressentie comme plus motivante et dynamique. On retrouve également une

¹⁷ Policard, F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en Soins Infirmiers*. 2014

¹⁸ Louis-Simonet, M. Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier : un véritable défi. 2017

¹⁹ Gagnon, J. Empowerment. Les concepts en sciences infirmières. 2012

²⁰ Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare : a review of the literature. 2009

²¹ Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. WHO, 2010

amélioration de la coordination des soins, et de la communication entre les professionnels. Le rapport de l'OMS cité plus tôt confirme les données de la littérature et l'augmentation de la satisfaction des soignants lors de la pratique collaborative.

Pour finir, il semblerait également que la CIP amène des bénéfices sur les institutions et le système de santé en lui-même. Des études ont été menées pour certaines maladies chroniques. Par exemple pour l'insuffisance cardiaque, il a été montré une diminution du nombre des hospitalisations, une réduction du temps de séjour, une limitation du nombre de réadmissions et donc, par conséquent, une diminution des coûts liés aux soins et une diminution de la mortalité chez les patients. De plus, l'OMS (11) affirme également que la pratique collaborative en établissement de santé mentale permet de réduire le coût des soins, améliore l'accès et la coordination des services de santé, et les durées de séjour à l'hôpital.

Cette collaboration interprofessionnelle, ainsi que la formation à cette collaboration est identifiée par l'OMS comme une nécessité future. Cette manière de travailler permet une maximisation des forces, des aptitudes et des compétences de chacun des professionnels, et leur permet de fonctionner aux meilleur de leurs capacités. Au regard de la pénurie actuelle des professionnels de santé dans de nombreux pays, l'OMS considère que des innovations de ce type dans le fonctionnement du travail en santé seront indispensables pour pouvoir gérer la pression subie par les systèmes de santé.

La collaboration interprofessionnelle prend place dans des cadres références pensés par différentes institutions comme des organisations nationales ou encore des universités, qui permettent principalement de normer ces pratiques et de mettre en avant les compétences nécessaires pour cette dernière. Les principales compétences mises en avant par les auteurs sont la communication, avoir une approche centrée sur le patient, savoir travailler en équipe, avoir un leadership clinique partagé et avoir une pratique collaborative pour mener une réflexion collaborative.

b) Interdisciplinarité / Travail d'équipe

Plusieurs écrits utilisent le terme de collaboration, d'interdisciplinarité ou encore de travail d'équipe de manière similaire. Il est donc intéressant de rappeler la définition de ces concepts.

Plusieurs définitions du concept d'interdisciplinarité²² ont été proposées. Selon Berger : « *l'interdisciplinarité se caractérise comme une interaction entre les disciplines qui peut aller de la simple communication des idées jusqu'à une intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie et des procédures* ». Selon Maingain, Dufour, Fourez, en 1983 : « *l'interdisciplinarité émerge face à la conscience des limites d'une approche disciplinaire et face à un besoin de se donner une représentation commune, dans un contexte, en vue d'un projet commun* ».

Le travail interdisciplinaire se construit autour d'un projet donné, dans un contexte, et nécessite l'implication de plusieurs disciplines représentées par différents professionnels. Ces disciplines, différentes mais complémentaires, se placent toutes sur un pied d'égalité. Dans ce contexte, les professionnels travaillent ensemble, collaborent pour la réalisation d'un projet commun décidé par tous. L'interdisciplinarité est vue alors comme une construction volontaire dans un cadre et pour un but précis. C'est un travail qui demande un partage des concepts, des valeurs et un langage commun aux professionnels impliqués. Enfin, cette approche intégrative permet l'interaction positive entre les professionnels et chaque discipline, permettant de les enrichir et de réorganiser leurs connaissances de manière moins compartimentée.

Pour le concept de travail d'équipe²³, il faut avant tout définir le concept d'équipe. Une équipe selon Abrami est « *définie comme étant un groupe de personnes interagissant afin de se donner ou d'accomplir une cible commune, laquelle implique une répartition des tâches et la convergence des efforts des membres de l'équipe* ». Comme l'explique la définition, l'équipe a donc un objectif commun, qui sera atteint grâce à une action et des ressources communes. Dans l'équipe, chaque membre peut jouer un rôle différent, et tous seront complémentaires. En effet, dans une équipe les compétences de chaque professionnel vont se potentialiser et se renforcer mutuellement, et non juste s'additionner. De plus, la notion primordiale qui forge une équipe est le sentiment d'appartenance à cette dernière, qui permettra une meilleure coopération, participation et satisfaction des membres.

Le concept de travail d'équipe est défini quant à lui par Muccheilli comme un savoir-faire qui « *n'est pas inné. C'est une compétence qui s'apprend, se travaille. L'efficacité d'une équipe n'est pas seulement affaire de cohésion et d'organisation. Elle s'appuie sur des règles, une dynamique qui doivent être maîtrisées pour conduire à la réussite de l'équipe* ».

²² Formarier. Interdisciplinarité. Les concepts en sciences infirmières. 2012

²³Formarier. Equipe, travail en équipe. Les concepts en sciences infirmières. 2012

Le travail d'équipe demande des aptitudes techniques et d'élaboration collective qui mettront en jeu des dimensions affectives envers les membres. Il nécessite une bonne gestion des phénomènes de pouvoir, qu'ils soient internes et externes. Bruno Fortin explicite les attributs de ce concept qui sont, en particulier, le partage des missions vers un but précis et commun, une clarification des responsabilités et rôles de chaque membre, permettant une meilleure organisation, une optimisation des compétences de chacun grâce à leur interaction. Une interdépendance se crée alors entre les membres et nécessite de l'entraide et de la coopération. Pour finir, la communication est un point crucial. L'information se doit d'être partagée, et la confrontation entre les membres se doit d'être positive.

Cependant, de nombreux auteurs évoquent la difficulté du travail d'équipe, principalement dans des contextes d'enjeux importants et de travail générant du stress. Les membres constituant l'équipe sont souvent hétérogènes, car non choisis par eux-mêmes. La volonté des professionnels à collaborer et contribuer à la cohésion du groupe est la garantie de la réussite d'une équipe. Au regard de cette difficulté régulièrement rencontrée dans la constitution des équipes, Mucchielli a décrit les conditions nécessaires à un travail en équipe satisfaisant. Tout d'abord, il insiste sur l'importance d'une communication interpersonnelle facilitée et possible sur tout point, avec la possibilité d'exprimer les désaccords et tensions. Il pose également la nécessité d'une entraide, et d'une participation affective entre les membres du groupe ; ainsi que la connaissance par chaque acteur des capacités des autres. Pour finir, il met en avant la division du travail après l'élaboration des objectifs communs.

Enfin, Couchaère a décrit les qualités nécessaires à un travail en équipe qui sont la crédibilité, la cohérence, la consistance et la congruence. La crédibilité dans ce contexte est d'être un professionnel fiable face aux compétences relatives à sa discipline. La cohérence correspond à la capacité à être clair, précis et concis pour bien se faire comprendre des autres. La consistance est la qualité qui permet aux personnes d'accorder leur confiance face à un membre qui tient ses engagements. La congruence, quant à elle, est de savoir créer un climat pérenne et harmonieux en étant en phase avec son environnement.

Donc, sans ces qualités et les conditions explicitées auparavant le travail en équipe peut être rendu plus difficile, surtout quand les membres de l'équipe n'ont pas réellement choisi de prendre part ou non à ce dispositif, et il faut le prendre en considération dans notre collaboration avec les professionnels de santé internes ou externes à notre secteur.

Nous pouvons donc remarquer que ces concepts explicités se rapprochent très fortement de la définition et des enjeux de la collaboration interprofessionnelle cités auparavant, et que ces termes puissent être utilisés presque de manière interchangeable.

II. Question de recherche et hypothèses

En commençant ce travail d'écriture, ma vision de la collaboration entre les secteurs de psychiatrie et les médecins généralistes, enrichie de mes observations en stage ainsi que des lectures de certains articles, était très négatives.

Ma réflexion de départ sur cette problématique était que pour une amélioration du parcours de santé du patient, une amélioration dans la collaboration entre le médecin traitant et le secteur de psychiatrie est indispensable. Cependant pour améliorer cette collaboration, il fallait commencer par un état des lieux. Malgré certains articles récents qui démontraient une collaboration encore trop insuffisante entre ces parties, la charte de partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur mise en place en 2014, pourtant de rigueur sur l'EPSM de l'agglomération lilloise n'a pas été évaluée sur l'établissement. Afin de mettre en place des axes d'amélioration, il faut donc réaliser un état des lieux de l'application de cette charte dans les pratiques professionnelles actuelles pour pouvoir identifier les points nécessitant une amélioration.

A partir de ce point, ma question de recherche est « A quelle mesure les critères de la charte de partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur sont-ils atteints lors des prises en soins des patients consultant en ambulatoire sur le secteur de psychiatrie du 59G11 ? »

En étudiant chacun des 8 critères de la Charte, j'ai décidé de me concentrer essentiellement sur la collaboration entre les médecins psychiatres et généralistes lors des prises en soins de patients, et me suis donc centrée sur les 7 premiers critères de la Charte qui concernent cette thématique. Le 8^e critère correspondant seulement aux échanges entre la psychiatrie et la médecine générale à l'occasion de la formation des médecins aux cours de leurs stages n'est pas évalué dans la recherche effectuée. Cependant l'EPSM accueille des externes et internes de médecine générale et de psychiatrie chaque année.

Au début de mon travail de recherche, enrichie de mes différentes lectures d'articles et d'études concernant la collaboration et coopération entre les médecins généralistes et les secteurs de psychiatrie, plusieurs hypothèses de résultats de ma recherche étaient attendues de ma part.

La Charte portant exclusivement entre le médecin généraliste et le médecin psychiatre, je m'attendais à une non-validation assez importante des différents points de cette dernière. En particulier, sur les points 2, 4 et 5, concernant la transmission d'informations sur le suivi psychiatrique et ses modalités, des propositions de traitements chimiothérapeutiques, ou encore de l'information des hospitalisations à l'admission et à la sortie d'hospitalisation. En effet, malgré une expérience professionnelle encore débutante, j'ai pu observer régulièrement les psychiatres et leurs pratiques professionnelles dans les unités d'hospitalisation et en exercice au CMP. Le temps médical étant très limité au regard de la charge de travail et de la file active de chaque médecin, il me paraissait peu imaginable que ces critères aient un taux de validation important. Même si plusieurs outils sont mis à disposition des médecins afin de limiter le temps que peut prendre cette communication avec le médecin généraliste, - comme des lettres de liaison pré-remplies- la prise de contact téléphonique ou encore l'organisation de synthèse avec le médecin généraliste, elle est encore très chronophage et peu envisagée. De plus, avec le contexte d'exercice des médecins psychiatres et des médecins généralistes et leur charge de travail, la communication reposant principalement sur un mode épistolaire avec des lettres de liaison n'est plus adaptée et efficiente actuellement. Mon hypothèse est que « la communication autour de la prise en soins de patients (en ambulatoire) entre le médecin généraliste et le psychiatre n'est pas suffisante, et les outils utilisés pour le moment me semblent chronophages et désuets (courriers écrits) ».

Concernant en particulier le point 2 qui porte principalement sur la prévention et la surveillance des effets indésirables des traitements, surtout lors de comorbidités somatiques et psychiatriques avec la proposition du traitement chimiothérapeutique si nécessaire, j'imagine une faible validation. En effet, en observant les pratiques professionnelles des services et des différents psychiatres, j'ai pu remarquer un nombre important de prescriptions de traitements pour les affections psychiatriques de leur part. Or, au regard des recommandations, le médecin généraliste doit être le prescripteur principal afin d'avoir un regard global sur la prise en charge et la totalité des prescriptions nécessaires.

Ce point induit donc, soit une prescription uniquement du psychiatre qui n'est pas forcément connu ou pris en compte par le médecin généraliste lors de ces consultations et des possibles prescriptions qu'il peut lui-même réaliser sans prévenir le psychiatre, soit une prescription des traitements des affections psychiatriques de la part du psychiatre et de la part du médecin généraliste, donnant lieu à une double prescription pouvant induire des conséquences iatrogènes graves. Ce qui suppose l'hypothèse suivante : « Si le critère 2 de la Charte de partenariat médecine de ville et secteur de psychiatrie, n'est pas validé, alors les suivis des patients du CMP exposent à un risque d'erreur de prescriptions pouvant avoir des conséquences iatrogéniques graves ».

Aussi, en connaissant les habitudes de plusieurs services de l'EPSM, l'information du médecin généraliste lors d'une hospitalisation, en début d'hospitalisation par le médecin psychiatre me paraît peu réalisée. Par conséquent, je suppose que le critère 5 sera difficilement validé. En effet, la majorité du temps, les psychiatres ne prennent contact avec le médecin traitant en début d'hospitalisation que lors d'une nécessité pour eux de recueillir une information connue de ce dernier afin de mieux comprendre la situation d'un patient. De plus, au vu de la difficulté rencontrée régulièrement de joindre les médecins généralistes, l'information systématique par le psychiatre paraît d'autant plus délicate. Sur ce point mon hypothèse première est que : « Le taux de validation du critère 5 de la Charte sera peu élevé, principalement en raison de la non-information systématisée du médecin généraliste à l'occasion d'une hospitalisation d'un patient ».

Cependant, sur la question de la liaison et de l'information du médecin généraliste à la sortie d'hospitalisation, au regard des outils du logiciel de soin disponibles pour les psychiatres, facilitant la rédaction des courriers de sortie, celle-ci est, je suppose, efficace et systématique.

Enfin, au regard de ces difficultés de temps médical et de l'importante patientèle sur le CMP, avec parfois des situations complexes à gérer, nous savons que des infirmiers du CMP sont référents de plusieurs patients. Il est donc intéressant de se demander si la référence d'un infirmier de secteur permet une meilleure concordance entre les points explicités par la Charte de partenariat et les pratiques professionnelles, et donc une meilleure collaboration. C'est pourquoi une dernière hypothèse est : « Un taux plus important de critères de la Charte de partenariat est respecté lorsque le patient suivi au CMP bénéficie d'une référence infirmière ».

III. Méthode

a) Population choisie

La population choisie porte sur les patients se présentant à une consultation avec un psychiatre du CMP du 59G11 du 28 février au 11 mars 2022

. Cela représente un échantillon de 118 patients, sur un nombre total de 128 patients ayant consulté lors de ces 2 semaines.

Nous avons exclu les patients mineurs à la date du rendez-vous avec le psychiatre et les personnes sous mesure de protection juridique par tutelle. Afin de prévenir les patients de ma recherche, et donc du traitement de leurs données médicales, une lettre d'information a été affichée dans la salle d'attente du CMP. En cas de refus d'exploitation de leurs données, les personnes pouvaient s'y opposer par mail et téléphone signifiant. Au regard de cet accord de consentement ou de non-consentement à exprimer, seuls les adultes en pleine capacité de donner ce consentement étaient inclus dans l'étude.

Afin de pouvoir récolter et exploiter les données des patients de l'étude, une demande avait été faite au DIRM de l'EPSM de l'agglomération lilloise.

b) Méthode choisie

La méthode de recherche que j'ai privilégiée est une étude quantitative afin de collecter un maximum de données de manière objective. En effet, la méthodologie de recherche quantitative permet d'évaluer des phénomènes qui peuvent être mesurables, et grâce à des échantillons de population représentatifs de la population globale concernée par la recherche, permet d'avoir des données démontrant certaines tendances pour la population globale. Ici, au regard de mon besoin d'évaluer la concordance entre les points indiqués par la Charte de partenariat et les pratiques professionnelles actuelles, il était important d'avoir une recherche quantitative, me permettant de mesurer statistiquement ces résultats.

J'ai donc réalisé une étude quantitative exploratoire, rétrospective, descriptive et monocentrique. En effet, l'étude a consisté à un audit des 118 dossiers de soins informatisés sur le logiciel Crossway de l'EPSM de l'agglomération lilloise afin de récupérer les données nécessaires à l'étude.

Afin de recueillir les données des médecins généralistes, j'ai également procédé à une prise de contact avec ces derniers, pour récolter auprès d'eux les dernières prescriptions thérapeutiques, prescriptions et bilans paracliniques et selon les cas les dernières prescriptions d'interventions sanitaires à domicile. En ayant un contact parfois direct avec le médecin généraliste, la possibilité de recueillir quelques éléments qualitatifs au niveau des demandes ou besoins de ces derniers était également prévue dans le recueil de données.

Dans le but d'évaluer le respect des 7 critères de la Charte de partenariat médecine générale et secteur de psychiatrie dans le suivi de ces 118 patients, j'ai élaboré un tableur Excel regroupant tous les indicateurs nécessaires afin d'évaluer cette concordance entre la Charte et les pratiques professionnelles (Annexe II).

IV. Résultats et analyse

Les résultats énoncés seront principalement sous forme statistique. Ils seront illustrés de quelques graphiques permettant une meilleure représentation de ces différents chiffres.

J'aborderai dans un premier temps les résultats sociodémographiques, puis les résultats concernant la prise en soins des patients au CMP. Pour finir, j'aborderai les résultats de validation des 7 critères, un à un, en explicitant les indicateurs et leurs résultats pour chacun de ces critères.

Pour permettre une bonne objectivité du nombre de validation des critères, nous avons différencié ce respect des critères en 2 groupes, d'un côté, les patients avec un antécédent d'hospitalisation et de l'autre les patients sans antécédents d'hospitalisation. En effet, dans les 7 critères de la Charte, le critère 5 ne concerne que la liaison et l'information dans le cadre d'hospitalisations. De ce fait, nous avons des patients qui auront un taux de critères validés sur 6 et d'autres patients qui auront ce taux de critères validés sur 7.

a) Résultats sociodémographiques

Afin de connaître et de mieux définir la population de l'échantillon, il est important d'avoir quelques résultats démographiques. Ces résultats peuvent également indiquer une certaine concordance entre l'échantillon de la recherche et la population générale.

Sur les 118 patients, 61% sont de sexe féminin et donc 39% de sexe masculin, avec une moyenne d'âge de 40,5 an. Le plus jeune patient de l'échantillon à 18 ans, le plus âgé 77 ans. Cet échantillon montre une population cible plutôt hétérogène en termes d'âge et de sexe, étant donc plutôt représentative d'une population globale.

56 patients, donc 47,5% des patients de l'échantillon ont un ou plusieurs antécédents d'hospitalisation en psychiatrie sur les secteurs de l'EPSM de l'Agglomération Lilloise. Certains critères concernent les liaisons lors d'hospitalisations, il était donc préférable de ne prendre en considération que les antécédents d'hospitalisation sur le site de l'EPSM de l'agglomération Lilloise et consignés dans les dossiers informatisés, afin de pouvoir recueillir de façon plus efficiente les données de liaison. A l'inverse, le groupe de patients n'ayant pas d'antécédent d'hospitalisation comptabilise 62 personnes.

b) Résultats liés à la prise en charge au CMP

Le suivi des patients de l'échantillon de l'étude se place dans le cadre de différents diagnostics principaux correspondant à la classification de la CIM-10. En effet, 17,8% des patients sont suivis pour un diagnostic de schizophrénie, et 15,3% de cette population est prise en charge pour un diagnostic de troubles névrotiques. 15,3% également sont suivis dans le cadre de symptômes liés à l'humeur, et 13,6% dans le cadre de trouble de l'humeur. 8,5% sont pris en soins dans un contexte de troubles de la personnalité, et 13,6% n'ont pas de diagnostic principal explicitement posé. Les diagnostics principaux du reste des patients se répartissent sur les troubles envahissants du développement (1,7%), le diagnostic d'hallucinations (1,7%), de retard mental (0,8%), de symptômes liés à l'apparence et au comportement (1,7%), des conditions socioéconomiques et psychosociales menaçant la santé du sujet (5,1%) et autres diagnostics (5,1%).

L'évaluation de la fréquence de consultations avec le psychiatre a également été recherchée. La fréquence a été définie en termes de :

- Très fréquent si le délai entre les consultations est inférieur à 1 mois
- Fréquent si le délai entre les consultations est supérieur à 1 mois mais inférieur à 2 mois
- Régulier si le délai entre les consultations est supérieur ou égale à 2 mois et inférieur ou égale à 3 mois
- Occasionnel si le délai entre les consultations est supérieur à 3 mois
- Irrégulier si le délai entre les consultations est supérieur à 6 mois, ou lors de 2 rendez-vous non excusés
- Premier rendez-vous
- Reprise de suivi, lorsque qu'il n'y a pas eu de suivi au CMP depuis plus d'1 an.

La majorité de fréquence des consultations avec les psychiatres sont régulières pour 28% des patients, et fréquentes pour 24,6% des patients. 16,9% des patients ont une fréquence de consultations très fréquente, et 14,4% ont une fréquence irrégulière. Seul 5,1% des patients montrent une fréquence occasionnelle entre les consultations. Sur la population cible consultant un psychiatre lors des 2 semaines sur lesquelles portent la recherche, il s'agissait d'une première consultation avec un psychiatre pour 6,8% des patients (soit 8 patients), et une reprise de suivi pour 4,2%.

Afin de recueillir une possible différence lors du suivi patient avec une référence infirmière au CMP et sans référence infirmière, j'ai recueilli le pourcentage de patients ayant cette référence, qui est de 43,2%. Dans ce contexte j'ai également pris la fréquence des rendez-vous avec l'infirmier référent. Cette fréquence des rendez-vous est définie comme :

- Très fréquent si le délai entre les rendez-vous est inférieur ou égal à 1 par semaine
- Fréquent si le délai entre les rendez-vous est supérieur à 1 semaine et inférieur ou égal à 2 semaines
- Régulier si le délai entre les rendez-vous est compris en 2 semaines et 2 mois
- Occasionnel si le délai entre les rendez-vous est supérieur à 2 mois et inférieur ou égal à 3 mois
- Irrégulier si le délai entre les rendez-vous excède 3 mois, ou à l'occasion de 2 rendez-vous non excusés.

Une grande majorité des suivis par référence infirmière se place dans une fréquence régulière, représentant 64,7% des 51 patients suivis par un infirmier du CMP. 19,6% de la fréquence des rendez-vous avec l'infirmier référent est irrégulière, et 2% occasionnelle. Enfin 3,9% des suivis infirmiers sont très fréquents, et 9,8% fréquents.

c) Contact avec les médecins généralistes lors du recueil de données

Nous avons pu contacter les médecins généralistes assurant les soins de 85 patients, soit 72% de notre échantillon d'étude. Les médecins généralistes de 7,6% des patients n'ont pas été contactés (plusieurs tentatives échouées sans possibilité de laisser un message au professionnel, médecin parti en retraite, ...) et pour 24 patients, soit 20,3% de notre population cible, le médecin traitant ne pouvait être contacté car pas renseigné dans le dossier du patient, ou non concordant avec le médecin généraliste déclaré et celui connu du CMP.

A la suite de ce contact qui a permis de demander au médecin généraliste son accord pour nous partager les informations recherchées, de manière directe quand nous avons l'occasion d'avoir un contact téléphonique ou présentiel avec le médecin généraliste, ou de manière indirecte grâce à des messages et relances de messages laissés à la secrétaire médicale, les généralistes ont répondu à nos demandes pour 36 patients, soit 42,4% de l'échantillon.

Une majorité de praticien n'a pas fait suite à nos demandes et relances pour 48,2% des patients, et pour 8 patients, soit 9,4% de l'échantillon, les médecins généralistes nous ont adressé un refus, principalement en lien avec une volonté de ne pas partager les informations médicales de leurs patients sans un consentement exprimé de leur part, malgré la note d'information affichée pour les patients au CMP.

d) Critère 1 de la Charte

Le critère 1 de la Charte de partenariat médecine de ville et psychiatrie de secteur correspond à « Le psychiatre de secteur, [...], s'assure de l'existence et de l'identification d'un médecin généraliste pour chacun de ses patients ».

Afin d'évaluer ce critère j'ai mis en place 2 indicateurs. Le premier correspond à l'identification du médecin généraliste dans le dossier patient du CMP.

Le second indicateur est la concordance entre le médecin généraliste déclaré et celui connu au CMP. Ce second critère n'a pu être évalué pour tous les patients n'ayant pas eu le contact avec les tous médecins généralistes.

Pour 82,2% des patients nous possédons un médecin généraliste enregistré dans le dossier patient informatisé. Pour la concordance entre le médecin déclaré et le médecin connu au CMP nous avons 50,5% des patients pour qui l'information n'a pas pu être confirmée comme évoqué précédemment. Pour les patients pour lesquels cette concordance pouvait être vérifié, seuls 2% des médecins généralistes enregistrés dans les dossiers patients au CMP ne concordait pas avec leur médecin généraliste déclaré. La concordance était correcte dans 47,4% des cas.

Pour les patients sans antécédent d'hospitalisation, le taux de validation du critère 1 atteint les 77,4%, et le taux de validation du critère 1 pour le groupe de patients avec antécédents d'hospitalisation atteint 83,9% de validation. Dans l'ensemble, le critère 1 de la Charte de partenariat est respecté chez plus de 80% pour les dossiers patients de l'étude.

e) Critère 2 de la Charte

Le critère 2 de la Charte de partenariat signée avec le Collège de la Médecine Générale énonce que « *le médecin généraliste traitant assure le suivi 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.* ». Ce critère met en évidence l'importance du rôle et de la vision globale du médecin généraliste dans le parcours de soins des patients. Afin d'évaluer ce critère, j'ai recueilli des informations permettant de renseigner plusieurs indicateurs.

Premièrement, pour les médecins traitants que nous avons pu contacter, le premier indicateur est le renouvellement de prescriptions thérapeutiques des affections psychiques par ces derniers. Sur les 36 patients pour lesquels les médecins généralistes ont répondu, ces derniers réalisent le renouvellement de prescription des traitements pour les troubles psychiatriques dans 63,9% des cas. 11 de ces 36 patients n'ont pas de renouvellement de traitements « psychiatriques » de la part de leur médecin traitant.

Dans les réponses obtenues, nous avons également 1 patient pour lequel aucune prescription n'est réalisée car il n'y a pas de nécessité clinique à un traitement. Nous avons également obtenu 1 patient pour lequel le médecin ne réalise pas la prescription thérapeutique, en accord avec le psychiatre car il s'agit de Clozapine. En effet, la Clozapine est soumise à des conditions de prescriptions et de délivrance particulières, qui impose son renouvellement par les spécialistes en psychiatrie, en neurologie ou en gériatrie, et ne peut donc être assuré par le médecin généraliste²⁴.

Ensuite, j'ai pris en considération pour le second indicateur, les prescriptions de surveillance paraclinique des effets indésirables liés aux traitements réalisés par le médecin généraliste. Nous avons recueilli l'information de ces prescriptions pour seulement 26 patients. En effet, pour 9 patients, les médecins généralistes n'ont pas répondu à nos sollicitations pour ce point. 1 patient n'est pas concerné par la surveillance paraclinique des effets indésirables, n'ayant pas de prescription thérapeutique. Pour cet indicateur, nous retrouvons que pour 44,4% des patients les médecins généralistes assurent la surveillance paraclinique des effets indésirables liés aux traitements, et pour 27,8% des patients cette surveillance n'est pas assurée par le médecin généraliste.

Je vérifie également, comme troisième indicateur, s'il y a la présence d'un courrier de liaison faisant état d'une proposition thérapeutique adressé par le CMP au médecin généraliste. Sur la totalité de notre population cible, pour 26 patients, soit 22% de la population, un courrier disposant d'une proposition thérapeutique a été adressé au médecin traitant par les psychiatres du CMP. Ce courrier de proposition thérapeutique ne figure pas dans 68,6% des dossiers de soins des patients. Cette donnée n'a pas pu être recueillie pour 9,3% des patients (soit 11 patients), n'ayant pas de traitement chimiothérapeutique pour la prise en charge de leur(s) trouble(s).

Enfin, le dernier indicateur est s'il y a une ordonnance réalisée par le psychiatre lors de la consultation médicale. Pour 90 patients, soit 76,3% une prescription de traitement a été réalisée par le psychiatre au cours de la consultation, et seulement 15 patients, soit 12,7% n'ont pas eu de prescriptions par le psychiatre. Les données sont non recueillies car non applicables pour 13 patients également, qui ne nécessitent pas de prescriptions thérapeutiques.

²⁴ HAS. Commission de la Transparence – Avis – Clozapine. 2017

Il est également intéressant de regarder pour les patients ayant leur renouvellement de prescription réalisée par le médecin traitant, combien ont également une prescription thérapeutique lors de la consultation avec le psychiatre. Sur les 23 patients ayant un renouvellement par le médecin généraliste, 15 d'entre eux ont également eu le renouvellement de prescription par le psychiatre, soit 65,2% de patients sur ce groupe restreint et 34,8% qui n'ont qu'un renouvellement de prescription par le médecin généraliste.

Au regard de ces indicateurs, le critère 2 est respecté pour seulement 6 patients avec des antécédents d'hospitalisation, soit 10,7% ; et pour 8 patients sans antécédent d'hospitalisation, soit 12,9%. Soit, une validation du critère 2 sur la totalité de la population cible pour 11,9% des patients.

De manière informelle, lors des échanges en direct avec certains médecins généralistes ayant répondu à nos demandes, nous avons pu recueillir des informations et ressentis de leur part. Dans le cadre de ce critère 2, dans un échange informel avec l'un des médecins traitants, nous avons pu apprendre qu'il n'avait pas connaissance de la prise d'un traitement antidépresseur chez son patient, et n'avait pas eu d'échanges avec le psychiatre concernant le suivi de ce dernier. Un autre nous a informé ne pas savoir s'il y a eu un changement sur la prise de traitement psychotrope de son patient depuis le dernier courrier reçu du CMP datant de plus d'1 an et demi, et qu'il pense que le secteur de psychiatrie se charge du suivi somatique.

L'hypothèse formulée précédemment : « Si le critère 2 de la Charte de partenariat médecine de ville et secteur de psychiatrie, n'est pas validé, alors les suivis des patients du CMP exposent à un risque d'erreur de prescriptions pouvant avoir des conséquences iatrogéniques graves » s'avère donc validée pour un certain nombre de patients. De plus, comme attendu lors de ma formulation d'hypothèses, le critère 2 de la Charte a un taux très bas de validation.

f) Critère 3 de la Charte

Le critère 3 de la Charte de partenariat correspond à « *le secteur de psychiatrie assure au médecin généraliste traitant un accès téléphonique direct à un psychiatre senior de l'équipe* ».

L'indicateur mis en place ici pour valider ce critère est la présence sur les courriers de liaison du numéro direct du secteur 59G11 ainsi que du ou des noms des psychiatres de l'équipe médicale.

En effet, au regard de leur exercice entre le CMP, les unités d'hospitalisation, et certains dispositifs comme l'hôpital de jour, il est impossible d'avoir un numéro de poste toujours identique afin de joindre les psychiatres. Cependant, en appelant le secrétariat du secteur, les médecins peuvent être directement redirigés vers un des psychiatres de manière rapide.

Nous retrouvons la présence de ce contact téléphonique pour 53,4% des patients, mais ces coordonnées ne sont pas connues des médecins généralistes pour 55 patients, soit 46,6% d'entre eux.

Le critère 3 est donc validé pour 43 patients avec des antécédents d'hospitalisation, soit 76,8%, et pour 20 patients sans antécédents d'hospitalisation, soit 32,3%. En moyenne, sur l'échantillon total, le critère 3 est validé pour 53,4% des patients.

g) Critère 4 de la Charte

Le critère 4 de la Charte correspond à « *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* ». Ce critère s'intéresse donc tout particulièrement à la liaison et la communication entre le psychiatre et le médecin généraliste. Afin de mesurer la validation de ce critère, j'ai mis en place différents indicateurs à collecter.

Le premier indicateur recueilli est la présence d'un courrier de liaison émanant du CMP après une première demande de soins (soit première consultation avec un infirmier, soit première consultation avec un psychiatre). Pour ce critère, seul les débuts de suivi postérieur à janvier 2020 sont pris en compte. De ce fait pour 42,4% des patients ce critère est non applicable. En effet, le début du suivi est antérieur à 2020 ou le médecin généraliste n'est pas identifié dans le dossier patient. Sur les 68 patients restants, pour seulement 12 patients nous retrouvons des courriers de liaison suite au premier contact dans le secteur, soit 10,2% des patients. Il n'y a pas de lettres de liaison de premier contact pour 47,5% des patients.

Le second indicateur correspond à la présence de courriers de liaison émanant du CMP au cours de la prise en charge ambulatoire du patient sur les 2 dernières années de suivi. J'ai pu collecter des courriers de liaison pour 31 patients, soit 26,3%.

66,9% de la population cible n'ont pas de courriers de liaison émanant du CMP au cours du suivi spécialisé sur les 2 dernières années. Les 6,8% restant représentent la part non évaluable des données à cet indicateur.

Le troisième critère se porte sur l'explicitation claire des modalités du suivi ambulatoire dans les courriers de liaison émanant du CMP. Sur les courriers émanant du CMP vers les médecins traitants, les modalités étaient explicites pour 35 patients, soit 29,7%. 70,3% des patients n'ont pas eu les modalités de leur suivi explicitement communiquées à leur médecin généraliste.

Le quatrième critère correspond au nombre total des courriers échangés sur les 2 dernières années émanant du CMP et adressé au médecin généraliste. La moyenne du nombre de courriers adressés par les psychiatres aux médecins généralistes est de 0,5 courrier sur 2 ans. Le minimum du nombre de courriers est de 0 sur 2 ans, le maximum est de 4 courriers envoyés sur cette temporalité.

Le dernier critère est la fréquence des courriers entre le CMP et le médecin généraliste, émanant du CMP, sur un an. La fréquence de courriers envoyés du CMP vers les médecins généralistes est en moyenne de 0,3 par an. Avec une fréquence minimum de 0 courriers par an, et une fréquence maximum de 4 courriers par an.

Dans les échanges informels que nous avons pu avoir directement avec les médecins généralistes, un d'entre eux demandait plus d'informations de la part du psychiatre du CMP pour le suivi du patient, et à avoir des échanges plus réguliers.

Au regard de ces différents indicateurs, le critère 4 est validé pour 12 patients des 56 avec des antécédents d'hospitalisation, soit 21,4% patients de ce groupe. Il est également validé pour 15 patients du groupe sans antécédent d'hospitalisation soit 24,2%. En moyenne, sur les 2 groupes de patients, nous obtenons un taux de validation de 22,9%. Mon hypothèse d'un faible taux de validation du critère 4 est validée.

h) Critère 5 de la Charte

Le critère 5 de la Charte de partenariat porte sur l'information systématique, dans les meilleurs délais, du médecin généraliste lors d'hospitalisations programmées ou urgentes en milieu spécialisé pour le patient, à son entrée et à sa sortie. Ce point indique également la nécessité de la connaissance par le médecin traitant du traitement de sortie et des modalités de retour à domicile du patient, en particulier si des interventions dans le champ sanitaire et social sur le lieu de vie sont programmées. De ce fait, le critère 5 n'inclut que les patients ayant un antécédent d'hospitalisation.

Afin d'évaluer ce critère, j'ai également mis en place différents indicateurs. Le premier indicateur porte sur la liaison systématique en début d'hospitalisation. J'ai donc recherché la présence de courrier adressé au médecin généraliste en début d'hospitalisation. Je me suis également informée auprès des secrétaires du service d'hospitalisation du 59G11 pour savoir s'il y avait une information systématique auprès des médecins généralistes par l'unité d'hospitalisation, ce qui n'est pas le cas. Les traces d'appels téléphoniques entre les psychiatres et les médecins généralistes ne figurent pas dans les données du logiciel des dossiers de soins des patients, et n'ont donc pas pu être pris en considération. Ce premier indicateur n'est pas validé pour les 56 patients avec des antécédents d'hospitalisation à 98,2% (1,8% non évaluable).

Le second indicateur de ce critère est la présence d'un courrier de sortie à la fin de chaque hospitalisation de patients. Pour 55 des 56 patients, nous retrouvons une lettre de liaison en sortie d'hospitalisation. L'indicateur n'était pas applicable au dernier patient, soit un taux de 1,8% non applicable.

A la suite de ces indicateurs, j'ai également recherché comme indicateur le respect de l'ensemble des critères d'une lettre de liaison en sortie d'hospitalisation. Cet ensemble de critères est énoncé par la HAS dans le document « Indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » Psychiatrie et santé mentale » réalisée en 2021²⁵. Les statistiques qui ressortent de ces validations de critères portent sur les 55 patients ayant un courrier de sortie, dans le groupe des 56 patients avec un antécédent d'hospitalisation.

Le premier critère de ce document correspond à l'identification du patient, du ou des correspondants (psychiatres et médecins généralistes), ainsi que la date d'entrée et de sortie

²⁵ HAS. Indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » Psychiatrie et santé mentale – périmètre « hospitalisation à temps plein ». 2021

d'hospitalisation. Pour valider ce critère, les 3 notions devaient apparaître dans chacun des courriers de sortie. Ce critère a été validé pour 85,5% des patients, soit 47 patients.

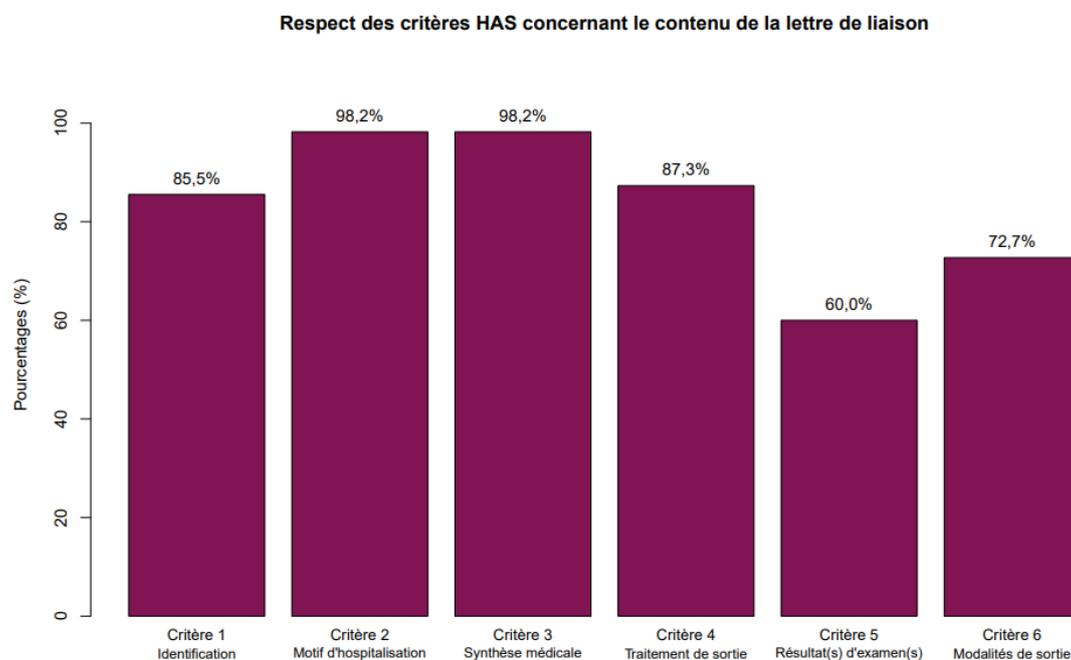
Le second critère HAS de la lettre de liaison porte sur la présence explicite dans le courrier du motif d'hospitalisation. Ce critère est présent pour 98,2% des courriers.

Le troisième critère de la HAS correspond à la synthèse médicale du séjour en hospitalisation du patient. Ce critère est également validé dans 98,2% des courriers.

Le quatrième critère de la HAS repose sur la présence explicite du traitement de sortie sur le courrier de liaison. Ce critère est validé dans 87,3% des courriers, soit pour 48 patients.

Le cinquième critère HAS correspond à la présence des résultats d'examens ou informations supplémentaires nécessaires selon les situations, il n'est donc pas obligatoire. Nous retrouvons un taux de 60% de présence dans les courriers, soit pour 33 patients. Pour les 22 autres courriers, le critère n'est pas applicable, car pas d'informations supplémentaires à communiquer.

Le dernier critère fait référence à la présence explicite des modalités de sortie du patient pour son retour à domicile. Ce critère est validé pour 40 patients, soit sur 72,7% des courriers. Pour mieux illustrer les taux de validation des 6 critères HAS concernant les courriers de liaison en sortie d'hospitalisation, veuillez trouver le graphique ci-dessous.



Chez les patients ayant un/des antécédent(s) d'hospitalisation en psychiatrie

Pour finir, quand nous reprenons l'ensemble des 6 critères de l'HAS pour la réalisation du courrier de liaison en sortie d'hospitalisation, nous retrouvons un taux de 58,2% de respect des 6 critères, soit pour 32 patients. Dans 41,8% des courriers, l'intégralité des critères ne sont pas respectés.

Enfin, au regard de ces différents indicateurs, le critère 5 a un taux de validation de 0%. L'hypothèse émise précédemment « Le taux de validation du critère 5 de la Charte sera peu élevé, principalement en raison de la non-information systématisée du médecin généraliste à l'occasion d'une hospitalisation d'un patient » est validée.

i) Critère 6 de la Charte

Le critère 6 de la Charte de partenariat indique que la « 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 ». Afin de mesurer cette coopération entre médecin généraliste et psychiatre, j'ai pris comme indicateur le nombre de courriers échangés émanant du médecin généraliste vers le CMP lors des 2 dernières années. Le nombre de courriers échangés des médecins généralistes vers le CMP est de 0,1 en moyenne sur 2 ans. Le minimum de courriers reçus au CMP est de 0 sur 2 ans, et le maximum est d'1 courrier reçu sur les 2 dernières années.

J'ai également repris l'indicateur de la fréquence des courriers envoyés du CMP vers les médecins généralistes. Soit une fréquence de 0,3 courrier envoyé au médecin généraliste sur 1 an.

Par conséquent, le critère 6 est validé pour 8 patients du groupe patients avec antécédents d'hospitalisation, soit 14,3%, et pour 11 patients du groupe sans antécédent d'hospitalisation, soit 17,7%. Sur la totalité de la population cible, la validation du critère 6 est de 16,1%.

j) Critère 7 de la Charte

Le critère 7 de la Charte de partenariat fait référence à la coordination assurée par le médecin généraliste et le psychiatre des interventions au domicile du patient. Pour mesurer ce critère nous allons utiliser 2 indicateurs.

Le premier indicateur est la prescription d'interventions sanitaires et sociales au domicile par le médecin généraliste si cela est nécessaire. Pour 91 patients nous n'avons pas pu recueillir l'information, il y a donc 77,1% de non applicable sur cet indicateur. Pour 22% des patients, les médecins traitants ne réalisent pas de prescriptions d'interventions à domicile, et seul 0,8% a nécessité cette prescription de la part de son médecin généraliste.

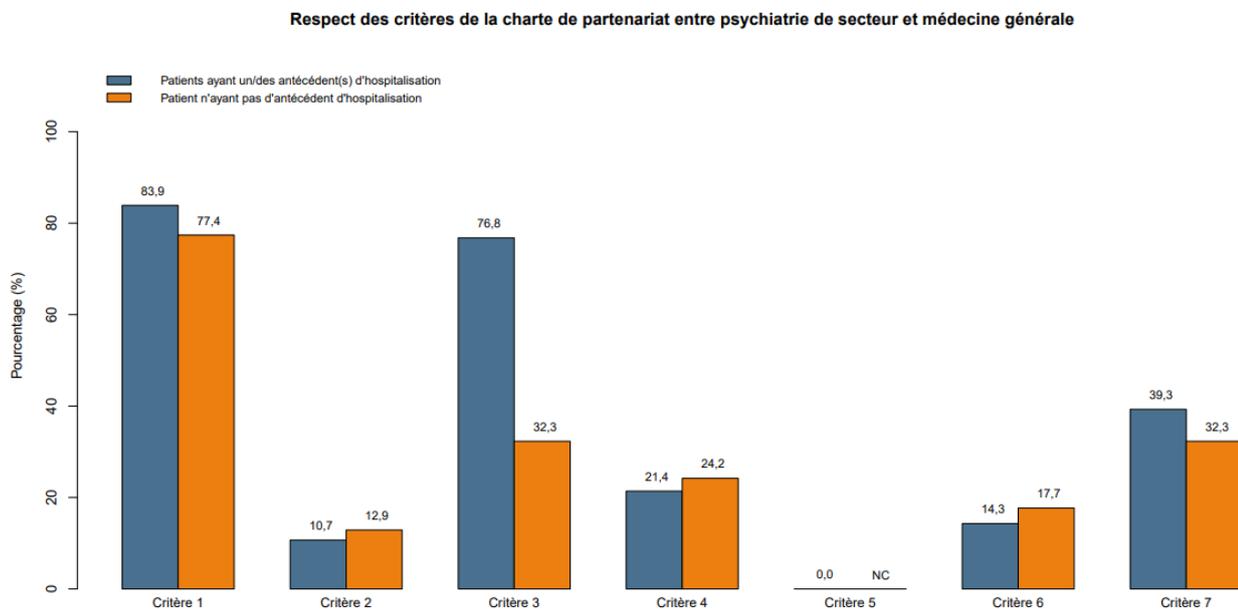
Le second indicateur permettant de mieux évaluer cette coordination est la présence des modalités du suivi spécialisé dans les échanges de courriers entre le secteur et le médecin généraliste. En reprenant les dernières modalités sur les courriers ambulatoires ou les courriers de sortie d'hospitalisation, nous pouvons mieux appréhender le niveau de cette coordination. Je rappelle que dans les 55 courriers de sortie d'hospitalisation traités lors de la recherche, 72,7% d'entre eux informaient le médecin traitant des modalités de sortie et de suivi au retour à domicile du patient. Dans les courriers ambulatoires, la présence des modalités du suivi spécialisé est de 29,7%.

De ce fait, le critère 7 est validé pour 22 patients du groupe patients avec antécédents d'hospitalisation, soit 39,3% ; et pour 20 patients du groupe sans antécédent d'hospitalisation, soit 32,3% de ce groupe. Sur l'ensemble de la population cible, nous atteignons une validation du critère pour 35,6% des patients.

k) Respect de la Charte de partenariat médecine de ville et secteur de psychiatrie

Par conséquent, le score moyen du respect des 7 critères de la Charte pour les patients du groupe avec antécédent d'hospitalisation est de 2,5 critères sur 7. Le score moyen de respect de l'ensemble des critères de la Charte pour le groupe patients sans antécédent d'hospitalisation est de 2 critères sur 6.

Ci-dessous, afin de mieux illustrer les résultats de respect des critères de la Charte, un graphique récapitulatif des taux de validation de chaque critère (en pourcentage), pour les 2 groupes de la population cible (patients avec antécédents d'hospitalisation et patients sans antécédents d'hospitalisation).



1) Question de la référence infirmière

Au sujet de l'impact de la référence infirmière, il y a en moyenne 2,5 critères de l'ensemble de la charte respectés lorsqu'il y a la présence d'un infirmier référent, et 2 critères respectés sur l'ensemble de la Charte lorsqu'il n'y a pas de référence infirmière. Les valeurs sont malgré tout que trop peu significatives et ne permettent pas d'affirmer ou d'infirmer l'hypothèse d'un meilleur respect de l'ensemble de la Charte de partenariat, et donc d'une meilleure collaboration entre la médecine de ville et le secteur de psychiatrie lorsqu'il y a une référence infirmière.

V. Discussion

a) Réponse à la question de recherche

Ma question de recherche était « A quelle mesure les critères de la charte de partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur sont-ils atteints lors des prises en soins des patients consultant en ambulatoire sur le secteur de psychiatrie du 59G11 ? ». Selon les résultats présentés précédemment, nous pouvons répondre que la charte est respectée à hauteur

d'environ un tiers sur l'ensemble des critères. Certains critères sont d'ailleurs mieux atteints que d'autres, comme c'est le cas pour le premier critère de cette Charte.

Cet état des lieux démontre le niveau actuel de collaboration avec les médecins généralistes que nous avons sur le secteur, qui est donc encore trop peu développé. Cela nous permet également de mettre en évidence le travail qui reste à fournir pour améliorer cette collaboration.

De plus, les résultats précis des 7 critères distincts, permettent de mieux se rendre compte des pratiques et des actions à modifier et améliorer. C'est, par exemple, le cas du critère 5 pour lequel j'avais émis l'hypothèse selon laquelle « Le taux de validation du critère 5 de la Charte sera peu élevé, principalement en raison de la non-information systématisée du médecin généraliste à l'occasion d'une hospitalisation d'un patient » qui s'est validée, et où notre axe d'amélioration peut porter sur une procédure systématisée d'information au médecin généraliste lors d'une hospitalisation, ou également sur un meilleur enregistrement des actes téléphoniques auprès des médecins traitants.

Mon hypothèse d'une faible validation du critère 4 s'est également confirmée, et nous expose aussi un autre point à améliorer, en particulier la communication avec les médecins généralistes pour le partage, dès l'adressage et régulièrement au cours du suivi spécialisé, des données du patient nécessaires à son parcours de soins et de santé. Nous allons donc nous pencher maintenant sur les différents axes d'amélioration ou actions correctives qui peuvent être proposés afin de développer la collaboration entre la médecine de ville et le secteur de psychiatrie.

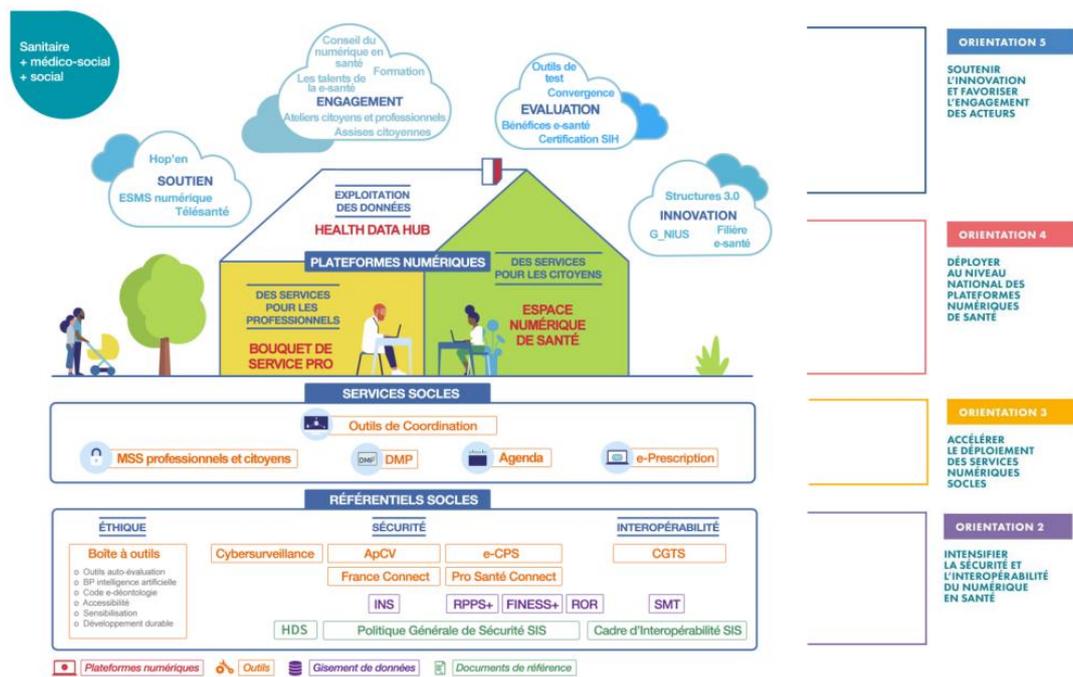
b) Axes d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle

Au regard des résultats de cette recherche, nous avons affirmé que la coordination, et en particulier, la communication mise en place actuellement dans le partenariat entre les médecins traitants et les psychiatres n'est pas optimale. Ce constat est également confirmé par quelques-uns des médecins généralistes avec qui nous avons eu l'occasion d'échanger. Certains des médecins traitants, de manière informelle lors du recueil de données, se sont désolés d'un manque de communication avec le secteur de psychiatrie. Chez certains, une volonté d'une communication plus régulière est très forte. L'un des médecins généralistes, nous a également exprimé son souhait d'échanger à l'avenir via la plateforme Prédice.

En effet, depuis quelques temps, de nouveaux outils aidant à la coordination des soins ont vu le jour. C'est le cas de Mon espace santé dans le cadre de Ma santé 2022, ou encore du programme Prédice dans les Hauts de France.

Ci-dessous se trouve le schéma récapitulatif de la feuille de route du numérique en santé 2019-2022 faisant partie de la stratégie Ma santé 2022.

Feuille de route du numérique en santé 2019-2022



Ma santé 2022²⁶ est la stratégie de la politique de santé annoncée en 2018 afin de répondre aux défis du système de santé actuel comme les inégalités d'accès aux soins, un engouement des professionnels autour de la collaboration interprofessionnelle, ou encore une volonté d'améliorer la qualité et la pertinence des soins. Cette stratégie comporte 5 grandes orientations comme le déploiement au niveau national des plateformes numériques de santé, intensifier la sécurité et l'interopérabilité du numérique, ou encore accélérer le déploiement des services numériques socles ; 30 actions pour y parvenir comme l'action 11 « la Messagerie Sécurisée de Santé (MMSanté) », l'action 12 « Dossier Médical Partagé (DMP) » ou encore l'action 14 « e-Préscription ».

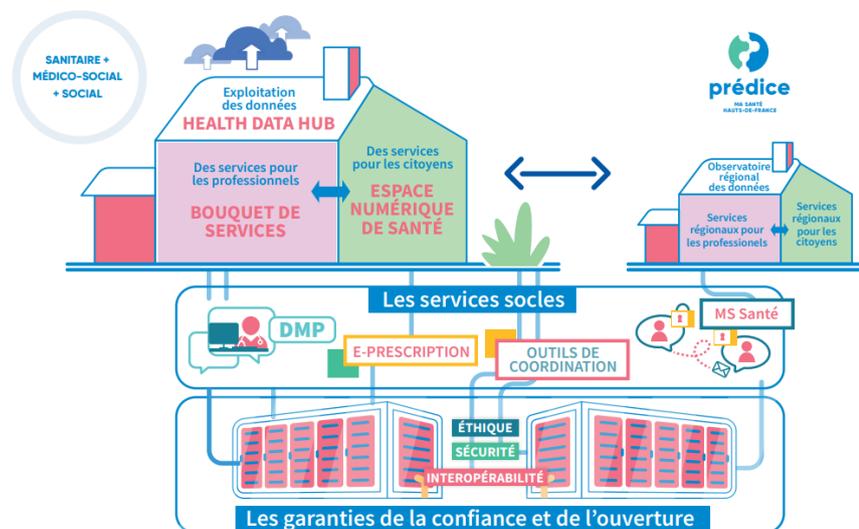
²⁶ Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route du numérique en santé. 2020

La plateforme Mon espace santé est un service public numérique permettant de stocker et gérer ses données de santé, et qu'elles puissent être partagées aux professionnels de santé au cours de notre parcours de santé. Cette plateforme met en place différents outils à la coordination comme le Dossier Médical Partagé.

Ce DMP est alimenté par l'assurance maladie sur les deux dernières années grâce aux données de consommation de soins, par les médecins généralistes contre une rémunération dans les volets des synthèses médicales. Il doit également être enrichi par les établissements avec les comptes-rendus d'hospitalisation, et peut aussi être alimenté par le patient lui-même.

Le système de messageries sécurisées MSSanté, est aussi un outil pouvant améliorer la coordination. Ce service est primordial pour sécuriser les échanges de données de santé entre professionnels, pour gagner du temps, et gagner en facilité grâce à l'interopérabilité des opérateurs de messagerie dans ce système. MSSanté peut être utile pour les échanges entre professionnels, mais peut également servir à échanger directement avec le patient. L'un des objectifs premiers de ce programme est de simplifier et améliorer la coordination interprofessionnelle, en favorisant une approche décloisonnée grâce au déploiement des référentiels socles et l'utilisation des services sécurisés de partage et d'échange.

Le programme Prédice²⁷ introduit dans les Hauts de France a trois grands objectifs la coordination, la mise en relation et la télémédecine. Il se veut complémentaire au DMP, en utilisant ses données et le complétant de synthèses, avec un enrichissement par les établissements et les professionnels directement sur le DMP. Il cherche aussi à favoriser l'accès à l'e-santé des territoires isolés



²⁷ ARS, Prédice ma santé hauts-de-France. Partager et échanger l'information pour mieux se coordonner et faciliter l'accès au système de santé 2019

Prédice possède un service de messagerie instantanée qui ne demande pas aux professionnels d'être rattachés sur un dossier de coordination pour pouvoir échanger ensemble. Un échange entre professionnels est également possible en visioconférence sur Prédice. La plateforme permet de donner des avis à distance par un formulaire générique ou spécifique, dans un échange synchrone ou asynchrone selon les besoins des professionnels. Cette communication professionnelle peut se faire entre professionnels en médecine libérale, en établissement sanitaire public ou privé, ou en structure médico-sociale. Il pourrait être un moyen de communication à privilégier avec les médecins généralistes. Il s'agirait d'une solution très rapide et facilement accessible pour eux, tout en ayant un impact très limité sur leur charge de travail. De même, pour les psychiatres qui ont aussi un temps limité lié à leur forte charge de travail, c'est un outil de communication qui pourrait être plus simple et plus efficace pour communiquer de manière beaucoup plus régulière qu'une rédaction des courriers médicaux.

Le dossier de coordination de cette plateforme permet à ces professionnels de consulter, échanger, et partager du contenu concernant un patient qui a donné préalablement son consentement à Prédice.

Prédice met aussi en place des e-parcours permettant une certaine systématisation des parcours, qui seront adaptés à chaque patient. Cela permettrait une mise en relation plus facile avec les autres acteurs nécessaires au parcours de soins, et une meilleure coordination et continuité des soins. L'un des e-parcours en conception est celui du « Suivi du traitement LEPONEX » qui a pour objectifs d'informatiser le carnet de surveillance du traitement et d'enregistrer le suivi dans le dossier de coordination du patient, de simplifier la surveillance du dosage du traitement lors d'un retour à domicile, d'avoir des représentations graphiques de l'évolution du dosage thérapeutique ou encore d'envoyer une notification au patient (mail et SMS) après les 18 premières semaines de surveillance.

Il est primordial d'accompagner le déploiement et de développer l'usage de ces outils avec les différents acteurs de santé intervenant dans les parcours patients et, en particulier dans les pratiques professionnelles du secteur de psychiatrie. Ces outils vont avoir un réel impact sur la communication qui est l'un des axes d'amélioration à privilégier dans la collaboration avec les médecins traitant au regard des résultats de la recherche et de la littérature comme dans

l'article « Etats des lieux. Recherche action nationale « Place de de la santé mentale en médecine générale » de 2014²⁸.

Au niveau d'autres axes d'amélioration des pratiques professionnelles, une des premières actions qui peut être réfléchi est une protocolisation systématique de l'information du médecin généraliste traitant à l'entrée en hospitalisation de son patient.

Une autre action à mener serait la redéfinition des rôles et des missions de chacun des intervenants dans le parcours de soins du patient afin que le travail en équipe soit réalisé de manière plus structurée et plus sécuritaire pour les soins au patient comme l'énonce la littérature (recommandations HAS, attributs des concepts de collaboration et travail en équipe). En effet, au regard des échanges informels avec l'un des médecins généralistes, nous avons mis en exergue une prise en charge de patient non adéquate, et, certainement liée à un manque de définition claire des rôles médicaux. Les modalités du suivi psychiatrique et somatique doivent être connues de tous les acteurs.

Ensuite, un autre axe d'amélioration prend place dans la formation. L'article de 2014 sur la « Place de la santé mentale en médecine générale » insiste sur la nécessité à améliorer la formation des médecins généralistes à la santé mentale, mais surtout de les former au travail en réseau et au fonctionnement du secteur de psychiatrie.

Au regard de ces axes d'amélioration à mettre en place, dont certains par le biais du développement de l'utilisation des outils numériques, les Infirmières en Pratique Avancée en Psychiatrie et Santé Mentale ont un véritable rôle à jouer. En effet, les IPA ont des missions portant sur l'amélioration des pratiques professionnelles et l'accompagnement des équipes. Selon l'article R.4301-7 du code de la Santé Publique²⁹ « Au sein de l'équipe, l'infirmier exerçant en pratique avancée contribue à l'analyse et à l'évaluation des pratiques professionnelles infirmières et à leur amélioration ainsi qu'à la diffusion de données probantes et à leur appropriation. ».

²⁸ Milleret, G. Benradia, I. Guicherd, W. Roelandt, J-L. Etats des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *L'information psychiatrique*. 2014

²⁹ Légifrance, Articles R4301-1 à R4301-8-1 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée 2019

De cet article découle la compétence 5 du référentiel de compétences³⁰ et concerne la mise en place et la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles, avec des missions telle que « Conduire des actions contribuant à la démarche qualité en structure de soins comme en ambulatoire » et « Evaluer les écarts de pratiques au regard des recommandations disponibles et proposer des actions correctives ». Nous avons mis en avant la problématique de cette collaboration interprofessionnelle au travers des résultats de l'étude, qui est à développer afin d'améliorer la qualité et la sécurité des parcours de soins des patients. Cette évolution des pratiques professionnelles peut donc être travaillée et accompagnée par l'IPA du secteur de psychiatrie.

C'est dans cette optique que l'IPA peut être l'un des acteurs prédominants pour proposer des actions ou des protocoles au sein du CMP modifiant les pratiques professionnelles habituelles pour mieux répondre à la Charte de partenariat en ayant pour but de rendre la collaboration interprofessionnelle plus efficiente, plus régulière et plus ancrée dans les pratiques.

En plus de ce rôle sur l'amélioration des pratiques professionnelles, les IPA ont un poids déterminant dans le parcours de soins des patients, et donc tout un rôle à jouer dans la collaboration interprofessionnelle. En effet, dans l'article R.4301-1 du code de la santé publique « dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale, l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourants à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premiers recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux. ». Cet article pose le rôle important de l'IPA dans la collaboration interprofessionnelle. Ce rôle est également mis en avant dans le référentiel de compétences des IPA, dans la compétence 4 « Organiser les parcours de soins et de santé des patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés » dans les missions telles que :

- « coordonner le traitement des informations et la transmission des données collectées auprès des différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins »

³⁰ Légifrance, Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

- « organiser et animer des réunions de concertation en collaboration avec les différents professionnels du sanitaire, du médico-social et du social ainsi que les autres intervenants du parcours de soins du patient »
- « organiser un parcours de soins et de santé en collaboration avec le médecin traitant ou le médecin spécialiste de recours à partir des besoins de santé et des caractéristiques du patient et des objectifs définis avec lui et son entourage »
- « organiser un parcours de soins et de santé adapté au patient polypathologique ou vulnérable avec une approche globale et interprofessionnelle »

Ces infirmiers en pratique avancée pourront donc communiquer de manière privilégiée avec le médecin généraliste autour d'un parcours de soins de patient, afin de partager des informations nécessaires à la prise en charge, et selon les besoins des médecins généralistes, jouer un rôle d'orientation ou de conseils grâce à leur expertise. De plus, l'article de 2014 de la revue l'Information Psychiatrique évoquait déjà la possibilité d'un transfert des missions vers les infirmiers, qui évolueraient en infirmiers cliniciens, et qui était une idée accueillie de manière positive par les médecins généralistes. Les infirmiers en pratique avancée sont ces infirmiers cliniciens à qui on a transféré certaines missions, donc l'amélioration de la collaboration médecine de ville et secteur de psychiatrie en passant par l'IPA pourrait être tout à fait admise par les praticiens.

c) Limites de l'étude

L'une des premières limites de mon étude est une probable sous-estimation des échanges entre les médecins généralistes et les psychiatres. En effet, dans mon recueil de données, afin d'avoir des données harmonisées, je me suis basée sur les documents partagés par les psychiatres (comme les courriers de liaison) et sur des actes validés (comme les consultations réalisées pour la fréquence des consultations psychiatriques). Cependant, les appels téléphoniques au médecin que peuvent passer les psychiatres, ne sont pas enregistrés sous des actes dans le logiciel des dossiers patients. Pour appréhender le nombre d'appels passés, il aurait fallu lire toutes les observations médicales pour chacun des patients afin de comptabiliser le nombre d'appels réalisés. De plus, les psychiatres du secteur n'indiquent pas toujours dans leurs observations médicales s'il y a eu un contact avec le médecin traitant.

Cette donnée sur les appels téléphoniques, bien que très intéressante pour l'évaluation de la communication entre professionnels, n'était donc pas disponible pour une étude objective mais doit être prise en considération dans nos résultats.

Le critère 6 de la charte de partenariat entre médecine de ville et secteur de psychiatrie n'a pas pu être vérifié totalement. En effet, la seconde partie du point 6 énonce « le médecin généraliste traitant intervient notamment en cas de mesure d'hospitalisation sans consentement ». Sur 118 patients, seulement 56 avaient des antécédents d'hospitalisation, la part des patients hospitalisés sans consentement devenait vite faible. En effet, en 2010 on comptait 29% des patients hospitalisés sans leur consentement³¹, et selon l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) sur 419 000 patients hospitalisés en psychiatrie en 2019, 81 000 étaient hospitalisés sans leur consentement, soit environ 19%³². Comme je ne prenais en considération dans mon recueil de données que l'hospitalisation la plus récente et non tous les antécédents d'hospitalisations des patients, nous aurions eu un échantillon trop limité. Donc, sur l'état des lieux réalisé, nous n'avons pas de données disponibles sur l'implication réelle du médecin généraliste lors d'une hospitalisation sans consentement du patient dans les pratiques professionnelles du 59G11. Cependant, l'article « Place de la santé mentale en médecine générale » constate grâce à l'enquête réalisée, que 70% des médecins généralistes ayant répondu à cette dernière, déclaraient être rarement sollicités dans le cadre d'une mesure de soins sous contrainte pour donner un avis médical.

Une autre limite de cette recherche qui est à mettre en avant, est le taux assez faible de participation des médecins généralistes, et donc des données de médecine générale recueillies. Nous avons eu des réponses pour 36 patients sur les 118 soit un peu plus de 30%, ce qui n'est pas très élevé. Même si les résultats de cet état des lieux nous donnent une bonne idée générale du niveau de la collaboration entre la médecine de ville et le secteur de psychiatrie, les retours manquants des praticiens de ville sont à prendre en considération pour certains résultats. En effet, nous pouvons émettre plusieurs hypothèses au regard des résultats avec ces 30% de réponses comme les possibles erreurs de prescription liées à des doubles prescriptions réalisées par les psychiatres et les médecins généralistes. Je rappelle que sur ce groupe limité des 36 patients pour lesquels nous avons obtenu des réponses de médecins traitants, 65,2% d'entre eux démontré des risques d'erreurs de prescription à type de double prescription. Nous pouvons

³¹ Joubert, F. Hechinger, M. Chevallier, V. Marescaux, C. Hospitalisations sans consentement en psychiatrie : analyse comparative chez les personnes résidant ou non en zones urbaines sensibles. *Santé Publique*. 2016

³² ATIH, 2020. Psychiatrie Chiffres Clés

donc éventuellement estimer que sur l'ensemble de la population une part plus ou moins importante d'erreurs de prescription sont réalisées. Une surestimation de ces erreurs de prescription pourrait également être envisageable.

Enfin, nous pouvons considérer un biais de sélection chez les médecins généralistes. Leur participation basée sur le volontariat et le nombre limité de réponses reçues, nous laissent imaginer que les praticiens ayant répondu sont des professionnels sensibles à une collaboration efficiente, et à son amélioration. Etant volontaires pour la participation à mon étude sur la collaboration interprofessionnelle, nous pouvons supposer que ce sont des professionnels ayant une volonté de mieux communiquer avec le secteur de psychiatrie, et qu'ils sont fortement convaincus que la collaboration passe par une bonne coordination et communication entre les acteurs, et qu'elle est nécessaire pour assurer une qualité et une continuité dans le parcours de soins et de santé des patients.

Conclusion

Ce travail de recherche met en exergue la nécessité, toujours d'actualité, de continuer à développer la collaboration entre la médecine de ville et le secteur de psychiatrie. Nous avons vu les nombreux points qu'il reste encore à améliorer, et cela peut se réaliser grâce aux différents acteurs, en particulier, les infirmiers en Pratique Avancée.

L'engagement de ces nouveaux professionnels dans le contexte de démographie médicale actuelle, est un réel avantage pour une amélioration de la qualité des parcours de soins et de santé des patients.

Au vu de l'implantation encore très récente des premiers IPA, les rôles et les missions concrètes de ces nouveaux acteurs sont encore en plein développement. C'est bien à nous, futurs IPA de mettre en valeur notre métier, de porter à la connaissance des divers acteurs nos objectifs, de faire évoluer les pratiques professionnelles et de contribuer à l'amélioration des prises en soins de nos patients.

Enfin, la réalisation de cette recherche va également permettre de faire évoluer les pratiques professionnelles sur mon secteur de travail, le 59G12, qui fait partie du même EPSM et qui fait face à des problématiques assez similaires concernant la collaboration interprofessionnelle avec la médecine de ville.

Bibliographie

Organisation Mondiale de la Santé (2001). Rapport sur la Santé dans le Monde 2001. *La santé mentale : Nouvelles conceptions, nouveaux espoirs*. OMS, En ligne.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42391/WHO_2001_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Haute Autorité de Santé (06/2018 mis à jour 10/2020). Programme pluriannuel- Psychiatrie et santé mentale 2018-2023. HAS, En ligne.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/programme_pluriannuel_-_psychiatrie_et_sante_mentale_2018-2023_mise_a_jour.pdf

Gallais, JL. Alby, ML. (2002). Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. 37-956-A-20. Elsevier, En ligne.

http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/735/fichier_psychiatrie_souffrance_psychique_et_medecine_generale2c092.pdf

Haute Autorité de Santé (09/2018). Guide : Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. HAS, En ligne.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf

World family doctors. Caring for people, WONCA Europe (2002). La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. Dumg.univ-paris13, En ligne.

https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf

Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés et Collège de la Médecine générale. (2014). Charte de partenariat Médecine générale & Psychiatrie de secteur. En ligne. <https://cme-psy.fr/charte-de-partenariat-medecine-generale-et-psychiatrie-de-secteur/>

Ministère des Solidarités et de la Santé (2018). Feuille de route Santé mentale et psychiatrie. Comité stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf

Barnay T, Hartmann, L. Ulmann, P. (2007). Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine en ville en France. Researchgate, En ligne.

https://www.researchgate.net/publication/260267044_La_medecine_de_ville_verse_nouvelles_regles

Fovet T. Amad A. Geoffroy P-A. Messaadi N. et Thomas P. (2014). Etat actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France.

L'Information Psychiatrique. 90. 319-322. Cairn, En ligne. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-5-page-319.htm>

Younes, N. Gasquet, I. Gaudebout, P. Chaillet, MP. Kovess, V. Falissard, B. Hardy Bayle, MC. (2005). General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. PubMed, En ligne.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15865624/>

Kovess, V. Alonso, J. Brugha, TS. Angermeyer, MC. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six european countries. PubMed, En ligne.

https://www.researchgate.net/publication/6518162_Differences_in_Lifetime_Use_of_Services_for_Mental_Health_Problems_in_Six_European_Countries

Milleret, G. Benradia, I. Guicherd, W. Roelandt, J-L. (2014). Etats des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *L'information psychiatrique*. 90, 311-317. Cairn, En ligne.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-5-page-311.htm>

La langue française (2022). Collaboration. Dictionnaire la langue française, En ligne.

<https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/collaboration#1>

Lapierre, A. Gauvin-Lepage, J. Lefebvre, L. (2017). La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé aux urgences : une revue de la littérature. *Recherche en soins infirmiers*. 129, 73-88. Cairn, En ligne.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2017-2-page-73.htm>

Aiguier, G. (2020). Chapitre 42. Travailler en équipe dans une perspective de collaboration interprofessionnelle. *Manuel de soins palliatifs*. 910-918. Cairn, En ligne.

<https://www.cairn.info/manuel-de-soins-palliatifs--9782100810482-page-910.htm>

Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en Soins Infirmiers*. 117. 33-49. Cairn, En ligne.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-2-page-33.htm>

Louis-Simonet, M. (2017). Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier : un véritable défi. *Revue médicale Suisse*, En ligne.

<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-579/collaboration-interprofessionnelle-et-pratique-collaborative-en-milieu-hospitalier-un-veritable-defi>

Gagnon, J. (2012). Empowerment. *Les concepts en sciences infirmières*. 172-175. Cairn, En ligne.

<https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-172.htm>

Manser T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare : a review of the literature. PubMed, En ligne.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

World health Organization (2010). Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. WHO, En ligne.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?sequence=1

Formarier, M. (2012). Interdisciplinarité. *Les concepts en sciences infirmières*. 210-211. Cairn, En ligne. <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-210.htm>

Formarier, M. (2012). Equipe, travail en équipe. *Les concepts en sciences infirmières*. 180-182. Cairn, En ligne. <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-180.htm>

Haute Autorité de Santé (2017). Commission de la Transparence – Avis – Clozapine. HAS, En ligne. https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15021_LEPONEX_PIS_RI_Avis2_CT15021.pdf

Haute Autorité de Santé (2021). Indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » Psychiatrie et santé mentale – périmètre « hospitalisation à temps plein » https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/psy_2020_hospit_fiche_descriptive_qls_vf.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé (2020). Feuille de route du numérique en santé. https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/FDR-Num-en-Sante-2020-V15.pdf

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France (2019). Prédice ma santé hauts-de-France. Partager et échanger l'information pour mieux se coordonner et faciliter l'accès au système de santé <https://www.predice.fr/portail-pro/media-files/65/brochure-predice-vf-juillet-2019.pdf>

Ministère des Solidarités et de la Santé (2019). Articles R4301-1 à R4301-8-1 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000038549827/

Ministère des Solidarités et de la Santé (2018). Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037218463/>

Joubert, F. Hechinger, M. Chevallier, V. Marescaux, C. (2016). Hospitalisations sans consentement en psychiatrie : analyse comparative chez les personnes résidant ou non en zones urbaines sensibles. *Santé Publique*. 28, 61-69. Cairn, En ligne. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-1-page-61.htm?contenu=bibliographie>

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2020). Psychiatrie Chiffres Clés. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psy_2019.pdf

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



Annexe II : Table de codage des indicateurs recherchés

ID patient	Identification patient
atcd_hospit_psy	Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie sur EPSMal
dp	Diagnostic Principal
freq_psy	Fréquence des rdv avec le psychiatre (< 1 mois : très fréquent ; >1 mois à < 2 mois : fréquent ; >= 2 mois à <= 3 mois : régulier; > 3 mois : occasionnel ; 2 rdv non exc ou >6 mois : irrégulier; 1er RDV ; Reprise de suivi)
ide_ref	Le patient a-t-il un.e IDE référent?
freq_cs_ide_ref	Fréquence des rdv avec l'IDE réf (< ou = 1/semaine = très fréquent; >1/ < ou =2 semaine = fréquent; entre 2 semaines et 2 mois : rég; > 2 mois <= 3 mois : occasionnel; >3 mois ou 2 rdv non exc = irrégulier)
mg_connu_cmp	Un médecin généraliste est-il identifié dans le dossier du CMP?
conc_id_mg	Concordance entre le mg déclaré et le mg connu au CMP (selon retours pharmacies/MG) ?
crit_1	Validation du critère 1 de la charte (si MG connu du CMP et concordant aux retours des MG)
contact_mg	Le médecin généraliste traitant a-t-il été contacté?
rep_mg	Le médecin généraliste a-t-il répondu à nos demandes ?
ren_pm_ttt	Renouvellement prescription thérapeutique (traitement.s "psy") par le MG
pm_surv_para	Prescription de surveillance paraclinique des effets indésirables liés au.x traitement.s par le MG
liaison_prop_pm	Le CMP a-t-il envoyé un courrier avec une proposition thérapeutique au MG
ordo_psy	Ordonnance réalisée par le psychiatre lors de la dernière consultation
crit_2	Validation du critère 2 de la Charte (selon les prescriptions principalement réalisées par le MG, et les propositions thérapeutiques émanant du CMP)
num_contact_psy	Numéro direct du psychiatre sur le courrier (prise en compte du numéro des secrétariats + noms des psychiatres)
crit_3	Validation du critère 3 de la Charte si présence du numéro
liaison_1ère	Courrier de liaison émanant du CMP après la première demande (Début de suivi antérieur à 2020 ne sont pas considérer_NA)
liaison_ambu	Courrier de liaison émanant du CMP au cours de la prise en charge ambulatoire du patient sur les 2 dernières années
mod_suivi_ambu	Modalités du suivi ambulatoire explicités dans le.s courrier.s ambulatoire.s
nbr_cour_CMP/MG	Nombre de courriers échangés sur 2ans du CMP vers le MG
freq_cour	Fréquence des échanges de courriers entre CMP et MG sur 1an
crit_4	Validation du critère 4 de la Charte
nbr_cour_MG/CMP	Nombre de courriers échangés émanant du MG vers le CMP
crit_6	Validation du critère 6 de la charte (prise en compte du nombre et de la fréquence des courriers échangés entre CMP/MG-MG/CMP)
liaison_deb_hospit	Courrier de liaison en début d'hospitalisation au MG
liaison_srt_hospit	Courrier de liaison en sortie d'hospitalisation au MG
crit_cour_1	Respect du critère 1 de recommandations HAS sur courrier de liaison. Critère identification présentant explicitement l'identification du patient, du médecin généraliste/adresseur, du médecin responsable de la prise en charge durant l'hospitalisation, les dates d'entrée et de sortie, et les modalités d'entrée
crit_cour_2	Respect du critère 2 de recommandations HAS sur courrier de liaison. Présence explicite du motif d'hospitalisation
crit_cour_3	Respect du critère 3 de recommandations HAS sur courrier de liaison. Présence de la synthèse médicale : Evénements importants durant l'hospitalisation, événements indésirables, évolution succincte au cours de l'hospitalisation, ...
crit_cour_4	Respect du critère 4 de recommandations HAS sur courrier de liaison. Présence explicite du traitement de sortie
crit_cour_5	Respect du critère 5 de recommandations HAS sur courrier de liaison. Présence des résultats d'examens ou attente des résultats ou d'informations complémentaires selon les cas
crit_cour_6	Respect du critère 6 de recommandations HAS sur courrier de liaison. Présence explicites des modalités de sortie : actes prévus ou à programmer, recommandations et surveillances particulières, conduite à tenir, orientation
respect_crit_info_sortie	Respect des critères de liaison selon les recommandations HAS lors d'une sortie d'hospitalisation
crit_5	Validation du critère 5 de la Charte
pm_interv_dom	Prescription médicale d'interventions sanitaires et sociales au domicile par le MG si nécessaire
crit_7	Validation du critère 7 de la Charte (prise en compte des prescriptions d'interventions par le MG, et des modalités de suivi explicités dans les courriers émanant du CMP ou des hospitalisations si hospitalisations récentes [<6mois])
score_7_crit	Score de validation des 7 critères (de 0 à 7)

Annexe III : Résultats par indicateurs

Analyses univariées		
	N	118
Données sociodémographiques		
Sexe, n (%)		
	Homme	46 (39.0)
	Femme	72 (61.0)
Age, moy (sd)		
Médiane : 39.5 ; Min : 18 ; Max : 77		
40.5 (15.5)		
Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, n (%)		
	Oui	56 (47.5)
	Non	62 (52.5)
Prise en charge au CMP		
Diagnostic principal, n (%)		
	F2 Schizophrénie	21 (17.8)
	F3 Troubles de l'humeur	16 (13.6)
	F4 Troubles névrotiques	18 (15.3)
	F6 Troubles de la personnalité	10 (8.5)
	F7 Retard mental	1 (0.8)
	F84 Troubles envahissants du développement	2 (1.7)
	R44 Hallucinations	2 (1.7)
	R45 Symptômes liés à l'humeur	18 (15.3)
	R46 Symptômes liés à l'apparence et au comportement	2 (1.7)
	Z55_Z65 Conditions socioéconomiques et psychosociales menaçant la santé du sujet	6 (5.1)
	Autres	6 (5.1)
	NA	16 (13.6)
Fréquence des rendez-vous avec le psychiatre, n (%)		
	1er rendez-vous	8 (6.8)
	Très fréquent	20 (16.9)
	Fréquent	29 (24.6)
	Régulier	33 (28.0)
	Irrégulier	17 (14.4)
	Occasionnel	6 (5.1)
	Reprise du suivi	5 (4.2)
IDE référent(e), n (%)		
	Oui	51 (43.2)
	Non	63 (53.4)
	Début de suivi	4 (3.4)
Fréquence des rendez-vous avec l'IDE référent(e), n (%)		
<i>Pour les 51 patients ayant un(e) IDE référent(e)</i>		
	Très fréquent	2 (3.9)
	Fréquent	5 (9.8)
	Régulier	33 (64.7)
	Irrégulier	10 (19.6)
	Occasionnel	1 (2.0)
Echanges entre CMP et Médecin généraliste		
Médecin généraliste identifié dans le dossier du CMP, n (%)		
	Oui	97 (82.2)
	Non	21 (17.8)
Concordance entre médecin généraliste déclaré et celui connu du CMP, n (%)		
<i>Pour les 97 patients pour lesquels un médecin généraliste est connu du CMP</i>		
	Oui	46 (47.4)
	Non	2 (2.1)
	NA	49 (50.5)
Le médecin traitant a été contacté, n (%)		
	Oui	85 (72.0)
	Non	9 (7.6)
	NA	24 (20.3)
Le médecin traitant a répondu à nos demandes, n (%)		
<i>Pour les 85 patients pour lesquels le médecin traitant a été contacté</i>		
	Oui	36 (42.4)
	Non	41 (48.2)
	Refus	8 (9.4)
Renouvellement des prescriptions psy par le médecin traitant, n (%)		
<i>Pour les 36 patients pour lesquels le médecin traitant a répondu aux demandes</i>		
	Oui	23 (63.9)
	Non avec accord psy	1 (2,7)

	Non	11 (30.6)
	Non concerné (pas de prescription)	1 (2.8)
Prescription de surveillance paraclinique des EI des traitements psy par le médecin traitant, n (%)		
<i>Pour les 36 patients pour lesquels le médecin traitant à répondu aux demandes</i>		
	Oui	16 (44.4)
	Non	10 (27.8)
	Non concerné (pas de prescription)	1 (2.8)
	NA	9 (25.0)
Envoi par le CMP d'un courrier au médecin traitant avec proposition thérapeutique, n (%)		
	Oui	26 (22.0)
	Non	81 (68.6)
	NA	11 (9.3)
Ordonnance réalisé par le psychiatre lors de la dernière consultation, n (%)		
	Oui	90 (76.3)
	Non	15 (12.7)
	NA	13 (11)
Nombre de renouvellement par les MG et les psychiatres, n (%)		
<i>Pour les 23 patients pour lesquels le médecin traitant renouvelle le traitement</i>		
Renouvellement des prescriptions psy par le médecin traitant et renouvellement par le psychiatre		15 (65,2)
Renouvellement des prescriptions psy par le médecin traitant et pas d'ordonnance réalisée par le psychiatre lors de la consultation		8 (34,8)
Numéro direct du psychiatre sur le courrier (ou coordonnées CMP), n (%)		
	Oui	63 (53.4)
	Non	55 (46.6)
Courrier de liaison émanant du CMP après la première demande, n (%)		
	Oui	12 (10.2)
	Non	56 (47.5)
	NA	50 (42.4)
Courrier de liaison émanant du CMP au cours de la PEC ambu, n (%)		
<i>Sur les deux dernières années</i>		
	Oui	31 (26.3)
	Non	79 (66.9)
	NA	8 (6.8)
Modalités de suivi ambulatoire explicités dans le courrier, n (%)		
	Oui	35 (29.7)
	Non	83 (70.3)
Nombre de courriers échangés du CMP vers le MG sur 2 ans, moy (sd)		
Médiane : 0 ; Min : 0 ; Max : 4		0.5 (0.8)
Fréquence des échanges de courriers entre CMP et MG sur 1 an, moy (sd)		
Médiane : 0 ; Min : 0 ; Max : 4		0.3 (0.6)
Nombre de courriers échangés du MG vers le CMP sur 2 ans, moy (sd)		
Médiane : 0 ; Min : 0 ; Max : 1		0.1 (0.3)
Lettre de liaison au MG en début d'hospitalisation, n (%)		
<i>Pour les 56 patients ayant des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie</i>		
	Oui	0 (0.0)
	Non	55 (98.2)
	NA	1 (1.8)
Lettre de liaison au MG en sortie d'hospitalisation, n (%)		
<i>Pour les 56 patients ayant des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie</i>		
	Oui	55 (98.2)
	Non	0 (0.0)
	NA	1 (1.8)
Respect des critères HAS de la lettre de liaison, n (%)		
<i>Pour les 55 patients pour lesquels la lettre de liaison à la sortie est présente</i>		
Critère 1 : identification patient, séjour et correspondants		47 (85.5)
Critère 2 : présence explicite du motif d'hospitalisation		54 (98.2)
Critère 3 : présence de la synthèse médicale		54 (98.2)
Critère 4 : présence explicite du traitement de sortie		48 (87.3)
Critère 5 : présence des résultats d'examen		33 (60.0)
Critère 6 : présence explicite des modalités de sortie		40 (72.7)
Respect de l'ensemble des critères de la lettre de liaison, n (%)		
<i>Pour les 55 patients pour lesquels la lettre de liaison à la sortie est présente</i>		
	Oui	32 (58.2)
	Non	23 (41.8)
Prescription médicale d'interventions au domicile par le MG si nécessaire, n (%)		
	Oui	1 (0.8)
	Non	26 (22.0)
	Non applicable	91 (77.1)

AUTEUR(E) : Nom : HOYEZ

Prénom : Elanore

Date de soutenance : 6 septembre 2022

Titre du mémoire : La collaboration médecine de ville-psychiatrie : Etat des lieux du partenariat en milieu ambulatoire

Mots-clés libres : Collaboration, Médecin généraliste, Psychiatrie, Charte de partenariat, CMP, Coordination

Résumé :

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), on estime qu'environ 20 à 25% de la population générale présenterait un trouble mental ou du comportement au cours de sa vie, soit environ 450 millions de personnes dans le monde, et les troubles mentaux seraient responsables d'un taux de morbidité de 15% en 2020. Malgré des recommandations internationales et nationales sur l'enjeu d'une collaboration entre la médecine de ville et le secteur de psychiatrie, les études récentes montrent encore de grandes difficultés pour une majorité de praticiens de travailler en coordination. Plusieurs travaux ont été mis en avant afin de développer cette collaboration interprofessionnelle, et ce travail de recherche se base sur l'un d'entre eux, qui est la Charte de partenariat médecine de ville et secteur de psychiatre. Cette recherche consiste à un état des lieux des pratiques professionnelles au regard de cette Charte de partenariat et d'évaluer l'atteinte de l'ensemble des critères de cette dernière dans les prises en soins des patients consultant en ambulatoire sur le secteur de psychiatrie du 59G11. J'ai réalisé un travail de recherche quantitatif exploratoire, rétrospectif, descriptif et monocentrique sur le principe d'un audit de dossiers patients informatisés qui met en évidence un respect de l'ensemble de la charte assez faible, n'ayant qu'en moyenne qu'un tiers des critères validés pour chaque patient. Au regard de ces résultats, j'aborde des axes d'amélioration possible afin de développer cette collaboration entre médecine de ville et secteur de psychiatrie, tel que la mise en place d'outil comme Prédice. J'évoque également la place prépondérante que va pouvoir jouer l'Infirmière en Pratique Avancée dans ses compétences pour améliorer cette collaboration entre les différents acteurs, mais aussi pour mettre en place les actions d'amélioration par ses compétences en évaluation et accompagnement de l'évolution des pratiques professionnelles.

Résumé en anglais : (*Times new roman taille 12*) (5000 caractères maximum, espaces et ponctuation compris, titre et auteur non compris)

According to the WHO (World Health Organization), it is estimated that approximately 20 to 25% of the general population will have a mental or behavioural disorder during their lifetime, i.e. approximately 450 million people worldwide, and mental disorders will be responsible for a morbidity rate of 15% in 2020. Despite international and national recommendations on the importance of collaboration between general practitioners and the psychiatric sector, recent studies still show that it is very difficult for most practitioners to work in coordination. Several essays led the way in order to develop this interprofessional collaboration, and this research work is based on one of them, which is the Charter of partnership between family practice and the psychiatric sector. This research is comprised of an inventory of professional practices with regard to this Partnership Charter and an evaluation on the achievement of all the criteria of the latter in the care of patients consulting outpatients in the psychiatric sector of 59G11. I carried out an exploratory, retrospective, descriptive and monocentric quantitative research study based on the principle of an audit of computerised patient files, which revealed a fairly low level of compliance with the charter as a whole, with only one third of the criteria validated for each patient on average. In the light of these results, I discuss possible areas for improvement in order to foster this collaboration between general practitioners and the psychiatric sector, such as the implementation of tools like Prédice. I will bring up the key role of the Advanced Practice Nurse who will be able to improve this collaboration between the various players, but also in implementing new methods through her skills in evaluating and supporting the evolution of professional practices.

Directeurs de mémoire : Dr BUBROVSZKY Maxime et ACOULON Gwladys