



# Plan

## LISTE DES ABREVIATIONS

## INTRODUCTION

## MÉTHODES

## RÉSULTATS

### 1. Recrutement des médecins généralistes

- 1.1. Déroulement du recrutement
- 1.2. Caractéristiques des médecins

### 2. Données recueillies

- 2.1. Un dispositif aux déclinaisons multiples
- 2.2. De la communication à l'information
- 2.3. Une ouverture au monde de la psychiatrie
- 2.4. Le rôle de la psychologue auprès des patients semble être fonction du contexte et des représentations du MG
- 2.5. La perception de la psychologue par les MG

### 3. Résultats principaux

## DISCUSSION

### 1. Discussion générale

- 1.1. Vers une médecine en réseau
- 1.2. De la psychiatrie institutionnelle à la "psychiatrie citoyenne"
- 1.3. La communication gage de pérennité
- 1.4. L'affirmation de la place de la psychologue
- 1.5. La santé psychique des MG conservée
- 1.6. L'information au cœur des débats
- 1.7. L'opinion publique

### 2. Forces et faiblesses

- 2.1. Forces
- 2.2. Faiblesses

## CONCLUSION

## BIBLIOGRAPHIE

## LISTE DES TABLEAUX

## TABLE DES MATIERES

## ANNEXES

## **INTRODUCTION**

La psychiatrie, branche de la médecine, traite de maladies, de souffrances mentales, qui ne peuvent être mises en évidence par des examens concrets (imagerie, examen sanguin...) et reste en ce sens à distance de bien d'autres spécialités médicales.

La maladie mentale a toujours eu une place particulière dans la société, provoquant un sentiment de peur et un certain rejet (1). En revenant quelques siècles en arrière, nous comprenons que l'héritage laissé par l'exercice de la psychiatrie est assez lourd. A la fin du XVIIème siècle, avec l'édit de 1656 est instauré le « grand enfermement » de toute personne déviante par rapport à l'ordre social (2). C'est à la fin du XVIIIème siècle avec les travaux de Pinel, puis d'Esquirol que le regard sur « les aliénés » commence à se modifier (3). Ils redéfinissent la façon d'aborder la maladie psychiatrique et donnent naissance à la psychiatrie clinique en décrivant la maladie mentale sous forme nosologique (4).

C'est en 1960, que la notion de psychiatrie de secteur est introduite, nourrissant de grands espoirs tant sur la prise en charge des maladies mentales chroniques que sur l'humanisation de la psychiatrie. Ce système, organisé autour de la psychose, ne prévoit pas l'évolution actuelle de la psychiatrie, avec la multiplicité des maladies et des demandes des patients. Ce modèle, actuellement en souffrance, peine à répondre à la demande accrue de la population générale (5).

Des études plus récentes rapportent également le manque de communication entre psychiatres et MG (6), ainsi qu'un manque de coordination, entraînant une perte de chance pour le patient que ce soit dans la prise en charge diagnostique ou thérapeutique (7).

Depuis quelques années, la santé mentale et la psychiatrie constituent des enjeux de santé majeurs, ainsi le « Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 » a été mis au point (8). L'objectif est l'ouverture du secteur psychiatrique, en privilégiant une prise en charge

ambulatoire et en réseau. Le médecin généraliste prendrait le rôle de coordinateur des soins (9).

De nombreuses initiatives sont prises à travers le territoire afin de trouver des solutions pérennes dans le soin des patients présentant une pathologie psychiatrique, tant sur le plan du réseau entre les professionnels de santé que sur la communication. Je citerai notamment la mise en place de centres d'experts qui ont pour but d'aider le médecin généraliste dans sa démarche diagnostique et thérapeutique tout en gardant un rôle de coordinateur (10,11).

Depuis quelques années, une nouvelle forme de l'exercice de la médecine générale voit le jour. Les MSP se développent sur le territoire français, l'exercice autrefois solitaire laisse place à un exercice de groupe. Une MSP se définit par la présence d'au moins deux MG et un paramédical. Elle est régie par l'article L. 6323-3 du code de la santé publique qui prévoit que les « maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales ». En cas de financement public, un cahier des charges est à respecter avec, entre autres, la présentation d'un projet de santé à l'ARS. (12)

Dans le Maine et Loire, en partenariat avec l'ARS et en accord avec les objectifs de santé publique, il a été mis en place un dispositif qui propose un temps de psychologue de CMP au sein de trois MSP sur le territoire : Longué-Jumelles (MSP 1), les Hauts de Saint Aubin (Angers, MSP 2) et Morannes (MSP 3). La psychologue a pour missions « d'évaluer, d'orienter et d'intervenir sur de courtes durées à visée préventive. Elle contribue à faciliter l'accès aux soins spécialisés en psychiatrie. Elle informe et aide au repérage clinique. Elle participe aux échanges autour des pratiques de la MSP ainsi qu'à la coordination » (Annexe 1 : fiche de poste du psychologue détaché sur la maison de Santé Pluri-professionnelle de Longué-Jumelles).

Pour les MSP 1 et 3, la psychologue qui intervient est la même. Elle se rend le jeudi à la MSP 3 et le lundi à la MSP 1. Dans la MSP 2, c'est un temps dit de « psychologue pour enfants » qui est mis en place. Elle intervient une journée par semaine le vendredi. Une psychologue pour adultes était déjà en place, dans cette MSP, avant l'arrivée de la psychologue pour enfants. Elle intervient un lundi après-midi tous les quinze jours, et ne fait pas parti du dispositif. Pour les MSP 1 et 3, lorsque le MG envoie un patient à la psychologue, il a la possibilité de remplir une « fiche de liaison » (annexe 2) afin de transmettre les informations nécessaires à la prise en charge par la psychologue du patient.

Ce projet pilote, semble en accord avec l'évolution que prend l'exercice de la médecine en général, il permet une avancée dans la mise en place du réseau de soins, dans la coordination et dans le rapprochement entre secteur de psychiatrie et médecine générale. C'est pourquoi le travail qui va suivre sera d'évaluer les retombées de ce temps de psychologue sur la prise en charge, par les MG, de patients présentant des troubles psychiatriques.

## MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude qualitative unicentrique à visée exploratoire. La technique de l'entretien individuel semi-directif a été choisie pour favoriser l'émergence et la succession des questionnements.

Le recrutement des MG s'est fait sur la base du volontariat, dans les maisons médicales accueillant un psychologue du CMP. Il a été proposé à tous les médecins travaillant en coordination avec les psychologues des trois MSP du Maine et Loire : Longué-Jumelles, Morannes et Les Hauts de Saint Aubin (Angers), de participer à l'étude. Sur quatorze demandes, un MG a refusé de participer. Les variables de l'échantillon étaient l'âge, le sexe, l'activité en milieu urbain ou rural. Les cabinets médicaux étaient contactés par appel téléphonique, par mail ou auprès du secrétariat des différents MG.

Le guide d'entretien (annexe 3) a été construit en partant du postulat que la mise en place de ce temps psychologique a un effet bénéfique sur la prise en charge des patients psychiatriques.

Les thèmes explorés étaient les suivants :

- Organisation du temps psychologue,
- Rôle de la psychologue dans la prise en charge des patients,
- Evaluation de la communication,
- Ressenti du MG
- Ressenti du patient perçu par le MG

Les entretiens ont été effectués dans les cabinets des médecins, ou au domicile personnel du médecin généraliste. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

Les entretiens ont été entièrement retranscrits en fichier Word, anonymisés puis codés au fil de leur déroulement, permettant l'évolution du guide d'entretien. Le verbatim a été codé à l'aide d'un fichier Excel. Une analyse thématique de type inductif a été effectuée.

Rapport-Gratuit.com

# RÉSULTATS

## 1. Recrutement des médecins généralistes

### 1.1. Déroulement du recrutement

Sur les 14 médecins contactés, 12 ont accepté de participer à l'enquête, 1 contact fût injoignable et 1 a refusé. Les entretiens ont été recueillis de septembre à octobre 2017. Ils ont duré de 20 à 45 minutes (30 minutes en moyennes).



## 1.2. Caractéristiques des médecins

MG	Âges (ans)	Sexe	Mode d'exercice	Remplaçant ou Installé	Formation en psychiatrie
1	60	Homme	Rural	Installé	Stage de 4 mois durant les études
2	60	Femme	Rural	Installée	Séminaires : anorexie/ boulimie/ trouble bipolaire
3	30	Femme	Rural	Remplaçante	Stage de 3 mois durant les études
4	55	Homme	Rural	Installé	Service militaire en hôpital psychiatrique en tant que « psy » dans un centre de sélection et d'aptitude
5	42	Femme	Urbain	Installée	Stage de 6 mois durant l'internat
6	52	Homme	Urbain	Installé	Non renseigné
7	42	Homme	Urbain	Installé	Non renseigné
8	46	Homme	Urbain	Installé	Capacité d'addictologie en post-internat
9	32	Homme	Rural	Installé	Sensibilisation à la prise en charge biopsychosocial
10	36	Femme	Rural	Installée	Module psychiatrie lors de l'externat Demi-journées de psychiatrie lors de l'internat participation à des groupes Balint
11	61	Homme	Rural	Installé	Non renseigné
12	30	Femme	Rural	Remplaçante	Demi-journées de psychiatrie durant l'internat

Tableau 1 : Caractéristiques des MG constituant l'échantillon raisonné

## 2. Données recueillies

### 2.1. Un dispositif aux déclinaisons multiples

#### 2.1.1. Des initiatives variées permettant la naissance du projet

La mise en place du temps psychologue dans les différentes MSP s'était réalisée aisément « *ça s'est plutôt bien fait, [...] en un mois c'était quasiment fait* » M5 et les initiatives du projet étaient variées. Pour la MSP 1, le secteur de psychiatrie était à l'origine de la démarche, leur permettant d'être les pionniers : « *À la suite d'une proposition de l'ARS d'un budget qui permettait au secteur d'avoir un psychologue [...] on était la première maison médicale à accueillir cette psychologue...* » M1. Pour la MSP 2, c'était à la demande de la population du quartier que le projet avait débuté : « *on a fait ce qu'on appelle un diagnostic santé, [...] très rapidement les gens ont dit qu'il avait besoin de psychiatrie, de psychologues* » M8. Pour la MSP 3, le projet avait été impulsé par le médecin du travail. Elle pensait que certaines pathologies dites « professionnelles » étaient plutôt en lien avec des conflits d'ordre privé. : « *notre motivation au départ c'était par l'intermédiaire du médecin du travail* » M11. La psychologue libérale installée dans le même secteur était en accord avec ce projet : « *d'ailleurs, quand on avait demandé ce poste de psychologue, on avait mis notre psychologue en libéral bien sûr dans la boucle* » M 11.

#### 2.1.2. Un temps de présence approuvé qui ouvre le débat

Les médecins généralistes interrogés étaient partagés sur la question du temps de présence de la psychologue. Certains pensaient que le temps imparti pour la maison médicale concordait avec le rôle qu'elle lui attribuait : « *quand on a une urgence de toute façon, elle ne va pas forcément être là [...] même si elle venait deux jours par semaine* » M2. Un médecin avait posé la question d'alterner le jour de présence et de modifier les amplitudes horaires de la psychologue, afin de toucher un plus grand nombre de patients : « *il y a certains patients qui pourraient ne pas être disponibles [...] ce jour-là.* » M3. D'autres pensaient qu'il fallait un

temps plus conséquent car son aide était considérée comme précieuse au sein de l'équipe : « *on aimerait bien qu'elle soit là plus souvent [...] elle participe à nos réunions de cas complexes, à nos projets de protocole de soins et elle apporte son regard de psychologue* » M10. L'un d'eux avait exprimé son intérêt d'accroître le temps de présence de la psychologue, mais a souligné que son rôle serait alors à modifier : « *ce serait plus dans l'orientation et dans la prise en charge courte mais ce serait dans le fait d'éviter d'envoyer les gens à 40km* » M9.

### **2.1.3. Un relais à la psychologue aux modalités multiples**

Si la transmission de la « fiche de liaison » semblait plus développée dans les MSP 1 et 3, certains MG semblaient réticents à cette pratique. Ils s'y prêtaient mais soulignaient le côté chronophage de cette démarche : « *je n'ai pas le temps de tout recopier* » M2. Pour d'autres MG, il n'y avait pas forcément d'intérêt à transmettre par écrit les informations à la psychologue car ils estimaient plus pertinent la communication orale : « *elles peuvent nous contacter n'importe quand pour discuter du cas du patient.* » M 7

Une fois cette démarche effectuée, c'était au patient que revenait la décision de consulter la psychologue. Dans les MSP 1 et 3, la prise de rendez-vous se faisait par téléphone : « *On leur donne les coordonnées de la psychologue en leur mentionnant bien de prendre un rendez-vous sur la permanence de ...* » M10. Au sein de la MSP 2, c'était des agents d'accueil détachés de la mairie qui géraient la prise de rendez-vous avec la psychologue pour enfants : « *à notre sortie on a des agents d'accueil* » M7. L'accès pouvait aussi se faire de façon directe, sans que le médecin généraliste en soit tenu informé : « *si ce sont des personnes du secteur, elles accèdent à la pédopsychologue sans notre aval* » M5, même si dans les faits, cette pratique restait méconnue « *il ne se fait pas tant que ça cet accès* » M5.

## 2.2. De la communication à l'information

### 2.2.1. Des formes de communication variées

La communication avait le privilège d'être simple : « *c'est l'avantage d'une petite maison médicale, on se rencontre souvent* » M1. Elle pouvait se réaliser lors de moments informels : « *quand je viens prendre un café* » M1, au moment de repas partagés avec la psychologue « *le midi où on se parle pas mal.* » M5 ou par téléphone s'il y avait besoin d'une information rapide sur le patient « *elles peuvent nous contacter n'importe quand* » M7. Des moments de réunions avec la psychologue pouvaient se faire selon la MSP. Pour la MSP 1, les réunions avaient lieu une fois par mois : « *souvent le premier jeudi.* » M1. Elles traitaient de cas complexes : « *on parle de cas psychologiques difficiles, soit on a un problème de relations, soit des gens envoyés* » M4. Elles se définissaient par la présence de l'ensemble des membres de la MSP : « *Médecins et paramédicaux* » M1. Pour la MSP2, il n'y avait pas de réunions de revue de dossier avec la psychologue : « *ce n'est pas encore fait* » M6. Des temps de rencontre pouvaient s'organiser à la demande du médecin ou de la psychologue : « *on peut avoir des temps de synthèse avec la psychologue* » M8. Et la réunion autour de cas complexes ne semblait pas envisagée pour ce MG : « *il n'est pas question de faire des réunions de débriefing sur des situations où on va convier toute l'équipe* » M8. Pour la MSP3, des réunions se déroulaient avec tous les acteurs de la MSP : « *tout le monde y assiste* » M10 à intervalle régulier : « *tous les 15 jours et tous les mois il y a une réunion qui est dédiée à parler de situations complexes* » M10 et la présence de la psychologue était indispensable : « *Elle est toujours présente à ces réunions-là. Puis vraiment c'est primordial* » M9.

### 2.2.2. Le partage d'informations discuté

La fiche de poste de la psychologue ne mentionnait pas le niveau de partage de l'information avec le MG. Ainsi, chaque professionnel de santé adaptait, selon ses principes, la transmission d'informations, engendrant différentes manières de fonctionner avec la psychologue. L'un semblait d'accord pour la mise en communs des informations recueillies afin d'améliorer la prise en charge du patient : « *ça peut être aussi des pistes à travailler ensemble, chacun de son côté quand on a le patient* » M9. Un autre MG prônait les retours au cas par cas : « *Pas à chaque fois, mais quand il y a besoin* » M5 avec échange d'informations avant la consultation si l'inquiétude était grande : « *Avant si on sent que c'est compliqué là* » M5 et au besoin des prises de contacts occasionnelles : « *on dit je suis bien dans le suivi, je ne suis pas dans le suivi* » M5. Un MG était réservé quant au partage d'informations : « *de savoir que cette petite fille a quelque chose, un espace de parole, moi ça me suffit* » M8. Il considérait que le patient ne souhaitait peut-être pas que son MG soit informé du contenu de la consultation psychothérapeutique : « *sans doute qu'il y a des choses qu'elle n'a pas envie de me raconter sur son histoire* » M8. Il mettait également en avant son statut de médecin de famille : « *pour qu'on puisse garder ce statut de médecin généraliste, on va les recevoir avec leur mari, avec leurs enfants.* » M8 et restait ouvert à un partage d'informations ciblé, pour faire face aux situations nécessitant un travail en amont ou une préparation de l'équipe : « *on a tous été sollicités pour que, si jamais un de nous était absent, on puisse gérer. Avec la psychologue on a travaillé ça, on a échangé* » M8. Un autre MG souhaitait avoir un maximum d'informations : « *justement après on se retrouve, on arrive à tout savoir* » dans les moindres détails : « *Je suis au courant des patients qu'elle a vus et de ce qu'elle fait* » M2, avec des contacts avant ou après la consultation : « *tu vas être contacté par un tel. [...] Puis des fois elle me dit la semaine d'après* » M2.

### 2.2.3. Le MG, le patient et la prise de rendez-vous

La question de l'interrogation systématique du patient sur sa prise de rendez-vous s'était posée. Pour certains, il n'y avait aucune d'obligation. Le refus de questionner le patient correspondait à une volonté de préserver sa liberté d'action: « *je n'en attend pas. [...] moi, je ne demande jamais de retour des agents d'accueil* » Il attendait le retour de la psychologue : « *J'attends en fait [...] son retour à elle.* » M6. Un autre MG interrogeait de façon systématique le patient sur sa prise ou non de rendez-vous : « *Je lui demande toujours à la consultation d'après. Parce que je le mets toujours à ma consultation : demande d'aller voir la psychologue.* » M2, afin de connaître un éventuel refus : « *je n'ai pas envie, j'ai changé d'avis* » M2

## 2.3. Une ouverture au monde de la psychiatrie

### 2.3.1. Les patients appréhendent moins la prise de rendez-vous

Certains patients présentaient des craintes quant à la démarche d'aller voir un psychologue. Ils gardaient à l'esprit une image erronée du monde de la psychiatrie : « *c'est un peu : je vais aller chez les fous* ». M9 La présence de la psychologue dans les locaux permettait de rompre avec leurs préjugés et de franchir le cap de la première consultation : « *voilà la psychologue, regardez, toute normale, pas de soucis, ça a beaucoup fait rire la patiente et elle a pris un rendez-vous* » M10. Les rendez-vous de consultation se faisaient dans un endroit coutumier et rassurant pour le patient : « *c'est aussi l'avantage pour les patients de ne pas aller dans un lieu qui peut être parfois anxiogène comme par exemple le CMP* » M7. Ce n'était donc plus le patient qui se déplaçait vers la psychiatrie mais l'inverse : « *La proximité ça favorise le fait qu'il adhère au concept d'aller voir la psychologue* » M3. Cette première approche avec le monde de la psychiatrie ouvrait ainsi la voie à un suivi futur en CMP : « *je pense que [...] s'il a besoin de retourner au CMP il ira plus facilement après le premier contact qu'il a eu ici.* » M4

### **2.3.2. Les ressentis des MG étaient variables quant à leur inclusion dans le réseau de soins**

La mise en place de ce système avait permis des rencontres entre spécialistes et généralistes : « *ça a permis de renouer des contacts* » M1, permettant parfois de générer une relation de confiance : « *en pédopsychiatrie on a les mails maintenant. On les connaît* » M5. Certains parlent de lien indirect qui s'est créé sans qu'une influence sur le lien personnel n'ait été ressentie : « *je ne sais toujours pas qui il y a au CMP, je n'ai toujours pas les noms* » M9. Pour un praticien, ce lien a permis à la maison de santé d'avoir une place privilégiée au niveau du secteur de psychiatrie dont elle dépendait : « *on a peut-être aussi des entrées plus faciles si nos patients ont besoins d'une consultation en CMP* » M10. Pour un autre, ses appréhensions se sont apaisées : « *on met peut-être des barrières [...] qui n'existent pas mais, ce n'est pas forcément toujours très simple de communiquer* » M11, pour laisser place à un échange : « *c'est plus facile de communiquer et plus facile de s'accompagner mutuellement* » M11. Des retours du CMP ont été évoqués : « *ils en ont parlé un petit peu en réunion interne et en fait elle nous a fait remonter* » M10. D'autres MG considèrent la communication inchangée entre secteurs : « *pour l'instant je sais pas dire que c'est beaucoup mieux.* » M7. Un médecin reprochait aux psychiatres l'absence de courrier : « *on ne sait pas ce qui se passe* » M2 et un MG n'avait pas ressenti de lien direct ou indirect avec le secteur : « *au final, quand on a besoin de la psychiatrie autre qu'elle [psychologue], en fait on a pas de passe-droit* » M12.

### **2.3.3. Sur le plan pratique, les MG s'accordent**

Pour l'ensemble des MG interrogés, la présence de la psychologue dans les locaux permettait aux patients un accès plus aisé à la psychiatrie. Les problèmes pécuniers évoqués par les patients n'étaient plus un frein : « *un psychologue n'en parlons pas, c'est un monsieur qui est à la CMU* » M4, et donnait un accès rapide à une psychologue : « *le lundi suivant ou même dans la journée* » M1. Ce temps psychologue permettait donc une prise en charge efficace des patients : « *ça avait l'avantage de la simplicité, de la proximité* » M4. Du point de

vue du MG, la présence de la psychologue impactait positivement le temps de consultation : « *puis nous ça nous décharge aussi de certaines consultations très longues.* » M10. En donnant la possibilité au MG de cadrer d'avantage le patient dans ses sollicitations : « *ça permet de dire [...] ça il faudrait le travailler avec la psychologue. Au lieu de durer une heure et quart, ça ne dure que trente minutes mes consultations.* » M10 et de trouver une issue à la consultation : « *je ne peux pas les garder une heure, voir tout le problème, et à ce moment-là on a quelqu'un* » M2

## **2.4. Le rôle de la psychologue auprès des patients semble être fonction du contexte et des représentations du MG**

### **2.4.1. La théorie face à la pratique**

Un des rôles attribués à la psychologue était d'orienter les patients vers les soins les plus adaptés, après une évaluation sur quelques séances : « *son travail c'était d'aiguiller justement et de détecter les maladies précocement* » M3. Mais certaines situations ont amené la psychologue à adapter ses prises en charge et à mettre en place des suivis : « *elle en fait quand même* » M10 Elle a été confrontée à des situations où le relais à une autre structure était inenvisageable. Notamment à travers un cas de violence conjugale : « *on s'arrangeait pour dire qu'elle venait me voir ou qu'elle venait voir le kiné. [...] Parce que quelquefois il la surveillait.* » M2. Dans d'autres cas, un suivi était mis en place dans la MSP afin d'apprécier la progression de l'enfant. Il pouvait se faire de façon continue ou à travers des réévaluations ponctuelles. Ce type de prise en charge était surtout observé dans la MSP 2 qui accueillait la psychologue pour enfants : « *Normalement on ne part pas sur des suivis longs. [...] Par contre il peut y avoir des suivis qui peuvent durer un an, où elle va voir l'enfant sur une évolution* » M5.



### 2.4.2. La détection précoce : Une définition et un rôle à définir

Lors des entretiens, des médecins s'étaient interrogés sur la définition de la détection précoce. Le fait que ce soit eux qui adressaient à la psychologue n'était pas en corrélation avec la définition qu'ils en avaient. :« *on n'est pas dans du dépistage de masse* » M8. Elle n'était pas la première à intervenir dans la situation : « *les patients n'y vont pas directement* » M9.

Par ailleurs, les avis des MG divergeaient quant à l'intervenant à solliciter. Des MG n'avaient pas d'avis : « *Je ne sais pas. Je ne crois pas.* » M12. Certains pensaient qu'il était important d'adresser rapidement à la psychologue un patient, souvent enfant. C'était surtout dans le but d'avoir une évaluation rapide et de limiter l'enkystement des troubles : « *On prend avant en fait. Donc, des fois, c'est des symptômes qui paraissent un peu banals* » M5. D'autres MG pensaient au contraire que le diagnostic précoce ne faisait pas partie du rôle de la psychologue, préférant adresser le patient à un médecin psychiatrie pour ce type de problématique : « *je trouverais que ce ne serait pas de son ressort, [...] les psychiatres ont déjà bien du mal.* » M8 et ne pensaient pas forcément à s'adresser à la psychologue : « *lorsque j'ai vraiment une grosse inquiétude j'ai tendance à aller directement au service* » M4 ou n'intégraient pas la psychologue dans le diagnostic mais plutôt dans le soutien du patient : « *ce ne sera pas pour avoir un diagnostic, ce sera pour aider les patients, pour aider ces enfants et ces ados à vivre mieux* » M9

### 2.4.3. La prévention : une mission pour la MSP2

Pour la MSP 2, la psychologue avait un rôle clé en termes de prévention. Elle avait un temps dédié à cette mission : « *elle a un pourcentage de temps qui est pour la prévention* » M5. Elle participait aux réunions de la MSP autour de ce thème : « *une fois tous les deux mois* » M5. Elle avait aussi en charge la mise en place de réunions avec les parents et le personnel de la crèche pour discuter des troubles du sommeil ou de la colère de l'enfant par exemple : « *pour apprendre comment on fait avec les colères de nos enfants, pour éviter après*

*la maltraitance, pour éviter le manque de communication* » M5. Ces temps se déroulaient le soir sous la forme de café-forum : *« il va y avoir sept ou huit personnes, parents qui vont venir s'installer sur la base d'un café, d'une discussion* » M5.

#### **2.4.4. La place de la psychologue dans l'urgence et la semi urgence**

La prise en charge des urgences par la psychologue n'était pas mise en avant par les médecins généralistes. Son peu de temps de présence dans la maison de santé a été une des raisons avancées par M3 : *« elle est là que le jeudi* ». De plus, lors de problèmes aigus, les MG préféraient adresser leurs patients vers une structure adaptée à la gestion de crises : *« on appelle le Césame directement ou les grosses structures pour les prendre en charge. »* M3. Pour un MG, la prise en charge des urgences psychiatriques n'était pas en corrélation avec le rôle qu'il donnait à la psychologue : *« ça demande une hospitalisation et elle est psychologue [...] elle fait des consultations* » M12. Un autre praticien considérait que la psychologue était mieux formée que le MG pour gérer l'urgence : *« je crois effectivement qu'un espace de parole peut permettre de soulager une crise [...] c'est quand même plutôt intéressant que ce soit fait par quelqu'un qui ait une idée de ce qu'est l'entretien de psychothérapie* » M8. Cependant il concédait que cette pratique n'était pas dans nos habitudes et qu'elle semblait compliquée à mettre en place : *« ce n'est pas non plus la question de la culture de l'urgence, la question de la psychologue* » M8. Un dernier MG ne désirait pas déléguer cette prise en charge : *« s'il y a une urgence de parler, [...] Je suis là* » M9.

Dans le cadre de semi-urgences, les MG étaient en accord avec la place de la psychologue : *« là on a pu déclencher une pris en charge semi-urgente* » M9. Sa présence dans les locaux rendait l'organisation des soins plus facile et permettait au MG de déléguer : *« je lui ai dit, cette dame-là, elle ne va pas bien du tout [...]. Elle a géré* » M 10. Elle pouvait également trouver des solutions adaptées en dehors des temps de permanence à la MSP si le MG la contactait pour une prise en charge rapide : *« elle était sur ses autres permanences [...]*

elle trouve une solution de rechange, soit le CMP, soit l'UPAO, soit on tempore, soit elle rappelle les gens aussi. » M10

#### **2.4.5. Le concept de consultation conjointe**

Les médecins étaient, pour la plupart, favorables au principe de consultation conjointe, c'est-à-dire en duo avec la psychologue. Certains avaient essayé de mettre en place une consultation avec la psychologue mais celle-ci n'avait pas abouti : « *c'est une question que je m'étais posé [...] mais comme il ne s'est pas présenté...* » M7. Pour un médecin, l'expérience a été très positive. Cette consultation avait permis la prise en charge rapide d'un patient présentant un syndrome dépressif majeur en trouvant une solution adaptée : « *je l'ai reçu moi d'abord, après je lui ai demandé s'il acceptait de voir la psychologue et c'est la psychologue qui a soumis l'idée* » M11. Cependant, la mise en place de ce type de pratique demandait un temps difficile à dégager pour le MG « *Ça pourrait se faire, mais encore une fois on est limité dans son organisation* » M6. Il préférait se concentrer sur les soins somatiques, et laisser les soins psychiatriques à la psychologue : « *je vais gérer le somatique. [...] elle va prendre la personne trois quarts d'heure.* » M6. Un autre médecin n'était pas favorable ce concept, pensant qu'il pouvait occasionner un déséquilibre au sein même de la consultation : « *c'est assez complexe d'avoir une consultation triangulaire en psychiatrie, c'est plus des consultations duelles* » M1.

#### **2.4.6. Des initiatives différentes pour aborder les situations complexes**

Dans la MSP 3, une cohésion s'était créée autour d'une situation, notamment grâce aux réunions de MSP. Tous étaient mobilisés : « *tout le monde a un petit peu son mot à dire* » M12, autour d'une situation complexe : « *on a des soucis sur une histoire familiale très compliquée.* » M10, qui pose la question de violence : « *on se pose des questions de maltraitance* ». Chaque personne de la famille avait un suivi individuel : « *chacun est suivi par quelqu'un* », avec en plus l'intervention d'acteurs en dehors de la MSP : « *une mise en place*

*de professionnels de l'éducation, de la santé, des travailleurs sociaux* ». Les réunions étaient des moments privilégiés pour refaire le point et regrouper les informations : « *on recoupe nos infos* » pour avoir une approche globale et réelle de la situation : « *on a l'impression que chacun essaie de manipuler les soignants* » dans un souci de protéger au mieux les enfants : « *il en va du bien-être des enfants* » M10.

Dans la MSP2, un suivi conjoint s'était construit : « *elle va revoir l'enfant avec la mère. [...] Moi je vais voir le père.* » M5 pour pouvoir comprendre ensemble la situation: « *je ne connais pas encore bien la famille [...] J'ai du mal à percevoir. Elle m'a dit : moi c'est pareil, je commence.* » et d'accompagner sur des temps différents une même famille : « *on va être deux à commencer à voir la famille, de façon différente, avec une place différente* », afin d'avoir une approche globale du conflit sous-jacent : « *ce qui va nous permettre probablement d'accompagner la famille plus vite.* » M5

## **2.5. La perception de la psychologue par les MG**

### **2.5.1. Une fonction de « soutien »**

La psychologue pouvait s'avérer un soutien important pour le MG : « *Elle n'accompagne pas que les patients, elle nous accompagne nous.* » M11, car le médecin avait ses failles : « *des fois on a aussi nos peurs, nos craintes.* » M2. Il soulignait l'intérêt de cet accompagnement, notamment pour les médecins débutant dans la profession : « *c'est pour moi indispensable, pour des jeunes médecins* » à qui le suivi des patients en détresse était parfois imposé « *ils sont obligés* ». Il questionnait les limites de ce suivi : « *ils prennent en charge des gens [...] qui dépassent leurs compétences* » pouvant être délétère pour le patient et pour le médecin : « *c'est dangereux à la fois pour les patients mais également pour le médecin* » M11. Quand le MG ressentait des difficultés émotionnelles : « *Elle m'a collé un peu le stress* » M4, il pouvait confier ses doutes à la psychologue : « *en racontant avec un peu plus de détails ce que je viens de vous raconter* » ce qui permettait d'envisager les situations

sous un autre angle : « *elle a très vite identifié un certain nombre de problèmes* » M4. Le MG n'était plus le seul protagoniste dans le suivi du patient : « *On est pas les seuls détenteurs... on est pas isolé face aux symptômes.* » M5 et ne restait plus seul face à ses doutes : « *on reste pas des semaines avec l'inquiétude d'un enfant [...] qui nous inquiète vraiment.* ».

### **2.5.2. Une ressource précieuse**

La psychologue avait un regard intéressant sur les situations : « *il y a des gens pour qui on sait clairement qu'il y a quelque chose et des gens pour qui on a un deuxième regard plus expert.* » M8 avec une autre approche : « *des compétences différentes de nous* » M12. Les MG reconnaissaient un manque de connaissance en psychiatrie : « *je n'ai pas une grosse expertise en matière de psychiatrie lourde* » M4 et une formation insuffisante : « *en tant que généraliste on est quand même relativement mal formé aux problèmes psychiatriques* » M1. Ils se sentaient en confiance pour demander l'avis de la psychologue pour des problèmes ressentis en consultation : « *je ne lui ai pas adressé mais moi ça m'a posé problème* » M12. Un échange pouvait se créer autour de situations où elle n'était pas intervenue : « *elle peut nous aider aussi dans les autres dossiers sur le versant psychologique* » M1, et où elle était une personne ressource : « *une aide précieuse* ». M9 Elle donnait des clés aux MG : « *on n'arrivait pas à savoir si, effectivement c'étaient les parents qui étaient inducteurs du trouble du comportement ou si c'était l'enfant qui était lui-même inducteur* » M1 Les MG s'accordaient sur son expérience approfondie de la psychologie « *pour certaines situations, nous on préfère que ce soit vu par quelqu'un qui soit mieux formé que nous et plus apte à les aider.* » M7 et sur l'ouverture qu'elle apportait : « *elle peut [...] profiter du lien et des relations qu'elle a auprès des médecins du secteur* » M11. Sa présence conférait à la maison médicale un bénéfice important pour les soignants qui y exerçaient : « *on a l'avantage d'avoir un expert sur la gestion certaines situations* » M4.

### 2.5.3. Pour les MG, les patients sont conquis

La plupart des MG ont relaté des retours positifs : « *les gens étaient enchantés, et même ils ne voulaient pas la quitter.* » M2. Pour les patients, la psychologue était devenue partie intégrante de la MSP et de l'équipe qui la composait : « *ça fait partie d'un outil [...] normal de la maison de santé.* » M8. Certains MG ont rapporté que des patients regrettaient que la prise en charge ne s'inscrive pas dans le temps. Cette obligation liée au fonctionnement du dispositif ne semblait pas pour autant, être un frein à une première rencontre avec la psychologue : « *même ceux que ça a rebuté, ils l'ont quand même fait* » M12. Mais il semblait qu'au moment du relais entre la psychologue de la MSP et du CMP, certains patients décidaient de ne pas continuer le suivi : « *je crois qu'après elle n'a plus refait...* » M12

### 3. Résultats principaux

De l'origine du dispositif à son exploitation en MSP, le temps de psychologue a eu des racines et des ramifications multiples. Il ne s'est pas développé en parallèle des projets de la MSP, mais il s'est intégré à leur fonctionnement. Ainsi les questionnements se sont multipliés autour « des rôles » de la psychologue auprès des patients, mais également auprès des MG qui la considéraient comme « un expert » et « un soutien ». Différents modes de communication ont pu être observés et le partage d'information qui en découlait, pouvait varier. La psychiatrie s'est déployée, permettant une plus grande compliance des patients et de nouveaux axes de débat sur l'inclusion au réseau de soins pour les médecins.

# DISCUSSION

## 1. Discussion générale

### 1.1. Vers une médecine en réseau

L'étude observationnelle publiée en mars 2018 intitulée : « L'orientation des patients souffrant d'un trouble dépressif aux urgences psychiatriques par le médecin traitant est-elle associée à la décision d'hospitalisation » montrait qu'un des motifs pour adresser les patients aux urgences était le manque de collaboration entre MG et psychiatres, en amont de la prise en charge (13). Les conclusions de l'étude plaident en faveur « d'un échange précoce » afin d'optimiser les prises en charge et d'éviter un transfert inadéquat aux urgences. La présence de la psychologue au sein des MSP, pourrait bien faciliter cet « échange précoce » et ainsi permettre une intervention plus adaptée à certaines situations.

Manifestement, le nombre de psychiatres en France est l'un des plus élevés au monde après les Etats-Unis et la Suisse. Pour autant, leur répartition sur le territoire est inégale et l'accès aux soins psychiatriques reste difficile (14). V. Kovess Masfety, reprend l'enquête épidémiologique multicentrique Eseméd menée dans différents pays d'Europe, qui montre qu'en France le travail en réseau est peu développé par rapport aux autres pays. La difficulté d'accès aux soins psychiatriques et l'isolement des MG entraîneraient ainsi une sur prescription de psychotropes par rapport à nos voisins européens. Il paraît donc nécessaire de repenser le système actuel de soins (15). De plus, la consultation chez un psychologue n'est pas remboursée dans notre pays malgré le désir des MG d'un accès plus simple à la psychothérapie (16). Il existe une réelle volonté des MG à travailler en réseau, puisque cette solution a été formulée dans l'étude : « Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. » (17). Le dispositif



mis en place au sein des MSP correspond à un travail en réseau. La psychologue aide le MG dans sa pratique au quotidien et lui apporte une solution rapide à proposer à ses patients.

## **1.2. De la psychiatrie institutionnelle à la « psychiatrie citoyenne »**

Un véritable réseau de soins intégré à la « cité » avait été mis en place dans la banlieue Est de Lille. Il s'étendait sur un espace de 6 communes et avait pour vocation de faire sortir la psychiatrie des murs. Afin de sursoir à l'hospitalisation en milieu spécialisé, des solutions alternatives étaient nées : « l'hospitalisation 24 heures sur 24, sept jours sur sept à domicile », ou les « familles d'accueil ». Cette organisation fonctionne grâce à un lien solide et permanent entre les différents membres du réseau. La psychiatrie s'intégrait à la communauté, permettant le rétablissement du patient dans son milieu quotidien. (18) Ce travail avait donné naissance à « l'appellation [de] « psychiatrie citoyenne » (19) [qui] est la résultante du travail des équipes et des « citoyens experts » dans la cité. » (20) Cet exemple de réseau fait naître un exercice nouveau de la psychiatrie. A moindre échelle, le déplacement des psychologues au sein des MSP aspire à la même vocation d'une psychiatrie qui va à la rencontre du patient et non l'inverse.

## **1.3. La communication gage de pérennité**

Le projet de temps psychologue s'est développé à travers un dialogue entre secteur psychiatrique, MG et parfois « population du quartier », générant des conceptions différentes propre à chaque MSP. Selon G. Guez ce mode de fonctionnement permet d'en faire un « défi collectif ». Il contribue à une plus grande adhésion des personnes qui y participent car il n'est pas imposé (21).

Pourtant, lors des entretiens, certains MG ne se sentaient pas vraiment intégrés au réseau de soins. Ils n'étaient pas convaincus de la réalité d'un échange avec le secteur de psychiatrie. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce ressenti. Certains MG n'avaient pas été

présents au moment de l'instauration du temps de psychologue. Cette absence physique ne leur avait donc pas permis l'appropriation du projet, et la première rencontre psychiatre/MG, avait été vécue comme un véritable rapprochement pour certains MG. Au-delà de cela, il semblerait que le sentiment d'intégration se développe à travers l'organisation de temps dédiés à l'échange interprofessionnel. Dans l'étude « Travailler dans un réseau de santé : effets sur la santé psychique au travail ». La solution proposée était une « formation continue », pour pérenniser l'échange entre professionnels et permettre la « réflexion collective » du projet une fois « l'optimisme initial passé » (22).

## **1.4. L'affirmation de la place de la psychologue**

### **1.4.1. Une psychologue « communautaire »**

La psychologue institutionnelle tend à devenir communautaire avec les changements de pratique de la psychiatrie (18). Il est donc naturel que les interrogations autour de son rôle se soient développées dans les différentes MSP. Dans le dispositif mis en place dans la banlieue Est de Lille, la psychologue avait des rôles multiples : « travail clinique, recherche-action, promotion de la santé mentale et travail en réseau. » (18) ce qui lui demandait une capacité et un temps d'adaptation, pour elle et pour les autres membres du réseau. Au travers des entretiens avec les MG, le rôle de la psychologue n'était pas toujours évident et son intervention auprès des patients dépendait des MG.

### **1.4.2. Vers une démarche préventive**

Une étude datant de juin 2011 portait sur le déplacement de psychologues au domicile de femmes venant d'accoucher et considérées « à risque ». L'originalité de cette démarche, au-delà du caractère « communautaire », était la volonté de proposer systématiquement un suivi psychologique aux femmes. Ce n'était plus le patient qui demandait mais c'était un service mis à disposition dans le cadre de la prévention (23). La psychologue de la MSP2 avait également cette activité de prévention dans ses missions, en menant des actions en

partenariat avec les infirmières. Les thèmes abordés étaient en accord avec la demande de la « population du quartier ». Cette mission est primordiale pour une psychologue mais en pratique, les règles sont imprécises. Il est nécessaire de poser les bases de « que prévenir » (thèmes abordés), « qui » (groupe ou individu) et « avec quel éthique » (24).

#### **1.4.3. Pour une détection précoce au sein des MSP**

Dans l'étude « Diagnostic précoce dans la schizophrénie : une mission pour les médecins généralistes ? », deux phases sont décrites avant l'apparition des « symptômes psychotiques francs » qui correspondent à une « clinique hétérogène et peu spécifique » (25). Le MG est souvent le premier interlocuteur du patient (26). La définition du diagnostic précoce était variable et l'intervention de la psychologue à ce stade était MG-dépendant. Il apparaît important que les MG soit formés et informés sur ce trouble (27) car plus la prise en charge est précoce, plus la rémission fonctionnelle semble durable et de meilleure qualité (28). Les psychologues peuvent intervenir dans la formation des MG (27).

#### **1.4.4. La psychologue « expert »**

L'étude canadienne menée par V. Parent interrogeait le rôle des psychologues auprès de MG. L'organisation des soins faisait que le médecin sollicitait l'avis de la psychologue pour des situations complexes ce qui permettait de trouver des solutions. Le terme de « psychologue expert » a donc été retenu pour la qualifier (29). La conclusion de l'étude fait écho à un des rôles de la psychologue au sein des MSP où le terme exact « d'expert » avait été cité de façon spontanée par différents MG.

#### **1.4.5. « Bienvenue aux urgences »**

Les MG interrogés avaient des avis divergents quant à l'intervention de la psychologue dans l'urgence. Dans l'étude « La présence d'un psychologue aux urgences : rôle superflu ou nécessaire ? » (30). La psychologue intervenait auprès de patients ayant des troubles psychiatriques ou présents pour un autre motif. Elle apportait un soutien aux familles de

patients ainsi qu'au personnel médical et paramédical. Dans cette étude, son rôle était compatible avec l'exercice de l'urgence. Cependant, d'un point de vue pratique en MSP, il n'est pas possible que le MG se repose uniquement sur la psychologue en cas d'urgences, car celle-ci n'est présente qu'une journée par semaine.

#### **1.4.6. Un patient, deux soignants**

La notion de consultations conjointes a été abordée au cours des entretiens avec les MG. La plupart étaient favorables à cette expérience et certains s'y étaient même essayés. Dans la littérature, des pratiques similaires ont été décrites. Une consultation neuropédiatre/psychiatre s'est créée au CHU de Nantes pour poser le diagnostic d'hyperactivité de l'enfant. La consultation se basait sur la complémentarité des deux intervenants, permettant de repérer les symptômes physiques et de les mettre en lien avec le psychisme de l'enfant (31). Une même expérience a été menée entre pédiatre et psychologue pour la prise en charge de trouble du comportement alimentaire post-traumatique du nourrisson. T. Cascales souligne l'adaptation nécessaire des deux intervenants partageant « un même cadre professionnel » avec des rôles et des fonctions différentes (32, 33).

### **1.5. La santé psychique des MG conservée**

#### **1.5.1. Grâce à la psychologue**

Une enquête de juin 2017 « Lutter contre l'épuisement des médecins » fait état d'un nombre important de burn-out (34). Celui-ci se définit par un épuisement émotionnel, une déshumanisation de la relation à l'Autre et un sentiment d'échec professionnel (35). Dans les aides apportées aux MG, une plateforme téléphonique a été créée pour apporter une écoute psychologique aux MG (36). Dans les MSP, les MG rapportaient un soutien de la psychologue pour la prise en charge des patients mais également pour eux. Pour les MSP 1 et 3, des réunions étaient organisées pour échanger sur des cas complexes mais également sur des problèmes d'ordre relationnel permettant aux MG, de garder une certaine sérénité car un

espace de parole était créé. Comme le souligne M. Delbrouck : « la multitude [des] microtraumatismes émotionnels consomment [le] soignant au plus profond de lui-même, surtout s'il n'a pas d'espace de parole ». Cet « espace de parole » pourrait également faire écho au « groupe Balint » dont l'objectif est « d'être plus à l'aise dans sa fonction de soignant » ce qui peut être un facteur protecteur de burn-out (37).

### **1.5.2. Grâce au réseau de soins**

Le travail en réseau peut être considéré comme un facteur protecteur car il apporte l'assurance de faire partie d'une équipe et la possibilité de pouvoir répondre à la demande du patient. Le réseau permettrait de diminuer le « stress ressenti » par ses membres (22). Le dispositif mis en place dans les différentes MSP pouvait ainsi participer à la réassurance du MG. Il est aussi souligné que le travail en réseau peut engendrer une surcharge administrative pour le MG source d'épuisement (22). Ce sentiment a été abordé par certains MG reprochant le coté chronophage de la une fiche de liaison. Une autre préoccupation soulevée par les MG membre de réseau était le partage du secret médical (22).

### **1.6. L'information au cœur des débats**

Les informations partagées entre psychologue et MG dépendaient des principes de chacun. Il en était de même dans l'étude sur le réseau mis en place pour « la prise en charge de proximité de jeunes de moins de 18 ans en surpoids ou obèses ». Chaque acteur était libre quant au partage d'information (22). Depuis la loi du 4 mars 2002, la notion de « secret médical partagé » est introduite permettant l'échange d'informations entre les différents professionnels afin d'assurer la continuité des soins. Le patient doit obligatoirement en être informé (38). Le secret médical est « la seule règle professionnelle directement définie par la loi pénale » (39) et son non-respect est sévèrement puni (40). La notion d'information au

patient n'a pas été abordée de façon spontanée durant les entretiens, il serait intéressant d'aborder ce sujet au cours d'une étude ultérieure.

## **1.7. L'opinion publique**

A en croire le titre de cet article paru le 14 septembre 2018 et destiné au grand public : « Psychiatrie : une situation d'une gravité sans précédent » (41), les soins en psychiatrie ont encore des progrès à faire. A travers ces témoignages sur internet « Comment je me suis évadée d'un hôpital psychiatrique » ou « Juliette, j'étais loin d'imaginer la sombre réalité », il est question « d'hôpital-prison » ou de « camisole chimique ou sur-médicamentation pour le confort du personnel » (42, 43). La psychiatrie a mauvaise presse, fait peur, et les idées véhiculées sont parfois erronées. Il serait intéressant de compléter cette étude par une enquête interrogeant les patients sur leurs ressentis face au temps de psychologue en MSP, et d'élargir à la vision qu'ils peuvent avoir de la psychiatrie. Cette approche aiderait à « analyser les attentes des usagers » et pourrait apporter des pistes de réflexion pour améliorer le réseau de soin tout en permettant au patient de s'y sentir plus intégré (44).

La ministre de la Santé a tenu une conférence de presse le 18 septembre 2018 (45). Elle réitère son engagement quant à la priorité des soins en santé mentale. Elle insiste sur l'intérêt de la détection précoce et veut « mettre en place une politique ambitieuse de prévention ». Elle souhaite également « favoriser l'accès des patients aux soins psychiatriques ». Le dispositif mis en place dans les MSP s'inscrit bien dans la volonté politique de soins en psychiatrie.

## **2. Forces et faiblesses**

### **2.1. Forces**

La mise en place du temps de psychologue de CMP en MSP est pour la première fois évaluée par ce travail de thèse.

Ce dispositif de temps psychologue s'inscrit dans la politique de soin actuel qui tend au travail en réseau et au renforcement des soins en santé mentale.

Ce travail appelle à la réflexion sur d'autres études axées sur le ressenti des patients.

### **2.2. Faiblesses**

Le choix d'interview par entretien semi dirigé pose la question de l'influence de l'interviewer sur les MG.

L'analyse des données n'a été faite qu'en simple encodage.

## CONCLUSION

Les MG ont très bien accueilli le temps de psychologue de CMP en MSP. Il apporte, à petite échelle, une réponse ciblée au problème d'accès au soin. En s'ouvrant à la communauté, la psychiatrie prend une place dans le réseau de soin et va à la rencontre du patient. L'intervention de la psychologue dans les MSP était vécu par les MG comme un soutien dans la prise en charge des patients. Elle proposait une solution rapide et sans avance de frais. La psychologue pouvait intervenir dans différents domaines. La prévention pour la MSP 2, la détection précoce MG-dépendant qui nécessiterait une formation et une information à ce type de pratique au vu des bénéfices attendus sur la rémission fonctionnelle de certaines maladies. L'urgence pourrait faire partie du rôle de la psychologue si son temps en MSP venait à s'accroître. La consultation conjointe qui a été explorée par certains MG, permettait de relier le somatique et le psychologique. Le rôle de la psychologue devenant « communautaire » est à définir et son champ d'action tend à se diversifier. Au-delà des bénéfices pour les patients, les MG exprimaient les bienfaits d'un tel soutien au sein de l'équipe. Ils ont eu la possibilité de créer un « espace de parole », source de sérénité au travail et rappelant les groupes « Balint ». Le sentiment d'intégration des MG dans le réseau de soins était variable mais des solutions sont possible pour y remédier. Ce travail en réseau peut les rassurer comme les épuiser et le secret médical partagé mérite réflexion. Les patients n'ont pas été interrogés, il serait intéressant de faire un travail ultérieur sur le ressenti des patients face à ce dispositif et plus largement sur leur vision de la psychiatrie. La population générale a parfois des idées reçues sur le monde de la psychiatrie et la presse à son égard n'est pas indulgente. La politique de santé publique privilégie les soins en santé mentale et veut développer le travail en réseaux, la prévention, la détection précoce et faciliter l'accès aux soins. Cette expérimentation, loin d'être la seule sur le territoire, s'inscrit dans la politique de santé publique. Le temps de psychologue de CMP en MSP semble donc à pérenniser, développer et améliorer. Nous



pourrions imaginer accroître le temps de psychologue de CMP au sein des MSP pour consolider le réseau. La création de ce projet devra se faire en partenariat avec les psychiatres, les psychologues, les MG, les paramédicaux et les patients pour définir au mieux le rôle de chacun et faire de ce projet un « défi collectif ».

## BIBLIOGRAPHIE

1. Sticker HJ, Maladie mentale, société, travail. Vie sociale. 2009;1:51-59.
2. Eckert N, Un bref historique de la notion d'enfermement en psychiatrie, centre psychothérapeutique de Nancy, [PDF consulté le 15/12/16]. Disponibilité sur Internet : [http://www.cpn-laxou.com/IMG/pdf/historique\\_de\\_l\\_enfermement.pdf](http://www.cpn-laxou.com/IMG/pdf/historique_de_l_enfermement.pdf)
3. Pouget R, Evolution de l'enfermement psychiatrique. Académie des sciences et Lettres de Montpellier, séance du 6/12/2004, Conf n 3880, Bull. 35, pp. 305-316 (2005)
4. Ledermann F. La psychiatrie française et les médicaments : Pomme, Pinel, Esquirol, Morel. Revue d'histoire de la pharmacie. 1982;70(254):189-206.
5. Kapsambelis V, La psychiatrie de secteur : contradictions passées et oppositions actuelles. VST - Vie sociale et traitements. 25 Fév 2016;(129):34-41.
6. Bohn I, Aubert JP, Gueguan M, Gueillard M, Patients psychiatriques ambulatoires ; Quelle coordination des soins ?. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2007 Mai 7;21(770-771):511-514.
7. Younes N, Hardy-Baylé MC, Parcours de soins : des dispositifs de liaison pour un accès précoce aux soins spécialisés. Le Concours Médical. 2011 Sep;133(7):532-534.
8. Ministère du travail de l'emploi et de la Santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale (page consultée le 10 février 2017), Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [en ligne]. [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Psychiatrie\\_et\\_Sante\\_Mentale\\_2011-2015.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf)
9. Younes N, Lefébure P, La coordination médecin généraliste-psychiatre, sésame vers les soins adaptés. Le Concours médical. 2014 Oct;138(8):622-625.
10. Meary A, Les centres experts Schizophrénie : un outil innovant à la disposition des patients et des praticiens. Rev Prat. 2013 Mar;63:338-339

11. Cantal H, Etain B, Leboyer M, Les centres d'experts : un dispositif innovant ouvrant la voie vers une médecine personnalisée. *Le concours médical*. 2011 Sep;133(7):522-524
12. FNAMPOS. (page consultée le 11/09/2018). Maison de santé pluriprofessionnelle : De quoi parle-t-on. [en ligne]. <https://fnampos.fr/reperes-et-outils-maisons-de-sante/>
13. Chrétien P, Caillet P, Bouazzaoui F, Kaladjian A, Younes N, Sanchez S. L'orientation des patients souffrant d'un trouble dépressif aux urgences psychiatriques par le médecin traitant est-elle associée à la décision d'hospitalisation : étude observationnelle. *L'Encéphale* [Internet]. 2 mars 2018 [cité 8 sept 2018]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700618300277>
14. Piel E, Roelandt J-L. De la psychiatrie vers la santé mentale. *VST - Vie sociale et traitements*. 2001;72(4):9-32.
15. Kovess Masfety V, Place du médecin généraliste dans la prise en charge des problèmes de santé mentale. *Rev Prat*. 2007 mai 9;21(770-771):519-521
16. Poindron PY. Pour une refonte du systèmes de soins psychiatriques français. *Le concours médical*. 2003 Oct 22;125 (31/32):1871-1872.
17. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Bécrot F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale*. 2010 Juin 1;36:73 82.
18. Daumerie N, Caria A, Monchicourt C, Vandeborre A. Pratiques de psychologues dans un service de santé mentale intégré dans la communauté urbaine : Vers une définition des rôles du « psychologue communautaire ». *Pratiques Psychologiques*. 2009 Mar 1;15(1):49 63.
19. Roelandt JL, Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale. *RFAS*. 2004;1:205-213.
20. Jolivet B. L'efflorescence citoyenne. *Info psy*. 2013;89:282-283.
21. Guez G. Management de projet. *Option/Bio*. 2017 Juil 1;28(565):29.

22. Ferré MF, Almudever B, Tauber M, Jouret B, Diene G. Travailler dans un réseau de santé : effets sur la santé psychique au travail. *Pratiques Psychologiques*. 2018 Juin 1;24(2):195-212.
23. Hok V et al. Des psychologues à domicile : pratiques, modèles et enjeux d'une intervention préventive. *Pratiques Psychologiques*. 2011 Juin 1;17(2):119-135.
24. Saïas T. Psychologues et prévention : vers des pratiques raisonnées. *Pratiques Psychologiques*. 2011 Juin 1;17(2):103-105.
25. Le Galudec M, Stephan F, Mascret R, Bourgin J, Walter M. Diagnostic précoce dans la schizophrénie : une mission pour les médecins généralistes ?. *La Presse Médicale*. 2011 Jan 1;40(1):3-9.
26. Kovess Masfety V, Barres M, Coldefy M, Melchior, M Piant J, Senegal N, Senon JL, Berr C. Organisation des soins en santé mentale : le rôle des médecins traitants. *Rev Prat*. 2017 Mai;67 :563-568
27. Durand B. Une démarche de repérage précoce des troubles. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2007 Déc 1;55(8):486-8.
28. Krebs MO. Détection et intervention précoce : un nouveau paradigme. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2018 Jan 1;176(1):65-9.
29. Parent V, Bégin C. La consultation : Un rôle professionnel à mieux définir = Consultation: The rôle of the professional better defined. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 2010 août;51(3):194-205.
30. Bilbault P, Lévy S, Harlay ML, Boucon M, Géronimus C, Jaeger A. 018 La présence d'un psychologue aux urgences : rôle superflu ou nécessaire ?. *Journal Européen des Urgences*. 2004 Mars 1;17:13-14.
31. Torchut F, Guillemot-Mortagne F, Gétin C, Amar M. L'hyperactivité de l'enfant : entre théories et pratiques, l'exemple de la consultation conjointe du CHU de Nantes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2008 Juin 1;56(4):314-319.

32. Cascales T, Olives JP, Raynaud JP. Trouble du comportement alimentaire post-traumatique du nourrisson : exemple d'une prise en charge conjointe psychologue/pédiatre. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2014 Oct 1;62(6):358-366.
33. Cascales T, Olives J-P. Troubles alimentaires restrictifs du nourrisson et du jeune enfant : avantages d'une consultation conjointe entre pédiatre et psychologue. *Archives de Pédiatrie*. 2013 août 1;20(8):877-882.
34. Christine Maillard. Lutter contre l'épuisement des médecins. *Le concours médical*. 2017 Juin; 139:37-39.
35. Delbrouck M. Le burn-out du médecin soignant. *Sens-Dessous*. 2017 mars 1;(19):5-18.
36. Leborgne C. Burn Out : un numéro vert pour aider les médecins. *Le concours médical*. 2005 Juin 1;21:1155-1156.
37. Le groupe Balint aujourd'hui. *La revue du Prat MG*. 2008 Mai 20;22(802):522-523.
38. Lelièvre N. Vie privée, vie publique du patient, le secret professionnel. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 2004 Déc 1;5(6):327-32.
39. Duval S. Cinq décisions de justice pour comprendre le secret médical. *Droit, Déontologie & Soins*. 2013 Déc 1;13(4):486-91.
40. Ponte C. Confidentialité, secret professionnel, protection des données concernant les patients. *Revue Francophone d'Orthoptie*. 2013 Jan 1;6(1):33-34.
41. Psychiatrie : Une situation « d'une gravité sans précédent », selon 15 organisations représentatives. *Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession*. [en ligne]. 2018, [consulté 16/09/2018]. Disponibilité sur Internet : <http://www.actusoins.com/303180/psychiatrie-une-situation-dune-gravite-sans-precedent-selon-15-organisations-representatives.html>>

42. Portugallo M. Comment je me suis évadée d'un hôpital psychiatrique. Vice [en ligne] 17 Juin 2015. [consulté le 19/12/2016]. Disponibilité sur Internet : <<https://www.vice.com/fr/article/comment-je-me-sus-evadee-dun-hopital-psychiatrique-812>>
43. Commission des citoyens pour les droits de l'Homme (page consulté le 19/12/2016), Juliette, j'étais loin d'imaginer la sombre réalité [en ligne]. [http://www.ccdh.fr/Juliette-J-etais-loin-d-imaginer-la-sombre-realite\\_a281.html](http://www.ccdh.fr/Juliette-J-etais-loin-d-imaginer-la-sombre-realite_a281.html)
44. Sagnes-Raffy C, Mantovani J, Souchois C, Leymarie F, Duchier J, Membrado M, et al. P11-10-Intérêt d'une enquête qualitative auprès des patients pour la construction d'un réseau de soins. Exemple du réseau sclérose en plaques de Midi-Pyrénées (Mipsep). Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2006 août 1;54:97.
45. Ministère des Solidarités et de la Santé. (page consultée le 18 Sept 2018) Ma santé 2022 : suivez en direct la conférence de presse d'Agnès Buzyn et Frédérique Vidal, [en ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/ma-sante-2022-suivez-en-direct-la-conference-de-presse-d-agnes-buzyn-et>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Caractéristiques des MG constituant l'échantillon raisonné.....

# TABLE DES MATIERES

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>MÉTHODES</b> .....	<b>4</b>
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Recrutement des médecins généralistes</b> .....	<b>6</b>
1.1. Déroulement du recrutement.....	6
1.2. Caractéristiques des médecins .....	7
<b>2. Données recueillies</b> .....	<b>8</b>
2.1. Un dispositif aux déclinisations multiples.....	8
2.1.1. Des initiatives variées permettant la naissance du projet .....	8
2.1.2. Un temps de présence qui ouvre le débat .....	8
2.1.3. Un relais à la psychologue aux modalités multiples .....	9
2.2. De la communication à l'information .....	10
2.2.1. Des formes de communication variées .....	10
2.2.2. Le partage d'informations discuté.....	11
2.2.3. Le MG, le patient et la prise de rendez-vous .....	12
2.3. Une ouverture au monde de la psychiatrie.....	12
2.3.1. Les patients appréhendent moins la prise de rendez-vous.....	12
2.3.2. Les ressentis des MG étaient variables quant à leur inclusion dans le réseau de soins .....	13
2.3.3. Sur le plan pratique les MG s'accordent.....	13
2.4. Le rôle de la psychologue auprès des patients semble être fonction du contexte et des représentations du MG .....	14
2.4.1. La théorie face à la pratique .....	14
2.4.2. La détection précoce : une définition et un rôle à définir .....	15
2.4.3. La prévention: une mission pour la MSP 2 .....	15
2.4.4. La place de la psychologue dans l'urgence et la semi-urgence .....	16
2.4.5. Le concept de consultation conjointe.....	17
2.4.6. Des initiatives différentes pour aborder les situations complexes .....	17
2.5. La perception de la psychologue par les MG .....	18
2.5.1. Une fonction de "soutien" .....	18
2.5.2. Une ressource précieuse .....	19
2.5.3. Pour les MG, les patients sont conquis .....	20
<b>3. Résultats principaux</b> .....	<b>21</b>
<b>DISCUSSION ET CONCLUSION</b> .....	<b>22</b>
<b>1. Discussion générale</b> .....	<b>22</b>
1.1. Vers une médecine en réseau .....	22
1.2. De la psychiatrie institutionnelle à la "psychiatrie citoyenne" .....	23
1.3. La communication gage de pérennité.....	23
1.4. L'affirmation de la place de la psychologue .....	24
1.4.1. Une psychologue "communautaire" .....	24
1.4.2. Vers une démarche préventive.....	24
1.4.3. Pour une détection précoce au sein des MSP .....	25



1.4.4.	La psychologue "expert" .....	25
1.4.5.	"Bienvenue aux urgences" .....	25
1.4.6.	Un patient, deux soignants .....	26
1.5.	La santé psychique des MG conservée .....	26
1.5.1.	Grâce à la psychologue .....	26
1.5.2.	Grâce au réseau de soins .....	27
1.6.	L'information au cœur des débats .....	27
1.7.	L'opinion publique .....	28
<b>2.</b>	<b>Forces et faiblesses</b> .....	<b>29</b>
2.1.	Forces .....	29
2.2.	Faiblesses .....	29
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>30</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....		<b>32</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....		<b>37</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....		<b>38</b>
<b>ANNEXES</b> .....		<b>I</b>

# ANNEXES

## Annexe 1 : fiche de poste du psychologue détaché sur la MSP de Longué-Jumelles



### Fiche de poste du psychologue détaché sur la Maison de Santé Pluri professionnelle

IDENTIFICATION DU POSTE	
Intitulé de la fonction	Psychologue
Affectation	Maison de Santé pluri professionnelle de Vernantes-Vernoil-Courléon
Hierarchie	Direction de l'établissement
ACTIVITES	
<p style="text-align: center;"><b><u>Missions (finalités du poste) :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mission de proximité auprès des usagers de la maison de santé pour une intervention de courte durée à visée préventive, évaluative et d'orientation.</li><li>• Mission de facilitation et de soutien à l'accès aux soins spécialisés en psychiatrie en collaboration étroite avec les pôles de psychiatrie et en particulier les pôles 6 et 10.</li><li>• Mission d'informations, d'aide au repérage clinique et d'échanges autour des pratiques avec les professionnels de la MSP et les partenaires.</li><li>• Mission de coordination et de maillage avec les partenaires sur le territoire. Travail de réseau.</li></ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Activités principales :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Activités développées auprès des usagers de la maison de santé :</u></li><li>- Présence pour accueillir les usagers de la maison de santé sur orientation du médecin traitant, analyse de la demande, évaluation clinique de la situation et orientation si nécessaire vers le dispositif adapté.</li><li>- <u>Activités développées auprès des membres de la MSP et des partenaires :</u></li><li>- Analyser et évaluer les demandes des médecins traitants et des partenaires locaux.</li><li>- Organiser des interventions spécifiques auprès d'eux en fonction de leur demande.</li></ul>	

COMPETENCES REQUISES	
Qualification et diplômes	Master 2 de psychologie (BAC+5)
Expérience	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissance du dispositif de soin psychiatrique</li> <li>- Sensibilisation au travail en réseau et partenariat</li> </ul>
Aptitudes requises	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissances en psychopathologie clinique</li> <li>- Autonomie d'exercice et des choix des modes d'intervention</li> <li>- Capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire</li> <li>- Formaliser et transmettre son savoir professionnel</li> <li>- Proposer une lecture clinique</li> <li>- Capacité et aptitude à animer un groupe de travail</li> <li>- Faire preuve d'ouverture d'esprit, de créativité et de capacité d'adaptation</li> <li>- Pratique s'inscrivant dans le code de déontologie des psychologues</li> <li>- Considérer la spécificité du territoire sur lequel le poste s'inscrit</li> </ul>
Spécificités du poste	
<p>Poste à temps partiel (30%) : 20% alloué à un temps de présence sur la maison de santé pluri professionnelle et 10% alloué pour le travail de réseau et de coordination.</p>	

**Annexe 2 : Fiche de liaison**

**Fiche de liaison et de demande**

A l'attention de Sabrina GIRARD, psychologue du CESAME intervenant en Maison de Santé pluri professionnelle.

Merci de me déposer votre demande en main propre ou bien de me l'adresser par mail ou fax.

Présence les 3 premiers lundis du mois de 10h à 16h30 sur la maison de santé pluri professionnelle.

Numéro du secrétariat : 02.41.80.78.70.

Pour me joindre directement : 06.42.24.82.04.

Date : .....

Nom du médecin demandeur : .....

Nom et prénom du patient : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Motif et objectif(s) de la demande :

.....  
.....  
.....

Observations et commentaires :

.....  
.....  
.....

Cachet et signature

## **Annexe 3 : Guide d'entretien**

### **Le temps psychologue, qu'en pensez-vous ? Pourriez-vous me raconter une situation ayant nécessité l'intervention du psychologue ?**

*Mise en place du dispositif et difficulté pratique. Comment ?*

*Quel est pour vous le but de la mise en place de ce dispositif ?*

*Quel est pour vous le rôle du psychologue qui intervient en maison de santé pluridisciplinaire ?*

*Selon vous quelles seraient les modifications à apporter à ce dispositif ?*

### **Impact de ce temps psychologue dans votre prise en charge de patients psychiatriques**

*Pensez-vous que la mise en place de ce temps psychologue vous aide dans la prise en charge au quotidien de vos patients psychiatriques ?*

*La mise en place de ce dispositif vous permet-elle une meilleure approche des patients ?*

*Prise en charge des situations compliquées : Avez-vous un exemple de situation clinique lié à la prise en charge d'un patient psychiatrique, dont la résolution a été facilitée par l'intervention d'un psychologue de CMP ?*

*Prise en charge de situation d'urgences psychiatriques en secteur ambulatoire : Avez-vous déjà été confronté à la prise en charge d'urgences psychiatriques dans votre maison de santé ? Racontez-moi...*

*Evaluation de la prise en charge précoce de maladie psychiatrique : Selon vous, ce dispositif vous permet-il une détection plus précoce de certaines maladies psychiatriques ?*

### **Evaluation de la communication entre les différents protagonistes de ce dispositif et à plus grande échelle, entre le secteur de la médecine générale et le secteur psychiatrique**

*Avez-vous la possibilité de faire des consultations conjointes avec le psychologue ? En avez-vous déjà fait ? Racontez....*

*Avez-vous des moments dédiés à la discussion de cas psychiatriques que vous prenez en charge conjointement ?*

*L'intervention de psychologue en maison de santé pluridisciplinaire vous permet-elle une meilleure communication avec le secteur psychiatrique ?*

### **Ressenti du patient que vous pouvez percevoir, sur la mise en place de ce temps psychologue**

*Avez-vous eu des retours du patient à propos de cette prise en charge ? Quels sont-ils ?*

*Semble-il adhérent à la proposition de prise en charge par le psychologue ?*

### **Et vous, quel est votre ressenti quant à cette méthode conjointe de prise en charge ?**

*La mise en place de ce dispositif vous permet-elle d'optimiser la prise en charge de patient psychiatrique ? Qu'est-ce que ce dispositif vous apporte au quotidien ?*

*Globalement, que pourriez-vous dire sur votre ressenti vis-à-vis de ce dispositif ?*





## Etude de l'impact du temps de psychologues de centre médico-psychologique en Maison de Santé Pluriprofessionnelle

### RÉSUMÉ

**Introduction :** La psychiatrie a longtemps été régie par l'enfermement des patients. A partir de 1960, la psychiatrie de secteur nourrit de grands espoirs, mais ce système semble en péril à l'heure actuelle. La santé mentale fait partie des enjeux majeurs de santé publique et tend à s'ouvrir pour s'intégrer aux réseaux de soin. De nombreuses initiatives sont prises sur le territoire.

**Sujets et Méthodes :** Etude de l'impact du temps de psychologues de centre médico-psychologique dans trois maisons de santé pluriprofessionnelle du Maine et Loire. Il s'agissait d'interroger douze médecins généralistes recrutés sur la base du volontariat. Les entretiens étaient semi-dirigés, enregistrés et retranscrits. Les données ont été anonymisées, puis analysées par un encodage simple.

**Résultats :** Le temps de psychologue a suscité l'intérêt des médecins généralistes. La psychologue avait une fonction de soutien pour les médecins généralistes et dans la prise en charge des patients. Les rôles de la psychologue étaient multiples auprès des patients et médecins généralistes dépendants : prévention, détection précoce, urgence, consultation conjointe et suivi parallèle. Elle prenait également le rôle « d'expert » auprès des médecins généralistes et des réunions autour de cas complexes étaient en place dans deux maisons de Santé pluriprofessionnelle. La psychiatrie venait à la rencontre des patients et des médecins généralistes.

**Discussion et Conclusion :** Les modes d'exercices évoluent, les réseaux se créent et la psychologue devient « communautaire ». Ses champs d'interventions se diversifient et sont à approfondir. « L'espace de parole » créé, peut-être un facteur protecteur de burn-out. Le « secret médical partagé » fait son apparition dans la loi en 2002, et les questionnements inhérents au partage d'informations se développent. La politique nationale priorise les soins en Santé mentale et insiste sur le travail en réseau, la détection précoce et la prévention. Le dispositif mis en place dans les maisons de santé pluriprofessionnelle s'intègre complètement dans cette politique de santé publique.

**Mots clés :** burn-out, maison de Santé pluriprofessionnelle, médecin généraliste, réseau, rôle psychologue, secret professionnel.

## Study of the impact of psychologists' presence in a multi-professional health center

### ABSTRACT

**Introduction:** Historically, patients with psychiatric disabilities were treated by being confined. Since 1960, psychiatry has changed thus creating new hopes, but the whole system seems to be currently in danger. Mental health still remains one of the major Public Health concerns, which is why professionals tend to regroup in different care networks. Many initiatives are currently being tested.

**Participants and Methods:** Study of the effects of the presence of psychologists in the medical and psychological centers of three houses of Pluri-professional Health from Maine et Loire. The protocol implied interviewing twelve general practitioners recruited on a voluntary basis. The interviews were semi-directed, recorded, and transcribed. Data anonymization was used and sample analysis were conducted by a simple encoding.

**Results:** The actions and benefits of employing psychologists have gained the interest of general practitioners. Psychologists were shown to provide support both for general practitioners and for patients. Their roles were numerous: prevention, early detection, emergency, joint medical consultation, and follow-up meetings. They also embraced the role of "experts" for the general practitioners during meetings, especially around complex cases shared between two multi-professional health centers. In a sense, psychiatric expertise was more present and benefited patients and general practitioners.

**Discussion and Conclusion:** The way patients are treated changes over time, networks are created between professionals and often psychologists become central in these new "communities". Their fields of intervention diversify and are to be deepened. They created "speech spaces" that can act as protective factors against stress-related diseases among professionals such as burnouts. The "shared medical secrecy" made its appearance in the law in 2002, and questions and regulations related to the sharing of information currently rise. News national policies prioritize on mental health care and insist on developing networks of professionals in an effort to improve the early detection and prevention of mental diseases. As an example, multi-professional health centers are following these new Public Health regulations.

**Keywords:** burn-out, multi-professional health center, general practitioner, health network, place of psychologists, professional secrecy.