



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Entretien

Collaboration entre médecins généralistes et psychologues en libéral

Experiencing general practitioner and psychologist collaboration in private practice

Yohann Vergès^a, Stéphanie Vernhes^b, Patrick Vanneste^c, Émilie Braun^b,
Jean-Christophe Poutrain^a, Julie Dupouy^{a,d}, Jean-Pierre Bouchard^{e,f,g,*}

^a Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine, université Paul-Sabatier, 133, route de Narbonne, 31062 Toulouse, France

^b Faculté de psychologie, laboratoire de clinique pathologique et interculturelle, université Jean-Jaurès, 5, allées Antonio Machado, 31058 Toulouse, France

^c Faculté de médecine, bureau partenariat patient, université Libre de Bruxelles, route de Lennik 808, 1070 Bruxelles, Belgique

^d UMR 1295 Inserm, université Paul-Sabatier, 37, allées Jule-Guesde, 31000 Toulouse, France

^e Institut psycho-judiciaire et de psychopathologie (IPJP), Institute of Forensic Psychology and Psychopathology, centre hospitalier de Cadillac, 10, avenue Joseph-Caussil, 33410 Cadillac, France

^f Unité pour malades difficiles (UMD), pôle de psychiatrie médico-légale (PPML), centre hospitalier de Cadillac, 10, avenue Joseph-Caussil, 33410 Cadillac, France

^g Statistics and Population Studies Department, Faculty of Natural Sciences, University of the Western Cape, Robert Sobukwe road, Bellville, 7535 Cape-Town, Afrique du Sud



INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 30 août 2021

Mots clés :

Collaboration
Interprofessionnalité
Médecins généralistes
Pluriprofessionnalité
Psychologues
Psychothérapie
Santé mentale
Soins primaires

Keywords:

Collaborative care
General practice
General practitioners
Interprofessionality
Mental health
Primary care
Psychologists
Psychotherapy

RÉSUMÉ

Psychologues et médecins généralistes (MG) sont les acteurs les plus consultés par les patients présentant des difficultés psychologiques. Ils ont chacun leur identité professionnelle, leur propre cadre de travail, leurs références et leur langage. En France, les interactions entre eux semblent rares en libéral. L'intérêt de développer la collaboration entre médecins généralistes et psychologues est étayé par les données de pratiques collaboratives en santé mentale développées à l'international, ayant montré une amélioration significative de la prise en soins et des bénéfices sur la santé des patients, ainsi que des bénéfices pour les MG et les psychologues et pour la communauté. La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en 2018 un état des lieux et des recommandations pour améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes atteints de troubles mentaux, invitant à travailler sur de meilleures convictions, implications et cultures partagées, ainsi que sur la reconnaissance des rôles et compétences de chacun. Les professionnels interrogés dans cet entretien, trois psychologues et trois médecins généralistes, ébauchent un état des lieux de la collaboration entre psychologues et MG en France et en Belgique, rapportent leurs expériences de réalité de terrain et d'initiatives mises en place, questionnent les orientations souhaitables – notamment autour de cadres institutionnels mis en place et d'une formation professionnelle partagée – et la définition même de la notion de collaboration.

© 2021 Publié par Elsevier Masson SAS.

ABSTRACT

Psychologists and general practitioners (GPs) are the stakeholders most consulted by patients with psychological difficulties. They each have their own professional identity, their own working framework, references, and language. In France, interactions between them seem limited in private practice. The importance of developing collaboration between GPs and psychologists is supported by data from collaborative mental health practices developed in various countries. Such practices have shown significant improvement in health care, and benefits for patients' health, as well as for GPs' and psychologists' practices, and for the community. In 2018, the French National Authority for Health published an overview of the situation and recommendations to improve the coordination between GPs and other healthcare actors concerning adult patients with mental health disorders. The review invites healthcare actors to work with better conviction, involvement, and shared culture, as well as to recognize

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean_pierre_bouchard@yahoo.fr (J. P. Bouchard).

each other's roles and competences. The professionals interviewed in this article, three psychologists and three GPs, outline the current state of collaboration between psychologists and GPs in France and in Belgium, reviewing professional identities, barriers to interactions and organizations. Interprofessional collaboration in mental health involving these actors is formalized and developed in several countries, unlike in France where work and experimentation are rare. The role of each is not well known, and few opportunities are offered for interprofessional practice and education. The authors report on their experience in the field, and on initiatives that have been implemented in a Southern France region. Several actions are reported: joint professional training evenings, "public cross-consultations" and "joint case studies" (with patients' agreement), working group between faculties leading to a joint Study Day, programming paired cross-consultations in the practice of each, as well as exchanging medical and psychology students. This experience allowed for constructive meetings, exchanges within "professional couples" on common patients, and opportunities to expose medical and psychological views. It also enabled the authors to observe their different professional language and tools used, to break the isolation of mental health care actors, to accelerate the understanding of patients' situations, and to mutually enrich professional knowledge and practices. This feedback from field experience, which is not representative or generalizable, shows that it is possible to take advantage of interprofessionalism in the field. When the actors know each other, working together in the interest of the professionals and of the patients shows better results. Finally, the authors question what desirable directions should be adopted—particularly concerning the institutional frameworks recently implemented in France, and the need for shared professional training—and interrogate the definition of "collaboration" itself.

© 2021 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

En France et en Belgique, les médecins généralistes (MG), acteurs pivots de la prise en soins, sont les premiers professionnels consultés et les principaux acteurs de soins en ce qui concerne les difficultés psychologiques et les troubles de santé mentale [35,52,53]. Il existe des disparités entre les pays quant à l'implication des médecins généralistes dans les difficultés psychosociales [35]. Certains rapportent un manque de temps considérable, un manque d'intérêt et une formation et une expérience inadéquates [39,75,77,78], et leur prise en soins a parfois été décrite comme réduite à un traitement pharmacologique. Pour autant, en France le médecin généraliste est consulté dans 67,2 % des cas selon une étude de 2005 [64] ; il est parfois le seul intervenant, tandis que la consultation exclusive d'un psychiatre et d'un psychologue ne représenteraient respectivement que 9 % et 6 % des individus ayant recours à un professionnel [64]. La confiance des patients envers le médecin semble grande : en cas de difficultés psychologiques, près de quatre patients sur cinq se disent prêts à aller consulter l'acteur de santé mentale auquel leur médecin les adresserait [53].

Les psychologues sont, avec les psychiatres, les professionnels les plus consultés en deuxième position en ce qui concerne les difficultés psychologiques, et leur démographie les rend relativement accessibles [35,52,53,71]. En France, une enquête a montré que les patients se dirigeraient en premier lieu vers un psychologue lorsqu'une psychothérapie est envisagée [53]. Les patients considèrent que les psychologues ont davantage de temps que leurs médecins généralistes, et sont mieux formés à prendre en charge leurs problèmes psychologiques [25]. Leur identité professionnelle avec les formations et compétences disparates et leur reconnaissance en tant qu'acteurs dans le parcours de soins sont sujet à débats au sein même de leur profession ces dernières décennies.

Les psychologues et les médecins généralistes possèdent chacun leur propre cadre de travail, leurs références et leur langage. Les échanges semblent rares entre eux en libéral [72]. Pour autant, le dialogue et le « travail ensemble » ne sont pas impossibles, et semblent au contraire à promouvoir puisque les pratiques collaboratives en santé mentale développées à l'inter-

national ont montré une amélioration significative de la prise en soins et des bénéfices sur la santé des patients. Les réflexions actuelles autour de la santé mentale en France, incluant les difficultés de réponse à la fois démographiques et organisationnelles mises en évidence, invitent également à considérer ce « travail ensemble » pour répondre de manière adaptée aux besoins de la population [48]. Dans cet entretien, les cliniciens consultés, trois médecins généralistes et trois psychologues, font un état des lieux des pratiques et de leurs expériences.

Le Dr Johann Vergès est médecin généraliste, installé dans une Maison de santé pluriprofessionnelle en Occitanie, et assistant universitaire à la faculté de médecine de Toulouse. Il a mis en évidence dans son travail de thèse d'exercice que la collaboration entre médecins généralistes et psychologues libéraux est faible, et insatisfaisante du point de vue des psychologues, qui ont le sentiment que les généralistes méconnaissent leur activité.

Le Pr Jean-Christophe Poutrain est médecin généraliste, professeur associé au département universitaire de médecine générale de Toulouse, maître de stage des universités, et installé dans une Maison de Santé Pluriprofessionnelle dans le Comminges. Il a dirigé plusieurs travaux de recherche sur la collaboration entre médecins généralistes et psychologues, et impulsé des échanges et initiatives locales entre les acteurs de terrain.

Le Dr Julie Dupouy est médecin généraliste, Maître de Conférences au département universitaire de médecine générale de Toulouse, maître de stage des universités, installée dans une Maison de santé pluriprofessionnelle universitaire près de Toulouse, et référente d'une microstructure médicale addiction.

Le Dr Stéphanie Vernhes est psychologue clinicienne, psychanalyste, docteur en psychopathologie clinique et psychanalyse, chargée de cours à la faculté Jean-Jaurès Toulouse, présidente de l'Association des psychologues du Comminges.

Émilie Braun est psychologue clinicienne, secrétaire générale de l'Association des psychologues du Comminges, travaillant en institution dans un Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), d'un Institut medico-éducatif (IME) et en libéral dans le territoire du Comminges.

Patrick Vanneste est psychologue clinicien, psychothérapeute agréé en Belgique et chercheur. Il prend en charge et accompagne des personnes malades depuis près de 40 ans.

2. Interview

2.1. Jean-Pierre Bouchard : quel est l'intérêt de développer la collaboration entre médecins généralistes et psychologues, et vice versa ?

Yohann Vergès, Stéphanie Vernhes, Patrick Vanneste, Émilie Braun, Jean-Christophe Poutrain, Julie Dupouy

La gestion des troubles communs de santé mentale en soins primaires est complexe et nécessite des soins centrés sur le patient et une collaboration efficace entre les acteurs de santé mentale, c'est-à-dire travailler ensemble [29,38,49]. Des études montrent l'intérêt de cette collaboration tant pour les patients que pour les MG et les psychologues [26,36].

Une revue de la littérature de 2011 conclut à une amélioration statistiquement significative des résultats cliniques, de la qualité des soins et de l'efficacité économique, lorsque les intervenants en soins primaires en santé mentale collaborent en établissant des modalités de liaison élaborées (activité de collaboration directe, recommandations communes et recours à des systèmes de communication dédiés), notamment dans la prise en charge de la dépression [41]. Selon une méta-analyse de 2009, les traitements psychologiques sont efficaces dans le traitement de la dépression en soins primaires, et particulièrement lorsque le patient est adressé en psychothérapie par un MG ; les études dans lesquelles les patients étaient adressés par leur médecin généraliste pour un traitement avaient des tailles d'effet significativement plus élevées ($d = 0,43$; $NNT = 4,20$) contrairement aux études dans lesquelles les patients étaient recrutés par dépistage systématique ($d = 0,13$, non significativement différent de zéro ; $NNT = 13,51$) [30].

Une meilleure qualité de soins, une diminution des prescriptions de psychotropes et une diminution des coûts sont retrouvés lors de la présence d'un acteur en santé mentale sur le même lieu [25,47]. En termes d'économie de la santé, des études [33,34,62,66] montrent l'intérêt économique d'une prise en charge des psychothérapies par les assurances santé pour les personnes présentant des troubles de santé mentale par rapport à un traitement uniquement pharmacologique.

Dans les soins de santé mentale, la pratique collaborative est associée à une amélioration significative des résultats mentaux et physiques des patients. Dans le cas des troubles anxio-dépressifs, une meilleure adhésion est constatée, ainsi qu'une meilleure réponse au traitement, un meilleur taux de guérison et une plus grande satisfaction à l'égard des soins [57,69,76].

Une étude de cohorte australienne de 2004 sur 276 patients retrouvait qu'au décours d'une prise en charge collaborative entre les MG et les psychologues cliniciens, l'état de santé mentale des patients était significativement amélioré, comparativement aux patients qui n'étaient pas adressés par un MG pour une prise en charge psychologique. Les scores moyens du groupe de traitement (DASS, GHQ et GWBI) avaient évolué de manière significative ($p < 0,001$) indiquant un changement positif de la santé mentale des patients [73].

Selon une étude canadienne, 75 % des MG pensent qu'une plus grande implication des psychologues améliorerait la qualité des services offerts aux patients [43].

MG et psychologues auraient des avantages à travailler ensemble, dans le sens d'une part de l'amélioration de la qualité de soins pour le patient et de l'état de santé des patients, et d'autre part de la diminution du coût des soins et de l'anxiété professionnelle pour les MG. [5,25,26,36,43,74,75].

Au préalable, le médecin et le psychologue devront d'abord se motiver et se convaincre eux-mêmes de l'importance de la collaboration pour éviter les pertes de temps, le sabotage mutuel

et les propositions contradictoires [40]. Il s'agit de développer un socle de confiance indispensable, à partir duquel se crée la collaboration. Développer cet « apprivoisement » est une première façon de se connaître, de se faire confiance et de soutenir un discours cohérent face au patient (poursuite d'une psychothérapie ou sevrage médicamenteux de somnifères ou d'anxiolytiques, par exemple). Le « couple » médecin-psychologue peut aussi s'étayer l'un et l'autre pour des situations de crises (risques suicidaire [6,24,60] ou décompensations, etc.) ; l'hospitalisation peut mieux s'appréhender avec le patient. Cela diminue aussi l'anxiété du professionnel et répartit les responsabilités qui sont importantes en libéral, contrairement en institution où le travail se fait déjà en équipe.

Le cadre d'un travail en équipe permet au patient de trouver plusieurs points d'étayage, de recevoir des propositions de soins coordonnés et cohérents entre eux, sans devoir tout reprendre depuis le début à chaque fois. Une amélioration de la prise en charge du patient par une approche holistique de sa personne est attendue.

Permettre aux deux professionnels de se connaître, de connaître leurs pratiques respectives, de pouvoir s'adresser mutuellement pour des cas moins complexes, en toute confiance, est une *plus-value* pour eux, et pour éviter l'errance clinique, une trop longue attente entre les rendez-vous chez les différents professionnels, adapter les soins et les réponses, et permettre de pointer ce qui relève de l'urgence, que ce soit dans le soin psychique ou somatique. Une meilleure confiance envers les professionnels et une déstigmatisation des difficultés de santé mentale peuvent également être attendues.

2.2. Jean-Pierre Bouchard : quel état des lieux peut être fait de la collaboration entre médecins généralistes et psychologues en France ?

Yohann Vergès, Stéphanie Vernhes, Émilie Braun, Jean-Christophe Poutrain, Julie Dupouy

Alors que les pratiques collaboratives sont concertées et mises en œuvre pour les services de soins de santé mentale aux États-Unis [59], au Canada [51] ou au Royaume-Uni [42] entre autres, en comparaison en France la définition du cadre de travail collaboratif n'en est qu'à ses balbutiements. La Haute Autorité de santé a publié un état des lieux et des recommandations pour améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes atteints de troubles mentaux [48], rapportant une coordination insuffisante entre le médecin généraliste et les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale notamment, et la nécessité de travailler sur de meilleures conviction, implication et culture partagée, ainsi que sur la reconnaissance des rôles et compétences de chacun [48]. Les diverses appellations de « psy » existantes en France peuvent créer la confusion chez les patients, mais aussi chez les médecins. Seuls un quart des psychologues interrogés en Midi-Pyrénées avaient l'impression que la plupart des MG environnants connaissaient leur activité [72].

Le titre de psychologue est reconnu en France uniquement depuis le 25 juillet 1985 (loi 85-772). Le psychologue ne fait légalement pas partie des professionnels de santé et il n'est pas un auxiliaire médical. Néanmoins, il est légalement mentionné comme un professionnel intervenant dans le système de santé, et défini par le Code de la santé publique comme un acteur en santé mentale. L'usage professionnel du titre de psychologue est réservé aux personnes qui ont suivi une formation universitaire fondamentale et appliquée de haut niveau en psychologie, préparant à la vie professionnelle – assurant ainsi une légitimité –, et amenée à évoluer [7–19,68]. Le titre de psychothérapeute n'était pas reconnu par l'État jusqu'en 2010. Son usage est désormais réglementé,

réservé principalement aux médecins, aux psychologues certifiés et aux professionnels ayant obtenu un diplôme de niveau équivalent Master en psychologie ou en psychanalyse et qui ont suivi une formation théorique et pratique en psychopathologie clinique.

Il semble exister un décalage entre la prise en soins des médecins (généralistes et psychiatres) avec celle des psychologues. Il est évident que nous pouvons avoir des points de vue différents sur les situations. Le psychologue, surtout clinicien, connaît-il la même temporalité que le médecin ? Peut-on distinguer le temps du sujet et de son inconscient, de celui qui vise des solutions immédiates de soulagement des symptômes et recherche une efficacité ? N'y a-t-il pas un risque qu'une hiérarchisation ne s'installe ? Et que certains acteurs perdent leur temporalité ? Faut-il revoir la formation des psychologues [7–21] (dont l'évolution pourrait aller vers un doctorat) et la formation des médecins généralistes (dont les études de troisième cycle ont été réformées ces dernières années) pour rétablir un équilibre en vue d'une collaboration efficiente ?

Une étude conduite en 2017, qui portait sur une vaste population représentative d'une région de France, a mis en évidence les faibles interactions entre MG et psychologues et l'insatisfaction prédominante de ces derniers [72]. Pour deux tiers des psychologues répondants, la collaboration entre eux et les MG environnants n'était pas optimale. Les obstacles principaux les plus cités spontanément étaient le manque de temps, la méconnaissance et le manque d'interactions. En moyenne, les psychologues avaient des échanges avec trois MG environnants, et seul un patient sur dix faisait l'objet d'un échange ou d'une transmission entre les professionnels, quel que soit le sens.

Si des pratiques de collaboration se sont développées et sont encadrées en milieu institutionnel afin de mettre en perspective le travail pluriprofessionnel ou interprofessionnel (notamment en oncologie et en centres de la douleur), elles ne sont que rares et expérimentales en milieu libéral et en maison de santé [23,28,31], ou via des expériences pilotes de pratique collaborative menées à travers les conseils locaux de santé mentale.

En ce qui concerne les cadres institutionnels mis en place, la collaboration entre les médecins généralistes et les acteurs en santé mentale n'a pas été encouragée en France jusqu'à des développements récents. Les Dispositifs de soins partagés en psychiatrie sont un exemple de cadre visant à renforcer la coordination entre acteurs de santé mentale, principalement dédiés aux MG et psychiatres [46,65].

Depuis les années 2010, des expérimentations de prise en charge de soins psychologiques ou de pratiques collaboratives sont testées dans plusieurs départements selon différentes configurations. On peut citer par exemple le financement de soins psychologiques pour les personnes présentant des symptômes dépressifs ou anxieux légers à modérés de 18 à 60 ans par le système national d'assurance maladie [32], ou celui des consultations chez le psychologue libéral pour les 6–21 ans [27]. Ces dispositifs sont basés sur la prescription médicale de séances de psychothérapie avec un nombre forfaitaire de séances, soumis à la réévaluation d'un psychiatre. La mesure 31 du Ségur de la Santé prévoit leur généralisation avec mise en place d'un dispositif de renforcement en psychologues dans les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les Centres de santé [55]. À ce jour, les modalités proposées de ces dispositifs semblent créer davantage de sentiments contrariés que de dialogue entre les différents acteurs [27,32].

Un autre exemple de cadre collaboratif est le développement de microstructures dédiées aux addictions et à la précarité en ambulatoire, dans lesquelles MG, psychologues et travailleur social sont amenés à prendre en soins conjointement les patients [54]. Ces cadres ont l'avantage de créer des interactions entre MG

et psychologues mais imposent des dispositions qui peuvent être vues comme contraignantes pour les acteurs en libéral. Les évaluations sont en cours sur les impacts et la perception de ces dispositifs.

Selon les psychologues, les principaux obstacles freinant une collaboration optimale entre MG et psychologues seraient en lien avec le manque de temps, la méconnaissance (par manque d'information, ignorance, représentations, méfiance), le manque d'interactions, et l'incompatibilité et/ou les différences entre les « deux mondes à part » des psychologues et des MG [72].

2.3. Jean-Pierre Bouchard : quel état des lieux peut être fait de la collaboration entre médecins généralistes et psychologues en Belgique ?

Patrick Vanneste

Depuis le 8 novembre 1993, une loi protège le titre de psychologue et en détermine les conditions. Cette législation ne définit ni la fonction ni les compétences, alors que la place du psychologue dans les soins de santé s'avère de plus en plus importante.

Le 4 avril 2014, une loi définit les professions de psychologues cliniciens, d'orthopédagogues cliniciens et de psychothérapeutes et les reconnaît comme professions de soins de santé. Elle fixe également un cadre référentiel pour la psychothérapie.

La loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de soins de santé reprend les définitions et normes pour les professions de psychologues cliniciens, les orthopédagogues cliniciens (en Belgique, le service public fédéral est compétent pour déterminer les compétences nécessaires pour exercer une profession de santé alors que les Communautés sont compétentes pour déterminer les formations permettant d'acquérir ces compétences). La psychothérapie n'est plus définie comme une profession de soins de santé mais bien comme une forme de traitement de soins. Cette même loi réserve l'exercice de la psychothérapie aux seuls médecins, psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens. L'entrée en vigueur de cette loi est fixée au 1^{er} septembre 2016.

Une étude portant sur la prise en compte des facteurs psychosomatiques et psychosociaux dans leurs pratiques professionnelles montre que tous les participants à l'enquête ont affirmé rencontrer très fréquemment des patients pour lesquels les plaintes exprimées ne relevaient pas que de la sphère physique [45]. Elle rapporte également que 60 % ont expliqué « avoir des habitudes » avec des psychologues qu'ils connaissent, habitant dans le même quartier, ou encore avec lesquels ils ont des retours positifs de la part de leurs patients et de bons résultats thérapeutiques. Elle signale aussi qu'une majorité des médecins ont témoigné d'une certaine méfiance et ont souligné l'importance de la réglementation et de l'encadrement de cette profession pour garantir une qualité de soins ainsi que l'importance de la prise en charge des consultations psychologique par l'assurance maladie. La reconnaissance des psychologues en tant qu'officiers de santé s'assortit de critères de compétences répondant ainsi à un souhait des médecins, ce qui a permis d'asseoir une crédibilité.

Une étude entamée/menée depuis 2015 par l'un des auteurs (Patrick Vanneste) a notamment pour objectif d'appréhender la pratique collaborative des psychologues. Il est ainsi mis en évidence qu'une majorité de psychologues reçoivent des patients adressés par un médecin. Les psychologues considèrent cet adressage comme une collaboration et y réagissent par l'envoi d'un rapport dont ils n'assument pas, en règle générale, le suivi (en termes de réception, de compréhension ou d'action commune). Le principal argument avancé par les psychologues pour le manque de concertation réside dans le secret de la confiance repris dans le code pénal belge aux articles 458, 458bis et 458ter du Code pénal.

Mais, il s'agit bien là d'un faux prétexte puisque les médecins généralistes et les psychologues sont tous deux officiers de santé et par conséquent au même niveau de secret, ils sont donc couverts par la notion de secret partagé.

Cette étude a également mis en exergue que, suivant les affirmations des psychologues, les médecins généralistes émettent des demandes en relation avec un aspect somatique alors qu'une majorité de psychologues déclarent ne pas posséder de compétence en la matière.

Elle a également permis de constater une hétérogénéité des formations en psychothérapie (allant de trente heures à quatre ans) et une absence de contrôle de qualité en la matière, ce qui pourrait justifier une certaine méfiance de la part des médecins généralistes. Toutefois, celle-ci pourrait également trouver une explication par le déficit d'image et/ou de visibilité du psychologue accentué par la non-intervention de la Sécurité sociale dans les coûts des consultations.

En 2018, l'assurance maladie a lancé un projet intitulé « psychologue de première ligne ». Ce projet permettait un remboursement de consultation psychologique sous certaines conditions, il concernait les personnes de 18 à 64 ans. Les psychologues qui le souhaitaient devaient s'inscrire auprès du Service public fédéral santé publique qui en tenait une liste. Le médecin généraliste devait adresser le patient à un psychologue clinicien répertorié et adresser une copie à une plateforme psychiatrique coordonnant les actions au niveau provincial. Le psychologue demandait au patient une intervention de 7 ou 11 euros suivant le statut de celui-ci et facturait le supplément à la plateforme pour un montant de 60 euros pour la première consultation et 45 pour les suivantes. Le nombre de consultation par patient était limité à quatre par an, renouvelable une fois. Le psychologue était tenu de participer à une journée par trimestre avec les autorités fédérales. Le diagnostic renseigné par le médecin devait être anxiété, assuétude, dépression légère ou mal être. Le projet a été étendu durant la période de crise sanitaire à l'ensemble de la population. Il n'a toutefois pas rencontré le succès escompté, essentiellement de par le manque d'adhésion des médecins généralistes du fait de la contrainte administrative engendrée, ni auprès des psychologues pour les mêmes raisons. Certaines zones rencontrent un taux d'adhésion de psychologues et/ou de médecins généralistes inférieur à 50 % de celui escompté. Il convient toutefois de nuancer cette affirmation car l'étude de 2015 a montré des différences de pratique entre les psychologues néerlandophones et les francophones tant en termes de pratique collaborative que professionnelle. À partir du 1^{er} septembre 2021, 20 séances par an sont prises en charge par la Sécurité sociale en appliquant le principe du tiers payant.

2.4. Jean-Pierre Bouchard : quel état des lieux peut être fait de la collaboration entre médecins généralistes et psychologues à l'international ?

Yohann Vergès, Patrick Vanneste, Julie Dupouy

En comparaison avec les situations évoquées en France et en Belgique, mais sans prétendre à l'exhaustivité, trois constats sont faisables à propos de la collaboration entre MG et psychologues à l'international :

La formalisation des pratiques collaboratives, de leur définition et de leur intégration en ce qui concerne la santé mentale en soins primaires semble davantage réfléchi et construite dans plusieurs pays, notamment aux États-Unis [58,59] et au Canada [51]. Pour autant, il faut bien noter que les formations, compétences, modalités de pratique et prises en charges financières sont largement hétérogènes. La situation des psychologues–psychothérapeutes suisses en est un exemple, exerçant selon différents modes : en autonomie en cabinet privé, en pratique « déléguée »

sous la responsabilité juridique et la supervision d'un psychiatre (qui « délègue » la psychothérapie comme un acte médical au psychologue–psychothérapeute), en clinique ambulatoire, ou salariés d'établissements psychiatriques, avec un panel de financement variable [44].

Dans plusieurs pays, les politiques nationales rendent compte du besoin de collaboration entre MG et psychologues en libéral, et ont mis en place un accès simplifié vers les psychothérapies : en Angleterre, le programme d'Amélioration de l'accès aux thérapies psychologiques (IATP), en Nouvelle-Zélande, le programme « Accès simplifié vers les psychiatres, les psychologues et les médecins généralistes », ou encore l'Alliance des praticiens libéraux en santé mentale, en Australie, le Dispositif pour un meilleur accès aux soins du plan national d'actions en santé mentale et au Canada le Dispositif de soins coordonnés en santé mentale [29,70].

Les études sur la perception de la collaboration entre MG et psychologues rendent compte du besoin d'améliorer les échanges interprofessionnels, d'augmenter le feedback et de mieux se connaître [22,74,75]. Les médecins généralistes évoquent les difficultés et l'insatisfaction liées à leur collaboration avec les professionnels de la santé mentale [29,37]. Ils ont des attentes similaires à celles retrouvées en France vis-à-vis des psychologues : ils recherchent un suivi plus important et de meilleure qualité et un échange d'informations accru [36,50,63]. En Australie, les médecins généralistes ruraux, qui apprécient le rôle utile et de soutien des psychologues, ont signalé des lacunes dans leurs connaissances de la formation et de l'expertise des psychologues [67].

2.5. Jean-Pierre Bouchard : pouvez-vous évoquer votre expérience de cette collaboration ? Quels en sont les bénéfices ?

Yohann Vergès, Stéphanie Vernhes, Patrick Vanneste, Émilie Braun, Jean-Christophe Poutrain, Julie Dupouy

Dans le Comminges (bassin de santé semi-rural au sud de Toulouse), cette collaboration a commencé par une rencontre entre l'Association des psychologues du Comminges (dont le but est, entre autres, d'informer, de promouvoir et de défendre la psychologie et plus particulièrement la psychologie clinique) et un médecin engagé dans la création d'une Maison de santé pluriprofessionnelle. S'en sont suivies des rencontres physiques puis l'organisation de réunions à thèmes. Il s'agissait d'échanger sur « comment améliorer la collaboration ? », et sur travailler ensemble, dans un sens large et à la fois autour des patients/sujets, mais aussi autour des connaissances professionnelles et personnelles.

Différents événements ont eu lieu ou ont été mis en place, parmi lesquels des soirées de formations professionnelles communes, et soirées-débats entre psychologues et médecins généralistes (sur des thématiques telles que la thérapeutique et l'usage des médicaments psychotropes dans la pratique des généralistes ou l'abord et la prise en charge de pathologies spécifiques). Des soirées-débats et projections de films sélectionnés ont permis d'encourager les dialogues et d'explorer la singularité des deux professions, mais également les points de rencontres principalement autour du patient/sujet, central dans la prise en charge et autour desquels les axes de travail pouvaient se réunir. Mettre le patient au centre des échanges a aussi été l'occasion de réaliser des présentations de « cas communs » de patients pris en charge par un MG et un psychologue, avec discussion en groupe autour de ces présentations à deux voix, jusqu'à la réalisation de consultations croisées publiques, c'est-à-dire l'entretien d'un patient commun (avec toujours l'accord du patient et la mise en place d'un cadre formalisé au préalable), réalisé par un médecin, puis par un psychologue, suivi d'une discussion et d'un *debriefing*.

Localement, la confrontation à un dispositif institutionnel expérimental, impliquant de manière plus ou moins concertée les

deux professions, a aussi été une porte d'entrée à discussions. Des journées débats ont été organisées autour du dispositif expérimental de prise en charge des séances de psychothérapie mis en place par la Sécurité sociale en 2017 dans plusieurs départements, dont la Haute-Garonne, questionnant et révélant les identités et cultures, mais aussi revendications et divergences des deux professions.

L'organisation d'un groupe de travail entre les facultés de médecine et de psychologie de Toulouse, pour passer en revue et étudier les témoignages existants de pratiques croisées entre les exercices cliniques, depuis le point de vue de professionnels et de patients, a conduit à une journée d'étude commune et aux réflexions de plusieurs thématiques de recherche et d'études et d'articles communs, avec l'apport d'une dimension universitaire aux échanges, l'intégration des cursus de formation (et de leur hermétisme perçu) aux thématiques évoquées, et la rencontre avec d'autres chercheurs francophones, ouvrant les points de vue.

Néanmoins, au-delà des dynamiques impulsées par ces événements collectifs sur le terrain lorsqu'il s'agit d'évoquer les expériences de travail ensemble, les différents acteurs évoquent en priorité les échanges et rencontres professionnelles et humaines individuelles, dans le contexte de leur pratique clinique et de soins. Que ce soit au travers de liens tissés autour de moments sans cadre formel (moments de « pause », repas...) ou de projets ou réunions formalisées (réunions pluriprofessionnelles, projets communs, participation à des enseignements, assemblées générales, etc.), c'est dans le contexte de leurs pratiques et autour de situations communes ou croisées sur le « partage » d'un patient que la connaissance l'un de l'autre et de ses compétences a pu naître et des liens de confiance se créer. La dimension relationnelle de cette confiance a semblé permettre son intégration professionnelle, avec une confiance dans le lien et la prise en charge.

Dans le Comminges, la collaboration donne lieu à des consultations en binôme : pour mieux se connaître, chacun des professionnels a reçu l'autre une demi-journée dans son cabinet.

Les invitations « de l'autre » dans les cabinets respectifs (les patients/sujets étant informés au préalable), et « échanges » de stagiaires internes en médecine et psychologues ont été un aboutissement des expérimentations de collaboration. De telles consultations en binôme existaient déjà au sein de consultations de malades chroniques (consultation d'accueil de patients souffrant de douleurs chroniques en binôme médecin somaticien/psychologue clinicien), de consultations oncologiques, mais aussi gynécologiques auprès de femmes avec des troubles de la fertilité, et au sein de certains établissements de Protection maternelle et infantile (PMI) ; toutes ces innovations se présentaient uniquement en institutions [4,56] et sont une nouveauté en libéral.

Ces consultations en binôme ont pu se dérouler concrètement selon différentes modalités : le psychologue au cabinet du MG avec une sélection de patients du médecin ayant des problématiques psychiques diverses, ou bien avec des patients « tout venant ». Dans ce dernier cas, il a étonnamment été noté que pour la majorité des patients une difficulté psychologique apparaissait durant la consultation. Des consultations en binôme ont eu lieu avec des patients inconnus des deux professionnels au sein du cabinet d'un autre médecin. Enfin, le MG a pu se rendre au cabinet du psychologue, avec divers motifs de consultation.

Il y avait bien sûr des préalables : MG et psychologues avaient déjà communiqué ensemble et développé une relation fluide et de confiance lors des soirées et réunions. Systématiquement, les patients étaient prévenus avant la venue du médecin ou du psychologue ; ils avaient auparavant été informés et donné leur consentement. L'un des deux acteurs n'était pas rémunéré. Contrairement à ce qui a pu avoir lieu en France, il importe ici de rappeler que l'ordre des médecins belge interdit, en principe, aux médecins toute consultation en binôme.

Le récit narratif qui va suivre, par l'une des psychologues ayant participé à ces consultations en binôme de jeunes praticiennes, était un moyen d'éclairer au travers d'un exemple et de sa subjectivité ces consultations en binôme :

La médecin est jeune et intervient à la maison de santé en tant qu'adjointe de santé quelques jours par mois. Elle prend en charge les patients que les médecins titulaires n'ont pas le temps de voir en consultation et qu'elle ne connaît pas. Elle n'est pas le médecin traitant des patients reçus. Je réalise les consultations en binôme à titre expérimental avec elle en tant que jeune psychologue récemment installée dans le Comminges dans un autre secteur. Nous avons décidé de réaliser l'expérience des consultations en binôme ensemble pour notre intérêt commun pour la pratique interprofessionnelle et pour découvrir nos pratiques mutuelles, sans nous connaître au préalable.

Je présenterai la vignette clinique de notre première consultation de l'après-midi, car elle est emblématique de ce qui peut s'observer dans l'espace des consultations de médecine générale en termes de valence psychique des demandes des patients, bien que cela constitue un biais.

Nous recevons un couple, qui est d'accord pour que j'assiste à leur consultation ; l'homme et la femme ont des problématiques médicales à traiter séparément. La dame passe en premier. Elle présente des résultats de bilans sanguins et demande des éclaircissements. Elle se plaint de migraines et de la nuque depuis plus de six mois ; son médecin traitant lui a prescrit un scanner, une IRM et des séances de kinésithérapie. Elle explique à la médecin qu'elle a présenté d'autres troubles soignés partiellement par son médecin traitant avec des médicaments, mais qui ne passent pas. Les bilans sanguins révèlent des résultats dont il faut continuer à suivre l'évolution. Il s'agit ici du début de la consultation, la médecin n'a pas encore ausculté la patiente, mais les premiers éléments semblent concorder pour proposer un suivi psychologique pour pallier l'inefficacité partielle des traitements, du fait de signes psychosomatiques, mais je n'interviens pas encore. Du fait de ma présence à la consultation, il est possible que la patiente ait pu se livrer en donnant sa propre théorie explicative de ses symptômes par un problème familial la mettant en difficulté. Malgré cette ouverture laissée par la patiente et la médecin, mon intervention à ce moment de la consultation laisse la patiente méfiante quant à l'utilité d'un suivi psychologique, expliquant qu'elle « sait d'où ça vient ». Je profite de ce moment pour expliquer comment fonctionne une psychothérapie, la médecin appuie ma proposition, mais nos interventions restent sans réponse.

La patiente poursuit la description d'autres symptômes plus ou moins inquiétants pour lesquels elle consulte des spécialistes. À la fin de la consultation, en renouvelant l'ordonnance, la médecin découvre les traitements proposés par le médecin traitant, notamment un anxiolytique (benzodiazépine), dont Madame dit ne pas pouvoir se passer. La médecin prodigue alors les conseils quant à la prise de médicaments, aux risques encourus, et à l'efficacité partielle, et propose de nouveau une thérapie psychologique. Un travail de collaboration entre médecin et psychologue, s'il s'était agi d'un médecin traitant et d'un psychologue de secteur, aurait pu permettre de lever les résistances de cette patiente grâce à la confiance dans le transfert, mais la patiente est toujours réticente face à nous qu'elle ne connaît pas. Nous n'insistons pas et passons à la consultation de Monsieur.

Monsieur présente également des résultats de bilans sanguins, pour lesquels il connaît les résultats. Sans qu'on le questionne, il explique que c'est dû à sa consommation d'alcool et à ses habitudes alimentaires. Pour vérifier une forme d'alcoolisme, la médecin vérifie la consommation habituelle. Il « sait » qu'il devrait réduire sa consommation d'alcool et améliorer ses habitudes alimentaires, car il « sait » que cela entraîne des risques cardiaques auxquels il a déjà été sujet. Ce patient a une bonne connaissance du discours médical, mais cela n'apporte aucun changement à ses habitudes et à son hygiène de vie, et ne résout pas non plus son addiction (tout comme son épouse

sait d'où vient son problème psychosomatique). Face à ce discours, la médecin ne cherche pas à renforcer les conseils médicaux que le patient connaît déjà. Je suis moi-même embarrassée pour proposer l'alternative de la psychothérapie, car le patient ne semblait pas ouvert aux propositions en présence de son épouse, et parce qu'il les a déjà entendues. La médecin ne réitère pas non plus la proposition. L'analyse de cette situation met en évidence que la connaissance mutuelle entre le médecin et le psychologue, ainsi que la connaissance des patients par le médecin, auraient pu être un levier pour adapter le discours et faire des propositions supportables pour le patient (le patient n'était pas venu pour résoudre un « problème psychologique », mais pour renouveler un traitement).

Après-coup, il semble que réitérer les propositions en abordant ses problèmes de santé sous un autre angle aurait pu permettre une ouverture et une adhésion aux soins différentes. Par rapport aux théories explicatives données par les patients sur leurs symptômes, il semble qu'elles constituent plus un frein à l'adhésion aux soins et à un questionnement sur l'implication subjective du patient qu'autre chose.

Dans le couple, Madame semble plus affectée, plus sensible et en souffrance que Monsieur par rapport à la problématique familiale, mais ne souhaite pas en parler à des personnes extérieures à sa famille. Sur le pas de la porte, je réitère la suggestion de suivi psychologique au vu des problématiques médicales et psychologiques évoquées dans la consultation, et ouvre la proposition à la thérapie familiale, dans la mesure où elle évoque d'autres membres de la famille concernés par les difficultés qu'elle traverse actuellement. Cette proposition semble entendue par la patiente, et cette dernière semble apaisée d'avoir pu déposer sa souffrance familiale quelque part et malgré elle d'une certaine façon (inconsciemment dirons-nous).

Le fait qu'il s'agisse de notre toute première consultation en binôme constitue un biais dans la mesure où la médecin et moi ne nous connaissions pas, que nous ne connaissions pas encore nos pratiques, et qu'il nous fallait encore un temps d'accordage pour que j'intervienne à des moments opportuns dans ses consultations. Un certain nombre d'éléments auraient pu être traités différemment dans un cadre d'intervention plus expérimenté.

Il n'en reste pas moins que le travail de collaboration entre médecin généraliste et psychologue devrait permettre de repérer plus tôt les problématiques de santé mentale, afin que le médecin propose de passer par un psychologue pour évaluer l'état de santé psychologique des patients, de différencier la part psychologique et somatique et de proposer des soins adaptés, en lien avec l'ensemble des acteurs du territoire. Le travail collaboratif permettrait de faire du lien entre les problématiques somatiques et psychologiques pour un même patient, sans pour autant cloisonner les différents espaces de soins.

Ces consultations avaient plusieurs objectifs : se rencontrer, observer, découvrir, échanger, comprendre, apprendre, bref rencontrer l'autre et découvrir son intimité professionnelle.

Appréhender, questionner et mettre en perspective les pratiques (et les différences de pratiques), dépasser les clivages pour mieux connaître les pratiques mutuelles auprès du patient et illustrer par exemple les différentes phases d'une psychothérapie et la complexité de certaines situations (symptomatologie complexe). Et enfin analyser les réactions des patients/sujets, explorer les résistances, observer les effets du croisement des regards et de l'irruption du troisième acteur dans le dialogue avec la personne, en se questionnant aussi sur les réticences éventuelles à aller consulter « l'autre » ou au partage d'informations, élément « fil rouge » quasi-omniprésent des questionnements autour du travail ensemble.

Quelles informations peuvent être échangées entre le médecin et le psychologue dans le cadre de leur collaboration ? En France, le respect du secret professionnel est inscrit dans le code de déontologie des psychologues, mais n'est pas reconnu comme référence légale, au contraire du secret médical qui s'impose aux médecins. Les inquiétudes et incertitudes semblent persister,

malgré le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médicosocial et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel, qui inclut bien les psychologues dans les professionnels concernés. « Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médicosocial et social. »

Dans la pratique, pour les cas complexes, les problématiques des professionnels sont parfois soumises en réunion de réflexion interdisciplinaire, que ce soit en institution avec les pédopsychiatres et infirmiers de l'Umes (unité mobile d'évaluation et de soutiende psychiatrie infanto-juvénile), ou en maison de santé. Le partage d'information avec d'autres acteurs de l'équipe de soins, y compris un expert occasionnel (tels que le service de pédopsychiatrie de Toulouse avec lequel des expériences de travail sont envisagées), peut être utile au binôme médecin généraliste psychologue, en particulier dans le sens où il peut permettre de construire et partager un diagnostic commun. C'est aussi l'un des objectifs du Dispositifs de soins partagés en psychiatrie de Toulouse qui propose des consultations d'avis et de suivi conjoint entre MG et psychiatres pour aider dans la prise en charge des troubles mentaux, notamment des troubles mentaux fréquents et des troubles somatoformes.

Un psychologue évoque la manière personnelle dont il a su s'approprier les difficultés qui entourent le partage d'informations :

Lors de la première consultation, je demande au patient, ou à son représentant légal, son accord de prendre contact avec son médecin généraliste référent. En cas de refus du patient je lui demande un document signifiant qu'il refuse ce contact et le plus fréquemment les patients accepte l'échange entre professionnels de santé. À la suite de cette première consultation, j'informe le médecin généraliste renseigné par le patient de la rencontre (que le MG l'ait adressé ou non) et de l'accord du patient pour ce contact, et je propose lors de ce premier contact avec le médecin généraliste un schéma de collaboration souvent basé sur un envoi régulier d'un rapport de situation ou d'évolution – sans dévoiler le contenu des échanges avec le patient – et un suivi du rapport auprès du MG ; l'a-t-il reçu ? A-t-il des questions ? A-t-il des remarques ou des informations à émettre ? Le patient lui en a-t-il parlé ? Toutefois ce schéma peut être adapté. Le patient est toujours informé des communications avec le médecin généraliste, sans en dévoiler le contenu, et il reçoit le même rapport que celui transmis. En cas d'assuétude aux produits licites (alcool, médicaments) ou illicite, une action commune est proposée sous forme de schéma d'intervention et de sevrage en ambulatoire quand c'est possible.

Dans l'évocation des retours d'expérience, la collaboration, c'est parler, échanger, se connaître. Échanger des moyens de communication directs, favoriser des contacts notamment dans les situations critiques, et parler des patients, des points de vue, des diagnostics et des prises en soins, renforcer les liens professionnels et leur formalisme, et favoriser les adressages. C'est aussi, après le constat de cultures, formations et langages à la fois différents, spécifiques et sans interopérabilité naturelle entre les deux professions, l'occasion de créer un langage commun et partagé, tel un « pigdin » pour arriver à comprendre, professionnellement parlant autour du patient, et même au sens propre. Les signifiants varient dans leur dimension étymologique : sujet pour le psychologue et patient pour le médecin, mélancolie d'un côté, dysthymie, dépression chronique ou grave de l'autre, clinique, avec un vocabulaire parfois également différent entre psychologues d'orientations distinctes (clinicien et neuropsychologue ou d'orientation cognitive). Les différences de rapport aux symptômes, de

leurs significations, et de « quoi en faire » pouvaient être palpables. Ces différences de langage et de perception ont semblé faire écho aux différences observées d'expression de la part du patient avec chacune des professions. Ainsi, sur l'entretien auprès d'un patient, avec une consultation médicale enregistrée, un discours différent a pu être constaté en provenance du patient qui n'exprimait pas toujours la même chose aux deux professionnels ; le discours est adapté, les pans d'histoires racontées ne sont pas les mêmes. Est-ce affaire de personnes ou de professionnels ? Il semble que puisse se reconstruire un puzzle clinique de la personne, ou, comme nous l'avons nommé, le sujet-patient.

La participation à des débats d'échanges locaux sur la santé mentale, mais aussi à des congrès en médecine (Congrès médecine générale France) et en psychologie (Association francophone de psychologie de la santé) avec des présentations à deux voix (psychologues et médecins généralistes), ont été l'occasion de partager et de faire fructifier l'essence de ces expériences.

Bien que singulière et qualitative, cette entreprise pragmatique a permis d'exploiter un terrain d'étude fertile jusqu'alors inexploré, et est apparue comme un outil d'appropriation de l'interprofessionnalité. Ces retours d'expérience, sans être représentatifs ou généralisables, montrent néanmoins qu'il est possible de s'approprier l'interprofessionnalité pour enrichir l'intérêt intellectuel des deux professions et d'améliorer les pratiques de santé mentale en soins premiers, au service des patients/sujets. Avec l'idée que se connaître permet de mieux travailler ensemble, dans l'intérêt des professionnels, et des personnes prises en soins.

2.6. Jean-Pierre Bouchard : vers quelles orientations est-il souhaitable d'aller dans cette collaboration ?

Yohann Vergès, Stéphanie Vernhes, Patrick Vanneste, Émilie Braun, Jean-Christophe Poutrain, Julie Dupouy

L'état des lieux des données rapportées en début de cet entretien a montré la nécessité de pousser vers davantage d'interactions entre médecins généralistes et psychologues, dans l'optique des nombreux bénéfices évoqués. Favoriser les rencontres et les échanges spontanés ou via le développement de projets communs est une orientation à promouvoir.

Les orientations institutionnelles actuelles du cadre de la collaboration entre psychologues et médecins généralistes soulèvent de multiples questions, que ce soit dans la dimension entre les deux professionnels, ou dans celle incluant le patient, et certaines problématiques sont mises en avant par l'actualité. Les éventuels rapports de subordination, la difficulté de concilier et respecter les différentes façons de travailler, une volonté extérieure de paramédicalisation de la profession de psychologues sont autant de sujets qui posent difficultés.

En France, pour certains psychologues les nouvelles propositions gouvernementales autour du Ségur de la Santé, de dispositifs expérimentaux de prise en charge des consultations de psychologues, et de création d'un ordre des psychologues sont vues comme une volonté, entre autres, de paramédicaliser les psychologues et de les rendre dépendants de prescriptions médicales ; les annonces de ces mesures ont fait l'objet de vives protestations.

Si la mise en place de cadres institutionnels tels que le dispositif de prise en charge des consultations chez les adultes souffrant de troubles anxiodépressifs légers à modérés, d'abord expérimenté dans plusieurs départements, puis élargi nationalement via le dispositif de renforcement en psychologues dans les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé de la mesure 31 du Ségur de la santé [55], permet une augmentation quantitative des interactions entre psychologues et médecins généralistes, nous ne sommes pas convaincus qu'elle créera un terrain propice à une collaboration effective, d'autant qu'elle cristallise les multiples tensions évoquées ; en l'état, la crainte

d'une bureaucratisation des relations et de l'accès aux psychologues ressort, ressentie également du côté des médecins généralistes (à l'heure actuelle dans le dispositif évoqué, seuls les patients correspondant à des critères bien précis peuvent avoir recours à des soins psychologiques pris en charge, dans des conditions bien particulières, après un « parcours du combattant » entre médecin généraliste, psychiatre et caisse d'assurance maladie, et pour une durée déterminée). La notion de trajet de soins dans ces conditions peut sembler illusoire si elle est vécue comme une entrave à la liberté thérapeutique.

L'idée d'une prise en charge ou d'un remboursement des consultations chez le psychologue semble pourtant une nécessité pour impacter les inégalités sociales de santé ; et les médecins généralistes sont conscient des bénéfices qu'il y aurait sur les barrières qu'ils perçoivent de la part des patients à consulter un psychologue (conduisant parfois par défaut à recourir alternativement à une prise en charge médicamenteuse). Cet investissement serait d'ailleurs rentable pour la société puisque le ratio coût-bénéfice du traitement psychothérapeutique, basé sur les coûts investis dans une prise en charge totale du traitement et sur la totalité des coûts directs et indirects évitables, est estimé à 1,95 (soit 1,95 euros épargnés pour 1 euro dépensé) ; l'investissement financier serait rentable dès la première année et même dès la fin du traitement psychothérapeutique[33].

Au-delà des mesures liées au parcours de prise en charge, il nous semble que c'est avant tout la formation professionnelle des acteurs de santé mentale qui gagnerait à intégrer la notion d'échanges avec les autres professionnels et de collaboration ; on note par exemple que les formations des médecins généralistes intègrent relativement peu de psychologie en général et celles des psychologues relativement peu sur les médicaments psychotropes en France. Faire intervenir chacun des acteurs dans les différentes facultés pour les formations professionnelles initiales à travers des modules de formation interprofessionnels semblerait bénéfique ; des initiatives similaires existent déjà dans les études de santé (par exemple à Toulouse pour l'enseignement des soins palliatifs pour les étudiants médecins, infirmiers, masso-kinésithérapeutes et ergothérapeutes). Cette formation spécifique en psychologie de la santé mettrait à la fois l'accent sur l'aspect clinique et thérapeutique (sans négliger la mort et le deuil) ainsi que la psychosomatique et veillerait à remettre en application le principe de l'unicité du corps et de l'esprit, séparer le corps de l'esprit étant devenu une position intellectuellement intenable dans la prise en soins (dans les deux sens). De tels enseignements sont à construire ensemble. On notera qu'en Belgique une tentative de partage de diagnostic interprofessionnel (médecin, kinésithérapeute, infirmier et psychologue) a été proposée dans une faculté de médecine, mais a rencontré le refus de la faculté de psychologie de cette université d'y participer. Des outils communs de développement professionnel continu, qui semblent inexistant à ce jour, permettraient davantage d'échange de pratiques.

La revendication par les psychologues cliniciens de leur particularité vis-à-vis du statut de professionnel de santé n'est pas sans lien avec les orientations possibles de cette collaboration sur ces derniers points. En France, les psychologues ne sont pas définis comme professionnels de santé, ce qui les exclut de fait de socles communs de travail, notamment leur non-intégration dans les études de santé et l'accès au Développement professionnel continu. Le fait que les psychologues ne soient pas des professionnels de santé au sens légal du terme en France (contrairement à la Belgique et au Québec) les écarte également statutairement de projets et structures pluriprofessionnelles mis en place ces dernières années. L'hétérogénéité de leurs formations [18–21] et pratiques ne simplifie pas leur identification et la connaissance de leurs pratiques par les médecins généralistes. Un positionnement identitaire et une formation plus reconnue

aiderait peut-être à un rapprochement de convictions partagées, éloigné de ce qui est parfois décrit sous le vocable de « conflits de chapelles », qui accentuent probablement les problématiques d'identité et de reconnaissance des psychologues. Cela n'est pas sans difficultés pour les médecins généralistes, par exemple poussés par les recommandations de la Haute Autorité de santé à privilégier le recours à certains types de psychothérapies alors que seule une minorité de psychologues y est formé. Comment concilier les choix ? Peut-on considérer qu'il n'existe pas de différence entre les méthodes d'interventions psychothérapeutiques ? Que valent certaines formations revendiquées par un non-psychologue ? Les médecins généralistes peuvent être parfois tout autant perdus que certains patients pour différencier la légitimité et les compétences des protagonistes au sein de la « jungle des pys » dans laquelle il n'est pas naturellement aisé pour un néophyte de différencier psychiatre, psychologue, psychothérapeute, psychopraticien et divers coachs en thérapie, etc. Ces amalgames au sein de la société se font malheureusement parfois au détriment des patients, d'où l'importance pour les acteurs aux formations reconnues de mieux se connaître.

Une réflexion autour de la définition de la notion de collaboration nous semble utile pour conclure, car sous ce vocable il existe de nombreuses acceptations allant du simple référencement au « nous travaillons ensemble ». Une étude est en cours par l'un des auteurs (Patrick Vanneste) pour définir de manière opérationnelle la collaboration (qui fait quoi, comment, pour quoi et pour qui ?). Pour arriver à une définition consensuelle de la collaboration, il faut d'abord s'attarder à définir les acteurs de la collaboration, et se demander s'ils se limitent aux seuls professionnels de santé. Le patient n'est-il pas aussi un partenaire de cette collaboration ? Celle-ci existerait-elle si le patient la refusait ? Le travail en équipe de soins aurait-il un sens si le patient refusait d'y participer ? Poser ces questions revient à reconnaître le rôle actif du patient.

Il ne pourra être fait l'économie d'une définition des moyens de la collaboration ; s'il est évident que la collaboration passe par un échange d'informations, il conviendra de définir le moyen de communication : la seule transmission de rapport est-elle suffisante ? Un échange téléphonique ou les vidéoconférences sont-ils pertinents ? Faut-il aller jusqu'à des consultations en binôme ? Est-il préférable d'adapter le moyen de collaborer à chaque nouvelle collaboration ?

De même, le contenu de la collaboration est à caractériser : toutes les informations doivent-elles être partagées ? Quelles sont les informations à partager ? Comment définir les informations utiles pour les professionnels de santé ? Toutes les informations utiles pourraient-elles être partagées, à conditions qu'elles soient justifiées ? Pourra-t-on se passer de l'accord du patient pour partager ces informations utiles ? Cet accord pourrait-il être demandé au patient dès le premier entretien, par exemple une question posée au patient telle que « êtes-vous d'accord pour nous partager des informations générales avec le médecin ou le psychologue en toute confidentialité ? ».

En France, la question du secret professionnel est inscrite dans le code de déontologie des psychologues, mais elle n'est pas soumise au code pénal pour la profession, comme c'est le cas pour les médecins. Seul le code civil protège la pratique des psychologues ainsi que la jurisprudence en la matière. Il existe un décret relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médicosocial et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel, qui inclut bien les psychologues dans les professionnels concernés : « Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à

condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médicosocial et social » ; pour autant, il ne définit pas précisément les informations qui peuvent être échangées entre le médecin et le psychologue. En Belgique, le secret professionnel est repris sous les termes secret de la confiance et repris dans le Code pénal aux articles 458, 48 bis et 458ter. Le psychologue ne peut lever le secret que s'il y a une menace grave et avérée pour autrui ou pour lui-même. Il pourra également lever le secret si, en son âme et conscience, il estime que le fait que lever le secret apporte plus au patient que le taire.

Bien que les cadres juridiques autorisent désormais le partage d'information entre ceux qui partagent la prise en charge, le secret semble rester un sujet sensible sur le terrain. Est-ce par méconnaissance de la réglementation ? Par crainte ou manque de confiance ? Ou peut-être cela masque-t-il les représentations que les médecins généralistes et psychologues se font des attentes de l'autre sur le contenu des informations à partager ? Étudier ces attentes et les représentations liées pourrait permettre de désamorcer des craintes aux interactions entre médecins généralistes et psychologues.

En conclusion, qu'est-ce que collaborer ? Existe-il une seule manière de collaborer ? Ne devrait-on pas adapter la méthode de collaboration à chaque patient ou la faire évaluer au cours de l'évolution de la prise en charge commune ? Au moment où dans beaucoup de pays européens, les autorités politiques parlent de réorganiser la première ligne de soins, discutent d'intégrer les psychologues comme acteurs de cette première ligne et parlent de collaboration, nous pouvons apercevoir à travers ce qui vient d'être rapporté le chemin parcouru et celui qui reste à parcourir, les questions à se poser et les différentes orientations que pourrait prendre la collaboration entre psychologues et médecins généralistes, selon la manière dont ils s'en saisissent.

Enfin, au-delà du focus porté sur les psychologues et médecins généralistes dans cet article, une réflexion plus générale sur la collaboration en santé mentale paraît nécessaire, incluant l'ensemble des acteurs de santé mentale, et notamment les psychiatres dont l'expertise et le rôle sont essentiels et ne pourront être délégués de manière dégradée aux autres acteurs ; leur démographie et leur disponibilité imposent néanmoins aux psychologues et aux médecins généralistes de s'organiser pour répondre à la demande de soins. La crise sanitaire actuelle de la COVID-19 et ses effets psychologiques sont un exemple de réalité de terrain motivant un pilotage d'une organisation différente, face à la pénurie de psychiatres, et à la sollicitation importante des psychologues [1–3,61].

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Al Joboory S, Álvarez Fernández V, Remingol L, et al. COVID-19, les effets psychopathologiques de la pandémie. *SoinsPsychiatr* 2020;41:12–5.
- [2] Al Joboory S, Monello F, Bouchard J-P. PsyCovid-19, dispositif de soutien psychologique dans les champs de la santé mentale, du somatique et du médico-social. *Ann Med Psychol* 2020;178:747–53.
- [3] Al Joboory S, Monello F, Soulan X, et al. Covid-19 : les dispositifs de soutien psychologique. *Rev Infirm* 2020;69:37–9.
- [4] Bethenod I, Cissay M, Fritz MT, et al. Un mode de consultation innovant : le binôme médecin-psychanalyste. In: Fritz M-T, editor. *L'enfant, le médecin et le psychanalyste. Une aventure partagée en protection maternelle et infantile*. Erès; 2016. pp. 219–224.
- [5] Bluestein D, Cubic BA. Psychologists and primary care physicians: a training model for creating collaborative relationships. *J Clin Psychol Med Settings* 2009;16:101–12.
- [6] Bouchard J-P. La crise suicidaire. *Rev Infirm* 2021;70:15.

- [7] Bouchard JP. À propos du titre unique des psychologues : le doctorat. *J Psychol* 1988;62:51–2.
- [8] Bouchard JP. Le doctorat d'exercice : un impératif pour les psychologues. *J Psychol* 1989;66:16.
- [9] Bouchard JP. Le doctorat et l'agrégation : les voies de l'avenir pour les psychologues. *J Psychol* 1991;88:61.
- [10] Bouchard JP. Le doctorat : un impératif pour les psychologues européens (proposition de réforme). *Psychologues et Psychologies* 2004;60–1.
- [11] Bouchard JP. Le doctorat : un impératif pour les psychologues européens, *Psycho-Logos*. J Fed Belg Psychol Bruxelles 2004;17–8.
- [12] Bouchard JP. Le doctorat : un impératif pour les psychologues européens (proposition de réforme). *J Psychol* 2004;4.
- [13] Bouchard JP. Le doctorat : un impératif pour les psychologues français et européens. *J Ther Comport Cogn* 2006;16:5–8.
- [14] Bouchard JP. Le doctorat : un impératif pour les psychologues européens (Proposition de réforme). *Ann Med Psychol* 2006;164:94–6.
- [15] Bouchard J-P. Le doctorat : un impératif pour les psychologues européens (proposition de réforme). *J Fr Stress Trauma* 2006;54–6.
- [16] Bouchard JP. Para uma reforma da perícia psiquiátrica e da perícia psicológica na União Europeia. *Psicologia e Justiça*, Coimbra. Portugal: ed Nova Almedina; 2008. p. 155–74.
- [17] Bouchard JP. Quelle formation pour l'avenir des psychologues ? Un doctorat de psychologie ? *Psychologues et Psychologies* 2008;78–80.
- [18] Bouchard JP. Proposition de réforme de la formation des psychologues en France et dans l'Union européenne. *Encéphale* 2009;35:18–24.
- [19] Bouchard JP. Proposition de réforme de la formation des psychologues : du morcellement par les masters à l'harmonisation par un doctorat généraliste. *Ann Med Psychol* 2017;175:808–15.
- [20] Bouchard JP. Le doctorat pour tous les psychologues français et européens. In: 28th International Congress of Applied Psychology, 28e congrès international de psychologie appliquée, ICAP 2014. Paris: Palais des Congrès; 2014. p. 500–10 [Final Program].
- [21] Bouchard JP. L'impérative (r)évolution de la formation des psychologues : un doctorat réformé en psychologie pour tou(te)s les psychologues. In: Assises nationales pour l'évolution de la formation des psychologues organisées par le Syndicat national des psychologues. université Paris-Descartes, institut de psychologie; 2010 [L'impérative (r)évolution de la formation des psychologues–Syndicat national des psychologues].
- [22] Bray JH, Rogers JC. Linking psychologists and family physicians for collaborative practice. *Prof PsycholRes Pr* 1995;26:132–8.
- [23] Brocq H. Le psychologue clinicien. *J Psychol* 2009;266:27–31.
- [24] Brulin-Solignac D, Le Bihan P, Bouchard JP. Suicides avec pactes suicidaires. *Rev Infirm* 2021;70:22–3.
- [25] Chomienne MH, Grenier J, Gaboury I, et al. Family doctors and psychologists working together: doctors' and patients' perspectives. *J Eval Clin Pract* 2011;17:282–7.
- [26] Chomienne MH, Vanneste P, Grenier J, et al. Collaboration between medicine and psychology: evolving mentalities in Belgium and evolution of the health care system in Canada. *Sante Ment Que* 2015;40:59.
- [27] Conrath P, Houdry PM. Les psychologues, remboursés ? *J Psychol* 2016;343 [3–3].
- [28] Couturier Y. Problèmes interprofessionnels ou interdisciplinaires ? *Rech Soins Infirm* 2009;97:23–33.
- [29] Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Can J Psychiatry* 2006;51:75–72S.
- [30] Cuijpers P, van Straten A, van Schaik A, et al. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2009;59:e51–60.
- [31] D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care* 2005;19(Suppl 1):8–20.
- [32] Daure I. Et si on demandait un psychologue... *J Psychol* 2021;387:10–4.
- [33] Dezetter A. Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies. Paris France: Université Paris Descartes; 2012 [Dissertation. <http://www.theses.fr/2012PA055001>].
- [34] Dezetter A, Briffault X, Ben Lakhdar C, et al. Costs and benefits of improving access to psychotherapies for common mental disorders. *J Ment Health Policy Econ* 2013;16:161–77.
- [35] Dezetter A, Briffault X, Bruffaerts R, et al. Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of the organization of mental health-care systems. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol* 2013;48:137–49.
- [36] Drewlo MA. Factors in optimal collaboration between psychologists and primary healthcare physicians. Seattle USA: Antioch University; 2014 [Dissertation. Available from: <http://aura.antioch.edu/etds/174>].
- [37] Dumesnil H, Apostolidis T, Verger P. Opinions of general practitioners about psychotherapy and their relationships with mental health professionals in the management of major depression: a qualitative survey. *PLoS One* 2018;13:e0190565.
- [38] Farmanova E, Grenier J, Chomienne M-H, et al. A demonstration study of collaboration in primary care: insights from physicians and psychologists. *J Interpro Educ Pract* 2017;9:27–33.
- [39] Fleury MJ, Imboua A, Aubé D, et al. General practitioners' management of mental disorders: a rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Fam Pract* 2012;13:19.
- [40] Fortin B, Renouf A. Favoriser la collaboration médecin-psychologue. Congrès de l'Ordre des Psychologues du Québec; 2010 [Disponible sur : <http://www.psychologue.levillage.org/medecin/>].
- [41] Fuller JD, Perkins D, Parker S, et al. Building effective service linkages in primary mental health care: a narrative review part 2. *BMC Health Serv Res* 2011;11:66.
- [42] Goodwin N, Lawton-Smith S. Integrating care for people with mental illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management. *Int J Integr Care* 2010;10:e040.
- [43] Grenier J, Chomienne MH, Gaboury I, et al. Collaboration between family physicians and psychologists: what do family physicians know about psychologists' work? *Can Fam Physician* 2008;54:232–3.
- [44] Grosse Holtforth M, Kramer U, Dauwalder J-P. Psychological Psychotherapy in Switzerland: Moving towards Transparency and Quality. *Sante Ment Que* 2015;40:51–8.
- [45] Guery O, Vanneste P, Dezetter A. Perception par les médecins généralistes de la prise en charge des facteurs psychosomatiques. Vers une collaboration professionnelle en Belgique ? *Ann Med Psychol* 2019;177:157–62.
- [46] Hardy-Baylé MC, Younés N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *L'informationpsychiatrique* 2014;90:359–71.
- [47] Harkness EF, Bower PJ. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. *Cochrane DatabaseSystRev* 2009 [CD000532].
- [48] Haute autorité de santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux–états des lieux, repères et outils pour une amélioration. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2874187/fr/coordination. (September 2018, accessed 19 April 2019).
- [49] Holloway RL, David AK. The complexion of collaboration an overview of the psychologist-physician relationship. *Clin Case Stud* 2005;4:115–25.
- [50] Kainz K. Barriers and enhancements to physician-psychologist collaboration. *Prof Psychol Res Pr* 2002;33:169–75.
- [51] Kates N. Mental health and primary care: contributing to mental health system transformation in Canada. *Canadian J Comm Mental Health* 2017;36:33–67.
- [52] Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha, Traolach S, et al. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv* 2007;58:213–20.
- [53] Kovess-Masfety V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health* 2007;7:188.
- [54] Melenotte GH, Nino FD, Doffoël M et al., 53. Dispositif des microstructures médicales. Lavoisier, <https://www.cairn.info/traité-d-addictologie-9782257206503-page-423.htm>.(2016, accessed 28 June 2021).
- [55] Ministère des Solidarités et de la Santé. Dispositif de renforcement en psychologues dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé (Cds). <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/mesure-31-sante-mentale/mesure-31-sante-mentale>.(2021, accessed 28 June 2021).
- [56] Moyenin C. La consultation d'accueil du patient souffrant de douleurs chroniques en binôme médecin somaticien/psychologue clinicien : quels effets, quels bénéfices, quels sens, pour qui ? *Douleur Analges* 2017;30:170–3.
- [57] Muntingh AD, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HW, et al. Collaborative care for anxiety disorders in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract* 2016;17:62.
- [58] Peek CJ. National Integration Academy Council: Lexicon for Behavioral Health and Primary Care Integration: Concepts and Definitions Developed by Expert Consensus. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- [59] Pomerantz AS, Corson JA, Detzer MJ. The challenge of integrated care for mental health: leaving the 50 minute hour and other sacred things. *J Clin Psychol Med Settings* 2009;16:40–6.
- [60] Quillerou B, Bouchard JP. Épidémiologie du suicide et de ses tentatives. *Rev Infirm* 2021;70:20–1.
- [61] Quillerou B, Bouchard JP. Covid-19 : risques de traumatismes psychologiques pour les malades en réanimation et leurs proches. *SoinsPsychiatr* 2020;41:42–4.
- [62] Roberts G, Grimes K. Return on Investment–Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention, <https://publications.gc.ca/site/eng/406342/publication.html>.(31 March 2011).
- [63] Rosenthal TC, Shiffner JM, Lucas C, et al. Factors involved in successful psychotherapy referral in rural primary care. *Fam Med* 1991;23:527–30.
- [64] Sapinho D, Beck F, Chan Chee C. Recours aux soins pour raisons de santé mentale. In: Chan Chee C, Beck F, Sapinho D, Guilbert P, editors. La dépression en France : enquête Anadep 2005. Saint-Denis: INPES, coll. Études santé; 2009 (pp. 85–117). ISBN 978-2-9161-9212-3.
- [65] Schmitt L. La technologie des dispositifs de soins partagés en psychiatrie. *Fr J Psychiatr* 2019;1:573.
- [66] Spycher S, Margraf J, Meyer PC. Beurteilung zweier Studien zu den Kosten der Psychotherapie in der Schweiz. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/gutachtenkostpsychotherapie_2007_nurd.pdf.(June 2007).
- [67] Sutherland CR, Chur-Hansen A, Winefield H. Rural and remote general practitioners' perceptions of psychologists. *Australian Psychologist* 2017;53:213–22.

- [68] Tarquinio C, Bouchard JP. Psychologues et psychothérapies : innovation dans la recherche académique, la formation et la consultation. *Ann Med Psychol* 2019;177:182–90.
- [69] Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 2012;42:525–38.
- [70] Vasiliadis HM, Dezetter A. Les programmes de prise en charge financière des psychothérapies en Australie et en Angleterre. *SMQ* 2015;40:101–18.
- [71] Vergès Y, Driot D, Mesthé P, et al. Activité des psychologues libéraux : modalités d'exercice, orientations et outils psychothérapeutiques. *Ann Med Psychol* 2021;178:3.
- [72] Vergès Y, Driot D, Mesthé P, et al. Collaboration between GPs and psychologists: dissatisfaction from the psychologists' perspective – a cross-sectional study. *J Clin Psychol Med Settings* 2020;27:331–42.
- [73] Vines RF, Richards JC, Thomson DM, et al. Clinical psychology in general practice: a cohort study. *Med J Aust* 2004;181:74–7.
- [74] Witko K. Partnerships in mental health: effective referral and collaboration between family physicians and psychologists. Lethbridge (CAN): Lethbridge University; 2003 [Master's Thesis. Available from: <http://www.uleth.ca/dspace/handle/10133/209>].
- [75] Witko KD, Bernes KB, Nixon G. Care for psychological problems. Collaborative approach in primary care. *Can Fam Physician* 2005;51:799–801 [805–7].
- [76] Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, et al. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2012;169:790–804.
- [77] Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract* 2005;6:18.
- [78] Zantinge EM, Verhaak PFM, Kerssens JJ, et al. The workload of GPs: consultations of patients with psychological and somatic problems compared. *Br J GenPract* 2005;55:609–14.