



Collaborations entre médecins généralistes et professionnels du secteur de la santé mentale : vers un renforcement de l'intégration des soins en Région bruxelloise

Une enquête RML-B¹/PFCSM

Par Maguelone Vignes, RML-B²

INTRODUCTION

Qu'elle s'exprime de façon somatique, par des troubles du comportement, un mal-être ou par des pathologies psychiatriques, la souffrance psychique est spécifiquement accueillie par les professionnels de la santé mentale mais s'invite également souvent dans les consultations de médecine générale. Dans une étude de 2004 (non renouvelée depuis lors), parmi les adultes belges ayant souffert de trouble de la santé mentale dans l'année précédant l'enquête et qui ont demandé assistance, « 34% ont consulté uniquement un généraliste, 43% ont consulté un généraliste et un psychiatre », tandis que 13% ont consulté seulement un psychologue et 10% seulement un psychiatre. Le généraliste est donc consulté dans 77% des cas (Bruffaerts, Bonnewyn, Van Oyen, Demarest, & Demyttenaere, 2004, p. 139). Dans une organisation des soins pensée de plus en plus selon un principe d'horizontalité (Deliège, 2007) et poursuivant son mouvement de désinstitutionnalisation à travers la réforme « psy 107 » (Thunus, Cerfontaine, & Schoenaers, 2012), les professionnels du secteur de la santé mentale et les médecins généralistes sont appelés à travailler en synergie. Il y a là pour les uns et les autres une opportunité de mieux prévenir, détecter et prendre en charge la souffrance psychique, d'articuler leurs actions respectives auprès de patients communs, de drainer les patients vers les structures spécialisées de santé

mentale si nécessaire, ou de les (ré)insérer dans un suivi ambulatoire.

Dans le but de soutenir de telles collaborations dans des formes applicables et directement utiles aux médecins généralistes comme aux professionnels de la santé mentale de la Région Bruxelles-Capitale, le Réseau Multidisciplinaire Local de Bruxelles (RML-B) et la Plate-forme bruxelloise de Concertation en Santé Mentale (PFCSM) préparent une enquête qui sera diffusée auprès de l'ensemble de ces professionnels, début décembre 2014. Le présent article, fondé sur une revue de la littérature belge et, dans une moindre mesure, internationale, expose les enjeux et constats sur lesquels s'appuie cette initiative. Il met en évidence les recommandations déjà formulées ainsi que des projets en cours à Bruxelles ou ailleurs et enfin, expose les objectifs spécifiques de cette enquête.

I. DES COLLABORATIONS SOUHAITABLES

Dans le secteur de la santé

On peut définir la collaboration entre professionnels de la santé « comme un processus conjoint de prise de décision partagée ». Il s'agit d'un « ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci » (D'Amour, Sicotte, & Lévy, 1999, p. 69). Si la nécessité de collaborations interprofessionnelles peut apparaître comme une doxa ou une idéologie qui ne garderait qu'une dimension incantatoire, il importe de rappeler qu'elle répond à des objectifs interdépendants pour les patients et

¹ Le RML-B est une initiative de la Fédération des Associations de Médecins Généralistes Bruxellois (FAMGB).

² L'auteur a reçu l'appui de Valentine Musette (RML-B) et Youri Caels (PFCSM) pour la rédaction de cet article.



pour les professionnels de la santé. Pour les premiers, elle est une composante essentielle de la qualité des soins en permettant de fluidifier le passage d'un praticien ou d'un service à l'autre : facilitation des accès administratifs et financiers aux soins, orientation vers les structures ou professionnels adéquats, maintien d'une cohérence entre les tâches des uns et des autres, limitation des retards ou des absences de diagnostic, de la multiplication des examens ou des risques d'interaction médicamenteuse... Pour les seconds, les retombées du travail collaboratif sont tangibles : diminution de l'incertitude qui pèse éventuellement sur les diagnostics et les traitements, possible partage des décisions dans un environnement où la responsabilité juridique des praticiens peut se trouver facilement engagée, répartition de la charge de travail, décharge des émotions et angoisses liées à l'activité professionnelle, apprentissage continu de connaissances... (Sarradon-Eck, Véga, Faure, Humbert-Gaudart, & Lustman, 2008; Véga, 2007).

En santé mentale : malaise social et brouillage des frontières professionnelles

Dans le domaine spécifique de la santé mentale, les collaborations interprofessionnelles répondent à des enjeux particuliers. Tout d'abord, dans un environnement social souvent peu sécurisant (incertitude du marché du travail, pression à la productivité, fragilité des liens familiaux...), ce sont aussi différentes formes de mal-être psychosocial qui se traduisent par des plaintes médicales. En matière de santé mentale, ce sont l'anxiété, les dépressions et les assuétudes que les omnipraticiens sont le plus appelés à traiter (De Vleeschouwer, 2005; Haxaire, Genest, & Bail, 2010). Cela implique, pour eux comme pour les professionnels de la santé mentale de se tourner également vers le secteur de l'aide sociale ou juridique. Ensuite, comme première forme de réponse à la souffrance psychique, l'écoute des patients se trouve au cœur de la pratique de la médecine

générale (Haxaire, Genest, & Bail, 2010) et constitue aussi un instrument privilégié des professionnels de la santé mentale. Cette caractéristique contribue à brouiller les frontières entre groupes et attributions professionnelles. C'est le cas également de la diversité des possibilités d'accès aux soins de santé mentale - par la médecine générale ou par la première ligne du secteur -, et du caractère moins stigmatisant du recours au médecin généraliste pour des questions d'ordre psychique. Ce phénomène d'indétermination des frontières professionnelles constitue par ailleurs « l'une des transformations contemporaines majeures dans les prises en charge » (Baszanger, 2010, p. 194). Il crée des zones où il importe de connaître les pratiques et domaines d'action des autres professionnels, de reconnaître leur intérêt et d'harmoniser les actions des différents prestataires autour de la situation spécifique du patient.

II. LES DÉFIS DE LA COLLABORATION EN SANTÉ MENTALE

Les entraves aux collaborations interprofessionnelles

Si les collaborations interprofessionnelles sont souhaitables, elles rencontrent toutefois un ensemble de freins bien connus, qui affectent l'ensemble des soins de santé. On peut en souligner en particulier quelques-uns. Tout d'abord, à un niveau macro, la cohabitation d'une logique bismarckienne - générant une organisation pyramidale centralisée, par pathologie - et d'une logique beveridgienne - suscitant une organisation horizontale, décentralisée et globale - empêche l'intégration institutionnelle selon l'une ou l'autre logique, « de sorte que le système reste bloqué entre ces deux logiques » (Bloch & Hénaut, p. 87). Ensuite, la segmentation entre la première ligne de soins et les deuxième et troisième lignes, reproduisant la cohabitation de ces deux logiques, gêne les communications entre ces deux ensembles, de même que la ligne de démarcation entre soins



hospitaliers et soins extra-hospitaliers. En plus de telles segmentations institutionnelles, ce sont des logiques professionnelles différentes - qu'elles recoupent ou non les spécialités - qui cloisonnent les prises en charge (Baszanger, Bungener, & Paillet, 2002). « Chaque groupe professionnel pense et travaille pour le malade dans ses propres catégories, avec ses outils et des objectifs différents (...) » (Baszanger, 2010, p. 193). Les logiques de soin et de gestion divergent, tout comme les durées d'intervention, les horaires d'accès... Enfin, le particularisme de la prise en charge de chaque patient - lié à sa situation (sa plus ou moins grande implication dans les soins, sa maîtrise variable des enjeux médicaux, la densité de son entourage...), à l'urgence de la situation ou au lien de confiance tissé par un certain professionnel avec le patient - oblige les différents intervenants médicaux et/ou paramédicaux à bâtir sur mesure des processus de collaboration ad-hoc. Le défi se trouve donc dans « l'ajustement mutuel » (Mintzberg, 1996), à réaliser en situation, par des professionnels qui ne se connaissent pas toujours, ce qui demande à la fois la présence de procédures structurelles ou de réseaux formels et une grande flexibilité d'intervention. Cependant, les phénomènes de *path dependence* ou « dépendance au sentier », qui font qu'il apparaît souvent plus efficace de maintenir une pratique dont on a l'habitude plutôt que de subir le coût d'apprentissage d'une nouvelle pratique, limite la mise en place de nouveaux modes de coordination (Bloch & Hénaut, 2014 : 86).

Une méconnaissance réciproque

On retrouve dans la prise en charge de la souffrance psychique de telles difficultés qui freinent les collaborations en même temps qu'elles en fondent la nécessité, si l'on souhaite favoriser l'adéquation et la continuité des soins. Au premier chef, les relations entre psychiatres et médecins généralistes semblent les plus controversées (Becher, Dechenne, &

Vandenbroeck, 2012; Cohidon et al., 1999; Hardy-Baylé & Younès, 2014; Philippe, 2011). En particulier, pour les médecins généralistes, obtenir un avis spécialisé ou un rapport écrit de la part d'un psychiatre apparaît plus difficile que dans les autres disciplines (CSH, 2005; Younès et al., 2005). Plus généralement, chaque ensemble professionnel se sent exclu de la pratique de l'autre : « Les professionnels de la santé mentale incluent rarement dans leurs prises en charge, la participation du médecin généraliste », tandis que « Les médecins généralistes 'négligent' l'apport possible de la psychiatrie et du réseau d'offre de soins en santé mentale en général » (CSH, 2005, p. 5), et perçoivent l'approche psychiatrique comme « trop axée sur les neurosciences », peu sensible à l'expérience du patient dans son contexte de vie (Becher et al., 2012, p. 52). Ces perceptions sont l'expression d'une méconnaissance réciproque des activités, missions et logiques professionnelles, élément qui se trouve à la base d'une confiance mutuelle permettant des collaborations fructueuses (Robidoux, 2007).

Secret professionnel

Ensuite, le secret professionnel, qui est un enjeu fort des relations entre professionnels du secteur de la santé mentale et médecins généralistes, semble constituer un autre obstacle aux collaborations entre les deux (Becher et al., 2012). La question des éléments qui devraient être partagés est controversée et influencée par les demandes spécifiques éventuelles du patient formulées au professionnel de la santé mentale (ne pas dévoiler certains éléments au médecin généraliste, ne pas l'informer de la consultation d'un « psy »), (Philippe, 2011).

Un rôle variable du médecin généraliste

La gamme possible des interventions du médecin généraliste va de la prévention à la prescription médicamenteuse en passant par la surveillance et la détection des psychopathologies et



l'orientation vers d'autres professionnels, en créant « les conditions propices à une prise en charge par un thérapeute compétent » (Hoffman, 2005, p. 18). La palette d'actions diversement valorisées et valorisantes est variable selon les omnipraticiens et selon la relation établie avec le patient. D'après une étude menée en province de Luxembourg, ce sont les médecins généralistes qui envoient une grande partie des patients reçus par les services du secteur de la santé mentale, tandis que c'est à eux que l'on adresse les patients sortant d'institution (Joosten, 2010). Cette variété de rôles engendre un flou dans les attentes réciproques et appelle des concertations sur mesure pour chaque patient et entre praticiens.

Manque de formation des médecins généralistes et orientation limitée vers le secteur de la santé mentale

Par ailleurs, si les médecins généralistes revendiquent une approche globale du malade et l'écoute comme des traits majeurs de leur identité professionnelle, leur manque de formation à l'abord de la souffrance psychique est cependant unanime. Il forme un constat récurrent qui fonde une demande de soutien de leur part adressée au secteur de la santé mentale (Becher et al., 2012; CSH, 2005; Gillet-Verhaegen, 2013; Haxaire et al., 2010; Joosten, 2010). De ce fait, certaines études soulignent les difficultés diagnostiques qu'ils rencontrent et montrent qu'ils pourraient détecter davantage de problèmes psychologiques ou psychiatriques (Goldberg & Huxley, 1995; Haxaire et al., 2010). D'autres indiquent qu'ils auraient tendance à proposer une réponse médicamenteuse (antidépresseurs et anxiolytiques) plutôt qu'à répondre par la parole ou l'orientation vers des professionnels de la santé mentale (CSH, 2005). La faible proportion d'une telle orientation des patients est reliée d'abord à un manque de connaissance, chez les médecins généralistes, de l'offre de soins en santé mentale, notamment de

première ligne (Becher et al., 2012). Ensuite, elle semble freinée par les relations parfois difficiles avec les psychiatres, déjà mentionnées. Celles-ci sont probablement attisées par la crainte de se faire déposséder du suivi d'un patient (CSH, 2005). De même, en orientant leurs patients, les médecins généralistes redouteraient de donner l'impression de se débarrasser d'un cas complexe (CSH, 2005).

Manque de places et décalages professionnels

Enfin, d'autres éléments qui caractérisent le paysage de la prise en charge de la santé mentale à Bruxelles entravent la mise en place de collaborations. Le manque de lits d'hospitalisation ou de places dans les services spécialisés est partout souligné, ainsi que les délais trop longs pour obtenir un rendez-vous pour un patient auprès d'un professionnel de la santé mentale. En particulier, les situations d'urgence sont pointées comme celles dans lesquelles il est le plus difficile de collaborer (De Vleeschouwer, 2005). De même, les pratiques de concertation font face au décalage de statut entre médecins généralistes indépendants et professionnels de la santé mentale salariés dont les disponibilités horaire divergent (De Vleeschouwer, 2005).

III. RECOMMANDATIONS FORMULÉES ET DIAGNOSTIC TERRITORIAL

Des recommandations

Diverses études belges menées à des échelles différentes (cf. tableau ci-dessous), fondées sur le travail de groupes d'experts, la tenue de focus groups ou la conduite d'entretiens individuels ont permis de dresser les enjeux des collaborations



entre médecins généralistes et professionnels du secteur de la santé mentale³.

Référence des résultats d'enquête	Objectifs	Méthodologie	Territoire concerné
Becher, K., Dechenne, R., & Vandenbroeck, P. (2012). <i>Renforcer les soins de santé mentale de première ligne : Perspective des usagers et des aidants proches</i> . Fondation Roi Baudoin.	Comprendre l'expérience des usagers, des aidants proches et des médecins généralistes pour renforcer les soins de santé mentale de première ligne : diagnostic et recommandations	Entretiens avec des usagers ; Focus groups avec des aidants proches ; Deux focus groups composés respectivement de médecins généralistes francophones et néerlandophones	Fédéral
CSH. (2005, Avril 13). <i>Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène : aide aux médecins généralistes, praticiens de première ligne sur les questions de santé mentale</i> . SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.	Produire des recommandations pour aider le médecin généraliste afin de lui permettre de mieux prendre en charge les questions de santé mentale en première ligne et orienter le cas échéant vers d'autres intervenants de santé mentale	Réunions d'un groupe d'experts composé de professionnels de la santé mentale et de médecins généralistes	Fédéral
De Vleeschouwer, D. (2005). <i>Collaborations première ligne/santé mentale ? Rencontre avec des médecins généralistes namurois</i> . <i>Confluences</i> , (12), 40-41.	Recherche-action prospective orientée vers le développement de réseaux de soins de santé mentale intégrant les médecins généralistes et les soins de première ligne.	Entretiens qualitatifs avec les représentants des six cercles de médecins généralistes et de trois maisons médicales	Province de Namur
Joosten, J. (2010). <i>Pour une meilleure réponse aux besoins en santé mentale. Recherche-action à partir du ressenti des intervenants en province de Luxembourg</i> . Plateforme de Concertation en Santé Mentale de la Province de Luxembourg.	Recherche-action visant à établir et à renforcer les collaborations entre les différents services touchant à la santé mentale	Recueil de données qualitatives et quantitatives auprès de prestataires de soins et représentants des familles d'usagers	Province de Luxembourg

En s'appuyant sur les constats signalés dans le point précédent, ces études ont abouti à la formulation de recommandations. Si l'on ne peut les reprendre de façon exhaustive et détaillée dans l'espace de cet article, il importe d'en souligner les trois axes principaux et convergents. Premièrement, les rapports mettent en évidence le besoin de formation des médecins généralistes à l'abord de la santé mentale et de sensibilisation des psychiatres à une approche globale du patient. Deuxièmement, ils préconisent le

renforcement de la communication et de la concertation autour des patients individuels, entre médecins généralistes et professionnels de la santé mentale. Troisièmement, ils recommandent de rendre l'offre de soins plus lisible pour améliorer l'orientation des patients (via des dispositifs d'appui aux médecins généralistes et via un répertoire ou un « Who'swho » de la psychothérapie par exemple (De Vleeschouwer, 2005). La clarification de l'offre de soins renvoie d'une part, à l'offre locale

³ Les études de faisabilité des projets 107 ainsi que leurs évaluations ne sont pas reprises ici.



de services (présence et missions des institutions et professionnels disponibles sur le territoire) et d'autre part, à la nature et aux logiques propres à chaque approche psychiatrique (psychologie, thérapie psychanalytique, psychodynamique ou cognitivo-comportementale...). Ces dernières « sont mal connues et le plus souvent non explicitées » (Philippe, 2011, p. 98)

La littérature reste cependant discrète sur les attentes des professionnels de la santé mentale à l'égard des médecins généralistes (la plupart des études citées s'appuie sur des données recueillies auprès de ces derniers). Un sondage réalisé en Belgique indique toutefois que du point de vue de psychiatres, psychologues et assistants en psychiatrie, la connaissance de la réalité du patient (contexte familial, professionnel...) dont est dépositaire le médecin généraliste peut être utilement confrontée à la perception que le patient en a, recueillie par le professionnel de la santé mentale (Philippe, 2011). Cette affirmation plaide également pour une plus grande communication des médecins généralistes vers les professionnels de la santé mentale.

En concordance avec les modèles de travail collaboratif, l'enjeu de ces recommandations est d'établir une meilleure interconnaissance, comme socle de relations de confiance. Ce sont les échanges directs et les occasions de contacts personnalisés qui sont envisagés comme les moyens les plus efficaces de collaboration (CSH, 2005; Philippe, 2011). Les rapports appellent également à préciser le contenu des demandes adressées par un praticien à un autre, ainsi que la teneur et les limites des informations à échanger.

Des projets

Plusieurs initiatives en cours ou passées répondants à ces recommandations ont été mises en place à Bruxelles ou sur le territoire belge. Premièrement, en matière de formation, les sciences humaines sont progressivement introduites dans les cursus de médecine

(psychologie médicale, relation soignant-soigné, éthique). Actuellement, la Société Scientifique de Médecine générale, (SSMG) travaille à la mise en place de programmes de formation des médecins généralistes à l'accompagnement des personnes dépressives, à la détection des risques de suicide et à l'intervention précoce. L'offre de formation apparaît toutefois peu lisible et le choix de formation continue semble rester limité.

Deuxièmement, trois principaux types de projets existent qui permettent le renforcement de la communication et des collaborations entre médecins généralistes et professionnels du secteur de la santé mentale. D'abord, il s'agit d'espaces de concertation multidisciplinaire autour du patient, que l'on trouve à Bruxelles dans plusieurs projets (HermèsPlus, Smes-b, concertations autour du patient psychiatrique financées via les Services Intégrés de Soins à Domicile – SISD,...). Ensuite, la communication est renforcée au moyen de dispositifs d'accueil téléphonique pour les professionnels, les appuyant notamment dans l'orientation des patients (HermèsPlus, l'ancien projet Eole, le helpdesk du RML-B, Tussens de Lijnen en région flamande, lié spécifiquement à la prise en charge de la dépression,...). Enfin, un troisième type de projet a été expérimenté à Bruxelles. Il s'agit du détachement de psychologues dans des cabinets de médecine générale (projet pilote Eerstelijnspsycholoog). Si le projet semble porter ses fruits localement et permettre un accès moins stigmatisant vers des services de santé mentale, les évaluations de ce type de dispositif au niveau international révèlent qu'il paraît mieux adapté aux milieux ruraux qu'aux grands centres urbains où le modèle de « consultations-liaison » faisant intervenir des psychiatres s'est davantage développé. Ce dernier « propose des avis directs ou intervention brève auprès des patients qui posent problème aux médecins généralistes ou des avis indirects aux médecins généralistes sans voir les patients » (Hardy-Baylé, 2011, p. 4), sans que le professionnel de la santé mentale n'exerce



dans le cabinet de médecine générale. Globalement, concernant le renforcement de la communication et des concertations interprofessionnelles, on constate que les médecins généralistes sont peu invités à s'impliquer dans la prise en charge en santé mentale et que les projets restent limités à certains publics ou à certaines zones de la région. On retrouve ces limites dans les projets « Psy 107 » mis en place depuis deux ans, qui visent à créer des réseaux renforçant la prise en charge ambulatoire des personnes souffrant de troubles de la santé mentale. Seuls deux réseaux de ce type ont été créés à Bruxelles, qui ne couvrent pas tout le territoire régional. Les médecins généralistes semblent n'y avoir pas encore suffisamment trouvé l'espace pour aborder les questions qui les préoccupent.

Troisièmement, si les lignes d'accueil téléphonique mentionnées ci-dessus visent à améliorer l'orientation dans l'offre de soins en santé mentale, il existe également des bases de données reprenant des services de la région dans le secteur de la santé physique et mentale (Bruxellessocial.be, Mémento de la Santé Mentale 2010, Répertoire Santé du RML-B, Zorgzoeker). Celles-ci ne sont cependant pas exhaustives, comportent peu d'indications sur les spécificités de la prise en charge dans chaque structure, et connaissent des difficultés de mise à jour.

IV. CONCLUSION : UNE ENQUÊTE PROSPECTIVE

Sur base de ce diagnostic régional et des recommandations déjà formulées, le RML-B et la PFBCSM ont souhaité conduire une enquête inédite à l'échelle de la Région bruxelloise, adressée à la fois aux médecins généralistes et aux professionnels du secteur de la santé mentale. Le questionnaire, à remplir en ligne sur invitation, est principalement prospectif. Il vise à identifier les besoins en matière de collaboration et les modes privilégiés de travail collaboratif. Il a également pour objectif d'associer les différents

professionnels concernés à la réflexion sur l'opportunité de renforcer ou d'étendre certains dispositifs et sur les aménagements à prévoir pour favoriser leur efficacité. Il invite enfin ces professionnels à se prononcer sur le niveau de priorité à donner aux différentes propositions d'action. Les données obtenues feront l'objet d'un traitement anonyme statistique et les résultats seront diffusés dans les réseaux professionnels des médecins généralistes et du secteur de la santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE

Baszanger, I. (2010). Une autonomie incertaine : les malades et le système de soins. In *Traité de bioéthique. II. Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques* (Erès., Vols. 1-3, Vol. II, pp. 189–198). Paris: Emmanuel Hirsch.

Baszanger, I., Bungener, M., & Paillet, A. (2002). *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris: La Dispute.

Becher, K., Dechenne, R., & Vandebroek, P. (2012). *Renforcer les soins de santé mentale de première ligne : Perspective des usagers et des aidants proches*. Fondation Roi Baudouin.

Bloch, M.-A., Hénaut, L. (2014). *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Paris: Dunod.

Cohidon, C., Duchet, N., Cao, M.-M., Benmebarek, M., Sibertin-Blanc, D., Demogeot, J.-P., & Deschamps, J.-P. (1999). La non-communication entre la médecine générale et le secteur de la santé mentale. *Santé Publique*, 11(3), 357–362.

CSH. (2005, April 13). Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène : aide aux médecins généralistes, praticiens de première ligne sur les questions de santé mentale. SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Retrieved from <http://www.psychiatries.be>



D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), 67–94.

Deliège, I. (2007). Travail en réseau en santé mentale. Rapport de recherche. Institut Wallon pour la Santé Mentale. Retrieved from <http://www.iwsm.be>

De Vleeschouwer, D. (2005). Collaborations première ligne/santé mentale ? Rencontre avec des médecins généralistes namurois. *Confluences*, (12), 40–41.

Gillet-Verhaegen, A. (2013). La santé mentale en médecine générale : état de la question. *Santé Conjuguée*, (65), 14–19.

Goldberg, D., & Huxley, P. (1995). Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiologic Reviews*, 17(1), 182–190.

Hardy-Baylé, M.-C. (2011). La coopération entre psychiatres et médecins généralistes : quelles actions d'amélioration ? *Pluriels*, (92/93).

Hardy-Baylé, M.-C., & Younès, N. (2014). Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *L'Information Psychiatrique*, 90(5), 359–371.

Haxaire, C., Genest, P., & Bail, P. (2010). Pratiques et savoir des médecins généralistes face à la souffrance psychique. In *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale* (Presses de l'EHESP.). Géraldine Bloy, François-Xavier Schweyer.

Hoffman, A. (2005). La médecine générale est-elle un anachronisme ? *Confluences*, (12), 16–18.

Joosten, J. (2010). Pour une meilleure réponse aux besoins en santé mentale. Recherche-action

à partir du ressenti des intervenants en province de Luxembourg. Plateforme de Concertation en Santé Mentale de la Province de Luxembourg.

Mintzberg, H. (1996). *Structure et dynamique des organisations* (Eyrolles.). Paris.

Philippe, P. (2011). Généralistes-psychiatres : amis ou ennemis ? *Revue médicale de Liège*, 66(2), 92–101.

Robidoux, M. (2007, September). Cadre de référence. Collaboration interprofessionnelle. Ecole en chantier - Université de Sherbrooke. Retrieved from <http://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier>

Sarradon-Eck, A., Véga, A., Faure, M., Humbert-Gaudart, A., & Lustman, M. (2008). Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, (56S), S197–S206.

Thunus, S., Cerfontaine, G., & Schoenaers, F. (2012). Evolution du champ de la santé mentale en Belgique : de l'asile vers les réseaux et circuits de soins. *L'Observatoire*, (71), 5–11.

Véga, A. (2007). Perceptions du travail et identité professionnelle chez les médecins salariés et libéraux. *Dossiers Solidarité et Santé, Hors-série*(1), 41–50.

Younès, N., Gasquet, I., Gaudebout, P., Chaillet, M.-P., Kovess, V., Falissard, B., & Hardy-Baylé, M.-C. (2005). General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice*, 6(18).