



UNIVERSITÉ DE LILLE
DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
ANNÉE 2021 - 2023

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE
MENTION : PSYCHIATRIE - SANTÉ MENTALE

Coordination entre le secteur psychiatrique et le médecin traitant :
Place de l'infirmier en pratique avancée
mention psychiatrie santé-mentale et représentation du psychiatre

Présenté et soutenu publiquement le 30 juin 2023.
A Lille (département facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par Julien NONNEZ

Membres du jury :

Président du jury : Professeur François PUISIEUX

Directeur de mémoire : Docteur Eric SALOME

Tuteur pédagogique : Madame Hélène DEHAUT

Le 30/06/2023

Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier toutes les personnes qui ont contribué à mon parcours de formation et qui m'ont aidé lors de la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite remercier en premier lieu, mon directeur de mémoire, le Docteur Eric Salomé, pour avoir accepté de m'accompagner sur ce projet. Son aide, sa réflexivité et sa disponibilité ont été essentiels dans ce cheminement.

Je remercie également le Docteur Claire-Lise Charrel, le Docteur Margot Trimbur et le Docteur Joël Charbit de la consultation d'aide méthodologique de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy). Leur pédagogie et leur méthodologie ont été précieuses pour construire cette première expérience de recherche.

J'exprime toute ma reconnaissance envers Monsieur le Professeur Puisieux, Madame Dehaut, Monsieur le Professeur Thomas, Madame Acoulon, Madame Bargibant, Madame De Oliveira, Madame Koslowski, Madame Goddefroy, ainsi que tous les membres de l'équipe pédagogique qui m'ont accompagné, formé et encouragé tout au long de ces deux années.

Je remercie également Monsieur le Professeur Christophe Berkhout et le Docteur Jean-Paul Durand qui ont été des maîtres de stage d'exception, qui ont permis la co-construction de cette nouvelle fonction.

Je tenais à remercier la direction de l'EPSM des Flandres pour son accompagnement durant ces deux années de formation et pour l'autorisation à réaliser cette recherche dans l'établissement. J'exprime ma reconnaissance auprès de l'ensemble des psychiatres participants qui ont partagé leur expérience d'une grande richesse, pendant ces entretiens.

Mes remerciements vont également aux personnes qui se sont rendus disponible pour nos échanges : Clémentine Coz du PTSM, Mme Prigent et Dr Lafont de la HAS, Mr Marque de l'ARS, Mme Gouteau de la CPTS de Dunkerque.

Un remerciement particulier pour Juliette Deschamps, qui m'a aidé pour ce mémoire, mais aussi pendant mon cursus, une marraine pour moi.

Mes amis, qui m'ont fait vivre la collaboration de tous les instants... Sabrina, Rémi, Marion,... et tous les autres collègues de promotion avec qui j'ai partagé ces deux années intenses.

J'exprime toute ma gratitude envers ma famille et mon entourage qui m'ont toujours soutenu et encouragé.

Julie, mes remerciements compte bien plus de pages que compte ce mémoire.

Sommaire

Abréviations.....	IV
1. Introduction générale	1
2. Introduction - Cadre théorique	3
3. Méthodologie	20
4. Résultats.....	22
5. Analyse des résultats.....	24
6. Discussion.....	38
7. Conclusion	49
Références Bibliographiques	VI
Table des figures	XIV
Table des matières.....	XV
Annexes.....	XVII
Couverture / Traduction Anglaise.....	XXV
Couverture.....	XXVI

Abréviations

ARS	Agence régionale de santé
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAS	Caisse centre d'activités sociales
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CLSM	Conseil local de santé mentale
CMP	Centre médico psychologique
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
COVID-19	Coronavirus disease 2019
CPTS	Communauté professionnelle de territoire de santé
CTSM	Commission territoriale de santé mentale
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
EBN	Évidence base nursing
EHPAD	Établissement d'hébergements pour personnes âgées dépendantes
EPSM	Établissement public de santé mentale
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
F2RSM Psy	Fédération régionale de recherche en psychiatrie santé mentale Hauts-de-France
HAS	Haute autorité de santé
IDE	Infirmier diplômé d'État
IDEL	Infirmier diplômé d'État libéral
IPA	Infirmier en pratique avancée
IPAL	Infirmier en pratique avancée libérale
JO	Journal officiel
LMSS	Loi de modernisation de notre système de santé
MSP	Maison de santé pluri professionnelle
MT	Médecin traitant
OMS	Organisation mondiale de la santé
P + N°	Psychiatre (informant)
PTSM	Projet territorial de santé mentale

RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RTMS	Stimulation magnétique transcrânienne répétée
SPIP	Services pénitentiaires d'insertion et de probation
TISF	Technicien de l'intervention sociale et familiale
UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
VAD	Visite à domicile

1. Introduction générale

Au niveau Mondial près d'un milliard de personnes présentent un trouble psychique, soit une personne sur huit (OMS, 2022). Un Européen sur quatre est touché par des troubles psychiques au cours de sa vie. En France près de 13 millions de personnes (Mutualité Française, 2021) rencontrent une problématique psychique, 20% de la population est concernée chaque année, la classe d'âge 15 - 25 ans (Hervieux, 2021) est particulièrement touchée. Le taux de suicide nationale reste élevé au regard des chiffres Européens, il est estimé à 13,2 pour 100 000 habitants. Dans notre pays près de 340 000 personnes sont hospitalisées tous les ans en établissement psychiatrique public ou privé à temps complet, 131 000 hospitalisés à temps partiel (principalement en hôpital de jour), près de 2 millions de personnes en structure ambulatoire du type CMP (Centre Médico Psychologique) (Cour des comptes, 2021).

Ces dernières années, les conséquences liées au COVID-19 ont également perturbé le système de santé et l'accessibilité aux soins, aggravant les troubles psychiques. Le Directeur général de l'OMS (2022) estimait à 25% l'augmentation des troubles anxieux et des dépressions dans ce contexte pandémique.

Le médecin traitant est identifié comme le professionnel consulté prioritairement par les patients pour une difficulté psychologique (Milleret & al, 2014). Dans l'accompagnement des troubles psychiatriques légers, modérés ou sévères, 15 à 40% de la patientèle des généralistes (Gallais, 2014) présente une problématique identifiée par l'association Américaine de psychiatrie dans le DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Infirmier en pédopsychiatrie depuis 15 ans, j'ai eu l'occasion de réaliser un stage dans le cadre de la formation IPA (Infirmier en Pratique Avancée) en MSP (Maison de Santé Pluri-professionnelle) au cours de ma première année. Dans ce contexte, j'ai été frappé par le nombre important de patients présentant un trouble psychique accompagnés par le médecin traitant. Au travers de cette expérience passée en structure de soins coordonnés, j'ai pu recueillir le ressenti de praticiens qui étaient confrontés dans certaines situations à des « barrières » concernant leurs échanges avec le secteur psychiatrique. Difficultés d'orientation, freins à la communication avec les professionnels, absence de réciprocité dans les échanges d'information, délais d'accessibilité aux soins, dysfonctionnements dans la concertation du projet thérapeutique...

En parallèle, j'ai eu l'occasion de participer avec l'EPSM des Flandres (Établissement public de santé mentale), où j'exerce, à une réunion de travail au sujet de la certification, précisément sur l'évaluation d'indicateurs qualité mis en place dans l'institution. Le thème « lien entre l'hôpital et la médecine de ville » en ambulatoire est défini par plusieurs indicateurs : identification du médecin traitant, courriers et échanges réalisés avec lui, les résultats se sont avérés lacunaires. Seuls 9% des dossiers audités répondaient aux critères d'évaluation optimale à la coordination entre la médecine de ville et le secteur ambulatoire psychiatrique. 37% des dossiers ne mentionnaient pas le médecin (réfèrent ou généraliste) et 52% ne mentionnaient aucun courrier ni échange annuel entre le périmètre de psychiatrie ambulatoire et le praticien

généraliste. Sur le secteur d'hospitalisation complète, seuls 32% des dossiers répondaient de manière conforme aux critères de qualité de la lettre de liaison à la sortie (EPSM des Flandres, 2019).

Des chiffres qui résonnaient avec ma pratique professionnelle. Lors des accompagnements que j'ai pu réaliser en CMP (centre médico psychologique), les échanges avec la médecine de ville étaient peu nombreux, leurs présences étaient régies par des situations de grande complexité et dans la plupart des cas, par nécessité.

Cet état des lieux concorde avec les données retrouvées dans la littérature, la Haute Autorité de Santé (HAS, 2018) indique dans son rapport méthodologique au sujet de la coordination entre les acteurs de soins auprès des personnes souffrant de troubles mentaux, que les médecins généralistes n'étaient pas satisfaits dans la majorité des cas de leurs relations avec les autres acteurs. Référencé dans plus de 70% des études sur le sujet (Hardy-Baylé & Younès, 2014), les professionnels exerçant en soins primaires sont majoritairement représentés lorsqu'il s'agit de la coordination avec les services de psychiatrie, mais qu'en est-il du regard des médecins psychiatres ? Comment envisagent-ils cette articulation ? Quelle intervention envisager dans cette coordination ? Des interrogations qui amènent à cette question principale :

Comment l'intervention de l'IPA mention psychiatrie santé-mentale peut-elle contribuer à la coordination entre le secteur psychiatrique et le médecin traitant ? Pour y répondre, je m'appuierai sur le point de vue des psychiatres afin de comprendre comment cette coordination est envisagée et pratiquée ?

Pour mener cette recherche je développerai un cadre conceptuel dans lequel je définirai les soins primaires, le secteur psychiatrique, la coordination en général et plus précisément dans les soins. Je finirai d'introduire cette partie par les compétences de l'IPA mention Psychiatrie - santé mentale. Dans un deuxième temps, j'exposerai le choix et les modalités méthodologiques retenues pour réaliser cette recherche, les résultats seront ensuite discutés puis analysés. Enfin, je conclurai par un résumé du travail mené avec une ouverture vers de nouvelles perspectives.

2. Introduction - Cadre théorique

2.1 Les soins primaires

Le terme de soins primaires est une adaptation Française du terme Anglais « primary care », apparu à la fin des années 1960.

En 1978, lors de la conférence d'Alma-Ata, l'Organisation Mondiale de la Santé a défini les soins primaires comme :

- Des soins de santé essentiels,
- Universellement accessibles,
- A tous les individus,
- A toutes les familles de la communauté,
- Par les moyens acceptables,
- Avec leur pleine participation,
- A un coût abordable pour le Pays (OMS, 1978).

Définis par l'American Institute of Médecine, les prestations de soins primaires se caractérisent par « des soins de santé intégrés, accessibles, réalisés par des médecins prenant en charge une grande majorité des besoins personnels de soins, développant une relation soutenue avec le patient et pratiquant dans le contexte de la famille et de la communauté » (American Institute of médecine, 1996).

Modifié par la loi du 26 janvier 2016, l'article L1411-11 du code de la Santé Publique, précise que « L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours. ... Ces soins comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4° L'éducation pour la santé. » (Article L1411-11, 2016).

Dans cet article L1411-11, les notions de travail en « collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux » (2016), y sont mentionnées.

Une précision y a été apportée quant au fait que « L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. » (Article 1411-11-1, Loi du 24 juillet 2019).

La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) décrit l'équipe de soins primaires comme « un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. » (Loi du 26 janvier 2016, Art 64). Pour favoriser la coordination des soins, l'article L162-5-3 du code de la Sécurité Sociale définit les modalités de choix du médecin traitant. Exception faite des modalités de choix pour les mineurs de moins de 16 ans, la loi définit que le médecin traitant « peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier » (Code de la Sécurité Sociale, 2021).

La convention médicale du 4 décembre 1998 déterminait le généraliste comme médecin référent du patient. Au décours de la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 et de l'article 2 de l'arrêté 2 août 2005, apparaît la notion « de parcours de soins coordonnés » (2005), la place du médecin traitant devient centrale dans l'orientation du patient. L'arrêté du 3 février 2005 détermine l'accessibilité en premier recours pour les soins et soins de prévention (dépistage, prévention sanitaire).

Le médecin traitant devient le garant de la qualité des soins, contributeur de la promotion de la santé, coordonnateur du parcours dans le système de santé, il s'appuie sur un réseau de professionnels, oriente « le plus souvent » (Cour des comptes, 2013) vers le médecin spécialiste « correspondant » (LMSS, Art. 66, 2016). Une concertation et une liaison s'effectue avec le professionnel de second recours en « favorisant la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le dossier médical partagé » (Arrêté du 3.02.2005).

2.1.1 Compétences du médecin généraliste

Les compétences du généraliste s'appuyant sur la réglementation, elles placent le médecin traitant comme acteur pivot dans le parcours patient. L'organisation des soins associés à la collaboration avec les autres professionnels de santé, lui permettent d'assurer la continuité de soins et l'accompagnement de la personne dans ses dimensions (Figure 1) : bio-psycho-sociales (Attali & al. 2006).

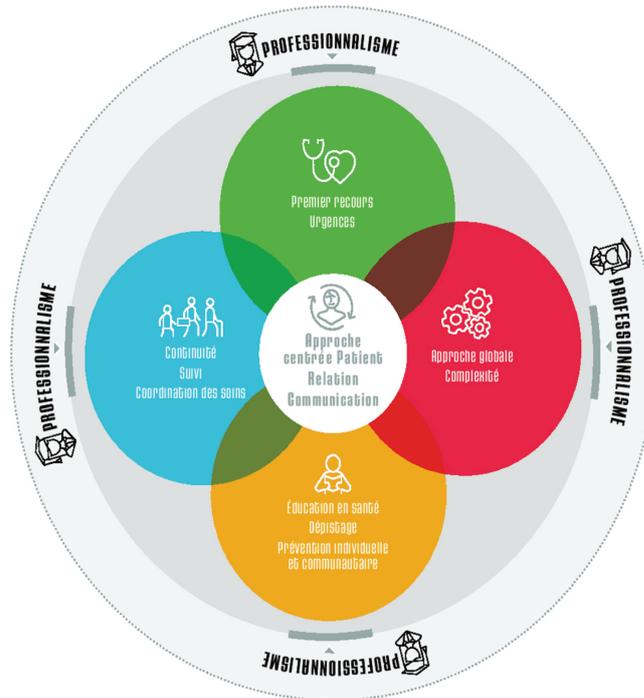


Figure 1. Marguerite des compétences du médecin généraliste d’après C. Attali & al (2006).

Le cursus de formation du médecin généraliste s’échelonne sur 9 années : Une première année commune aux études de santé, 5 années d’externat, 3 années d’internat associés à la réalisation d’une thèse pour obtenir le Diplôme d’État de docteur en médecine. Pendant ces 9 années les futurs médecins bénéficient (entre autres) d’enseignements hors stage (EHS) dont 3 au sujet des « problèmes de santé mentale », « patient avec addiction » et l’approche « Balint » (Cohen, 2008), un apprentissage dirigé en santé mentale d’une durée totale de 18H00 (3 x 6H), propos recueillis auprès du Professeur Berkhout (Communication personnelle, octobre 2022).

2.2 Le secteur psychiatrique

En 1838 la législation définit la territorialisation départementale des soins psychiatriques. Centralisée, la psychiatrie « asilaire » se définit par un lieu de soin identifié, médicalisé et contrôlé, ce changement intervient après une longue histoire déshumanisante qui ferait « reculer d’horreur l’homme de l’humanité la plus courageuse » (Vermorel & Vermorel, P. 761, 2012). Avant d’être associée au ministère de la Santé, l’institution psychiatrique dépendra du ministère de l’intérieur puis de la justice jusqu’en 1930.

Dans son cours sur l’histoire de la psychiatrie en France, le Pr Thomas (Lille, septembre 2022)¹, décrivait le travail du Dr Kraepelin, Philippe Pinel, Henri Ey ou Eugène Bleuler en matière de nosologie clinique et de classification. Ces avancées ont permis la remise en question de l’aliénation pour inscrire les symptômes dans la maladie mentale. A la fin du 19^e, sous l’impulsion de S. Freud, la psycho-analyse se développera tout au long du siècle suivant.

¹ Source dérivée de l’intervention du Pr Thomas, Université de Lille (septembre 2022). *La psychiatrie et la santé mentale en France*. Formation IPA. (Non disponible au public).

C'est en 1937 que « l'asile d'aliénés » laisse sa place à l'hôpital psychiatrique, dépendant du conseil général, remplacé plus tard par le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS).

Après la seconde guerre mondiale, Philippe Paumelle précurseur dans la psychiatrie communautaire, est un des premiers médecins à dénoncer la mort de 40 000 personnes internées en France, du fait de nombreuses privations (Raynaud, 2013), une remise en cause de l'enfermement et du système concentrationnaire est engagée. Des personnalités comme J. Oury, G. Le Guillant, P. Sivadon, L. Bonnafé, G. Daumézon et d'autres... ont permis l'essor de la psychothérapie institutionnelle. Un mouvement revendiqué autour de la notion d'institution thérapeutique, organisé autour de la parole et dans un réseau relationnel, « la relation mobilise, l'Institution fige » (Caire, 2014). Cela amènera par la suite, la création des structures intermédiaires...

C'est dans ce contexte que la circulaire du 15 mars 1960 est née. Elle définit le programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. « Le département est divisé en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre dépistage, traitement sans hospitalisation quand il est possible, soins avec hospitalisation et enfin, la surveillance postcure » (Direction Générale de la Santé Publique, Circulaire du 15 mars, 1960, P.2).

Les axes principaux de cette réforme sont :

- « Séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu »,
- Initier les soins précocement et apporter aux anciens malades un appui médico-social,
- Accessibilité et intégration dans l'organisation des soins,
- Efficace afin d'éviter les récidives,
- Assurer le suivi des soins (postcure) (Ibid, 1960, PP. 3, 9).

Les moyens développés sont constitués de structures intra et extra-hospitalières avec l'apparition des dispensaires d'hygiène mentale. Des lits d'hospitalisation en liaison de ces structures extra-hospitalières sont créés. Le « Secteur » se définit par une aire géographique délimitée et proportionnée, il correspond au département, les équipes ou services relèvent de « sous-secteurs » qui représentent approximativement 70 000 habitants (Ibid).

Sous l'impulsion des psychiatres Roger Misès et de Lucien Bonnafé, les bases du secteur infanto-juvénile ont été posées avec la circulaire du 16 mars 1972. Sous forme intersectorielle, l'accompagnement des enfants et adolescents correspond à 3 secteurs de psychiatrie générale, équivalent au besoin d'un bassin de population de 200 000 habitants (circulaire du 16 mars, 1972). Ce dispositif sectoriel unique dans ses phases de traitement correspond à un modèle intégratif, qui favorise la continuité des soins.

Cette continuité J. Norton et D. Villebrun (2010) la décrivent sur trois niveaux :

- La continuité des informations entre les différentes interventions,
- La continuité des interventions elle-même dans la complémentarité sans doublon,
- La continuité relationnelle avec le patient et les différents intervenants.

Continuité qui vaut pour la personne, son entourage, mais également pour les soignants car c'est « la garantie d'avoir des connaissances et des informations suffisantes sur un patient pour utiliser au mieux leurs compétences et que ce qu'ils ont entrepris sera reconnu et poursuivi par d'autres » (Ibid).

A ce sujet, la Canadienne C. Adair (2005) a démontré des résultats probants qui démontrent que la continuité des soins était associée à une moindre gravité des symptômes, une plus grande satisfaction des services, un meilleur fonctionnement dans la communauté et une meilleure qualité de vie.

La politique de secteur dans son modèle intégratif permet la mise en place d'un dispositif unique dans toutes les phases du traitement, autour d'une équipe dédiée et qui officie dans la transversalité. Les risques de rupture ou d'exclusion sont ainsi minimisés (Oureib, 2022)².

2.2.1 Présentation des différents dispositifs sectoriels :

Le Centre Médico Psychologique (CMP) : Pierre angulaire de la prise en charge ambulatoire psychiatrique, les CMP sont des « unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à la disposition d'une population » (Art. 1, Arrêté du 14 mars, 1986). Constituée d'une équipe pluri professionnelle, la structure regroupe psychiatres, infirmiers, psychologues, rééducateurs, professions médico-sociales, personnels d'encadrement et administratifs. Ces soins peuvent être réalisés au sein de la structure, à domicile ou dans la cité. L'équipe présente dans les différentes étapes du projet de soin permet la continuité de l'accompagnement : de la simple demande de soin psychique, au travail de liaison avec les acteurs du parcours de soins, en passant par l'accompagnement psychothérapeutique, cette équipe intervient de manière croisée avec les autres dispositifs du secteur.

Les Centres d'accueil permanent (habilités à recevoir l'urgence psychiatrique) : ils peuvent proposer une « permanence téléphonique reliée avec les organismes d'aide médicale urgente et organisant l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, les soins d'urgence ambulatoires et à domicile nécessaires. Ces centres peuvent comporter quelques lits pour des prises en charge ne pouvant dépasser quarante-huit-heures » (Ibid).

² Source dérivée de l'intervention du Dr J.Oureib, Université de Lille. *Le secteur*, Formation IPA, octobre 2022. (non disponible au public).

Les visites à domicile (VAD) : Modalité de Suivi thérapeutique qui permet de dispenser des soins, évaluer, prévenir, réhabiliter et collaborer avec les partenaires du parcours de vie (Combret, 2020).

Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) : Organisation par l'équipe pluridisciplinaire d'ateliers à médiation thérapeutique proposés en fonction des objectifs du projet de soin personnalisé et des habilités sociales.

L'hospitalisation partielle de jour ou de semaine : Proposition d'un accompagnement intermédiaire entre l'hospitalisation complète et le suivi ambulatoire, pour des soins polyvalents. Ce dispositif est modulable en fonction de la sévérité des troubles et des besoins de la personne. La proposition peut se faire en semaine, journée ou fractionnée sur des demi-journées par exemple.

Les équipes spécialisées : Equipe de suivi à domicile, de postcure, de liaison, précarité... Ces équipes effectuent le lien entre les différents dispositifs, elles participent au modèle intégratif c'est à dire « l'assemblage de divers éléments, qu'ils soient théoriques ou pratiques, dans le but de former un tout original et pragmatique » (Bachelaert & al., 2011) par exemple dans la transition entre une sortie d'hospitalisation et le retour à domicile ou dans l'articulation entre le service psychiatrique et l'hôpital général. Certaines équipes proposent une alternative à l'hospitalisation selon la politique sectorielle et peuvent être « associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient. » (Art.1, Arrêté du 14 mars, 1986).

Hébergements thérapeutiques : Appartements protégés, associatifs, foyers. Ils ont pour objectif la réinsertion sociale et la réhabilitation, tout en maintenant l'accompagnement des soins psychiques.

Accueils familiaux thérapeutiques : Dispositifs alternatifs qui permettent de proposer la continuité des soins dans un environnement familial substitutif, dans une famille agréée et salariée par l'établissement de santé.

Hospitalisation à domicile : Proposition de soin individuelle intensive et coordonnée, l'autonomie et l'insertion sont maintenues ou développées dans l'environnement de la personne. Axée sur une prise en soin plus complexe et pluridisciplinaire, l'insertion ou la réinsertion font partie de la démarche. La pertinence du projet thérapeutique est régulièrement réévaluée et se veut limitée dans le temps pour laisser place à des soins ambulatoires « classiques » (Circulaire du 4 février, 2004).

Pour clôturer ce panorama des dispositifs sectoriels, les lits d'hospitalisation. Ils sont régis par la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. La personne peut bénéficier dans ce cadre hospitalier de soins libres qui sont la « règle générale » (Loi du 5 juillet 2011 et 27 juillet, 2013) ou via d'autres modes d'admission comme les soins à la demande d'un tiers (nécessitant un certificat médical qui peut être réalisé

par le médecin traitant), dans le cadre d'un péril imminent ou encore par décision d'un représentant de l'Etat.

L'ensemble de ces outils sectoriels servent le projet thérapeutique individualisé, réalisé en concertation avec la personne et l'équipe, le médecin psychiatre y occupe une place prépondérante pour garantir la cohérence et l'équilibre du dispositif.

2.2.2 Le psychiatre de secteur

Paradoxalement, il n'est pas aisé de trouver des éléments de littérature concernant les spécificités de la fonction du psychiatre, quel que soit son type ou lieu d'exercice, aussi bien dans la fonction publique hospitalière que dans l'exercice libéral.

Le Robert définit le psychiatre comme le « médecin spécialiste des maladies mentales » (s.d). Pour le site collaboratif Wikipédia (2022), le médecin psychiatre exerce une mission diagnostique, de traitement et de prévention des troubles psychiques. Il appuie son évaluation sur la psychopathologie, la psychologie médicale, la neurobiologie et les sciences cognitives. Son expertise lui permet d'évaluer les comorbidités somatiques et projeter un plan de soin co-construit avec l'équipe pluridisciplinaire.

L'Union nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) décrit la fonction du psychiatre dans le rôle d'« écoute de la souffrance exprimée, d'établir un diagnostic, de prescrire les soins appropriés (traitements médicamenteux, psychothérapies, éducation thérapeutique du patient, soins de réhabilitation...). Le psychiatre référent est le « médecin désigné pour assurer le suivi des soins tout au long du parcours » (UNAFAM, 2023).

Tout comme le médecin généraliste, la formation du psychiatre en France s'effectue les 6 premières années avec un tronc commun général. C'est au moment du choix d'internat que la spécificité du psychiatrique pourra s'affirmer pour une durée de 4 ans durant laquelle se succéderont stages d'internat et apports théoriques. Le cursus se clôturera avec la soutenance d'une thèse et l'obtention d'un Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de psychiatrie associée au titre de « Docteur en médecine ». Un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) peut être réalisé afin d'obtenir une spécialisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, en addictologie ou en médecine légale.

De part mon expérience en EPSM, le psychiatre a un rôle pivot dans l'animation, le portage et la coordination du projet de soin. Au-delà de ses missions cliniques, sa vision permet de garantir l'articulation entre le patient, les acteurs paramédicaux, l'institution et la politique de santé territoriale. Il s'appuie pour cela (dans la fonction publique hospitalière) sur le projet médical d'établissement pour apporter un point de vue réflexif élargi, permettant une cohésion d'ensemble au service des besoins populationnels sur son secteur d'intervention.

Dans l'article L. 4130-2 de la LMSS, le psychiatre peut intervenir en tant que médecin « correspondant », c'est à dire sur un premier ou deuxième recours, en lien direct avec le médecin généraliste pour « le suivi conjoint du patient et de l'élaboration du projet de soins ». La coopération de ces acteurs dans le parcours peut contribuer à apporter une alternative à certaines hospitalisations (LMSS, 2016). Dans son intervention, nous percevons que le médecin psychiatre n'agit pas isolément, il s'appuie sur une équipe et des partenaires dans un secteur qui est lui-même inscrit dans une stratégie organisationnelle de santé publique.

2.2.3 Le secteur dans son système

Dans les articles L. 3221-1 et 3221-3 relatifs à la Loi de Modernisation de notre système de Santé de 2016, sont décrites les orientations du secteur délivrées par les établissements de santé psychiatriques : « Prévention, diagnostic, soins, réadaptation et réinsertion sociale ». Ces interventions peuvent s'exercer en « coopération avec les équipes de soins primaires et les CPTS » (LMSS, 2016). La notion de continuité des soins y est explicitée, spécifiquement sur les situations de parcours complexes « y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement, en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs » (Ibid) afin de garantir l'accessibilité aux soins.

Le Décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie (Décret 2022-1263, 2022) énonce quant à lui plusieurs dispositions en lien avec le parcours de soins du patient. Le responsable des soins psychiatriques s'articule avec les autres professionnels dont les acteurs de premier recours, pour contribuer à l'organisation du parcours personnalisé en fonction des besoins de la personne, dans ses différentes étapes, de son évaluation à son orientation. Il veille à l'accessibilité aux soins somatiques et à la continuité des soins dans ses diverses modalités d'interventions : programmées, non programmées, à domicile, en ambulatoire, à temps partiel ou temps complet, ... Des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) peuvent être organisées face aux situations de complexité. Enfin l'éducation thérapeutique du patient comme les soins de réhabilitation y sont également mentionnés.

En fixant le seuil d'accompagnement pédopsychiatrique à l'âge de 18 ans, le législateur fixe de manière précise le cap de la coordination entre la psychiatrie générale et celle des adolescents. L'organisation du parcours entre ces deux entités se devra d'être construite et formalisée.

Enfin, les lois de 2016 et de 2022 précisent les conditions d'implantation de l'activité psychiatrique en lien avec Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), démontrant une volonté croissante de transversalité, dans la structuration et la coordination territoriale de l'offre de soins. L'objectif principal du PTSM réside dans « l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture » (Art. L. 3221-2-I, LMSS, 2016).

Sur la base d'un diagnostic territorial partagé établi entre les acteurs et l'Agence Régionale de Santé (ARS), le PTSM :

- « Favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social »,
- « Permet la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social »,
- « Détermine le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur ». (Decret N° 2017-1200, 2017).

Le PTSM s'inscrit sur 6 axes prioritaires (Figure 2) qui s'inscrivent dans la thématique des parcours de soins coordonnés entre le secteur psychiatrique et le médecin traitant :

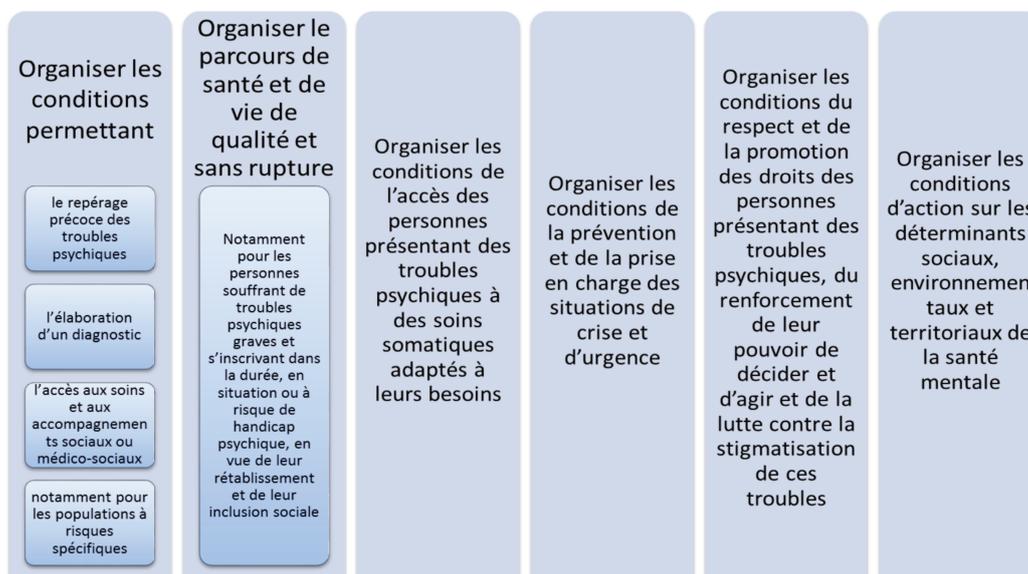


Figure 2. Axes du PTSM (source département côte d'or, PTSM 2019-2023, 2019)

Après une phase diagnostic, un contrat territorial de santé mentale est conclu entre l'ARS et le collectif d'acteurs PTSM (champ sanitaire, social, médico-social, acteurs du Conseil local de Santé mentale (CLSM), hospitaliers, usagers, libéraux, caisse primaire d'assurance maladie...) pour une durée de 5 ans. Chaque année des avenants peuvent venir nourrir la feuille de route par l'intermédiaire de fiche action.

Le CLSM et la Commission territoriale de santé mentale (CTSM) sont consultés pour avis, ce qui permet la validation du PTSM par l'ARS avec une volonté de démocratie sanitaire.

Le secteur psychiatrique, dans l'ensemble de ses interventions, propose une offre de soin graduée, portée par une équipe pluridisciplinaire coordonnée. Précurseur à son arrivée, la sectorisation montre parfois certaines limites : elle se voit parfois saturée avec des délais d'accessibilité long, déploie un fonctionnement organisationnel sous forme de « silos » (Cour des comptes, 2021, P.14) en générant un cloisonnement de l'organisation des soins.

Dans un contexte de développement du « virage ambulatoire », un des enjeux majeurs pour le secteur est de poursuivre le développement de sa coordination avec l'ensemble des acteurs du système de santé.

2.3 La Coordination

Du latin cum, avec, et ordinare, mettre en ordre, ranger, disposer, ordonner, arranger, organiser. La coordination se définit par « l'action de coordonner ; harmonisation d'activités diverses dans un souci d'efficacité » (Larousse, s.d.).

2.3.1 Concept de coordination

La coordination est « l'agencement efficace des activités, des personnes et des ressources pour atteindre une fin » (Henri & Lundgren, 2001). Dans un contexte collaboratif, il est précisé que coordonner « c'est prendre en charge la gestion de la tâche : découpage en sous-tâches, attribution des responsabilités, utilisation des ressources, etc...C'est aussi gérer les aspects affectifs et psychosociaux du groupe » (Ibid). La coordination revêt plusieurs formes, elle peut s'exercer différemment selon son contexte et son niveau d'intervention. Pour M. Jaeger, la coordination est « une obligation fonctionnelle liée à des enjeux de pouvoir ; elle résulte de l'obligation morale et politique de la coopération. Cette dernière a certes, elle aussi, une dimension fonctionnelle, mais elle répond en tout premier lieu à une demande de prise en compte de la complexité et de la pluralité des besoins des personnes en difficulté » (Jaeger, 2010, P.21). L'auteur décrit que la coordination nécessite une « cohérence des acteurs », une mise en place de « formalisation des procédures » (Ibid) adaptable selon la situation, une direction pour décliner des objectifs opérationnels afin d'« identifier les ressources disponibles, échanger et partager les informations nécessaires à la prise en charge, accéder à des avis/conseils diagnostiques et thérapeutiques » (Annexe 1) (HAS, 2018).

Henry Mintzerg, théoricien dans le domaine des organisations, influencé par la conception systémique, apporte une vision globale des mécanismes qui régissent la coordination des structures :

Il identifie 6 manières de coordonner, divisées en deux catégories : la coordination par relations interpersonnelles et la coordination par standardisation.

La coordination par les relations interpersonnelles :

- L'ajustement mutuel : moins hiérarchisé, défini par une « communication informelle », mécanisme que l'on retrouve dans des organisations aux prises avec la simplicité ou au contraire, sur des missions complexes qui requièrent une expertise.
- La supervision directe : un responsable « se trouve investi de la responsabilité du travail des autres ». Ce dispositif est adapté lorsque l'on s'éloigne de la simplicité.

La coordination par standardisation :

- La standardisation : adaptée dans les organisations où les tâches sont répétitives et formalisées, la coordination est établie « avant même que le travail ne commence ». L'autonomie et l'innovation sont moindres. Cette standardisation se décline en 3 types.
- La standardisation des procédés : ici « aucune supervision et aucune communication informelle » entre les personnes. Le contenu est programmé. Les salariés peuvent avoir une certaine autonomie dans le travail à effectuer.
- La standardisation des résultats : l'objectif est priorisé, la méthodologie importe dans le sens où elle sert le résultat qui est standardisé. Ces objectifs de performance sont échelonnés sur les différents niveaux de l'organisation.
- La standardisation des qualifications : sélectionnés en fonction de leurs formations, les collaborateurs ont des spécificités qui leur permettent d'exercer des responsabilités avec des spécificités au sein de l'organisation. Cette standardisation « assure l'essentiel de la coordination » (Mintzberg, 1998, PP.19-23).

L'auteur établi un « continuum » des moyens de coordination en fonction du degré de complexité (Figure 3) du travail et de la taille du groupe. Les moyens sont complémentaires et ajustables lorsqu'ils se confrontent aux limites de la charge de travail et des désaccords (Ibid).

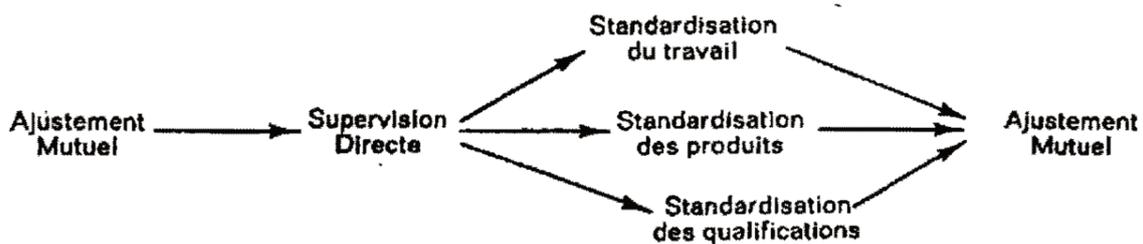


Figure 3. Mécanisme de coordination selon Mintzberg (1998) Continuum approximatif de complexité.

Comme le souligne A. Morgand (2015), la coordination vise une « orientation aux comportements individuels et collectifs. L'acteur cherche à utiliser les apprentissages et les ressources de l'autre pour atteindre son objectif ». La dimension fonctionnelle que l'on retrouve dans la coordination permet de faire la distinction avec les notions de coopération et de collaboration qui relèvent « d'intérêts et de considérations particulières » et qui ne se situent pas au même niveau (Yatim & Sebai, 2022).

2.3.2 Concept de coopération

Le dictionnaire Larousse (s.d) définit la coopération comme « l'action de coopérer, de participer à une œuvre commune ».

Axé sur le collectif, ce concept s'oppose à la logique concurrentielle, il y est question d'équité et de solidarité. L'action de coopérer résulte d'un choix volontaire, individuel et délibéré (Delcourt, 2006). Pour Abrami & al. (Cité dans Henri & Lundgren, 2001, P.32) la coopération « repose sur la division des tâches et des responsabilités au sein du groupe. Chaque membre est

responsable de poser un geste, de mener une action ou d'accomplir une sous-tâche ». Les individus s'appuieront sur les ressources du groupe pour atteindre un but commun, il y a coexistence de « productions collectives et de productions individuelles ». Les membres apportent leur spécificité et permettent la réalisation d'une « oeuvre collective » (Ibid, PP.33).

Pour R. Agranoff (2006), la coopération permet « de travailler conjointement avec d'autres, généralement pour résoudre un problème (...) Elle peut être occasionnelle ou régulière, et elle peut se produire au sein, entre ou en dehors des organisations formelles ». Dans le cadre des coopérations non formalisées traduites par un « rapprochement, une communication entre les acteurs, la connaissance de l'autre ». M. Jaeger (2010, P.20) met l'accent sur l'intérêt d'un « pilotage » par un « intervenant pivot » ou de liaison en s'appuyant sur les expérimentations québécoises de coordination institutionnelle. La démarche coopérative peut être considérée comme une méthode préparatoire et initiatrice d'une collaboration efficiente (Henri & Lundgren, P.31).

2.3.3 Concept de collaboration

Du bas latin *collaborare*, (travailler avec quelqu'un, collaborer), la collaboration signifie « Travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions » (Larousse, s.d).

La collaboration est le résultat d'actions de coopérations, plus ou moins fréquentes, entre plusieurs personnes, selon leur niveau d'indépendance. Les acteurs s'accordent sur le fait d'accomplir un travail de manière conjointe et trouver une solution commune lorsqu'ils font face à une problématique (Belley & Gaboury, 2013).

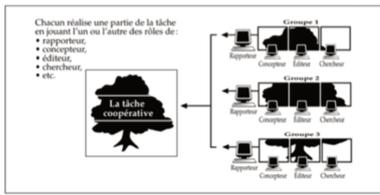
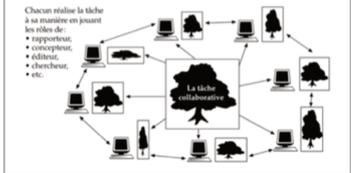
Pour F. Henri et K. Lundgren (2001, P.36) la collaboration « se caractérise par des rapports plus égalitaires entre les acteurs », les tâches sont élaborées de manière individuelles et collectives, les personnes sont autonomes et font preuve de responsabilité. Les choix opérés par les acteurs s'établissent en fonction de leurs intérêts personnels au service d'une production collective selon leur rythme, leurs modalités d'apprentissage ou de leurs aspirations « la collaboration mise autant sur la réalisation de la tâche par l'apprenant que par le groupe ».

A contrario, le processus coopératif décline le travail de groupe en sous-tâches attribuée à chaque membre qui le constitue. Il est à noter que le travail collaboratif permet, selon les besoins exprimés par le groupe, de réaliser une tâche de manière coopérative.

Ce « lieu de structuration d'une action collective » (Simonet, 2017, P.1771) peut être constitué de membres appartenant à un seul et même ordre (par exemple le secteur public ou le secteur privé) et dans leur propre champ (santé, environnement, sécurité,...) nous parlerons ici de collaboration sectorielle (Belley & Gaboury, 2013). Il est possible que ces acteurs collaborent de manière intersectorielle à la condition que :

- Les acteurs proviennent d'ordres différents mais interviennent dans le même champ,
- Les acteurs sont du même ordre mais interviennent dans plusieurs champs différents,
- Enfin les acteurs mobilisés relèvent de plusieurs ordres et de plusieurs champs différents.

Synthèse des concepts de coordination, de coopération et de collaboration

	Coordination	Coopération	Collaboration
Attributs	Planifier, anticiper Organiser (6) Soucis d'efficacité (1) Agencement des personnes et ressources (1) Obligation fonctionnelle (4) Formalisation des procédures (4) Utilisation des apprentissages et ressources de l'autre (5) Coopération possible ou non (7) Orientation individuelle et collective (5)	Partage et division des tâches (5) Engagement et réciprocité (5) Compétences réparties entre les acteurs (1) Objectif commun au groupe (1) Contrôle plus important et diminue l'incertitude (5) Prise en compte / complexité (4) Innovation, créativité (7) Spécialisation des acteurs (1)(5) Prépare à la collaboration (1) formalisée ou non (3) Autonomie moindre (1) Nécessite une coordination (7)	Organisation Participative (1) Normes et structures décisionnelle négociée et partagée (2) Autonomie dans la réalisation (1) Participation volontaire (1) Apport du collectif et des individus simultanément (1) Rapport égalitaire entre acteurs (1) Pouvoir plus important (1) Plus souple (1) Permet la coopération (1) Responsable de l'atteinte de ses objectifs et celle du groupe (6) Sectorielle ou intersectorielle (2) communication ++ (1)
		Interdépendance forte (1)	Interdépendance associative (1)
	Gouvernance nécessaire (4)	La gouvernance organise, guide, encadre. Facilite l'accès aux ressources (1)	Gouvernance Facilitatrice, ressource pour les individus, aide et anime en fonction des besoins du groupe. (1)
Objectifs	Visée -> Recherche de cohérence (2) (4)	Visée -> But commun avec une atteinte collective (1)	Visée -> But partagé en conciliation avec les intérêts personnels (1)
	Unilatérale : pas de collaboration directe, ajustements mutuels Bilatérale : relation dyadique, objectif commun, volontaire ou imposé, formels ou informels, objectif de cohérence dans les décisions. (2)	<p>Figure 1.5 LA TÂCHE COOPÉRATIVE: UN ENSEMBLE DE SOUS-TÂCHES DIFFÉRENTES RÉALISÉES EN ÉQUIPE</p>  <p>(1) Annexe 2</p>	<p>Figure 1.4 LA TÂCHE COLLABORATIVE: LA MÊME POUR TOUS ET RÉALISÉE PAR TOUS</p>  <p>(1) Annexe 2</p>

(1 - [Henri & Lundgren, 2001](#)) (2 - [Belley & Gaboury, 2013](#)) (3 - [Agranoff, 2006](#)) (4 - [Jaeger, 2010](#))
(5 - [Morgand, 2015](#)) (6 - [Fischman & al., 2016](#)) (7 - [Yatim & Sebai, 2022](#)).

Figure 4. Synthèse des concepts de coordination / coopération / collaboration (2023).

Ici, les composantes de coordination, de coopération et de collaboration sont reliées au domaine organisationnel. Cependant une distinction est à opérer quant à la coordination des soins centrés sur la personne (Klopenstein & Bosc, 2016, P17).

2.3.4 Concept de coordination des soins

La HAS (2014, P.8) définit la coordination comme « l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins ».

Pour mieux appréhender la coordination des soins dans notre système de santé, S. Klopfenstein-Crélerot et A.Bosc-Fishman ont identifié six attributs permettant de clarifier le cadre conceptuel (Figure 5) (Kloppenstein & Bosc, 2016, P15).



Figure 5. Modélisation de la coordination centrée sur la personne (Kloppenstein & Bosc, 2016).

- Une évaluation des besoins avant tout « **centrée sur la personne** », dans une vision holistique.
- Une « **planification proactive** » en proposant des soins ajustés et anticipés associant patient, famille et partenaires professionnels.
- Fluidifier le parcours de soins (ville-hôpital par exemple) à travers une démarche de « **Transversalité** », il y est question de cohérence dans les différentes étapes.
- Tisser le lien entre les différents acteurs du parcours (patient, entourage familial, acteurs de soins et de santé), la « **corrélation** » est associée à l'aspect décisionnel par l'intermédiaire d'échanges communicationnels et collaboratifs.
- Le « **partage** » d'informations, du savoir, avec la juste répartition du pouvoir, ce qui a pour effet d'impliquer et prendre en considération l'ensemble des acteurs.
- Et enfin la notion « **facilitation** » via l'entraide, permettant l'accessibilité des soins, dans le respect des besoins du patient et de sa famille.

Des préalables ont été identifiés pour exercer cette coordination dans le parcours (Figure 6) (Ibid, P16) :

- La présence d'un « **coordinateur** » identifié, légitimé et dont les missions sont clairement établies.
- Une « **expertise** » ou une maîtrise impérative dans le domaine.
- Un « **élément déclencheur** », ce qui permet d'initier l'accompagnement, effectuer un état des lieux et aboutir à une évaluation.
- La « **plurifactorialité** » qui résonne avec la notion de complexité telle qu'elle est définie par la HAS comme « une situation pour laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé » (HAS, 2014, P.15).

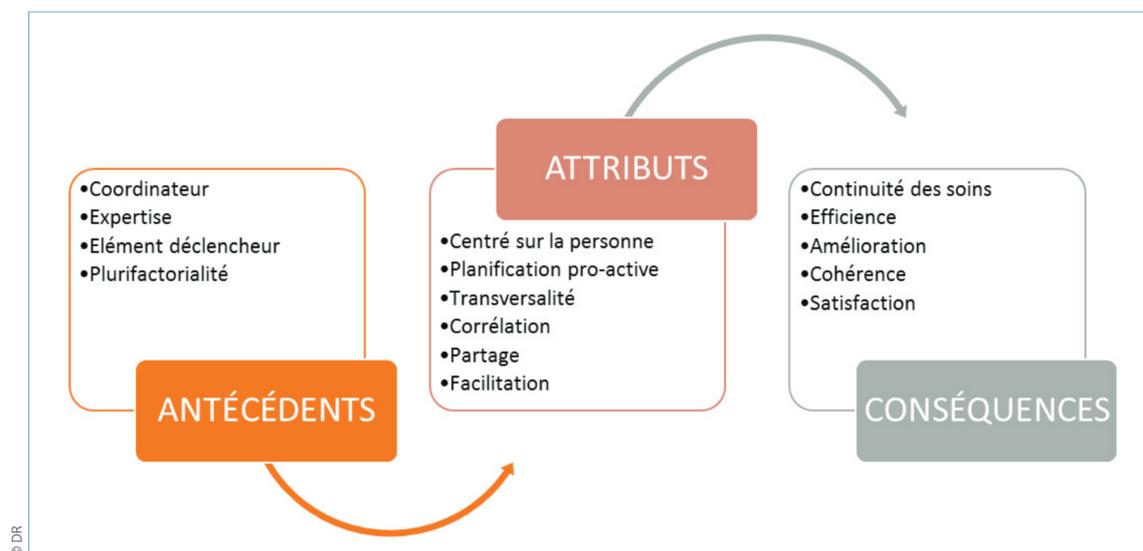


Figure 6. Représentation temporelle de la coordination selon Fishman & Bosc (2016).

A l'image du champ de la complexité, la coordination s'échelonne sur plusieurs niveaux :

- Dans une approche personnalisée et populationnelle avec une « **coordination de proximité** ».
- Dans une expertise croisée distanciée, en support et en soutien dans l'accompagnement des acteurs et professionnels, intitulée « **coordination d'appui** ».
- Et enfin, dans une perspective de « **pilotage** », avec la direction de projet et les échanges inter organisationnels avec des objectifs communicationnels, de mutualisation et de coopération. (Aubry, 2007).

La loi de modernisation de notre système de Santé contient de nombreuses dispositions en faveur de la coordination des soins. Y sont représentés : l'activité des médecins traitants et des professionnels de « ville », les dispositifs tels que les CPTS, les établissements de santé avec

les outils sectoriels psychiatriques, et plus largement dans les parcours des malades chroniques. Dans cette parution de 2016, l'article 119 introduit aussi les grands axes de la pratique avancée qui seront déclinés dans le décret 2018-69 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice de la pratique avancée pour les auxiliaires médicaux (Décret 2018-629, 2018).

2.4 L'infirmier en pratique avancée

« (...) Nous développerons également les « pratiques avancées » en soins infirmiers, pour renforcer encore les coopérations entre professionnels et leur donner un rôle plus central dans la prise en charge des patients, notamment dans le suivi des maladies chroniques ».

Allocution du Premier ministre (Eaubonne, 2018).

D'abord déclinés sur plusieurs mentions dont les pathologies chroniques stabilisées, l'hématologie, les urgences ou l'urologie-néphrologie, les compétences de l'IPA en psychiatrie et santé mentale ont été publiées au Journal Officiel le 12 aout 2019. Elles se déclinent autour de 6 axes :

- Évaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées.
- Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé.
- Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.
- **Organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés.**
- Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique.
- Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques (Arrêté du 12 aout 2019).

De la synthèse clinique, à l'organisation de réunion de concertation pluri-professionnelle, au repérage des troubles chez des patients suivis par d'autres professionnels, aux actions de formation des pairs, en passant par l'adaptation du projet de soins co-construit avec le patient, l'entourage, et les collaborateurs, ces compétences renvoient vers le sujet de la coordination développée spécifiquement dans l'axe 4 du référentiel de compétence IPA (Décret n°2019-836, 2019). Dans cette thématique il y est question d'identification des besoins et des ressources des patients, familles, aidants pour organiser l'accompagnement du projet personnalisé, en collaboration avec le médecin traitant ou le médecin spécialiste afin de construire un parcours ajusté.

Récemment, dans l'article L. 4301-2.-I paru au JO, le 20 mai 2023, les compétences de l'IPA sont élargies à la primo accession, il peut « prendre en charge directement les patients. Un compte rendu des soins dispensés est systématiquement adressé au médecin traitant du patient et reporté dans le dossier médical partagé de celui-ci. » (Loi n° 2023-379, 2023).

Conscient des vulnérabilités engendrées par les troubles psychiques (Lawrence & al. 2010), le référentiel d'activité s'oriente vers la continuité des soins, particulièrement sur la coordination du traitement, de la transmission des informations, au conseil et à l'accompagnement des acteurs dans la discipline.

Les potentialités sont nombreuses, tout comme les enjeux d'implantation de la pratique avancée dans le système de soins. A l'heure d'une politique de santé qui tend vers un « virage » ambulatoire, au regard de mon expérience en soins primaires et de mon parcours professionnel, la question du lien entre la médecine de ville et les secteurs psychiatriques « si loin, si proche ! » (Wenders, 1993) s'est posée.

2.5 Question principale

Malgré la place du médecin traitant et celle de l'outil sectoriel psychiatrique dans le parcours des patients porteurs de troubles psychiques, la littérature évoque des points d'achoppement dans la coordination entre les généralistes et les psychiatres du secteur.

La représentation majoritaire des professionnels de soins primaires dans l'insatisfaction liée aux difficultés de coopération avec leurs homologues psychiatres (HAS, 2018, P.21), coïncide avec les retours de certains professionnels rencontrés dans mon cursus. Un constat qui fait lien avec les résultats de certification de l'établissement où j'exerce qui concluait à un manque de coordination entre le secteur intra/extra hospitalier et le médecin traitant. J'ai alors commencé à m'interroger quant à mon expérience professionnelle, la place occupée jusqu'ici dans cette coordination et celle que j'envisageais pour ma future implantation.

Comment l'intervention de l'IPA mention psychiatrie santé-mentale peut-elle contribuer à la coordination entre le secteur psychiatrique et le médecin traitant ?

Pour répondre à cette question je m'appuierai sur une méthodologie de recherche ouverte que je vais développer.

3. Méthodologie

3.1 Type d'étude

Cette recherche qualitative est une étude prospective basée sur une démarche inductive et compréhensive. A travers cette méthodologie, je m'appuierai sur la pratique et les représentations des psychiatres dans le champ de la coordination entre le médecin traitant et le secteur psychiatrique, questionnaire qui ouvrira spécifiquement sur la vision des psychiatres au sujet de l'intervention des IPA dans cette coordination sans émettre d'hypothèses préalables.

Au-delà de la coordination, interroger les pratiques et les représentations des psychiatres, permet aussi d'explorer les attentes et les représentations du corps médical vis à vis de la fonction IPA, participer à l'amélioration des pratiques à l'échelle de mon établissement. Ces rencontres m'offriront la possibilité de participer au processus d'implantation et être identifié par les médecins des secteurs.

Le choix de cette méthodologie coïncide avec les attentes de la formation, en termes d'objectifs pédagogiques, de réglementation, de temporalité et de constat de terrain. Déployée sur le secteur Dunkerquois, que je connais bien, lieu où j'exerce, cette recherche s'inscrit sur un axe de pratique professionnelle infirmière en pratique avancée dans la mention psychiatrie - santé mentale.

3.2 Échantillonnage

L'échantillonnage est intentionnel non aléatoire contrasté à variation maximale. Sur proposition et volontariat, les médecins psychiatres sollicités interviennent sur le périmètre intersectoriel Dunkerquois (Secteurs 59G01, 59G02, 59G03, 59G04, 59I01). Ces professionnels exercent dans la fonction publique hospitalière, en libéral, en psychiatrie générale ou sur le secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Le bassin de population couvre approximativement 210 000 habitants, soit un panel de 4 secteurs de psychiatrie générale et 1 secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

19 psychiatres ont été sollicités sur le territoire (Figure 7). Avec l'accord de la Direction des Soins de l'EPSM des Flandres, j'ai effectué une première demande auprès de l'ensemble des psychiatres, en février 2023 puis une deuxième, 15 jours après, afin d'optimiser le quota de réponse.

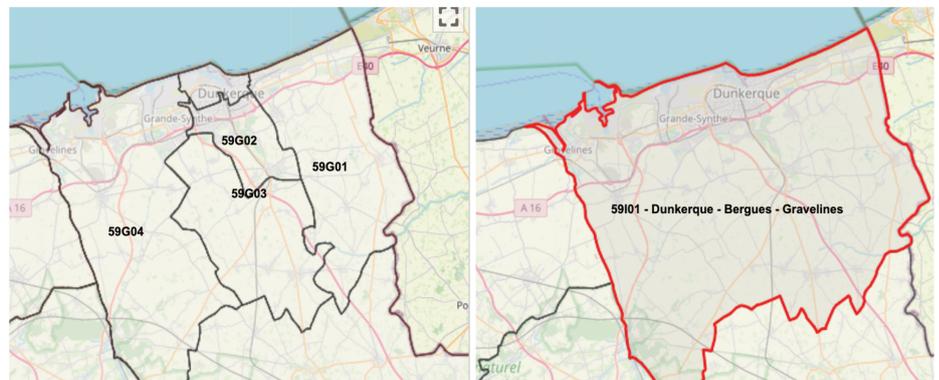


Figure 7. Découpage sectoriel des secteurs psychiatriques généraux et de l'enfant/adolescent (<https://www.f2rsmpsy.fr/>, 2023)

3.3 Recueil de données

Le recueil a été réalisé par des entretiens semi-directifs individuels, présents, en face à face. Le lieu de l'entretien a été choisi à la convenance du psychiatre, essentiellement dans le bureau de consultation du praticien. J'ai élaboré un guide d'entretien (annexe 3) composée de 5 questions ouvertes associées à des questions de relance, ce guide d'entretien a été validé par le Directeur de mémoire et la Consultation d'aide Méthodologique de la Fédération de recherche en santé mentale (F2RSMpsy, St André).

La durée des entretiens s'est échelonnée entre 27 et 57 minutes, pour une moyenne de 38 minutes par entretien.

3.4 Gestion des données

Une fiche de consentement de recueil écrit (annexe 4) a été remise pour signature à chaque informant. Il y est mentionné la Garantie de l'anonymat avec une indication quant à la possibilité de retrait du consentement. Le recueil des entretiens a été enregistré sur un fichier audio puis retranscrit en verbatim, d'abord avec une première retranscription à l'aide du logiciel « Descript »³ puis saisi avec le logiciel de traitement de texte « Pages »⁴. Le stockage numérique des retranscriptions s'est effectué sur l'espace en ligne de l'université « Nextcloud »⁵ (Annexe 5), les entretiens numérotés avec la lettre P + N° (psychiatre).

Un contact téléphonique auprès de la permanence « santé » de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été réalisé en amont afin d'assurer la bonne conduite réglementaire de la démarche. Le recueil du consentement écrit et la vigilance quant à la non-divulgaration de données de patient ont été rappelés à ce moment-là.

3.5 Méthode d'analyse des données

La réalisation de l'analyse thématique est inductive. Le codage des données a été réalisé avec le logiciel MAXQDA⁶, d'abord en codage ouvert, puis un codage axial, ensuite un codage sélectif. Pour ce faire j'ai réalisé un étiquetage expérientiel afin de dégager les codes (segments ou fragments), une propriété a été donnée, ensuite un regroupement catégoriel et thématique (Lejeune, 2019).

Un journal de bord a été constitué tout au long de ce travail pour retranscrire les éléments réflexifs au fil des entretiens.

Une triangulation avec un deuxième investigateur m'a permis de limiter les biais cognitifs et méthodologiques en confrontant les analyses d'un même jeu de données. Les résultats validés par les investigateurs et le directeur de mémoire.

³ Descript, (2023). <https://www.descript.com/>

⁴ Apple, Pages, (2023). <https://www.apple.com/fr/pages/>

⁵ Nextcloud, (2023).. <https://nextcloud.com/fr/>

⁶ VERBI Software. (2023). MAXQDA 2023 [computer software]. Berlin, Germany: VERBI Software. Available from maxqda.com.

4. Résultats

Caractéristiques socio démographiques

Code Psychiatre	Sexe	Age	Ancienneté	Pathologies soignées	Pathologies Soignées	Pathologies Soignées
P1	Féminin	52	25	Anxiété dépression	Bipolarité	Trouble personnalité
P2	Masculin	38	5	Psychose	Anxiété dépression	Trouble personnalité
P3	Féminin	69	24	Psychose	Troubles Bipolaires	Anxiété dépressionn
P4	Masculin	58	27	Anxiété dépression	Epuisement professionnel	Psychose
P5	Masculin	64	33	Pédopsychiatrie	Retard développemental	Troubles alimentaires
P6	Féminin	32	4	Psychogériatrie	Troubles neuro dégénératifs	Pathologies psychiatriques
P7	Féminin	40	13	Pédopsychiatrie	Troubles attachement	TDAH
P8	Masculin	60	33	Anxiété dépression	Troubles personnalité	Psychose
P9	Masculin	34	4	Psychose	Troubles Bipolaires	Anxiété dépressionn
P10	Masculin	55	22	Psychose	Troubles personnalité	Anxiété dépressionn

Figure 8. Caractéristiques socio-démographique des psychiatres Dunkerquois interrogés au sujet de la place de l'IPA dans la coordination entre le secteur et le médecin traitant (2023).

4.1 Caractéristiques de l'échantillon

10 Entretiens ont été réalisés au cours de cette recherche, chiffre qui a permis d'atteindre la suffisance des données dès le 7e entretien, 3 entretiens complémentaires ont permis d'assurer ce constat.

Le panel d'informant (figure 8) est constitué de 4 femmes et 6 hommes, l'âge médian est de 50 ans, s'échelonnant entre 32 à 69 ans. Par soucis d'anonymisation, certaines fonctions n'ont pas été mentionnées dans le tableau des caractéristiques socio-démographiques (Figure 8). Il est à noter que deux praticiens exercent en tant que chef de pôle, 2 médecins exercent en activité libérale, 70% des informants exercent en structure ambulatoire et en intra-hospitalier, contre 30% exclusivement en ambulatoire. L'ancienneté moyenne dans la fonction est de 19 années. Les spécialités se déclinent de la pédopsychiatrie à la psychiatrie de la personne âgée en passant par les troubles anxieux ou la psychiatrie légale. Les troubles psychiques fréquemment accompagnés sont l'anxiété, la dépression, la psychose, les troubles bipolaires et les troubles de personnalité.

4.2 Résultats thématiques par catégorie

4.2.1 La communication

- A. Des échanges rares entre le psychiatre et le médecin traitant
- B. Flux et acteurs de communication
- C. Des échanges conditionnés par l'urgence et la complexité
- D. Des outils de communication limités
- E. La communication formalisée en sortie d'hospitalisation

4.2.2 La collaboration interprofessionnelle

- A. Le psychiatre collabore avec d'autres acteurs
- B. Le patient partenaire collaborateur
- C. Le psychiatre en support du médecin traitant
- D. Les médecins ont peu de disponibilité
- E. La collaboration est « professionnel dépendant »

4.2.3 Culture médicale et représentation

- A. Des cultures médicales différentes
- B. La discipline complexe qui nécessite une expertise
- C. Une stigmatisation
- D. Une autre représentation
- E. Des recommandations méconnues

4.2.4 Conséquences de l'absence de coordination

- A. Conséquences sur le patient
- B. Conséquences sur la pratique médicale
- C. Conséquences sur le parcours de soin
- D. Conséquences sur le ressenti des psychiatres

4.2.5 Perspectives

- A. La formation médicale comme levier
- B. Communiquer avec des outils adaptés de façon plus systématique
- C. Favoriser la proximité entre les professionnels
- D. Un système de santé en souffrance
- E. L'IPA fonction plurielle

5. Analyse des résultats

5.1 La communication

A. Des échanges rares entre le psychiatre et le médecin traitant

De manière générale les psychiatres et les médecins traitants communiquent et échangent rarement ensemble.

P1 : *Comme je dis, les échanges sont très limités.*

P5 : *Donc ça, ça arrive parfois, c'est assez rare, c'est souvent dans le sens médecin vers moi et rarement dans l'autre sens, donc, mais c'est quand même rare.*

P9 : *Avec le secteur actuel où on a quasiment plus de médecins généralistes, on n'a plus trop d'échanges.*

B. flux et acteurs de la communication

Une schématisation (Figure 9) permet de visualiser les flux de communication déployés avec les acteurs concernés. Lorsqu'il y a communication entre le psychiatre et le MT, elle s'exerce entre autres par le biais d'un courrier puis par téléphone ou messagerie.

P2 : *Alors il se fait par courrier et puis par téléphone.*

P4 : *L'échange, au début, c'est le courrier écrit, et puis après c'est la messagerie sécurisée.*

P8 : *C'est essentiellement des courriers et appels téléphoniques soit auprès des secrétaires, soit via des infirmiers.*

Le psychiatre s'appuie sur d'autres professionnels pour communiquer avec le médecin traitant : secrétariat, infirmier(e) du centre médico psychologique, interne via le service d'admission...

P10 : *C'est l'infirmier qui sert de relais pour les infos.*

P6 : *Typiquement c'est le patient qui arrive en consultation de première intention, Il voit l'infirmier il y a la petite lettre du médecin traitant qui est souvent, est très succincte.*

P8 : *Les internes ils le font, notamment pour tout ce qui est admission.*

P8 : *C'est essentiellement des courriers et appels téléphoniques soit auprès des secrétaires, soit via des infirmiers.*

Le patient est également vecteur dans la communication entre le psychiatre et le médecin traitant, il peut transmettre l'information à son initiative ou être missionné par le psychiatre.

P1 : *Non non je ne suis pas revenu (vers le MT), c'est le patient qui fait le lien...*

P6 : *Le patient arrive en consultation, me dit « Mon médecin traitant aimerait bien que vous fassiez une lettre pour expliquer ce que vous êtes en train de faire, parce que ça va mieux ou moins bien ». Mais je pense que un des médias principal, c'est le patient en fait.*

P10 : *En ambulatoire je l'utilise comme vecteur.*

Une communication entre les acteurs qui peut être considérée comme unilatérale.

P4 : *En général il (le MT) est content d'avoir un courrier mais il le range et puis c'est tout.*

P9 : *Je n'ai jamais de retour de médecins généralistes par rapport à ça (à l'évocation des courriers de sortie).*

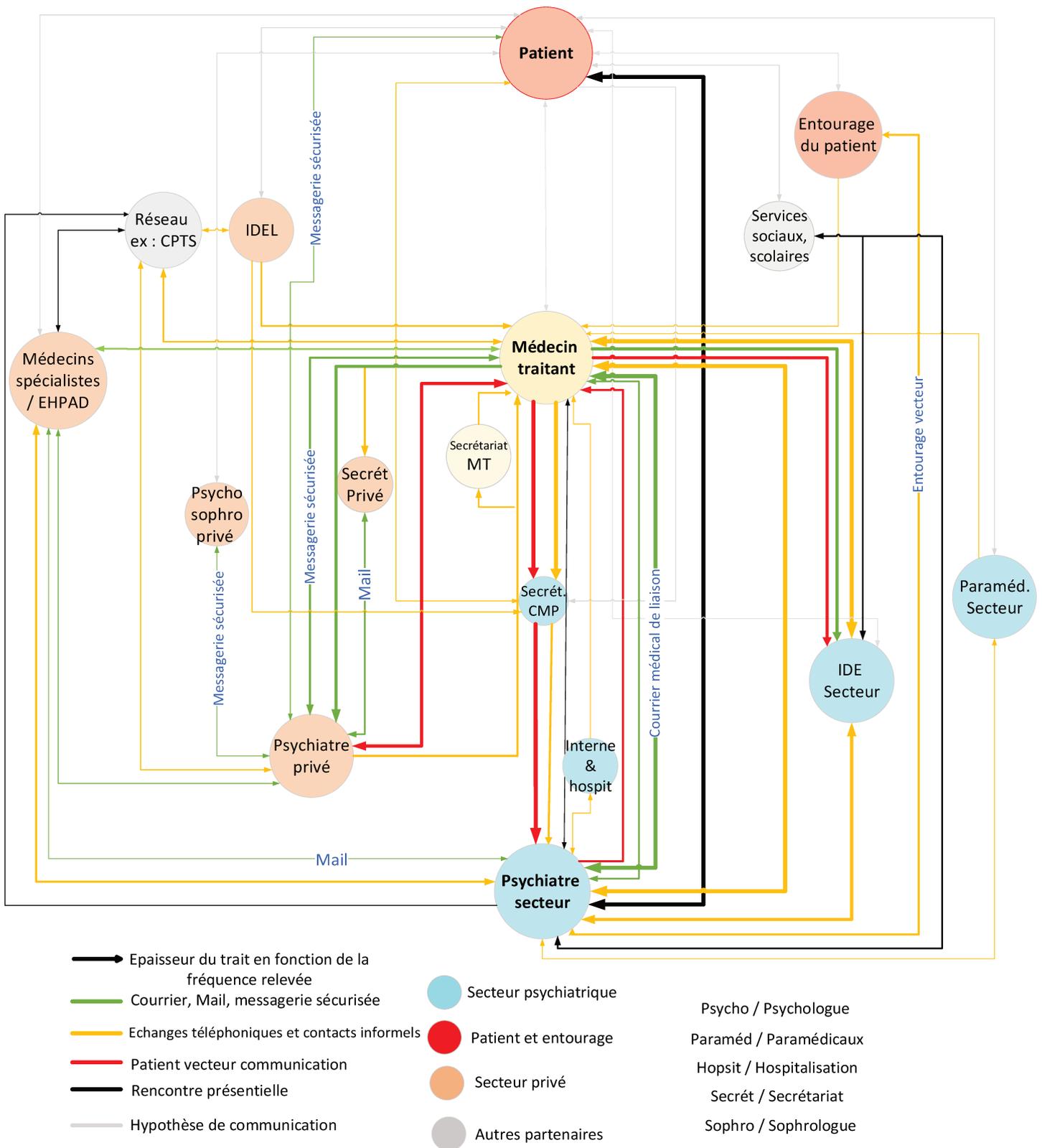


Figure 9. Flux de communication entre le secteur psychiatrique et le médecin traitant relevés chez les psychiatres du secteur Dunkerquois interrogés (2023).

C. Des échanges conditionnés par l'urgence et la complexité

Les échanges directs sont privilégiés dans un contexte d'urgence ou lorsque la situation est jugée préoccupante empreinte de complexité, nécessitant une réactivité, comme dans le cadre d'une hospitalisation ou d'un signalement.

P3 : *Non, des fois ils nous sollicitent, mais c'est... je sais pas, deux ou trois fois par an, pour moi, je veux dire, pour signifier quelque chose d'urgent, ou signaler quelque chose, voilà.*

P6 : *Dans les situations un peu aiguës ou qui me semblent difficiles à clarifier dans le courrier, c'est l'appel téléphonique ».*

P7 : *Il (le MT) voit rarement les enfants, donc c'est très compliqué de travailler avec le médecin traitant, sauf vraiment dans les situations très urgentes.*

P10 : (au sujet d'une situation urgente) *Donc là, vaut mieux un appel, quand même.*

D. Des outils de communication limités

Les psychiatres déplorent que certains outils de communication ne soient pas adaptés, courriers chronophages et insuffisants, dispositifs numériques non sécurisés ou peu opérants, sans oublier les difficultés à joindre leur interlocuteur.

P1 : (à la question du dispositif « Prédice ») *Ça a été une catastrophe, j'ai jamais réussi à mettre le logiciel sur mon ordi.*

P4 : *MS-Santé c'est comme ça, ça marche bien, mais c'est assez peu utilisé.*

P6 : *Je me dis perdre dix, même vingt minutes ou cinq minutes à écrire un courrier.*

Le courrier, entre l'écriture et la réception, il va se passer une semaine ou plus si je suis pas là.

P8 : *Le téléphone, ça marche plus. Les gens sont trop... mais ça je peux comprendre, un coup, moi je suis en réunion, le collègue, lui, est au domicile.*

E. La communication formalisée en sortie d'hospitalisation

Les psychiatres s'accordent à dire qu'en sortie d'hospitalisation l'envoi des courriers de sortie au médecin traitant est systématisé et formalisé.

P3 : *On est obligé d'en faire un, le patient sort avec un petit courrier et on en refait plus complet.*

P5 : *L'échange écrit, c'est les lettres obligatoires oui, c'est quasi systématique que je fais en quelques mots, suite aux hospitalisations des adolescents ici et adressés à tous les médecins traitants des gens hospitalisés.*

P9 : *Ça c'est un truc qu'on fait tout le temps.*

Contrairement au suivi ambulatoire où les échanges ne sont ni systématisés, ni formalisés.

P2 : *Au CMP non, voilà, mais dans le cadre d'une hospitalisation c'est systématique.*

P5 : *C'est pas forcément décliné de manière suffisante. Et on n'a pas eu de de projets spécifiques dans ce domaine là à court terme.*

P3 : *C'est vrai que des fois des patients psychotiques chroniques, du coup, qu'on a depuis trente ans qui ont le même traitement. Euh bon, je fais pas de courrier.*

P4 : (courriers systématiques ?) *Non, du tout.*

A titre exceptionnel certains médecins traitants communiquent avec le psychiatre de manière systématique pour chaque consultation.

P8 : *Dans l'idéal des courriers de liaison avant la consultation psychiatrique, Il y a très peu de médecins qui le font mais c'est apprécié quand c'est fait, moi dans ma file active je dois avoir deux ou trois médecins qui font ça.*

5.2 La collaboration interprofessionnelle

A. Le psychiatre collabore avec d'autres acteurs

Si le travail avec le médecin traitant est peu fréquent, la constellation d'acteurs autour du psychiatre est large. L'articulation s'effectue avec les paramédicaux, ses homologues spécialistes, des professionnels exerçant dans le champ sanitaire, médico-social ou social.

P3 : *Il peut y avoir le médecin de l'ESAT, avec des médecins généralistes j'ai pas souvenir non non, on est souvent en rapport avec les infirmières à domicile oui, mais pas les médecins.*

P4 : *Des psychologues, des sophrologues, quoi encore ? des médecins du travail, d'autres médecins spécialistes dans d'autres domaines, des chirurgiens, des gériatres... Enfin c'est toujours de la médecine. Après avec la justice, parfois le SPIP et autres...*

P7 : *il y a aussi les médecins scolaires qui sont dans la boucle.*

P9 : *potentiellement des TISF pour des patients qui ont des enfants, des fois, tout ce qui va être assistante sociale, CCAS, ce genre de choses.*

B. Le patient partenaire collaborateur

Un partenaire privilégié dans la collaboration avec le psychiatre reste la personne bénéficiaire des soins, le patient est un acteur majeur de la collaboration pour son parcours.

P5 : *Ceux qui font les ponts, ce n'est pas les patients, je n'aime pas ce terme là, enfin, ce sont les gens qui nous consultent.*

P4 : *La plupart du temps on n'a pas de courrier et beaucoup de patients viennent d'eux même.*

P9 : *Le médecin a posé la question à la patiente pour demander à la patiente qu'est ce que la RTMS ? en quoi ça consiste ? mais par contre il ne va pas nous contacter pour essayer d'en savoir plus.*

P10 : *Je demande au patient si je prescris ou si je fais une modification, de montrer la prochaine fois qu'il verra son médecin, mon ordonnance pour qu'il soit au courant.*

L'entourage du patient de part ses sollicitations ou ses inquiétudes participe également à la collaboration auprès du psychiatre et du médecin généraliste.

P3 : *Ses parents avaient été voir le médecin généraliste pour signifier qu'ils étaient inquiets pour leur fille (...) et le médecin m'avait appelé pour me signifier ça.*

P5 : *J'ai beaucoup d'échanges indirects, c'est à dire que les familles que je vois me parlent parfois de leurs échanges avec leur médecin traitant et comment... ce qui leur a dit.*

P9 : *C'est les médecins qui sont interpellés par la famille pour une hospitalisation en psychiatrie.*

C. Le psychiatre en support du médecin traitant

Dans le parcours, le psychiatre est amené à apporter un avis ou une expertise sur le plan clinique pour une hospitalisation ou une requête pour la coordination des soins psychiques.

P8 : *Le médecin a du mal à faire accepter l'hospitalisation et il nous demande un peu « comment on pourrait faire ?*

P9 : *Les seules fois où le médecin traitant nous interpelle, c'est soit un avis, une demande d'évaluation ou une demande euh... on va dire de coordination de soins pour pouvoir faire hospitaliser des patients qui sont au domicile.*

P10 : *Les confrères appellent si ils se posent une question, ou si ils veulent un avis téléphonique.*

P5 : *Récemment, j'ai eu un échange très intéressant avec un médecin qui était bien embêté avec un pré-ado, Il savait pas, comprenait pas les enjeux de sa problématique.*

La demande du MT s'oriente aussi vers l'obtention de certificats administratifs dans un contexte d'arrêt de travail ou pour délivrer des soins sous contrainte.

P4 : *Ils les envoient ici pour que l'arrêt de travail soit fait.*

P6 : *Il demande un petit peu un rapport, une synthèse de ce que nous on observe et c'est là où on est en collaboration je pense.*

P9 : *Lui (le MT) ne pouvait pas faire de certificat d'hospitalisation, ce genre de choses et donc là je l'ai vu en consultation.*

La collaboration avec le médecin traitant peut survenir lors de la mise en place ou la réévaluation d'un traitement psychotrope. Parfois le médecin traitant rencontre une difficulté face à un usage inapproprié et sollicite l'avis du psychiatre.

P2 : *Ils (les MT) ont prescrit un antidépresseur, ça n'a pas marché, et voilà, ils veulent une évaluation.*

P3 : *Le médecin peut demander un antipsychotique, je ne sais pas pourquoi ?*

P6 : *Nous demande finalement quelles sont les modalités de suivi ou qu'est-ce qu'ils font avec l'antidépresseur quand il y en a un ou le traitement de fond.*

P8 : *Il y a des grosses consommations, voilà ça, ça peut être un motif qui va faire qu'on va discuter, qu'on va commencer un petit peu à voir ce qu'on met en place.*

Une délégation du médecin traitant qui laisse parfois entrevoir une forme de « commande » de soins psychiatriques.

P1 : *Donc si on (le MT) peut refiler le bébé... voilà et que du coup, le patient on s'occupera bien de lui « Ils sont contents ».*

P3 : *Donc le médecin s'inquiétait de l'état de la patiente qui voulait que je mette un antipsychotique.*

P4 : *C'est peut-être aussi dans la coordination, une forme de sous-traitance du lien humain que le médecin traitant fait avec le psychiatre et c'est une chose qu'il attend aussi. Pas le temps de parler « mon patient ne va pas bien », « ça je n'ai pas le temps », il dit pas « je n'ai pas le temps » mais plutôt « ça ne va pas bien », « prise en charge adaptée »...ok, j'ai compris...*

Le psychiatre sollicite parfois son confrère généraliste afin d'assurer et de déléguer le suivi et le renouvellement des psychotropes sans que cela soit formalisé.

P2 : *Généralement après un mois de traitement, six semaines, on a quasiment plus de symptômes, voilà, et donc on sait que c'est maintenant la phase de consolidation et il suffira tout simplement de renouveler les ordonnances et euhh... donc on peut réorienter le patient vers le médecin traitant qui va renouveler les ordonnances.*

P7 : *Pour travailler conjointement avec le médecin traitant pour un renouvellement thérapeutique ou pour réaliser un suivi, enfin pour certains traitements, par exemple le méthylphénidate, ou... il y a besoin d'un renouvellement et d'une surveillance mensuelle.*

P2 : *J'ai confié la suite au médecin traitant, voilà, de la prise en charge, qui va contrôler, parce que quand on introduit le Tegretol, il faut faire régulièrement un suivi.*

Le psychiatre ou d'autres professionnels du secteur contactent le médecin traitant pour obtenir des renseignements utiles à l'accompagnement, ou lorsque le patient ou l'entourage sont dans l'impossibilité de collaborer.

P1 : *Ça peut m'arriver du coup d'appeler le médecin traitant « comme on dit » pour avoir un peu plus de renseignements.*

P10 : *Pour avoir des renseignements, antécédents ou traitement, et à fortiori si le patient sait pas nous le dire.*

P7 : *Il (le MT) peut m'apporter des éléments très riches dont je ne peux pas disposer, sur quelques entretiens et sans vraiment réellement connaître l'histoire et le parcours de la famille.*

P10 : *Mais si le patient ne sait pas dire, il prend, il prend des médicaments mais il sait pas dire quoi. L'infirmier de lui-même va appeler le médecin traitant pour savoir de quoi il retourne.*

D. Les médecins ont peu de disponibilité

Les médecins généralistes sont peu disponibles pour les échanges, les rencontres, la coordination.

P4 : *Ils sont débordés, ils ont trois à cinq minutes par patient, ils ne peuvent pas coordonner...*

P5 : *Il y avait très peu de médecins traitants qui sont venus ce qu'on peut comprendre, ils avaient d'autres choses à faire.*

Une contrainte de temps partagée par le psychiatre.

P8 : *On n'a plus la disponibilité qu'on avait avant, avant ils décrochaient le téléphone, on y arrivait et maintenant c'est fini, on y arrive plus.*

P10 : *En ambulatoire on est très « timé ».*

Une indisponibilité du MT éprouvée par le psychiatre, qui impacte aussi le patient, selon lui.

P4 : *Et une chose que les gens ont ici, c'est qu'ils peuvent s'asseoir et parler, et raconter ce qu'ils vivent et ça, c'est ce qu'ils n'ont pas avec leur médecin traitant.*

P6 : *Surtout si le patient a la sensation que nous on n'est pas non plus entendu par le médecin traitant, et voilà par manque de temps, par manque de dispo.*

P9 : *Potentiellement avec les patients « psy », ça demande plus de temps, ça demande plus d'écoute, et je me dis que dans des journées comme ça où ils enchaînent un peu les consultations, ils n'ont peut-être pas envie aussi de prendre ce temps-là quoi.*

E. La collaboration est « professionnel dépendant »

On constate que la collaboration entre le psychiatre et le médecin traitant n'est pas formalisée, elle dépend essentiellement des professionnels qui définissent leurs propres modalités, selon les situations rencontrées ou la discipline pratiquée.

P2 : *En fait c'est au cas par cas.*

P1 : *Ça dépend après vraiment, après si le médecin traitant veut du coup avoir un retour et veut s'impliquer, ça je sais pas...*

P4 : *Il y a des médecins je ne vois jamais, donc c'est qu'ils n'ont pas envie de m'envoyer des patients.*

P7 : *Dans ma pratique en tout cas, enfin peut être qu'en « psy adulte » c'est différent.*

P3 : *Pour moi il n'y a rien de formalisé. Mes collègues travaillent peut-être autrement ?*

P9 : *On va pas forcément les solliciter ou les contacter pour certains patients.*

5.3 Culture médicale et représentation

A. Des cultures médicales différentes

Les psychiatres évoquent leur vision de la culture médicale du généraliste, ils s'accordent pour décrire une pensée cartésienne, vue sous le prisme scientifique, centrée sur un versant somatique, laissant peu de place à la subjectivité.

P5 : *C'est deux domaines tellement différents qui n'ont pas la même culture, enfin, même si la culture initiale elle peut être proche, la culture acquise et par la formation, l'expérience ou la vie, elles sont vraiment différentes, c'est deux mondes bien différents.*

P4 : *Il y a des médecins qui sont extrêmement scientistes, donc ils aiment que les choses soient bien « carrées ».*

P8 : *Ils sont sur les « EBM » pour les anti-hypertensifs, etc... Donc moi, je veux bien, c'est une vision, je dirais pour moi « scientiste », « statisticienne » de la médecine qui a fait ses preuves en cancérologie, en bactériologie, mais le problème c'est qu'on ne traite pas un cancer, on ne traite pas une bactérie, on ne traite pas quelqu'un qui a une infection, c'est pas la même chose et du coup tous ces aspects relationnels, tous ces aspects intersubjectifs ont été complètement remisés sur la psychiatrie.*

P9 : *Ils sont beaucoup plus sur des « Voilà », tout ce qui va être « endocrinologie, cardiologie, les ECG... ».*

Un croisement des cultures qui peut amener à des situations clivantes.

P9 : *Ils estiment un peu gérer leur partie, nous on gère peu la nôtre.*

P6 : *Moi ce que je vis souvent, c'est des situations de clivage.*

P5 : *Il n'y a pas assez d'échanges, c'est deux mondes trop séparés, il n'y a pas assez de ponts.*

B. Une discipline complexe qui nécessite une expertise

Une hypothèse émise par les psychiatres serait que le médecin traitant est en difficulté quant à la connaissance du domaine psychiatrique : psychotropes, psychiatrie de l'enfant et de

l'adolescent, addictions, soins sous contrainte ou encore une méconnaissance des dispositifs déployés par le secteur.

P2 : *Ça s'explique par une faible maîtrise du maniement des psychotropes.*

P6 : *Leur manque peut-être de connaissances en psychiatrie.*

P5 : *J'imagine que les médecins traitants ils ont besoin de connaissances concernant la pédopsychiatrie et la prise en charge des enfants qu'ils suivent par ailleurs au niveau somatique.*

P8 : *Ça veut dire qu'ils ne savent pas manier les outils sectoriels.*

C. Une stigmatisation

Les psychiatres déplorent une vision où la maladie mentale et la discipline seraient en proie à une stigmatisation de certains médecins généralistes.

P4 : *Il y a ceux qui ne veulent pas entendre parler de la maladie mentale, ça les fatigue, c'est long, c'est compliqué, donc ils font une lettre qui fait une ligne en disant « consultations psy », point, et puis ils ne veulent plus en entendre parler.*

P9 : *C'est que comme si la psychiatrie, c'est un peu la médecine « bas de gamme » entre guillemets, et ils ont pas forcément envie de prendre plus de temps.*

P10 : *J'ai une situation douloureuse avec un schizophrène qui est mourant, il avait un médecin qui l'a pas vu depuis bien avant le covid parce que bon... il était pas « vraiment » malade.*

Une représentation qui peut s'étendre au domaine des thérapeutiques.

P4 : *Ils considèrent qu'il y a des traitements nobles du somatique et les traitements secondaires de la psychiatrie.*

P1 : *Ils ont un très très très gros problème, c'est qu'ils n'aiment pas du tout, du tout prescrire des psychotropes.*

P3 : *Ça arrive que les généralistes disent « non moi je renouvelle pas ce traitement ». Voilà. Parce que c'est mis par le psychiatre.*

Une vision péjorative qui s'étend à d'autres milieux, de l'hospitalier jusqu'au patient lui-même.

P10 : *Le patient arrive aux urgences, il monte dans un étage (de l'hôpital), quand on ne le rejette pas parce qu'il est « psy ».*

P9 : *Souvent ils (les patients) ne veulent pas maintenir le suivi en psychiatrie, alors peut-être, pareil par rapport à une mauvaise perception, enfin une forme de stigmatisation de la « psy ».*

D. Une autre représentation

La vision psychiatrique concernant le MT se veut nuancée, que ce soit sur le regard porté sur les auxiliaires médicaux, son apport holistique, avec une place centrale dans le parcours. Une compréhension bienveillante face aux difficultés que les généralistes peuvent rencontrer.

P7 : *L'avis du médecin traitant est très important vu qu'il a un regard global, familial et il peut m'apporter des éléments très riches dont je ne peux pas disposer.*

P3 : *C'est vrai que le généraliste c'est quand même la pierre angulaire du soin.*

P8 : *Nos infirmiers sont mieux acceptés par les généralistes qu'à l'époque. À l'époque, c'était très compliqué euh.... Voilà, qu'il ai un recueil et un accueil par l'infirmier. Ils voulaient parler « au Docteur », ouais, c'est pas si vieux que ça.*

P9 : Ils enchaînent beaucoup, c'est vrai que je ne sais même pas si eux ont la possibilité de se poser, d'avoir cette réflexion sur leurs pratiques et je pense que j'essaie d'être un peu plus tolérant vis-à-vis de ça.

E. Des recommandations méconnues

Hormis la formalisation des courriers de sortie d'hospitalisation, malgré sa connaissance des recommandations au sens large, le psychiatre n'a pas de connaissance des recommandations ou des guides de bonnes pratiques dédiés à la coordination avec le médecin traitant.

P4 : Oui, dans la qualité des lettres de sortie, quelque chose comme ça, mais des recommandations entre... spécifiquement médecin traitant/psychiatre, il y en a ?

P1 (Est-ce que vous avez déjà eu vent de ces recommandations ?) : Non.

P6 : Je ne suis pas allé jusque-là. Je dirais que c'est plutôt le bon sens et là...

P10 : Moi, les bonnes pratiques, les recommandations, l'HAS... On pourrait y passer sa journée sans voir de patients, c'est très bien, et puis on sera au fait des recommandations.

5.4 Conséquences de l'absence de coordination

A. Conséquences pour le patient

L'absence de coordination avec le médecin traitant peut générer une incompréhension de la part du patient qui se confronte parfois à des visions ou des propositions divergentes. Conséquences qui s'inscrivent de manière plus large dans une perte de chance ou des difficultés de repérage pour les personnes atteintes d'un trouble psychique.

P5 : Les gens donc sont parfois confrontés à ces deux visions là et qui sont rarement rassemblées. Donc pour eux, ça doit être difficile parfois pour eux de s'y retrouver.

P6 : Euh je pense que le patient s'y retrouve pas et il est dans l'incomp...(incompréhension).

P8 : On va mourir plus tôt et on aura plus de maladies plus tôt, et on aura des des maladies plus invalidantes diagnostiquées bien plus tardivement. Donc ça c'est un vrai problème, pour moi, les conséquences, elles sont là.

P8 : Alors par exemple, c'est des pertes de chances, des pertes de chance, des repérages trop trop tardifs des troubles, quelquefois des incompréhensions.

P4 : Ils (les patients) n'espèrent rien de la coordination, ils ont, ils ont laissé tomber.

B. Conséquences sur la pratique médicale

Face aux difficultés rencontrées dans la collaboration ou devant l'absence de médecin traitant, certains professionnels ont le sentiment d'adapter leur fonctionnement, ils prennent une place de « psychiatre traitant », en gérant le suivi somatique, les renouvellements ou en assurant la coordination avec d'autres spécialistes.

P1 : Après on se retrouve en fait...Nous sommes en fait « psychiatre traitant », voilà ! et moi entre « du coup » les prescriptions, là j'ai encore à faire un Béta HCG plasmatique, euhhh des traitements anti-inflammatoires, traitement pour le diabète...

P3 : Donc je fais des fois des courriers directement à des spécialistes, notamment un neuro, parce qu'il y a une grosse intrication « psychiatrie et neuro », maladie de Parkinson, démence tout ça...

P8 : *C'est nous qui faisons les démarches avec l'infirmière du CMP qui est derrière, donc il va aller voir le cardiologue, il va faire son épreuve d'effort, voilà on s'est adapté.*

P9 : *On est même amené des fois, faire les renouvellements de traitements somatiques ou ce genre de choses. Mais c'est qu'en termes de suivi euh....*

P7 : *Enfin j'ai peut-être adapté effectivement mon fonctionnement aux difficultés de joindre le médecin traitant et d'avoir du temps de disponibilité avec le médecin traitant.*

Place de « psychiatre traitant » qui peut être prise aussi à l'inverse par le médecin traitant.

P9 : *Si jamais il y a des patients qui se sentent moins bien, c'est vrai que les médecins vont essayer les antidépresseurs.*

P9 : *Et je pense que des fois certains ils veulent gérer un peu par eux-mêmes.*

C. Conséquences sur le parcours de soin

Certains psychiatres reçoivent des personnes dont les orientations dans le parcours ne sont pas optimales, un souci qui peut occasionner des hospitalisations, une perte de temps, un défaut de repérage et qui peut générer des risques de complication ou l'apparition de nouvelles pathologies.

P1 : *Et du coup elle (la patiente) arrive en psy, pour finalement re-basculer en gériatrie, avec une prise en charge en neurologie. Là voilà, et pendant tout ce temps-là le patient il circule. Il a un manque de chance à un moment donné.*

P9 : *Il y a des situations d'hospitalisations qui ont lieu en psychiatrie qui pourraient être évitées si peut-être il y avait effectivement un meilleur lien.*

P4 : *On nous envoie un petit peu le tout venant ici, et on doit faire le tri pour savoir si effectivement les gens doivent partir sur le CMP.*

D. Conséquences sur le ressenti des psychiatres

Face aux difficultés pour se coordonner avec le médecin traitant, les psychiatres ne sont pas satisfaits. On constate une certaine frustration. Les professionnels manifestent leur souhait d'améliorer cette situation.

P5 : *C'est insatisfaisant, dans... y a pas, il n'y a pas assez de coordination, il n'y a pas assez d'échanges.*

P4 : *Les patients prennent un rendez-vous tout seul, voilà. Est-ce que c'est satisfaisant ?... Euh... pffff, ouais !...*

P6 : *Pour moi c'est très peu satisfaisant pour le coup... Très peu satisfaisant.*

P8 : *Non, on n'est pas bon du tout. Et quand je dis « on », c'est le système, on n'est pas bon du tout, du tout, du tout, de mon point de vue. On peut que progresser sur ce coup-là.*

P9 : *C'est sûr qu'on a envie de faire plus, on a envie d'aller plus loin.*

Lorsque le lien avec le MT est présent, la satisfaction du psychiatre est clairement identifiée.

P5 : *J'étais surpris en bien et ça a été vraiment intéressant, et ça, ça nous a aidé mutuellement.*

P8 : *Il y a très peu de médecins qui le font mais c'est apprécié quand c'est fait.*

P10 : *Quand j'appelle ou on m'appelle, c'est très cordial et on passe 5 minutes au téléphone est c'est intéressant, c'est utile, surtout pour le patient.*

5.5 Perspectives

A. La formation médicale comme levier

Dans la perspective de l'amélioration de la collaboration avec le médecin traitant, les psychiatres préconisent l'acquisition de connaissances psychiatriques (traitements, pathologies, outils sectoriels) à travers les stages d'internat en psychiatrie ou en gériatrie pour favoriser une approche globale.

P1 : *Qu'ils se cultivent davantage etc... par rapport aux psychotropes.*

P8 : *Quand on voit quand même la part, dans leur activité de la santé mentale, c'est 40 à 60% de leur activité, quand on met l'insomnie, le stress, l'anxiété, ils n'ont pas de stages obligatoires. Donc ça veut dire qu'ils ne savent pas manier les outils sectoriels puisqu'on leur apprend pas.*

P6 : *Les médecins généralistes qui ont... parce qu'il n'y a pas des très très jeunes pour être honnête, qui ont la quarantaine et qui potentiellement sont passés par des services de gériatrie, je pense qu'ils ont une approche globale des choses, sont plus dans ce besoin d'échange et nous contactent beaucoup plus, et sont beaucoup plus, sont beaucoup plus présents dans les prises en charge que les médecins de formation antérieure.*

P9 : *La psychiatrie, c'est pas un stage qui est obligatoire pour les médecins généralistes, que ce soit durant les 6 premières années d'études ou durant l'internat ils sont pas obligés de passer en psychiatrie et j'ai l'impression que des amis que j'ai, enfin médecins généralistes, qui sont passés en psychiatrie sont, voilà, un peu plus sensibilisés à ça.*

P8 : *Si on avait du temps on pourrait même faire de la télé formation entre nous.*

B. Communiquer avec des outils adaptés de façon plus systématique

Les outils de communications à prioriser sont des outils rapides, faciles, synchrones ou asynchrones, des outils numériques de préférence, comme la messagerie instantanée, la visio-conférence, une application dédiée ou le mail, avec l'idée de systématiser plus largement les échanges.

P1 : *Il faut que ce soit des choses rapides et qu'on puisse regarder quand on veut.*

P4 : *La messagerie instantanée, c'est très intéressant ça.*

P3 : *Trouver un petit temps d'échange comme vous dites, pourquoi pas en visio.*

P8 : *Peut-être une application, quelque chose, mais qu'il y ait une fiche de liaison.*

P6 : *Ça pourrait être une ligne dans un mail ou dans un texto.*

P5 : *Appeler systématiquement les médecins traitants.*

C. Favoriser la proximité avec le médecin traitant

Un professionnel du secteur dédié qui ferait le lien, un « trait d'union » pour fluidifier les échanges avec le médecin traitant.

P5 : *S'astreindre peut-être à un échange par un tiers qui pourrait médiatiser ça, de l'équipe.*

P3 : *Qu'il y ai quelqu'un qui soit, qu'ils sachent qu'ils peuvent appeler quelqu'un peut-être à un moment donné, quelqu'un qui soit un peu fil rouge pendant la semaine.*

P6 : *Ça, c'est vraiment d'avoir un interlocuteur privilégié.*

P9 : *Avoir un soignant de l'équipe qui se détache pour faire ce lien là finalement, ça c'est sûr. Et en même temps, c'est des fois peut-être le plus simple.*

Une proximité qui peut se concrétiser également par des rencontres, des temps dédiés avec les MT, avec pour objectif, une meilleure identification des partenaires et l'échange d'informations.

P9 : *Faire des réunions pour qu'on puisse se retrouver pour discuter justement un peu des de ces axes là, qu'on puisse échanger aussi avec les médecins traitants, voir ce que eux ils estiment comme étant compliqué dans la prise en charge.*

P3 : *Pour que les gens puissent se rencontrer ce serait pas mal, qu'ils puissent échanger entre eux de leurs difficultés de leurs envies, tenter des expériences.*

P6 : *Des temps informels de rencontre avec certains généralistes. C'est la création du réseau en fait je pense.*

D. Un système de santé en souffrance

Évoquer les perspectives amènent à faire le constat partagé d'un système de santé en difficulté, avec une baisse de la démographie médicale pointée par les psychiatres.

P7 : *La pénurie médicale dans toutes sortes de spécialités, enfin que ce soit en psychiatrie ou en médecine générale.*

P2 : *Bien sûr il faut qu'il y ait plus de psychiatres, là, ça évitera que nous on s'appuie un peu trop sur les médecins traitants.*

P10 : *Il y a le départ de beaucoup de médecins sur le Dunkerquois et on se retrouve maintenant avec des patients qui n'ont même plus de médecin traitant.*

Une charge de travail en augmentation est également citée, elle oblige à recentrer les actions.

P1 : *Pendant six ou sept ans j'arrivais à faire quand même un courrier à chaque nouveau patient.*

P7 : *Le nombre de patients ne fait qu'augmenter depuis quelques années maintenant.*

P8 : *On n'a plus la disponibilité qu'on avait avant.*

E. IPA fonction plurielle

Les psychiatres s'accordent à dire que la coordination entre le secteur et le médecin traitant pourrait être une des fonctions de l'IPA. Lien dans les échanges communicationnels, ayant la connaissance du dossier médical, acteur dans l'accompagnement du parcours patient, avec l'organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelle par exemple. Un diagramme permet d'illustrer la pluralité des représentations de la nouvelle fonction (Figure 10), qui va au-delà de la coordination avec le médecin de ville.

P3 : *Je pense qu'il y a toute la place en effet, pour de notamment de la coordination en effet, vu qu'on fait pas vraiment.*

P1 : *Ça permettait de bien fluidifier les choses, sinon ça enlise. Quelqu'un qui coordonne, c'est très bien.*

P5 : *Ça pourrait être celui qui coordonne les échanges plus systématiques avec le médecin traitant, en réfléchissant sur les modalités de rappel.*

P6 : *Ce tiers, trait d'union entre nous et eux, c'est à dire de comment dire... dans cette possibilité d'ouvrir le... quand les situations, quand on a besoin de communiquer avec ce médecin traitant.*

P7 : Organiser des réunions annuelles où tous les acteurs, les différents intervenants, soient rassemblés autour de la table pour voir le projet du patient.

L'IPA pourrait coopérer avec le MT concernant la guidance thérapeutique et l'information.

P2 : les IPA pourraient comme je le disais, mieux guider les médecins traitants par rapport à la prescription et surtout que eux d'ailleurs ils peuvent prescrire.

P9 : Un infirmier IPA pourrait totalement s'intriquer là-dedans pour faire peut-être cette ... Comment est-ce qu'on pourrait dire une forme de formation, d'aide, ou d'orientation pour les traitements.



Figure 10. Représentation des psychiatres du secteur Dunkerquois concernant le rôle IPA dans le cadre de la coordination (2023).

Concernant le rôle IPA, les psychiatres envisagent la fonction de manière plurielle, élargie à d'autres fonctions auprès du patient, des équipes et du MT. Par exemple en support de l'équipe avec une position de recul et de leadership.

P5 : *Qu'il (l'IPA) puisse mettre en place un travail avec les autres personnes du service, mais lui plutôt coordonnateur de l'action, plus coordinateur du projet de l'action.*

P5 : *Dans sa posture un peu en situation méta de recul, ça peut être, « je prends un domaine » qu'il pourrait investir et créer quelque chose, un outil que pourrait servir dans d'autres services.*

P8 : *Que l'IPA mène la barque, le jeu, prescrit une hospitalisation, il faut qu'il puisse aussi, je pense, aller jusqu'au bout de la démarche, guider ses collègues, en disant, voilà quels sont les objectifs.*

P9 : *Avoir une personne qui est motrice d'une équipe et peut-être qui amène aussi à réfléchir différemment sur les pratiques ou sur un patient, sur une thérapeutique ce genre de chose, voir même en parcours de soins.*

Ou dans des fonctions de recherche et de prévention.

P3 : *Je vois plus votre rôle, en effet, de coordination, de recherche ou de, de prévention.*

P7 : *Prévoir des groupes d'éducation thérapeutique, que ce soit enfin, si je prends le cas particulier de la pédopsychiatrie peut-être avec avec les parents, parents-enfants.*

Une place dans le suivi clinique des patients nécessitant le suivi de comorbidités somatiques.

P8 : *Ça permettrait quand même d'essayer de créer du lien sur des situations quand même particulièrement préoccupantes, comme ces patients qui cumulent, qui cumulent nos problèmes psychiatriques avec en lien ou non avec la pathologie psychiatrique, déjà pour ces gens qui sont à risque et qui ont de gros problèmes somatiques.*

Une fonction qui permettrait aussi de faire le pont entre les paramédicaux et les médecins.

P5 : *Oui une fonction qu'il fallait créer, que j'imagine un peu en position méta ben oui entre les équipes et les médecins.*

P9 : *Pourquoi pas améliorer l'articulation entre médecins et infirmiers, c'est vrai que des fois c'est pas toujours... Même si en psychiatrie j'ai l'impression que là-dessus il n'y a pas de soucis mais peut-être dans des spécialités médicales cardio ou autres... il y a des choses à faire.*

La Méconnaissance de la fonction reste cependant le frein principal.

P1 : *Parce que, IPA il n'y a que la mention psychiatrie ?*

P3 : *Et un renouvellement d'ordonnance ? ah oui... ?*

P7 : *Je pense que ça fait partie un peu des rôles, je ne connais pas forcément.*

Une fonction parfois indifférenciée avec d'autres professions comme les IDE exerçant sur le secteur voire même le psychiatre.

P10 : *Mais de façon plus restreinte, c'est ce que font nos infirmiers de secteur.*

P3 : *Par rapport aux infirmières de CMP, j'ai du mal à situer.*

P2 : *Parce que je peux dire que IPA + médecin généraliste ça fait psychiatre quoi (rire).*

Une méconnaissance qui pourrait faire craindre des « glissements ».

P9 : *Je me dis on aurait tendance à facilement déléguer et du coup, laisser une surcharge de travail à L'IPA potentiellement, et ça, c'est vrai qu'il faut faire attention à ça aussi, parce que l'idée est aussi de la profession, c'est aussi que ce soit un apport et pas une substitution.*

P8 : *Il faut faire attention que L'IPA soit pas manipulé pour forcer le passage.*

L'ensemble de ces éléments recueillis auprès des psychiatres du territoire permettent de mieux appréhender la place que pourrait occuper l'IPA dans la coordination entre le secteur et le médecin traitant, des potentialités qu'il est utile d'explorer.

6. Discussion

6.1 Résultats

La question principale de cette recherche était « Comment l'intervention de l'IPA mention psychiatrie santé-mentale peut-elle contribuer à la coordination entre le secteur psychiatrique et le médecin traitant ? ». A travers la pratique et les représentations recueillies auprès des psychiatres du secteur Dunkerquois, je peux affirmer que les compétences de l'IPA permettent de contribuer à la coordination entre le secteur psychiatrique et le médecin traitant. Cette contribution se construit sur plusieurs niveaux :

- La coordination du parcours patient.
- La communication.
- La fonction support.
- Enfin un rôle d'information et de formation auprès des professionnels.

6.2 La coordination du parcours

6.2.1 Repenser la coordination

Cette étude permet d'éclaircir le concept de coordination. Dans la grille d'entretien proposée, le mot articulation avait été préféré aux termes « coordination », « collaboration » ou « coopération » afin de ne pas induire une thématique en particulier ou donner une indication sur le contexte dans lequel évolue le psychiatre avec le MT.

Je constate que la notion de coordination est employée à plusieurs reprises par les informants, si l'on se réfère à l'article de Klopfenstein-Crélerot et Bosc-Fishman (2016, p. 2), le prérequis à la coordination est l'identification d'un coordinateur, le déclenchement momentané du dispositif, la réalisation d'un état des lieux des ressources, la mise en commun d'un objectif, et la connaissance du réseau. Lorsqu'il s'agit du lien entre les acteurs, ces éléments ne sont pas réunis, la modélisation de la collaboration interprofessionnelle proposée par Carreau et al. semble plus appropriée et nous aide à définir les échanges avec le MT. Cette conceptualisation arbore un continuum évolutif de collaboration en fonction de la complexité de la situation (Carreau & al., 2018) (annexe 6). L'« ajustement mutuel » (Mintzberg, 1982) du psychiatre et du MT est souvent conditionné par l'urgence et la complexité, même si la collaboration

interprofessionnelle est effective dans le cadre de l'unidisciplinarité ou la multidisciplinarité, à ce stade les échanges sont principalement informatifs. Lorsque la situation se complexifie, ce fonctionnement peut présenter des limites puisqu'il nécessite une action interdisciplinaire. Il est alors préférable de formaliser la coordination de l'intervention en mettant en place, par exemple, une concertation pour envisager des objectifs communs. Une perspective qui permet d'envisager l'intervention de l'IPA comme coordinateur (Klopfenstein-Crélerot et Bosc-Fishman, 2016, p. 17) adaptable en fonction du degré de complexité de la situation. « Il existerait ainsi une gradation dans la coordination, liée à la complexité de la prise en charge » (Cargnello et Franchistéguy, 2020, P.73). Un seuil de déclenchement du dispositif de coordination pourrait se définir avec l'appui de l'équipe pluridisciplinaire, au décours de situations qui se dégraderaient ou se cumuleraient des critères de vulnérabilité (Liendle, 2012, P.304) au sens d'une « diversité de facteurs participant au désordre » (Pringuey & al., 2009) associés aux troubles psychiques, ou sur des situations d'hospitalisations répétées par exemple.

Une fois formalisée, la coordination pourrait prendre la forme d'un plan personnalisé de coordination en santé tel qu'il est défini par la HAS, modèle adaptable qui permet « d'homogénéiser la coordination des situations complexes, en particulier via les systèmes d'informations en santé » (HAS, 2019). Le préalable étant la co-construction avec le patient et possiblement son entourage.

6.2.2 Un collaborateur privilégié

La collaboration avec le patient, il en a été question à plusieurs reprises. Occupant une place informelle mais centrale dans le dispositif collaboratif, il est représenté comme vecteur dans la communication, acteur ou collaborateur. Une posture qui fait lien avec la notion d'« empowerment » qui se définit par le « processus de développement et d'acquisition d'un plus grand contrôle ou pouvoir sur sa vie et par conséquent, sur sa santé » (Gagnon, 2012, P.173) qui permet à la personne soignée d'apporter sa contribution dans son parcours. J'ai pu constater que les psychiatres collaboraient avec les patients pour véhiculer une information, transmettre des questions au sujet de leur thérapeutique, il arrive qu'à défaut de collaboration avec le patient, le psychiatre se tourne vers le médecin traitant. Cette inclusion du patient dans la collaboration, S. Aubriet & L. Faut (2021, P.496) l'évoquent pour améliorer la santé en renforçant les « trois ressources-socles : la personne elle-même, l'entourage, et la médecine primaire ». Cette mise à contribution des usagers (à différencier d'une injonction) fait partie de recommandations de la HAS (2020) avec pour objectif d'atteindre « le plus haut niveau d'engagement possible » dans un ajustement avec les professionnels, quel qu'en soit la forme : soins, prise de décisions, formations, intégration dans les instances, recherche, ... Cette perspective d'accompagnement (Catherine, 2012) s'intègre dans l'éducation thérapeutique du patient, traduite par « aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. » (HAS, 2013). Pour ce faire l'IPA peut s'appuyer sur son référentiel de compétence N°3 relatif à la « conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique ». Cela pourrait se concrétiser par un accompagnement individuel ou groupal autour de la gestion des informations médicales, l'accompagnement du dossier médical partagé via l'espace numérique

de l'assurance maladie « mon espace santé » (dossier médical, messagerie sécurisée), ou encore l'accompagnement de transmission d'information et des éléments prioritaires à communiquer aux interlocuteurs, par exemple avec un outil de liaison (mise en place d'un carnet par exemple). Pour illustrer cette vision collaborative avec le patient, D. Lecocq (2018, P.28) évoque un nouveau continuum des positions dans les échanges, plaçant la personne soignée comme partenaire à part entière. La notion de patient partenaire fait référence à une collaboration où la personne soignée souhaite devenir partenaire dans ses soins, et où un professionnel de santé met en commun ses connaissances complémentaires sur la vie avec la maladie et la maladie

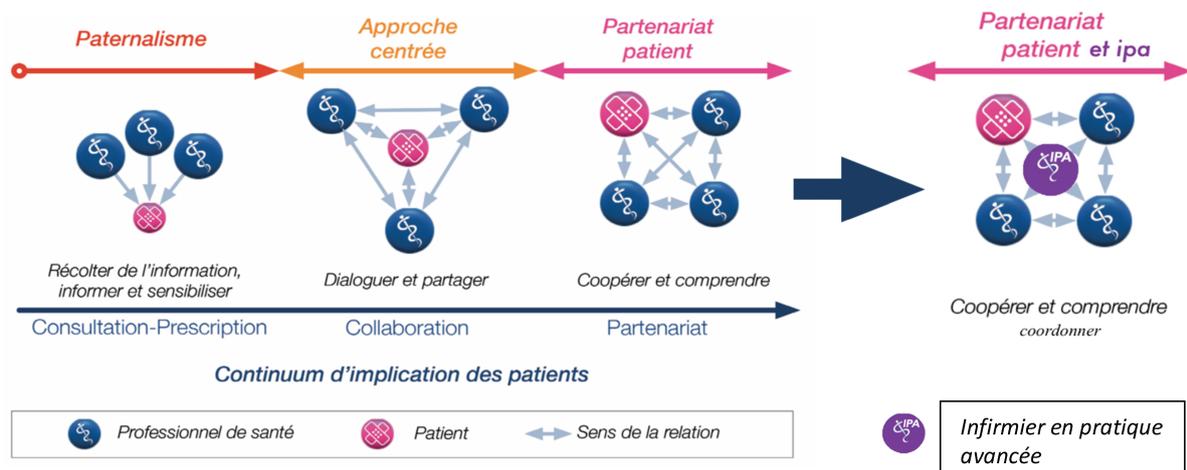


Figure 11. Représentation du continuum d'implication des patients de Lecocq et Neron ajustée à l'intervention du rôle IPA (2018).

elle-même. Une approche qui permet au patient de devenir un allié du système de soins et de développer des compétences complémentaires (figure 11).

Pour compléter cette modélisation, la place de l'IPA pourrait s'envisager au carrefour du parcours (figure 11), à l'intérieur du système, sans « prendre la place d'un autre professionnel de santé » (Plouzennec et Larzul, 2022, P.127) en s'inscrivant dans les interstices du parcours pour le fluidifier (spécifiquement dans les situations de complexité) grâce à la mobilisation de ses compétences :

- Evaluation clinique et diagnostic pour limiter les délais d'accès aux soins.
- Identification des ressources et des besoins pour développer des actions sans doublon.
- Recherche et création du réseau d'acteurs pour favoriser l'émergence d'une créativité dans les propositions.
- Collaboration avec les acteurs du secteur psychiatrique et de la ville avec un ciblage des informations et un langage commun.
- Assurer la veille médicamenteuse et déclencher la conciliation en cas de nécessité.
- Veiller à la continuité des soins en s'appuyant sur l'alliance thérapeutique et la permanence du lien.
- Aborder les soins de manière préventive et proactive avec la personne et ses aidants (Guay, 2007).

Concernant cette coordination du parcours des personnes souffrant d'un trouble psychique, la HAS émet plusieurs propositions d'amélioration qui vont dans le sens des données de recherche (Figure 12) (HAS, 2018, P.17).

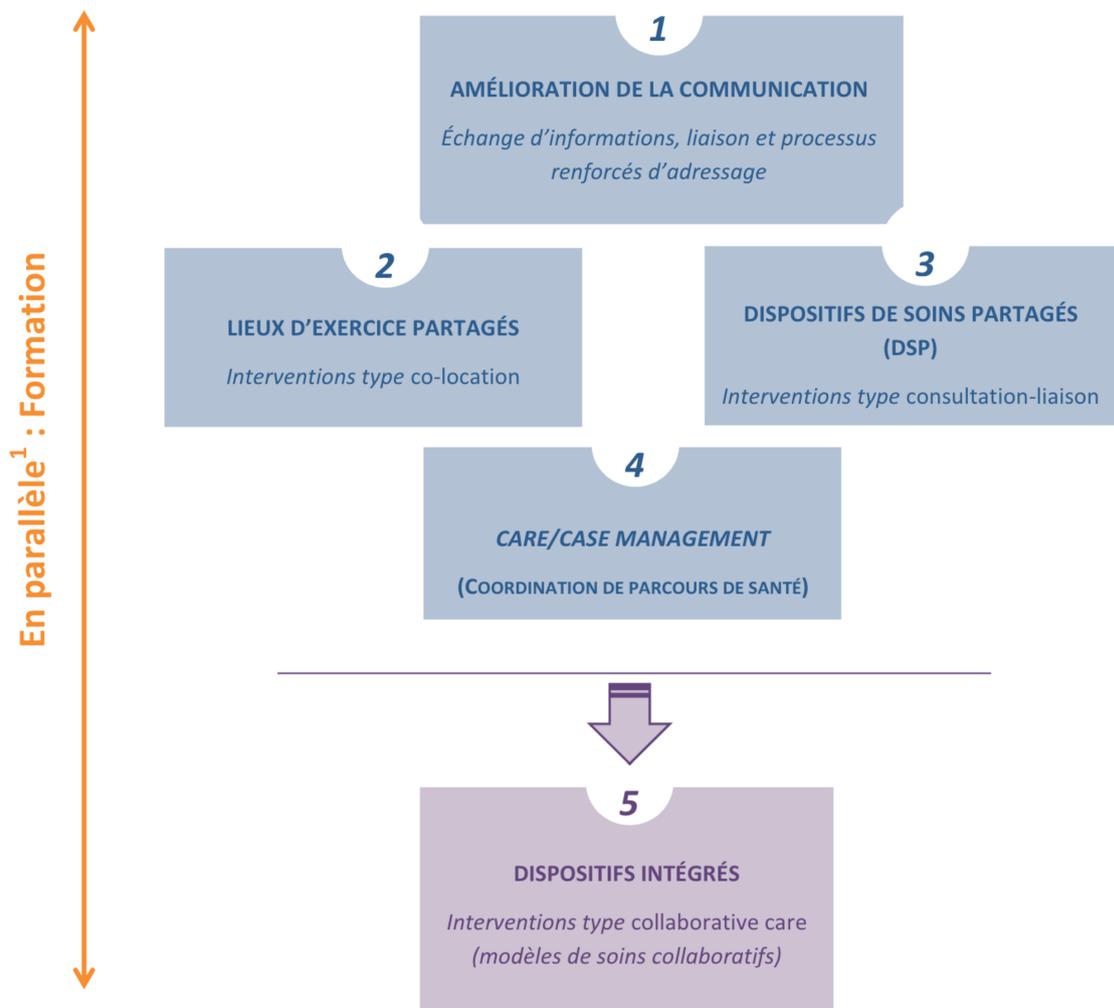


Figure 12. Typologie possible des expériences d'amélioration de la coordination identifiées en France et à l'étranger. (HAS, 2018).

6.3 La communication

Considérés comme rares et unilatéraux par les psychiatres interrogés, ces résultats concordent avec le point de vue de médecins généralistes qui estiment cette communication avec leurs collègues psychiatres comme problématique (Milleret & al., 2014, P.314). Les échanges sont unilatéraux dans 74% du temps lorsque le médecin traitant adresse un courrier, les généralistes comme les psychiatres qui font les mêmes constats sont insatisfaits par ce manque de communication. Des données coïncident avec les résultats retrouvés dans la littérature, qui estiment que la communication comme la coordination sont insuffisantes (Cohen & al., 2021). Dans une démarche de certification, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins en

établissement de santé pour l'EPSM des Flandres⁷ (2019), seuls 9 % des dossiers audités remplissaient les critères liés à la coordination « ville-hôpital ». 52% de ces dossiers ne remplissaient pas les critères concernant un contact annuel entre le secteur ambulatoire et la médecine de ville. 37% n'identifiaient aucun médecin traitant.

6.3.1 Communication recommandée

A la question de la formalisation et des recommandations, le courrier de sortie d'hospitalisation envoyé au MT est cité majoritairement et de façon exclusive par les psychiatres, cependant les résultats de ces indicateurs liés au courrier de sortie vers le médecin traitant sont estimés à 32% de conformité sur l'établissement où exercent les informants, pourtant cités par l'ensemble des informants.

Initiée il y a près de 10 ans, une charte de partenariat national entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur (ANPCME, 2014) (Annexe 7) avait été établie, portant sur plusieurs points, dont l'aspect communicationnel : Accès téléphonique direct, transmission d'informations au sujet du projet de soins, information lors des entrées et sorties d'hospitalisation.

Nous pouvons en déduire que la formalisation des recommandations en matière de communication entre le secteur et le MT ne garantit pas l'efficacité des échanges.

Partant du postulat que les psychiatres sont désireux de faire évoluer cette situation, ils souhaiteraient la mise en place de moyens de communication rapides, accessibles, efficaces et sécurisés. Les outils de communication tels que les échanges épistolaires et téléphoniques ne permettent plus de répondre aux attentes et aux contraintes de disponibilité.

Pour répondre à cet enjeu, l'IPA pourrait avoir un rôle prépondérant dans le déploiement de nouveaux outils numériques, en s'appuyant sur « la feuille de route nationale du numérique en santé 2023 - 2027 » (Ministère de la Santé, 2023).

6.3.2 L'outil numérique

Messagerie sécurisée, visioconférence avec les acteurs du parcours, prise de rendez-vous en ligne fléchée pour les professionnels, dossier partagé, messagerie instantanée, télé-expertise en support du médecin traitant. Autant d'outils cités par les psychiatres et qui illustrent que « L'utilisation des nouvelles technologies favorise le développement de nouveaux modes de coordination » (Cargnello et Franchistéguy, 2020). Le programme régional « prédice »⁸, déployé en collaboration avec l'ensemble des partenaires santé et porté par l'Agence Régionale de Santé, pourrait être une réponse regroupant les attentes des professionnels et des personnes soignées. Son déploiement pourrait être accompagné par l'IPA dans ses missions d'« Organisation du parcours de soins et de santé et des activités en lien avec le médecin traitant

⁷ Source interne à l'établissement.

⁸ Prédice « ma santé en hauts-De-France ». Site internet https://www.predice.fr/portail_usager/ (consultation 04/2023).

ou le médecin spécialiste de recours et l'ensemble des acteurs du parcours à l'hôpital et en ville » (Arrêté du 12 août, 2019). Un dispositif qui permettrait de « soutenir une communication efficace et pérenne entre la ville et l'hôpital » (Plouzenec & Larzul, 2022).

Concernant les canaux de communication plus « classiques », la HAS propose plusieurs propositions qui abondent dans le sens d'une systématisation des échanges épistolaires ou d'un accès téléphonique direct pour les MT. Le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (2010) a émis des recommandations pour les critères rédactionnels du courrier dans le cadre d'une demande de consultation pour une première demande : questionnement, émission d'hypothèses, projet de soins ou les modalités de suivi partagé qui ouvrent à la coopération.

6.4 Fonction support

Face aux difficultés rencontrées concernant la coordination ou la collaboration entre les professionnels du secteur psychiatrique et le MT, M. Hardy-Bailey et N. Younes (2014) ont repéré l'influence directe que pouvait occasionner ces manques pour le patient et les professionnels. L'utilisateur peut subir un retard ou une absence de diagnostic, une rupture des soins, des examens complémentaires inutiles, un risque d'être perdu de vue ou encore un traitement inadéquat avec des risques iatrogènes. De plus, le patient peut perdre confiance et ses attentes deviennent incomprises, en raison de divergences entre les professionnels de santé. L'impact sur la qualité des soins se manifeste par une fragmentation des soins, un risque de duplication des services et potentiellement complique leur planification. La confusion des rôles et des responsabilités compromet la continuité et la coordination du parcours de soins, pouvant créer des tensions dans les relations entre les praticiens et jusqu'à questionner la responsabilité médico-légale.

Dans un contexte où les personnes reçues en psychiatrie présentent une surmortalité en augmentation (chiffres en inadéquation avec l'augmentation de l'espérance de vie générale sur les dernières années), rend la « surmortalité observée chez les personnes vivant avec un trouble psychique » une des priorités pour l'OMS (Gandré & al., 2022, P.613). Des effets constatés par les psychiatres de l'agglomération, qui peuvent se compléter par une autre répercussion, celle de l'adaptation des pratiques, occasionnée par la fragilité du lien entretenu avec le généraliste. L'expression « psychiatre traitant » qui reflète la prise en main de la surveillance des soins somatiques par le psychiatre de secteur, s'explique en partie par une baisse de la démographie médicale associée à une diminution des actes réalisés par le généraliste par habitant (Bras, 2016). La disponibilité médicale (toute discipline confondue) étant largement identifiée par les psychiatres, les professionnels interrogés sont demandeurs pour tenter d'y remédier. C'est dans ce contexte qu'émerge le besoin de passerelle, de trait d'union, tout au moins d'un professionnel référencé et identifié qui permettrait un accompagnement holistique (incluant une réévaluation somatique), ajusté aux besoins du patient et de son entourage. Énoncé clairement et conscient que la pratique avancée ne pourrait solutionner l'ensemble des difficultés du système de santé, l'IPA pourrait amorcer des changements dans le sens d'un modèle plus intégratif via plusieurs propositions de la HAS (Guide 2018) qui font lien avec ces nouvelles compétences (Figure 13).

Figure 13. Tableau récapitulatif des difficultés rencontrées par les psychiatres du secteur Dunkerquois dans la coordination et actions mobilisables par l'IPA.

Difficultés énoncées par le psychiatre	Actions à mettre en place en lien avec les compétences IPA Psychiatrie santé mentale et recommandations.
Contrainte temporelle et disponibilité médicale	Accorder du temps et de la disponibilité pour le patient et son entourage au cours des évaluations et du suivi.
Complexité des situations clinique psychiatrique et comorbidités somatiques	Développer l'expertise clinique infirmière psychiatrique, veille quant aux comorbidités somatiques en partenariat étroit avec le psychiatre et les équipes paramédicales (réévaluation clinique et thérapeutique, délégation).
Difficulté de repérage, d'orientation, besoin de guidance des professionnels.	Identifier les IPA du secteur comme professionnels ressources pour le MT, avec la possibilité d'une « guidance » ou d'un accompagnement du MT en fonction de la situation. Par exemple sur l'aspect clinique et pharmacologique.
	S'entourer d'autres professionnels du réseau comme les dispositifs d'accompagnement à la coordination (DAC).
Distance avec le MT, Stigmatisation des lieux de soins psychiatriques	Développer les « consultations-liaisons » ou les « consultations partagées » avec les professionnels de soins primaires (MT, IPAL, IDEL, orthophonistes) afin d' accompagner, échanger, évaluer, orienter . Activité présentielle de préférence pour favoriser et développer les liens avec les acteurs.
	Proposer la mise en place de plages d'interventions sur des dispositifs du type « consultation-location » au sein d'une maison de santé pluri professionnelle par exemple.
	Projets coopératifs et rencontres dans le cadre de projets territoriaux à l'image du PTSM ou des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
	Développer la mise en place de plages de consultations psychiatriques dédiées aux patients orientés par les MT.
Absence de MT	Dans l'éventualité d'une absence de MT, apporter un support clinique au psychiatre et constituer un réseau de proximité pour tenter de trouver des solutions pérennes.
Fragmentation et risque de rupture	Favoriser la permanence du lien et la continuité des soins en créant une alliance thérapeutique* avec <u>l'ensemble</u> des acteurs.
	Mobiliser les acteurs pour réaliser des concertations pluridisciplinaires.
	Accompagner physiquement le patient lors des consultations avec les acteurs du parcours (soin, santé, vie) en cas de nécessité ou sur les situations qui relèvent de la complexité.
	Proposer une synthèse du dossier médical en accord avec le patient afin de communiquer avec les informations au MT ou au médecin spécialiste. Intérêt du déploiement des dispositifs numériques.

*Concept d'alliance thérapeutique : Engagement entre le soignant et le soigné, réciprocité au service de la continuité des soins, qui permet la pose d'un cadre suffisamment bon et thérapeutique pour envisager la « confiance mutuelle » entre le thérapeute et le patient (Mateo, 2012, P64).

Ces propositions pourraient participer à la mise en place d'un modèle de santé plus intégratif, dans le sens de la « gestion et la délivrance de services de santé qui permettent aux usagers de recevoir un continuum de soins préventifs et curatifs, en adéquation avec leurs besoins au cours du temps et à différents niveaux du système de santé. » (HAS, 2014, P.8). L'objectif étant de tendre vers un modèle interdisciplinaire pour « mettre en place un ensemble d'actions ajustées à la situation du patient et à son désir » (Bachelart & al., 2013). Mettre en action ces propositions nécessitera une clarification des rôles de chacun, qui passera par l'accompagnement de l'information auprès des acteurs.

6.5 Information et formation

Pour certains psychiatres, un des freins à la collaboration réside dans la divergence de culture médicale. D'un côté les médecins généralistes qui adopteraient une culture de l'objectivation sous tendue par l'aspect scientifique de la formation et peu enclin à l'écoute. De l'autre le psychiatre qui serait le professionnel le plus disposé à la relation, et qui laisserait plus de place à la subjectivité. Une vision qui interpelle, d'autant que les généralistes sont les premiers professionnels à être consultés par les patients lorsqu'ils rencontrent un trouble psychique (Milleret & al, 2014), leur accompagnement représentant 30% de leur activité en cabinet. Cette représentation du généraliste vis à vis de la discipline et de ses usagers pourrait sembler éloignée de la réalité à première vue, hors les résultats de l'étude internationale de Stuart et al. (2015) portant sur plus de 1000 médecins-enseignants démontrent que pour 73% d'entre eux les patients psychiatriques étaient « éprouvants » sur le plan émotionnel et près de 90% portaient un regard négatif sur la psychiatrie de façon générale, allant jusqu'à déconseiller la spécialité à leurs étudiants. Ces représentations négatives rapportées par les psychiatres ont été identifiées comme freins à la coordination par la HAS (2018, P.56).

Outre le lien personnel entretenu avec la santé mentale, un des leviers majeurs reste l'expérience en milieu psychiatrique, de façon générale la formation (Yalaoui, 2019). Dans son rapport d'office parlementaire de 2009 au sujet de l'évaluation des politiques de santé, A. Milon (2009) insistait sur l'importance de la formation des médecins généralistes concernant l'identification des troubles et de la gestion des traitements psychotropes. « Les études de médecine ne préparent guère à aborder les émotions. Or, l'échec de cette tâche complexe semble être la principale source de frustrations et d'insatisfactions chez le médecin et chez le patient. » (Vannotti, 2002, P.235).

Sur ce volet formatif, au regard des entretiens, plusieurs propositions pourraient émerger :

- Effectuer des stages d'internat sur des domaines relevant de la psychiatrie, la pédopsychiatrie ou en gériatrie pour encourager la pratique de réseau et l'approche globale du patient.
- Encourager les apports théoriques dispensés par des paramédicaux ou des patients experts sur ces sujets auprès des étudiants en médecine générale.
- Proposer des rencontres thématiques dans le cadre du réseau territorial, présentiels ou distancielles, avec une réserve de certains informants quant à la capacité des généralistes à se mobiliser au regard d'expériences passées.
- Approfondissements qui pourraient s'exercer de façon « bilatérale, lors de formations communes à organiser, au quotidien ou épisodiquement » (Guex & Barbier, 2005, P.2138).

L'amélioration des connaissances permettrait de changer positivement le regard porté sur les personnes soignées et la discipline, permettre un meilleur repérage, un meilleur accompagnement des malades, approfondir ses connaissances des thérapeutiques, pratiquer les outils sectoriels ambulatoires, de façon générale mieux appréhender le domaine et limiter les fragmentations.

Cette stigmatisation s'enracine aussi chez les patients, occasionnant des ruptures dans l'accès aux soins. Pour en contrer les effets, une approche multidimensionnelle est préconisée :

- Un appui d'une politique de santé pour inclure la maladie mentale dans les médias, à l'image de ce qui a pu être mis en place avec le programme national de prévention du suicide « Papageno »⁹.
- Une meilleure insertion des malades dans la cité et sur le secteur psychiatrique en favorisant l'inclusion citoyenne des usagers et leur empowerment à l'image du patient partenaire évoqué plus haut dans la coordination (Caria & al., 2012).
- Une collaboration et une coordination plus efficaces entre les acteurs du soin.

Sur cette thématique, la théorie des « nudges » exposée par un des professionnels interrogés peut être éclairante. Cette théorie a été définie par les économistes Richard Thaler et Cass Sunstein, le « nudge » permet « d'influencer sans contrainte de façon prévisible les décisions et le comportement des individus en modifiant l'architecture de choix, sans interdire d'autres options et sans les heurter frontalement en permettant d'éviter, facilement et sans coût » (Crié et Gallopel, 2022, P.13). En accompagnant le parcours du patient, en communiquant et en collaborant de manière plus systématique avec l'ensemble des acteurs de la ville et de l'hôpital, le secteur psychiatrique associé aux nouvelles compétences apportées par la pratique avancée, pourrait proposer une vision plus intégrative et changer de manière durable le regard porté sur la maladie mentale et ses dispositifs.

L'information ne s'arrête pas au champ des soins primaires, puisqu'au décours des entretiens, a été relevée une méconnaissance des recommandations liées aux pratiques de coordination avec le MT ainsi qu'un manque d'information relatif aux Infirmiers en pratique avancée. L'occasion pour les IPA de déployer leurs compétences sur l'amélioration des pratiques professionnelles et l'évidence base nursing (EBN) afin d'identifier les potentialités qui permettront au secteur et au MT de pouvoir collaborer dans les meilleures conditions.

⁹ Dispositif « Papageno ». Site internet <https://papageno-suicide.com/a-propos/> (consultation 04/2023).

6.6 Forces et limites de l'étude

6.6.1 Forces de l'étude

L'étude qualitative aura permis de mieux comprendre la place de l'IPA dans cette coordination entre le secteur et le médecin traitant, s'appuyant sur les croyances et les représentations du psychiatre. Dans les revues de littératures, les points de vue sollicités sont majoritairement référencés chez les médecins généralistes sur le sujet de l'articulation entre ces deux disciplines (HAS, 2018).

Cette recherche aura permis l'identification des attentes et les limites de l'implantation de la pratique avancée sur le territoire Dunkerquois, que ce soit sur le secteur public ou sur le secteur privé. Chaque secteur du territoire Dunkerquois a été représenté de façon équitable.

L'analyse inductive a permis de constater à posteriori des concordances avec des résultats d'études échantillonnés plus largement.

Les retours de la part des psychiatres concernant l'étude ont été positifs, certains ont pu exprimer l'émergence d'une réflexivité sur leur pratique et faire le lien avec leur expérience menée sur le terrain avec un étudiant IPA.

Les demandes d'entretiens ont été accueillies favorablement, les réponses aux sollicitations de rendez-vous ont été rapides. Les modalités de réalisation des entretiens ont été propices au recueil de données. L'enregistrement a permis d'adopter une écoute attentive et active en écartant le risque de perte d'information.

6.6.2 Limites de l'étude

Le nombre de participants ne permet pas de généraliser l'ensemble de l'étude aux psychiatres en exercice.

La validité des représentations du psychiatre sur le sujet de la pratique avancée est à nuancer, certains informants ayant une faible connaissance de la nouvelle fonction, ont accepté la proposition d'un éclaircissement préalable sur le sujet de la pratique avancée pendant l'entretien.

La survenue d'un biais méthodologique, limité par une analyse conjointe des entretiens, ne peut être exclue, de part le caractère inédit et la temporalité contrainte de ces travaux.

Enfin le fait de réaliser une recherche sur la place de l'IPA dans la coordination, peut engendrer un biais et des distorsions cognitives, par la trop grande proximité de l'investigateur avec le sujet traité et les personnes interrogées.

6.6.3 Ouverture vers d'autres pistes de recherche

La réalisation d'une étude similaire à l'échelle régionale pourrait permettre de nuancer les résultats et mettre en évidence les spécificités territoriales. Le secteur Lillois par exemple propose des expérimentations intégratives (59G21 par exemple) qui pourraient amener de nouvelles perspectives.

L'infirmier en pratique avancée étant à l'aube de son implantation, il serait intéressant d'étudier la plus-value de son intervention dans le parcours de soins. Pour cela, une méthodologie de recherche mixte et multicentrique permettrait d'évaluer les conséquences de son action sur : les représentations des professionnels, les délais d'accessibilité aux soins, la qualité de vie perçue ou encore les bénéfices cliniques pour le patient.

La question du besoin d'IPA mention psychiatrie santé-mentale en exercice libéral pourrait être un axe à développer, de part les perspectives offertes pour les usagers et les professionnels libéraux.

7. Conclusion

Le médecin traitant, pivot du parcours dans les soins primaires, est l'interlocuteur privilégié lorsqu'une personne développe un trouble psychique. Le secteur psychiatrique a développé par essence une approche de proximité qui lui permet d'offrir un panel d'outils adaptés aux besoins de santé psychique pour la population.

Cependant certains professionnels de soins primaires majoritairement référencés, constatent des difficultés et des obstacles qui entravent leur articulation avec le secteur psychiatrique. Au regard de cette nouvelle fonction, comment l'intervention de l'IPA mention psychiatrie santé-mentale peut-elle contribuer à la coordination entre le secteur psychiatrique et le médecin traitant ? Pour tenter d'y répondre, une étude qualitative se reposant sur une démarche inductive a été proposée aux psychiatres du secteur de l'agglomération Dunkerquoise.

Cette recherche a démontré une absence de coordination au profit d'une collaboration interprofessionnelle entre les soins primaires et le secteur, où la communication reste rare, unilatérale, avec des outils peu adaptés aux besoins des acteurs.

Cette recherche a permis de mettre en lumière la participation d'autres acteurs dont celle du patient, vecteur essentiel dans cette collaboration. Régie par l'urgence et la complexité, la collaboration souffre d'une mise en tension du système de santé et de cultures médicales divergentes en proie à certaines représentations négatives de la psychiatrie. Constat qui impacte le psychiatre et son patient, qui l'oblige à adapter sa pratique.

Afin d'améliorer cette situation, plusieurs axes ont pu être proposés comme la formation des médecins généralistes, le déploiement d'outils numériques adaptés aux enjeux de coordination, l'accompagnement de l'empowerment du patient, la mise en place de dispositifs de soins partagés. Autant d'éléments qui permettent d'envisager la pratique avancée comme un trait d'union entre les équipes du secteur et les acteurs de soins primaires.

Ce travail de lien, projeté par les personnes interrogées, va bien au-delà de cette pratique, puisqu'elles envisagent l'IPA dans des domaines aussi variés que l'expertise clinique, le leadership, la prévention, l'accompagnement des équipes et du parcours, ...

D'une certaine manière une fonction de guide dans l'accompagnement du continuum du système de santé.

Références Bibliographiques

Adair, C. E., McDougall, G. M., Mitton, C. R., Joyce, A. S., Wild, T. C., Gordon, A., Costigan, N., Kowalsky, L., Pasmenny, G., & Beckie, A. (2005). Continuity of Care and Health Outcomes Among Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 56(9), 1061-1069. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1061>.

Agranoff, R. (2006). Inside Collaborative Networks: Ten Lessons for Public Managers. *Public Administration Review*, 66, 56–65. P56. <http://www.jstor.org/stable/4096570>

Association nationale des psychiatres de CME, (2014). ANPCME - *Charte de partenariat médecine générale & psychiatrie de secteur*. <https://cme-psy.fr/charte-de-partenariat-medecine-generale-et-psychiatrie-de-secteur/> (consulté en avril 2023).

Attali, C., Bail, P., Magnier, A.-M., Beis, J.-N., Ghasarossian, C., Gomes, J., Chevallier, P., Lainé, X., Mauff, P. L., Zerbib, Y., & Gay, B. (2006). *Compétences pour le DES de médecine générale*. *Exercer*, 76. <https://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/competences.pdf>

Aubriet, S. & Fau, L. (2021). Santé mentale et santé globale : pour une vision commune, une approche de la complexité. *L'information psychiatrique*, 97, 491-496. P496. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1684/ipe.2021.2284>

Aubry, R. (2007). PS75. Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. *Santé Publique*, 19 (hs), 73. <https://doi.org/10.3917/spub.070.0073>

Bachelart, M., Bioy, A., Bénony, H. (2011). « Les courants intégratifs en psychothérapie », *Annales médico-psychologiques*, 169, 485-489. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.11.018>

Belley, S., & Gaboury-Bonhomme, M.-È. (2013). Le défi de la coordination et de l'innovation dans les collaborations intersectorielles: *La Revue de l'innovation : La Revue de l'innovation dans le secteur public*, 18. P.3. https://www.innovation.cc/francais/peer-reviewed/2013_18_2_6_belley-bonhomme6-440.pdf. (Consultation en 03/2023).

Bioy, A. (2013). Chapitre 20. Du modèle bio-psycho-social vers le modèle intégratif. Dans : Florence Barruel éd., *Du soin à la personne: Clinique de l'incertitude* (pp. 235-240). Paris: Dunod. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/dunod.barru.2013.01.0235>

Bras, P. (2016). Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ?. *Les Tribunes de la santé*, 50, 67-91. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/seve.050.0067>

Caire, M. (2014). *Événements déterminants dans la genèse de la psychiatrie*. <http://psychiatrie.histoire.free.fr/psyhist/gene.htm> (Site internet - Consultation 12/2022).

Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014) (Révision 2018). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).P8.

https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_ouils/CONTINUUM_v15_web_1_.pdf (consultation 03/2023).

Cargnello-Charles, E., & Franchistéguy-Couloume, I. (2020). Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins ? : Gestion 2000, Volume 36(3), 69-89. P73.

<https://doi.org/10.3917/g2000.363.0069>

Cohen, I. B., Halkoum, R., & Fau, L. (2021). P487. La communication et la coordination entre medecins traitants et psychiatres—Inexistante ? *Information psychiatrique*, 97.

Caria, A., Arfeuillère, S., Vasseur, B., & Loubière, C. (2012). *Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ? La Santé de l'homme—N° 419—Mai-juin—2012*. P27. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-de-l-homme-mai-juin-2012-n-419-stigmatisation-quel-impact-sur-la-sante#:~:text=Accueildocs-.La%20Sant%C3%A9%20de%20l'homme%2C%20Mai%2Fjuin%202012%2C,quel%20impact%20sur%20la%20sant%C3%A9%20%3F&text=La%20stigmatisation%20et%20ses%20corollaires,du%20reste%20de%20la%20population.> (consulté en avril 2023)

Catherine, P.-H. (2012). Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : Une enquête qualitative. (Thèse doctorat en médecine, Rouen). P76.

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00768253> (consultation 05/2023)

Cohen-Léon, S. (2008). Groupe Balint. Approche Balint: Fonction Balint. Évolution d'une pratique et d'un concept. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 50, 141-148. <https://doi.org/10.3917/rppg.050.0141>

College national pour la qualité des soins en psy—Coopération MG - psychiatre. (2010). CNQSP *Recommandations de bonne pratique sur les courriers échangés entre médecins et psychiatres lors d'une demande de première consultation par le généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique*. https://www.cnpq-cnqsp.com/_files/ugd/8c7aab_32de36d6180340a0980f286149131481.pdf (consultation 2023)

Combret.M (2020). Les interventions au domicile en psychiatrie (VAD et HAD). Site internet https://www.grieps.fr/actualites-les-interventions-au-domicile-en-psychiatrie-vad-et-had--394#_ftn2. (consultation 12/2022).

Cour des comptes. (2013). Rapport annuel, *Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie*. P190. https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnees.pdf (consultation 02/2023).

Cour des comptes. (2021). *Cour des comptes—Les parcours dans l'organisation des soins en psychiatrie*, PP.13,14. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-02/20210216-rapport-parcours-organisation-soins-psychiatrie.pdf>

Crié, D. & Gallopel-Morvan, K. (2022). Introduction générale. Les *nudges*... un substitut, un complément, ou une transition vers le marketing social ?. Dans : Karine Gallopel-Morvan éd., *Marketing social et nudge: Comment changer les comportements en santé ?* (pp. 11-40). P13.Caen: EMS Editions. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/ems.gallo.2022.01.0011>

Département de la côte d'or. (s.d.) Rapport - Projet territorial de santé mentale 2019—2013. https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2019-09/PTSM21_septembre2019.pdf (consultation 02/2023).

Delcourt, L. (2006). Coopération une ébauche de problématisation. Site internet <https://www.cetri.be/Cooperation-une-ebauche-de> (consultation 04/2023)

Direction générale de l'offre de soins, (2018). DGOS - Présentation et reconnaissance de la pratique avancée infirmière. Discours du premier ministre du 13.02.2018. Eaubonne. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_presentation_ipa.pdf (consultation le 03/2023).

EPSM des Flandres, (2021). Données issues de l'auto-évaluation dans le cadre de la certification de l'EPSM des Flandres en 2019. Certification EPSM - résultat indicateurs coordination lien ville—Hôpital. (Source interne à l'établissement).

Fishman-Bosc, A., Leveau, E., Crelerot-Klopfenstein, S., Gentile, S., & Colson, S. (2016). Clarification de concept : La coordination appliquée au domaine des soins. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(2), 77-86. P.83 <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2016.02.001>

Gagnon, J. (2012). Empowerment. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 172-175). P173. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/arsi.forma.2012.01.0172>

Gallais, J.-L. (2014). Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : Regard de généraliste. *L'information psychiatrique*, 90 (5), P324. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0323>

Gandré, C., Moreau, D., Coldefy, M., Ben Dridi, I. & Morel, S. (2022). Surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique : enseignements de la littérature et perspectives. *Santé Publique*, 34, 613-619. P613. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/spub.225.0613>

Guay, J. (2007). L'approche proactive et l'intervention de crise. *Santé mentale au Québec*, 16(2), 139-154. P140. <https://doi.org/10.7202/032231ar>

Guex, P., & Barbier, Y. (2005). [The general practitioner and the psychiatrist : A failure or a success?]. P2138. *Revue Medicale Suisse*, 1(33), 2136-2138, 2141.

Hardy-Baylé, M.-C., & Younès, N. (2014). Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *L'information psychiatrique*, 90(5), 359. P362 <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0359>

Haute Autorité de Santé, (2013). HAS - *Éducation thérapeutique du patient (ETP)* https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp (consultation 04/2023).

Haute Autorité de Santé. (2014). HAS - *Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et*

sociaux ? ». P8. https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_integrat_25_09_2014.pdf (consultation 04/2023)

Haute Autorité de Santé, (2014). HAS - Note méthodologique et de synthèse documentaire « *Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ?* », P8, P15. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf (consultation 2023)

Haute Autorité de Santé, (2018). HAS - *Guide de coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux État des lieux, repères et outils pour une amélioration*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf (consultation 02/2023)

Haute Autorité de Santé, (2018). HAS - Rapport méthodologique - *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux*, PP. 17,21. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/rapport_coordination_mg_psy.pdf (consultation 03/2023)

Haute Autorité de Santé, (2018). HAS - Rapport méthodologique - *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux*, PP.8,21. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/rapport_coordination_mg_psy.pdf

Haute Autorité de Santé, (2019). HAS - *Plan personnalisé de coordination en santé [Outils d'amélioration des pratiques]*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante (consultation 03/2023)

Haute Autorité de Santé, (2020). HAS - *Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire [Outils d'amélioration des pratiques]*. P1. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire

Henri, F., & Lundgren-Cayrol, K. (2001). Apprentissage collaboratif à distance. *Presses de l'université Québec éditions*. PP.31-33, P.36, P122.

Hervieux, É. (2021). *Place de l'IPA mention pathologies chroniques stabilisées en secteur psychiatrique*, *Revue de la pratique avancée*, vol II – N°2 – avril 2021. P93.

Jaeger, M. (2010). L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs. *Vie sociale*, 1(1), P20-21. <https://doi.org/10.3917/vsoc.101.0013>

Klopfenstein-Crélerot, S., & Bosc-Fishman, A. (2016). Les six attributs du concept de "coordination dans le domaine des soins". *Soins*, 61(811), 15-17. PP.2, 15, 17. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2016.10.001>

Larousse (s.d). Collaboration. Dans le dictionnaire en ligne. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer/17140> (Consultation 2023).

Larousse (s.d). Coopération. Dans le dictionnaire en ligne.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coop%C3%A9ration/19056> (Consultation 2022).

Larousse (s.d). Coordination. Dans le dictionnaire en ligne.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coordination/> (Consultation 2022).

Lawrence, D., Kisely, S., & Pais, J. (2010). The epidemiology of excess mortality in people with mental illness. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 55(12), 752–760. <https://doi.org/10.1177/070674371005501202>.

Lecocq, D., & Néron, A. (2018). Le patient partenaire de ses soins et du système de soins de santé. *ABD - Le supplément du médecin*, 61-6. P28.
<https://difusion.ulb.ac.be/vufind/Record/ULB-DIPOT:oai:dipot.ulb.ac.be:2013/277974/Holdings>

Lejeune, C. (2019). P61. Manuel d'analyse qualitative. Deboeck supérieur.

Le Robert. Dictionnaire en Ligne, (s.d). Le psychiatre.
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/psychiatre> (consultation 12/2022).

Liendle, M. (2012). Vulnérabilité. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 304-306). P304. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/arsiforma.2012.01.0304>

Matéo M. (2012) Alliance thérapeutique In *Les concepts en sciences infirmières* (p.64 à 66). Association de Recherche en Soins Infirmiers, P64. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/arsiforma.2012.01>

Medicine I of. Primary Care, (1996). America's Health in a New Era. Washington, DC: The National Academies Press. Disponible sur: <https://www.nap.edu/catalog/5152/primary-care-americas-health-in-a-new-era>

Milleret, G., Benradia, I., Guicherd, W., & Roelandt, J.-L. (2014). États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *L'information psychiatrique*, 90(5), PP.313, 314. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0311>

Milon, A. (2009). Rapport au nom de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé N°32. *La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe*. déposé le 8 avril 2009. <https://www.senat.fr/rap/r08-328/r08-328.html> (consultation 05/2023).

Ministère de la santé et des solidarités, 2023. Feuille de route du numérique en santé 2023-2027.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_feuille_de_route_du_numerique_en_sante_2023-2027_-_17_mai_2023.pdf (consultation 04/2023)

Mintzberg H, (1998). *Structure et dynamique des organisations*. Eyrolles éditions. PP.19 à 23
<https://www.editions-eyrolles.com/Livre/9782708119710/structure-et-dynamique-des-organisations> (consulté en février 2023).
<https://bortolami.altervista.org/documents/mintzberg1.pdf>

Morgand, A. (2015). Le phénomène de coopération et de coordination dans l'action collective : L'exploration de la coopération coordinatrice dans les réseaux sociaux universitaires. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, HS(Supplement), 163-181. P166. <https://doi.org/10.3917/rips1.hs02.0163>

Mutualité Française. (2021). *Observatoire 2021 en santé mentale de la mutualité Française*.

Norton, J. & Villebrun, D. (2010). Plaidoyer pour une continuité des soins. Dans : Philippe Courtet éd., *Suicides et tentatives de suicide* (pp. 270-274), P270. Cachan: Lavoisier. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/lav.court.2010.01.0270>.

Organisation mondiale de la santé. (1978). Conférence Alma-ATA. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39243>(Consultation 12/2022).

Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Rapport mondial sur la santé mentale : Transformer la santé mentale pour tous : vue d'ensemble*, P3. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/356117/9789240051928-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Oureib, J (octobre 2022). Enseignement université de Lille, Formation IPA. *Le secteur*.

Plouzenec, A., & Larzul, C. (2022). IPA en psychiatrie et santé mentale : Boussole d'une relation ville-hôpital. *Revue de la Pratique avancée - Vol. III*, 3, 4. P127.

Pringuey, D., Papetti, F., Cherikh, F. & Tible, O. (2009). Vulnérabilité et trouble mental. *Vie sociale*, 1, 93-101. P94. <https://doi.org/10.3917/vsoc.091.0093>

Raynaud, J. (2013). PHILIPPE PAUMELLE, « Psychiatrie de secteur-psychiatrie communautaire : espoir ou alibi ? », in Racamier P.-C., Paummelle P., Lebovici S. *et al.*, *Le psychanalyste sans divan : la psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*, Payot, 1970, 363-374 ; « Les psychotiques et la présence psychiatrique dans la communauté du XIII^e arrondissement de Paris », in Chiland C., Bequart P., *Traitements au long cours des états psychotiques*, Privat, 1974, 431-454 . Dans : Didier Drieu éd., *46 commentaires de textes en clinique institutionnelle* (pp. 167-175). Paris: Dunod. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/dunod.drie.2013.01.0167>

République Française. Direction générale de la Santé Publique. Circulaire du 15 mars 1960. *Relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre la maladie mentale*. P2 à 9. http://www.psychologue-legislation.com/pdf/circulaire_15mars1960_dispensaire_hygiene_mentale.pdf. (consultation 12/2022).

République Française. Circulaire n° 72-443 du 16 mars 1972 - relative au *Programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents*. (parution au JO du 21 avril 1972). http://dcalin.fr/textoff/troubles_mentaux_1972.html (consultation 12/2022).

République Française. Arrêté du 14 mars 1986, Article 1 *relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales*.
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006072756> (consultation 03/2023).

République Française. Circulaire N°DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_44_040204.pdf (consultation 12/2022).

République Française. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.(JO 11.02.2005).
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000805768> (consulté en décembre 2022).

République Française. Arrêté du 2 août 2005 relatif aux missions du médecin traitant salarié, Article 2. (JO 10/08/2005)
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2005/8/2/SANS0522871A/jo/texte>

République Française. Loi du 5 juillet 2011 et 27 juillet 2013. Fiche 6, Les soins psychiatriques. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-6-les-soins-psychiatriques> (consultation 03/2023).

République Française. Loi du 26 janvier 2016. Article L1411 du Code de la Santé Publique. (JO 28.01.2016).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020885399/#LEGISCTA000020890187 (consultation 11/2022).

République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Article 64. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT0000031912641/> (consultation 11/2022).

République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Article 119. JO n°0022 du 27 janvier 2016.
https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI0000031913702#:~:text=%C2%AB%20Sont%20tenues%20de%20se%20faire,l'exercice%20en%20pratique%20avanc%C3%A9e . (consultation 02/2023).

République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Article L. 3221-1. JO du 27 janvier 2016.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT0000031912641/> (consultation 12/2022).

République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article L. 3221-2-1. JO du 27 janvier 2016.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT0000031912641/> (consultation 12/2022).

République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Article L. 3221-3. JO du 27 janvier 2016.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT0000031912641/> (consultation 12/2022).

République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Article L. 4130-2. JO du 27 janvier 2016.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/> (consultation 12/2022).

République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Article 66. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/> (consultation 12/2022).

République Française. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 *relatif au projet territorial de santé mentale*. JO n°0176 du 29 juillet 2017.
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/7/27/2017-1200/jo/texte> (consultation 12/2022).

République Française. Décret 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115>

République Française. Loi du 24 juillet 2019 N° 2019-774 - art. 18. Article L1411-11-1 du Code de la Santé Publique. JO du 27 juillet 2019.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886353/#:~:text=L%C3%A9quipe%20de%20soins%20primaires,sociales%20et%20territoriales%20de%20sant%C3%A9 (consultation 11/2022).

République Française. Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. JO n°0187 du 13 août 2019. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038914201> (consultation 2022).

République Française. Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale.
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038914192> (consultation 2022).

République Française. Art L162-5-3 du code de la sécurité sociale, Ordonnance N°2021-584 du 12 mai 2021. Art. 2.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006073189/LEGISCTA000006186122/ (consultation 12/2022).

République Française. Décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022. JO N°226 du 29 septembre 2022. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046338134> (consultation 2022).

République Française. Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé. JO n°0116 du 20 mai 2023.
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2023/5/19/2023-379/jo/texte>. (consultation mai 2023).

Simonet, M., L. (2017), Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier : un véritable défi, *Rev Med Suisse*, 3, no. 579, 1771–1772. P1771.
<https://doi.org/10.53738/REVMED.2017.13.579.1771>

Stuart, H., Sartorius, N., Liinamaa, T., & the Images Study Group. (2015). Images of psychiatry and psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(1), 21-28.
<https://doi.org/10.1111/acps.12368>

Thomas, P., (Octobre 2022). Enseignement université de Lille, Formation IPA. *La psychiatrie et la santé mentale en France*.

UNAFAM, 2023. Organisation de la psychiatrie. Site internet.
<https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/soins-et-rehabilitation/organisation-de-la-psychiatrie> (consultation 01/2023).

Vannotti, M. (2002). L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, no<(sup> 29), 213-237.
P235. <https://doi.org/10.3917/ctf.029.0213>

Vermorel, H. & Vermorel, M. (2012). De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens. P761. *L'information psychiatrique*, 88, 759-770. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8809.0759>

Wenders, W. (Réalisateur), (1993). « si loin, si proche ! », Allemagne.

Wikipédia, (2022). Le psychiatre. Article collaboratif <https://fr.wikipedia.org/wiki/Psychiatre> (consultation 12/2022).

Yalaoui, M. (2019). *Représentations de la psychiatrie chez les médecins généralistes de l'Oise et collaboration avec les psychiatres*. Médecine humaine et pathologie. Thèse publiée en 2019. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02496626> (consultation 05/2023).

Yatim, F., & Sebai, J. (2022). Coopération inter-organisationnelle dans le domaine de la santé. Le cas des Maisons de Santé Pluri-professionnelles en France : *Gestion et management public*, Volume 9 / n° 3(3), 47-69. <https://doi.org/10.3917/gmp.093.0047>

Table des figures

Figure 1. Marguerite des compétences du médecin généraliste d'après C. Attali & al (2006).	5
Figure 2. Axes du PTSM (source département côte d'or, PTSM 2019-2023, 2019).....	11
Figure 3. Mécanisme de coordination selon Mintzberg (1998) Continuum approximatif de complexité.....	13
Figure 4. Synthèse des concepts de coordination / coopération / collaboration (2023).....	15
Figure 5. Modélisation de la coordination centrée sur la personne (Kloppenstein & Bosc, 2016).	16
Figure 6. Représentation temporelle de la coordination selon Fishman & Bosc (2016).	17
Figure 7. Découpage sectoriel des secteurs psychiatriques généraux et de l'enfant/adolescent (https://www.f2rsmpsy.fr/ , 2023)	20
Figure 8. Caractéristiques socio-démographique des psychiatres Dunkerquois interrogés au sujet de la place de l'IPA dans la coordination entre le secteur et le médecin traitant (2023).....	22
Figure 9. Flux de communication entre le secteur psychiatrique et le médecin traitant relevés chez les psychiatres du secteur Dunkerquois interrogés (2023).	25
Figure 10. Représentation des psychiatres du secteur Dunkerquois concernant le rôle IPA dans le cadre de la coordination (2023).	36
Figure 11. Représentation du continuum d'implication des patients de Lecocq et Neron ajustée à l'intervention du rôle IPA (2018).....	40
Figure 12. Typologie possible des expériences d'amélioration de la coordination identifiées en France et à l'étranger. (HAS, 2018).....	41
Figure 13. Tableau récapitulatif des difficultés rencontrées par les psychiatres du secteur Dunkerquois dans la coordination et actions mobilisables par l'IPA.	44

Table des matières

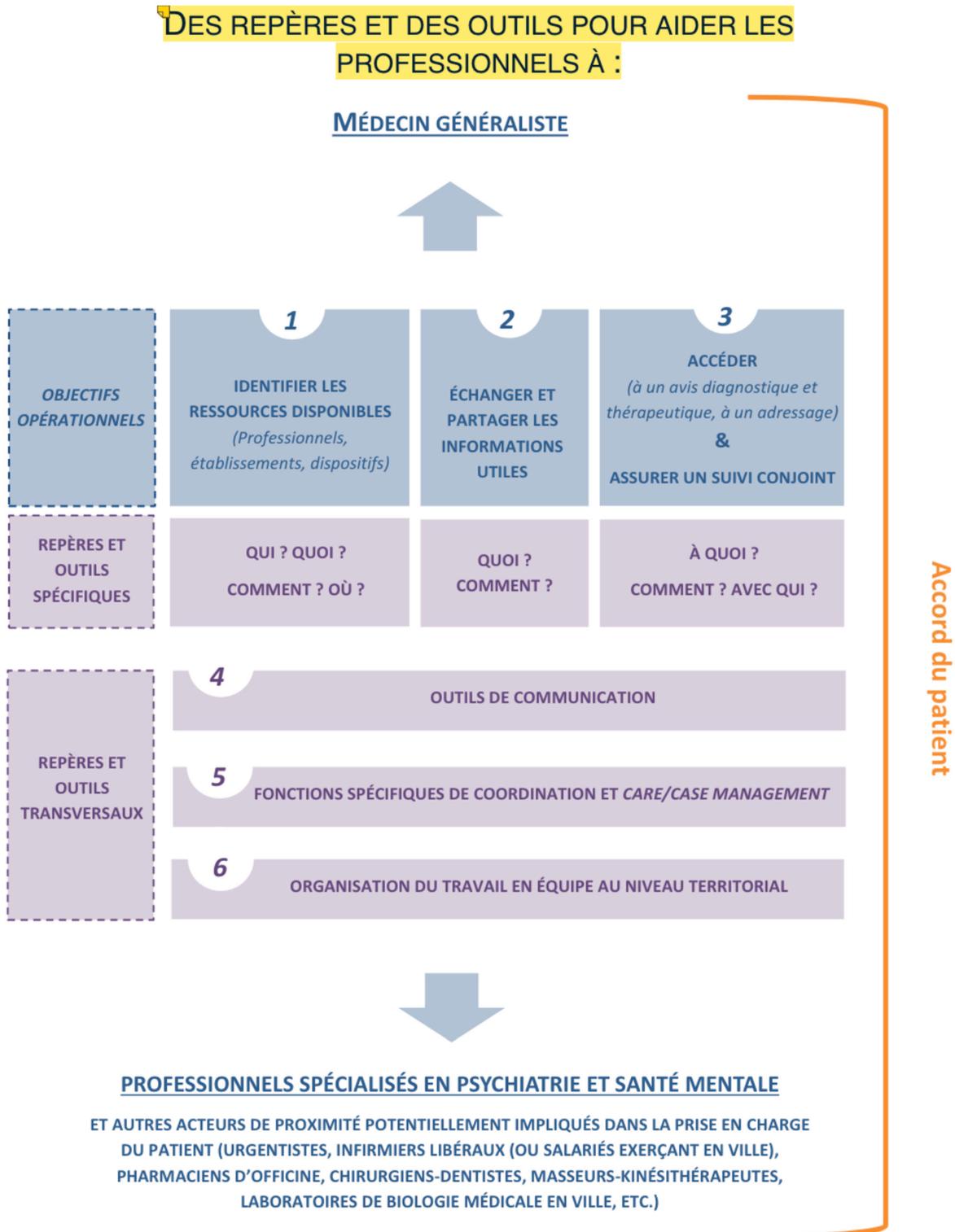
Remerciements	I
Sommaire.....	III
Abréviations.....	IV
1. Introduction générale	1
2. Introduction - Cadre théorique	3
2.1 Les soins primaires	3
2.1.1 Compétences du médecin généraliste	4
2.2 Le secteur psychiatrique	5
2.2.1 Présentation des différents dispositifs sectoriels :	7
2.2.2 Le psychiatre de secteur	9
2.2.3 Le secteur dans son système	10
2.3 La Coordination	12
2.3.1 Concept de coordination	12
2.3.2 Concept de coopération.....	13
2.3.3 Concept de collaboration.....	14
2.3.4 Concept de coordination des soins	16
2.4 L'infirmier en pratique avancée.....	18
2.5 Question principale.....	19
3. Méthodologie	20
3.1 Type d'étude	20
3.2 Échantillonnage	20
3.3 Recueil de données	21
3.4 Gestion des données	21
3.5 Méthode d'analyse des données	21
4. Résultats.....	22
4.1 Caractéristiques de l'échantillon.....	22
4.2 Résultats thématiques par catégorie.....	23
4.2.1 La communication.....	23
4.2.2 La collaboration interprofessionnelle.....	23
4.2.3 Culture médicale et représentation.....	23
4.2.4 Conséquences de l'absence de coordination	23
4.2.5 Perspectives.....	23
5. Analyse des résultats.....	24
5.1 La communication	24
5.2 La collaboration interprofessionnelle	27
5.3 Culture médicale et représentation	30
5.4 Conséquences de l'absence de coordination.....	32
5.5 Perspectives	34

6. Discussion.....	38
6.1 Résultats.....	38
6.2 La coordination du parcours	38
6.2.1 Repenser la coordination.....	38
6.2.2 Un collaborateur privilégié	39
6.3 La communication	41
6.3.1 Communication recommandée.....	42
6.3.2 L’outil numérique.....	42
6.4 Fonction support	43
6.5 Information et formation.....	45
6.6 Forces et limites de l’étude.....	47
6.6.1 Forces de l’étude	47
6.6.2 Limites de l’étude.....	47
6.6.3 Ouverture vers d’autres pistes de recherche.....	48
7. Conclusion	49
Références Bibliographiques.....	VI
Table des figures	XIV
Table des matières.....	XV
Annexes	XVII
Annexe 1	XVII
Annexe 2	XVIII
Annexe 3	XIX
Annexe 4.....	XXII
Annexe 5.....	XXIII
Annexe 6.....	XXIII
Annexe 7.....	XXIV
Couverture / Traduction Anglaise.....	XXV
Couverture.....	XXVI

Annexes

Annexe 1

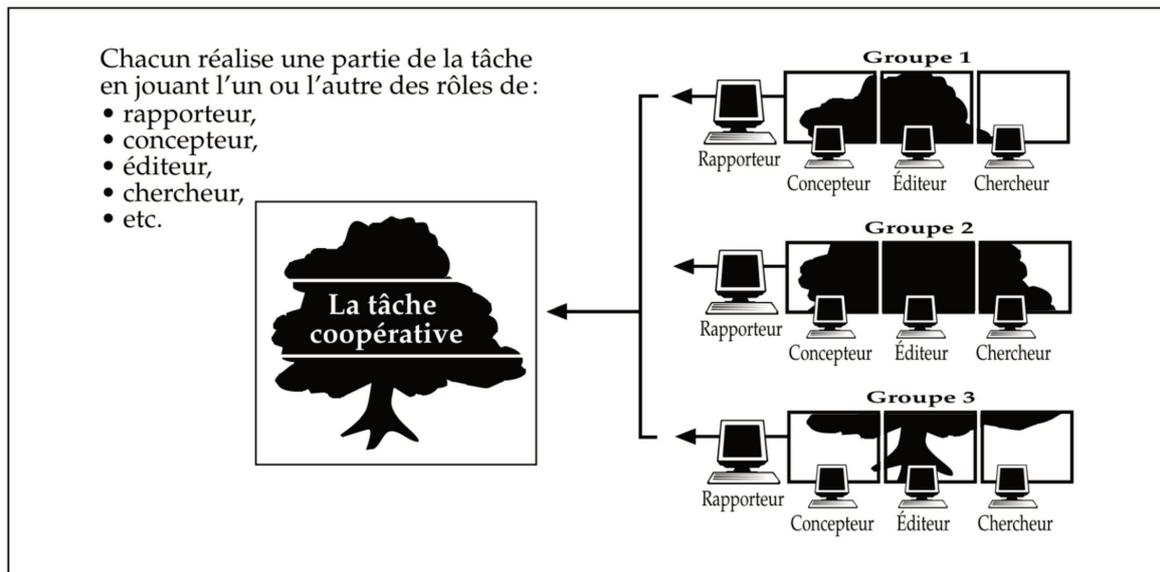
Source HAS, 2018.



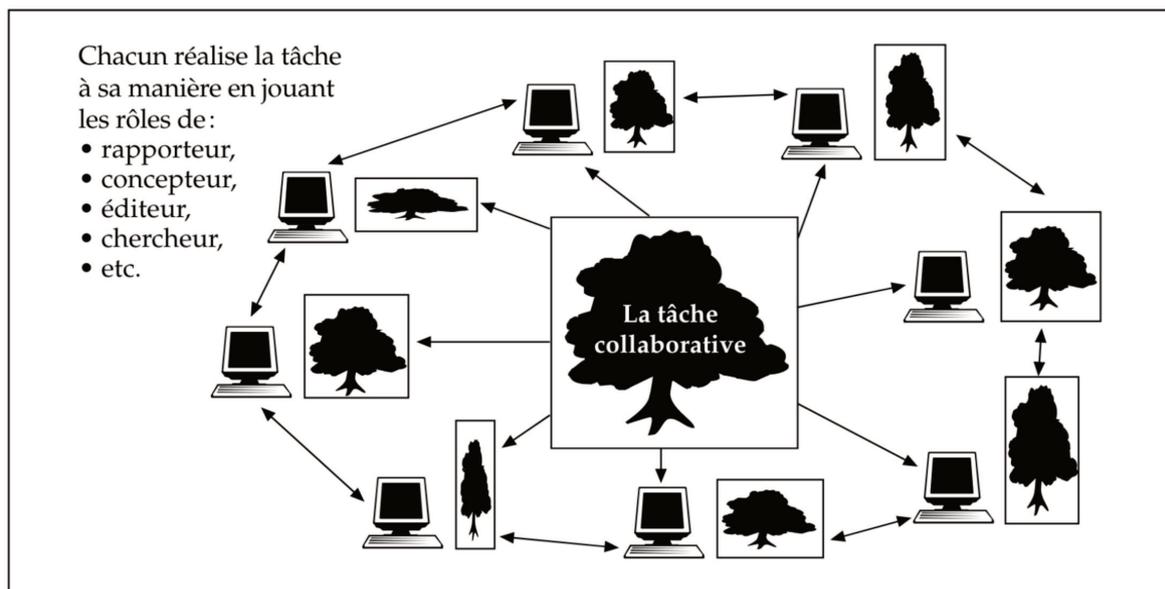
Annexe 2

Source Henri et Lundgren, 2001.

LA TÂCHE COOPÉRATIVE: UN ENSEMBLE DE SOUS-TÂCHES DIFFÉRENTES RÉALISÉES EN ÉQUIPE



LA TÂCHE COLLABORATIVE: LA MÊME POUR TOUS ET RÉALISÉE PAR TOUS



Annexe 3

Guide d'entretien

Accueil et présentation : Julien NONNEZ – Étudiant Infirmier en Pratique Avancée.

Cette recherche consiste à interroger les médecins psychiatres de secteur au sujet de la coordination avec le médecin traitant.

Les données restent anonymes, un recueil de consentement libre et éclairé vous sera demandé, les données recueillies seront enregistrées en audio, retranscrites en verbatim et analysées dans le cadre de ma recherche.

Entretien d'une durée approximative de 45mn +/- 15 mn, 5 questions ouvertes.



Question principale	Sous questions et relances	Thématique recherchée
<p>Question brise-glace :</p> <p>Quelles sont vos modalités d'échange habituelles avec le médecin traitant au cours du suivi ambulatoire du patient ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Quels outils de communication utilisez-vous pour échanger avec le médecin traitant lors du suivi ambulatoire du patient ? -Courriers, mail, téléphone, courrier type, fax, autres ? - A quelle fréquence échangez-vous avec le médecin traitant ? - Ces échanges sont-ils systématiques ? -Ces moyens d'échange de transmission de données ont-ils été déployé dans un contexte particulier ? - Vous arrive t'il de rencontrer les médecins traitant dans le cadre de dispositifs de coordination ? -Selon vous existe-t-il d'autres outils non déployés qui pourraient être utiles aux échanges avec le médecin traitant ? -Intervenez-vous auprès du médecin traitant avec d'autres professionnels ? membre de l'équipe pluridisciplinaire ? IDE ? IDEL ? Cadre de santé ? IPA ? coordinatrice ? Personnel administratif ? 	<ul style="list-style-type: none"> -Modalités d'échange Outils de communication -Fréquence -Systématisation -Rencontre -Outils de com à déployer -Travail d'équipe - Pluri-professionnalité

<p>Pourriez-vous me décrire la dernière situation clinique pour laquelle vous avez été amené à échanger avec le médecin traitant ?</p>	<p>-Dans cette situation, dans quelle circonstance ou contexte avez-vous été en lien avec le médecin traitant ?</p> <p>- Dans cette situation, à quel moment du parcours patient êtes-vous amené à travailler avec le médecin <u>traitant</u>?</p> <p>- Pourriez-vous me décrire quel avait été le sujet de vos échanges ?</p> <p>- Comment pourriez-vous décrire le travail que vous avez mené avec les médecins traitant dans cette situation ?</p> <p>- Cette situation est-elle représentative du travail que vous menez habituellement avec le médecin traitant ?</p> <p>- Avez-vous été satisfait de vos échanges avec le médecin traitant concernant ce patient ?</p>	<p>-Description contexte</p> <p>-Moment du parcours</p> <p>-Contenu des échanges</p> <p>-Récurrence</p> <p>-Satisfaction</p>
<p>Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans l'articulation avec le médecin traitant ?</p>	<p>-Pourriez-vous détailler une situation pour laquelle vous étiez en difficulté dans le travail mené avec le médecin traitant ?</p> <p>-Quelles sont les limites que vous avez pu constater dans le travail avec le médecin traitant ?</p> <p>-Selon vous quelles conséquences ces obstacles peuvent-ils entraîner ? ex : traitement, patient, stigmatisation, découragement des professionnels, arrêt du partenariat, ...</p> <p>-Comment expliquez-vous ces difficultés rencontrées dans le travail avec le médecin traitant ?</p>	<p>Difficultés</p> <p>Limites</p> <p>Conséquences</p> <p>Compréhension des difficultés</p>
<p>Qu'est ce qui pourrait selon vous améliorer l'articulation avec le médecin traitant ?</p>	<p>-Avez-vous entrepris des actions pour contrer les difficultés rencontrées ?</p> <p>-À votre avis, quelles actions Pourraient être mises en place pour améliorer la pratique avec le médecin traitant ?</p> <p>- Les échanges avec le médecin traitant ont-ils nécessité une formalisation au sein de votre institution : protocoles, notes de</p>	<p>Amélioration</p> <p>Actions</p> <p>Formalisation</p> <p>Réflexion</p> <p>Recommandations</p>

	service, projet institutionnel, recommandations. -Avez-vous connaissance de recommandations concernant l'articulation avec le médecin traitant ?	
<p>Comment envisagez-vous le rôle de l'IPA mention psychiatrie santé-mentale dans l'articulation avec le médecin traitant ?</p> <p>Courte présentation IPA si besoin</p> <ul style="list-style-type: none"> - LMSS 2016 - Expertise IDE - Modèle internationale - 6 compétences : clinique, PM, Prévention, coordination, Amélioration pratiques pro, recherche 	<p>-Comment envisagez-vous votre pratique avec un IPA PSM dans le cadre de l'articulation avec le MT ?</p> <p>-Quelles pourraient être selon vous les fonctions spécifiques de l'IPA PSM dans la pratique avec le médecin traitant ?</p> <p>-Auriez-vous des propositions pour développer le rôle de l'IPA dans le cadre de cette pratique avec le médecin traitant ?</p>	<p>Rôle IPA</p> <p>Projection</p> <p>Fonction</p> <p>Proposition à développer</p>

Récupérer le consentement écrit et signé. Cf doc annexe

Données socio-démographiques :

Âge	Sexe	Fonction	Ancienneté fonction

Public / Privé / Mixte	Nature du public	Spécialité	

Annexe 4

Recueil de consentement écrit

Cette recherche est réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude pour l'obtention du Diplôme d'État d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) mention Psychiatrie Santé-Mentale (PSM) sous la direction du Pr PUISIEUX (Université de Lille – Pôle formation IPA), Dr E. SALOME (EPSM des Flandres), Dr M. TRIMBUR (F2RSM Psy) et Dr J. CHARBIT (F2RSM Psy).

Cette recherche a pour but d'étudier la place de l'IPA mention psychiatrie santé-mentale dans la coordination entre la psychiatrie de secteur et le médecin généraliste, au travers des représentations et de la pratique du psychiatre de secteur.

Votre participation à cette recherche repose sur le volontariat. Pour les besoins de cette recherche, vous serez amené à participer à un entretien individuel semi-directif qui fera l'objet d'un enregistrement.

Aucune information personnelle ne sera diffusée et toutes les données recueillies seront utilisées aux seules fins de cette recherche et resteront strictement confidentielles. Les résultats publiables de cette recherche seront anonymisés. Seuls les Responsables scientifiques et les chercheurs y auront accès. Vous avez le droit de refuser de participer à cette recherche ou de retirer votre consentement à tout moment sans vous justifier et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen (UE) 2016/679 du 25 mai 2018, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier ou supprimer ainsi que poser des questions au sujet de la recherche en tout temps en communiquant avec le Responsable scientifique du projet en contactant :

Mr Nonnez Julien, joignable au Centre Médico Psychologique « Monseigneur Marquis » situé au 4 rue Monseigneur Marquis – 59379 cédex.
Mail : julien.nonnez@ghttpsy-npdc.fr Tel : 0619837871

Je soussigné(e) :

..... (NOM, Prénom)

Confirme avoir lu et compris les renseignements ci-dessus et consens librement à participer à cette recherche. Je comprends les implications de cette recherche, à laquelle j'accepte de participer.

Signature :

Annexe 5

LIEN NEXTCLOUD / entretiens P1 à P10 consultables sur ce lien :

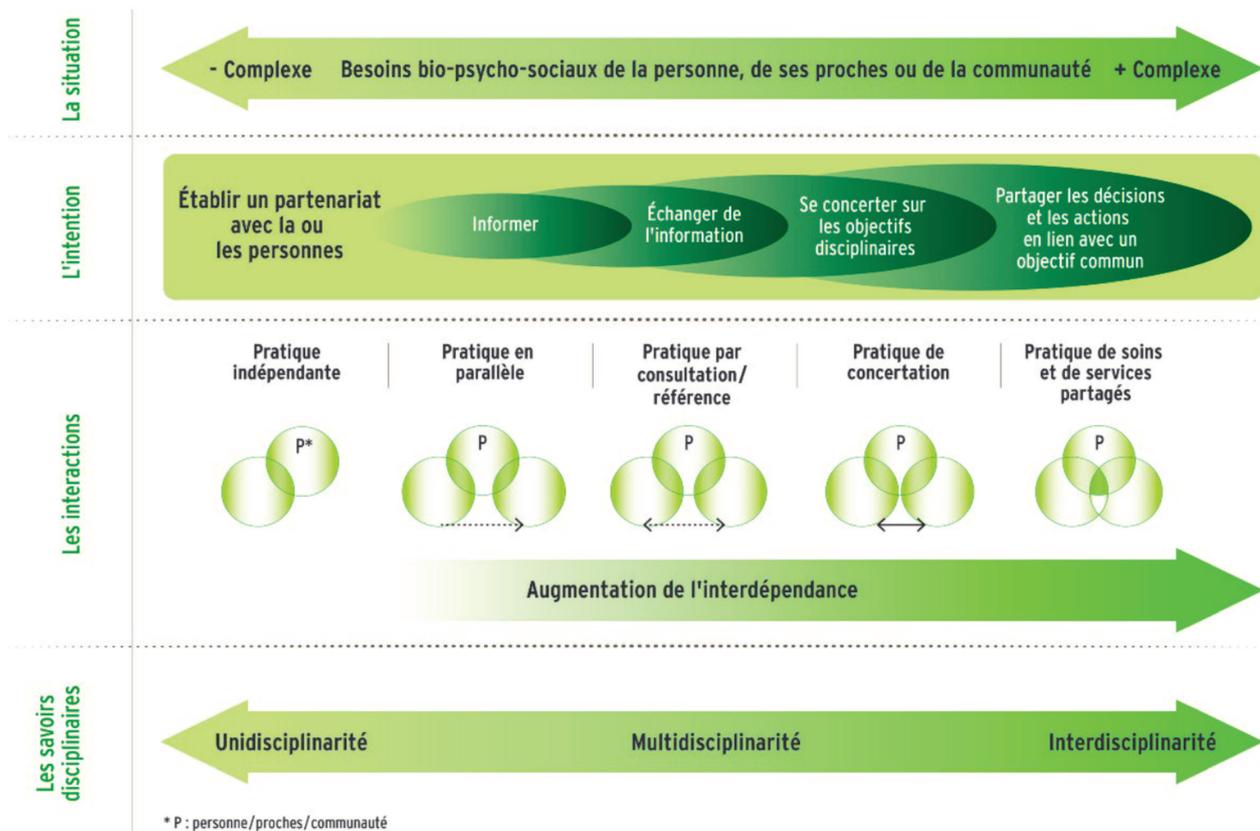
<https://nextcloud.univ-lille.fr/index.php/s/Q4adkeppgxRJf7x>

QR code / lien nextcloud :



Annexe 6

Source Carreau & al., 2018.



Annexe 7

Source Association nationale des psychiatres de CME, 2014.

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 réfèrent 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



Couverture / Traduction Anglaise

Author : Name : Nonnez	First name : Julien
Date of presentation : June 30, 2023	
Title : Coordination between the psychiatric sector and the GP - The role of the advanced practice nurse in mental health psychiatry and representation of the psychiatrist.	
Keywords : Coordination - Collaboration - Primary care - Psychiatry - Sector - Advanced practice nurse - GP's - Psychiatrist - Empowerment	
Abstract : The general practitioner, who is at the heart of the primary care system, is the first point of contact when a person develops a mental health problem. From the outset, the psychiatric sector has offered a range of tools adapted to the population's mental health needs. However, primary care professionals, the majority of whom are referrers, are finding it difficult to liaise with their psychiatric counterparts. With the advent of advanced practice, a number of questions have arisen. The aim of this approach was to understand what role advanced practice nurses specialising in mental health psychiatry could play in this coordination between the psychiatric sector and GPs. To answer this question, prospective qualitative research based on an inductive approach was proposed to psychiatrists in the public and private sectors in the Hauts-de-France region, specifically in the Dunkirk area. The study gathered the views and practices of ten psychiatrists. The research revealed a lack of coordination with general practitioners, rather than inter-professional collaboration. Communication is rare, unilateral, with tools that are poorly adapted to the needs of professionals. Governed by urgency and complexity, this collaboration suffers from a health system under strain and divergent medical cultures, plagued by negative representations of the psychiatric discipline. This has an impact on psychiatrists and their patients, forcing them to adapt their practices. However, this research has highlighted the participation of other players, such as certain specialist doctors, paramedics and the patient, as an essential vector in the collaboration. A number of areas for improvement have emerged, including training for GPs, the introduction of digital tools, formalisation, patient empowerment and shared care arrangements. The prospects are many, and they make it possible to envisage the place of the advanced practice nurse as a link between the players, and even beyond, since the expectations expressed about the profession are varied. Professionals will need to be kept informed about the role of the advanced practice nurse, which will ultimately lead to the establishment, development and recognition of the profession.	
Director : SALOMÉ ERIC	

Couverture

Auteur : Nom : Nonnez	Prénom : Julien
Date de soutenance : 30 juin 2023	
Titre du mémoire : Coordination entre le secteur psychiatrique et le médecin traitant - Place de l'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie santé-mentale et représentation du psychiatre.	
Mots clés : Coordination - Collaboration - Soins primaires - Psychiatrie - Secteur - Infirmier en pratique avancée - Médecins - Empowerment	
Résumé : Le médecin traitant, pivot du parcours dans les soins primaires, est l'interlocuteur privilégié lorsqu'une personne développe un trouble psychique. Le secteur psychiatrique, par essence, offre un panel d'outils adaptés aux besoins de santé psychique de la population. Cependant, les professionnels de soins primaires, majoritairement référencés, constatent des difficultés qui entravent l'articulation avec leurs homologues psychiatres. Avec l'arrivée de la pratique avancée, un questionnement a pu émerger. L'objectif de cette démarche était de comprendre quelle place l'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie santé-mentale pourrait-il occuper dans cette coordination entre le secteur psychiatrique et le médecin traitant. Pour répondre à cette question, une recherche qualitative prospective reposant sur une démarche inductive a été proposée aux psychiatres des secteurs publics et privés en région Hauts-de-France, précisément sur le territoire Dunkerquois. Étude qui aura permis de recueillir les représentations et les pratiques de dix médecins psychiatres. Cette recherche a démontré une absence de coordination avec le généraliste, au profit d'une collaboration interprofessionnelle. La communication est rare, unilatérale, avec des outils peu adaptés aux besoins des professionnels. Régie par l'urgence et la complexité, cette collaboration souffre d'un système de santé en tension et de cultures médicales divergentes, en proie à des représentations négatives de la discipline psychiatrique. Constat qui impacte le psychiatre et son patient, l'obligeant à adapter ses pratiques. Cependant cette recherche a permis de mettre en lumière la participation d'autres acteurs comme certains médecins spécialistes, les paramédicaux et le patient, vecteur essentiel dans la collaboration. Plusieurs axes d'amélioration ont pu émerger comme la formation des médecins généralistes, la mise en place d'outils numériques, la formalisation, l'empowerment du patient, ou encore les dispositifs de soins partagés. Les perspectives sont nombreuses, elles permettent d'envisager la place de l'infirmier en pratique avancée comme trait d'union entre les acteurs, et même au delà, puisque les attentes exprimées sur la profession sont variées. Un travail d'information sur la fonction IPA auprès des professionnels se devra d'être accompagné, ce qui permettra à terme, d'oeuvrer à l'implantation, au développement et à la reconnaissance de la profession.	
Directeur de mémoire : SALOMÉ ERIC	