

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Yohann VERGÈS

Le 21 septembre 2017

**COLLABORATION ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET
PSYCHOLOGUES : LE POINT DE VUE DES PSYCHOLOGUES**

Directeur de thèse : Pr Jean-Christophe POUTRAIN

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Président

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Madame le Docteur Julie DUPOUY

Assesseur

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Assesseur

Madame Maryse BÉNÉZET

Assesseur

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Yohann VERGÈS

Le 21 septembre 2017

**COLLABORATION ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET
PSYCHOLOGUES : LE POINT DE VUE DES PSYCHOLOGUES**

Directeur de thèse : Pr Jean-Christophe POUTRAIN

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Président

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Madame le Docteur Julie DUPOUY

Assesseur

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Assesseur

Madame Maryse BÉNÉZET

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BÉYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique	P.U. Médecine générale	
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H. 2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOUJAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Remerciements à nos maîtres et juges :

Monsieur le Professeur Pierre Mesthé,

Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse, j'en suis honoré.

Tu es présent en ce moment d'aboutissement, tu étais présent au début de mon parcours d'envol, je t'en suis reconnaissant.

Merci pour l'accueil que tu m'as réservé lors de mon premier SASPAS ; ton attention rassurante, encadrante, formatrice, professionnelle et humaine m'a permis de faire mes premiers pas autonomes dans l'exercice de la médecine générale, dans un moment qui n'était pas sans difficultés, et d'y prendre goût.

Merci de m'avoir laissé le temps d'apprivoiser cet exercice.

Merci pour ta pédagogie éclairante.

Reçois ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

Madame le Docteur Julie Dupouy,

Merci de m'avoir proposé ton aide, de m'avoir apporté des réponses, merci de m'avoir écouté, rassuré et encouragé. Sans toi je serais probablement encore en train de chercher un sujet de thèse parfait et d'en faire des cauchemars. Ta disponibilité, ton énergie et ton enthousiasme m'ont marqué. Merci de m'avoir fait sentir que tu croyais en moi. Je n'oserais dire que tu as été ma bouée de sauvetage ; Sache plutôt que ma reconnaissance et ma gratitude à ton égard sont proportionnelles à la croissance qu'a générée ton insistance sur la population de cette étude.

Monsieur le Docteur Michel Bismuth,

Même si nous nous sommes peu croisés, je garde une image vous concernant : celle d'un regard rigoureux et pertinent. Vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie. J'espère qu'il sera à la hauteur de vos attentes. Recevez ici les marques de mon estime.

Madame Maryse Bénézet,

Un côté d'moi veut te remercier pour ce que tu es et ce que tu apportes.

À travers toi je vois la force, la confiance, l'ouverture, la polyvalence, et je vois en même temps des pieds sur terre ! *Es-tu un être, es-tu un ange ? Étrange.*

L'autre côté veut te remercier pour la spontanéité avec laquelle tu as accepté de participer à l'évaluation de mon travail, malgré le peu de fois où nous nous étions rencontrés, et pour le plaisir que cela m'a procuré. Merci pour tes enseignements. Merci pour ta présence, et pour cette petite voix qui sans le savoir murmure et résonne à un côté d'moi.

J'espère, le moment venu, sentir avoir trouvé ma place aussi intensément.

Sens toi libre de ressentir ici ma reconnaissance, ma considération et mon amitié.

Monsieur le Professeur Jean-Christophe Poutrain,

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse.

Je n'ai pas eu à réfléchir ou douter lorsqu'il m'a été proposé de me lancer dans ce travail de recherche ; Je me suis remémoré notre première rencontre : à l'époque, sous le libellé d'un cours qui nous avait semblé un peu fumeux (c'était peut-être « Homme de 65 ans obèse poly pathologique BPCO HTA épigastralgies et indication de prothèse pour gonarthrose » ou un titre similaire), j'ai le souvenir d'un enseignant ressourçant, qui avait rendu l'après-midi inopinément intéressante, qui s'était mis à notre hauteur, et qui se montrait passionné. Je m'étais dit que j'aurais bien aimé pouvoir échanger à nouveau par la suite, pour devenir un bon médecin. Merci pour la curiosité professionnelle et l'inspiration éveillées à ce moment, et pour l'exemple à mes yeux.

Plus tard, tu as contribué par hasard à un changement dans l'organisation de mon internat, qui s'est révélé propice ; Merci pour le plaisir et l'expérience des mois qui s'en sont ensuivis, non échangeables.

Aujourd'hui je te remercie pour ta confiance. Dans le temps imparti, ce sont ta présence-socle, tes suggestions avisées et ton encadrement bienveillant qui me permettent, il me semble, d'aller vers l'accomplissement des deux objectifs que je m'étais fixé : faire un travail sérieux, et obtenir mon diplôme de docteur en médecine. Merci de m'avoir guidé et accompagné.

Je t'en suis puissamment reconnaissant.

Le temps nous a manqué, mais j'espère avoir l'occasion de pouvoir te questionner sur le moteur de l'éloquence et de la passion qui t'animent.

Trouve à travers ce travail le témoignage de ma reconnaissance, de ma profonde estime et de mon admiration.

Merci aux psychologues qui m'ont apporté leur éclairage,
et aux psychologues qui ont bien voulu participer à cette étude.

Merci Pö pour tes conseils et ta relecture attentive et subtile.

Cette thèse est l'aboutissement de nombreuses et mémorables années de vie et d'étude ; À cette occasion, je tiens à adresser mes remerciements :

À mon père, ma mère ; À mes sœurs, mes grands-parents et toute ma grande famille. Merci pour les exemples, les repères solides et les encouragements ; Merci d'être là, de m'avoir appris, de me soutenir ; Merci pour le partage, et pour s'être a-grandie.

Antoine, merci pour ta relecture méticuleuse. Je te remercie pour ton soutien et ta dévotion. T'avoir rencontré au début de mes études de médecine a fait de toi en quelque sorte mon patient préféré. Aime encore plus la poésie, tu y seras ravi.

À Claire ; Sache que je revendique de te remercier ici. Pour tout ce qu'on a vécu, à la campagne et à la ville, pour nos partages, notre complicité, nos habitudes, notre quotidien, nos questions, nos réconforts, et pour avoir pu grandir ensemble.

À Oriane, sans qui la vie serait morose, merci pour ton rire, tes délires, et ta générosité. Ainsi qu'à Diana, Laurence, Isabelle, Mélanie et Florence, pour le bain de féminité bien réconfortant et pour les mois heureux passés ensemble.

À Pauline, Julien, Cécilia, Florent, Romain, Nabil et Marie-Laure, pour les souvenirs de bonheur complice en famille, que je garde intensément gravés.

Et à mes autres co-internes et amis qui ont partagé ces années avec moi.

- - -

Aux médecins et leurs conjoint(e)s, aux soignants, accompagnants et aux secrétaires avec qui j'ai travaillé et appris ; Merci en particulier :

À Philippe et Bénédicte,

À Josiane,

À Jean-Pierre et Valérie,

À Christophe,

À Serge, Laurent, Michel et Chérif,

À Catalina,

À Monique,

Tous ceux qui m'ont ouvert leurs portes et accordé leur confiance.

- - -

Au Dr Pierre R., de qui j'ai probablement reçu la plus grande marque de confiance pendant mes études, lorsqu'un matin où l'on parlait d'urologie il a dit : « si j'arrive aux urgences pour un priapisme je préfère que ce soit Yohann qui s'occupe de moi ; Il est doux. »

Aux rencontres qui m'ont apporté leur aide. À Catherine S., qui a été là tout au début, à un moment où j'étais perdu, et qui a su m'écouter ; Merci.

Aux patients (et à leur entourage) qui m'ont fait et me font l'honneur d'accepter de les prendre en charge et qui me font aimer et questionner mon métier ; Et avancer.

« La gaieté est la moitié de la santé. »

Proverbe tchèque

Pour Den

Pour Michel

TABLE DES MATIÈRES :

I - INTRODUCTION	1
1. Contexte	1
2. Objectifs de l'étude	8
II - MÉTHODE	9
III - RÉSULTATS	12
1. Population sélectionnée, nombre de réponses et échantillon de l'étude	12
2. Analyse descriptive des réponses	13
2.1. Sexe, âge et nombre d'années d'exercice des répondants	13
2.2. Location et partage du ou des lieux d'exercice	14
2.3. Caractéristiques générales de l'exercice professionnel	16
2.4. Provenance de la clientèle des psychologues	19
2.5. Motifs de recours les plus fréquents des patients	20
2.6. Relations et interactions avec les MG	23
2.7. Perception par les psychologues de la connaissance de leur activité par la plupart des MG environnants	26
2.8. Perception par les psychologues de la qualité de la collaboration avec les MG	27
2.9. Obstacle principal freinant une collaboration optimale	28
2.10. Expression libre	29
3. Analyses comparatives	30
3.1. Représentativité de la population de l'étude	30
3.2. Perception par les psychologues de la connaissance de leur activité par la plupart des MG environnants	32
3.3. Perception par les psychologues de la qualité de la collaboration avec les MG	34
IV - DISCUSSION	36
1. Analyse et implications des principaux résultats	36
1.1. Trois quarts des nouveaux patients qui consultent un psychologue ne sont pas adressés par un MG	36
1.2. Intérêt pour la collaboration, domaines de prise en charge partagés, et potentielle disponibilité des psychologues	38
1.3. Manque d'interactions et de communication, et nombreux obstacles	40
1.4. Mauvaise perception du niveau de connaissance et de la qualité de la collaboration, et facteurs d'amélioration	42
2. Forces et limites de l'étude	43
3. Perspectives et conclusion	45
V - BIBLIOGRAPHIE	47
VI - ANNEXES	52

I - INTRODUCTION :

1. Contexte

1.1. Collaborer signifie travailler ensemble et implique le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne

La collaboration peut être définie comme « un processus interprofessionnel de communication et de prise de décision qui permet aux connaissances et aux compétences distinctes et partagées des acteurs de santé d'influencer de façon synergique les soins prodigués aux patients » (1).

Plus simplement, collaborer signifie travailler ensemble et implique des relations et interactions entre les acteurs (2,3). Cela englobe une multitude de modalités et différents niveaux de pratiques qui peuvent se décliner entre, par exemple, une demande d'avis informel par téléphone, l'adressage d'un patient vers une consultation spécialisée associé à des échanges de courriers, la participation à des réunions pluridisciplinaires régulières, ou une « co-thérapie » où le patient est pris en charge par plusieurs acteurs de santé au cours de la même consultation (4).

Sous certaines formes la collaboration interprofessionnelle fait partie intégrante de la pratique quotidienne du médecin généraliste (MG), de par son rôle de pivot du système de santé et coordonnateur de la mise en relation du patient avec les autres acteurs de santé. C'est une des caractéristiques de la définition européenne de la médecine générale selon la déclaration de 2002 de la WONCAⁱ Europe : « Elle utilise de façon efficace les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient » (5). Le terme « collaboratrice » est également l'une des 7 caractéristiques de la médecine générale décrites dans la déclaration cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1998 (6).

ⁱ *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*, souvent abrégé en *World Organization of Family Doctors*

1.2. La santé mentale est une priorité mondiale de santé publique ; la place et le rôle du médecin généraliste y sont essentiels mais néanmoins limités

L'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». L'OMS prône la santé mentale comme une priorité mondiale de santé publique (7).

La prise en charge de la santé mentale par les soins primaires est une mesure fondamentale. La place et le rôle essentiels des MG dans l'accès au soin, le dépistage et l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques sont reconnus au niveau international, européen et français (7–10). Cette implication se justifie par deux raisons principales :

D'une part, les troubles mentaux ont une importance quantitative et qualitative considérable en médecine générale avec une prévalence évaluée à 17,6% d'après une étude française de 2014 (11). Selon les études et les définitions la prise en charge des troubles psychologiques représente entre 15 et 40 % de l'activité (12) ; Plus d'un tiers de la patientèle consulte pour des demandes liées à la souffrance psychique (13).

D'autre part, le MG est l'acteur de premier recours et généralement la porte d'entrée dans le système de soin, (le « gate-keeper »). Il est le soignant le plus souvent sollicité par les personnes qui déclarent avoir eu recours à un professionnel pour raisons de santé mentale (problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou problèmes de comportement) : le MG est consulté dans 67,2% des cas selon une enquête française de 2005 (14). Entre 42% et 70% selon d'autres études régionales ou internationales (13,15,16). Il est parfois le seul intervenant. La consultation exclusive d'un psychiatre et d'un psychologue ne représenteraient respectivement que 9% et 6% des individus ayant recours à un professionnel (14). La confiance des patients envers le MG semble grande : selon les patients, une suggestion de la part d'un MG d'aller voir un spécialiste en santé mentale serait suivi par près de 4 patients sur 5, et 83% des patients iraient consulter la personne auprès de laquelle le MG les adresserait (17).

Pourtant, les MG rapportent un manque de temps, d'intérêt, de formation et de compétences pour traiter ces troubles (2,17,18).

L'utilisation de traitements psychotropes semble être le principal recours des MG : pour les soins des patients dépressifs, près de 95% des MG déclaraient les utiliser souvent ou toujours, selon une vaste étude française de 2007 (19). Leur utilisation, loin devant celle des psychothérapies, ne correspond pas aux attentes des patients (17,20). Seulement 55,6% des patients accepteraient de prendre un traitement (antidépresseur, tranquillisant ou antipsychotique) proposé par le MG, médicaments qu'ils considèrent souvent comme addictifs, inutiles ou dangereux (17).

Enfin, les patients ne seraient que 27,7% à considérer que le MG est capable de gérer seul les difficultés ou symptômes psychologiques de ses patients (17).

1.3. Le recours aux psychothérapies dans la prise en charge de troubles de santé mentale est efficace et souhaité par les patients et les soignants

Il existe des recommandations préconisant aux MG d'orienter les patients vers un psychologue. D'après les recommandations de bonnes pratiques en vigueur disponibles sur le site internet de la Haute Autorité de Santé (HAS)ⁱ, les patients présentant, entre autres, un épisode dépressif, un trouble anxieux ou des troubles du sommeil devraient bénéficier d'une psychothérapie.

De très nombreuses méta-analyses ou revues de littérature concordent pour démontrer l'efficacité des psychothérapies dans le traitement des troubles de santé mentale courants, avec un impact positif prouvé sur les rémissions des symptômes, les comorbidités, la persistance des effets et la prévention des rechutes. Les nombreux travaux de recherche sur le sujet montrent au moins un effet égal sinon plus efficace de la psychothérapie sur l'état de santé mentale, comparée aux traitements pharmacologiques (21).

ⁱ www.has-sante.fr

Même si peu de données semblent disponibles concernant l'opinion des MG sur les psychothérapies en général, l'intérêt des psychothérapies est reconnu par les MG dans la prise en charge de la dépression (22).

Pour 81,1% des patients une psychothérapie est nécessaire en cas de difficultés ou symptômes psychologiques (17). Et selon un sondage de 2014, 8 personnes sur 10 considèrent que la meilleure réponse aux souffrances psychiques est la psychothérapie (23). Parmi les MG, 72,3% considèrent que les psychothérapies sont un traitement de la dépression au même titre que les médicaments (22).

Pourtant, parmi les personnes suivies ou ayant été suivies pour un problème psychologique ou une maladie mentale, seulement 16% rapportent avoir bénéficié d'une psychothérapie sur proposition de leur MG, (11% en ont bénéficié sur proposition de leur psychiatre, 37% de leur propre initiative, et 36% disent ne pas en avoir bénéficié) (23).

1.4. La collaboration avec les psychologues devrait en découler ; l'intérêt de cette collaboration est démontré tant pour les patients que pour les MG et les psychologues

Il semble essentiel de mentionner que l'efficacité des traitements psychologiques est tout d'abord basée sur la condition selon laquelle les professionnels qui les pratiquent ont de réelles compétences psychothérapeutiques fondamentales. Cela peut poser des difficultés dans le choix d'adressage des MG, tant la diversité des titres de « psy », des formations ouvrant le droit à ces titres, et des compétences personnelles des acteurs peut porter à confusion et sembler difficile à intégrer.

Le recours systématique au psychiatre s'avère impossible en pratique courante pour le MG, (surtout en milieu rural), étant donné une certaine insuffisance démographique et une disponibilité limitée pour une prise en charge en psychothérapie de la plupart des patients.

Les compétences propres au psychologue lui assurent une expertise dans la prise en charge des troubles communs de santé mentale.

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 santéⁱ, et défini par le Code de la Santé Publique comme un acteur en santé mentaleⁱⁱ.

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.

La réglementation de l'usage du titre de psychologue et la démographie des psychologues libéraux peuvent permettre aux MG de les envisager comme des interlocuteurs privilégiés lors d'un choix de recours à une psychothérapie.

Bien à l'écart de divergences et querelles idéologiques existantes, le constat que ces deux professions sont réglementées (ce qui en théorie assure un socle de compétences) et partagent l'objectif commun d'apporter une aide au patient sur la base de prises en charge scientifiquement validées semble suffisant pour envisager une collaboration développée.

Des études montrent l'intérêt de cette collaboration tant pour les patients que pour les MG et les psychologues (2,3).

Une revue de la littérature de 2011 conclue à une amélioration statistiquement significative des résultats cliniques, de la qualité des soins, et de l'efficience 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 (24). 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 (25).

ⁱ Arrêté du 18 avril 2017 modifiant l'arrêté du 6 février 2009 modifié portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé » (RPPS)

ⁱⁱ Code de la santé publique - Article L3221-1

Une meilleure qualité de soins, une diminution des prescriptions de psychotropes et une diminution des coûts sont retrouvés lors de la présence d'un professionnel de santé mentale sur le même lieu de travail, d'après une revue Cochrane de 2009 (26) et d'après une étude canadienne de 2010 (27).

Dans son travail de thèse de 2003, K. Witko rappelle que 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. (28)

Une étude de cohorte australienne de 2004 montre qu'au décours d'une prise en charge collaborative entre les MG et les psychologues cliniciens, l'état de santé mentale des patients est significativement amélioré (comparativement aux patients qui n'étaient pas adressés par un MG pour une prise en charge psychologique) (29).

Selon une étude canadienne, 75% des MG pensent qu'un meilleur apport des psychologues améliorerait la qualité des services offerts aux patients (16). Nous n'avons pas retrouvé de données relatives à l'opinion des MG français.

1.5. La collaboration entre le médecin généraliste et les acteurs en santé mentale n'est pas optimale

Il semble que la collaboration interprofessionnelle ne soit pas aussi habituelle dans la culture professionnelle de la santé mentale qu'avec l'ensemble des autres disciplines médicales (13). La communication et la coordination professionnelle y soit perçue comme faisant défaut (19).

Fort de ce constat, la HAS travaille actuellement à la publication d'un projet visant à améliorer la coordination entre le MG et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux (30).

Elle rappelle à cette même occasion le fait que les événements indésirables en soins primaires sont en majorité liés à des causes organisationnelles, notamment de communication avec les autres professionnels.

Cette différence perçue dans le système de soins français, fait d'autant plus contraste lorsqu'on compare le taux relatif d'adressage par les MG à des spécialistes en santé mentale, bien plus faible en France que dans les pays voisins d'après les données de 2004 de l'étude ESEMeDⁱ (9,31).

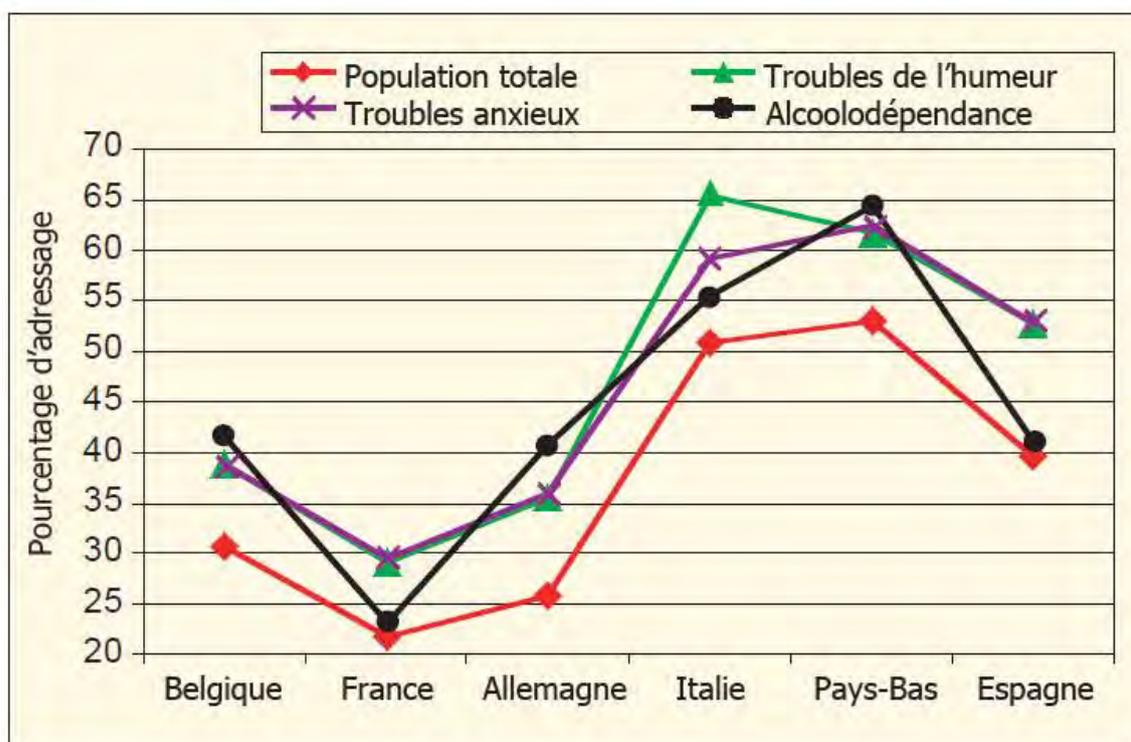


Figure 1 : Pourcentage d'adressage par les MG à un spécialiste en santé mentale (médicaux ou non médicaux) parmi une population sélectionnée de patients ayant rapporté des problèmes émotionnels ou de santé mentale (n = 2970)

ⁱ The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

1.6. Orientation de notre travail de recherche en fonction de la littérature

Notre analyse de la littérature a retrouvé de nombreuses études portant sur la collaboration entre d'une part MG et d'autre part psychiatres ou autres professionnels de santé mentale (cf. bibliographie). Certains travaux, principalement à l'étranger, concernent spécifiquement les psychologues. Les freins et facteurs favorisant une collaboration optimale entre les MG et les psychologues spécifiquement ont fait l'objet de multiples travaux de recherches.

Si le point de vue des MG a été recueilli dans plusieurs études, conduites en majorité à l'étranger, nous n'avons recensé dans la littérature qu'un seul travail de recherche original s'intéressant spécifiquement au point de vue des psychologues sur la collaboration entre psychologues et MG (3)ⁱ.

C'est pourquoi nous avons fait le choix d'explorer la collaboration entre psychologues et MG du point de vue des psychologues. Ce choix a été renforcé par notre curiosité dans ce domaine, éveillée par nos expériences de pratiques et d'échanges professionnels.

2. Objectifs de l'étude

- **Objectif principal : décrire la collaboration entre psychologues libéraux et MG, du point de vue des psychologues ; en particulier estimer le taux d'orientation des nouveaux patients par des MG dans la clientèle des psychologues libéraux et décrire les motifs de recours les plus fréquents aux psychologues libéraux.**
- **Objectif secondaire : analyser la corrélation entre la perception par les psychologues de cette collaboration et certains facteurs pouvant l'influencer.**

ⁱ Thèse de doctorat en psychologie de MA Drewlo, ayant pour population les psychologues canadiens, intitulée *Factors in Optimal Collaboration Between Psychologists and Primary Healthcare Physicians* – 2014 - Antioch University Seattle – Disponible sur : <http://aura.antioch.edu/etds/174/>

II - MÉTHODE :

1. Schéma d'étude

Il s'agissait d'une enquête descriptive transversale, basée sur les données recueillies grâce à un questionnaire auto-administré, adressé aux psychologues libéraux de la région Midi-Pyrénées.

2. Sélection de la population étudiée

La population cible de l'étude était les psychologues libéraux exerçant dans l'ancienne région administrative Midi-Pyrénées (regroupant les huit départements suivants : l'Ariège, l'Aveyron, la Haute-Garonne, le Gers, le Lot, les Hautes-Pyrénées, le Tarn et le Tarn-et-Garonne). Les données issues du répertoire ADELI-Dressⁱ au 01/01/2016 en référençaient 1196.

Nous avons sélectionné l'ensemble des psychologues dont les coordonnées postales étaient référencées dans l'annuaire en ligne de la société Pagesjaunesⁱⁱ au 07/02/2017, sans autre échantillonnage.

3. Élaboration et validation d'un questionnaire

Pour répondre aux contraintes de notre travail de recherche, nous avons choisi d'élaborer un questionnaire. En ce qui concerne la méthode de conception, nous nous sommes inspiré des recommandations de diverses méthodes d'enquête par questionnaire (32–34).

L'objectif du questionnaire était de répondre à la question de recherche ainsi que de favoriser l'adhésion de la population et la fiabilité de l'enquête.

Le contenu du questionnaire a été basé sur les éléments qui nous semblaient pertinents au sein des références bibliographiques de notre thème de recherche (et notamment sur des questionnaires préexistants) (3).

L'avis de chercheurs extérieurs à l'étude a été sollicité pour vérifier la cohérence du questionnaire.

ⁱ www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=2558

ⁱⁱ www.pagesjaunes.fr

Le questionnaire (Annexe 1) comprenait 32 questions organisées par blocs logiques et réparties sur 3 feuilles recto-verso.

Un courrier introductif était intégré en première page.

Les 6 premières questions se rapportaient à l'environnement professionnel (lieux d'exercice et autres professionnels partageants ces lieux).

Les questions 7 à 14 interrogeaient sur l'exercice professionnel (nombre de patients, années d'exercice, tarif, outils utilisés, modalités et spécificités d'exercice).

Les questions 15, 16, 20 et 22 à 25 concernaient les interactions avec les MG (fréquences, contenus et modalités des rencontres et échanges et leur utilisation).

Les questions 17 à 19 portaient sur la répartition de la provenance des patients.

La question 21 était relative aux motifs de recours des patients.

Les questions 27 à 29 et la partie expression libre exploraient l'opinion des psychologues sur la collaboration entre eux et les MG, et la connaissance des MG.

Enfin, les questions 30 et 31 demandaient l'âge et le sexe des psychologues.

Pour s'assurer de la cohérence du questionnaire avant la mise en œuvre de l'enquête, un test préalable a été réalisé auprès d'un échantillon de 20 psychologues appartenant à la population de l'étude et dont les adresses électroniques étaient disponibles. Ce pré-test a été administré sur internet via un formulaire de saisie en ligne.

Le questionnaire est resté identique avant et après le pré-test. Les 8 réponses à ce pré-test ont donc été intégrées aux résultats de l'enquête et les 8 psychologues ayant répondu n'ont pas été sollicités par voie postale par la suite.

La Commission Éthique du Département Universitaire de Médecine Générale de Midi Pyrénées a donné un avis favorable à notre projet de recherche (Annexe 2).

4. Mise en œuvre de l'enquête

Le questionnaire a été adressé par voie postale en février 2017 à la population sélectionnée.

Une enveloppe de retour préaffranchie y était jointe pour augmenter la probabilité de réponse.

Les plis retournés avec la mention « destinataire inconnu à l'adresse » ont fait l'objet d'une réexpédition quand une adresse alternative était identifiable.

Une relance n'a pas été jugée nécessaire à posteriori.

5. Recueil des données

Les questionnaires complétés ont été réceptionnés par voie postale entre février et avril 2017.

Parallèlement au recueil des questionnaires, les participants avaient la possibilité de contacter les chercheurs pour d'éventuelles précisions concernant l'enquête ou pour être tenus informés des résultats de celle-ci.

6. Traitement et analyse des données

Les réponses aux questionnaires ont été retranscrites informatiquement par le biais d'un masque de saisie grâce au logiciel Epi Info™ 7.

Les données ont été enregistrées de manière anonyme.

Compte tenu du mode d'auto administration, sans contrainte de gestion de filtres, un contrôle systématique de validité des réponses a été réalisé au moment de l'enregistrement des données pour prendre en compte les réponses partielles, les absences de réponses, les réponses incohérentes ou invalides, et les éventuels questionnaires invalides.

Nous avons réalisé une analyse descriptive des paramètres étudiés. Les résultats ont été exprimés en moyenne et écart type pour les variables quantitatives et en pourcentage pour les variables qualitatives ou groupes de variables qualitatives.

La question 29ⁱ a fait l'objet d'une analyse thématique simple (codages en catégories et thèmes) avant l'analyse descriptive.

Les comparaisons de variables ont été effectuées à l'aide du test du chi-2 et du test de Cochran Armitage. Les logiciels utilisés pour l'analyse des données étaient Epi Info™ 7, Excel, XLSTAT et BiostaTGV.

ⁱ « Selon vous, quel obstacle principal freine une collaboration optimale entre les médecins généralistes et les psychologues ? » – question ouverte

III - RESULTATS :

1. Population sélectionnée, nombre de réponses et échantillon de l'étude

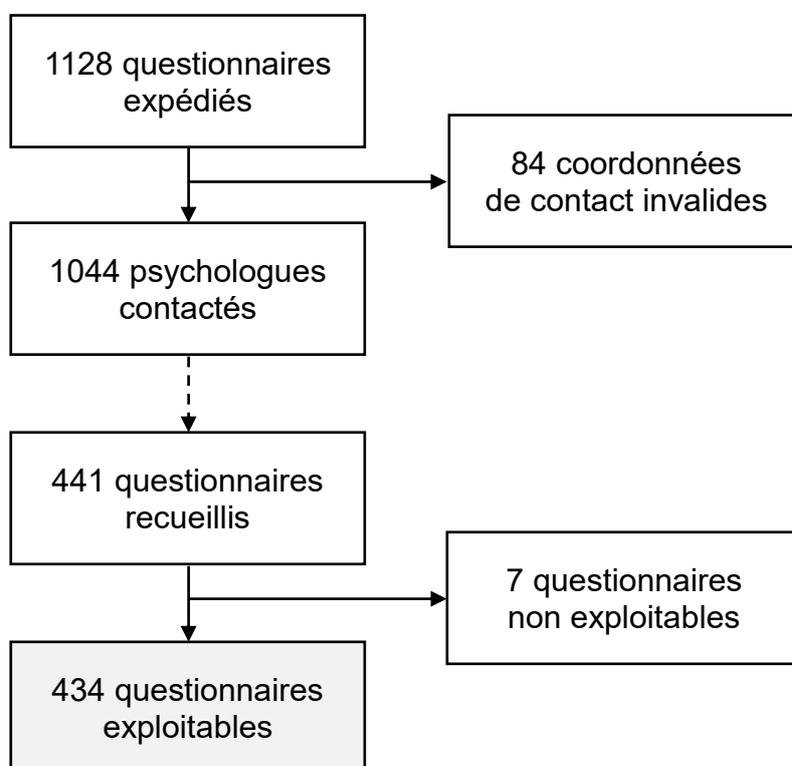


Figure 2 : Diagramme de flux

La population sélectionnée comprenait 1128 psychologues.

84 questionnaires, retournés avec la mention « destinataire inconnu à l'adresse », n'ont pu être réexpédiés faute d'une adresse alternative. 441 questionnaires ont été recueillis, soit un taux de réponse de 39 %. 7 questionnaires ont été exclus pour insuffisance de réponse (une ou plusieurs pages manquantes) ou défaut d'activité (pas de prise en charge de patient ou pas d'activité libérale).

434 questionnaires complétés ont pu être exploités.

Au total l'échantillon de notre étude a inclus 434 psychologues, correspondant à 38 % de la population sélectionnée (annuaire Pagesjaunes) et à 36 % de la population cible (données du répertoire ADELI-Dress 01/01/2016).

2. Analyse descriptive des réponses

2.1. Sexe, âge et nombre d'années d'exercice des répondants

Les psychologues inclus dans l'étude étaient majoritairement des femmes (88%), âgées de 25 à 83 ansⁱ (âge moyen 45 ans +/- 12), qui exerçaient en libéral en moyenne depuis 8 ans (+/- 7).

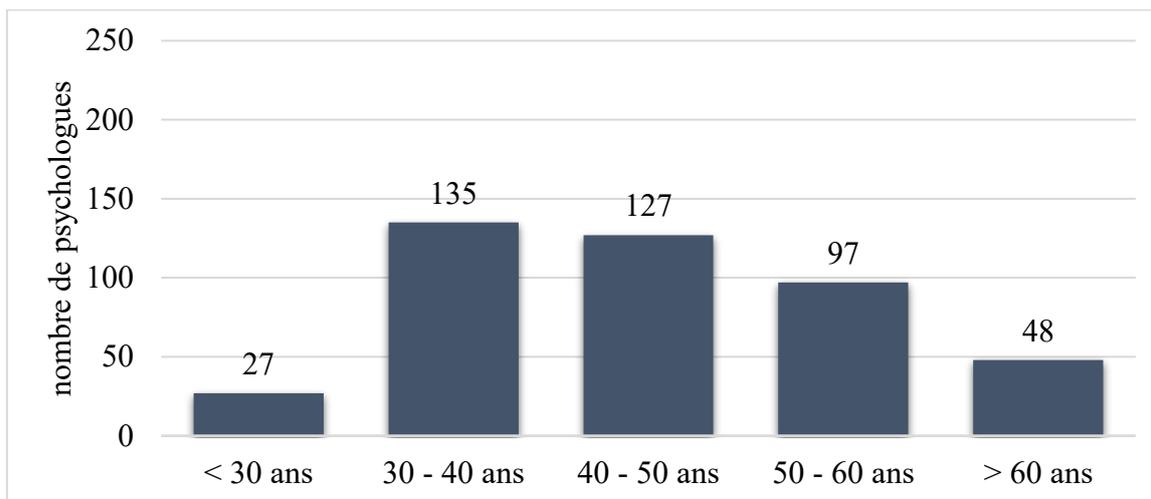


Figure 3 : Répartition des psychologues par classe d'âge

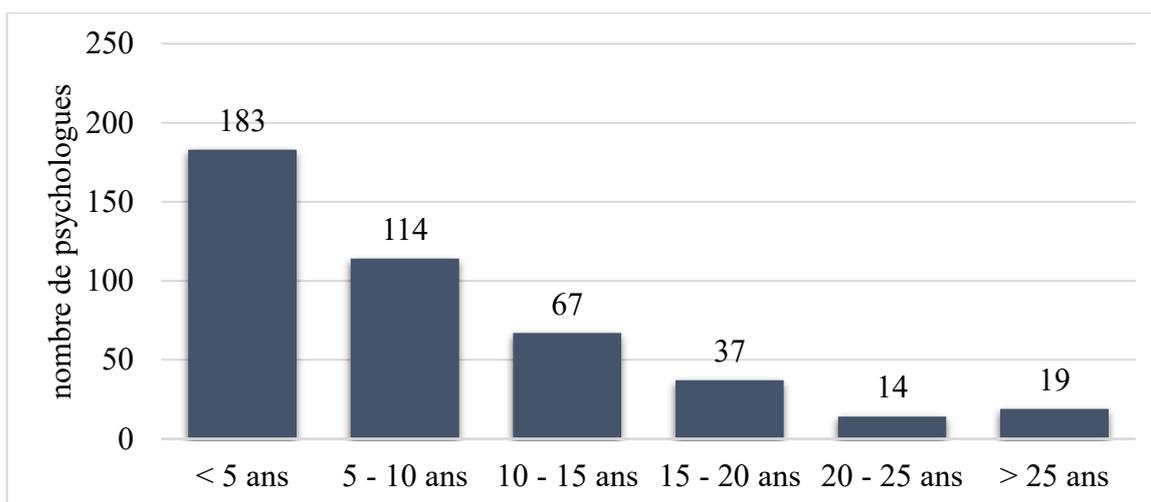


Figure 4 : Nombre d'années d'exercice en tant que psychologue libéral

ⁱ Les 19 psychologues âgés de plus de 65 ans ont répondu recevoir des patients et ont donc été considéré comme ayant une activité. La doyenne a répondu recevoir 15 patients par semaine.

2.2. Location et partage du ou des lieux d'exercice

Le cabinet d'exercice principal de la majorité des répondants était situé en Haute-Garonne (61%) avec une répartition globalement homogène entre les différentes tailles de commune.

Le cabinet d'exercice principal était le seul lieu d'exercice libéral pour 60% des psychologues tandis que 40% avaient plusieurs lieux d'exercice libéral.

	effectif	pourcentage	
DÉPARTEMENTS			
09 - Ariège	19	4,4%	
12 - Aveyron	19	4,4%	
31 - Haute-Garonne	266	61,3%	
32 - Gers	26	6,0%	
46 - Lot	18	4,1%	
65 - Hautes-Pyrénées	10	2,3%	
81 - Tarn	49	11,3%	
82 - Tarn-et-Garonne	27	6,2%	
TYPE DE COMMUNE			
moins de 5 000 habitants	89	21%	
entre 5 000 et 20 000 habitants	129	30%	
entre 20 000 et 60 000 habitants	93	21%	
plus de 60 000 habitants	104	24%	
<i>sans réponse</i>	19	4%	
Total des répondants			
	434	100%	

Tableau 1 : Répartition des psychologues par départements et types de communes

62% des psychologues étaient installés en groupe dans au moins un de leurs lieux d'exercice. 18% étaient installés avec un ou plusieurs médecins (sans précision de la spécialité), 29% étaient installés avec un ou plusieurs autres psychologues et 46% étaient installés avec un ou plusieurs professionnels de santé.

	effectif	pourcentage	
INSTALLATION EN GROUPE (cabinet d'exercice principal)			
seul	240	55%	
en groupe	190	44%	
sans réponse	4	1%	
INSTALLATION EN GROUPE (au moins un des lieux d'exercice)			
seul	166	38%	
en groupe	267	62%	
sans réponse	1	0%	
INSTALLATION AVEC UN/PLUSIEURS MÉDECINS			
oui	80	18%	
non	343	79%	
sans réponse	11	3%	
INSTALLATION AVEC UN/PLUSIEURS PSYCHOLOGUES			
oui	124	29%	
non	304	70%	
sans réponse	6	1%	
INSTALLATION AVEC UN/PLUSIEURS AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ			
oui	198	46%	
non	232	53%	
sans réponse	4	1%	
Total des répondants			
	434	100%	

Tableau 2 : Installation seul ou en groupe

Parmi les autres professionnels de santé avec lesquels les psychologues déclaraient être installés, les principaux étaient : ostéopathes (16%), orthophonistes (15%), kinésithérapeutes (12%), infirmiers (11%), psychomotriciens (7%), pédicures-podologues (7%), diététiciens (6%), dentistes (5%), sages-femmes (5%), sophrologues (4%) et orthoptistes (4%) (Annexe 3).

2.3. Caractéristiques générales de l'exercice professionnel

Concernant l'outil principalement utilisé, « psychanalyse et thérapie d'orientation analytique » prédominait largement (42% des psychologues), suivi par les « thérapies comportementales cognitives et émotionnelles » (16%).

10% des psychologues ont répondu « approche intégrative », 7% « EMDRⁱ », 5% « thérapie humaniste/existentielle », 5% « thérapie centrée sur la personne » et 5% « thérapie systémique/interactionnelle ».

OUTIL PRINCIPALEMENT UTILISÉ		
	effectif	pourcentage
Psychanalyse et thérapie d'orientation analytique	183	42%
Thérapies comportementales cognitives et émotionnelles	68	16%
Autres thérapies brèves	5	1%
Thérapie interpersonnelle	2	0%
Thérapie humaniste/existentielle	22	5%
Approche intégrative	42	10%
Thérapie centrée sur la personne	22	5%
Thérapie systémique/interactionnelle	20	5%
Thérapies psycho-corporelles et relaxation	3	1%
Méditation de pleine conscience/mindfulness	1	0%
Hypnose	10	2%
EMDR (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing)	29	7%
Autre(s)	12	3%
<i>sans réponse</i>	15	3%
Total des répondants	434	100%

Tableau 3 : Outil principalement utilisé

Concernant l'ensemble des outils habituellement utilisés, chaque psychologue a répondu en moyenne entre 3 et 4 outils. Parmi les réponses « psychanalyse et thérapie d'orientation analytique » était la plus citée, suivie de « thérapies comportementales cognitives et émotionnelles » et de « thérapie centrée sur la personne ».

ⁱ Eye-Movement Desensitization and Reprocessing

OUTILS HABITUELLEMENT UTILISÉS			
	effectif	pourcentage	
Psychanalyse et thérapie d'orientation analytique	272	63%	
Thérapies comportementales cognitives et émotionnelles	165	38%	
Autres thérapies brèves	105	24%	
Thérapie interpersonnelle	54	12%	
Thérapie humaniste/existentielle	123	28%	
Approche intégrative	143	33%	
Thérapie centrée sur la personne	165	38%	
Thérapie systémique/interactionnelle	148	34%	
Thérapies psycho-corporelles et relaxation	129	30%	
Méditation de pleine conscience/mindfulness	77	18%	
Hypnose	43	10%	
EMDR (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing)	59	14%	
Autre(s)	71	16%	
<i>sans réponse</i>	0	0%	
Total des répondants	434	-	

Tableau 4 : Outils habituellement utilisés

Parmi les réponses libres concernant les éventuels autres outils habituellement utilisés, on retrouvait à plusieurs reprises « thérapie médiatisée/art-thérapie », « bilans et tests psychologiques » et « EFTⁱ » (Annexe 4).

En plus de leur activité libérale 41% des psychologues ont répondu avoir une activité en milieu institutionnel, et 26% en milieu associatif.

67% des psychologues prenaient en charge les enfants, 71% les adolescents, 38% les couples et 23% les groupes.

ⁱ Emotional Freedom Techniques

Les psychologues recevaient en moyenne 17 patients (+/- 11) par semaine. La Figure 5 représente la distribution par classe, qui s'étendait entre 1 et 60 patients. (10 psychologues ont répondu ne recevoir en moyenne que 1 ou 2 patients par semaine). Parmi ceux qui n'avaient pas d'activité institutionnelle ou associative par ailleurs, la moyenne des patients reçus par semaine était de 21 (+/- 12).

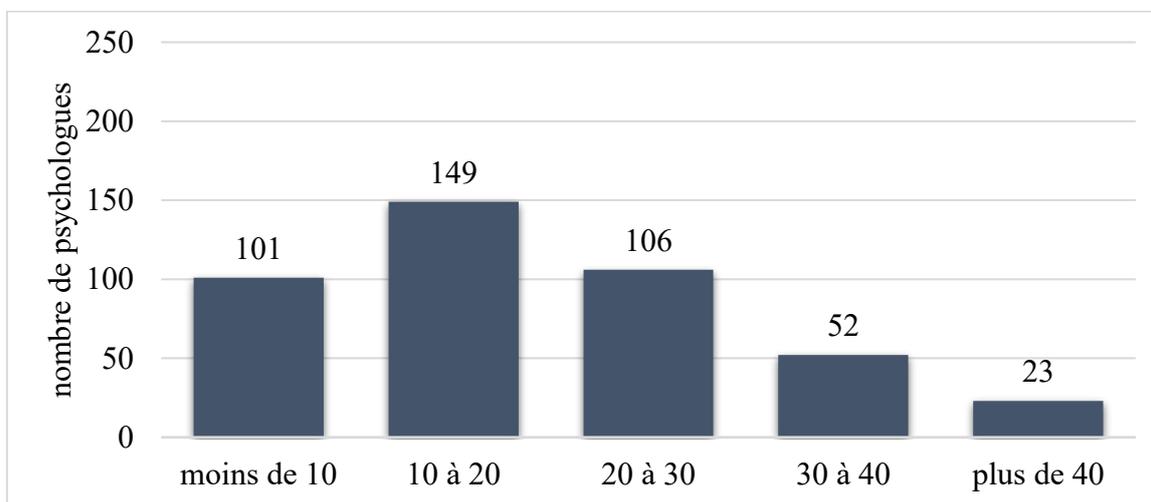


Figure 5 : Nombre de patients reçus par semaine

Le tarif moyen affiché pour une séance était de 44 euros (+/- 8). Les tarifs variaient entre 25 et 90 euros. De nombreux répondants ont mentionné que le tarif pouvait être adapté à la situation du patient.

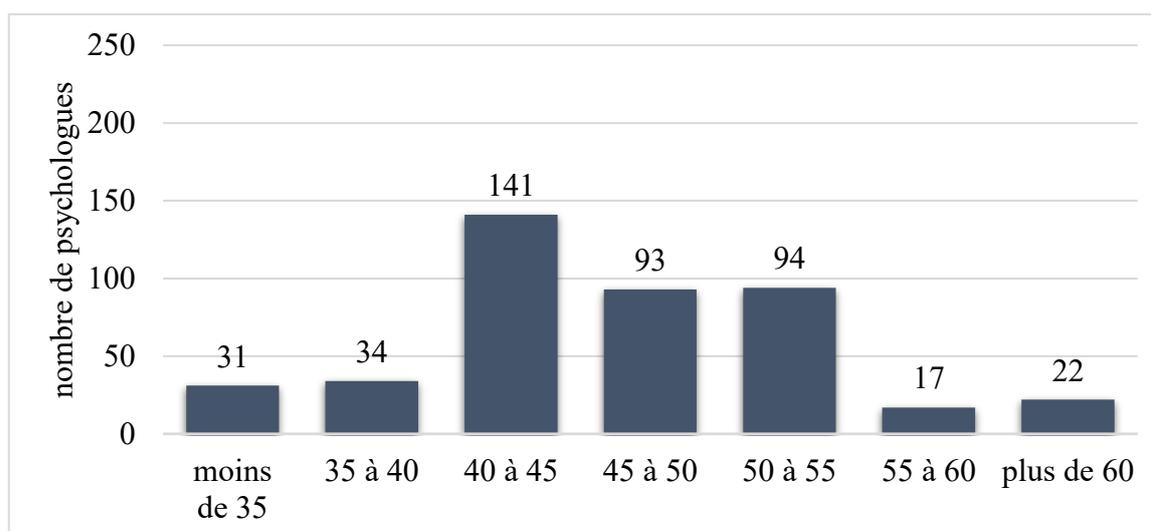


Figure 6 : Tarif moyen affiché pour une séance (en euros)

2.4. Provenance de la patientèle des psychologues

Concernant la répartition de la provenance des patients sur 10 nouveaux patients, 410 réponses ont été exploitées (correspondant à 95% des données ; Annexe 5).

En moyenne, sur 10 nouveaux patients reçus par les psychologues :

- 2,3 (+/- 1,9) sont adressés (ou disent être adressés) par un MG
- 2,1 (+/- 2,0) sont adressés par un autre professionnel de santé
- 5,5 (+/- 2,4) viennent d'eux-mêmes (sans recommandation d'un soignant qui les prend en charge).

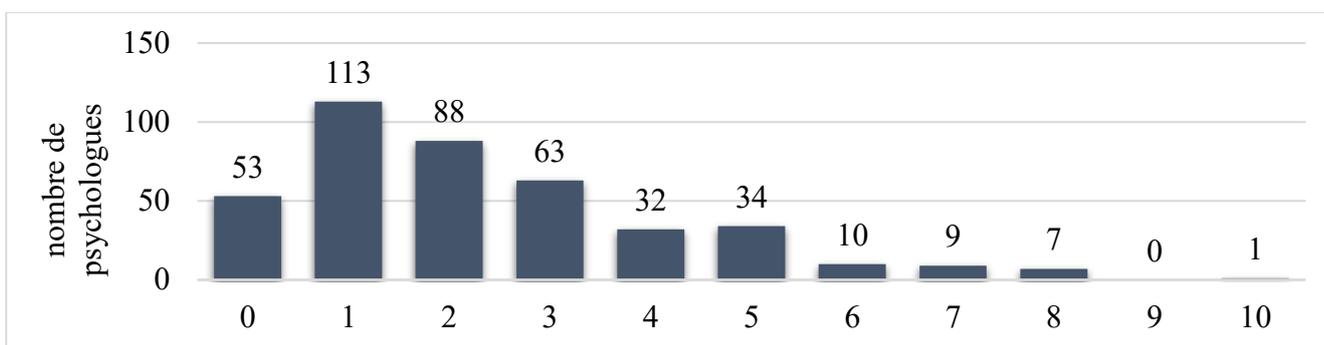


Figure 7 : Nombre de nouveaux patients adressés (ou disant être adressés) par un MG (sur 10)

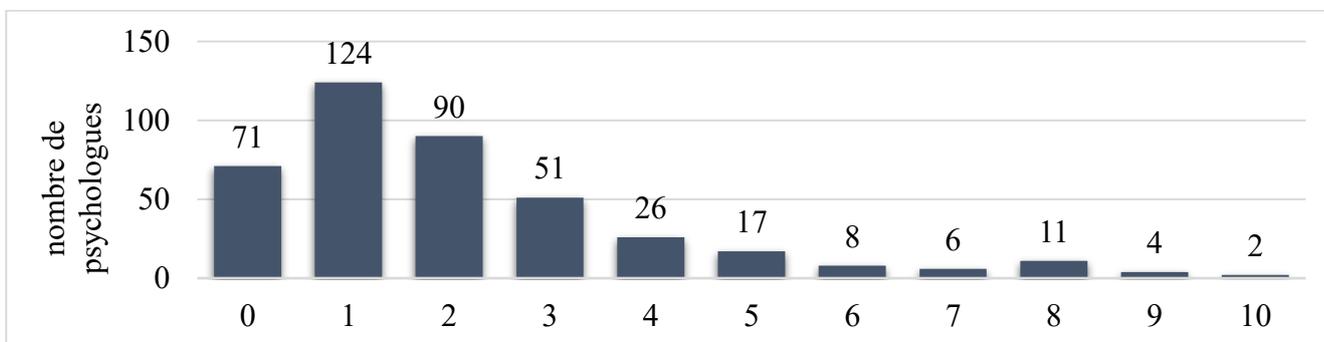


Figure 8 : Nombre de nouveaux patients adressés par un autre professionnel de santé (sur 10)

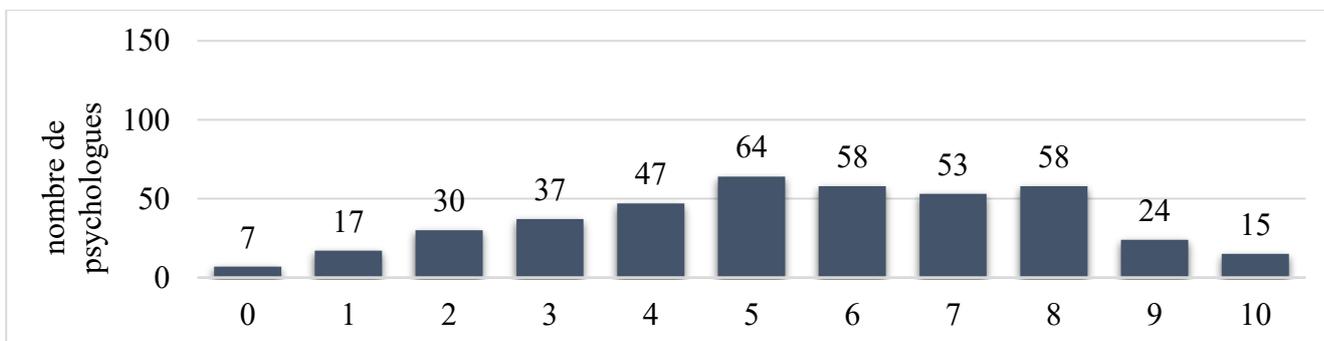


Figure 9 : Nombre de nouveaux patients venus d'eux-mêmes, sans recommandation d'un soignant qui les prend en charge (sur 10)

2.5. Motifs de recours les plus fréquents des patients

Lorsque l'on demandait les 5 motifs de recours les plus fréquents des patients qui consultent les psychologues les deux réponses les plus citées étaient « dépression » et « problèmes d'anxiété, de stress ».

Puis, selon la population concernée on retrouvait :

- « difficultés relationnelles », « problèmes professionnels, burn-out », « problèmes de couple », « accompagnement à la parentalité » et « mal-être diffus » lorsqu'il s'agissait de l'ensemble de la patientèle (les 3 derniers étant cités à la même fréquence).
- ou « problèmes professionnels, burn-out », « décès d'un proche, deuil » et « mal-être diffus » lorsqu'il s'agissait uniquement des patients adressés par des MG.

L'ensemble des fréquences de réponses sont détaillées dans les Tableaux 5 et 6.

Concernant les 5 motifs de recours les plus fréquents des patients qui consultent les psychologues, parmi l'ensemble de la patientèle, 379 réponses ont été exploitées (correspondant à 89% des données ; Annexe 6).

Concernant les 5 motifs de recours les plus fréquents des patients qui consultent les psychologues, parmi seulement les patients adressés par des MG, 341 réponses ont été exploitées (correspondant à 94% des données ; Annexe 7).

Pour les deux questions, parmi les réponses libres concernant les éventuels autres motifs de recours les plus fréquents, on retrouvait à plusieurs reprises « énurésie/encoprésie » (mentionné 6 fois), « troubles du comportement chez l'enfant » (mentionné 6 fois), « difficultés scolaires » (mentionné 4 fois) et « troubles du spectre autistique » (mentionné 2 fois).

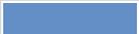
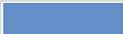
MOTIFS DE RECOURS LES PLUS FRÉQUENTS - ENSEMBLE DE LA PATIENTÈLE			
	effectif	pourcentage	
dépression	234	62%	
problèmes d'anxiété, de stress	211	56%	
difficultés relationnelles	137	36%	
problèmes professionnels, burn-out	124	33%	
problèmes de couple	117	31%	
accompagnement à la parentalité	116	31%	
mal-être diffus	115	30%	
problèmes familiaux	103	27%	
évaluations psychométriques, bilans, expertises	86	23%	
troubles de l'apprentissage, de la concentration	85	22%	
mieux se connaître, affirmation de soi	84	22%	
décès d'un proche, deuil	83	22%	
donner un sens à sa vie	60	16%	
phobie	56	15%	
stress post-traumatique	42	11%	
addictions, conduites à risque	34	9%	
troubles du comportement alimentaire	29	8%	
troubles du sommeil	24	6%	
idées suicidaires	22	6%	
autre	20	5%	
trouble obsessionnel compulsif	19	5%	
problématiques de sexualité	18	5%	
ennuis de santé	14	4%	
symptômes physiques inexplicables	12	3%	
violence	11	3%	
trouble de la personnalité	9	2%	
douleurs	9	2%	
délire, hallucinations, psychose	8	2%	
pertes de mémoire, troubles cognitifs	6	2%	
fatigue	4	1%	
Total des répondants	379	-	

Tableau 5 : « Quels sont les 5 motifs de recours des patients les plus fréquents, parmi l'ensemble de votre patientèle ? »

MOTIFS DE RECOURS LES PLUS FRÉQUENTS			
- SEULEMENT PATIENTS ADRESSÉS PAR DES MG			
	effectif	pourcentage	
dépression	251	74%	
problèmes d'anxiété, de stress	187	55%	
problèmes professionnels, burn-out	171	50%	
décès d'un proche, deuil	108	32%	
mal-être diffus	71	21%	
problèmes familiaux	62	18%	
symptômes physiques inexplicables	53	16%	
stress post-traumatique	47	14%	
idées suicidaires	47	14%	
addictions, conduites à risque	47	14%	
troubles du sommeil	45	13%	
problèmes de couple	45	13%	
troubles du comportement alimentaire	41	12%	
accompagnement à la parentalité	41	12%	
douleurs	39	11%	
ennuis de santé	38	11%	
phobie	37	11%	
difficultés relationnelles	37	11%	
troubles de l'apprentissage, de la concentration	31	9%	
évaluations psychométriques, bilans, expertises	31	9%	
autre	19	6%	
trouble obsessionnel compulsif	15	4%	
pertes de mémoire, troubles cognitifs	11	3%	
fatigue	11	3%	
trouble de la personnalité	10	3%	
violence	9	3%	
problématiques de sexualité	8	2%	
mieux se connaître, affirmation de soi	7	2%	
donner un sens à sa vie	6	2%	
délire, hallucinations, psychose	6	2%	
Total des répondants	341	-	

Tableau 6 : « Quels sont les 5 motifs de recours des patients les plus fréquents, parmi seulement les patients adressés par des MG ? »

2.6. Relations et interactions avec les MG

Les psychologues avaient rencontré physiquement en moyenne 8 (+/- 13) MG environnants. Il leur arrivait d'avoir des échanges professionnels (face à face, courrier, mail ou téléphone) avec en moyenne 3 (+/- 3) MG environnants. Les distributions sont détaillées sur les Figures 10 et 11.

Sur les 428 répondants, 14% des psychologues rapportaient n'avoir rencontré physiquement aucun MG environnant et 24% rapportaient qu'il ne leur arrivait d'avoir des échanges professionnels avec aucun des MG environnants.

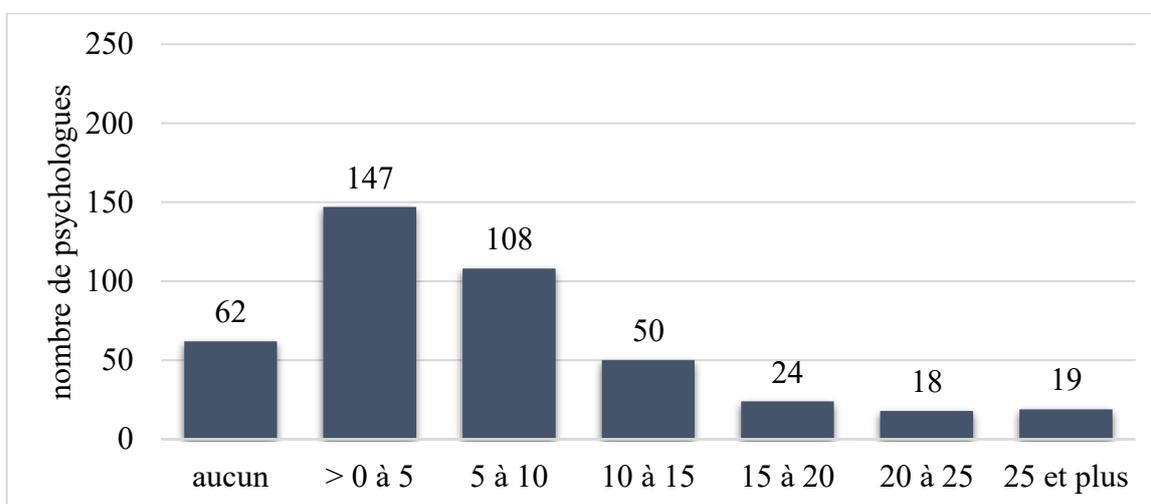


Figure 10 : Nombre de MG environnants rencontrés physiquement

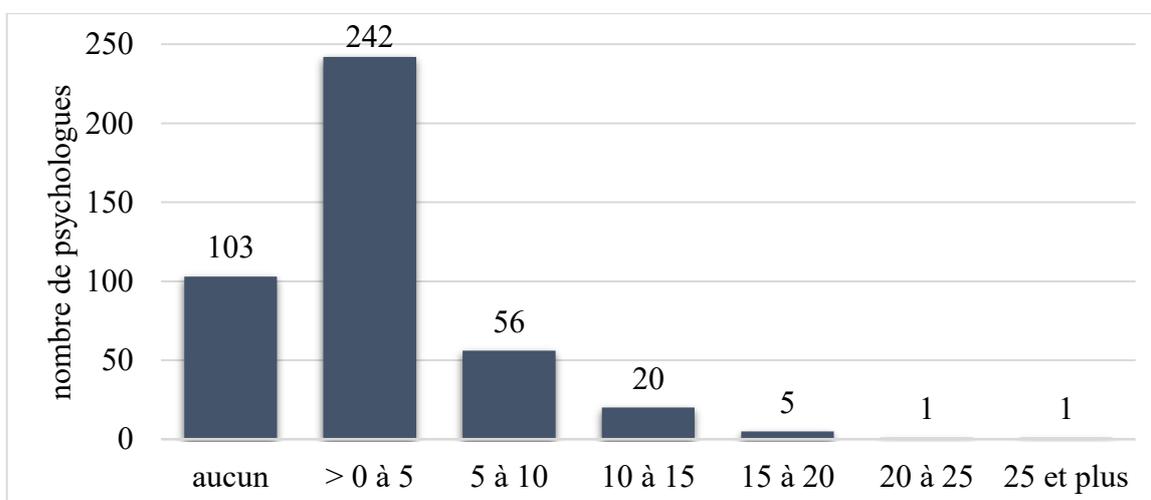


Figure 11 : Nombre de MG environnants avec lesquels il arrive aux psychologues d'avoir des échanges professionnels

En moyenne, les psychologues disaient recevoir une information d'adressage de la part des MG (via un courrier, un mail ou un appel téléphonique) pour 14% (+/- 26%) des nouveaux patients.

Parmi les 365 répondantsⁱ, 40% des psychologues ont répondu ne jamais recevoir d'information d'adressage de la part des MG.

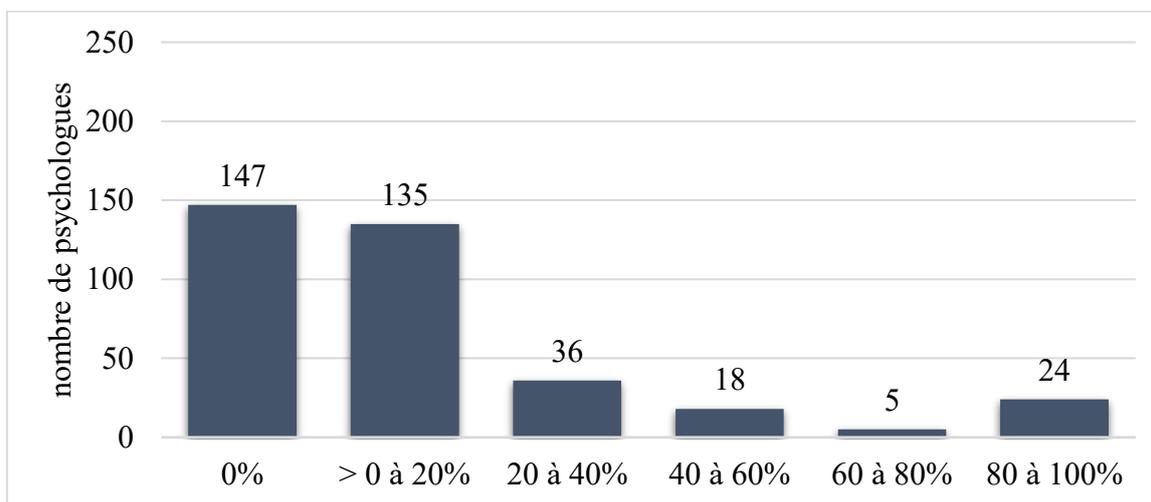


Figure 12 : Pourcentage de nouveaux patients pour lesquels une information d'adressage est reçue de la part des MG

Le téléphone était le moyen le plus souvent utilisé pour échanger avec les MG pour la majorité des psychologues (45%), loin devant le courrier (17%), le face à face (13%) et l'e-mail (9%).

Parmi l'ensemble des moyens utilisés, le téléphone l'était par la plupart des psychologues (71%). Le face à face, le courrier et l'e-mail étaient chacun utilisés par environ un tiers des psychologues (Annexe 8).

Parmi les autres moyens mentionnés librement, on retrouvait à plusieurs reprises la mention du patient comme intermédiaire transmetteur d'informations.

ⁱ Les 49 réponses des psychologues ayant auparavant répondu qu'ils ne recevaient pas de patient de la part des MG ont été exclues.

En moyenne, les psychologues disaient rapporter des éléments concernant leur prise en charge à un MG pour 14% (+/- 24%) des patients. Parmi les 413 répondants, 27% des psychologues ont répondu ne jamais rapporter d'élément concernant leur prise en charge à un MG.

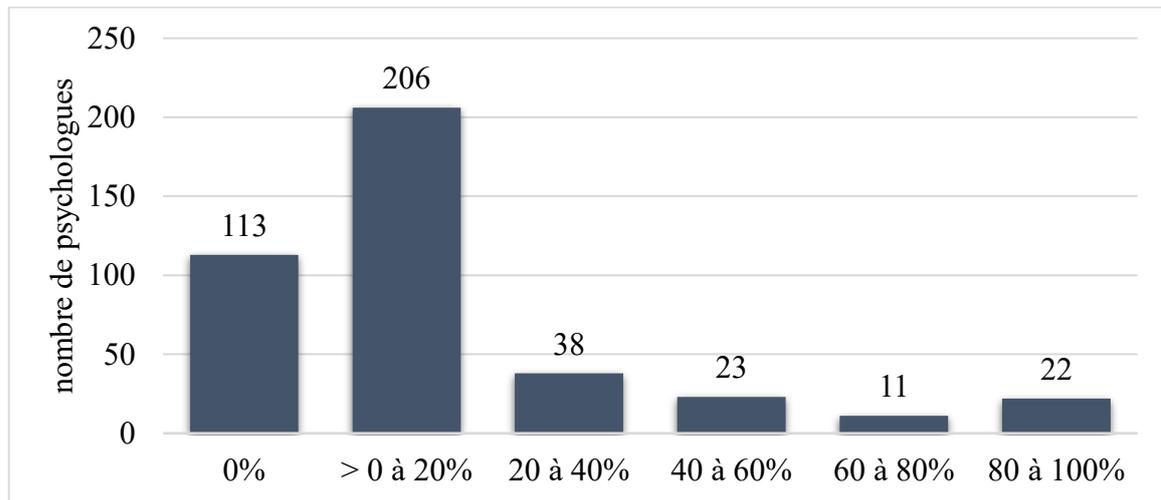


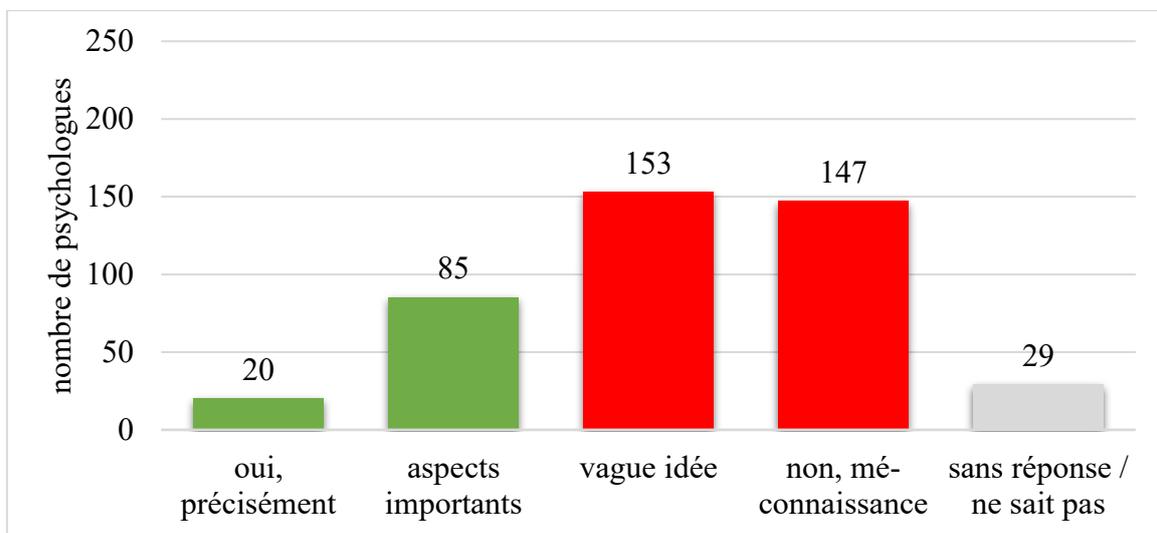
Figure 13 : Pourcentage de patients pour lesquels un retour d'éléments concernant la prise en charge est rapporté à un MG

Parmi les informations qu'il arrivait aux psychologues de transmettre à un MG, on retrouvait le signalement d'une urgence pour 59% des répondants, un bilan de la prise en charge (bilan intermédiaire, ou en fin de prise en charge) pour 45%, des informations sur leurs domaines de compétences et d'expertise pour 41%, une proposition de conduite à tenir pour 27% et une suggestion de modification de traitement pour 24%. 11% ont dit qu'il leur arrive de transmettre d'autres informations. Parmi les réponses libres mentionnées les concernant, on retrouvait le plus souvent le fait de prévenir qu'une prise en charge débute, ou qu'elle s'arrête.

54% des psychologues ont répondu qu'il leur arrivait d'intégrer la transmission d'informations au MG comme outil de la thérapie et/ou occasion de faire le point avec les patients.

2.7. Perception par les psychologues de la connaissance de leur activité par la plupart des MG environnants

Le niveau de connaissance de la plupart des MG environnants à propos de l'activité des psychologues était perçue comme vague ou mauvais par plus de deux tiers des répondants (69%). Seulement 5% ont répondu que la plupart des MG environnants connaissaient précisément leur activité.

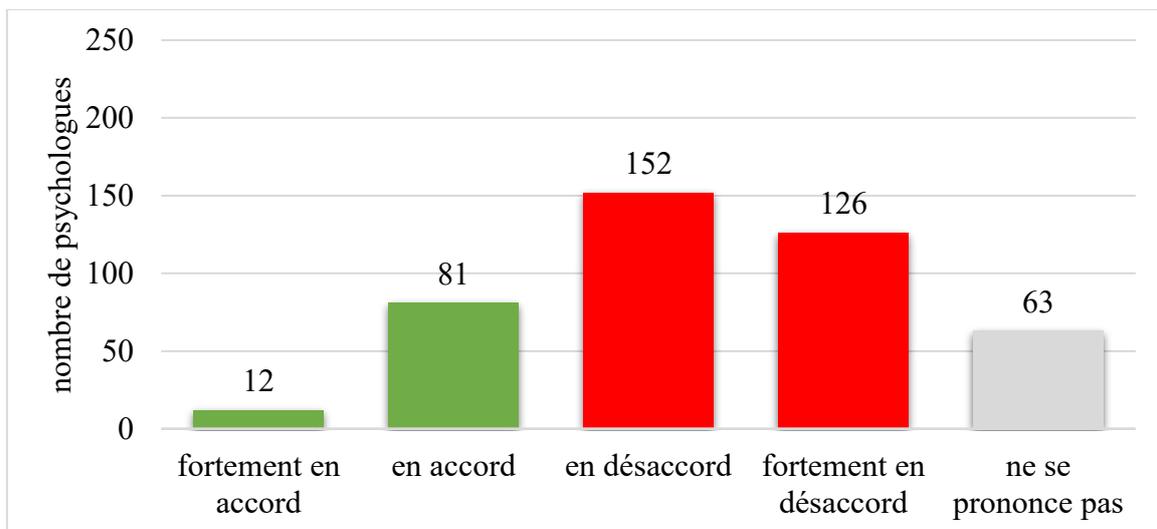


	effectif	pourcentage	
Oui, je pense que la plupart connaissent précisément mon activité	20	4,5%	24%
Je pense que la plupart connaissent les aspects importants de mon activité	85	19,5%	
Je pense que la plupart n'ont qu'une vague idée de mon activité	153	35%	69%
Non, je pense que la plupart méconnaissent mon activité	147	34%	
Je ne sais pas, ou sans réponse	29	7%	
Total des répondants	434	100%	

Figure 14 : « Pensez-vous que la plupart des MG environnants connaissent votre propre façon de travailler, vos domaines de compétences (et d'expertise ou spécialité) ? »

2.8. Perception par les psychologues de la qualité de la collaboration avec les MG

Près de 15% des psychologues ne se sont pas prononcés. Plus de deux tiers de ceux qui se sont prononcés étaient en désaccord ou fortement en désaccord avec le fait de dire que la collaboration entre eux et les MG environnants était globalement optimale (soit 64% des psychologues).



	effectif	pourcentage	
Fortement en accord	12	3%	21,5%
En accord	81	18,5%	
En désaccord	152	35%	64%
Fortement en désaccord	126	29%	
Ne se prononce pas, <i>ou sans réponse</i>	63	14,5%	
Total des répondants	434	100%	

Figure 15 : « Diriez-vous que, de manière globale, la collaboration actuelle entre vous et les MG environnants est optimale ? »

2.9. Obstacle principal freinant une collaboration optimale

L'ensemble des données des réponses libres a été analysé et codé en catégories puis thèmes (Annexe 9). Les obstacles principaux les plus souvent cités faisaient référence au manque de temps (42% des répondants), à la méconnaissance par manque d'information, ignorance, représentations (35%), au manque d'interactions (34%), et à l'incompatibilité et/ou aux différences entre les « 2 mondes à part » des psychologues et des MG (19%).

OBSTACLE PRINCIPAL FREINANT UNE COLLABORATION OPTIMALE - CATÉGORIES APRÈS ANALYSE THÉMATIQUE			
	effectif	pourcentage	
Manque de temps...	142	42%	
Méconnaissance...	119	35%	
Manque d'interactions...	117	34%	
Incompatibilités/différences ("2 mondes à part")...	64	19%	
Coût financier avec absence de remboursement...	37	11%	
Manque de reconnaissance...	35	10%	
Manque d'intérêt...	34	10%	
Inertie...	20	6%	
Peur, manque de confiance...	20	6%	
Concurrence, rivalités...	18	5%	
Autosuffisance	12	4%	
Confidentialité, secret professionnel...	11	3%	
Autre (non catégorisable)	8	2%	
<i>ne sait pas</i>	25	7%	
Total des répondants	341	-	

Tableau 7 : « Selon vous, quel obstacle principal freine une collaboration optimale entre les MG et les psychologues ? » - Fréquence des réponses par catégorie après analyse thématique



Figure 16 : « Nuage de mots » des réponses libre à la question concernant l'obstacle principal freinant une collaboration optimale entre psychologues et MG

2.10. Expression libre

Près de trois quarts des psychologues (320) se sont exprimés dans la partie facultative « Expression libre ». Ils ont utilisé en moyenne 84 mots (+/- 53).

Cette question était intégrée au questionnaire pour faciliter l'adhésion des répondants et pour répondre à la curiosité des chercheurs, mais sans objectif d'analyse des données (manque de méthode et de moyens). Il n'y a pas eu de codage de l'ensemble des réponses. Toutefois nous avons quantifié la fréquence de certaines thématiques qui semblaient récurrentes selon notre avis subjectif : 54% des répondants ont exprimé le caractère important ou essentiel de la collaboration, ou leur intérêt et/ou satisfaction la concernant ; 38% des répondants ont exprimé des doléances ou reproches à l'égard des MG. Une colère ou un ressentiment envers les médecins semblait perceptible dans la réponse de 5% des répondants. 12% des répondants citaient des exemples de bonne collaboration avec d'autres professionnels de santé (spécialistes ou paramédicaux).

3. Analyses comparatives

3.1. Représentativité de la population de l'étude

Les données concernant la population de notre étude ont été comparées avec celles de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) : « Effectifs des psychologues par mode d'exercice global, zone d'activité, sexe et tranche d'âge », issues du répertoire ADELI-Drees (données au 1er janvier 2016 restreintes au mode d'exercice « Libéraux ou mixtes »)ⁱ.

L'échantillon de notre étude a été considéré comme comparable à la population effective des psychologues issues du répertoire ADELI-Drees (population-mère), sur le plan de la répartition des variables *sexe* ($p=0,61$), *classe d'âge* ($p=0,39$) et *zone d'activité* ($p=0,07$).

L'échantillon de notre étude a été considéré comme comparable à la population des psychologues sélectionnés dans l'annuaire Pagesjaunes sur le plan de la répartition de la variable *zone d'activité* ($p=0,43$).

Ces comparaisons sont résumées dans le Tableau 8.

ⁱ www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=2558

	Population de notre étude	Population des psychologues selon le répertoire ADELI- Drees, données au 1er janvier 2016	Test du χ^2
Effectif total (Midi-Pyrénées)	434	1196	
Sexe			p=0,61
Hommes	50 (11,5%)	151 (12,6%)	
Femmes	384 (88,5%)	1045 (87,4%)	
Classe d'âge			p=0,39
Moins de 30 ans	27 (6,2%)	111 (9,3%)	
Entre 30 et 34 ans	71 (16,4%)	181 (15,1%)	
Entre 35 et 39 ans	64 (14,7%)	176 (14,7%)	
Entre 40 et 44 ans	68 (15,7%)	181 (15,1%)	
Entre 45 et 49 ans	59 (13,6%)	123 (10,3%)	
Entre 50 et 54 ans	45 (10,4%)	128 (10,7%)	
Entre 55 et 59 ans	52 (12%)	138 (11,5%)	
Entre 60 et 64 ans	25 (5,8%)	76 (6,4%)	
65 ans et plus	23 (5,3%)	82 (6,9%)	
Zone d'activité			p=0,07
09 - Ariège	19 (4,4%)	43 (3,6%)	
12 - Aveyron	19 (4,4%)	44 (3,7%)	
31 - Haute-Garonne	266 (61,3%)	820 (68,6%)	
32 - Gers	26 (6%)	45 (3,8%)	
46 - Lot	18 (4,1%)	49 (4,1%)	
65 - Hautes-Pyrénées	10 (2,3%)	40 (3,3%)	
81 - Tarn	49 (11,3%)	98 (8,2%)	
82 - Tarn-et-Garonne	27 (6,2%)	57 (4,8%)	

	Population de notre étude	Population des psychologues sélectionnés dans l'annuaire de la société Pagesjaunes	Test du χ^2
Effectif total (Midi-Pyrénées)	434	1128	
Zone d'activité			p=0,43
09 - Ariège	19 (4,4%)	44 (3,9%)	
12 - Aveyron	19 (4,4%)	42 (3,7%)	
31 - Haute-Garonne	266 (61,3%)	742 (65,8%)	
32 - Gers	26 (6%)	45 (4%)	
46 - Lot	18 (4,1%)	42 (3,7%)	
65 - Hautes-Pyrénées	10 (2,3%)	40 (3,5%)	
81 - Tarn	49 (11,3%)	108 (9,6%)	
82 - Tarn-et-Garonne	27 (6,2%)	65 (5,8%)	

Tableau 8 : Comparaisons statistiques des populations

3.2. Perception par les psychologues de la connaissance de leur activité par la plupart des MG environnants

Le Tableau 9 résume l'analyse des corrélations entre d'une part la perception, par les psychologues, de la connaissance de l'activité des psychologues par les MG environnants (variable ordinale dont les modalités ont été regroupées en 3 catégories), et d'autre part, certaines variables sélectionnées (variables binaires, ou rendues binaires en utilisant pour seuil la médiane). Les corrélations ont été étudiées à l'aide du test du chi-deux et du test de Cochran Armitage.

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la perception de la connaissance et l'installation avec un ou plusieurs médecins.

Il existait un lien statistiquement significatif ($p < 0,01$) entre le degré de perception de la connaissance et la variation des proportions observées parmi les répondants en ce qui concerne :

- le nombre de MG environnants physiquement rencontrés
- le nombre de MG environnants avec lesquels il existe des échanges professionnels
- la transmission d'un bilan de la prise en charge et/ou proposition de conduite à tenir et/ou suggestion de modification de traitement
- la transmission d'informations sur les domaines de compétences et d'expertise
- le pourcentage de patients pour lesquels un retour d'information est rapporté à un MG
- le pourcentage de nouveaux patients pour lesquels une information d'adressage est reçue
- le nombre de nouveaux patients adressés par un MG sur 10.

Variables	Pensez-vous que la plupart des MG environnants connaissent votre propre façon de travailler, vos domaines de compétences (et d'expertise ou spécialité) ?				Test du χ^2 (cf. nb)	Test de tendance de Cochran Armitage (unilatéral à droite)
	Modalités des variables	non, je pense que la plupart méconnaissent mon activité	je pense que la plupart n'ont qu'une vague idée de mon activité	je pense que la plupart connaissent les aspects importants de mon activité		
Installation avec un ou plusieurs médecins	oui	22	29	19	4	NS (p= 0,39)
	non	120	121	64	16	
Nombre de MG environnants physiquement rencontrés	plus de 5	44	55	52	13	p< 0,01
	entre 0 et 5	102	96	33	5	
Nombre de MG environnants avec lesquels il existe des échanges professionnels	plus de 2	41	58	52	13	p< 0,01
	entre 0 et 2	105	94	33	4	
Transmission d'un bilan de la prise en charge et/ou proposition de conduite à tenir et/ou suggestion de modification de traitement	oui	75	106	64	18	p< 0,01
	non	72	47	21	2	
Transmission d'informations sur domaines de compétences et d'expertise	oui	43	65	48	11	p< 0,01
	non	104	88	37	9	
Pourcentage de patients pour lesquels un retour d'information est rapporté à un MG	plus de 10	26	29	31	9	p< 0,01
	entre 0 et 10	115	118	52	11	
pourcentage de nouveaux patients pour lesquels une information d'adressage est reçue	plus de 1	45	66	48	13	p< 0,01
	entre 0 et 1	96	79	37	6	
Nombre de nouveaux patients adressés par un MG sur 10	plus de 2	29	68	49	15	p< 0,01
	entre 0 et 2	118	84	36	5	
nb : les tests du χ^2 ont été effectués en regroupant les modalités "en accord" et "fortement en accord" pour tenir compte des effectifs théoriques réduits de la dernière catégorie.						

Tableau 9 : Corrélation de certaines variables à la perception par les psychologues de la connaissance de l'activité des psychologues par la plupart des MG environnants

3.3. Perception par les psychologues de la qualité de la collaboration avec les MG

Le Tableau 10 résume l'analyse des corrélations entre d'une part la perception par les psychologues de la qualité de la collaboration avec les MG (variable ordinale dont les modalités ont été regroupées en 3 catégories) et d'autres part certaines variables sélectionnées (variables binaires, ou rendues binaires en utilisant pour seuil la médiane). Les corrélations ont été étudiées à l'aide du test du chi-deux et du test de Cochran Armitage.

Il existait un lien statistiquement significatif ($p < 0,01$) entre le degré de perception de la qualité de la collaboration et la variation des proportions observées parmi les répondants en ce qui concerne :

- l'installation avec un ou plusieurs médecins
- le nombre de MG environnants physiquement rencontrés
- le nombre de MG environnants avec lesquels il existe des échanges professionnels
- le pourcentage de patients pour lesquels un retour d'information est rapporté à un MG
- le pourcentage de nouveaux patients pour lesquels une information d'adressage est reçue
- le nombre de nouveaux patients adressés par un MG sur 10
- la perception par les psychologues de la connaissance de leur activité par la plupart des MG environnants.

Variables	Modalités des variables	Diriez-vous que, de manière globale, la collaboration actuelle entre vous et les MG environnants est optimale ?				Test du χ^2 (cf. nb)	Test de tendance de Cochran Armitage (unilatéral à droite)
		fortement en désaccord	en désaccord	en accord	fortement en accord		
Installation avec un ou plusieurs médecins	oui	15	23	23	5	p<0,01	p<0,01
	non	108	126	55	7		
Nombre de MG environnants physiquement rencontrés	plus de 5 entre 0 et 5	35	71	39	10	p<0,01	p<0,01
		91	81	40	1		
Nombre de MG environnants avec lesquels il existe des échanges professionnels	plus de 2 entre 0 et 2	26	69	54	10	p<0,01	p<0,01
		100	83	25	1		
Pourcentage de patients pour lesquels un retour d'information est rapporté à un MG	plus de 10 entre 0 et 10	18	31	35	6	p<0,01	p<0,01
		104	114	43	6		
pourcentage de nouveaux patients pour lesquels une information d'adressage est reçue	plus de 1 entre 0 et 1	41	69	48	11	p<0,01	p<0,01
		79	77	31	0		
Nombre de nouveaux patients adressés par un MG sur 10	plus de 2 entre 0 et 2	25	63	58	10	p<0,01	p<0,01
		101	89	22	2		
Perception par les psychologues de la connaissance des psychologues par la plupart des MG environnants	plutôt favorable	9	41	40	9	p<0,01	p<0,01
	plutôt défavorable	114	103	36	3		
nb : les tests du χ^2 ont été effectués en regroupant les modalités "en accord" et "fortement en accord" pour tenir compte des effectifs théoriques réduits de la dernière catégorie.							

Tableau 10 : Corrélation de certaines variables à la perception par les psychologues de la qualité de la collaboration avec les MG environnants

IV - DISCUSSION :

1. Analyse et implications des principaux résultats

1.1. Trois quarts des nouveaux patients qui consultent un psychologue ne sont pas adressés par un MG

Selon nos résultats, sur 10 nouveaux patients reçus par les psychologues, en moyenne seulement 2,3 étaient adressés par un MG, soit 23%. Ce résultat paraît concordant avec la seule donnée retrouvée dans la littérature : d'après Drewlo en 2014 (3), 35 % des clients des psychologues canadiens étaient adressés par des médecins en soins de santé primaire (incluant aussi les pédiatres, entre autres).

77% des nouveaux patients reçus par les psychologues ne seraient donc pas adressés par un MG. Cette proportion nous a semblé considérablement élevée.

Le fait que la totalité des patients qui consultent un psychologue soit adressée par un MG ne nous paraît ni un objectif utile, ni avoir un intérêt : les psychologues revendiquent une autonomie ; ils ne sont pas des prestataires de santé dépendants des médecins ; leur rôle ne se limite pas à la prise en charge des pathologies. Cependant une proportion si faible de patients adressés nous a paru au premier abord remettre en question le rôle pivot du MG dans la prise en charge en santé mentale et de nature à questionner la pratique des MG, si ce n'est à refléter le manque de collaboration entre MG et psychologues.

Nous avons émis les hypothèses suivantes pour expliquer cette proportion :

- Le patient ne dit pas être adressé par un MG par souhait de confidentialité.
- Le psychologue a sous-estimé la proportion de patients adressés par un MG. En effet, un biais de réponse en lien avec le mode de recueil déclaratif des données et avec la formulation des questions de notre enquête est à envisager.

- Le patient a consulté un MG qui l'a adressé à un psychologue, mais l'information n'est pas prise en compte soit parce que le MG lui a conseillé d'aller voir un psychologue sans en nommer un, soit parce qu'il n'a pas établi de support d'adressage (par exemple un courrier) ou qu'il a mentionné le recours à un psychologue comme une simple suggestion. Ou encore parce que le psychologue ne lui a pas demandé et/ou qu'il n'a pas semblé au patient important d'en faire mention. Dans tous les cas cette hypothèse conforterait explicitement un manque de communication et d'interactions entre MG et psychologues.
- Le patient s'adresse directement au psychologue sans avoir consulté un MG car le motif de consultation relève d'une demande non médicale, ou d'une prise en charge spécifique. Cette situation nous a semblé pouvoir expliquer en partie une telle proportion, au vu des motifs de recours les plus fréquents issus de nos résultats ; il s'agit notamment de prendre en compte la différence entre thérapie et développement personnel (par exemple en lien avec des motifs tels que « mieux se connaître, affirmation de soi », « donner un sens à sa vie », ou de ceux ayant attiré aux difficultés relationnelles).
- Le patient s'adresse directement au psychologue sans avoir consulté un MG en considérant que le MG n'allait pas lui apporter une réponse satisfaisante, ou après avoir consulté un MG dont la prise en charge n'a pas permis de le satisfaire. Cette situation pourrait refléter un manque et une inadéquation de la prise en charge par les MG, qui « passeraient à côté » de besoins, de symptômes et d'une prise en charge optimale en santé mentale pour un certain nombre de patients. D'autres travaux de recherche montrent que les patients ressentent le manque de collaboration : seulement 20% répondaient oui à la question de savoir si leur MG travaillait en collaboration avec des professionnels de santé mentale (31), et cela influence probablement leurs choix.

Si notre étude ne permet pas d'apprécier la réalité de ces hypothèses, les questionnements soulevés par ce résultat mériteraient selon nous d'être explorés par d'autres travaux de recherche. S'intéresser à la patientèle des psychologues pourrait permettre de quantifier les éventuelles inadéquations de prise en charge et de mettre en lumière les éventuelles optimisations nécessaires dans la pratique des MG.

1.2. Intérêt pour la collaboration, domaines de prise en charge partagés, et potentielle disponibilité des psychologues

Une majorité des psychologues semblent intéressés par la collaboration avec les MG. Dans la partie « expression libre » de notre enquête, plus de la moitié des répondants ont spontanément évoqué l'importance de la collaboration ou leur intérêt la concernant. Dans l'étude de Drewlo en 2014 (3), 93% des psychologues s'étaient exprimés sur les avantages de cette collaboration.

En ce qui concerne les principaux motifs de recours aux psychologues, les troubles anxiodépressifs et leur retentissement social et professionnel sont cités en priorité. Les données de la littérature sont concordantes en ce qui concerne la nette prédominance des troubles anxiodépressifs (27,35–37).

L'importance des problèmes professionnels / burn-out comme motif de recours semble ressortir de manière plus forte dans notre étude, peut-être entre autres car il s'agit d'une problématique mise en avant sur le plan sociétal actuellement.

Les motifs de recours exprimés par les patients dans un sondage de 2013 (38) ont servi de base à l'élaboration des propositions de réponse de notre enquête, et c'est assez logiquement que les principaux motifs apparaissent de manière comparable dans nos résultats.

Lorsque l'on s'intéresse aux différences entre les motifs de recours les plus fréquents, d'une part parmi l'ensemble de la patientèle des psychologues, et d'autre part parmi seulement les patients adressés par des MG, l'analyse à vue met en évidence une plus grande importance des « troubles d'adaptation » ou *adjustment disorders* (difficultés relationnelles, problèmes de couple, accompagnement à la parentalité, problèmes familiaux) et des motifs liés au développement personnel (mieux se connaître, affirmation de soi, donner un sens à sa vie) pour la patientèle dans son ensemble ; ceux-ci étant mis en retrait au profit de motifs « plus pathologiques » lorsque l'adressage du MG entre en compte.

Nous sommes restés prudents dans l'interprétation et la comparaison des résultats quantitatifs, rendus délicats par la formulation de la question relative aux motifs de recours dans notre enquête (« Quels sont les 5 motifs de recours des patients les plus fréquents ? ») et les biais liés à l'auto administration du questionnaire (qui n'a pas permis d'éviter aux participants de répondre moins ou plus de 5 choix).

Il nous a néanmoins paru licite de conclure que nos résultats montrent que les psychologues partagent la plupart de leurs domaines de travail les plus fréquents en commun avec les MG, en particulier les troubles anxiodépressifs et leur retentissement social et professionnel.

Le nombre de patients reçus par les psychologues – 17 par semaine en moyenne selon notre étude – nous a paru faible et reflèterait selon nous une forte potentielle disponibilité pour prendre en charge des patients qui le nécessitent, et pour travailler ensemble. Le fait que 25% des psychologues ayant répondu à notre enquête ne recevaient jamais de nouveaux patients adressés par un MG peut également être vu comme un vaste domaine de collaboration inexploité.

En parallèle, les MG rapportent n'avoir pas suffisamment de temps ou d'intérêt pour prendre en charge les troubles psychologiques, et nombre d'entre eux ne se sentent pas formés de manière adéquate et disent manquer de compétence pour mener à bien cette prise en charge (18).

Les psychologues semblent être une ressource accessible pour répondre aux besoins des patients, à laquelle les MG pourraient faire plus fréquemment appel.

Nous n'avons pas recensé d'autres études détaillant l'activité des psychologues en France et nous permettant de comparer ces données.

L'intérêt des psychologues pour la collaboration, des domaines de prise en charge partagés (renforçant des rôles complémentaires avec les MG), et les potentielles disponibilités de cette large population de professionnels spécialisés sont autant d'éléments qui plaident en faveur d'un partenariat plus développé.

1.3. Manque d'interactions et de communication, et nombreux obstacles

Nos résultats ont montré que les interactions et les échanges d'informations entre les MG et les psychologues étaient quantitativement faibles :

Le nombre de MG rencontrés était en moyenne de 8 et il n'y en avait aucun pour 14% des répondants. Le nombre de MG avec lesquels il arrive aux psychologues d'avoir des échanges était en moyenne de 3 et il n'y en avait aucun pour 24% des répondants. Les proportions de patients pour lesquels il existe des échanges d'information étaient en moyenne de 14 %, dans un sens comme dans un autre. Enfin, les proportions de psychologues qui rapportaient une absence d'échange d'information étaient élevées : 40% des répondants ont dit ne jamais recevoir d'information d'adressage de la part des MG, et 27% ont dit ne jamais rapporter de feedback concernant leur prise en charge à un MG.

En comparaison, les psychologues canadiens rapportaient travailler en collaboration avec les acteurs en soins primaires pour en moyenne 35% de leurs patients (3).

Ce manque d'interactions était cité spontanément comme obstacle principal freinant une collaboration optimale entre MG et psychologues par plus d'un tiers des répondants dans notre étude. La méconnaissance (manque d'informations, ignorance, représentations) était également citée comme obstacle par 35% des psychologues. La réponse la plus fréquemment citée spontanément, par 42% d'entre eux, était le manque de temps.

On notera que le coût financier et l'absence de remboursement n'était cité comme obstacle principal que par 11% des répondants. Le rapport à la confidentialité et au secret professionnel ne l'était que par 3%, signe que le respect des règles déontologiques n'est pas perçu comme incompatible avec l'échange d'informations, lorsque bien entendu l'accord du patient est obtenu.

Enfin, de façon plutôt surprenante à nos yeux l'analyse thématique des réponses a fait ressortir comme obstacle principal la concurrence et les rivalités pour 5% des répondants, et la notion d'une incompatibilité « constitutionnelle » entre les deux professions pour 19% des répondants, faisant mention par exemple de « deux mondes à part », « hermétisme », « clivages », « pas le même langage », « barrières ».

Ainsi nos résultats allaient dans le sens des multiples travaux de recherche qui ont étudié les freins et obstacles à la collaboration entre MG et psychologues (16,28,35,39,40), avec cependant quelques spécificités.

Le manque de temps (des MG, des psychologues ou des deux) est clairement ressorti comme obstacle principal dans nos résultats, cité spontanément par 42% des répondants, alors qu'il n'en est peu ou pas fait mention dans la plupart des études retrouvées dans la littérature. Ce résultat ne nous a pas semblé biaisé puisque la question posée était ouverte. Il est peut-être passé au second plan dans les autres travaux, au profit des manques d'interactions et de connaissances qu'il pourrait expliquer par lui-même au moins en partie. La méconnaissance des spécialités, la méconnaissance des interlocuteurs, le manque d'information, le manque de suivi et de feedback apparaissent en effet de manière importante dans l'ensemble des études. Les notions de concurrence et de rivalités sont rapportées comme obstacle dans d'autres travaux, avec les idées de compétition et de risque d'accapuration de la relation médecin-patient (18,28). Il est également fait mention dans d'autres études des « incompatibilités » entre les deux professions citées par 19% de nos répondants, au travers des différences de formation, de langage, de façons de travailler, des attentes, et des « paradigmes théoriques », qui résultent en une possible incompréhension ou un décalage entre la raison d'adressage du MG et celle perçue par le psychologue (18,41).

Nos résultats ne reflètent pas l'importance de certains obstacles qui sont rapportés lorsque ce sont les médecins qui sont interrogés : le coût financier de la prise en charge du psychologue freine en amont de la consultation avec les psychologues, et est donc logiquement sous-estimé par ceux-ci mais bien perçu par les MG. La difficulté d'obtenir rapidement un rendez-vous, et la résistance du patient et du médecin à l'utilisation de la psychothérapie nous paraissent du même ordre. Plus que la confidentialité, c'est semble-t-il l'exigence des psychologues à ce que ce soit le patient qui entre directement en contact avec eux qui a parfois été rapporté comme un obstacle à la collaboration (40).

Le manque d'interactions et de communication, bien réel quantitativement, semble considéré par les psychologues avec le manque de temps et avec le manque de connaissances (et leurs conséquences) comme les principaux obstacles à une collaboration optimale entre MG et psychologues.

1.4. Mauvaise perception du niveau de connaissance et de la qualité de la collaboration, et facteurs d'amélioration

D'après nos résultats, pour 64% des psychologues la collaboration avec les MG environnants n'est pas optimale, et pour 69% des psychologues les MG environnants méconnaissent leur activité.

Le niveau de ces perceptions paraît significativement corrélé avec certains échanges professionnels comme semblent le montrer les analyses statistiques que nous avons réalisées (avec notamment le nombre de MG rencontrés, le nombre de MG avec lesquels il existe des échanges professionnels, et les informations échangées dans les 2 sens, en quantité et en qualité), qui peuvent donc être regardées comme des pistes d'amélioration.

Les autres travaux à ce sujet confirment qu'augmenter la fréquence des interactions personnelles et des échanges est susceptible d'améliorer la collaboration et l'adressage de patients (18,28,42,43) et qu'une communication plus élaborée entre MG et psychologues améliore le processus de collaboration et favoriserait des interactions professionnelles bénéfiques, souhaitables, et rentables pour tous (40).

La collaboration entre MG et psychologues est mal perçue par la majorité des psychologues. Ils ont des attentes vis-à-vis des MG, et principalement celle d'une meilleure connaissance d'eux, de leurs rôles et compétences par les MG et de plus de disponibilité et d'interactions. On notera, au travers de l'analyse de la littérature, que les MG ont également des attentes envers les psychologues, qui vont dans le même sens, et expriment le besoin de plus de suivi et de retour d'informations (3,35,37,44).

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Forces de l'étude

Un taux de réponse de près de 40% à notre questionnaire, un effectif de 434 psychologues représentant un vaste territoire géographique, et un échantillon statistiquement représentatif de la population cible étaient les forces principales de notre étude.

Notre travail a permis de répondre à nos objectifs : de décrire la collaboration entre MG et psychologues du point de vue des psychologues, d'estimer le taux d'orientation des nouveaux patients par des MG dans la patientèle des psychologues libéraux, de décrire les motifs de recours les plus fréquents aux psychologues libéraux et d'analyser la corrélation entre la perception par les psychologues de cette collaboration et certains facteurs pouvant l'influencer.

Il s'agissait d'une étude originale, sans équivalent dans la recherche française, répondant à un intérêt et visant à répondre à des besoins concrets qui concernent la prise en charge thérapeutique non médicamenteuse en santé mentale.

Enfin, sans pour autant porter directement sur les MG ou les patients, notre travail s'inscrit pleinement dans le cadre de la médecine générale.

2.2. Limites de l'étude

L'utilisation d'un questionnaire, qui plus est auto-administré, est la principale faiblesse de notre travail, entraînant des biais de sélection et biais de mesure et une impossibilité de gérer les filtres des réponses qui a conduit à de nombreuses réponses manquantes ou inappropriées. L'utilisation d'un questionnaire se justifiait néanmoins au vu de nos objectifs de recherche et des contraintes matérielles. Il pouvait être adressé à la totalité de notre population de référence, et permettait d'obtenir des résultats quantifiés et généralisables. De plus sa construction a été basée sur d'autres travaux de recherches issus de la littérature, et il a été validé par une étape de « pré-test ». Cela n'a pas empêché certaines questions d'avoir été mal formulées ou mal comprises. A posteriori, il est apparu que d'autres questions auraient été pertinentes.

Le mode de sélection de la population, au travers d'un annuaire générique, n'était pas le plus optimal, mais il ne nous a pas été possible de recourir à un autre mode de sélection compte tenu de l'absence de base de données référençant les psychologues libéraux de manière exhaustive.

Une relance aurait permis de majorer notre taux de réponse.

L'analyse des données a nécessité une sélection des réponses pour certaines questions (par exemple les questions 17 à 19 et 21), pour lesquelles les filtres n'étaient pas respectés (nombre de cases à cocher ou total numérique supérieurs à celui demandé). Cependant ces choix de seuils ont été justifiés et plusieurs analyses ont permis de conclure à une comparabilité des résultats quel que soit le seuil choisi.

Enfin la qualité de nos analyses statistiques comparatives était sujette à caution. L'utilisation d'une régression logistique ordinaire aurait été la plus appropriée mais n'a pas été jugée recevable compte tenu du nombre de réponses manquantes non appareillées, ce qui aurait entraîné une chute drastique de l'effectif total étudié. Nous avons préféré recourir à des analyses univariées, en limitant leur nombre avec le choix des variables modifiables qui nous semblaient pertinentes, et en les catégorisant en variables binaires avec pour seuil la médiane pour permettre l'utilisation du test de corrélation de Cochran-Armitage (Annexe 10) et afin de compenser l'absence de distribution normale pour la majorité d'entre elles, (ce qui limitait le recours à des analyses plus pertinentes).

3. Perspectives et conclusion

Notre analyse introductive de la littérature a mis en lumière l'intérêt démontré de la collaboration entre MG et psychologues libéraux, tant pour les patients que pour les MG et les psychologues.

Si notre travail a fait ressortir que du point de vue des psychologues cette collaboration est quantitativement faible et qualitativement lacunaire, il laisse cependant entrevoir des pistes d'amélioration.

Sur le plan des perspectives, une étude qualitative auprès des psychologues libéraux permettrait de caractériser la perception, les besoins et les obstacles en lien avec la collaboration avec les MG, que nos résultats ont quantifié. Si le point de vue des MG a été étudié à plusieurs reprises, une enquête spécifique auprès des MG issus de la même étendue géographique que celle de notre étude permettrait tout de même une comparaison intéressante. Par ailleurs, s'intéresser à la patientèle des psychologues pourrait permettre de quantifier les éventuelles inadéquations de prise en charge et d'évaluer les éventuelles optimisations nécessaires dans la pratique des MG.

En l'état actuel des choses, les obstacles freinant une collaboration optimale entre MG et psychologues nous semblent aisément surmontables :

Au préalable, comme le rapportent Fortin et Renouf dans un article de 2010 visant à favoriser la collaboration entre médecin et psychologue (45), le médecin et le psychologue devront d'abord se convaincre eux-mêmes de l'importance de la collaboration pour éviter les pertes de temps, le sabotage mutuel, les injonctions contradictoires. Il s'agit de développer un socle de confiance indispensable, à partir duquel se crée la collaboration.

Cet rapprochement mutuel ne peut passer que par une meilleure communication (ce que les MG et les psychologues savent faire sans aucun doute, puisque c'est l'essence même de leurs pratiques professionnelles), une facilitation de leur propre accessibilité, et une meilleure connaissance mutuelle. Le temps à y consacrer doit être considéré selon nous comme un véritable investissement.

Favoriser les échanges, les interactions et la communication – notamment au travers de la prise en charge des patients – et développer un langage partagé semble être la clé du succès pour un meilleur partenariat, afin que le tandem médecin-psychologue devienne, comme le mentionnait l'une des psychologues répondant à notre étude, « un couple bienveillant réparateur ».

Vu

Toulouse le 29 AOUT 2017



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTRAL
Médecine Générale

Toulouse le 29/08/2017

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



V - BIBLIOGRAPHIE :

1. WAY D., JONES L., BUSING N.
Implementation strategies: collaboration in primary care - family doctors & nurse practitioners delivering shared care.
Toronto : Ontario College of Family Physicians, 2000.
2. CHOMIENNE M.-H., VANNESTE P., GRENIER J., HENDRICK S.
Collaboration médecine-psychologie : évolution des mentalités en Belgique et évolution du système de soins de santé au Canada.
Santé mentale au Québec., 2015, 40, 4, 59p.
3. DREWLO M. A.
Factors in Optimal Collaboration Between Psychologists and Primary Healthcare Physicians. – 177p.
Th : Psy. : Antioch University, Seattle : 2014 ; 174.
Disponible sur : <http://aura.antioch.edu/etds/174>
4. HOLLOWAY R.L., DAVID A.K.
The Complexion of Collaboration An Overview of the Psychologist-Physician Relationship.
Clinical Case Studies., 2005, 4, 2, p. 115-25.
5. WONCA EUROPE
La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille.
2002. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org>
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE
Framework for professional and administrative development of general practice / family medicine in Europe.
Copenhagen : 1998.
Disponible sur : <http://www.who.int/iris/handle/10665/108066>
7. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.
2001. Disponible sur : <http://www.who.int/whr/2001/fr/>
8. FUNK M., BENRADIA I., ROELANDT J.-L.
Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale.
L'information psychiatrique., 2014, 90, 5, p. 331-9.
9. EUROPEAN COMMUNITIES
The State of Mental Health in the European Union.
2004. Disponible sur : http://www.msps.es/fr/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est18.pdf.pdf

10. ROBILIARD D.
Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie.
Paris : Assemblée nationale, 2013.
Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>

11. SON S.
Prévalence et caractéristiques socio-démographiques associées aux troubles mentaux en médecine générale en France.- 105p.
Th D : Méd. : Paris 6, Pierre et Marie Curie : 2014 ; G037.

12. GALLAIS J.-L.
Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste.
L'information psychiatrique., 2014, 90, 5, p. 323-9.

13. MILLERET G., BENRADIA I., GUICHERD W., ROELANDT J.-L.
États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ».
L'information psychiatrique., 2014, 90, 5, p. 311-7.

14. SAPINHO D., CHAN CHEE C.
Recours aux soins pour raisons de santé mentale.
In : La dépression en France. Enquête Anadep 2005 / CHAN CHEE C. et al.
Saint-Denis : INPES, 2009.- p. 85-117.- (coll. Études santé)
Disponible sur : http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=1005

15. BOERMA W.G.W., VERHAAK P.F.M.
The general practitioner as the first contacted health professional by patients with psychosocial problems: a European study.
Psychological Medicine., 1999, 29, 3, p. 689-96.

16. GRENIER J., CHOMIENNE M.-H., GABOURY I., RITCHIE P., HOGG W.
Collaboration between family physicians and psychologists: what do family physicians know about psychologists' work?
Canadian Family Physician., 2008, 54, 2, p. 232-3.

17. KOVÉSS-MASFÉTY 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, 9p.

18. WITKO K.D., BERNES K.B., NIXON G.
Care for psychological problems. Collaborative approach in primary care.
Canadian Family Physician., 2005, 51, 6, p. 799-801.

19. MERCIER A., KERHUEL N., STALNIKIEWITZ B., 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, 36 Supplément 2, p. D73-82.

20. DEZETTER A., BRIFFAULT X., BEN LAKHDAR C., KOVESS-MASFÉTY V.
Costs and benefits of improving access to psychotherapies for common mental disorders.
The Journal of Mental Health Policy and Economics., 2013, 16, 4, P. 161-77.
21. DEZETTER A.
Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies.- 273p.
Th : Santé Pub. : Paris 5, René Descartes : 2012.
Disponible sur: <http://www.theses.fr/2012PA05S001>
22. VERDOUX H., CORTAREDONA S., DUMESNIL H., et al.
Psychotherapy for depression in primary care: a panel survey of general practitioners' opinion and prescribing practice.
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology., 2014, 49, 1, p. 59-68.
23. Étude MGEN / OpinionWay « Les Français et la santé mentale ». [en ligne].
2014. [consulté le 12 février 2017]. Disponible sur : <https://www.mgen.fr/le-groupe-mgen/actualites-et-presse/toutes-nos-actualites/detail-dune-actualite/article/etude-mgen-opinionway-les-francais-et-la-sante-mentale/>
24. FULLER J.D., PERKINS D., PARKER S., et al.
Effectiveness of service linkages in primary mental health care: a narrative review part 1.
BMC health services research., 2011, 11:72, 11p.
25. CUIJPERS P., VAN STRATEN A., VAN SCHAIK A., ANDERSSON G.
Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis.
The British Journal of General Practice., 2009, 59, 559, p. e51-60.
26. HARKNESS E.F., BOWER P.J.
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.
The Cochrane Database of Systematic Reviews., 2009, 1:CD000532.
27. CHOMIENNE M.-H., GRENIER J., GABOURY I., et al.
Family doctors and psychologists working together: doctors' and patients' perspectives.
Journal of Evaluation in Clinical Practice., 2011, 17, 2, p. 282-7.
28. WITKO K.
Partnerships in mental health : effective referral and collaboration between family physicians and psychologists.- 168p.
Th : Psy. : Lethbridge, Alberta. : 2003.
Disponible sur: <http://www.uleth.ca/dspace/handle/10133/209>

29. VINES R.F., RICHARDS J.C., THOMSON D.M., et al.
Clinical psychology in general practice: a cohort study.
The Medical Journal of Australia., 2004, 181, 2, p.74-7.
30. Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux. [en ligne].
Note de cadrage de la Haute Autorité de Santé.
2015. [consulté le 31 août 2017]. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2032142/fr/ameliorer-
31. KOVÉSS-MASFÉTY V., ALONSO J., BRUGHHA T.S., et al.
Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries.
Psychiatric Services., 2007, 58, 2, p. 213-20.
32. MAISONNEUVE H., FOURNIER J.-P.
Construire une enquête et un questionnaire.
E-respect., 2012, 2, p. 15-21.
Disponible sur : <http://e-respect.fr/revue/7/oct-nov-2012>
33. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé : guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique. - 2e ed.
Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, 2003.- 244 p.
Disponible sur : <http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/11366>
34. VILATTE J.-C.
Méthodologie de l'enquête par questionnaire.
Laboratoire Culture & Communication Université d'Avignon, 2007.
Disponible sur : https://www.lmac-mp.fr/les-textes-de-jean-christophe-vilatte_19.php
35. KAINZ K.
Barriers and enhancements to physician-psychologist collaboration.
Professional Psychology: Research and Practice., 2002, 33, 2, p. 169-75.
36. STAVROU S., CAPE J., BARKER C.
Decisions about referrals for psychological therapies: a matched-patient qualitative study.
The British Journal of General Practice., 2009, 59, 566, p. e289-298.
37. ROSENTHAL T.C., SHIFFNER J.M., LUCAS C., DEMAGGIO M.
Factors involved in successful psychotherapy referral in rural primary care.
Family Medicine., 1991, 23, 7, p. 527-30.
38. PECOUL. D.
Les français et les psy. [en ligne]
2016. [consulté le 11 janvier 2017].
Disponible sur: <http://www.ifemdr.fr/les-francais-et-les-psy-2/>

39. PACE T.M., CHANEY J.M., MULLINS L.L., OLSON R.A.
Psychological consultation with primary care physicians: Obstacles and opportunities in the medical setting.
Professional Psychology: Research and Practice., 1995, 26, 2, p. 123-31.
40. DEMERS C.
L'ABC du partenariat médecin-psychologue sous la loupe des chercheurs.
Psychologie Québec, 2011, 28, 1, p. 26-27.
41. SCHOENMAKERS B., BREMS M., VAN MECHELEN W.
Médecin généraliste et psychologue : parlons-nous le même langage ?
Exercer., 2011, 99 Supplément 1, p. 94S-5S.
42. BRAY J.H., ROGERS J.C.
Linking psychologists and family physicians for collaborative practice.
Professional Psychology: Research and Practice., 1995, 26, 2, p. 132-8.
43. MARANDOLA D.A.
Referrals for Mental Health Services: A Survey of Physicians' Attitudes and Behaviors Regarding Their Role as " gatekeeper" for the Proposed Health Care System.- 122p.
Th : Psy : Vermillion, South Dakota. : 1995.
44. 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 Family Practice., 2005, 6:18, 7p.
45. FORTIN B, RENOUF A.
Favoriser la collaboration médecin-psychologue. [en ligne].
2010. [consulté le 4 octobre 2016]. Disponible sur:
http://www.psychologue.levillage.org/medecin/collaboration_psycho_med.pdf

VI - ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux psychologues

Enquête auprès des psychologues libéraux de Midi-Pyrénées

Thèse de médecine : collaboration psychologues – médecins généralistes

Chère consœur, cher confrère,

Je me permets de vous solliciter pour répondre au bref questionnaire qui suit, dans le cadre d'un **travail de recherche dont la finalité est d'évaluer certains aspects de la collaboration ou non-collaboration entre les médecins généralistes et les psychologues.**

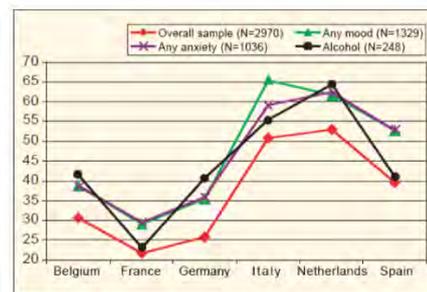
Ce travail de recherche s'inscrit dans le cadre de ma thèse d'exercice en médecine, sous la direction du Pr J.-C. Poutrain et sous l'égide de la faculté de médecine de Toulouse.

Pourquoi nous intéressons-nous à ce sujet ?

D'une part l'expertise des psychologues dans la prise en charge des troubles communs de santé mentale est bien démontrée ; d'autre part le médecin de famille est le plus souvent sollicité par les personnes qui ont recours à un professionnel pour raisons de santé mentale. Pourtant la collaboration entre ces acteurs de santé semble peu développée, peu formalisée et peu étudiée notamment en France, où l'on peut constater que le taux d'adressage à des spécialistes en santé mentale (dont les psychologues) est bien plus faible que dans les pays voisins (cf. figure ci-contre). Et ce malgré le fait que 75 % des médecins généralistes pensent qu'un meilleur apport des psychologues améliorerait la qualité des services offerts aux patients. Voilà pourquoi nous cherchons à décrire certains aspects de la collaboration entre psychologues et généralistes.

Figure 1. Referrals from a family doctor to a mental health specialist

Referrals from a family doctor to a mental health specialist among the overall sample, among people with any lifetime mood disorder, people with any lifetime anxiety disorder and any lifetime alcohol disorder



Source: ESEMeD

En moyenne **5 minutes** sont nécessaires pour répondre aux questions suivantes.

Ces réponses sont et resteront **anonymes** ; Plus vos réponses seront fidèles à votre vécu professionnel, plus vous renforcerez la valeur de l'étude. Notez bien que vos réponses ne pourront être prises en compte que si vous répondez à l'ensemble des questions.

En vous remerciant par avance pour votre aide et pour votre temps investi.

Yohann Vergès, médecin généraliste remplaçant

**** DATE LIMITE DE RETOUR : le 31 MARS 2017 ****

page 1/6

Coordonnées de l'enquêteur :

Yohann Vergès – Je suis joignable à l'adresse **these.psy.mg@free.fr** pour toute question ou commentaire, ou si vous souhaitez être tenu informé des résultats de l'étude.

Coordonnées du directeur de thèse :

Pr Jean-Christophe POUTRAIN
Département Universitaire de Médecine Générale
133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Ce travail de recherche a fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de la Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées.

Questionnaire :

A propos de votre environnement professionnel :

Concernant **votre cabinet d'exercice principal** en tant que psychologue libéral :

1. - Dans quel département se situe-t-il ?
2. - Dans quel type de commune est-il situé ?
 - moins de 5000 habitants
 - entre 5000 et 20 000 habitants
 - entre 20 000 et 60 000 habitants (*Montauban, Tarbes, Albi, Castres, Colomiers, Rodez, Tournefeuille, Auch, Millau, Muret, Blagnac, Cahors*)
 - plus de 60 000 habitants (*Toulouse*)
3. - Êtes-vous installé ? Seul En groupe (*dans votre cabinet d'exercice principal*)

Sur votre lieu d'exercice (ou **sur au moins l'un de vos lieux d'exercice** si vous en avez plusieurs) en tant que psychologue libéral :

4. - Êtes-vous installé avec un/plusieurs psychologues ? Oui Non
5. - Êtes-vous installé avec un/plusieurs médecins ? Oui Non
6. - Êtes-vous installé avec un/plusieurs autres professionnels de santé ? Oui Non
Si oui, quel(s) autre(s) professionnel(s) ?

A propos de votre exercice professionnel :

7. - En moyenne combien de patients recevez-vous par semaine ? patients
8. - Quel est le tarif moyen affiché pour une séance ? euros
9. - Depuis combien d'années exercez-vous en tant que psychologue libéral ? ans

10. - Quels outils utilisez-vous habituellement ?

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| . psychanalyse et thérapie d'orientation analytique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> |
| . thérapies comportementales cognitives et émotionnelles | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> |
| . autres thérapies brèves | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> |
| . thérapie interpersonnelle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> |
| . thérapie humaniste/existentielle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> |
| . approche intégrative | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> |
| . thérapie centrée sur la personne | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> |
| . thérapie systémique/interactionnelle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> |
| . thérapies psycho-corporelles et relaxation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> |
| . méditation de pleine conscience/mindfulness | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> |
| . hypnose | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> |
| . EMDR (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> |
| . autre(s), Si autre(s), le(s)quel(s) : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> |

11. - Lequel utilisez-vous principalement ? (1 seul choix)

12. - Avez-vous plusieurs lieux d'exercice ? Oui Non

13. - En plus de votre activité libérale, avez-vous une activité :

. en milieu institutionnel ? Oui Non

. en milieu associatif ? Oui Non

14. - Prenez-vous en charge spécifiquement les populations de patients suivantes :

. des enfants ? Oui Non . des adolescents ? Oui Non

. des couples ? Oui Non . des groupes ? Oui Non

15. - Combien de médecins généralistes environnants avez-vous déjà rencontré physiquement ?

(par « médecins généralistes environnants » on entend ceux qui exercent dans le bassin de santé d'où est originaire votre patientèle.) médecin(s)

16. - Avec combien de médecins généralistes environnants vous arrive-t-il d'avoir des échanges professionnels (face à face, courrier, mail ou téléphone) ? médecin(s)

A propos de votre patientèle :

. **Sur 10 nouveaux patients** que vous recevez :

17. - Combien sont (ou vous disent être) adressés par un médecin généraliste ? / 10

18. - Combien sont adressés par un autre professionnel de santé ? / 10

19. - Combien viennent d'eux-mêmes (sans recommandation d'un soignant qui les prend en charge) ? / 10

. Parmi les **nouveaux patients** qui sont (ou vous disent être) **adressés par un généraliste** :

20. - Quel pourcentage environ est adressé via un courrier, un mail ou un appel téléphonique du médecin ? %

Concernant **les motifs de recours des patients** qui vous consultent :

21. - Quels sont les 5 motifs de recours les plus fréquents : *(les 2 colonnes sont indépendantes)*

Parmi **l'ensemble**
de votre patientèle ?
(5 choix à cocher)

Parmi **seulement les patients**
adressés par des généralistes ?
(5 choix à cocher)

<input type="checkbox"/>	Accompagnement à la parentalité	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Addictions, conduites à risque	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Décès d'un proche, deuil	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Délires, hallucinations, psychose	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Dépression	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Difficultés relationnelles	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Donner un sens à sa vie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Douleurs	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ennuis de santé	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Evaluations psychométriques, Bilans, Expertises	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fatigue	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Idées suicidaires	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mal-être diffus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mieux se connaître, Affirmation de soi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pertes de mémoire, Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Phobie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Problématiques de sexualité	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Problèmes d'anxiété, de stress	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Problèmes de couple	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Problèmes familiaux	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Problèmes professionnels, burn-out	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Stress post-traumatique	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Symptômes physiques inexplicables	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Trouble de la personnalité	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Trouble obsessionnel compulsif	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Troubles de l'apprentissage, de la concentration	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Troubles du comportement alimentaire	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Violence	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre :	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre :	<input type="checkbox"/>

A propos de vos échanges avec les médecins généralistes, concernant l'ensemble de vos patients :

22. - Pour quel pourcentage environ de patients rapportez-vous à un médecin généraliste des éléments concernant votre prise en charge ? %

23. - Quelles informations vous arrive-t-il de transmettre à un généraliste ?

- Bilan de la prise en charge Oui Non
(bilan intermédiaire, ou en fin de prise en charge)
- Proposition de conduite à tenir Oui Non
- Suggestion de modification de traitement Oui Non
- Signalement d'une urgence Oui Non
(décompensation, besoin d'hospitalisation...)
- Informations sur vos domaines de compétences et d'expertise Oui Non
- Si autre, lesquelles :

24. - Quel moyen utilisez-vous ?

- Face à face Oui Non
 - Courrier Oui Non
 - E-mail Oui Non
 - Téléphone Oui Non
 - Autre Oui Non
- Si autre(s), le(s)quel(s) ?

25. - Quel moyen utilisez-vous le plus souvent **(1 seul choix)** ?

26. - Vous arrive-t-il d'intégrer cette transmission d'information comme outils de la thérapie et/ou occasion de faire le point avec les patients ? Oui Non

27. - Pensez-vous que la plupart des médecins généralistes environnants connaissent votre propre façon de travailler, vos domaines de compétences (et d'expertise ou spécialité) ?
(par « médecins généralistes environnants » on entend ceux qui exercent dans le bassin de santé d'où est originaire votre patientèle)

- Oui, je pense que la plupart connaissent précisément mon activité
- Je pense que la plupart connaissent les aspects importants de mon activité
- Je pense que la plupart n'ont qu'une vague idée de mon activité
- Non, je pense que la plupart méconnaissent mon activité
- Je ne sais pas

28. - Diriez-vous que, de manière globale, la collaboration actuelle entre vous et les médecins généralistes environnants est optimale ?

- Fortement en accord
- En accord
- En désaccord
- Fortement en désaccord
- Ne se prononce pas

29. - Selon vous, quel obstacle principal freine une collaboration optimale entre les médecins généralistes et les psychologues ?

A propos de vous :

30. - Êtes-vous ? un homme une femme

31. - Quel est votre âge ? ans

Expression libre (facultatif) :

- Qu'évoque pour vous la collaboration entre médecins généralistes et psychologues ?
- Avez-vous des attentes envers les médecins généralistes ou concernant cette collaboration ?
- Observez-vous des différences dans la prise en charge globale (observance, « résultats », ...)
- selon le degré de collaboration que vous entretenez avec d'autres professionnels ?
- Cela vous rappelle-t-il des expériences particulières ?
- Y a-t-il autre chose que vous souhaitez mentionner ?

Merci pour votre participation !

Le questionnaire rempli est à adresser **par voie postale**
dans l'**enveloppe pré-affranchie ci-jointe.**

**** DATE LIMITE DE RETOUR : le 31 MARS 2017 ****

page 6/6

Annexe 2 : Avis du comité d'éthique du DMG

 <p>Département Universitaire Médecine Générale</p> <p>Université de Toulouse 133 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex 3 Téléphone : 05 65 42 58 69 Téléport : 06 88 05 55 52</p>	<h3>Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées</h3> <p>Secrétariat : <i>Dr Motoko DELAHAYE</i> 30 Avenue des Arcades, 12000 Le Monastère Tél. : 05.65.42.58.69 – Tél. Port : 06.88.05.55.52 – motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr</p>
--	--

Président : Mme Laurecine VIEU
Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE

AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MIDI-PYRENEES

<p><u>Renseignements concernant le demandeur :</u> Nom Vergès Yohann Qualité, étudiant en médecine générale Adresse, Apt C36 – 15 rue du Tchad 31300 TOULOUSE Courriel yohann.verges@free.fr Numéro de téléphone 06 76 29 58 96</p> <p><u>Renseignements concernant le promoteur :</u> Nom DUMG, sous la responsabilité du directeur de thèse Qualité Pr Jean-Christophe Poutrain Adresse DUMG – 133 route de Narbonne 31062 TOULOUSE Cedex Courriel jc.poutrain@dumg-toulouse.fr Numéro de téléphone 06 84 79 54 06</p>
--

<p><u>Titre complet de la recherche :</u> Médecins généralistes et psychologues : quelle collaboration (du point de vue des psychologues)</p>

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

AVIS FAVORABLE

N° 2017-004

LE 6/3/2017



Dr Motoko Delahaye

**Annexe 3 : Autres professionnels de santé installés avec
les psychologues (question 6) – détail des réponses**

Liste des réponses libres « autres professionnels de santé »	Effectif	Pourcentage (par rapport aux 198 psychologues installés avec d'autres professionnels de santé)	Pourcentage (par rapport à la totalité des 434 psychologues)
ostéopathe(s)	68	34,3%	15,7%
orthophoniste(s)	67	33,8%	15,4%
kinésithérapeute(s)	52	26,3%	12,0%
infirmier-e-(s)	47	23,7%	10,8%
psychomotricien-ne-(s)	30	15,2%	6,9%
pédicure-podologue(s)	30	15,2%	6,9%
diététicien-ne(s)	27	13,6%	6,2%
dentiste(s)	20	10,1%	4,6%
sage-femme(s)	20	10,1%	4,6%
sophrologue(s)	18	9,1%	4,1%
orthoptiste(s)	15	7,6%	3,5%
praticien-ne(s) en médecine / énergétique chinoise	7	3,5%	1,6%
chiropracteur(s)	6	3,0%	1,4%
reflexothérapeute(s) / réflexologue(s)	6	3,0%	1,4%
kinésiologue(s)	3	1,5%	0,7%
naturopathe(s)	3	1,5%	0,7%
hypnothérapeute(s)	3	1,5%	0,7%
éducateur/éducatrice spécialisé-e(s)	2	1,0%	0,5%
conseiller-e(s) conjugal	2	1,0%	0,5%
psychothérapeute(s)	2	1,0%	0,5%
sexologue(s)	2	1,0%	0,5%
énergéticien-ne(s)	2	1,0%	0,5%
nutritionniste(s)	2	1,0%	0,5%
masseur(s)/masseuse(s)	2	1,0%	0,5%
étiopathe(s)	1	0,5%	0,2%
thérapeute(s) manuel	1	0,5%	0,2%
luxothérapeute(s)	1	0,5%	0,2%
psychanalyste(s)	1	0,5%	0,2%
assistant-e(s) social	1	0,5%	0,2%
secrétaire(s)	1	0,5%	0,2%
ergothérapeute(s)	1	0,5%	0,2%
psychosomaticien-ne(s)	1	0,5%	0,2%
praticien-ne(s) shiatsu	1	0,5%	0,2%
art-thérapeute(s)	1	0,5%	0,2%
orthoprothésiste(s)	1	0,5%	0,2%
audioprothésiste(s)	1	0,5%	0,2%
psycho-somato-pédagogue(s)	1	0,5%	0,2%
thérapeute(s) corporel	1	0,5%	0,2%
sans précision	5	2,5%	1,2%

**Annexe 4 : Autres outils utilisés par les psychologues (question 10) –
détail des réponses**

Liste des réponses libres " autre outils utilisés " mentionnées à plusieurs reprises	Effectif	Pourcentage (par rapport à la totalité des 434 psychologues)
thérapies médiatisées et art-thérapie	16	3,7%
bilans psychologiques, tests psychométriques et projectifs	12	2,8%
EFT	8	1,8%
thérapie familiale et psychogénéalogie	6	1,4%
Sophrologie	4	0,9%
PNL	4	0,9%
sexologie, sexothérapie, sexocorporel	4	0,9%
approche psychosomatique	3	0,7%
Interculturelle	3	0,7%
intégration du cycle de la vie	3	0,7%
debriefing (psychotraumatisme)	2	0,5%
Brainspotting	2	0,5%
Coaching	2	0,5%
psycho-éducative	2	0,5%

Liste des autres réponses libres " autre outils utilisés " mentionnées à une seule reprise :

Balint ; Reiki Tao Tö Qi ; thérapie conjugale ; éqicie ; analyse transactionnelle ; C2care ; haptonomie ; psychologie énergétique ; psychologie quantique ; TAT ; matrix reimplanting ; neurothérapie ; guidance parentale ; thérapie d'énergie intégrée ; RED ; access consciousness ; psychologie positive ; consultations thérapeutiques (cf. Winnicott) ; imago thérapie ; psychodrame ; kinésiologie ; étayage ; TILT ; massage sensitif R ; remédiation cognitive ; maïeusthésie ; TIPI (technique d'identification des peurs inconscientes) ; ayurveda ; yogathérapie ; approche développementale de l'enfant/adolescent ; gestalt-thérapie ; cohérence ; cardiaque ; psychothérapie de soutien ; neuropsychologie ; psychologie du travail

**Annexe 5 : Provenance de la patientèle des psychologues
(questions 17, 18 et 19) – sélection des réponses**

3 psychologues n'ont pas répondu.

73 réponses ne respectaient pas les filtres :

Pour 47 psychologues la somme des réponses 17,18 et 19 était supérieure à 10.

Pour 26 psychologues la somme des réponses 17,18 et 19 était inférieure à 10.

Nous avons exclu 1 réponse dont la somme des réponses était égale à 1. Nous avons jugé pertinentes les 25 autres réponses dont la somme des réponses était inférieure à 10 car il existe d'autres modes d'adressages en dehors de ceux proposés dans la question (par exemple patients adressés par un proche).

Nous avons exclu les 20 réponses dont la somme des réponses était supérieure à 11. Nous avons jugé pertinentes les 27 autres réponses dont la somme des réponses était supérieure à 10 en considérant probable une erreur de calcul lors de la réponse.

Ainsi 410 réponses ont été exploitées (correspondant à 95% des données).

Les résultats (moyennes obtenues) étaient comparables avec l'analyse de la totalité des 431 réponses, des 383 réponses dont la somme des réponses était inférieure ou égale à 10 et des 358 réponses dont la somme des réponses était strictement égale à 10.

Annexe 6 : Motifs de recours les plus fréquents parmi l'ensemble de la patientèle des psychologues – sélection des réponses

8 psychologues n'ont pas répondu.

76 réponses ne respectaient pas les filtres :

63 psychologues ont coché plus de 5 cases.

13 psychologues ont coché moins de 5 cases.

Nous avons jugé pertinentes les 13 réponses pour lesquelles moins de 5 cases étaient cochées.

Nous avons exclu les 47 réponses pour lesquelles plus de 6 cases étaient cochées.

Nous avons jugé pertinentes les 16 réponses pour lesquelles 6 cases étaient cochées en considérant probable une erreur de comptage lors de la réponse.

Ainsi 379 réponses ont été exploitées (correspondant à 89% des données).

Les résultats (nombres de réponses par motif) étaient comparables avec ceux de l'analyse de la totalité des 426 réponses et des 363 réponses pour lesquelles 5 cases ou moins étaient cochées.

Annexe 7 : Motifs de recours les plus fréquents parmi seulement les patients adressés par des MG – sélection des réponses

Nous avons exclu les 6 réponses des psychologues ayant répondu précédemment qu'ils ne recevaient pas de patients de la part des MG.

73 psychologues n'ont pas répondu.

89 réponses ne respectaient pas les filtres :

20 psychologues ont coché plus de 5 cases.

69 psychologues ont coché moins de 5 cases.

Nous avons jugé pertinentes les 69 réponses pour lesquelles moins de 5 cases étaient cochées.

Nous avons exclu les 14 réponses pour lesquelles plus de 6 cases étaient cochées.

Nous avons jugé pertinentes les 6 autres réponses pour lesquelles 6 cases étaient cochées en considérant probable une erreur de comptage lors de la réponse.

Ainsi 341 réponses ont été exploitées (correspondant à 94% des données).

Les résultats (nombres de réponses par motifs) étaient comparables avec ceux de l'analyse de la totalité des 355 réponses et des 335 réponses pour lesquelles 5 cases ou moins étaient cochées.

**Annexe 8 : Moyens utilisés par les psychologues pour échanger
Avec les MG – détail des réponses**

	Moyens utilisés		Moyen le plus souvent utilisé	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
téléphone	308	71%	196	45%
face à face	164	38%	57	13%
courrier	152	35%	74	17%
e-mail	139	32%	39	9%
autre	12	3%	8	2%
<i>sans réponse</i>	49	11%	60	14%
Nombre de répondants	434	-	434	100,00%

Liste des réponses libres « autres moyens utilisés »
les patients eux-mêmes
SMS
à travers les patients
en passant par le patient
messagerie commune
demande au patient de transmettre info au médecin
logiciel commun en maison de santé pluridisciplinaire
via le patient
par l'intermédiaire du patient
courrier transmis au patient directement
réunions de rencontres interprofessionnels

**Annexe 9 : Obstacle principal freinant une collaboration optimale –
catégories et thèmes de l'analyse thématique**

MANQUE DE TEMPS	manque de temps manque de disponibilité charge de travail manque d'occasion planning organisation
COÛT FINANCIER AVEC ABSENCE DE REMBOUSEMENT	coût financier absence de remboursement
MECONNAISSANCE	méconnaissance (disciplines, compétences, techniques, métier, ...) manque d'information ignorance, confusion manque de formation représentations erronées à priori, préjugés idées reçues
PEUR, MANQUE DE CONFIANCE	manque de confiance peur
MANQUE D'INTERACTIONS	manque d'échanges manque de communication manque de rencontres manque de relation se connaître personnellement manque de réseau ; manque de travail en équipe manque de lien ; manque de partenariat manque de dialogue manque de coordination, de relai
MANQUE D'INTERÊT	manque d'intérêt manque d'ouverture pas d'envie manque de volonté manque de motivation culture trop exclusive
AUTOSUFFISANCE	autosuffisance
INERTIE	habitude manque de spontanéité oubli pas le reflexe inertie routine façons de travailler manque d'initiative
MANQUE DE RECONNAISSANCE	manque de reconnaissance dévalorisation mépris manque de valorisation manque de considération non appréciation manque de légitimité

<p>INCOMPATIBILITES / DIFFERENCES / "2 MONDES A PART"</p>	<p>2 mondes à part incompatibilité hermétisme les psychologues ne sont pas des médecins pas le même langage; pas le même mode d'approche barrières; clivages séparation des domaines de compétence différentes cultures différentes représentations approches thérapeutiques différentes médicaments privilégiés psychiatres privilégiés approches cliniques différentes différence des points de vue CMP privilégiés orientations différentes positions idéologiques</p>
<p>CONFIDENTIALITE, SECRET PROFESSIONNEL</p>	<p>secret professionnel confidentialité sécurité des données sécurité des transmissions d'informations</p>
<p>CONCURRENCE, RIVALITES</p>	<p>pouvoir refus de partage patientèle égo suprématie; assujettissement concurrence omnipotence élite argent indépendance et supériorité du médecin</p>
<p>AUTRE</p>	<p>distance géographique désertification médicale moyens ...</p>

Annexe 10 : Test de tendance de Cochran-Armitage

Le test de tendance de Cochran-Armitage est une approche non paramétrique permettant de tester si deux variables qualitatives (X^1, X^2) à, respectivement, 2 et K modalités sont indépendantes.

Il permet d'orienter le test du chi-deux vers des alternatives plus ciblées et de tester si des proportions peuvent être considérées comme variant linéairement en fonction d'une variable ordinale ou continue. Ce test peut être bilatéral ou unilatéral.

Autrement dit, contrairement au test du χ^2 et au test de Kruskal-Wallis qui se contentent de démontrer une différence entre les groupes, le test de Cochran-Armitage permet de mettre en évidence que les proportions des modalités de réponses du facteur d'étude varient dans un même sens en fonction de la variable ordinale de réponse.

Par exemple, d'après les premières données du Tableau 10 (page 35) reproduites ci-dessous, le test de Cochran-Armitage étant statistiquement significatif ($p < 0,01$), on peut conclure que plus les répondants disaient être satisfaits de la collaboration avec les MG, plus ils étaient nombreux à être installés avec un ou plusieurs médecins en proportion du total de répondants par catégorie, suivant une variation considérée comme linéaire. Cela laisse suggérer que l'installation avec un ou des médecins pourrait être un déterminant de la qualité perçue de la collaboration.

Variables	Modalités des variables	Diriez-vous que, de manière globale, la collaboration actuelle entre vous et les MG environnants est optimale ?				Test de tendance de Cochran Armitage (unilatéral à droite)
		<i>fortement en désaccord</i>	<i>en désaccord</i>	<i>en accord</i>	<i>fortement en accord</i>	
Installation avec un ou plusieurs médecins	<i>oui</i>	15	23	23	5	p < 0,01
	<i>non</i>	108	126	55	7	
proportion oui / total		12%	15%	29%	42%	

AUTHOR: Yohann VERGÈS

TITLE: Collaboration between GPs and psychologists: the psychologists' point of view

SUPERVISOR: Pr Jean-Christophe POUTRAIN

DATE AND PLACE OF DEFENSE: Toulouse, the 21ST of September, 2017

ABSTRACT

INTRODUCTION: Collaboration between general practitioners (GPs) and psychologists has been proven to be beneficial to patients, psychologists and GPs. Referral for psychotherapy is preferred by patients and health care professionals and requires this collaborative care to be efficient. However, collaboration between GPs and mental health professionals is substandard in France.

OBJECTIVE: The primary objective was to describe collaboration between GPs and psychologists, from the psychologists' point of view.

METHODS: This was a cross-sectional descriptive study. A questionnaire was sent by post to all private psychologists in the Midi-Pyrénées region of southern France in February, 2017. A descriptive analysis was carried out based on the information gathered. In addition, Chi-square and Cochran-Armitage tests were used for specific comparisons. Our study was approved by a local University Ethics Committee.

RESULTS: 434 questionnaires were analysed. The response rate to our survey was 39%. Our population sample was comparable to the target population (1196 psychologists). 64% of respondents reported that collaboration between GPs and psychologists was unsatisfactory. 69% of respondents reported that most local GPs poorly knew their work. After thematic analysis, the most reported main obstacles to optimal collaboration were lack of time (42%), ignorance (35%) and lack of interactions (34%). On average, psychologists had met 8 (+/- 13) local GPs and had professional relationships with 3 (+/- 3) local GPs; they received referral information from GPs for 14% (+/- 26%) of new patients and sent feedback to GPs for 14% (+/- 24%) of patients. On average, out of 10 new patients, 2 were referred by a GP (2.3 +/- 1.9), 2 by another health care professional (2.3 +/- 1.9), and 6 came of their own initiative (5.5 +/- 2.4). The most frequent reasons for a consultation with a psychologist were depression, and anxiety or stress disorders. Statistical correlations were found between a greater number of interprofessional exchanges, and a better perception of collaboration with local GPs by psychologists.

DISCUSSION: Two-thirds of respondents poorly rated collaboration between GPs and psychologists and felt GPs' knowledge of psychologists' work was lacking. Time constraints, ignorance, and lack of interactions were reported as main obstacles. Our study revealed few interactions between psychologists and GPs. Our statistical results suggest that the more these interactions were frequent, the better were psychologists' perceptions of such collaboration. Stronger collaborative care should be achievable since, according to our study, psychologists seem interested in and available for collaboration, and have overlapping patient-management concerns. Considering that three-quarters of patients who see a psychologist for the first time are not referred by a GP, focusing on psychologists' patients could highlight potential gaps in GP care and help GPs improve their work in primary mental health care, where they are key actors.

KEY WORDS: general practitioners; psychologists; primary care; collaboration; collaborative care; psychotherapy; non-drug treatments; mental health; linkage; referral; interaction; relationship

DISCIPLINE: Family medicine

Faculty of Medicine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – FRANCE

AUTEUR : Yohann VERGÈS

TITRE : COLLABORATION ENTRE MEDECINS GÉNÉRALISTES ET PSYCHOLOGUES :
LE POINT DE VUE DES PSYCHOLOGUES

DIRECTEUR DE THÈSE : Pr Jean-Christophe POUTRAIN

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 21 septembre 2017

RÉSUMÉ

Introduction : La collaboration entre les médecins généralistes (MG) et les acteurs en santé mentale – dont les psychologues – n’est pas optimale en France. Pourtant elle a un intérêt démontré, tant pour les patients que pour les MG et les psychologues.

L’objectif principal de notre étude était de décrire la collaboration entre psychologues libéraux et MG, du point de vue des psychologues.

Méthode : Un questionnaire a été adressé par voie postale à l’ensemble des psychologues libéraux de l’ancienne région Midi-Pyrénées en février 2017. Les données ont fait l’objet d’une analyse principalement descriptive.

Résultats : 434 questionnaires ont été exploités. Pour 64% des répondants la collaboration entre eux et les MG environnants n’était pas optimale. Pour 69% des répondants la plupart des MG environnants connaissaient mal leur activité. Les obstacles principaux à une collaboration optimale les plus cités spontanément étaient le manque de temps (42%), la méconnaissance (35%) et le manque d’interactions (34%). En moyenne, les psychologues avaient rencontré 8 (+/- 13) MG environnants et avaient des échanges avec 3 (+/- 3) MG environnants ; Ils recevaient une information d’adressage pour 14% (+/- 26%) des nouveaux patients et rapportaient des éléments concernant leur prise en charge à des MG pour 14% (+/- 24%) des patients. En moyenne, sur 10 nouveaux patients, 2 étaient adressés par un MG (2,3 +/- 1,9). Les motifs de recours les plus fréquents des patients étaient la dépression et les problèmes d’anxiété, de stress. Nous avons mis en évidence des liens statistiques entre certains échanges professionnels plus importants et une meilleure perception des psychologues sur la collaboration.

Discussion : Notre étude confirmait les faibles interactions entre MG et psychologues. Le degré de certaines de ces interactions semblait associé à la perception de la collaboration par les psychologues. Cette perception était majoritairement insatisfaisante. Pourtant, l’intérêt des psychologues pour la collaboration, leur potentielles disponibilités et des domaines de prise en charge partagés avec les MG plaident en faveur d’un partenariat plus développé. Trois quarts des nouveaux patients qui consultent un psychologue ne sont pas adressés par un MG ; s’intéresser à la patientèle des psychologues permettrait de faire apparaître les éventuelles optimisations nécessaires dans la pratique des MG, à la lumière de leur rôle pivot en santé mentale.

MOTS-CLÉS : médecins généralistes ; psychologues ; collaboration ; psychothérapie ; traitement non médicamenteux ; médecine générale ; santé mentale ; recours ; adressage ; interaction ; relation

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine générale

Faculté de Médecine Rangueil - 133 route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France