



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Etude des échanges de courriers entre les médecins généralistes et les psychiatres de
l'Établissement Public de Santé Mentale Lille Métropole**

Présentée et soutenue publiquement le 8 janvier 2014 à 14h00

Au Pôle Formation

Par Tatevik BAZINIAN-MOURNET

Jury

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Monsieur le Professeur Philippe WARTEL

Monsieur le Docteur Bertrand LAVOISY

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Bertrand LAVOISY

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	8
TABLE DES ABREVIATIONS	10
1. INTRODUCTION	11
1.1. LE CONTEXTE MONDIAL	11
1.2. LE CONTEXTE FRANÇAIS	13
1.3. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES TROUBLES MENTAUX EN FRANCE	14
1.3.1. La prise en charge par les Médecins Généralistes	15
1.3.2. La prise en charge par les Psychiatres	16
1.3.3. L'interface de collaboration entre les Médecins Généralistes et les Psychiatres..	17
1.3.4. Les Recommandations de Bonne Pratique.....	18
1.4. LE CONTEXTE DE L'ETUDE	19
1.5. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE	20
2. METHODES	21
2.1. L'ORGANISATION DE L'EPSM LILLE METROPOLE	21
2.2. LA GESTION DES PREMIERES DEMANDES PAR LES CMP	22
2.3. LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE ET SES ETAPES	24
2.3.1. Etude de l'origine de l'adressage des premières demandes	25
2.3.2. Etude des demandes faites par les Médecins Généralistes	25
2.3.3. Etude des dossiers avec une consultation de Psychiatre	26
2.3.4. Etude des interactions entre le mode d'adressage et les échanges de courriers .	28
3. RESULTATS	29
3.1. LES RESULTATS DE L'ETUDE DE L'ORIGINE DE L'ADRESSAGE DES PREMIERES DEMANDES	29
3.2. LES RESULTATS DE L'ETUDE DES DEMANDES FAITES PAR LES MEDECINS GENERALISTES	33
3.2.1. Objectif 1 : Adresser un courrier au psychiatre	33
3.2.2. Objectif 2 : Favoriser les échanges collaboratifs.....	34
3.2.3. Objectif 3 : Transmettre les informations utiles au psychiatre.....	35
3.3. LES RESULTATS DE L'ETUDE DES DOSSIERS AVEC UNE CONSULTATION DE PSYCHIATRE.....	36

3.3.1. Les résultats de l'étude des consultations par le psychiatre selon le mode d'adressage.....	36
3.3.2. Objectif 1 : Adresser un courrier au médecin généraliste	38
3.3.3. Objectif 2 : Favoriser les échanges collaboratifs.....	39
3.3.4. Objectif 3 : Transmettre les informations utiles au médecin généraliste	40
3.4. LES RESULTATS DE L'ETUDE DES INTERACTIONS ENTRE LE MODE D'ADRESSAGE ET LES ECHANGES DE COURRIERS	41
3.4.1. Les demandes faites par les Médecins Généralistes.....	41
3.4.2. Les demandes directes par les patients.....	42
3.4.3. Les demandes faites par les autres médecins.....	43
3.4.4. Les demandes faites par les familles des patients.....	44
3.4.5. Les demandes faites par les services sociaux.....	44
4. DISCUSSION	46
4.1. INTRODUCTION	46
4.2. LES POINTS FORTS ET LES POINTS FAIBLES.....	46
4.2.1. Les points forts	46
4.2.2. Les points faibles	47
4.3. DISCUSSION DES RESULTATS	48
4.3.1. L'origine de l'adressage des premières demandes.....	48
4.3.2. Les demandes faites par les Médecins Généralistes.....	51
4.3.3. Les dossiers avec une consultation de Psychiatre	54
4.3.4. Les interactions entre le mode d'adressage et les échanges de courriers	57
4.3.4.1. Point de vue des médecins.....	58
4.3.4.2. Point de vue des patients	59
4.4. PROPOSITIONS D'AXES D'AMELIORATION.....	62
5. CONCLUSIONS	65
6. BIBLIOGRAPHIE.....	68
7. ANNEXES	73
7.1. ANNEXE 1	74
7.2. ANNEXE 2.....	75
7.3. ANNEXE 3.....	76
RESUME	77

TABLE DES ABREVIATIONS

EPSMLM	Etablissement Public de Santé Mentale de Lille Métropole
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
CMM	Charge Mondiale de Morbidité
AVCI	Années de Vie Corrigée de l'Incapacité
AVI	Années de Vie de l'Incapacité
PNB	Produit National Brut
HAS	Haute Autorité de Santé
MG	Médecin Généraliste
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNQSP	Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
MDPH	La Maison Départementale des Personnes Handicapées
CPAM	La Caisse Primaire d'Assurance Maladie

1. INTRODUCTION

1.1. LE CONTEXTE MONDIAL

Les résultats de multiples études internationales menées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) mettent clairement en évidence l'importance des troubles mentaux dans le monde [1,2,3] et leurs principales caractéristiques.

❖ Forte prévalence [1, 2, 3]

450 millions de personnes dans le monde souffrent d'un trouble mental ou du comportement.

25% de la population souffre d'un trouble mental ou du comportement un jour ou l'autre de sa vie.

10% de la population adulte souffre d'un trouble mental ou du comportement.

❖ Universalité

Les maladies mentales peuvent toucher tous individus, hommes et femmes de tous âges, riches et pauvres, de populations rurale et urbaine, originaire de toutes ethnies et tous pays du monde [1].

❖ Importante morbi-mortalité

Tous les ans près d'un million de personnes se suicident. 10 à 20 millions font des tentatives de suicide [1].

Les indices traditionnellement utilisés par les services sanitaires pour évaluer la morbi-mortalité d'une maladie s'appliquent mal aux maladies chroniques et invalidantes tels que les troubles mentaux. Ainsi, l'OMS utilise les notions de La

Charge Mondiale de Morbidité (CMM) (Global Burden of Disease en anglais), estimées par les Années de Vie Corrigée de l'Incapacité (AVCI) (Disability-adjusted life years (DALYs) en anglais) pour mesurer l'impact sanitaire des troubles mentaux [4]. Les AVCI calculées pour une maladie sont la somme des années de vie perdues à la suite des décès prématurés survenus dans la population et des années perdues pour cause d'incapacité (AVI) (Years lived with disability (YLDs) en anglais) pour les cas incidents de la maladie en question. En 2010, la charge de morbidité imputable aux maladies mentales et conduites liées aux addictions était de 7,4% du nombre total des AVCI (5^{ème} rang après les maladies cardio-vasculaires, maladies infectieuses communes, pathologies néonatales et le cancer) [5], et de 22,9% en ce qui concerne l'incapacité (AVI) [6] se plaçant au premier rang devant toutes les autres pathologies. Les troubles dépressifs représentent 40,5% du total des AVCI causées par les maladies mentales et troubles liés aux addictions, les troubles anxieux 14,5%, troubles liés à la consommation de drogues 10,9%, troubles liés à la consommation de l'alcool 9,6%, schizophrénie 7,4%. La charge mondiale de morbidité attribuée à ces troubles a augmenté de 37,6% entre 1990 et 2010 [7]. Si la transition démographique et épidémiologique actuelle se poursuit, les études permettent de projeter qu'en 2020 la dépression deviendra la deuxième cause de morbidité dans le monde tous âges confondus et première cause de morbidité dans les pays développés [8].

❖ Coût élevé pour les sociétés

Les maladies mentales ont une incidence négative sur la productivité des individus et de leurs familles. Au vu de la forte prévalence des troubles mentaux dans la population, cette baisse de productivité présente une charge pour les économies des pays, s'y rajoutent les frais des soins, les recours aux aides. Actuellement, en

Europe les dépenses liées aux troubles mentaux sont estimées à 3-4% des PNB (Produit National Brut) [9]. Aux Etats-Unis en 1990, les dépenses ont présenté 2,5% du PNB [10].

❖ Mauvaise prise en charge des troubles mentaux

Malgré les traitements efficaces disponibles, les troubles mentaux sont insuffisamment pris en charge, même dans les pays développés. Les études montrent que dans ces derniers 35 à 50% de personnes présentant un trouble mental sévère n'ont pas eu de traitement au cours de l'année précédant l'étude. Ces pourcentages sont plus importants dans les pays moins développés allant de 75% à 85% [3].

❖ Forte prévalence en soins primaires

A cause de leur place stratégique et de leur proximité avec les populations, les médecins généralistes (MG) sont les médecins de premier contact pour les personnes présentant un trouble mental [11,12,13]. L'activité psychiatrique y est importante, la prévalence des troubles mentaux dans les soins primaires est de 25 % [14]. Les MG sont souvent les seuls à suivre ces malades, la gravité des pathologies mentales prise en charge par les MG est proche de celle des psychiatres libéraux [15]. Ils sont aussi les premiers prescripteurs de psychotropes [16].

1.2. CONTEXTE FRANÇAIS

La France a des indicateurs particulièrement mauvais en matière de santé mentale.

Les prévalences des troubles dépressifs et anxieux sont plus élevées que dans les autres pays européens. Plus d'un tiers de la population a été touché au moins une fois dans sa vie par les troubles dépressifs, anxieux ou liés à l'alcool [9,17].

Les français consomment plus d'anxiolytiques, d'hypnotiques et d'antidépresseurs que les autres européens [18].

Les prévalences vie-entière d'idéation suicidaire, de projets et de tentatives de suicide en population générale en France sont parmi les plus élevées en Europe (respectivement de 12,4%, 4,4% et 3,4%) [19]. On estime à 12000, le nombre de morts par suicide par an en France [20].

En 2010 en France, les troubles dépressifs représentent la 3^{ème} cause des AVCI, 2^{ème} cause de l'incapacité (AVI), les troubles anxieux représentent la 5^{ème} cause des AVI, les troubles liés à l'alcool la 9^{ème} cause des AVI [5, 6, 7, 21].

Les troubles mentaux sont la 2^{ème} cause des arrêts de travail et la 1^{ère} cause de l'invalidité [21].

Les coûts liés aux troubles mentaux représentent un dixième des dépenses de santé, avec un 1^{er} poste de dépenses hospitalières [21].

1.3. PRISE EN CHARGE MEDICALE DES TROUBLES MENTAUX EN FRANCE

Comme nous avons pu constater, la population française a des taux de troubles mentaux particulièrement élevés avec un recours important aux psychotropes. Les études se multiplient pour démontrer la mauvaise prise en charge de ces troubles, les retards aux diagnostics, l'inadéquation entre les troubles présentés par les malades et les prescriptions [17,18,20,22,23]. Les professionnels de santé, notamment les MG et les psychiatres, ainsi que l'organisation du système de soins sont identifiés comme responsables de cette mauvaise prise en charge [24].

1.3.1. La prise en charge par les MG

La place du MG est singulière dans le système de soins français [25]. Il assure le premier contact avec la population, c'est le médecin de famille, c'est lui qui connaît le mieux le malade dans sa globalité, soigne aussi sa famille, ses enfants, en allant même jusqu'à son domicile.

Depuis la loi de Juillet 2005, tout citoyen est invité à choisir son médecin traitant (dans 98% il s'agit d'un médecin généraliste). C'est ce dernier qui assure la coordination des soins, est responsable du relais vers les autres spécialistes [25].

Du fait de la prévalence élevée des troubles mentaux, notamment des troubles dépressifs et anxieux (appelés également les troubles mentaux fréquents) et de la place unique du MG, ce dernier est amené à soigner beaucoup de ce type de pathologies. La prévalence de consultations pour motif psychiatrique est estimée entre 25% et 30% en France [22]. Le MG est souvent seul à gérer ses malades. Il joue un rôle très important dans le dépistage des maladies mentales et de leur traitement. Les études s'accordent pour dire que les troubles mentaux sont mal pris en charge, tardivement et insuffisamment dépistés [24]. Les MG rencontrent des difficultés pour 43,3% de leurs patients psychiatriques [26]. Ils sont insuffisamment formés [16], n'ont pas de compétence pour assurer les psychothérapies. Les prescriptions des psychotropes par les MG sont abondantes, mais inadéquates pour le diagnostic et l'indication du traitement, ou bien pour la durée et/ou la posologie des traitements dans les diagnostics avérés [16]. Ces prescriptions fréquentes s'expliquent par une volonté de réponse médicale immédiate de la part des MG, se trouvant face aux limites de leurs compétences dans les situations médicales compliquées [27]. Les durées des consultations pour motifs psychiatriques sont plus

élevées que la moyenne des consultations en médecine générale. Ces malades demandent plus de soins, plus de temps et plus de consultations [24,26].

La fréquence des comorbidités somatiques liées aux troubles mentaux complique le travail des MG. Il est actuellement connu que les liens entre les pathologies somatiques et mentales sont complexes, réciproques et multifactoriels. La présence des troubles mentaux compromet la prise en charge des maladies somatiques. Ainsi, les malades mentaux cumulent une surmortalité par rapport à la population générale. Elle est liée aux accidents et aux comportements à risque qu'ils présentent et à une mauvaise prise en charge des maladies somatiques, non respect des traitements prescrits. D'un autre côté, les troubles psychiatriques sont plus importants chez les personnes atteintes de maladies chroniques [1,28,29,30].

1.3.2. La prise en charge par les psychiatres

La pratique psychiatrique est diversifiée en France avec une densité de psychiatres la plus élevée en Europe [9]. En 2004, 14000 psychiatres exerçaient en France, dont 47% dans le privé [31]. L'offre psychiatrique est publique et privée.

Depuis les années 1960, la pratique de psychiatrie publique s'est organisée en secteurs. Cette sectorisation a eu pour mission de sortir des soins d'institutionnalisation vers une pratique diversifiée et de proximité, adaptée aux besoins des populations.

Chaque secteur couvre un secteur géographique précis avec une population de 70000 habitants en moyenne. À côté de l'hospitalisation classique à plein temps et de l'hospitalisation de jour, un ensemble d'autres modes de prise en charge existe, comme en ambulatoire (consultations en Centres Médico-Psychologiques (CMP), visites à domiciles) ou par des soins de prise en charge spécifiques à temps partiel

(centre d'accueil thérapeutique) ou à temps complet (accueil familial, appartement thérapeutique). La plupart de l'activité du secteur se fait en ambulatoire, 86% des adultes y sont suivis. C'est le CMP qui y assure la majeure partie du travail (73% des adultes et 92% des enfants) [31].

1.3.3. L'interface de collaboration entre les MG et les psychiatres

Malgré les mauvais indicateurs de la santé mentale en France, la haute prévalence des troubles mentaux, et les difficultés des MG pour les prendre en charge, le taux d'adressage des patients vers les soins spécialisés, les psychiatres, est l'un des plus mauvais en Europe (22%) [9].

Un grand nombre d'articles scientifiques s'intéressant aux mécanismes amenant les patients à consulter en psychiatrie citent le *modèle de Goldberg et Huxley* [13,32].

Selon ce modèle, le patient passe par 4 filtres successifs avant d'arriver à une consultation de psychiatrie :

Filtre 1. Présenté par le patient qui consulte peu ou pas le MG (en soins primaires) par non reconnaissance des troubles psychiatriques ou image socioculturelle négative de ces troubles.

Filtre 2. Présenté par les acteurs des soins primaires (les MG) qui ne reconnaissent pas les symptômes comme étant psychiatriques (formation insuffisante des MG, diagnostics difficiles, expressions somatiques des pathologies psychiatriques).

Filtre 3. Présenté par les comportements des MG adressant le patient au psychiatre ou pas.

Filtre 4. Présenté par l'interface entre les MG et les psychiatres.

Les relations entre les MG et les psychiatres sont compliquées, sont source d'insatisfaction mutuelle. 53,9% des MG déclarent avoir des relations moins satisfaisantes qu'avec les autres spécialistes [26].

Les délais d'attente pour accéder aux consultations de psychiatrie sont longs [20]. Les MG se plaignent du manque de retour d'informations, de ne pas faire partie de la prise en charge des patients. Une autre des raisons de ce mécontentement est l'absence de délimitation entre les soins primaires et les soins secondaires avec une mauvaise définition des rôles de chacun [33].

1.3.5. Les Recommandations de Bonne Pratique

Le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) s'est penché sur la question de la collaboration entre les MG et psychiatres, en effectuant une étude complète de la littérature scientifique sur ce sujet. Un levier important d'amélioration de cette collaboration a été identifié : l'échange des courriers entre ces professionnels. Des recommandations de bonne pratique intitulées « La Coopération Médecins Généralistes – Psychiatres. Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une première demande de consultation par le Médecin Généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique » ont été élaborés en 2010 [34].

Ces recommandations ont reçu le label de la Haute Autorité en Santé (HAS) (utilisation des procédures et règles méthodologiques de l'HAS).

1.4. LE CONTEXTE DE L'ETUDE

Interne de Médecine Générale dans un secteur de psychiatrie, je me suis rendue compte de l'importance de la collaboration entre le somaticien et le psychiatre dans la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux.

Cette prise en charge somatique était indispensable au travail des psychiatres et vice versa. Lorsqu'un patient présentait un problème, le MG et le psychiatre étaient sollicités par les équipes. Les problèmes somatiques et les problèmes psychiatriques « mineurs » étaient gérés par le MG, alors que le psychiatre n'intervenait que pour les problèmes « majeurs ».

Déjà au sein d'une structure où les deux protagonistes travaillaient main dans la main, les rôles de chacun étaient mal définis. Certaines situations délicates témoignaient de la fragilité de la collaboration entre les MG et les psychiatres, l'un comme l'autre pouvant compromettre le travail de son confrère.

J'ai également éprouvé un sentiment d'isolement dans mon travail. D'une part, il était très difficile de recueillir des informations médicales sur le passé des patients (pas d'adressage, pas de courriers médicaux, familles et MG peu joignables). D'autre part, lorsque les patients avaient besoin d'un avis spécialisé dans un autre domaine médical, nos interlocuteurs semblaient souvent réticents de prendre en charge une personne avec l'étiquette « psychiatrique ». La question de continuité des soins était également problématique pour ces patients. Leurs séjours itératifs permettaient de constater plutôt une « discontinuité ». Si une prise en charge somatique était interrompue par la sortie du patient, elle était souvent compromise. Si les troubles de comportement des patients expliquaient en partie ce phénomène, on ne pouvait nier le manque de transmission des informations vers les médecins traitants.

Une première étude de la collaboration entre les MG et les psychiatres d'un secteur (s'appuyant sur les recommandations de bonne pratique de CNQSP [34]) a été réalisée dans le cadre d'un mémoire de Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale. Un manque qualitatif et quantitatif de collaboration et d'échanges de courriers a été constaté.

La réalisation d'une thèse est alors parue intéressante pour évaluer la collaboration entre tous les secteurs de l'Etablissement Public de Santé Mentale de Lille Métropole (EPSM LM) et les MG.

1.5. **OBJECTIFS DE L'ETUDE**

- 1) Evaluer la collaboration entre les MG et les psychiatres en étudiant les dossiers de premières demandes de prises en charge psychiatriques.
- 2) Evaluer le taux d'adressage des premières demandes par les MG.
- 3) Faire un constat des échanges réels de courriers (étude des dossiers et non une enquête d'opinion).
- 4) Analyser le contenu des courriers des MG et des psychiatres selon les critères de recommandations de bonne pratique de CNQSP [34].
- 5) Identifier les sources d'insatisfaction exprimées par ces deux professionnels.
- 6) Identifier les axes d'amélioration de la collaboration par une meilleure circulation d'information.

2. METHODES

2.1 L'ORGANISATION DE L'EPSM LILLE METROPOLE

L'offre psychiatrique publique adulte de l'EPSM (Etablissement Public de Santé Mentale) Lille Métropole est sectorisée en 9 pôles [35] :

- ❖ **59G07=Secteur 1** de notre étude, regroupant les villes de : Armentières, Bois-Grenier, Capinghem, Nieppe, Frelinghien, Erquinghem Lys, La Chapelle d'Armentières, Premesques, Pérenchies, Houplines.
- ❖ **59G09** regroupant les villes de : Seclin, Gondecourt, Wattignies, Noyelles Lez Seclin, Templemars, Houplin Ancoisne, Herrin, Allennes les Marais, Chemy, Carvin, Camphin en Carembault, Phalempin, Annoeulin, Bauvin, Provin.
- ❖ **59G10=Secteur 2** regroupant les villes de : Pont-a-Marcq, Templeuve, Camphin-en-Pevèle, Wannenain, Bourghelles, Cysoing, Bouvines, Sainghin-en-Melantois, Peronne-en-Melantois, Louvil, Bachy, Cobrieux, Genech, Mouchin, Fretin, Ennevelin, Avelin, Merignies, Cappelle-en-Pevèle, Attiches, Tourmignies, Mons-en-Pevèle, Bersée, La Neuville, Wahagnies, Thumeries, Ostricourt, Moncheaux.
- ❖ **59G16=Secteur 3** regroupant les villes de : Tourcoing, Neuville-en-Ferrain.
- ❖ **59G17=Secteur 4** regroupant les villes de : Tourcoing, Mouvaux.
- ❖ **59G18=Secteur 5** regroupant les villes de : Halluin, Wervicq-Sud, Bousbecque, Roncq, Linselles, Bondues, Comines, Quesnoy sur Deûle, Warneton, Deulemont.
- ❖ **59G19=Secteur 6** regroupant les villes de : La Madeleine, Marcq-en-Barœul, Marquette lez Lille, Wambrechies.

- ❖ **59G20=Secteur 7** regroupant les villes de : Lomme, Lambersart, Saint-André-Lez-Lille, Lompret, Verlinghem.
- ❖ **59G21=Secteur 8** regroupant les villes de : Mons-en-Baroeul, Hellemmes, Lezennes, Ronchin, Faches-Thumesnil, Lesquin.

L'organisation et le travail du secteur 59G21 méritent d'être détaillés puisqu'il s'agit d'un secteur psychiatrique implanté au cœur de la ville. La collaboration avec les soins primaires y est l'un des objectifs principaux. Des moyens importants sont déployés par le secteur pour suivre les malades en ambulatoire au sein des structures proches de leur cadre de vie [36].

2.2. LA GESTION DES PREMIERES DEMANDES PAR LES CMP

Toutes les premières demandes de prises en charge psychiatrique adulte de l'EPSM Lille Métropole sont gérées par les Centres Médico-Psychologiques (CMP) des secteurs (sauf les grandes urgences psychiatriques prises en charge par les services d'urgence et les services d'hospitalisation). Les patients vus aux urgences mais ne nécessitant pas d'hospitalisation sont également vus aux CMP.

Sont considérées comme premières toutes les demandes pour les patients inconnus du secteur (même s'il y a eu lieu un suivi dans un autre secteur) et toutes les demandes pour les patients ayant perdu le contact avec le secteur depuis plus d'un an.

Malgré les petites différences de fonctionnement, les CMP procèdent globalement de la même façon pour gérer les premières demandes.

Lorsqu'une nouvelle demande est enregistrée, le patient est rapidement vu en premier entretien par un(e) infirmier(e) de psychiatrie (IDE infirmier(e) diplômé(e) d'Etat), psychologue ou psychiatre.

Ce premier entretien sert de base pour l'orientation ultérieure de la prise en charge du patient (suivi par le psychiatre, par psychologue, infirmier(e) de psychiatrie etc.)
Donc tous les patients consultants aux CMP ne sont pas obligatoirement vus par les psychiatres.

Tous les CMP des 8 secteurs possèdent un fichier informatique des premières demandes (format mensuel), mis à notre disposition, contenant :

- ❖ La date de la demande de prise en charge,
- ❖ Les données administratives du patient,
- ❖ Souvent l'origine de l'adressage (MG, famille, patient lui-même, hôpital, psychiatre libéral, services sociaux, CPAM, justice etc.),
- ❖ La date du premier entretien d'accueil,
- ❖ Souvent l'orientation du suivi ultérieur.

Les secrétariats de certains secteurs adressent des courriers d'information aux MG (précisant les propositions des dates des RV et des autres types de prises en charge au CMP) qui n'ont pas été inclus dans notre étude. Ils ne font pas partie des échanges collaboratifs entre les médecins.

Malgré l'informatisation de l'EPSM Lille Métropole (Logiciel médical « Cariatides »), 4 CMP sur 8 étudiés travaillent avec des dossiers papiers contenant les courriers, les résultats paramédicaux, les observations médicales et paramédicales consultables au CMP de chaque secteur.

Les 4 autres CMP ayant des dossiers informatisés procèdent au scannage systématique des documents médicaux. Les observations médicales et paramédicales sont faites dans des rubriques dédiées du dossier informatique, consultables via le logiciel Cariatides depuis n'importe quel poste informatique de l'EPSM LM.

2.3. METHODOLOGIE DE L'ETUDE ET SES ETAPES

Notre étude est descriptive et rétrospective, basée sur les dossiers.

Dans le cadre de notre étude, une demande écrite a été adressée aux chefs de pôles, ainsi qu'au Président de la Commission Médicale de l'Etablissement, pour accéder à toutes les nouvelles demandes de prise en charge psychiatrique adulte entre le 1^{er} octobre et 31 décembre 2012.

Huit chefs de pôle sur neuf ont accepté de participer à l'étude et nous ont autorisés l'accès aux dossiers des patients.

Tous les dossiers (papiers ou informatiques) des nouvelles demandes enregistrés entre le 1^{er} octobre et 31 décembre 2012 se trouvant sur les fichiers récapitulatifs des 8 CMP ont été inclus dans notre étude.

Chaque dossier est examiné pour en extraire les informations capitales suivantes :

- ❖ déterminer l'origine de l'adressage (MG ou autre),
- ❖ pour les demandes par les MG présence ou non d'un courrier au psychiatre,
- ❖ présence ou non d'une consultation avec le psychiatre,
- ❖ pour les dossiers avec consultation de psychiatre présence ou non d'un courrier au MG.

Les informations recueillies ont permis d'organiser l'étude en quatre étapes.

2.3.1. Etude de l'origine de l'adressage des premières demandes

Tous les dossiers de premières demandes ont été inclus dans cette partie de l'étude pour les classer en 5 groupes :

1. Demandes faites par les Médecins Traitants,
2. Demandes directes par les patients,
3. Demandes faites par les autres médecins : (médecins spécialistes autres que MG, médecins du travail, urgences, médecins de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) etc.),
4. Demandes faites par les familles des patients,
5. Demandes faites par les services sociaux (assistantes sociales, foyers, éducateurs, écoles, centres de formations, justice etc.).

2.3.2. Etude des demandes faites par les MG

Toutes les demandes des MG sont analysées selon le premier volet de la grille de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques (pour le MG) de CNQSP répartie en trois objectifs (voir Annexe 1) [34] :

❖ Le premier objectif : Adresser un courrier au psychiatre

Critère 1 renseigne s'il existe un courrier d'adressage du MG. Si la réponse est négative, les deux autres objectifs ne peuvent être évalués car ils analysent le contenu du courrier.

❖ Le deuxième objectif : Favoriser les échanges collaboratifs

Evalue la nature collaborative des échanges entre MG et psychiatre en répondant à deux questions :

Critère 2 si les motifs et les demandes de la consultation psychiatrique ont été formulés,

Critère 3 si l'organisation de la prise en charge du patient a été demandée en spécifiant la place du MG.

❖ **Le troisième objectif : transmettre les informations utiles au psychiatre**

S'intéresse à la qualité informative des courriers des MG en recherchant :

Critère 4 les principaux éléments symptomatiques,

Critère 5 les pathologies somatiques et les traitements en rapport avec elles,

Critère 6 l'histoire médicale et psychiatrique,

Critère 7 les réactions aux traitements à visée psychiatrique,

Critère 8 l'histoire personnelle et contexte environnemental,

Critère 9 suggestions thérapeutiques ou leur absence,

Critère 10 l'information donnée au patient pour justifier la consultation psychiatrique.

2.3.3. **Etude des dossiers avec une consultation de psychiatre**

Tous les dossiers des patients ayant bénéficié d'une consultation avec le psychiatre ont été inclus dans cette partie de l'étude (consultations suite à l'adressage du MG ou pas). Les consultations de psychiatre sont analysées selon le deuxième volet de la grille de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques (pour le psychiatre) de CNSQP répartie en trois objectifs (voir Annexe 1) [34] :

❖ **Le premier objectif : Adresser un courrier au MG**

Critère 1 recherche si un courrier de réponse ou un double de courrier (si l'origine de la demande ne venait pas du MG) a été adressé au MG.

Si la réponse est négative, les deux autres objectifs ne peuvent être évalués car ils analysent le contenu du courrier.

❖ **Le deuxième objectif : Favoriser les échanges collaboratifs**

Tente d'établir la nature collaborative des échanges entre les MG et les psychiatres en répondant à deux questions :

Critère 2 si la réponse au MG a été donnée,

Critère 3 si l'organisation de la prise en charge du patient a été renseignée en spécifiant la place du MG selon ses souhaits.

Il est bien évident que pour évaluer la qualité des échanges collaboratives nous n'avons pu inclure pour ce deuxième objectif que les dossiers des patients où un échange de courriers entre le psychiatre et le MG a effectivement eu lieu. Il s'agit des patients adressés par le MG avec un courrier, ayant bénéficié d'une consultation par le psychiatre et une réponse de la part de ce dernier au MG.

❖ **Le troisième objectif : transmettre les informations utiles au MG**

S'intéresse à la valeur informative des courriers des psychiatres en recherchant les informations en rapport avec :

Critère 4 l'avis diagnostique et ses arguments,

Critère 5 le risque évolutif immédiat et la surveillance à mettre en œuvre,

Critère 6 les facteurs environnementaux, les arrêts de travail,

Critère 7 les projets de soins,

Critère 8 les prescriptions médicamenteuses,

Critère 9 les modalités de surveillance du traitement,

Critère 10 le suivi psychothérapeutique.

Tous les dossiers contenant un courrier de psychiatre au MG ont été inclus dans cette partie (même si la demande ne venait pas des MG).

2.3.4. Etude des interactions entre le mode d'adressage et les échanges de courriers

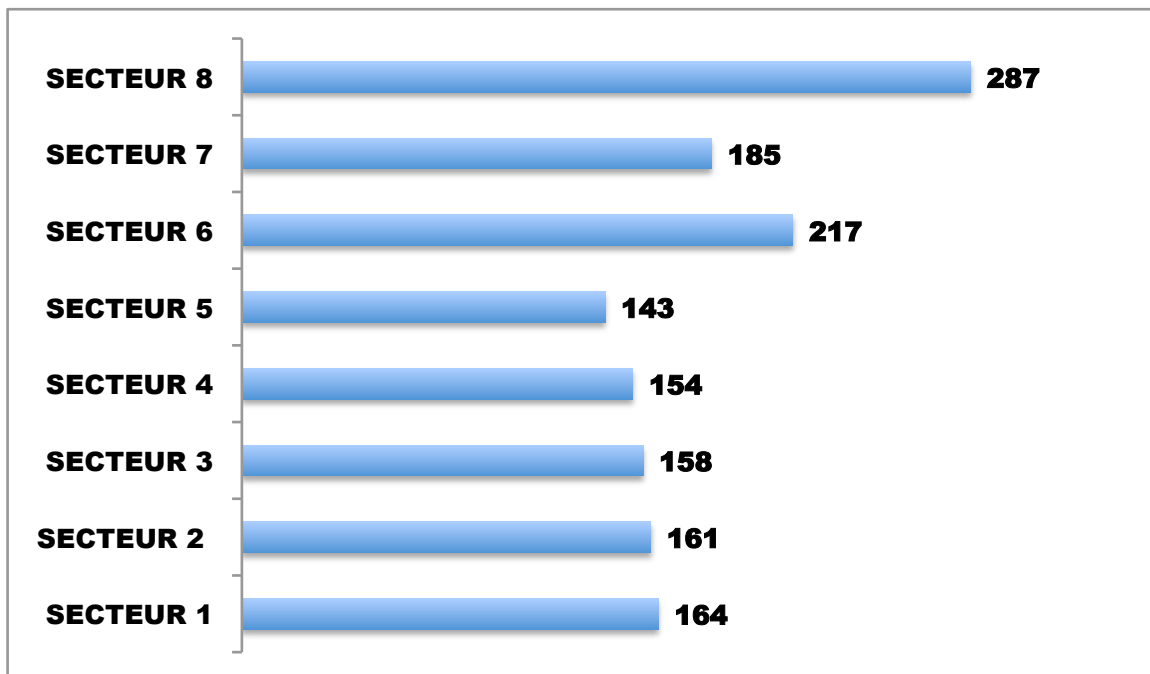
Cette partie de l'étude s'est intéressée à l'interaction entre les modes d'adressage, la présence d'une consultation de psychiatrie et de courrier de leur part aux MG pour comprendre :

- ❖ si les probabilités de voir le psychiatre et d'avoir un courrier de sa part varient selon les modes d'adressage,
- ❖ si le fait de posséder un courrier du MG facilite l'accès au psychiatre et suppose une réponse de la part de ce dernier.

3. RESULTATS

Entre le 1^{er} octobre 2012 et le 31 décembre 2012, les CMP des 8 secteurs de l'EPSM Lille Métropole ont enregistré **1 469** nouvelles demandes dont **568 (38,7%)** au mois d'octobre, **485 (33%)** au mois de novembre et **416 (28,3%)** au mois de décembre.

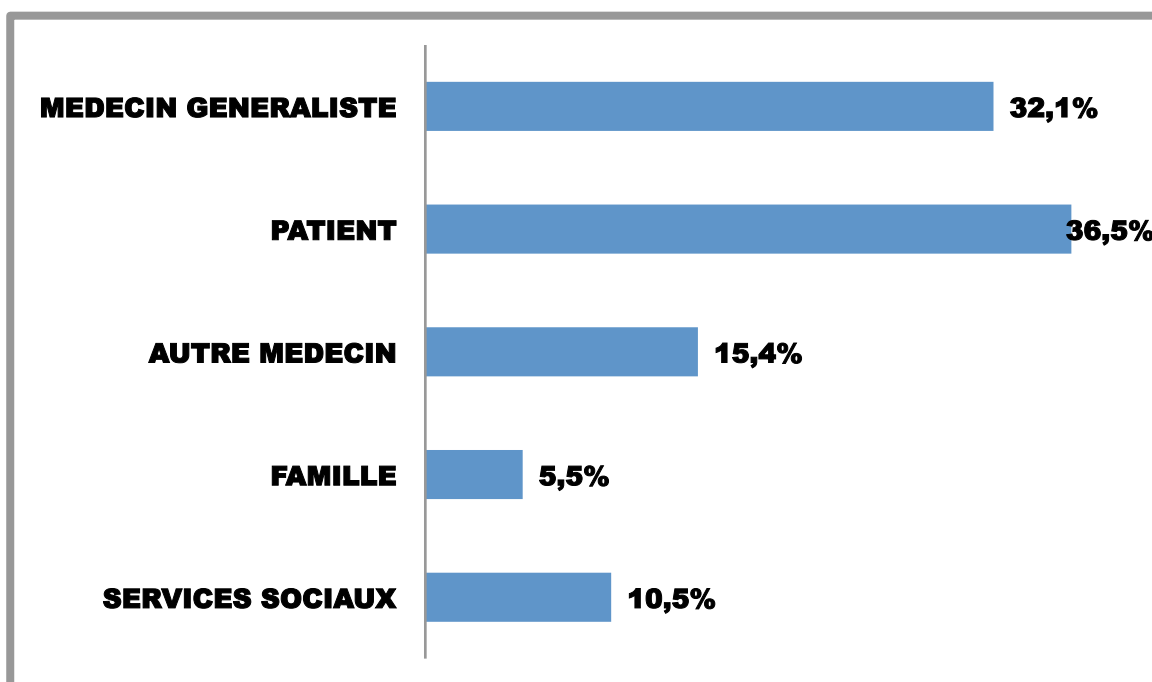
Figure 1: Nombre de nouvelles demandes selon les secteurs.



3.1. LES RESULTATS DE L'ETUDE DE L'ORIGINE DE L'ADRESSAGE DES PREMIERES DEMANDES

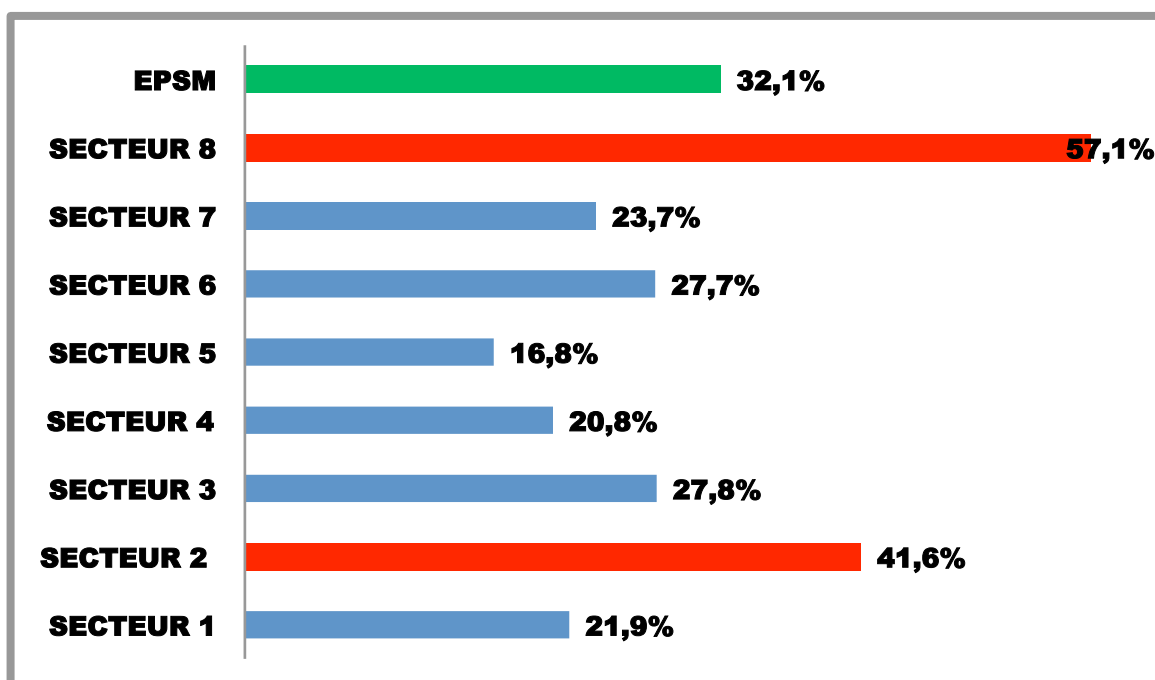
Sur l'ensemble des **1469** nouvelles demandes de prise en charge psychiatrique des 8 secteurs de l'EPSM Lille Métropole, **471 (32,1%)** sont faites par les MG, **536 (36,5%)** par les patients eux-mêmes, **226 (15,4%)** par d'autres médecins, **81 (5,5%)** par les familles des patients, **155 (10,5%)** par les services sociaux.

Figure 2 : Origines de l'adressage des premières demandes de l'EPSM LM



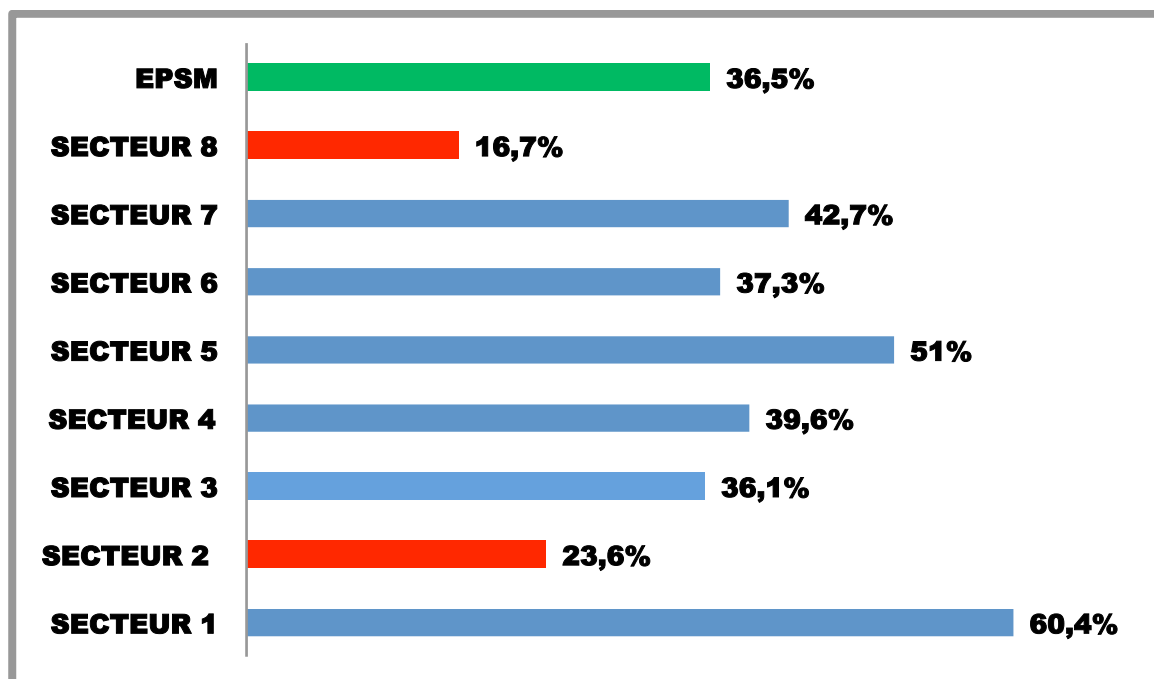
Le taux d'adressage par les médecins généralistes varie de 16,8% à 57,1% selon les secteurs.

Figure 3 : Taux d'adressage par les MG selon les secteurs



Les taux de premières consultations directes demandées par les patients varient de 16,7% à 60,4% selon les secteurs.

Figure 4 : Taux de premières demandes de consultation par le patient

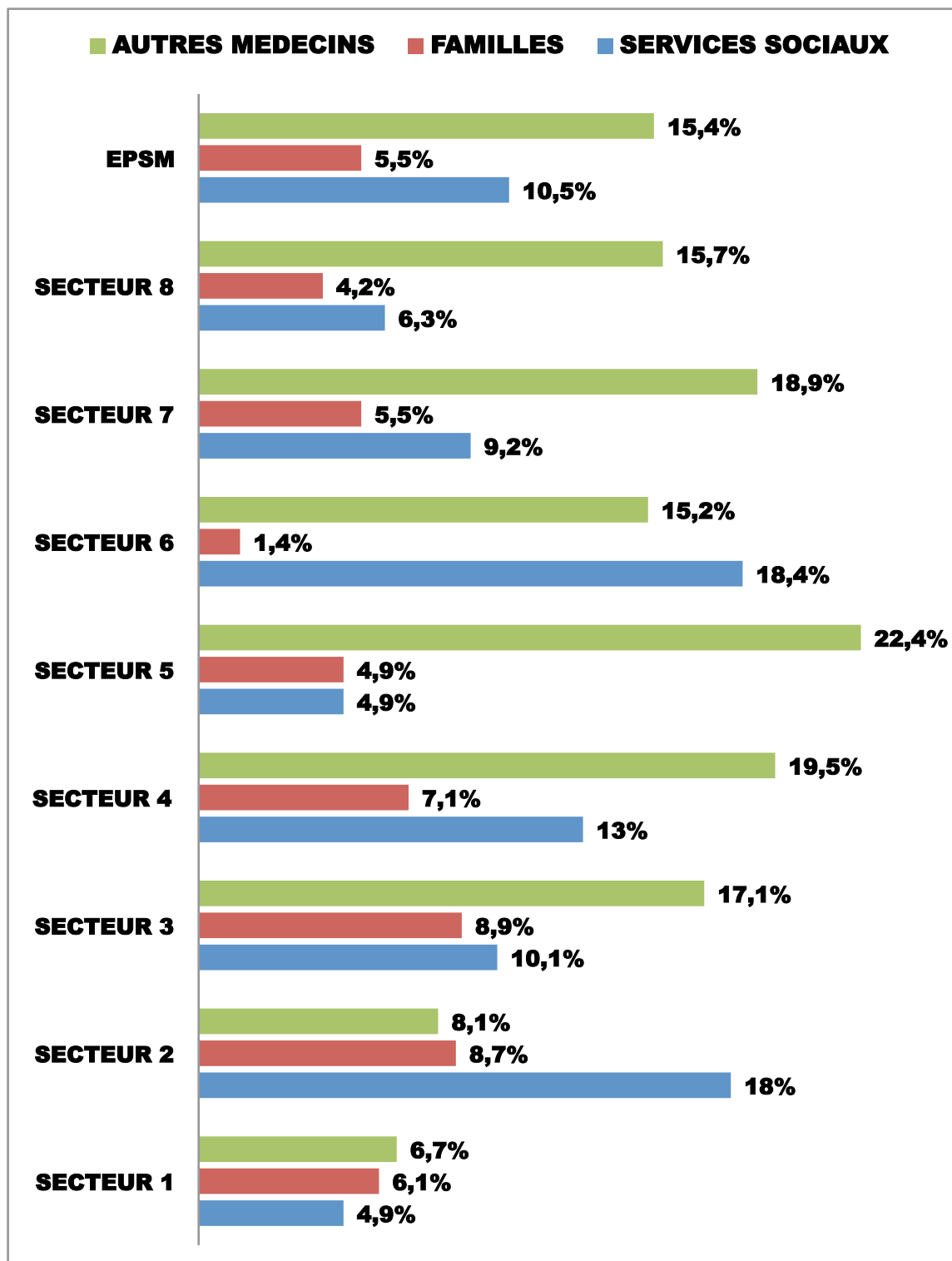


Lorsqu'on retire des calculs les résultats du Secteur 8, le taux d'adressage par les MG est de 26% et le taux des demandes directes par les patients est de 41,3%.

Les taux cumulatifs d'adressage par les autres médecins, les familles et les services sociaux varient de 17,7% (Secteur 2) à 39,6% (Secteur 4) avec une moyenne pour l'EPISM LM de 31,4%.

Les taux d'adressage par les autres médecins, les familles des patients et les services sociaux détaillés par secteurs sont récapitulés dans la figure ci-dessous :

Figure 5 : Taux d'adressage par d'autres médecins, familles et services sociaux



3.2 LES RESULTATS DE L'ETUDE DES DEMANDES FAITES PAR

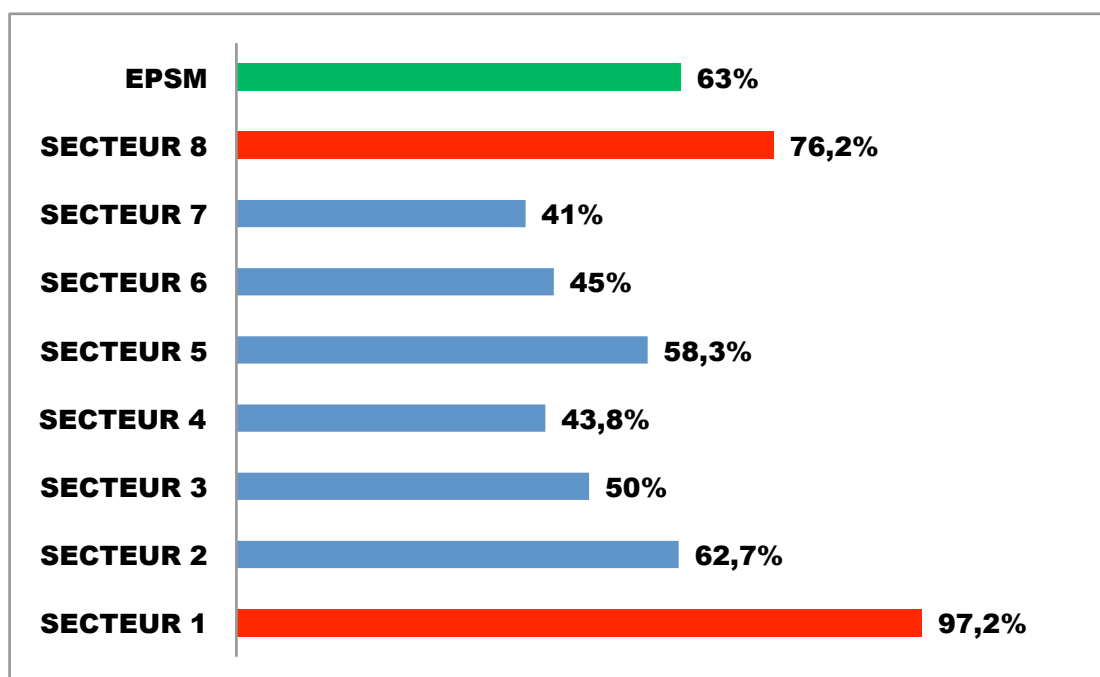
LES MG

Au total **471** dossiers de patients adressés par les MG aux 8 CMP de l'EPSM Lille Métropole ont été étudiés selon la grille de CNQSP [34] (Annexe 1, Volet 1).

3.2.1. Objectif 1 : Adresser un courrier au psychiatre

❖ **Critère 1** : **297**, soit **63%** des 471 patients adressés par le MG possédaient un courrier permettant leur analyse pour les objectifs 2 et 3.

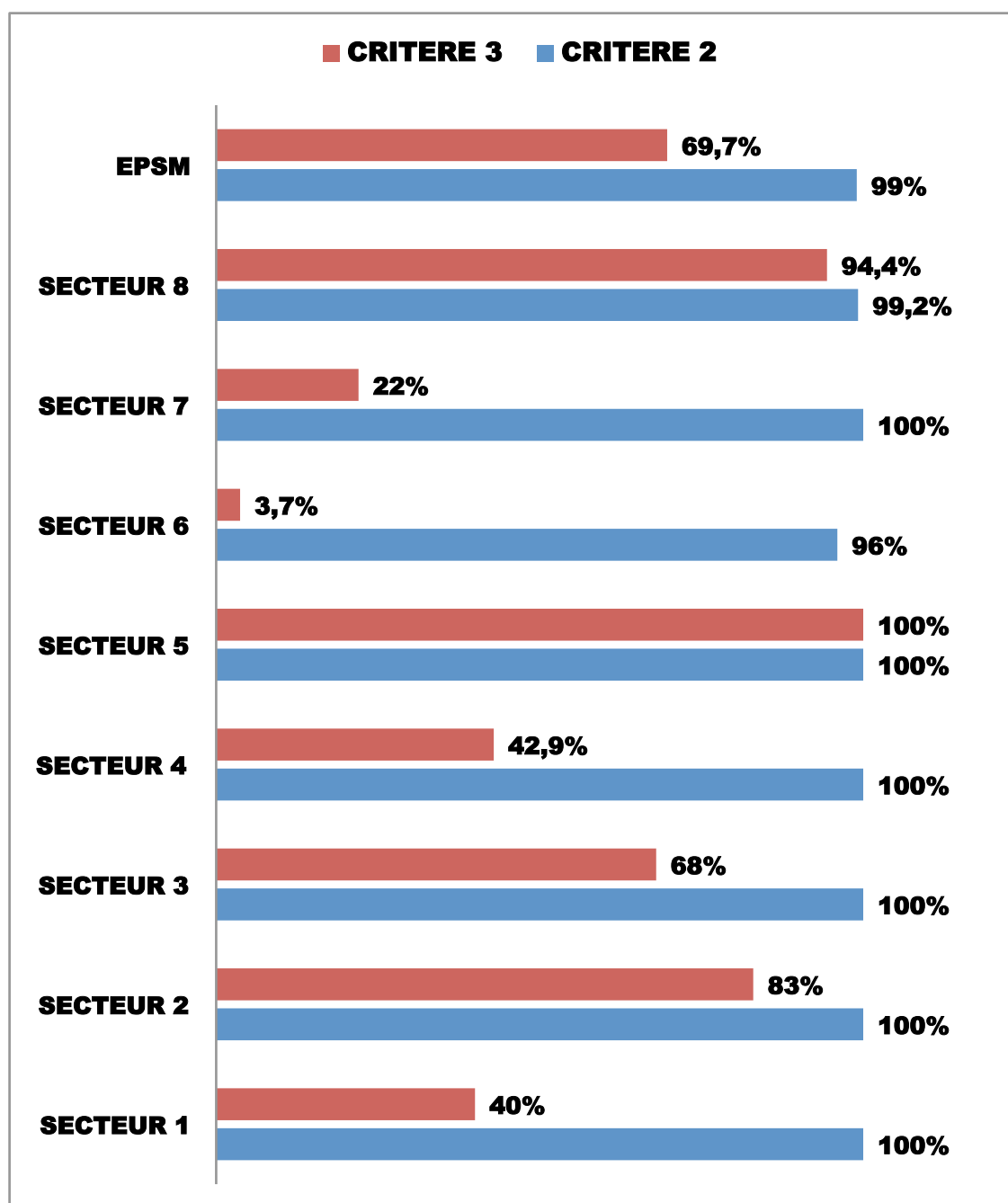
Figure 6. Taux de présence de courriers des MG dans les dossiers (Critère 1) selon les secteurs



3.2.2. Objectif 2 : Favoriser les échanges collaboratifs

- ❖ **Critère 2** : 295, soit **99%** des 297 courriers des MG renseignaient le motif de la demande de consultation spécialisée.
- ❖ **Critère 3** : 207, soit **69,7%** des 297 courriers renseignaient les attentes du MG concernant l'organisation du suivi du problème psychiatrique du patient.

Figure 7 : Taux de réponses positives aux critères 2 et 3 selon les secteurs



3.2.3 Objectif 3 : Transmettre les informations utiles au psychiatre

❖ **Critères 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10** : L'analyse des 297 dossiers selon les critères 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10 de l'objectif 3 est présentée dans la figure ci dessous.

Figure 8. Contenu informatif des courriers des MG

Critères	Oui	Non
4. Eléments symptomatiques	81,8% N=243	18,2% N=54
5. Problèmes de santé somatiques et traitements	30% N=89	70% N=208
6. Histoire médicale et psychiatrique	41,4% N=123	58,6% N=174
7. Réactions aux traitements à visée psychiatrique	24,9% N=74	75,1% N=223
8. Histoire personnelle et contexte environnemental	50,5% N=150	49,5% N=147
9. Suggestion thérapeutique ou leur absence	34,3% N=102	65,7% N=195
10. Information donnée au patient justifiant la consultation	31% N=92	69% N=205

Les résultats de l'Objectif 3 selon les secteurs sont représentés dans l'Annexe 2.

3.3 LES RESULTATS DE L'ETUDE DES DOSSIERS AVEC UNE CONSULTATION DE PSYCHIATRE

Les **1 469** nouvelles demandes ont abouti à **650 (44,2%)** consultations par le psychiatre. Les dossiers de ces patients ont été analysés selon la grille de CNQSP [34] (Annexe 1, Volet 2).

3.3.1 Les résultats l'étude des consultations par le psychiatre selon le mode d'adressage

Dans ce chapitre sont présentées uniquement les proportions de consultations de psychiatre selon le mode d'adressage. Les résultats sont détaillés dans le chapitre dédié 3.4 (voir page 34).

Parmi les **650** consultations effectuées par les psychiatres :

→**230**, soit **35,4%** étaient adressées par le MG (soit **48,6%** des **471** nouvelles demandes faites par le MG).

→**167**, soit **25,7%** étaient faites à la demande des patients (**31,2%** des **536** nouvelles demandes faites par les patients eux-mêmes).

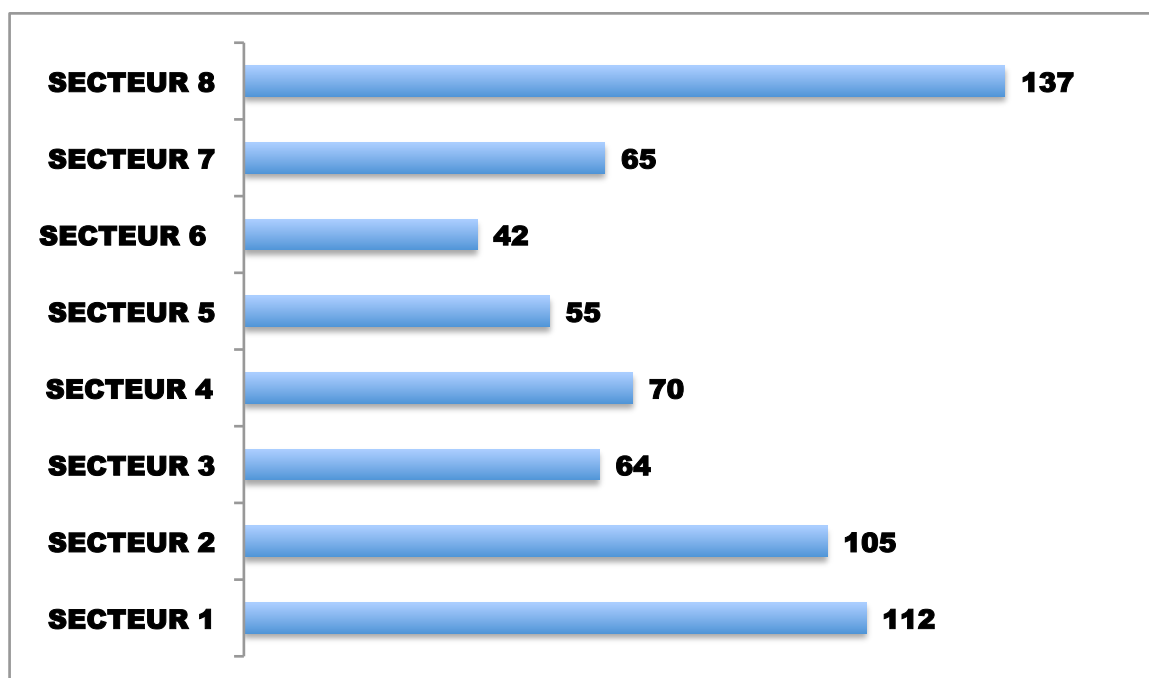
→**121**, soit **18,6%** étaient adressées par les autres médecins (**53,5%** des **226** nouvelles demandes faites par ces derniers).

→**44**, soit **6,8%** étaient adressées par les familles (**54,3%** des **81** nouvelles demandes faites par ces derniers).

→**88**, soit **13,5%** étaient adressées par les services sociaux (**56,8%** des **155** nouvelles demandes faites par ces derniers).

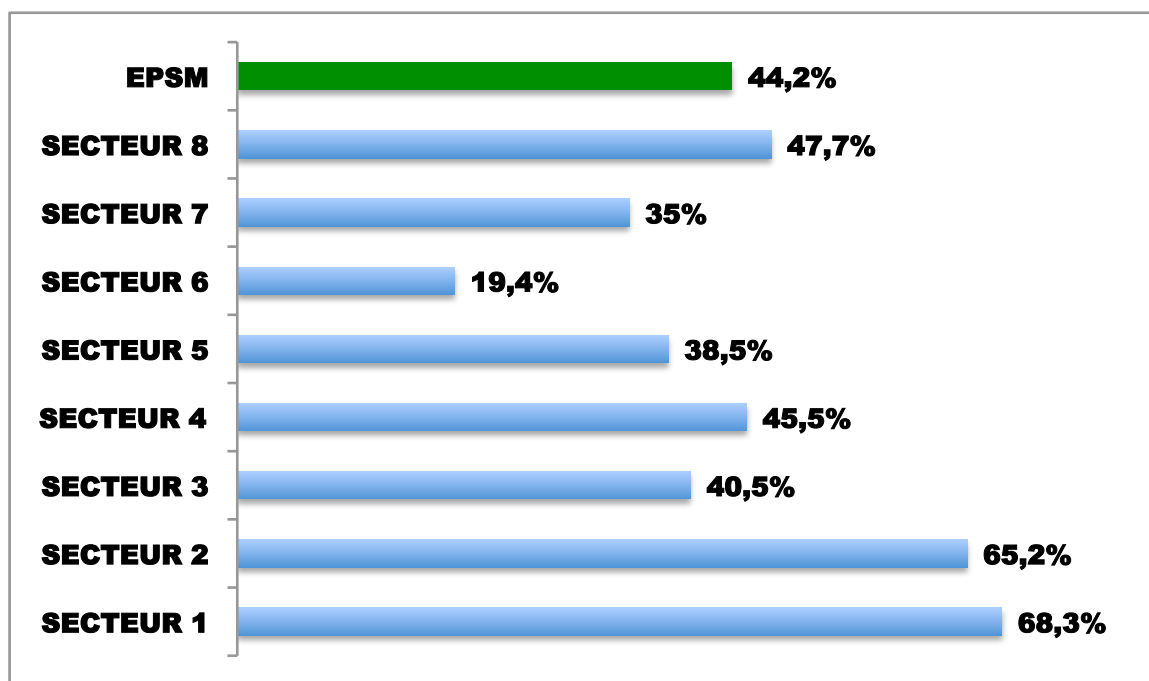
Les nombres de consultations de psychiatre sont variables selon les secteurs.

Figure 9. Nombre de consultations par les psychiatres selon les secteurs



Les taux de consultations par les psychiatres (par rapport à l'ensemble des nouvelles demandes de prises en charge psychiatriques) varient de 19,4% à 68,3%.

Figure 10. Taux de consultations par les psychiatres selon les secteurs



3.3.2. Objectif 1 : Adresser un courrier au MG

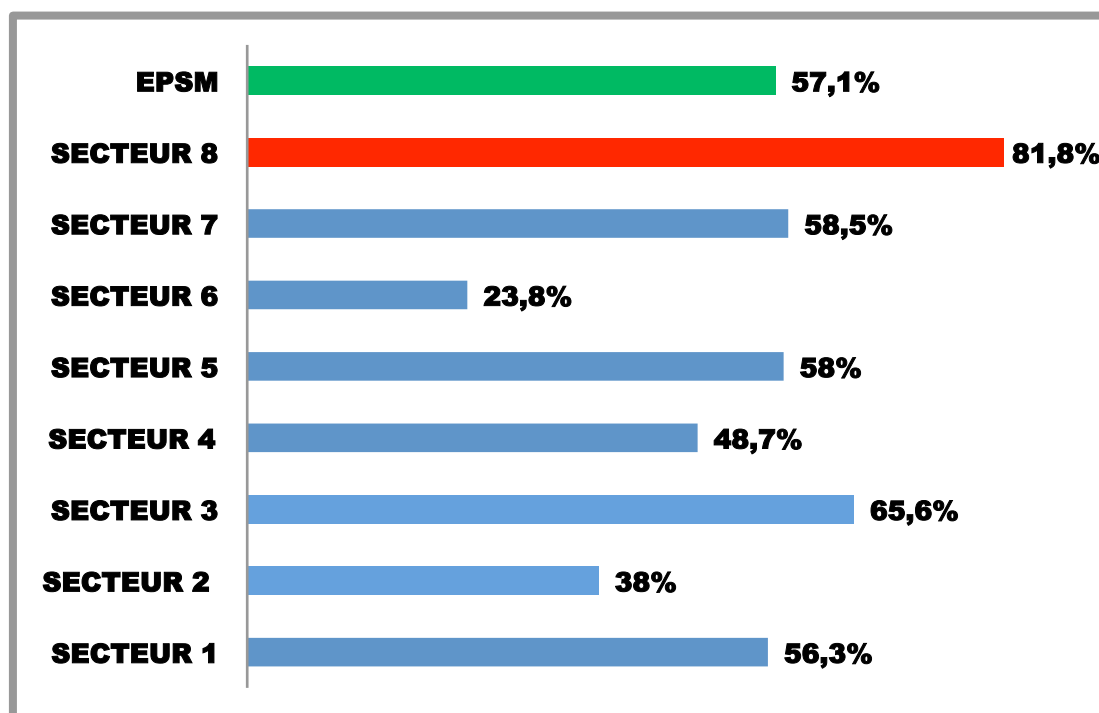
❖ **Critère 1** : 371, soit 57% des 650 dossiers de patients vus en consultation par les psychiatres possédaient un courrier au MG dont

→121 courriers suite à l'adressage des MG avec courrier permettant leur analyse pour les objectifs 2 et 3 (chapitre 3.4, Figure 14, page 34),

→250 courriers suite à l'adressage par le MG sans courrier et aux autres modes d'adressage permettant leur analyse pour l'objectif 3.

Figure 11. Taux de présence des courriers des psychiatres dans les dossiers (Critère

1) selon les secteurs

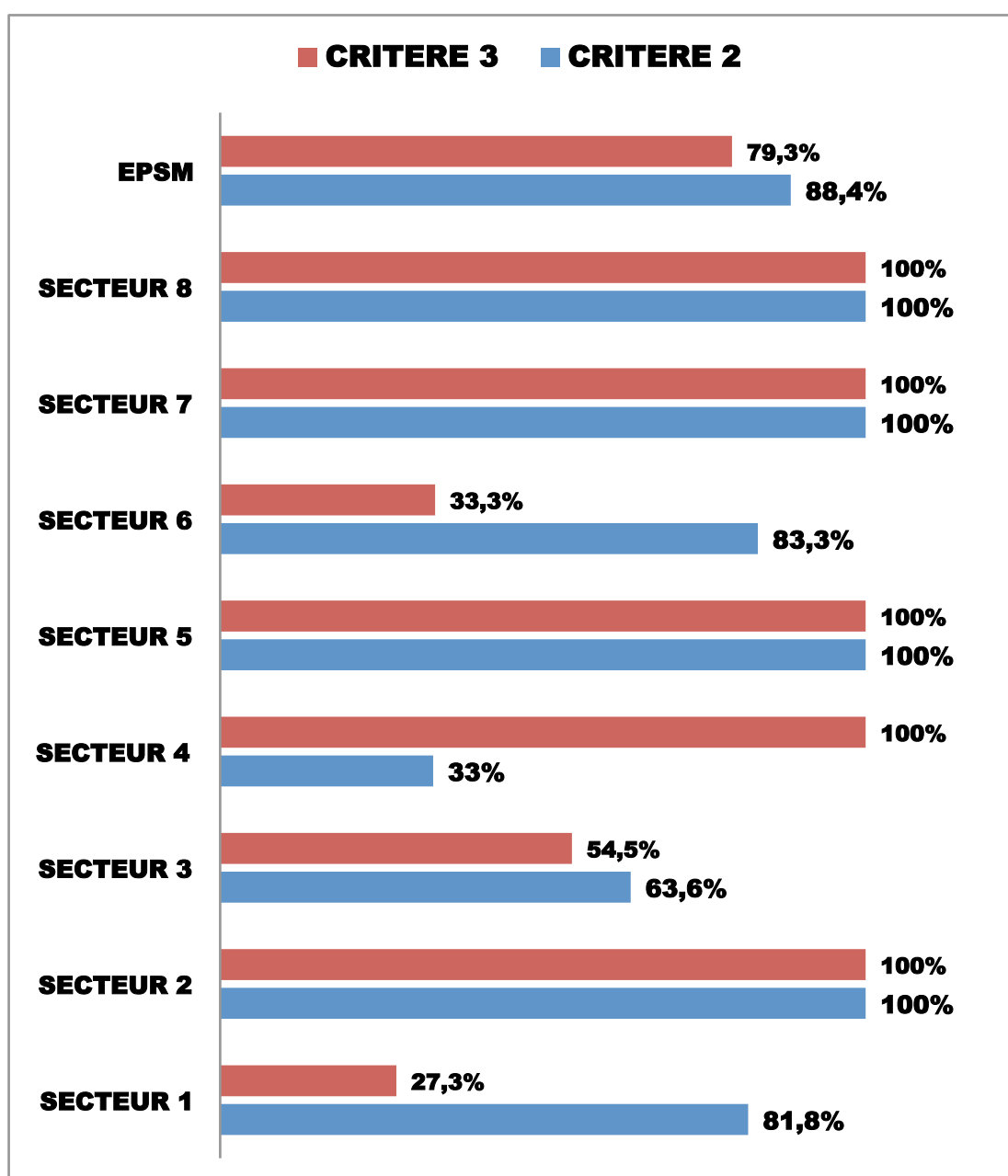


Lorsqu'on calcule le taux d'adressage de courriers par les psychiatres sans comptabiliser les résultats du Secteur 8, le taux moyen s'abaisse à 43,4% pour le reste de l'EPSM LM (secteurs classiques).

3.3.3. Objectif 2 : Favoriser les échanges collaboratifs

- ❖ Critère 2 : 107, soit 88,4% des 121 courriers apportaient des réponses aux questions de MG.
- ❖ Critère 3 : 96, soit 79,3% des 121 courriers proposaient une organisation de la prise en charge psychiatrique du patient en intégrant la place du MG.

Figure 12: Taux de réponses positives aux critères 2 et 3 selon les secteurs.



3.3.4. Objectif 3 : Transmettre les informations utiles au MG

- ❖ **Critères 4, 5, 6, 7, 8, 9, et 10** : 371 courriers ont été analysés pour les critères 4,5, 6, 7, 8, 9 et 10 de la grille d'évaluation de CNQSP [34] (Annexe 1, volet 2).

Critères	Oui	Non
4. Avis diagnostique et les arguments en rapport	358 96,5%	13 3,5%
5. Risque évolutif immédiat et surveillance à mettre en œuvre	238 64,2%	133 35,8%
6. Facteurs environnementaux et arrêts de travail	319 86%	52 14%
7. Projet de soins proposé au patient	350 94,3%	21 5,7%
8. Prescription médicamenteuse	352 94,9%	19 5,1%
9. Eléments de surveillance du traitement spécifique	198 53,4%	173 46,6%
10. Modalités du suivi psychothérapeutique	321 86,5%	50 13,5%

Figure 13 : Analyse du contenu informatif des courriers des psychiatres

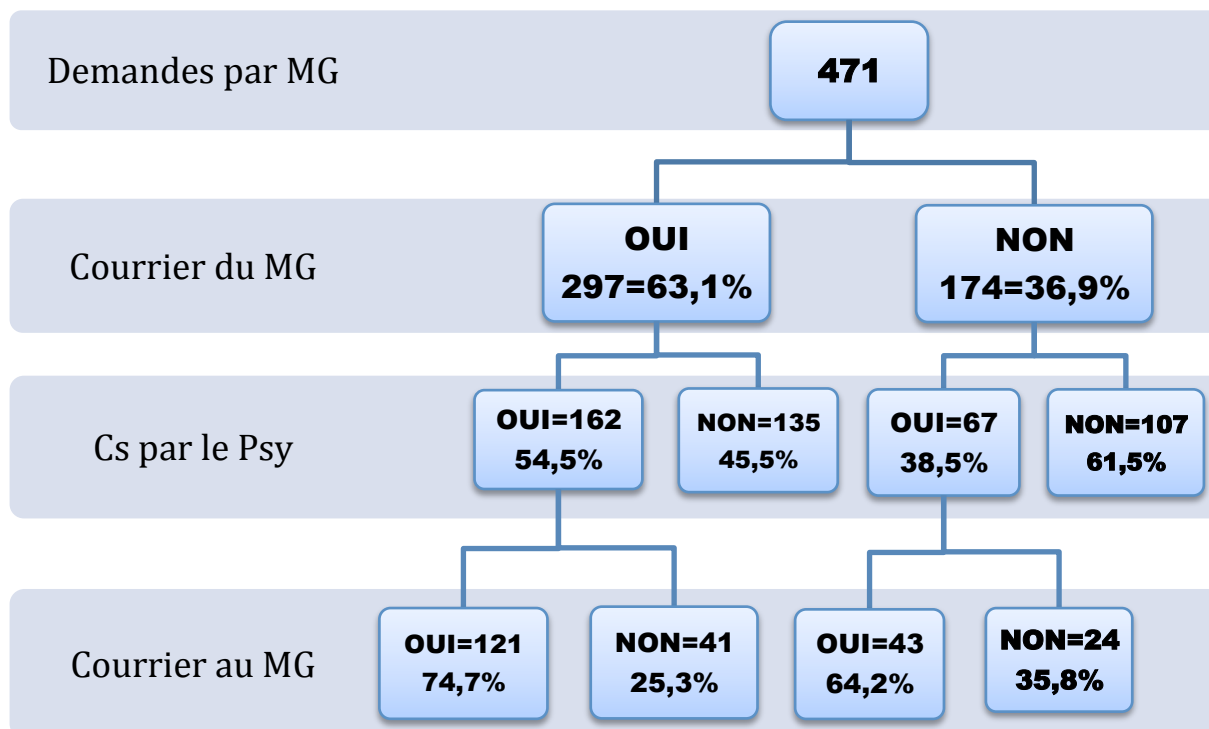
Les résultats de l'Objectif 3 selon les secteurs sont représentés dans l'Annexe 3.

3.4 LES RESULTATS DE L'ETUDE DES INTERACTIONS ENTRE LE MODE D'ADRESSAGE ET LES ECHANGES DE COURRIERS

3.4.1. Les demandes faites par les MG

Parmi les 471 demandes faites par les MG, 63,1% possédaient un courrier. Ces derniers ont été plus souvent vus par les psychiatres (54,5% contre 38,5%). Les psychiatres ont également écrit plus de réponses lorsque le patient possédait un courrier du MG (74,7% contre 64,2%).

Figure 14: Analyse des échanges de courriers autour des nouvelles demandes faites par les MG



Sur l'ensemble des demandes faites par les MG, 229 (48,6%) ont vu le psychiatre dont 162 (70,7%) avec courrier du MG.

Les psychiatres ont écrit 164 courriers aux MG dont 73,8% de réponse aux courriers présentés par les patients et 71,6% de réponse aux adressages de MG avec ou sans courrier.

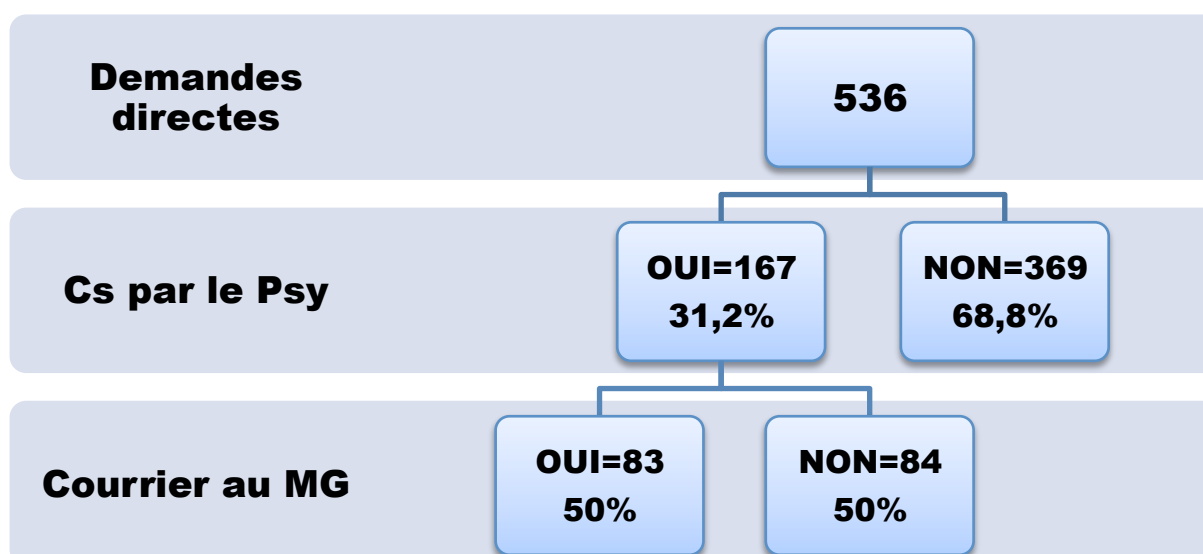
Sur l'ensemble des 471 adressages par les MG, ces derniers ont eu un retour des psychiatres dans 164 dossiers (34,8%).

On peut conclure que le fait d'avoir un courrier semble être lié à une plus forte probabilité d'accéder à la consultation de psychiatre et d'avoir un retour de sa part.

3.4.2. Les demandes directes par les patients

Sur l'ensemble de 536 nouvelles demandes directes par le patient, le psychiatre a vu 167 patients (31,2%). Pour la moitié d'entre eux (N=83), il a adressé un courrier au MG (soit pour 15,5% des nouvelles demandes directes au CMP).

Figure 15: Analyse des échanges de courriers autour des nouvelles demandes faites les patients.

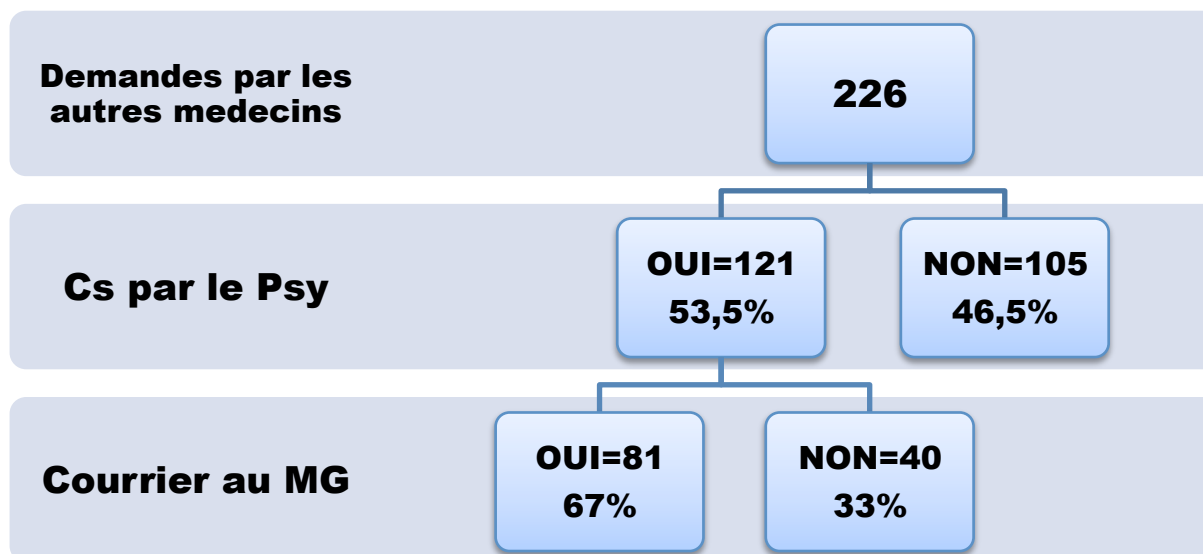


Donc, les patients qui se présentent directement au CMP sont moins vus par le psychiatre que les patients adressés par les MG.

3.4.3. Les demandes faites par les autres médecins

Sur l'ensemble des patients adressés aux CMP par les autres médecins, 53,5% ont vu le psychiatre. Pour 81 (67%) de ces consultations, le psychiatre a adressé un courrier ou double du courrier au MG. Le MG a eu un courrier concernant 81, soit 35,8% de l'ensemble des patients adressés aux CMP par les autres médecins.

Figure 16: Analyse des échanges de courriers autour des nouvelles demandes faites par les autres médecins



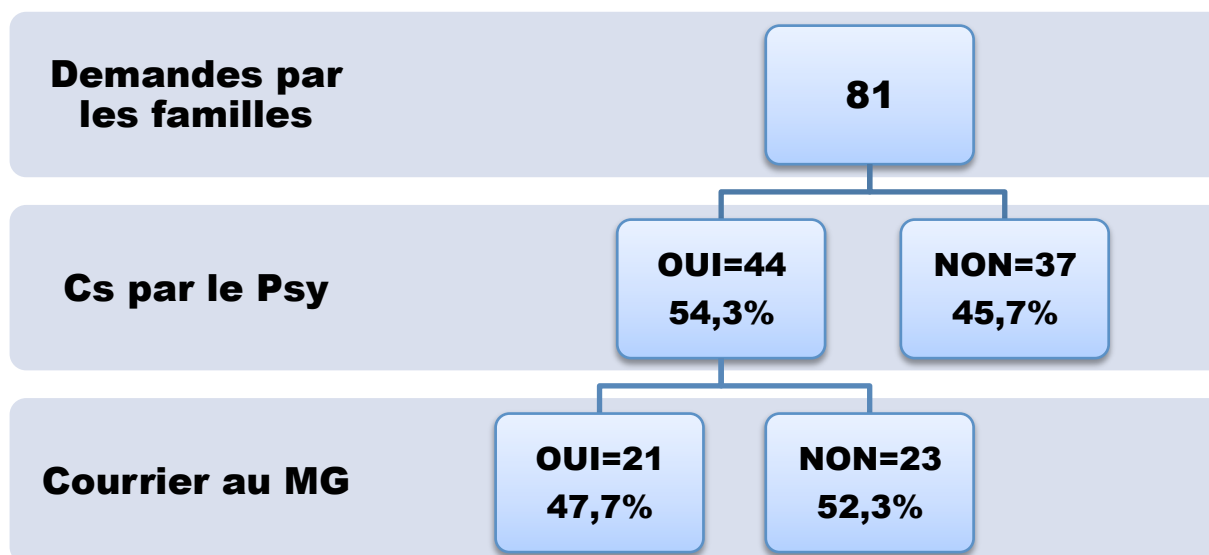
Donc, les patients adressés par les autres médecins sont proportionnellement vus plus que les patients adressés par les MG.

3.4.4. Les demandes faites par les familles des patients

Sur l'ensemble de 81 demandes faites par les familles, le psychiatre a vu en consultation 44 (54,3%) patients.

Pour 21 d'entre eux (47,7%), il a adressé un courrier au MG, soit pour 25,9% de l'ensemble des demandes faites par les familles.

Figure 17: Analyse des échanges de courriers autour des nouvelles demandes faites par les familles des patients.



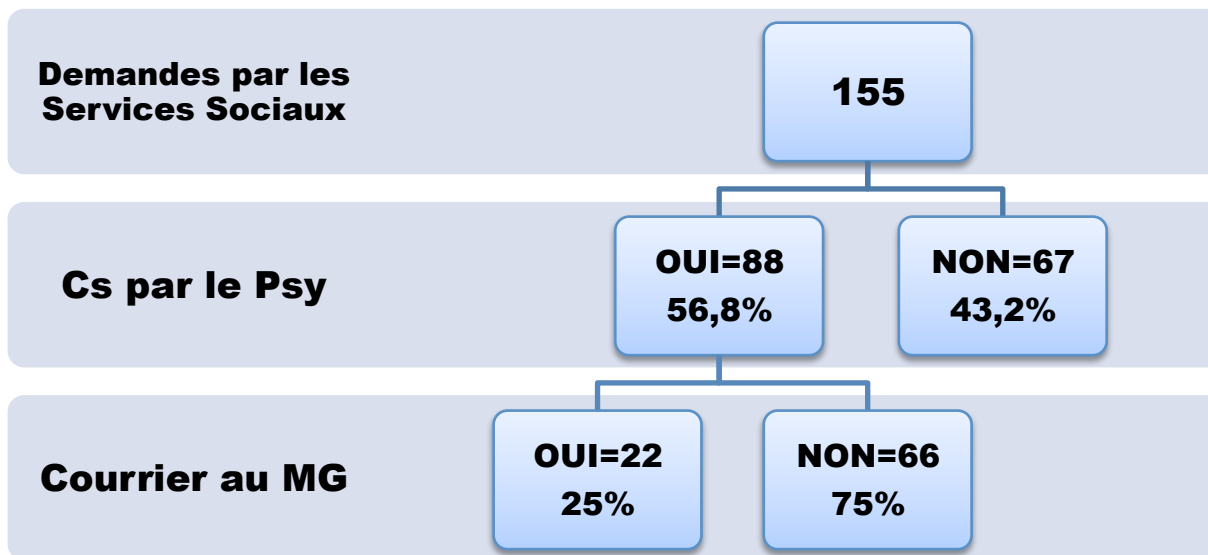
Les résultats de consultations et de courriers de psychiatre, retrouvés pour ce mode d'adressage, sont assez proches de celui par les autres médecins, donc, supérieurs à l'adressage par les MG.

3.4.5. Les demandes faites par les services sociaux

Sur l'ensemble de 155 demandes faites par les services sociaux, 88 (56,8%) patients ont été vus par les psychiatres.

Pour 22 (25%) d'entre eux, le psychiatre a écrit un courrier au MG.

Figure 18: Analyse des échanges de courriers autour des nouvelles demandes faites
les services sociaux



Donc, les MG ont eu un courrier concernant 14,2% des patients pour lesquels les services sociaux ont sollicité les équipes psychiatriques.

Les patients adressés par les services sociaux sont proportionnellement vus plus que les patients adressés par les MG.

4. DISCUSSION

4.1. INTRODUCTION

Notre étude a permis de constater une insuffisance globale des échanges de courriers entre les MG et les psychiatres, ressentie et exprimée par ces professionnels.

Néanmoins, les résultats sont assez hétérogènes selon les secteurs psychiatriques. Certains résultats très encourageants démontrent un fort potentiel d'amélioration de cette situation, la faisabilité et l'efficacité des mesures entreprises en ce sens.

Nous aborderons au début les points forts et les points faibles de notre étude puis discuterons de nos résultats.

4.2. LES POINTS FORTS ET LES POINTS FAIBLES

4.2.1. Les points forts

Notre étude est rétrospective. Les pratiques des professionnels n'ont pas été modifiées par l'étude.

Il s'agit d'une étude basée sur les dossiers et non une enquête d'opinions (souvent utilisée pour étudier la collaboration entre les MG et psychiatres).

Elle a inclus un nombre important de dossiers de nouvelles demandes sur une période récente donnée. Tous les dossiers de nouvelles demandes enregistrées au cours de ces trois mois ont été étudiés (papiers, informatiques, archives et autres).

L'étude a concerné un territoire géographique assez important : 8 secteurs psychiatriques de l'EPSM Lille Métropole.

L'étude a employé des outils ayant fait l'objet de recommandations de bonne pratique validées par l'HAS [34].

4.2.2. Les points faibles

L'étude n'a concerné que la collaboration entre les MG et les psychiatres du secteur public. Les études rétrospectives basées sur les dossiers sont très difficiles à mettre en œuvre dans le secteur psychiatrique libéral.

L'évaluation du travail des MG est certainement faussée puisque l'étude s'est basée sur les dossiers de psychiatrie. Les résultats sont dépendants du patient, prenant toute sa place dans cette interface, décidant ou pas de consulter le psychiatre suite à l'avis du MG, apportant ou pas le courrier du MG.

Les autres moyens de communication (téléphone, mails) pourtant faisant partie de la collaboration ne sont pas pris en compte.

Certains secteurs psychiatriques font des courriers dits de « liaison » au MG pour informer ces derniers des prises en charge (par ex. psychothérapies, dates de rendez-vous avec psychologue, psychiatre etc.) proposées à leurs patients. Ces courriers de « liaison » ne sont pas inclus dans notre étude, pourtant il s'agit bien d'un effort de communication et du désir de collaboration entre les CMP et la ville, mais pas entre les psychiatres et les MG.

4.3. DISCUSSION DES RESULTATS

4.3.1. L'origine de l'adressage des premières demandes

Sur l'ensemble des nouvelles demandes aux CMP, seulement près d'un tiers (32,1%) proviennent des MG, les demandes les plus nombreuses étant faites directement par les patients (36,5%). Cependant, ce taux d'adressage par les MG varie énormément d'un secteur à l'autre (de 16,8% à 57,1%) et semble être inversement lié au taux de demandes directes par les patients. Ainsi, le secteur 8 et le secteur 2, ayant les taux les plus bas de demandes directes, respectivement de 16,7% et de 23,6%, ont les taux les plus élevés d'adressage par les MG, respectivement de 57,1% et de 41,6%.

Si on effectuait les calculs sans comptabiliser les données du secteur 8 (qui pratique une politique de collaboration très étroite avec la ville), les taux d'adressage seraient de 26% pour les MG (contre 32,1% pour l'ensemble de l'EPSM LM) et de 41,3% pour les demandes directes (contre 36,5% pour l'ensemble de l'EPSM LM). Ces chiffres reflètent certainement mieux la réalité de l'adressage vers les secteurs « classiques ».

Les résultats du secteur 1 présentent un biais du recueil de données. Dans ce secteur, sont considérés comme adressés par les MG les patients ayant un courrier de celui-ci. L'étude attentive des observations médicales et paramédicales n'a pas permis de déterminer si les patients sans courrier consultaient quand même suite aux conseils de leur MG. Très logiquement, dans le chapitre évaluant la correspondance des MG, le taux de présence de courriers des MG (objectif 1 de la grille CNQSP) avoisine les 100%.

Les taux cumulatifs de l'adressage par les autres médecins, familles et services sociaux restent relativement stables d'un secteur à l'autre (variant approximativement de 25% à 35%), sauf pour le secteur 1 (\approx 18%). Mais, le biais concernant l'adressage par les MG s'applique également aux patients adressés par les autres professionnels de santé, sous évaluant ce pourcentage en faveur des demandes directes par le patient.

Les taux d'adressage retrouvés dans notre étude sont assez proches des résultats d'une enquête nationale (31% de patients adressés par les MG, 41% ayant consulté de leur propre chef ou sur le conseil d'un proche, 25% suite à une hospitalisation, sur le conseil d'un médecin du travail ou un autre spécialiste non psychiatre) [37,38].

L'interprétation des modes d'adressage est délicate et fait intervenir l'analyse des comportements des patients et des MG, de l'interface entre les MG et les psychiatres, de l'organisation des soins.

Nous pouvons supposer que les demandes directes ont 2 origines :

1. Les patients estimant avoir des troubles psychologiques et ayant contourné les soins primaires.
2. Les patients présentant un trouble psychologique pour lequel le MG ne les a pas adressés en psychiatrie (3^{ème} filtre de Goldberg et Huxley).

En France, près de 60% des personnes interrogées disent vouloir consulter leur MG en premier, en cas de troubles mentaux, mais près de 15% un psychologue et un autre 15% un psychiatre [39]. Donc, il y a un pourcentage de la population qui considère les psychiatres et les psychologues comme des professionnels de premier recours en cas de troubles mentaux (plutôt les personnes avec un niveau socio

éducationnel élevé) [39]. Ils court-circuitent les soins primaires en échappant aux filtres 2 et 3 de Goldberg et Huxley.

L'autre partie des demandes directes est représentée par les patients ressentant un besoin de consulter en psychiatrie mais non adressées par les MG (filtre 3 de Goldberg et Huxley).

Comme nous le savons, le taux d'adressage des patients par les MG en France est l'un des plus bas en Europe [9,12]. Pourtant les MG ressentent un besoin de collaboration pour près de la moitié de leurs patients présentant des troubles mentaux. Cependant, l'adressage au psychiatre n'est pas leur option thérapeutique privilégiée [26]. Différents facteurs influencent sur la décision d'adressage du MG au psychiatre dont le niveau de réticence du patient de consulter en milieu psychiatrique et la qualité de l'interface entre le MG et le psychiatre. Les MG déclarent éprouver des difficultés pour convaincre leurs patients afin que ces derniers consultent [26]. Pourtant, les enquêtes auprès de la population trouvent 80% de la population prête à consulter un spécialiste en psychiatrie si leur MG le leur demandait [39]. Ce point n'est pas évaluable par notre étude puisqu'elle s'intéresse aux personnes ayant envie de consulter. Par contre, elle permet de mesurer l'impact de la qualité de l'interface sur le processus d'adressage. En effet, nous avons la possibilité de comparer les résultats d'un secteur (secteur 8), où la collaboration entre les soins primaires et la psychiatrie est importante, et les autres secteurs de l'EPSM LM.

Les résultats du secteur 8 permettent de constater que, malgré la bonne interface, il y a toujours un pourcentage de patients contournant les soins primaires (16,7%). Cependant, la qualité de l'interface entre les soins primaires et la psychiatrie joue un rôle prépondérant. Dès qu'on améliore cette interface l'adressage par les MG

augmente considérablement (de plus de 30% dans notre étude, différence entre 57,1% et 26%) et le taux de demandes directes chute de près de 25% (différence entre 41,3% et 16,7%). Un autre constat intéressant, c'est la quantité plus importante des nouvelles demandes du secteur 8 ayant probablement comme conséquence une accessibilité plus importante aux soins psychiatriques. Ainsi, comme le démontrent certaines études, les moyens mis en œuvre pour la collaboration entre les MG/services jouent sur les taux d'adressage par les MG (3^{ème} filtre de Goldberg et Huxley). Ils adressent plus facilement un nombre important de patients nécessitant une consultation de psychiatrie [40]. L'impact de ces pratiques est majeur dans l'amélioration des soins prodigués aux populations puisqu'elles permettent de recruter via les MG les personnes justifiant de soins spécialisés, habituellement mal pris en charge.

4.3.2. Etude des dossiers des patients adressés par les MG

Nous avons étudié 471 dossiers de patients adressés par leurs MG selon la grille de CNQSP [34] (Annexe 1, Volet 1).

❖ Objectif 1 :

- Critère 1 : Dans 63% des dossiers, nous avons trouvé le courrier du MG (soit papier, soit scanné dans le dossier informatique). Nous pouvons supposer que ce chiffre est sous-évalué. Le patient est le moyen de transmission de courrier entre les MG et les CMP mais il peut l'égarer, l'oublier (situation assez fréquente dans la pratique). D'autre part, en ce qui concerne les dossiers informatisés, dans quelques cas, au cours de la lecture des observations médicales et paramédicales, nous avons eu l'impression que le patient avait

présenté un courrier, sans pour autant le retrouver dans le dossier. Même si globalement les dossiers informatisés étaient assez bien tenus on ne peut écarter ce biais.

Le résultat du secteur 1 est ininterprétable puisque ce taux voisin de 100% vient d'un biais du recueil de données (explication page 41). En comparant les secteurs « classiques », on peut constater une certaine homogénéité des résultats (de 40% à 60%), alors que le taux du secteur 8 est nettement supérieur (76,2%). Dans les enquêtes d'opinion, les MG déclarent faire un courrier dans 97% de cas [41], en tout cas il n'y en plus qu'un peu plus de 60% à l'arrivée aux CMP dans notre étude.

❖ Objectif 2 : Favoriser les échanges collaboratifs

- Critère 2 : les MG notent toujours le motif de la consultation et dans les deux tiers des cas notent leurs attentes concernant le suivi du patient (Critère 3).

❖ Objectif 3 : Transmettre les informations utiles au psychiatre

Le constat général est la pauvreté du contenu des courriers des MG. Les éléments symptomatiques sont renseignés correctement (dans près de 80% des dossiers), la moitié des courriers décrivent l'histoire personnelle du patient et son environnement, 40% l'histoire de la maladie. Le reste des critères n'est renseigné que dans moins d'un tiers des dossiers.

Les psychiatres identifient le problème d'inadéquation des courriers des MG comme un problème majeur [42]. La rédaction du courrier est une activité très chronophage et non valorisée pour les MG. De plus, ces derniers sont réticents pour transmettre par écrit les informations concernant leurs patients psychiatriques (problématique de secret médical partagé). Aussi, ils s'attendent à ce que les psychiatres explorent eux-mêmes les aspects qui les intéressent [34].

Le faible pourcentage du critère 5 est très alarmant. Les MG ne transmettent que dans 30% des courriers les antécédents somatiques et les traitements en rapport avec ces maladies. On sait que les patients psychiatriques présentent plus de pathologies somatiques et une surmortalité « naturelle » par rapport à la population générale. Inversement, les personnes suivies pour un problème somatique ont deux fois plus de maladies psychiatriques que la population indemne [28,29,30]. La connaissance des antécédents somatiques et des traitements du patient est indispensable au psychiatre pour établir correctement le diagnostic (diagnostic différentiel, comorbidités), évaluer correctement les bénéfices/risques des traitements (pathologies cardiaques, troubles hépatiques, syndromes métaboliques, interaction médicamenteuse et autres). Selon une étude, dans 61% des cas les psychiatres ne connaissaient pas les maladies somatiques de leurs patients alors que 28% de ces derniers en avaient une [43].

Le critère 10 (information donnée au patient justifiant la consultation de psychiatrie) est également peu renseigné (1/3 des courriers), alors que cette information permettrait au psychiatre d'ajuster sa communication avec le patient sans dévaloriser, et parfois contredire les propos de MG, créant un climat de confiance et une meilleure adhérence aux soins du patient [34].

La présence souvent du motif de la consultation sans plus d'explicitation rejoint les données de la littérature concernant les différences des motifs d'adressage aux psychiatres par rapport aux autres spécialités. Les MG s'adressent aux psychiatres beaucoup plus souvent pour un avis global sur la prise en charge (28,3 %) et pour se décharger (46,6%) alors qu'ils s'adressent aux autres spécialistes pour le diagnostic (28%) et pour le traitement (35,4%)[44].

Au vu des résultats, on peut supposer que globalement le courrier pour les MG est plus un moyen de coordination de soins qu'un moyen de transmission d'information.

4.3.3. Les dossiers des patients avec une consultation de psychiatre.

Les CMP sont des structures polyvalentes, les soins y sont assurés par des professionnels de santé différents (les psychiatres, les psychologues, les infirmiers de psychiatrie etc.). Ainsi, toutes les nouvelles demandes ne sont pas vues par les psychiatres (demande de psychothérapies par les psychologues, souffrances psychiques mineures nécessitant des entretiens de soutien assurés par les IDE, les mauvaises orientations (ex. addictologie)). Par contre les prises en charge difficiles nécessitent un avis médical psychiatrique.

Sur l'ensemble des 1 469 nouvelles demandes, 44,2% ont été vues par les psychiatres.

Lorsque la demande de prise en charge provenait des MG un patient sur deux était vu par les psychiatres. Alors que les MG sont 70% à citer le psychiatre comme collaborateur souhaité pour leurs patients [26].

Lorsque le patient consultait lui-même le CMP, il n'était vu par le psychiatre que dans un cas sur trois. Cet écart peut être interprété comme un surplus de travail pour le personnel des CMP dû au manque de sélection et d'orientation des patients par les structures de soins de premiers recours (MG en particulier). Ces patients, s'ils avaient consulté leur MG en premier, seraient uniquement suivis par ce dernier ou seraient orientés vers les structures appropriées (mauvaise connaissance des structures par les patients).

L'analyse des résultats secteur par secteur permet de constater quelques points intéressants. Les secteurs 8 et 2, présentant les taux de demandes directes les plus bas et les demandes par les MG les plus élevés, ont des taux de consultations et les nombres absolus de consultations par les psychiatres parmi les plus élevés. On pourrait l'attribuer à un mouvement réciproque d'amélioration de pratiques. Les psychiatres consultent plus puisque l'adressage est approprié mais aussi parce qu'il y a une volonté de disponibilité pour les patients plus importante (réduisant les délais d'attente, première source d'insatisfaction des MG [26,34,41]). D'autre part, les MG adressent plus puisqu'ils sont contents de leur collaboration avec les psychiatres augmentant le nombre de patients psychiatriques au niveau des CMP et aux consultations de psychiatre.

Malheureusement, nous ne pouvons pas interpréter correctement les résultats du secteur 1 (biais dans le recueil de données, explications page 41) de ce point de vue de la dynamique des échanges (malgré son taux de consultation par les psychiatres le plus important).

❖ Objectif 1 : Adresser un courrier aux MG

Si, sur l'ensemble des dossiers des 8 CMP 57,1% des dossiers contenaient un courrier au MG, ce chiffre baisse à 43,4% sans la comptabilisation du Secteur 8 (81,8%). Les psychiatres sont parmi les spécialistes qui écrivent le moins souvent aux MG [26,41,45]. Il est compréhensible que ce taux ne puisse atteindre 100% (personnes n'ayant pas de MG, plutôt adressés par les services sociaux, dans des situations de précarité, suite à une décision de justice, demandes d'expertise etc.). D'ailleurs, les résultats de notre étude reflètent cette réalité. Les psychiatres font un courrier seulement pour 25% des patients vus en consultation adressés par les

services sociaux, alors qu'il s'agit des patients plutôt graves puisque les psychiatres jugent nécessaire de voir près de 60% d'entre eux. Une étude parisienne a réalisé une enquête auprès des patients hospitalisés en psychiatrie. Seuls 26% avaient un MG [46]. Cependant, les très fortes variations de pourcentage entre les secteurs (de 23,8% à 81,8%) montrent un excellent potentiel d'amélioration pour la plupart de ces derniers.

❖ Objectif 2 : Favoriser les échanges collaboratifs

Dans la grande majorité des cas les psychiatres apportent les réponses aux MG et ils proposent l'organisation de la prise en charge lorsque ces derniers le demandent. Mais ce dialogue (adressage MG avec courrier → consultations de psychiatre → réponse au MG) ne se fait en réalité que rarement (concerne 100 patients sur près de 1500 nouveaux patients vus aux CMP).

❖ Objectif 3 : Transmettre les informations utiles aux MG

Les courriers des psychiatres sont globalement très informatifs. Les avis diagnostiques, les facteurs environnementaux, les projets de soins, les prescriptions médicamenteuses et les modalités du suivi psychothérapeutiques sont renseignés à près de 90%.

Les critères 5 (risque évolutif immédiat et surveillance à mettre en œuvre) et 9 (surveillance des prescriptions médicamenteuses) sont moins bien renseignés alors que ce type d'information pourrait participer à la formation des MG. Selon une source, les psychiatres ne souhaitent pas paraître paternaliste vis-à-vis des MG [47], alors que ces derniers souhaitent recevoir des psychiatres des courriers complets [48] et les utiliser comme source de formation [47].

La différence des contenus informatifs des courriers des MG et des psychiatres (comme des autres spécialistes) est également décrite dans la littérature scientifique [49]. Elle est souvent expliquée par la différence des rôles que jouent les courriers dans la communication entre les soins primaires et secondaires.

Les MG utilisent leur courrier comme un moyen d'adressage (exemple du courrier de MG ne contenant que « bon pour une consultation de psychiatrie »). Alors qu'en réalité ils ont des informations importantes à transmettre via leurs courriers (notamment informations sur les pathologies somatiques).

Le contenu des courriers des psychiatres est plus académique, complet, peut être utilisé par les MG comme source de formation en améliorant les compétences de ces derniers [47,48], améliorant le filtre 2 de Goldberg et Huxley.

A la décharge des MG, il faut quand même ajouter que les moyens mis à disposition des MG et des psychiatres publics pour la rédaction des courriers ne sont pas équivalents (temps de rédaction, présence de secrétariats etc.).

4.3.4. Les interactions entre les modes d'adressage et les échanges de courriers

Les études françaises et internationales font constat d'un mauvais échange entre les MG et les psychiatres et d'une insatisfaction mutuelle de ces échanges [34]. Pour comprendre cette insatisfaction, on va se positionner d'abord comme médecin généraliste pour interpréter les données issues de notre étude puis comme psychiatre du CMP.

4.3.4.1. Point de vue des médecins

❖ Point de vue de MG.

Au cours des trois mois, les MG ont adressé un certain nombre de patients dont 471 ont consulté aux CMP. Notre étude ne nous permet pas d'évaluer la part des patients qui n'ont pas suivi l'avis des MG de consulter un psychiatre. Moins de la moitié de ces patients ont été vus par le psychiatre, et pour seulement un tiers de ces patients le MG a reçu un courrier du psychiatre.

Donc, si on considère qu'au départ les MG avaient adressé un peu plus de patients que le nombre de demandes enregistrées par les CMP, alors ils n'ont eu de retour d'information que pour moins d'un tiers des patients pour qui ils avaient sollicité les psychiatres. C'est d'ailleurs l'impression qu'ont les MG, de ne recevoir de retour d'information que pour 26% de leurs patients [41]. D'un autre côté, ils ont reçu près de 200 courriers concernant les patients qu'ils n'ont à priori pas adressés. Et pour l'ensemble de près de 1500 personnes ayant demandé une première prise en charge en psychiatrie, les médecins généralistes n'ont eu que près de 400 courriers.

❖ Point de vue des psychiatres

Les psychiatres ont effectué 650 consultations. Le MG n'est pas leur interlocuteur privilégié, seul un tiers de leur activité venait de leur part. 71% des patients adressés par les MG qu'ils ont vus en consultation avaient un courrier. Les courriers que les psychiatres ont reçus étaient souvent succincts et peu informatifs. Lorsque les patients étaient adressés par les MG les psychiatres ont écrit une réponse suite à 71,6% de consultations (qu'il y eut un courrier ou pas). Les psychiatres ont adressé un courrier aux MG dans 50% de leurs consultations issues des autres modes d'adressage.

4.3.4.2. Point de vue des patients

Trois profils de patients se dressent à l'issue de notre étude.

❖ Patients ayant un suivi conjoint par le MG et le psychiatre

Pour les patients ayant un suivi conjoint par les deux professionnels, les échanges d'information se font relativement correctement, même si les améliorations dans les deux sens restent souhaitables, notamment dans certains secteurs. Mais, le nombre de ces patients est restreint (229) au vu de l'activité globale des CMP (1469) donc au vu des besoins de la population générale.

Lorsqu'on arrive à ce stade d'analyse, on parvient à mieux cerner les sources d'insatisfaction et d'incompréhension des MG et des psychiatres. Les deux professionnels ont l'impression d'être efficaces pour alimenter la communication sans réciprocité satisfaisante.

Les MG font des courriers pour au moins deux tiers de leurs patients adressés. Les psychiatres de leur côté écrivent des réponses aux MG dès qu'ils ont un patient adressé de leur part.

Alors d'où vient le problème ?

Les insuffisances dans la communication sont plutôt le fait des patients adressés par les MG et non vus par les psychiatres et inversement vus par les psychiatres et non adressés par les MG. Ils représentent une majorité dominante des nouvelles demandes aux CMP.

❖ Patients adressés par le MG et non vus par le psychiatre

Dans ce premier cas de figure, il s'agit d'une conséquence du mode de fonctionnement des CMP où les prises en charge sont souvent effectuées par des seuls professionnels paramédicaux (50% des patients adressés par les MG dans notre étude).

Traditionnellement, les médecins généralistes ne font pas de courrier à ces derniers (communication souvent sous forme d'ordonnance, de prescription) et n'ont pas de retour de leur part. Dans 70% des cas, lorsqu'une collaboration est demandée par le MG [26] il souhaite l'avis du psychiatre sans, pour autant, être opposé aux prises en charge par les autres professionnels [45]. Donc, au niveau des CMP une politique de communication étendue aux consultations des autres professionnels de santé mentale est souhaitable permettant de combler le manque de retour d'information vers les MG.

D'ailleurs, certains secteurs ont déjà appliqué ce fonctionnement prouvant un constat et une réflexion des équipes à ce sujet. Quelques secteurs pratiquent les courriers de « liaison » où le MG est prévenu par un petit courrier type des rendez-vous et des suivis proposés aux patients (psychologues, ide, psychiatre etc.). Le secteur 8 a une pratique particulièrement intéressante où ces courriers sont très complets et informatifs. Ils contiennent les informations recueillies au cours du premier entretien : les antécédents personnels et familiaux, les traitements en cours, l'histoire médicale, personnelle, familiale, contexte social, et la prise en charge effectuée au CMP. Ces courriers sont cosignés par un psychiatre du secteur repéré comme référent médical par le MG.

❖ Patients ayant vu le psychiatre et non adressés par le MG

C'est l'autre cas de figure où nous avons constaté un problème de communication.

Il s'agit des patients ayant court-circuité les soins primaires, deux tiers des patients ayant consulté aux CMP. L'explication de ce phénomène est complexe.

Malgré la mise en place du médecin traitant et du parcours des soins coordonnés en France, les psychiatres travaillent traditionnellement selon un modèle dit de « remplacement », modèle majoritaire pour les psychiatres libéraux et les secteurs psychiatriques publics. Les psychiatres y sont considérés comme des médecins de premier recours pour les problèmes psychiques et suivent seuls leurs patients [33,34]. Ceci crée donc deux systèmes parallèles (par le MG et par le psychiatre) de suivi des patients avec peu de passage d'un système à l'autre et peu de communication. Ce mode de fonctionnement a de nombreuses limites. Il est un frein puissant pour le développement d'une collaboration entre les MG et les psychiatres, crée un amalgame entre leurs rôles respectifs, entre les soins primaires et les soins spécialisés [34]. Il va contre les préconisations de l'OMS [1] et n'est pas souhaité par les patients [39].

Le Médecin Traitant doit être le médecin du premier recours pour les patients présentant un trouble mental (préconisation OMS). Il est plus accessible, plus consulté par la population, il connaît le patient dans son environnement, son suivi est moins stigmatisant [1].

Ainsi, pour améliorer la collaboration au niveau des CMP, il faudrait se positionner comme structure de soins secondaires et vouloir organiser le suivi du patient avec son référent en soins primaires. D'ailleurs, c'est ce que souhaitent les MG, organiser les soins avec les psychiatres comme avec les autres spécialités somatiques [50].

Un courrier leur devrait être adressé suite à toute consultation de psychiatrie qu'il soit ou pas à l'origine de l'adressage du patient.

D'un autre côté, lorsqu'une demande de prise en charge est enregistrée au CMP, il serait souhaitable de demander un courrier d'adressage du MG (mesure éducationnelle pour les patients et mesure de sensibilisation pour les MG).

4.4. PROPOSITIONS D'AXES D'AMELIORATION

La littérature internationale a largement renseigné l'intérêt, les possibilités et les voies d'amélioration de la collaboration entre les MG et les psychiatres. Il est bien évident que toutes les formes d'intervention, afin d'améliorer l'interface entre les MG et les psychiatres, peuvent avoir un impact positif sur leur satisfaction globale et les échanges de courriers [40,51,52].

Mais, nos propositions d'amélioration ne viseront que les échanges de courriers, objets de notre étude. C'est eux qui ont été identifiés comme levier majeur d'amélioration de collaboration entre les MG et les psychiatres par les Recommandations de Bonne Pratique [34].

Les mesures et les efforts concerneront tout d'abord les secteurs de psychiatrie et les psychiatres. Il ne s'agit pas d'un hasard puisque les recommandations les visent et identifient en premier comme acteurs de l'amélioration de collaboration (recommandations élaborées par le collège des psychiatres et non des MG) [34]. D'un autre côté, la mise en place organisationnelle est plus facile au niveau des secteurs psychiatriques (élaboration et application plus aisée d'une politique commune). Si on se réfère à certaines études, les mesures organisationnelles ont plus d'impact que les mesures éducationnelles auprès des MG [53] (par exemple

faible portée de diffusion des recommandations de bonne pratique) [53]. Par contre, ils sont sensibles aux mesures organisationnelles (changement des fonctionnements des secteurs pour viser une meilleure collaboration avec les soins primaires) [53].

Les axes d'améliorations de l'interface MG/psychiatre que nous avons identifié par notre étude sont les suivants :

- ❖ Il est souhaitable que les psychiatres adressent un courrier au MG après chaque consultation (quel que soit le mode d'adressage du patient).
- ❖ Il est souhaitable que le secteur psychiatrique, via le CMP, transmette systématiquement des informations concernant les prises en charge des patients sous forme d'un courrier standard complet avec, si possible, la désignation d'un médecin psychiatre référent.
- ❖ La qualité globale des courriers des psychiatres est satisfaisante, mais les transmissions des informations aux MG à visée formatrice sont à encourager.
- ❖ La mise en place des mesures favorisant les distinctions entre les soins primaires (MG) et secondaires (secteur psychiatrique) est souhaitable (demande d'un courrier d'adressage de MG pour les nouvelles demandes, réadressage du patient avec courrier du psychiatre vers les soins primaires, par exemple pour surveillance, prescription de traitement, demande d'examen complémentaire ou biologique etc.).
- ❖ La communication par le MG des antécédents somatiques et des traitements habituels doit être recherchée (les courriers de liaison peuvent contenir une demande aux MG de communication de ces informations).

Les mesures qui découlent de notre étude ne sont pas novatrices et sont déjà appliquées avec succès par certains secteurs psychiatriques (dont un à l'EPSM LM).

Ces mesures sont également appliquées par les autres spécialités médicales. Par exemple, certains services d'anesthésie demandent un courrier du MG avec les antécédents, les allergies et les traitements.

Un autre exemple de comparaison intéressant est le fonctionnement des services d'urgences. Les patients y consultent souvent pour des problèmes relevant des soins primaires. Les problèmes de communication entre les MG et les urgentistes ont souvent été étudiés. Actuellement, les courriers de sortie des services d'urgence sont une règle. Très souvent, le traitement doit être prescrit par le MG à l'issue du passage des patients aux urgences, ainsi que les arrêts de travail, les soins et les suivis.

Nos propositions sont faciles à mettre en œuvre, ne sont pas coûteuses, demandent une amélioration des pratiques professionnelles médicales et paramédicales sans les révolutionner. Mais elles peuvent générer une communication entre les MG et les psychiatres avec tous les aspects positifs qui en découleraient, la plus importante étant une meilleure prise en charge des patients.

5. CONCLUSIONS

Les résultats de notre étude ont permis de constater un manque quantitatif et qualitatif des échanges de courriers entre les MG et les psychiatres de l'EPSM Lille Métropole. Pourtant, les variations intersectorielles des résultats confirment le fort potentiel d'amélioration de ces échanges d'information et donc d'amélioration de la collaboration entre ces deux professionnels.

Nos résultats permettent d'identifier les sources potentielles d'insatisfaction des MG et des psychiatres et de proposer des mesures d'amélioration de ce sentiment.

Les MG adressent peu aux secteurs de psychiatrie, malgré un besoin ressenti et exprimé de collaboration pour une bonne partie de leurs patients [26]. Ils sont à l'origine de seulement 32,1% de nouvelles demandes de prise en charge psychiatriques aux CMP. 63% de ces patients présentent un courrier d'adressage de leur part.

Le mode de fonctionnement « de remplacement » des secteurs psychiatriques fait que les patients consultent directement aux CMP sans l'avis de leur MG (36,5%) [34].

L'organisation et le fonctionnement pluridisciplinaire des CMP font que moins de la moitié des patients en demande de soins sont vus par les psychiatres. Ces derniers font des courriers aux MG pour 57,1% d'entre eux (donc pour moins d'un tiers des premières demandes).

Le fait d'être adressé par le MG augmente la probabilité de rencontrer le psychiatre, surtout s'il y a un courrier du MG par rapport aux demandes directes des patients.

Dans ce cas de figure, le psychiatre écrit une réponse pour un peu plus de deux tiers de ses consultations. Par contre, l'adressage par le MG n'augmente pas la probabilité d'être vu par le psychiatre en comparaison avec l'adressage par la famille, les autres médecins et les services sociaux.

Le contenu des courriers des MG était assez pauvre n'indiquant, pour la plupart du temps, que le motif d'adressage. Le courrier de MG apparaît plus comme un moyen de coordination de soins qu'un moyen de collaboration et de transmission d'information. Cette utilisation doit mettre les psychiatres en difficulté et provoquer leur mécontentement puisque même les maladies somatiques et les traitements habituels ne sont pas notés. Le contenu des courriers des psychiatres était, en revanche, assez complet. Toutefois, on peut souligner le manque de pédagogie vis-à-vis des MG dans ces courriers, alors qu'ils pouvaient servir de moyen de formation pour ces derniers [47].

Les moyens d'amélioration de la collaboration entre les MG et les psychiatres sont multiples. Nous allons nous concentrer sur l'amélioration des échanges de courriers au niveau des secteurs de psychiatrie (puisque les psychiatres sont visés en premier par les recommandations de bonne pratique [34]).

L'insatisfaction des MG vient du manque du retour d'information des CMP (moins d'un tiers des patients) dû au fonctionnement des CMP (patients non vus par les psychiatres) et dû aux habitudes des psychiatres. Les mesures d'amélioration vont viser d'abord la communication des psychiatres (rendre systématique le courrier au MG à l'issue d'une consultation, quel que soit l'adressage). Ils vont ensuite concerner l'ensemble des intervenants des CMP amenant à l'élaboration d'un courrier de

« liaison » complet, systématique après n'importe quelle prise en charge psychiatrique, si possible avec le nom d'un médecin référent.

L'insatisfaction des psychiatres est provoquée par le manque d'adressage par les MG et le manque de transmissions d'informations (notamment sur les pathologies somatiques du patient). Les changements positifs de cette réalité peuvent être espérés si l'interface entre les MG et les psychiatres s'améliore. Mais, quelques pistes de sensibilisation des MG peuvent être tentées (demander systématiquement aux patients d'amener un courrier de MG, demander aux MG les pathologies somatiques et les traitements habituels via les courriers de « liaisons »).

Enfin, une bonne distinction entre les soins primaires (MG) et les soins spécialisés (secteur psychiatrique) est souhaitée pour définir les rôles de chaque praticien. Les courriers systématiques des psychiatres ont ce rôle puisqu'ils renvoient aux soins primaires tous les patients ayant consulté aux CMP. Les psychiatres peuvent renforcer cette distinction en demandant aux MG (de façon explicite et pédagogique) d'assurer le suivi conjoint de leurs patients (les renouvellements, les surveillances des traitements, les surveillances biologiques etc...).

Nos résultats, même s'ils démontrent un manque d'échanges collaboratifs, sont encourageants dans le sens où ils témoignent du fort potentiel d'amélioration de ces pratiques. Les résultats du secteur 8 en sont la preuve puisque la politique de bonne collaboration avec les soins primaires a un impact sensible positif sur tous les paramètres que nous venons d'évaluer.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport sur la Santé dans le Monde 2001, La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. L'organisation Mondiale de la Santé 2001. Genève. www.who.int/mental_health
2. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ* 2000;78:413-426.
3. The WHO World Mental Health Survey Consortium*. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-2590.
4. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349(9063):1436-42.
5. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M and al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2197-223.
6. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380(9859):2163-96.
7. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J and al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013. pii: S0140-6736(13)61611-6. [Epub ahead of print]
8. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-1504.
9. European Commission. The state of mental health in the European Union; 2004.
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf

10. Rice D et al. The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness, Publication Numero 90-1694, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, Rockville; 1990.
11. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J and al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007;370:841–50.
12. Kovess-Masfety V, ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv* 2007;58(2):213-20.
13. Goldberg D, Huxley P. *Common Mental Disorders: A Bio-Social Model*. London, England: Routledge; 1992.
14. Goldberg DP, Lecrubier Y. Form and frequency of mental disorders across centres. Dans: Üstün TB, Sartorius N, *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons ;1995: 323-334.
15. Younès N, Hardy-Bayle MC, Falissard B. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health* 2005;5:104.
16. Briot M. *Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes*. Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé; 2006.
17. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude ESEMeD/MHEDEA 2000. *L'Encéphale* 2005;31:182-94.
18. Gasquet I, Nègre-Pages L, Fourrier A and al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) en population générale. *L'Encéphale* 2005;31(2):195-206.
19. Nicoli M, Bouchez S, Nieto I et al. Idéation et conduites suicidaires en France : prévalence sur la vie et facteurs de risque dans l'étude ESEMeD. *L'Encéphale* 2012;38 N°4:296-303.
20. Etude réalisée par l'URC Eco-Île de France et l'IRDES, pour la Fondation FondaMental;2009.
http://www.fondationfondamental.org/upload/pdf/dp_fondation_fondamental.pdf
21. <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-heatmap>

22. Norton J, De Roquefeuil G, David M, Boulenger JP, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L'Encéphale* 2009 ; 35(6) : 560-569.
23. Grolleau A, Cougnard A, Bégaud B, Verdoux H. Usage et congruence diagnostique des traitements à visée psychotrope : résultats de l'enquête santé mentale en population générale en France métropolitaine. *L'Encéphale* 2008;34(4):352-9.
24. Norton J, David M, Boulenger JP. General Practitioners are bearing an increasing burden of the care of common mental disorders in France. *The European journal of psychiatry* 2007;21:63-70.
25. Assurance Maladie, 2005. [_http://www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004](http://www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004)
26. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, Kovess V, Falissard B, Hardy Bayle MC. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice*. 2005;6(1):18.
27. Haxaire C. Représentation de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes (Finistère et Côtes d'Armor). Colloque "Représentations des troubles psychiques pratiques de soins et vécu des malades" Paris, 4 décembre 2006.
28. Mantelet S, Sabran Guillin V, Hardy P. Épidémiologie des associations entre troubles mentaux et affections somatiques. *EMC Psychiatrie* 1998 ; 37-402-A-10.
29. Consoli SM. Depression and associated organic pathologies, a still underestimated comorbidity. Results of the DIALOGUE study. *Presse Med*. 2003; 32(1): 10-21.
30. Cottencin O. Dépressions sévères : comorbidités somatiques. *L'Encéphale* 2009;35 Suppl 7:272-278.
31. Piel E, Roelandt J. Rapport de Mission. De la Psychiatrie à la Santé Mentale. Paris Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère Délégué à la Santé; 2001.
32. Huxley P. Mental illness in the community: the Goldberg-Huxley model of the pathway to psychiatric care. *Nord J Psychiatry* 1996;50 (Suppl 37):47-53.

- 33.** Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working gat the interface between mental health services and primary care. *British Journal of Psychiatry* 1997;170:6-11.
- 34.** CNQSP, HAS. Recommandations de Bonne Pratique. La coopération Médecins Généralistes – Psychiatres : Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique (synthèse, recommandations et argumentaire scientifique). Septembre 2010.
- 35.** <http://www.epsm-lille-metropole.fr/>
- 36.** Roelandt JL. Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. *L'Information psychiatrique* 2006;82(4) :343-7.
- 37.** Rouillon F, Lejoyeux M. Modalités d'accès aux soins en consultation psychiatrique. *Ann. Méd. Psychol.* 1993, 151(9):628-632.
- 38.** Parquet PJ. Itinéraire des déprimés. Réflexions sur leurs trajectoires en France. Rapport ;Janvier2001.
<http://psydocfr.broca.inserm.fr/bibliothq/sallelec/ltindeprimes/>
- 39.** Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F. 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.
- 40.** Hull SA, Jones C, Tissier M, Eldridge S, Maclaren D. Relationship style between GPs and community mental health teams affects referral rates. *British Journal of General Practice* 2002;52:101-107.
- 41.** <http://www.santementale.fr/actualites/difficile-liaison-entre-generalistes-et-psychiatres.html>
- 42.** Tanielian TL and al. Referrals to psychiatrists. Assessing the Communication Interface Between Psychiatry and Primary Care. *Psychosomatics* 2000;41:245-252.
- 43.** Bohn I, Aubert JP, Guegan M. Patients psychiatriques ambulatoires: quelle coordination des soins? *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2007;770-771:511-514.
- 44.** Coulter A, Noone A, Goldacre M. General practitioners' referral to specialist outpatient clinics: Why general practitioner refers to specialist outpatient clinics. *Br Med J* 1989;299:304-8.

45. Trojak B, Barra J-D, Milleret G. Les médecins généralistes regardent la psychiatrie. *Nervure* 2004;2/3:9.
46. Philippe Montariol, Michel Guillard, Olivier Bollengier et al. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? *l'Information Psychiatrique* 2006;82(10):793-800.
47. Gagliardi A. Use of referral reply letters for continuing medical education: a review. *J Contin Educ Health Prof* 2002; 22(4):222-9
48. Serfontein J, Dodwell D, Patel P. Psychiatric discharge summaries: what do general practitioners want? *Mental Health in Family Medicine*. 2011 September; 8(3)167
49. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioner and specialist. *Br J Gen Pract* 1990;40(340):445-449.
50. Mykletun A, Knudsen AK, Tangen T, Overland S. General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10: 35
51. Williams JJJ, Rost K, Dietrich AJ and al. Primary care physicians' approach to depressive disorders. Effects of physician specialty and practice structure. *Arch Fam Med* 1999;8:58-67.
52. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative Care for Depression: A Cumulative Meta-analysis and Review of Longer-term Outcomes. *Arch Intern Med*. 2006;166 (21):2314-2321.
53. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care A Systematic Review *JAMA*. 2003;289(23):3145-3151.

7. ANNEXES

ANNEXE 1 [34]

**Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques
Les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors de la demande de
première consultation par le médecin généraliste pour un patient présentant un trouble mental
avéré ou une souffrance psychique
Document destiné aux médecins généralistes (volet 1 des critères de qualité) et aux
psychiatres (volet 2 des critères de qualité)**

Volet 1 : critères pour le MG

Objectif 1. Adresser un courrier au psychiatre lors d'une demande de consultation spécialisée avec un psychiatre

- Un courrier a été adressé au psychiatre

Objectif 2. Favoriser les échanges collaboratifs

- Les raisons ou motifs de la demande de consultation spécialisée ont été renseignées dans le courrier adressé
- Les attentes du MG concernant l'organisation du suivi du problème psychique de son patient ont été renseignées

Objectif 3. Transmettre les informations utiles au psychiatre

- Les principaux éléments symptomatiques repérés par le MG ont été renseignés
- Les problèmes de santé somatique et les traitements actuellement prescrits ont été renseignés
- Les principaux éléments de l'histoire médicale et psychiatrique ont été renseignés
- Les actions notables liées à des traitements précédemment ou actuellement prescrits pour le trouble psychique sont renseignées
- Les faits marquants de l'histoire personnelle et du contexte environnemental du patient ont été renseignés
- Les suggestions thérapeutiques du MG ou leur absence ont été renseignées
- L'information donnée au patient pour justifier d'une consultation spécialisée a été renseignée

Volet 2 : critères pour le psychiatre

Objectif 1 : Adresser un courrier en réponse à la demande de consultation spécialisée du MG

- Un courrier a été adressé au MG qui a fait la demande de consultation spécialisée

Objectif 2 : Favoriser les échanges collaboratifs

- Le psychiatre a apporté une réponse aux questions posées par le MG
- L'organisation de la prise en charge du problème psychique du patient intégrant la place du MG en fonction des attentes que celui-ci a transmis a été renseignée par le psychiatre

Objectif 3 : Transmettre les informations utiles au MG

- L'avis diagnostique ou les hypothèses diagnostiques et les arguments en rapport ont été fournis au MG
- L'existence ou non d'un risque évolutif immédiat et les éléments de surveillance à mettre en œuvre sont renseignés
- Les facteurs environnementaux pouvant avoir un impact sur le devenir du patient sont renseignés. S'inscrivent dans cette rubrique les éléments justifiant un arrêt de travail.
- Le projet de soins que le psychiatre a proposé au patient est renseigné
- La prescription médicamenteuse proposée est renseignée
- L'existence ou non d'éléments de surveillance des traitements spécifiques
- Les modalités de suivi psychothérapeutique sont renseignées

ANNEXE 2 : évaluation des courriers des MG selon les secteurs (Objectifs 1 et 3 de la grille CNSQP (34))

COURRIER DES MG SECTEUR	CRITERE	CRITERE	CRITERE	CRITERE	CRITERE	CRITERE	CRITERE	CRITERE	CRITERE
	1	4	5	6	7	8	9	10	
G07 SECTEUR1	35 97,2%	30 86%	10 28,6%	17 48,6%	13 37%	17 48,6%	21 60%	14 40%	
G10 SECTEUR2	42 62,7%	30 71%	13 31%	20 48%	16 62%	20 48%	12 28,6%	6 14%	
G16 SECTEUR3	22 50%	17 77,3%	7 31,8%	12 54,5%	7 31,8%	11 50%	11 50%	2 9%	
G17 SECTEUR4	14 43,75%	10 71%	2 14%	5 35,7%	2 14%	4 28,5%	4 28,5%	0 0%	
G18 SECTEUR5	14 58,3%	14 100%	3 21%	4 28,6%	5 35,7%	8 57%	8 57%	0 0%	
G19 SECTEUR6	27 45%	18 66,7%	14 52%	8 30%	2 7,4%	8 30%	2 7,4%	0 0%	
G20 SECTEUR7	18 41%	12 66,7%	6 33%	7 38,9%	5 27,8%	7 38,9%	8 44%	4 22%	
G21 SECTEUR8	125 76,2%	112 89,6%	34 27,2%	50 40%	24 19,2%	75 60%	36 28,8%	66 52,8%	

ANNEXE 3 : évaluation des courriers des psychiatres selon les secteurs (Objectifs 1 et 3 de la grille CNSQP (34))

COURRIER DES MG SECTEUR	CRITERE 1	CRITERE 4	CRITERE 5	CRITERE 6	CRITERE 7	CRITERE 8	CRITERE 9	CRITERE 10
G07 SECTEUR1	63 56,25%	61 97%	27 43%	52 82,5%	57 90,5%	62 98,4%	30 47,6%	51 81%
G10 SECTEUR2	40 38%	39 97,5%	27 67,5%	37 92,5%	39 97,5%	34 85%	25 62,5%	36 90%
G16 SECTEUR3	42 65,6%	42 100%	27 64,3%	39 92,9%	38 90,5%	42 100%	19 45%	34 81%
G17 SECTEUR4	34 48,7%	34 100%	18 53%	22 64,7%	30 88%	33 97%	18 53%	28 82%
G18 SECTEUR5	32 58%	30 93,75%	19 59,4%	26 81,3%	29 90,6%	29 90,6%	12 37,5%	23 71,9%
G19 SECTEUR6	10 23,8%	8 80%	3 30%	4 40%	9 90%	9 90%	6 60%	4 40%
G20 SECTEUR7	38 58,5%	38 100%	32 84%	37 97%	38 100%	38 100%	30 79%	37 97%
G21 SECTEUR8	112 81,8%	106 94,6%	85 75,9%	102 91%	110 98%	105 93,75%	58 52%	108 96%

AUTEUR : Nom : BAZINIAN-MOURNET

Prénom : Tatevik

Date de Soutenance : le 8 janvier 2014

Titre de la Thèse : Etude des échanges de courriers entre les médecins généralistes et les psychiatres de l'Établissement Public de Santé Mentale Lille Métropole.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Médecine générale, Psychiatrie, Correspondance, Collaboration, Echanges collaboratifs

Résumé :

Titre : Etude des échanges de courriers entre les médecins généralistes et les psychiatres de l'Établissement Public de Santé Mentale Lille Métropole.

Contexte : Les données de la littérature scientifique font un constat de mauvaise collaboration entre les médecins généralistes (MG) et les psychiatres. Les courriers étant considérés comme un levier important de cette collaboration, des recommandations de bonne pratique ont été élaborées par le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) en 2010. Ces recommandations concernent le premier adressage des patients adultes en psychiatrie et visent à améliorer les échanges collaboratifs de ces professionnels.

Méthodes. Cette étude est descriptive et rétrospective. Toutes les nouvelles demandes de prise en charge, enregistrées par les 8 secteurs de psychiatrie publique entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 2012, ont été étudiées. La première partie de l'étude a inclus tous les dossiers des patients adressés par les MG, la deuxième, tous les dossiers de patients ayant bénéficié d'une consultation de psychiatrie. Lorsque le dossier contenait un courrier de MG et/ou de psychiatre, celui-ci a été analysé selon la grille des critères d'évaluation des recommandations de CNQSP.

Résultats. 32,1% des 1469 nouvelles demandes de prise en charge psychiatrique étaient adressées par les MG dont 63% possédaient un courrier. Le contenu de ces courriers était assez succinct. 44,2% des nouvelles demandes ont été vues par les psychiatres qui ont fait un courrier aux MG à l'issue de 57% de leurs consultations. La qualité de ces courriers était globalement satisfaisante.

Conclusion. L'étude a démontré une insuffisance des échanges de courriers entre les MG et les psychiatres. La mise en évidence des pratiques différentes d'un secteur à l'autre confirme l'hypothèse d'un fort potentiel d'amélioration de collaboration entre ces professionnels. L'analyse des points faibles de leurs échanges a permis la proposition de quelques mesures visant à améliorer la qualité de la communication entre les MG et les psychiatres.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN
Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET
Monsieur le Professeur Philippe WARTEL
Monsieur le Docteur Bertrand LAVOISY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bertrand LAVOISY