Coordination entre médecine générale et secteur psychiatrique : enquête auprès des généralistes du 15e arrondissement de Paris. La création d'une équipe mobile en soins psychiatriques par les CMP répond-elle à un besoin dans la pratique des médecins généralistes ?

Jeanne Lanoë

▶ **To cite this version:**

Jeanne Lanoë. Coordination entre médecine générale et secteur psychiatrique : enquête auprès des généralistes du 15e arrondissement de Paris. La création d'une équipe mobile en soins psychiatriques par les CMP répond-elle à un besoin dans la pratique des médecins généralistes ?. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-01192835

HAL Id: dumas-01192835

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01192835

Submitted on 3 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2013 N°32

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Coordination entre médecine générale et secteur psychiatrique : Enquête auprès des généralistes du 15ème arrondissement de Paris. La création d'une équipe mobile en soins psychiatriques par les CMP répond-elle à un besoin dans la pratique des médecins généralistes ?

Présentée et soutenue publiquement

le 5 avril 2013

Par

Jeanne LANOË

Née le 2 mai 1983 à Gennevilliers (92)

Dirigée par Mme Le Docteur Isabelle Andreu, PH

Jury :

M. Le Professeur Philippe Jaury, PU-PH ..... Président

Mme Le Professeur Frédérique Noël, PA ..... Membre

M. Le Professeur Philippe Fossati, PU-PH ..... Membre

Except where otherwise noted, this work is licensed under
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.»

REMERCIEMENTS

Au Professeur Philippe Jaury, qui me fait l'honneur de présider ce jury, et d'y apporter son expérience. Qu'il trouve ici l'expression de ma sincère gratitude.

À ma directrice de thèse le Docteur Isabelle Andreu, qui m'a accompagnée jusqu'au bout de ce parcours. Ce fut un grand honneur et surtout beaucoup de plaisir de travailler sous sa direction.

Au Professeur Frédérique Noël, pour ses nombreux conseils tout au long de mon internat. Merci d'avoir guidé mon apprentissage universitaire de la médecine générale et d'avoir accepté d'être membre de ce jury.

Au Professeur Philippe Fossati, qui en me faisant l'honneur de juger mon travail aujourd'hui, clôt symboliquement de longues études débutées sur les bancs de la Pitié-Salpêtrière.

Au Docteur Marion Marçais, dont la passion pour ce métier m'a toujours fascinée, et a beaucoup compté pour moi au moment du choix de faire de la médecine générale.

Au Docteur Christophe Gryson, qui me transmet quotidiennement son savoir et son expérience, et dont la personnalité et la vision de notre métier m'aident à devenir le médecin que je veux être.

À Sébastien Julliand, pour sa patience et le temps consacré à l'élaboration des statistiques de ce travail.

À mes parents Henri et Guillemette, pour leur tendresse et leur enthousiasme jamais faiblissant pour tout ce que j'entreprends. Leur confiance m'a permis d'arriver jusque-là sereinement. Vous n'êtes que du bonheur depuis bientôt 30 ans !
Je remercie mon père pour ses précieuses relectures, et ma mère pour l'exemple qu'elle me donne dans le travail.

À Vincent, pour son amour, sa patience et ses encouragements quotidiens. Son aide et sa discrétion m'ont permis d'écrire cette thèse dans les meilleures conditions.

À Marine, présente à mes côtés depuis vingt ans, pour son amitié fraternelle et son soutien sans faille tout au long de ce projet.

À Hélène, pour son amitié constante, joyeuse et rassurante, dans tous les moments importants ou non de ma vie.

À Claire, Ariane, Adé, Aless et Marie-Ange, mes amies de toujours et de maintenant, pour leur amitié depuis toutes ces années, malgré le manque de temps et la distance qui parfois nous séparent !

À Virginie, Charlotte, Aurélie, Clément, Florine, Elisa, Sandra et Claire, mes co-internes d'exception devenus de vrais amis.

À mes amis Pierre et Pierre-Etienne, pour tous les bons moments passés et à venir, et à Damien, pour ses coups de motivation utiles pendant l'écriture de cette thèse !

À ma famille: Eric, Anne-Claire, Simon, Jean, Juliette, Eloïse, Sylvie, Anne, Damien, Nicolas, Victor, Anna et Gabriel, pour leur soutien pendant toutes ces années d'études, et leur intérêt toujours renouvelé pour mon métier.

À ma tante Isabelle, qui m'a transmis le gène de la médecine et montré l'exemple, et à qui je dois tant… Aux longues heures passées à parler boulot, qui ne font que commencer !

À la mémoire de ma grand-mère Guillemette, qui accompagne mes pensées chaque jour, et à celle de mon oncle Francis.

SOMMAIRE

TABLE DES ABREVIATIONS 6

I. INTRODUCTION..... 7

II. CONTEXTE.....10

II.1. Le secteur psychiatrique..... 10

II.1.1. Les malades mentaux à travers les siècles 10

II.1.2. La naissance du secteur psychiatrique 11

II.1.3. Organisation interne du secteur psychiatrique..... 13

II.1.4. Où en est-on aujourd'hui de la sectorisation ? 14

II.2. Les équipes mobiles en soins psychiatriques 16

II.2.1. Historique de leur création 16

II.2.2. Les équipes mobiles : dans quelles situations ?..... 17

II.2.3. Législation autour des interventions à domicile 20

II.2.4. Exemples d'équipes mobiles 21

II.2.5. EMILI, nouvelle équipe mobile..... 24

II.3. Coordination entre médecins généralistes et psychiatres..... 26

II.3.1. Le généraliste face aux pathologies psychiatriques..... 26

II.3.2. La psychiatrie face aux problèmes somatiques 27

II.3.3. Un manque de communication préoccupant 28

III. MATERIELS ET METHODES.....31

III.1. Type d'étude/ Population étudiée 31

III.2. Description de la mise en place de l'étude 31

III.3. Questionnaire 31

III.4. Analyse statistique..... 32

IV. RESULTATS 33

IV.1. Nombre de réponses..... 33

IV.2. Description de l'échantillon 33

IV.2.1. Âge et nombre d'années d'installation 33

IV.2.2. Sexe 34

IV.2.3. Mode d'exercice..... 35

IV.2.4. Discipline complémentaire d'exercice 35

IV.3. Coordination entre généralistes et CMP du 15ème arrondissement de Paris..... 35

IV.3.1. Intérêt pour la psychiatrie..... 35

IV.3.2. Suivi et difficultés rencontrées dans la prise en charge de patients psychiatriques 35

IV.3.3. Les généralistes souhaitent-ils plus d'interactions avec les psychiatres ? 37

IV.3.4. Les généralistes adressent-ils préférentiellement en libéral ou au CMP ? 37
IV.3.5. Les généralistes ont-ils déjà adressé un patient au CMP ? Pourquoi ? 39
IV.3.6. Les généralistes ont-ils déjà adressé une famille au CMP ? 41
IV.3.7. Connaissances du fonctionnement du CMP 41
IV.4. Création d'EMILI : intérêt pour leur pratique et implication potentielle des généralistes 43
IV.4.1. La création d'EMILI répond-elle à un besoin dans la pratique des médecins généralistes ? Objectif principal 43
IV.4.2. EMILI : pour quels patients ? 43
IV.4.3. Implication potentielle dans une visite à domicile conjointe avec EMILI 44
IV.4.4. Attentes des généralistes autour du projet d'EMILI 45

V. DISCUSSION 47
V.1. Que montre cette étude ? Ses principaux résultats 47
V.2. Oui, EMILI répond à un besoin dans la pratique des généralistes 48
V.3. Quelles propositions faire pour une meilleure coordination ? 50

VI. CONCLUSION 54

VII. ANNEXES 56
Annexe 1 : Spécialités exercées exclusivement par 53 médecins généralistes du 15ème arrondissement de Paris (exclus de notre enquête) 56
Annexe 2 : Courrier accompagnant le questionnaire 57
Annexe 3 : Questionnaire 59

VIII. BIBLIOGRAPHIE 66

TABLE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

AS : Assistante Sociale

ASM 13 : Association de Santé Mentale du 13ème arrondissement de Paris

CAC : Centre d'Accueil et de Crise

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNQSP : Centre National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie

CPOA : Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil

Cs : Consultation

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation, et des Statistiques

EMILI : Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison Intersectorielle

GLC : Groupement Locaux de Coopération

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

NHS : National Heath Service

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPEPS : Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé

PEC : Prise En Charge

SAU : Service d'Accueil des Urgences

UAO : Unité d'Accueil et d'Orientation

WONCA : World Organization of National Colleges Academies

I. INTRODUCTION

L'organisation de la prise en charge des malades psychiatriques, en constante évolution depuis la fin de la Guerre de 39-45, s'est vue bouleversée depuis les années 1960 par la création de la politique de sectorisation psychiatrique. En effet, on cherche depuis la moitié du XXème siècle, grâce notamment aux progrès de la chimiothérapie, à limiter les hospitalisations et leur durée en mettant l'accent sur la prise en charge ambulatoire des patients, développée autour d'un dispositif complexe.

En France, les maladies psychiatriques se situent au 3ème rang des maladies les plus fréquentes, derrière les cancers et les maladies cardio-vasculaires [1]. Elles représentent le deuxième poste en consommation de soins et de biens médicaux, et le premier poste en matière de dépenses d'hospitalisation. D'après le Ministère de la Santé, la dépression affecterait cinq millions de personnes et serait à l'origine de 50 à 70% des suicides annuels en France, soit six à sept mille cas sur environ 10000 suicides. On estime à 40 à 62% les dépressifs de 18-75 ans déclarant ne pas recourir aux soins. Les troubles bipolaires concerneraient 750 000 personnes, la schizophrénie 635 000 personnes (elle touche à peu près invariablement 1% de la population mondiale) [1]. Les pathologies psychiatriques sont fréquentes et difficiles à reconnaitre, à traiter, et sont souvent associées à une surmorbidité somatique [2]. Elles nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire.

La place du médecin traitant dans cette prise en charge ambulatoire des patients psychiatriques devrait être centrale, mais force est de constater qu'elle ne l'est pas. La communication est mauvaise entre psychiatres et médecins généralistes [3] [4].

Dans un climat politique où la question de l'égalité de l'accès aux soins est devenue une priorité, l'articulation des soins autour d'une coordination efficace entre ses différents protagonistes semble encore être à promouvoir afin d'assurer une meilleure prise en charge des patients.

Une autre facette de l'accès aux soins est aujourd'hui un enjeu majeur de la médecine en France : la question de la mobilité des soins et des visites à domicile pour des patients dépendants. Le médecin généraliste, souvent trop seul dans ces situations où les décisions

sont difficiles et l'organisation des soins autour de son patient très chronophage, fait de plus en plus appel à des systèmes de « réseau ». De nombreuses équipes mobiles voient le jour pour assurer des soins curatifs ou palliatifs à des patients ne pouvant se déplacer, ou à ceux pour qui le maintien à domicile est souhaitable.

La psychiatrie n'est pas en reste, proposant la création d'équipes mobiles en soins psychiatriques, imaginées dès les années 1960 avec la politique de désinstitutionnalisation, et qui prennent depuis quelques années un nouvel essor. Cette discipline rencontre un autre type de patient : ceux dont l'ambivalence, voire la réticence ou le refus catégorique des soins, ne leur permet pas de faire la démarche d'une demande de soins.

Dans le 15ème arrondissement de Paris, correspondant aux secteurs 75G14, 75G15 et 75G16, et dépendant de l'hôpital Saint-Anne, se trouvent 3 centres médico-psychologiques (CMP), ailes urbaines et de proximité de la psychiatrie hospitalière publique, les sites « Tiphaine », « Mathurin Régnier » et « Tisserand». Durant l'année 2012, ils ont mis en place leur propre équipe mobile de secteur, baptisée **EMILI** pour Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison Intersectorielle. EMILI souhaite répondre à la demande de médecins ou de familles démunis face à la santé psychiatrique d'un patient « à domicile ». Cette équipe mobile, caractérisée par sa disponibilité et la densité de sa réponse si besoin, a pour missions de recevoir tout signalement ou demande de soins psychiatriques à domicile, d'effectuer l'évaluation psychiatrique initiale, puis d'assurer des soins intensifs dans le cadre de la prise en charge d'états subaigus en alternative à une hospitalisation.

L'idée de cette thèse fait suite à des échanges avec le Docteur Isabelle Andreu - médecin psychiatre responsable du CMP de la rue Tiphaine et responsable d'EMILI – qui font le constat suivant : la réussite d'un tel dispositif dépend, entre autres, de l'articulation étroite avec les médecins généralistes, meilleurs connaisseurs de leurs patients, et premiers protagonistes avec les familles à même de signaler le cas d'un patient. Une réunion de présentation du projet à l'intention des médecins généralistes du quartier, à laquelle j'ai assisté, a eu lieu fin novembre 2011. Peu de généralistes s'étaient déplacés, et en discutant avec ceux qui étaient présents, je me suis rendue compte des difficultés qui existaient dans la communication entre ces deux acteurs essentiels du système de soins français que sont

les CMP et les généralistes, et de la potentielle réponse que pourrait apporter EMILI à ces médecins, parfois confrontés à des situations psychiatriques peu gérables seuls au domicile.

Ainsi, nous avons réfléchi à une étude qui interroge les généralistes du 15ème arrondissement de Paris. Elle vous est présentée ici, après un rappel bibliographique du contexte, centré sur l'histoire de la création du secteur et des équipes mobiles psychiatriques, et sur les données existantes sur les relations entre généralistes et psychiatres.

Après 50 années de création du secteur psychiatrique, quelle est la vision des généralistes de la psychiatrie publique ? Quels sont les motifs évoqués par les généralistes pour adresser leurs patients préférentiellement au CMP ou à un confrère libéral ? Quelles sont aujourd'hui les relations entre les généralistes et les CMP ? Que peut-on améliorer ?

Notre objectif principal sera de déterminer si la création d'EMILI répond à un besoin dans la pratique des médecins généralistes. Quelles sont leurs attentes face à la mise en place d'un tel projet, et leur potentielle implication dans sa réalisation ?

Nous tenterons, pour terminer ce travail, de proposer les bases de la construction d'une collaboration optimisée, d'après les résultats obtenus.

II. CONTEXTE

II.1. Le secteur psychiatrique

II.1.1. Les malades mentaux à travers les siècles

Longtemps, la maladie mentale a été considérée comme une maladie « du corps », et non comme une maladie du psychisme. Dans l'Antiquité, des théories sont développées pour expliquer les pathologies mentales à partir de dysfonctionnements somatiques. Hippocrate, par exemple, fonde la « théorie humorale » où le déséquilibre entre les différentes humeurs du corps explique les différentes pathologies, notamment mentales [5].

A partir du Moyen-Âge, les malades psychiatriques ont alimenté les légendes. Ils sont relégués dans le grand groupe des « mendiants », avec les pauvres et les infirmes, parias de la société. Jusqu'au XVIIème siècle est fait un amalgame entre sorciers, hérétiques et malades psychiatriques, malmenés et même brûlés par leurs concitoyens, pensant qu'ils sont possédés par le Diable. Leurs transes et leurs hallucinations entrent en fait sûrement dans le cadre d'états hystériques ou dépressifs, de psychoses délirantes aigues ou chroniques [6].

Au XVIème siècle, en 1544, un grand « Bureau des Pauvres » voit le jour, destiné à combattre la mendicité, véritable fléau de la capitale, mais qui échoue dans sa mission. Marie de Médicis décide alors en 1612 la création d'un hospice, Notre Dame de la Pitié, à l'emplacement d'un jeu de paume désaffecté de l'époque d'Henri IV, prévu pour contenir plusieurs milliers de mendiants parisiens. Les mendiants résistent toujours à cet « enfermement », c'est un nouvel l'échec. La Fronde aggrave le phénomène.

Louis XIV décide alors, par l'Édit Royal de 1656, la création de l'Hôpital Général qui est destiné à recueillir sans distinction tous les fous, mendiants, infirmes, criminels, qui perturbent l'ordre et la vie de la capitale par leur nombre croissant et leurs comportements asociaux. C'est le début de ce que Foucault appellera le « grand renfermement » [7]. Cet Hôpital Général est constitué de 5 établissements existants, dont la Pitié et Bicêtre, et d'un nouveau qui sera baptisé la Salpêtrière.

Pendant deux siècles, la Salpêtrière recevra toute personne posant un problème social. Prévue pour accueillir 4000 personnes, elle en compte près de 8000 à la veille de la Révolution. Elle est à la fois crèche, asile, hospice, prison, maison de redressement, infirmerie.

La psychiatrie française est née lors de la Révolution Française, où les révolutionnaires prônent la liberté individuelle. En 1793 à l'hôpital Bicêtre, Pinel, par un geste symbolique, « libère les aliénés de leurs chaînes » [8].

La loi du 30 juin 1838 demande qu'un asile soit créé dans chaque département français, afin d'y accueillir les malades mentaux, soit sous placement d'office ordonné par le Préfet, soit sous placement volontaire, à la demande de l'entourage. Il s'agit d'une date importante dans l'histoire de la psychiatrie, car cette loi demande la médicalisation de l'entrée des patients à l'asile : en effet, ceux-ci ne peuvent y être admis sans certificat médical.

La Révolution de 1848 abolira les Hospices et créera l'Assistance Publique (1849), qui existe toujours.

Ainsi, jusqu'à la moitié du XXème siècle, la seule réponse pour prendre en charge les malades mentaux reste l'enfermement à l'asile, et il s'agit là bien plus d'une réponse politique que thérapeutique.

II.1.2. La naissance du secteur psychiatrique

La politique de secteur est née après la Seconde Guerre Mondiale, de nombreux psychiatres s'élevant dans un mouvement humaniste contre cet enfermement, responsable de plus de 40 000 décès par dénutrition pendant la guerre. Déjà, la circulaire du 13 octobre 1937 propose la création des dispensaires d'hygiène mentale, services d'observation et de traitement en milieu ouvert, dont l'activité va croître jusque dans les années 1960. Le mouvement de désinstitutionnalisation débute donc, soutenu par des psychiatres de renom, tels Georges Daumezon, Lucien Bonnafé, François Tosquelles, Philippe Paumelle, issus de la Résistance.

La découverte du premier neuroleptique en 1952 par Delay et Deniker, le Largactil®, a contribué à ce mouvement en permettant de faire sortir de l'asile de nombreux malades mentaux [9].

Les dispensaires d'hygiène mentale vont modifier progressivement les caractéristiques présentées par la population admise dans les établissements psychiatriques ; les indications à une hospitalisation se précisent. Non seulement le malade y entre à la suite d'un dépistage effectué de plus en plus précocement au dispensaire, mais il en sort dans un délai beaucoup plus rapide, grâce aux thérapeutiques modernes et à la surveillance de post-cure organisée au dispensaire. Par ailleurs, dans la plupart des établissements, la sortie de sujets hospitalisés depuis de longues années a pu être possible. L'établissement psychiatrique devient un hôpital spécialisé pour maladies mentales et non plus un «asile d'aliénés » où étaient placées les personnes considérées comme dangereuses pour la société.

En 1958, est créée à Paris l'Association de Santé Mentale du 13ème arrondissement (ASM 13), première expérience de psychiatrie de secteur, qui vise à dispenser des soins « dans la cité ».

La circulaire du 15 mars 1960, rédigée par la Commission des Maladies Mentales et se basant sur le succès des dispensaires d'hygiène mentale, propose alors une nouvelle politique d'organisation de la psychiatrie en France : la sectorisation du territoire, qui découpe chaque département en secteurs géo-démographiques, organisation pionnière en réseau de l'offre hospitalière publique. Ainsi, chaque habitant de France dépend d'un secteur psychiatrique, l'OMS préconisant à l'époque 3 lits d'hospitalisation pour 1000 patients. Dans chaque secteur, une équipe pluridisciplinaire propose un accès aux soins pour tous, et assure la proximité et la continuité des soins en mettant l'accent sur une série de réalisations extra-hospitalières, à tous les stades de la pathologie (prévention, soins, réinsertion) dans une vision globale de la prise en charge [10].

La mise en place effective de cette sectorisation n'a débuté qu'en 1972, avec la parution d'une des circulaires d'application, et n'a été inscrite dans la loi que le 31 décembre 1985. Le centre médico-psychologique (CMP) est officiellement défini par l'arrêté du 14 mars 1986 [11]: c'est une unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organise les actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile.

C'est le premier lieu de référence et d'implantation de l'équipe polyvalente de secteur dans l'arrondissement, la ville, le village, le canton. Il est le premier interlocuteur pour la population et doit être connu de tous.

II.1.3. Organisation interne du secteur psychiatrique

Le secteur psychiatrique propose trois grands modes de prise en charge en psychiatrie publique adulte [12] [13]:

- L'ambulatoire : toutes les prises en charge hors hospitalisation.
    - Le CMP, pivot des soins, qui organise toutes les actions extra-hospitalières en les articulant avec les unités d'hospitalisation : prévention, diagnostic, soins, interventions à domicile, et parfois accueil des urgences (au CAC : Centre d'Accueil et de Crise)
    - La psychiatrie de liaison : interventions en unités d'hospitalisation somatique
    - La présence des équipes de psychiatrie du secteur au sein des Services d'Accueil des Urgences.

- La prise en charge à temps complet : hospitalisation à temps plein.
    - L'hôpital psychiatrique
    - Le centre de post-cure : hospitalisation de moyen séjour en vue du retour à l'autonomie après une hospitalisation en phase aigüe
    - L'appartement thérapeutique : unité de soins où le patient garde son autonomie, avec néanmoins un passage quotidien d'équipes soignantes
    - L'accueil familial thérapeutique : placement en famille d'accueil de patients de tous âges quand le retour dans leur famille naturelle n'est pas possible.

- La prise en charge à temps partiel :
    - L'hôpital de jour
    - L'hôpital de nuit

- Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) qui visent à la reconstruction de la vie sociale par des ateliers thérapeutiques et occupationnels
- Les ateliers thérapeutiques, qui favorisent l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale.

II.1.4. Où en est-on aujourd'hui de la sectorisation ?

Une évaluation du degré d'achèvement de la politique de sectorisation psychiatrique cinquante ans après ses débuts a été réalisée par l'équipe de Magali Coldefy, géographe, qui retrouve un bilan en demi-teinte d'une sectorisation inachevée, avec de multiples disparités entre les différents secteurs, tant dans les moyens humains, matériels, financiers, que dans l'engagement [13].

Comparée aux autres pays, la France semble néanmoins bien dotée en termes d'offre de soins psychiatriques, même si la demande est en constante augmentation [12]. Il existe une baisse attendue de – 8,1% de la densité des psychiatres d'ici à 2030, mais elle reste aujourd'hui en France la plus élevée d'Europe [14], alors que les estimations faites en 2004 prévoyaient une baisse de 30 % à 40 % des effectifs [15]. Il faut voir là les effets positifs du Plan de Santé Mentale 2005-2008 dans le cadre duquel a été augmenté le nombre de postes d'internes en psychiatrie.

La contre-partie attendue de la politique de désinstitutionnalisation est la régression flagrante du nombre de lits d'hospitalisations : au cours des vingt dernières années, la psychiatrie hospitalière (sectorisée et non sectorisée) a été marquée par une diminution de ses capacités : nous sommes passés de 129 364 lits en 1985 à 86 273 lits en 2005 (soit 1/3 en moins) en hospitalisation à temps complet [1]. On relève que 25 % des lits sont occupés par des patients dont le séjour est supérieur à un an [1]. Dans le même temps, l'hospitalisation partielle s'est considérablement développée, passant de 15 117 places en 1985 à 26 644 en 2005, où elle représente 31 % des capacités de la psychiatrie hospitalière [1]. La durée moyenne d'hospitalisation a diminué, passant de 86 jours en 1989 à 45 jours en 2000 [16]. Le secteur privé, composé de 160 cliniques, assure le suivi des pathologies moins lourdes. Au total, près de 80 % des patients sont pris en charge en soins ambulatoires.

Les secteurs psychiatriques étaient au nombre de 830 en psychiatrie adulte en 2007, un secteur couvrant en moyenne une population de 55 000 habitants [1] [17]. Il existe aujourd'hui environ 2000 centres médico-psychologiques en France.

En 2008, à la demande de la ministre de la Santé Madame Bachelot dans le cadre de la Loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoires), Edouard Couty propose la création de Groupements Locaux de Coopération (GLC) pour la santé mentale, dans son rapport pour le Ministère de la Santé et des Sports portant sur les « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » [18]. Ce projet a été repris par Alain Milon en 2009 dans son rapport pour l'OPEPS sur « La prise en charge psychiatrique en France » [1] proposant quinze recommandations tendant à l'organisation d'états généraux de la santé mentale. Il scinderait les finances du secteur psychiatrique en deux branches : les moyens du secteur extra-hospitalier figureraient au sein du GLC, tandis que les moyens du secteur intra-hospitalier resteraient dans les établissements de rattachement, afin de permettre d'achever la politique de sectorisation. Les psychiatres de France se sont élevés massivement contre cette perspective qui pourrait conduire à une rupture de la continuité des soins pour les patients entre les deux prises en charges ambulatoire et hospitalière.

II.2 Les équipes mobiles en soins psychiatriques

II.2.1. Historique de leur création

Le « virage » des soins psychiatriques vers l'ambulatoire dans le mouvement de désinstitutionnalisation a transféré une partie importante de la charge des soins de l'hospitalisation vers les familles également. Or, ce mouvement n'a pas réellement pris en compte certaines populations de patients : les personnes précaires, handicapées, âgées, détenues, adolescentes dont les problèmes prennent une ampleur particulière du fait de leur vulnérabilité, et parfois de leur solitude. Les effets conjugués de la diabolisation de l'institutionnalisation et de la diminution massive du nombre de lits ont particulièrement touché ces patients, qui ne trouvèrent pas nécessairement d'appui et de solutions simples en ambulatoire [19].

La fin des années 1990 marque la fin de cette vision radicale, qui laissait entendre qu'hospitalisation était systématiquement égale à enfermement. On réfléchit alors davantage à une organisation combinée, où l'hospitalisation n'a de sens que si elle est appuyée par des ressources communautaires, et où l'ambulatoire ne peut garantir des soins de qualité que si un dispositif hospitalier est accessible en cas de besoin. On doit pouvoir « aller et venir » entre hospitalisation et ambulatoire. L'OMS souligne que 40% des patients adressés en hospitalisation pourraient, en fait, être pris en charge dans le cadre de soins ambulatoires.

Le développement des soins ambulatoires passe par plus d'accessibilité, une extension des horaires d'ouverture, et une meilleure réactivité dans le temps et dans l'espace. L'intervention à domicile prend un nouvel essor. Pratique habituelle des équipes de secteur pour le maintien à domicile des patients chroniques stabilisés, elle se développe dans les situations (aiguës ou subaiguës) de crise psychiatrique, ou en prévention de celle-ci.

C'est en France qu'on trouve la première équipe d'intervention à domicile, dans le cadre de l'ASM 13 en 1958, que nous avons évoquée plus haut. L'importance de leur rôle est aujourd'hui parfaitement reconnue. Dans le rapport de mission de juillet 2001 publié pour le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité « *De la psychiatrie vers la santé mentale* », les

Docteurs Piel et Roelandt recommandent « une équipe de soins 24 heures sur 24 à domicile, des équipes travaillant en soins ambulatoires et hospitalisations à domicile » [16].

Aux Etats-Unis, on dénombre aujourd'hui plus de 700 équipes mobiles, et en Grande-Bretagne 335 équipes mobiles ont vu le jour depuis 2001, suite au programme du NHS (National Health Service) [19]. La méta-analyse Cochrane [20], parue en 2006 à propos de la politique britannique d'équipes mobiles psychiatriques, montre que leur utilisation accroit la satisfaction des patients tout en ayant des résultats thérapeutiques équivalents à ceux d'une hospitalisation. Les autres effets positifs sont la diminution du taux d'hospitalisation de 21%, et une sortie de l'hôpital plus rapide dans 40% des cas si une équipe mobile assure la suite des soins. On y trouve néanmoins des aspects négatifs : la pression exercée sur les équipes mobiles, la concentration hospitalière des patients les plus difficiles, une mauvaise coordination entre service hospitalier et communautaire.

La création des équipes mobiles en soins psychiatriques cherche ainsi à présenter différents avantages:

- Eviter une hospitalisation, lorsque cela est possible et dans l'intérêt du patient, en intervenant de façon précoce
- Evaluer une situation psychiatrique en examinant son contexte (logement, entourage), permettant d'affiner le diagnostic et les éléments de prise en charge, chose impossible lors d'une hospitalisation traditionnelle
- Réduire les coûts liés aux soins en hospitalisation, mais aussi en limitant les interventions des services sociaux ou de police face aux situations de crise [21].

L'hospitalisation transférant le fardeau de la maladie du patient de la famille vers les professionnels, l'opération en sens inverse proposée par les équipes mobiles n'est possible qu'en s'appuyant sur une alliance solide, avec le patient d'abord, sa famille, son médecin généraliste, et les partenaires sociaux éventuels ensuite.

II.2.2. Les équipes mobiles : dans quelles situations ?

On trouve aujourd'hui plusieurs types d'équipes mobiles à caractère psychiatrique, dont la création a été favorisée par les pouvoirs publics, intervenant dans différentes situations :

- Les équipes de géronto-psychiatrie, dédiées à des patients âgés, souvent physiquement incapables de se déplacer ;
- Les équipes socio-psychiatriques, se destinant aux personnes vivant dans la précarité, tel le réseau Psy-Précarité de Paris qui s'occupe des SDF ;
- Les équipes de pédopsychiatrie, s'intéressant aux enfants et adolescents en difficulté, comme l'équipe mobile de Rennes du Docteur Sylvie Tordjman, qui a la particularité de sillonner le secteur dans un camping-car aménagé pour les entretiens, répondant aux signalements effectués par les familles ou les établissements scolaires, en dehors des cas urgents ;
- Les équipes dédiées aux situations d'urgence ou de crise psychiatrique (les plus nombreuses), développées tout particulièrement dans ce paragraphe ;
- Les équipes s'intéressant à la prévention des situations d'urgence par la prise en charge d'états subaigus, telle EMILI, sujet de ce travail.

Les urgences psychiatriques sont aujourd'hui essentiellement accueillies dans plusieurs types de structures :

- Au sein des Services d'Accueil des Urgences générales (SAU), où la prise en charge est assurée par un psychiatre et un infirmier, en collaboration avec les urgentistes ;
- Au sein d'une Unité d'Accueil et d'Orientation (UAO), urgences d'un hôpital psychiatrique, par exemple le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA) de l'hôpital Sainte-Anne à Paris ;
- Au sein d'un Centre d'Accueil et de Crise (CAC), unité sectorielle accueillant les patients 24 heures sur 24, avec une courte hospitalisation possible si besoin ;
- Au sein d'un Centre Médico-Psychologique (CMP), unité sectorielle de consultations ambulatoires ;
- A Paris, il existe également l'Infirmerie Psychiatrique de la Préfecture de Police, qui accueille tout patient dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sécurité, en assurant des premiers soins, et en prenant si nécessaire une mesure d'Admission en Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat (ASPDRE).

Toutes ces structures, sauf quelques CAC, mettent l'accent sur le tri et l'orientation du patient (qu'elles visent à optimiser), plus que sur le traitement de la crise ou la prise en compte de l'entourage. Ce type de réponse ne facilite cependant ni l'intervention précoce (de nombreuses urgences psychiatriques se caractérisent par l'hostilité du patient aux soins), ni l'entrée efficace dans le système de soins spécialisés (les propositions de consultation ne sont que rarement suivies), sauf si l'on privilégie l'hospitalisation psychiatrique, c'est à dire la réponse la plus lourde [22].

La plupart des équipes mobiles en soins psychiatriques existant actuellement sont donc créées afin de répondre à la demande **d'interventions dites de crise, en urgence**. Elles sont fondées sur une demande croissante de la part des proches et des médecins d'intervenir rapidement dans des situations aiguës, d'y apporter un avis spécialisé et, si possible, d'éviter une hospitalisation. Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) recommandait en 2009 la prise en charge à domicile des états aigus de schizophrénie par des équipes spécialisées, ou leur intervention rapide au décours d'une hospitalisation, afin qu'elle soit raccourcie [23].

On voit naitre le concept de « crise » à partir des années 1960, qui traduit à la fois le caractère aigu des manifestations symptomatiques, le danger vital encouru et l'incertitude de l'évolution du sort du patient [19].

Michel De Clercq décrit la situation de crise comme répondant aux critères suivants [24]:

- Demande urgente et pressante
- Demande adressée à des personnes à même d'y répondre, selon les cas : médecins, thérapeutes, travailleurs sociaux
- Demande portant sur des besoins psychiatriques, psychologiques ou sociaux
- Demande exprimée par le patient, sa famille, son médecin, le travailleur social ou les services de police, exigeant une réponse immédiate.

Il prône dès la première intervention de crise la mise en place d'une « alliance thérapeutique » entre le patient, le soignant et l'entourage, si celui-ci n'est pas hostile [25]. Cette alliance favorise la mise en place du suivi ultérieur du malade, se basant sur des

objectifs communs du traitement, et sur le lien de confiance et l'engagement mutuel entre le patient et son thérapeute. Elle s'avère être le facteur le plus prédictif du choix entre hospitalisation psychiatrique et traitement ambulatoire, et augmente au fur et à mesure du suivi.

II.2.3. Législation autour des interventions à domicile [26]

Si la visite à domicile en psychiatrie est d'abord une pratique clinique - l'examen du lieu de vie d'un patient et de ses interactions avec son entourage fournissant des éléments utiles aux soignants pour affiner leur diagnostic et leur prise en charge - elle soulève quand même certaines questions éthiques. Toute intervention à domicile devrait se concevoir théoriquement avec l'accord au moins implicite du patient. En effet, si le médecin est dans l'obligation de soins, le soin sans consentement n'existe pas, sauf urgence ou impossibilité de recueillir le consentement : ceci est valable en psychiatrie comme dans les autres disciplines.

Le domicile, lieu de l'intimité de chacun, est fortement protégé par l'article 226-4 du Code Pénal, ainsi que les libertés individuelles. La non-assistance à personne en danger est par ailleurs sanctionnée par l'article 223-6 du Code Pénal. Le Code de Déontologie énonce dans l'article 4 l'obligation des médecins à porter assistance, et dans l'article 7 l'obligation de respecter la volonté du malade. En psychiatrie, la loi du 27 juin 1990 proposait une dérogation à cet article en autorisant en cas de danger l'hospitalisation d'un patient contre sa volonté, mais dans le cadre légal bien précis de l'hospitalisation à la demande d'un tiers et de l'hospitalisation d'office. La loi du 5 juillet 2011 [27] sur le soin sans consentement n'a pas modifié les conditions de cet exercice. Dans la réalité du droit, la seule limite au consentement est l'impossibilité de le recueillir, ou l'urgence. L'article 16-3 du Code Civil précise : « *le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir* ».

Il existe une différence notable entre l'hospitalisation sous contrainte et la visite à domicile : le Conseil Constitutionnel dans sa décision du 20 avril 2012 [28] écrit explicitement : « *Il ressort de ces dispositions que les régimes de soins psychiatriques ambulatoires permettent*

une obligation de soins, mais ne permettent pas une administration de soins par la contrainte. Si la personne ne coopère pas avec les services de soins pour suivre le traitement, se rendre ou demeurer dans l'établissement, il est possible que soit proposé un passage en hospitalisation complète. »

Sur le plan de la protection des libertés, l'hospitalisation complète est acceptable car la loi a prévu de nombreux contrôles, notamment celui du Juge des Libertés et de la Détention, ce qui n'est pas le cas pour les soins ambulatoires. Le Conseil Constitutionnel précise que : « *l'obligation de soins ne constitue pas une privation de la liberté individuelle. Elle implique seulement une restriction apportée à la liberté personnelle. Ces soins sans hospitalisation complète ne requièrent donc pas les mêmes garanties que l'hospitalisation complète, qui est mise en œuvre le cas échéant, par la contrainte physique* ».

Les équipes de visite à domicile sont donc tenues à une approche clinique, et à un soin particulier à apporter à la qualité de la relation à créer. Le patient est libre d'accepter les soins, mais aussi libre de les refuser : le consentement aux soins est une relation à construire, et ce serait une faute professionnelle de céder devant le premier obstacle.

II.2.4 Exemples d'équipes mobiles

● **ERIC,** Equipe Rapide d'Intervention de Crise, est la plus emblématique des équipes mobiles psychiatriques françaises.

Pionnière, elle a été fondée en 1994 par le Docteur Serge Kannas pour le secteur 78GXI des Yvelines, et est rattachée à l'hôpital Jean Martin Charcot. Elle est aujourd'hui dirigée par le Docteur Michaël Robin.

ERIC est née non pas d'une réflexion sur l'urgence mais d'un constat sur la chronicité : au milieu des années 1980, dans le service hospitalier public du sud Yvelines, 50% des patients étaient hospitalisés pour une durée interminable : il s'agissait de schizophrènes à 80% [19]. Il n'y avait alors pas d'alternative à proposer, l'extraction de leur milieu social faisait partie du traitement, et était la seule solution aux yeux des médecins, mais aussi du patient et de son entourage. Pour limiter le passage à la chronicité et la répétition des institutionnalisations en

réponse à chaque situation de crise, le Docteur Kannas et son équipe ont donc réfléchi au dispositif d'ERIC, créé pour aller au-devant de l'hospitalisation systématique.

Il s'agit d'une unité fonctionnelle intersectorielle du service public, équipe mobile d'urgence psychiatrique fonctionnant 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, constituée d'un binôme psychiatre/infirmier ou psychiatre/psychologue. 7 médecins, 17 infirmiers, un cadre infirmier et une psychologue y travaillent. Elle intervient à la demande du SAMU ou de tout professionnel confronté à une urgence psychiatrique. Elle peut réaliser un suivi de crise en post-urgence pour une durée maximum d'un mois, avec les mêmes garanties d'intensité des soins de surveillance et de sécurité que l'hospitalisation traditionnelle. Ce suivi intensif est destiné à permettre la prise en charge de pathologies psychiatriques sévères à domicile, à traiter la crise, et à favoriser, si nécessaire, la poursuite de soins spécialisés : les patients, nouveaux ou connus, seront alors amenés si besoin progressivement vers un système de soins de longue durée, public ou privé. Moins de 5% de patients en moyenne refusent les soins d'ERIC chaque année.

Le recul sur cette équipe est aujourd'hui suffisamment important. Ses bénéfices en termes d'accessibilité aux soins mentaux, de meilleure évaluation de la situation grâce au contexte, de développement des liens entre les services de psychiatrie et l'ambulatoire, d'un bon rapport coût-efficacité, et surtout d'efficacité clinique de ce mode de prise en charge en alternative à une hospitalisation, font de ce projet un modèle qui a été depuis repris par d'autres secteurs.

Une étude d'impact réalisée sur l'activité d'ERIC entre janvier 1994 et juin 1997 [22] a montré que le maintien à domicile a pu être réalisé dans 56,8% des cas signalés en urgence. L'entourage était associé à la première visite dans 62% des cas : de sa mobilisation dépendait le succès du maintien à domicile du patient. 3/4 des patients signalés n'étaient pas connus des services de soins publics alors qu'un tiers d'entre eux souffrait d'une pathologie psychiatrique chronique. Pour finir, cette étude a montré que les soins ambulatoires n'ont pas majoré le risque suicidaire par rapport aux prises en charge hospitalières.

● **L'UMES**, Unité Mobile d'Evaluation et de Soins, a été créée en novembre 2002, dans le 17ème secteur du Val de Marne (94GXVII). Elle est rattachée à l'hôpital Paul Guiraud, et est composée de 4 médecins, 12 infirmiers, 2 cadres infirmiers et, si besoin, d'un psychologue et d'une assistante sociale. Le nombre croissant d'hospitalisations de très courte durée sur le secteur (aux SAU de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre et d'Henri Mondor), le nombre de patients consultant aux urgences pour idées suicidaires ou à la suite d'une tentative de suicide, et l'augmentation du nombre de signalements de patients non connus par les services sociaux ont conduit ce secteur à réfléchir à un dispositif d'équipe mobile. Une permanence téléphonique 7 jours/7, 24 heures/24, a été mise en place, proposant une intervention dans les 24 heures.

Une étude rétrospective du fonctionnement de l'UMES menée par le Docteur Henault [29] entre 2004 et 2007 a montré que 42% des signalements concernaient des patients au domicile, signalés à 41% par leur famille, pour « troubles du comportement et/ou agressivité » dans 72% des cas, puis « délire, psychose » dans 57% des cas. L'UMES, qui s'est déplacée dans 19% des cas, a orienté 57% des patients signalés vers les CMP, et a organisé un suivi à domicile pour 11 patients sur 626 signalements (1,75%).

● **CAPSID,** pour Centre d'Accueil Psychiatrique, de Soins et d'Intervention à Domicile, a été créé en 2004 : il s'agit d''un dispositif avec une équipe mobile sectorielle de psychiatrie générale du secteur 75G10/11 couvrant le 12ème arrondissement de Paris, dépendant de l'hôpital Esquirol. Il est composé de 4 médecins, 6 infirmiers, un cadre infirmier et une assistante sociale. Le CAPSID est ouvert 7 jours/7, et dispose de 2 lits d'hospitalisation. Il favorise toujours la venue au centre du patient signalé, mais se déplace en cas de refus de soins ou d'incapacité à se déplacer. L'équipe mobile intervient au domicile ou dans tout autre lieu d'habitation (ou de soins) situé sur le secteur géographique.

Une étude rétrospective de son fonctionnement entre janvier et juillet 2009 a été menée par le Docteur Maman [30]. Elle a recensé 49 patients pour lesquels le CAPSID s'est déplacé sur le lieu du signalement : dans 82% des cas ils ont pu rencontrer le patient signalé, dans 27% des cas la famille était présente. Ils vivaient seuls pour 49% d'entre eux, mais bénéficiaient d'un entourage familial dans 53% des cas. 22% des patients ont été adressés en

hospitalisation dont 8% d'hospitalisation à la demande d'un tiers, et 47% ont bénéficié de soins intensifs à domicile par le CAPSID.

II.2.5. EMILI, nouvelle équipe mobile

EMILI, Equipe Mobile d'Intervention de Liaison Intersectorielle, a été mise en place en 2012 dans les secteurs 75G14, 75G15 et 75G16 du 15ème arrondissement de Paris, dépendant de l'hôpital Saint-Anne. Cet arrondissement comporte trois centres médico-psychologiques les sites « Tiphaine », « Mathurin Régnier » et « Tisserand».

Il s'agit d'une « petite » équipe, composée d'un temps-plein médical (un tiers-temps praticien hospitalier et un deux tiers-temps assistant) et de 3 temps-plein infirmiers, qui sont rattachés au CMP de la rue Tiphaine. La première visite est assurée par un binôme psychiatre/infirmier.

Un numéro de téléphone propre lui a été attribué. EMILI est joignable de 10h à 17h30 du lundi au vendredi. En dehors de ces horaires, la messagerie donne en cas d'urgence les coordonnées des urgences psychiatriques de l'Hôpital Européen Georges Pompidou et du CPOA de Sainte-Anne. Le numéro de téléphone d'EMILI a été pour le moment diffusé auprès des urgences et des généralistes du secteur. Une famille qui franchit directement la porte du CMP pour des difficultés avec un proche au domicile se verra néanmoins, bien évidemment, proposer le dispositif d'EMILI, s'il semble adéquat à la situation.

Cette équipe mobile, caractérisée par la rapidité et la densité de sa réponse si besoin, s'adresse tout particulièrement aux patients qui ne peuvent pas faire une démarche active de demande de soins, et qui sont donc signalés par leurs proches ou leur médecin. Il peut en effet sembler illusoire de vouloir faire du malade atteint d'un trouble psychiatrique un acteur des soins qui lui sont dispensés, dès lors que plusieurs affections mentales se caractérisent précisément par le refus d'admettre la maladie. Les sujets âgés et les handicapés sont aussi concernés par cette mesure, afin que chacun ait un accès aux soins. EMILI se déplace à domicile ou dans tout lieu d'habitation (maison de retraite, foyers sociaux…)

EMILI s'est donnée pour missions de recevoir tout signalement ou demande de soins psychiatriques à domicile : l'infirmière recevant l'appel remplit un formulaire papier comprenant les coordonnées et l'identité du signaleur et du patient signalé, le nom du médecin traitant, l'information selon laquelle le patient est informé ou non du signalement le concernant, et le résumé de la situation clinique. Le psychiatre référent sera informé du cas le jour-même, et proposera le cas échéant une première intervention à domicile. EMILI cherche à répondre à toute demande, rapidement (dans les 48 heures), afin d'effectuer l'évaluation psychiatrique initiale. L'équipe propose une analyse spécialisée de la « crise », ou de ce qui est en passe de devenir une crise, évalue au plus vite les caractéristiques pathologiques, et propose un diagnostic psychiatrique de la situation en tenant compte de l'entourage (familial, social). De cette visite peut découler plusieurs options :

- Observation de la situation in situ
- Traitement à domicile
- Traitement ambulatoire au CMP ou en libéral
- Préconisation d'une hospitalisation en urgence, sous contrainte ou non.

EMILI permet donc d'assurer des soins intensifs à domicile dans le cadre de la prise en charge d'états subaigus en alternative à une hospitalisation. Elle organise également le suivi post-cure de patients sortant d'hospitalisation, lorsqu'elle est contactée par le service hospitalier jugeant nécessaire la poursuite des soins au domicile.

Sa bonne coordination avec les généralistes du secteur est indispensable, afin que le maximum de patients concernés soit signalé, et que les rôles de chacun soient clairement définis.

II.3 Coordination entre médecins généralistes et psychiatres

II.3.1. Le généraliste face aux pathologies psychiatriques

D'après l'OMS, les troubles de la santé mentale représenteront d'ici 2030 la principale cause de morbidité dans les pays industrialisés, et la seconde dans les pays en voie de développement. La prévalence des troubles mentaux au cours d'une année se situe entre 4,3% et 26,4%, et seulement 40 à 60% des personnes utiliseraient les services de santé [31].

Les médecins généralistes représentent les acteurs sanitaires qui sont à même d'assurer le mieux la détection de ces troubles, par leur proximité, la continuité des soins qu'ils proposent, et leur rôle non stigmatisant. Environ 30% des consultations des médecins généralistes sont consacrées à des troubles psychiatriques (essentiellement troubles dépressifs et anxieux, troubles du sommeil, addictions) [32]. Le généraliste est le premier professionnel de santé consulté en cas de troubles mentaux, loin devant les psychiatres et les psychologues [33]. Au cours des 5 dernières années, 80% des généralistes ont été confrontés à une tentative de suicide, et près de la moitié à un suicide [34].

Selon une étude menée dans les Yvelines par l'équipe du RPSM78 (Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines Sud), les psychiatres libéraux, les psychiatres du secteur public, et les médecins généralistes ne sont pas confrontés aux mêmes pathologies psychiatriques: les troubles anxieux et dépressifs sont principalement suivis par les généralistes et les psychiatres libéraux, les troubles psychotiques par le secteur public [35].

Cependant, seuls 37,2% des patients ayant présenté un épisode dépressif majeur et ayant consulté un généraliste seraient traités de façon adéquate, derrière ceux consultant un psychiatre (65,1%), et l'association généraliste-psychiatre (79,7%) [36].

La France est le premier prescripteur européen d'antidépresseurs et d'anxiolytiques, en partie à cause d'une surprescription médicamenteuse par les généralistes, quand l'HAS recommande pour des dépressions légères la psychothérapie en première intention [37]. Lors d'une étude réalisée par la DREES publiée en septembre 2012 [34], on voit que 3/4 des médecins généralistes interrogés ont pourtant déjà suivi une formation sur la dépression, dont 1/3 au cours des 3 dernières années. Même si 84% des participants s'estiment suffisamment informés sur le diagnostic et la prise en charge de la dépression, ils sont

néanmoins 82% à souhaiter des formations complémentaires sur les différents types de psychothérapie et leurs indications, 78% sur la pratique de la psychothérapie de soutien, 76% sur l'orientation des personnes souffrant de dépression, et 76% sur la gestion des demandes de psychotropes par les patients. Les freins à l'accès aux psychothérapies cités par les médecins sont le non-remboursement des psychologues à 91%, les délais d'obtention d'un rendez-vous avec un psychiatre à 79%, et la réticence des patients à faire une psychothérapie à 76%.

Pour les pathologies psychiatriques plus lourdes, il est établi que la précocité de leur prise en charge est un enjeu majeur dans leur évolution. Souvent, on passe à côté des premiers troubles, qui ont tendance à être banalisés, et la consultation d'un spécialiste vient tardivement. On met souvent des années à diagnostiquer un trouble bipolaire ou une schizophrénie, entrainant un retard considérable dans le traitement [1].

De ces résultats ressort que la coordination entre généralistes et psychiatres est indispensable, afin que les généralistes soient à même de traiter et de dépister correctement les troubles psychiatriques, de façon précoce, avec l'aide et l'appui de leurs confrères spécialistes.

II.3.2 La psychiatrie face aux problèmes somatiques

La prise en charge en extra-hospitalier des troubles somatiques des patients suivis en psychiatrie s'avère problématique pour diverses raisons. Les caractéristiques sociales et cliniques de ces patients, leur difficulté de contact, leur comportement parfois imprévisible dans la salle d'attente, leur adhésion aux soins souvent faible, leur relation complexe avec leur propre corps rendent de telles prises en charge souvent difficiles pour des praticiens aux emplois du temps chargés. Du point de vue du patient vivant avec un trouble mental grave et chronique dans un contexte social souvent hostile, une comorbidité somatique – en dehors d'une urgence médicale évidente — peut sembler bien secondaire par rapport aux autres soucis de la vie quotidienne. Sa difficulté à confronter le regard d'autrui et la stigmatisation dont il est souvent victime peuvent transformer la moindre visite à l'hôpital général ou à un cabinet de ville en une véritable épreuve. De plus, la prise en charge d'éventuels troubles somatiques par le psychiatre, même si elle diminuerait sans doute les

problèmes liés à l'accès aux soins et à la stigmatisation, n'est pas souhaitable en général aux yeux des psychiatres eux-mêmes, pour qui la dissociation psyché-soma reste nécessaire au soin psychiatrique. Il en résulte une prise en charge souvent tardive dans le cadre des services d'accueil et de traitement des urgences, grevant la qualité des soins administrés à ces patients.

Pourtant, ces patients sont fragiles. De nombreuses études internationales révèlent une plus grande fréquence des pathologies organiques chez eux, et notamment chez ceux atteints de psychose [38] [39]. Cette surmorbidité, essentiellement d'ordre cardiovasculaire, respiratoire, infectieux et métabolique, serait responsable d'une surmortalité importante et plus précoce dans cette population [2] [40] [41].

A nouveau, nous trouvons dans ces résultats un argument supplémentaire pour une développer la coordination somato-psychiatrique : les patients atteints d'une pathologie psychiatrique grave souffrent souvent de pathologies générales, non dépistées ou mal prises en charge par les équipes de psychiatrie. La présence d'un généraliste dans l'équipe de soins entourant le patient, tant comme médecin traitant centralisant les différents éléments du dossier du patient, que comme médecin somaticien, serait d'un grand bénéfice pour ces patients.

II.3.3. Un manque de communication préoccupant

La loi du 13 août 2004 impose désormais à chaque français à partir de 16 ans de déclarer un médecin traitant, passerelle avant la consultation d'un médecin spécialiste. Cette réforme a été créée pour centraliser la santé et le dossier des patients autour d'un acteur central du parcours de soins, le médecin généraliste. Mais elle ne prend évidemment sens que si la communication entre généralistes et spécialistes est réciproque, que ce soit avec des spécialistes travaillant en libéral ou dans le secteur public.

Le manque de communication entre psychiatres et médecins généralistes semble être un point essentiel du défaut de leur coordination, entrainant nécessairement une moins bonne prise en charge des malades. L'insuffisance de cette collaboration est un constat international, mais la France est le pays européen où elle est le plus marquée [31].

Les effets délétères de cette discontinuité sont majeurs, induisant des surcoûts importants (doubles prescriptions de médicaments et d'examens complémentaires) mais surtout un impact sur la prise en charge des patients : retard de diagnostic, interruption des soins, non-compliance au traitement, augmentation de la iatrogénie. Cette confusion des rôles peut être lourde de conséquences en termes de responsabilités médico-légales.

Les psychiatres n'ont pas tendance à donner un retour au médecin généraliste, mais celui-ci montre une implication limitée quand il s'agit de la pathologie psychiatrique d'un de ces patients, préférant rester somaticien [42].

Une étude réalisée dans l'établissement Maison-Blanche à Paris en 2004 [43] a déterminé que bien qu'une comorbidité somatique ait été repérée pour près de la moitié des 459 patients hospitalisés, seuls 26,4 % de l'échantillon et 29,1 % de ceux ayant une comorbidité somatique avaient un médecin traitant identifiable. La probabilité d'identifier un médecin était indépendante de la présence ou non d'une pathologie somatique connue. Trois facteurs – diagnostic psychiatrique, durée de séjour longue, et incapacité à répondre au questionnaire sans aide – étaient liés de façon significative ($p < 0,0001$) à l'impossibilité d'identifier un médecin traitant.

Une étude prospective de 2007 dirigée par le Docteur Bohn [3] rejoint ces résultats : elle a montré que sur 143 patients suivis en CMP, seuls 47 (33%) ont un médecin traitant, dont le nom n'est retrouvé dans le dossier du CMP que dans 27% des cas, or 28% des patients ont une pathologie somatique chronique. La pathologie psychiatrique est méconnue des médecins traitants dans 56% des cas et la pathologie somatique méconnue des psychiatres dans 61% des cas, ce qui témoigne du manque de communication entre les différents acteurs médicaux, ceci débouchant sur des prescriptions croisées de psychotropes (35% de prescriptions faites en plus par les généralistes) et des interactions médicamenteuses.

En 2005, une étude française [44] a cherché à explorer comment les médecins généralistes collaboraient avec les psychiatres pour des patients chez qui ils diagnostiquaient une psychose débutante, pathologie pour laquelle l'accès précoce aux soins présente un intérêt majeur en terme de morbi-mortalité. Leur première attitude était d'adresser leur patient à un confrère psychiatre, en soulignant les difficultés de convaincre le patient et d'obtenir un avis rapide. Une très large majorité ne savait pas à quelle équipe s'adresser, et signalait

l'absence de retour sur le diagnostic et le traitement proposé à leur patient. Ceux qui avaient l'habitude d'avoir un contact régulier avec une équipe psychiatrique réussissaient à obtenir un rendez-vous plus rapide, permettant de limiter le retard dans la prise en charge de la psychose débutante, et avait par la suite un meilleur retour sur le cas.

L'étude du RPSM 78 citée plus haut montrait également que les généralistes et les psychiatres publics sont plus souvent demandeurs que les psychiatres libéraux d'une meilleure communication entre les acteurs de soins, les généralistes étant les plus insatisfaits de leurs relations avec leurs confrères psychiatres [35].

Enfin, une grande enquête nationale est parue en 2012, menée conjointement par le CCOMS de Lille et le Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon, sur la place de la santé mentale en médecine générale [4]. Afin de mieux comprendre les pratiques des généralistes en lien avec les troubles mentaux et leurs attentes, ils ont effectué un recueil de plus de 2000 questionnaires distribués aux généralistes de 101 secteurs psychiatriques. 61% des généralistes jugent l'évolution de l'offre de soin psychiatrique défavorable. 91% ont des difficultés à orienter un patient vers une prise en charge en santé mentale : la première raison est le délai d'attente trop important dans le privé ou le public (55%), puis la réticence du patient et les coûts élevés des psychothérapies. Ils sont 98% à déclarer adresser un courrier pour une première consultation chez un psychiatre, mais seulement 23% en envoient lors d'une prise en charge chronique. 23% seulement déclarent recevoir un courrier des services de psychiatrie suivant leurs malades.

La coordination entre généralistes et psychiatres est donc indispensable : les difficultés actuelles et à venir en termes de démographie médicale, notamment dans le domaine de la psychiatrie avec le problème du manque de disponibilités des spécialistes, de délais d'attente importants et d'une insuffisance de lieux où adresser les malades, ne font qu'accentuer le rôle des généralistes, qui doivent être à même de prendre correctement en charge les troubles mentaux en première intention. Cela ne peut s'envisager qu'en améliorant la communication avec leurs confrères psychiatres, ce dont nous sommes encore loin aujourd'hui.

Nous verrons dans la discussion de ce travail quelles solutions nous pouvons proposer à cette situation problématique.

III. MATERIELS ET METHODES

III.1. Type d'étude/ Population étudiée

Il s'agit d'une **étude descriptive quantitative** réalisée par le biais d'une enquête auprès de notre population-cible : **les médecins généralistes installés en libéral dans le 15ème arrondissement de Paris au 1er janvier 2012.** Ces critères constituaient nos critères d'inclusion. Le site de la Sécurité Sociale (www.ameli.fr) recensait 226 médecins généralistes au 1er janvier 2012 dans cet arrondissement. Après vérification, il s'est avéré que 53 d'entre eux étaient enregistrés comme généralistes, mais exerçaient en réalité exclusivement dans le cadre d'une surspécialité (cf. Annexe 1). Ces 53 médecins ont donc été exclus de notre enquête. Par contre, l'exercice d'une discipline complémentaire en plus de la médecine générale n'a pas été considéré comme critère d'exclusion.

173 médecins généralistes ont donc été interrogés.

III.2. Description de la mise en place de l'étude

L'enquête a été réalisée entre janvier et avril 2012, par correspondance dans un premier temps : un questionnaire accompagné d'un courrier explicatif (cf. Annexe 2) a été envoyé aux 173 médecins généralistes répondant à nos critères d'inclusion. Le questionnaire était à renvoyer à l'aide d'une enveloppe-retour pré-timbrée fournie.

60 questionnaires m'ont été retournés dans le premier mois, au bout duquel j'ai réalisé une relance téléphonique auprès des médecins. 29 questionnaires de plus me sont parvenus après cette relance, pour un total de 89 questionnaires sur 173 expédiés.

III.3. Questionnaire

Il est présenté dans sa version complète à la fin de ce travail (cf. Annexe 3).

Après le recueil de données démographiques (sexe, âge, nombre d'années d'installation en libéral, mode d'exercice, discipline complémentaire), le questionnaire comporte deux parties. Le temps de réponse estimé est inférieur à 10 minutes.

La première partie est composée de 10 questions. Elle cherche à faire l'état des lieux de la coordination entre les généralistes et les CMP du 15ème arrondissement, par le biais de questions fermées OUI/NON ou de questions à choix multiples. La place pour une réponse ouverte est systématiquement laissée en fin de question dans le cadre d'un « commentaire libre ». Cette partie évalue l'intérêt des médecins du quartier pour la psychiatrie, leurs difficultés face à cette discipline, leur choix potentiel d'adresser préférentiellement à un confrère libéral ou au CMP, leurs raisons d'adresser un patient au CMP le cas échéant, et leurs connaissances sur le fonctionnement du CMP.

La deuxième partie est constituée de 5 questions, et centre l'étude sur la question d'EMILI, équipe mobile mise en place par les CMP du 15ème arrondissement en 2012. Cette partie est destinée à répondre à l'objectif principal de cette étude, à savoir si la création d'EMILI répond à un besoin, une attente dans la pratique des médecins généralistes du quartier. Ont-ils déjà rencontré soit un patient soit une famille pour lesquels les soins proposés par EMILI auraient pu, ou pourraient-être la solution ? Nous verrons pour quel type de patient ils pensent EMILI utile. Nous évaluerons leur potentielle motivation à s'impliquer dans la mise en place de ce projet en participant à une visite conjointe avec EMILI, et recueillerons enfin leurs attentes et leurs idées face à la création d'un tel dispositif.

III.4. Analyse statistique

Le recueil de l'ensemble des données a été saisi informatiquement dans un tableau Excel. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel STATA® (version 11). Les tests de comparaison utilisent le test du Chi-2. Leurs résultats ont été considérés comme significatifs quand la valeur de p était inférieure à 0,05. Les histogrammes ont été réalisés avec Excel.

IV. RESULTATS

IV.1. Nombre de réponses

Nous avons analysé les réponses des **89 questionnaires reçus** sur 173 questionnaires envoyés, correspondant à un taux de retour de 51,4%.

Les chiffres donnés dans ce chapitre sont donc rapportés à ces 89 réponses ; s'il existe des données manquantes, le nombre de réponses est alors précisé.

Néanmoins, les **84 non-réponses** ont pu être caractérisées, et correspondent à :

- 38 médecins joints
    - 12 ne sont pas intéressés par le sujet, ou n'ont pas de relations avec les CMP
    - 10 ne répondent jamais aux thèses
    - 7 n'ont pas le temps d'y répondre
    - 9 devaient y répondre, mais ne l'ont finalement pas fait (malgré un deuxième rappel téléphonique)

- 46 médecins non joints
    - 20 pour lesquels j'ai laissé à deux reprises un message à la secrétaire ou sur le répondeur, et qui n'ont pas rappelé
    - 26 se sont avérés injoignables (absents à 4 reprises sans répondeur, congé prolongé, arrêt maladie)

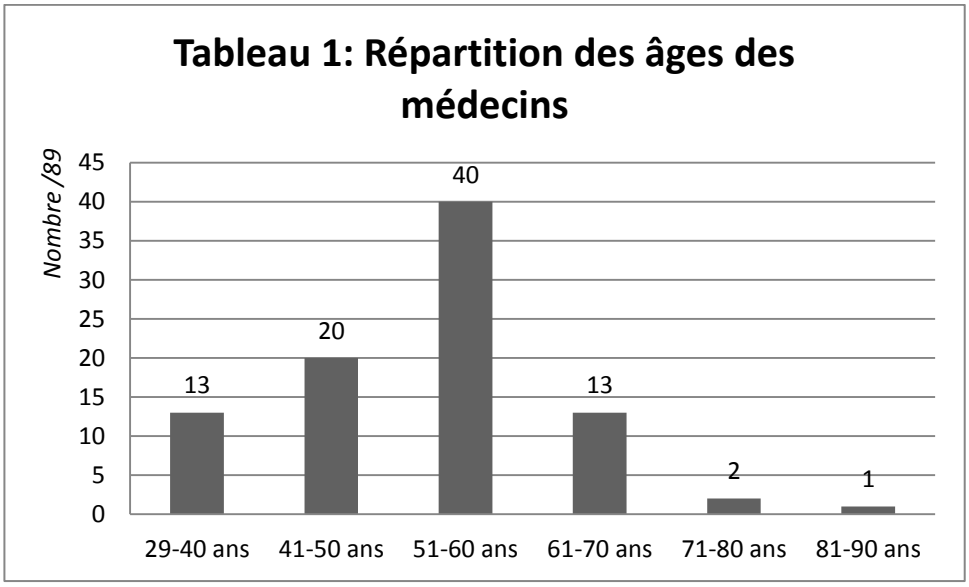
IV.2. Description de l'échantillon

IV.2.1. Âge et nombre d'années d'installation

La moyenne d'âge des médecins est de 52,7 ans pour une médiane de 54 ans. La moyenne du nombre d'années d'installation est de 21,2 ans pour une médiane de 22,5 ans.

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Médiane	IIQ
Age (ans)	**52,7**	11	29	83	**54**	[48-60]
Installation (ans)	**21,2**	12	0,5	52	**22,5**	[15-30]

IIQ= Intervalle InterQuartile (concerne 50% de l'effectif autour de la médiane)



Les 2 variables « âge » et « nombre d'années d'installation » sont corrélées de façon nette: le test de corrélation de Pearson montre un coefficient de corrélation égal à 0,91 ($p<0,0001$). Ainsi nous pouvons utiliser l'une ou l'autre pour la mise en lumière de certains résultats.

IV.2.2. Sexe

	n	%
Hommes	38	42,7
Femmes	51	57,3

57,3% des répondants sont des femmes.

IV.2.3. Mode d'exercice

	n	%
Seul	44	49,3
En groupe	45	50,7

50,7% des répondants exercent en groupe.

IV.2.4. Discipline complémentaire d'exercice

31 médecins, soit 34,8% des répondants, exercent une discipline complémentaire en plus de l'exercice de la médecine générale.

Parmi eux, 16 exercent une discipline que nous pouvons qualifier de « traditionnelle » (pédiatrie, gynécologie, médecine du sport, nutrition, gériatrie, addictologie, médecine d'urgence), et 15 exercent une discipline à visée « naturopathe» (homéopathie, acupuncture, anthroposophie, médecine énergétique psychocorporelle, mésothérapie).

IV.3. Coordination entre généralistes et CMP du 15ème arrondissement de Paris

IV.3.1. Intérêt pour la psychiatrie

74 médecins (sur 88 réponses), soit 84,1% des répondants, se déclarent être intéressés par la psychiatrie.

IV.3.2. Suivi et difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients psychiatriques

86 médecins, soit 96,6% des répondants, suivent des patients entre autres pour un problème psychiatrique.

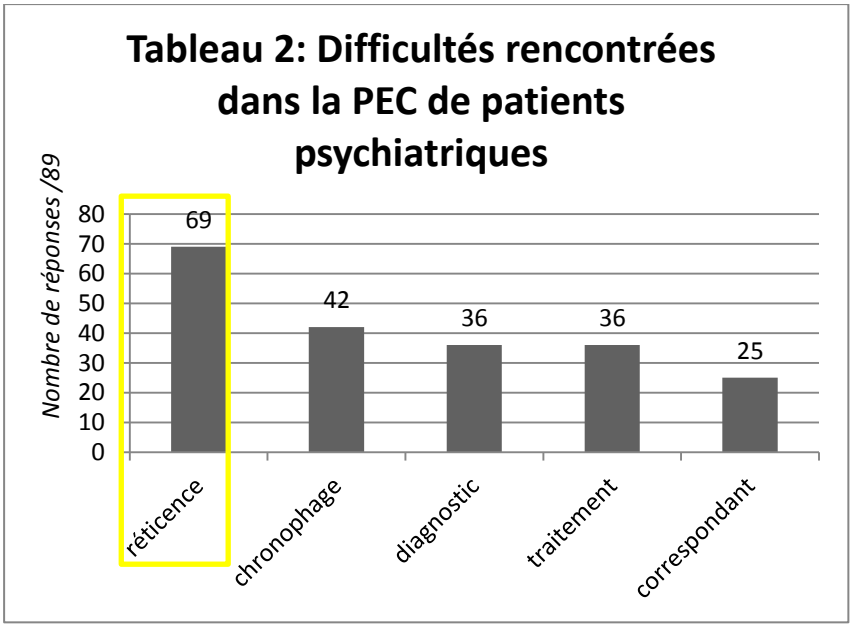
82 médecins soient 92,1% des répondants déclarent rencontrer des difficultés dans la prise en charge psychiatrique de leurs patients.

Parmi ces 82 médecins :

- 23 soit 28% déclarent rencontrer des difficultés uniquement dans l'urgence
- 18 soit 22% déclarent rencontrer des difficultés uniquement pour les pathologies chroniques
- 41 soit 50% rencontrent des difficultés dans les deux situations
- 64 soit 78,1% déclarent rencontrer des difficultés dans des situations d'urgence *exclusivement ou non*
- 59 soit 71,9% déclarent rencontrer des difficultés dans la prise en charge de pathologies chroniques *exclusivement ou non.*

5 types de difficultés étaient proposés :

- 69 médecins soient 77,5% sont confrontés à la réticence des patients à consulter un psychiatre
- 42 médecins soit 47,2% trouvent ces consultations trop chronophages
- 36 médecins soit 40,5% rencontrent des difficultés pour poser un diagnostic sur la pathologie, et autant sont limités par leurs connaissances de la thérapeutique de ces maladies
- 25 médecins soit 28,1% ne savent pas à quel correspondant adresser leur patient.



Parmi les commentaires libres, 6 médecins citent aussi le déni de la pathologie par le patient, 6 citent le délai trop long pour avoir un rendez-vous avec un psychiatre, et 10 se demandent à qui envoyer leurs patients en urgence en dehors du CPOA, et déplorent l'impossibilité d'avoir un rendez-vous *en urgence* chez un confrère psychiatre.

IV.3.3. Les généralistes souhaitent-ils plus d'interactions avec les psychiatres ?

73 médecins (sur 88 réponses), soit 83% des répondants, souhaiteraient interagir d'avantage avec leurs confrères psychiatres. 20 médecins sur ces 73 (27,4%) déplorent dans les commentaires libres de ne pas avoir de retour sur les patients qu'ils confient aux psychiatres.

Parmi les 15 médecins ne souhaitant pas plus de contacts, 6 s'estiment suffisamment informés, 4 ne sont pas intéressés par plus de détails, et 3 n'ont pas le temps.

IV.3.4. Les généralistes adressent-ils préférentiellement en libéral ou au CMP ?

Sur 88 réponses :

- 14 médecins soit 15,9% des répondants adressent exclusivement au CMP
- 39 médecins soit 44,3% des répondants adressent exclusivement en libéral
- 35 médecins soit 39,8% des répondants adressent à l'un ou l'autre, selon les cas
- 74 médecins soit 84,1% adressent en libéral, *exclusivement ou non*
- 49 médecins soit 55,7% adressent au CMP, *exclusivement ou non.*

	CMP : non	CMP : oui	Total	%
Libéral : non	0	14	14	15,9
Libéral : oui	39	35	74	84,1
Total	39	49	88	100
%	44,3	55,7	100	

Les motifs évoqués **spontanément** dans les commentaires libres pour expliquer leur choix sont les suivants :

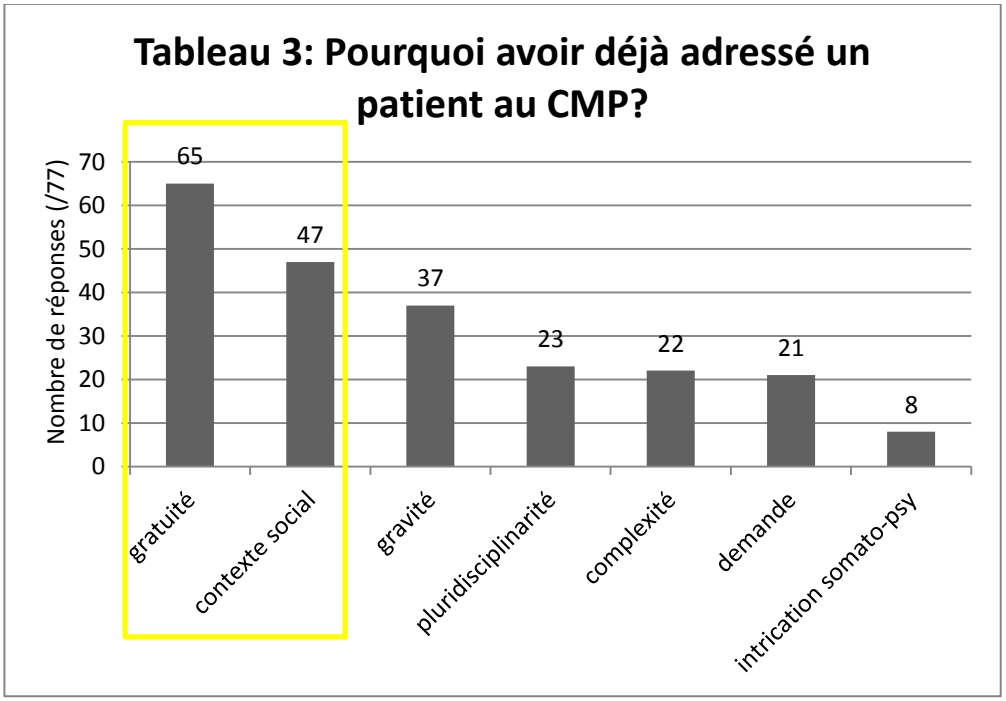
- 31 évoquent la question du coût de la consultation spécialisée, et des moyens de leurs patients :
    - 30/31 (96,7%) sont parmi les 49 adressant exclusivement *ou non* au CMP, dont 8 parmi les 14 adressant exclusivement au CMP : le problème de l'argent est pour eux un motif essentiel pour adresser au CMP.
    - 1/31 (3,3%) est parmi les 39 adressant exclusivement en libéral, car il connait personnellement un psychiatre qui adapterait ses tarifs au patient.
- 29 évoquent la question du délai avant consultation spécialisée :
    - 27/29 (93,1%) sont parmi les 74 adressant exclusivement *ou non* en libéral, dont 13 parmi les 39 adressant exclusivement en libéral: le délai est pour eux plus court en libéral.
    - 2/29 (6,9%) sont parmi les 14 adressant exclusivement au CMP : le délai est pour eux plus court au CMP.
- 20 évoquent la disponibilité du psychiatre :
    - 17/20 (85%) sont parmi les 74 adressant exclusivement ou non en libéral, dont 14 parmi les 39 adressant exclusivement en libéral : les psychiatres libéraux sont pour eux plus disponibles.
    - 3/20 (15%) sont parmi les 14 adressant exclusivement au CMP : les psychiatres du CMP sont pour eux plus disponibles.
- 11 évoquent la gravité de la pathologie psychiatrique :
    - Ces 11 médecins appartiennent tous au groupe des 35 médecins qui adressent selon les cas en libéral ou au CMP : 7 expriment ce motif en faveur du CMP, 2 en faveur du libéral, 2 ne précisent pas leur pensée.
- 9 évoquent la qualité du suivi :
    - 8/9 (88,9%) sont parmi les 39 qui adressent exclusivement ou non en libéral : le suivi est pour eux meilleur chez leurs confrères libéraux.
    - 1/9 (11,1%) est parmi les 14 qui adressent exclusivement au CMP : le suivi est pour lui meilleur au CMP.

IV.3.5. Les généralistes ont-ils déjà adressé un patient au CMP ? Pourquoi ?

77 médecins, soit 86,5% des répondants, ont déjà adressé un patient à un des CMP du 15ème arrondissement.

- Pour ces 77 médecins ayant déjà adressé un patient au CMP, nous proposions une liste de motifs pour étayer leurs raisons:

Motifs	Nombre de réponses positives	% (/77)
Demande du patient	21	27,3
Gratuité des soins au CMP	65	84,4
Gravité de la pathologie	37	48,1
Intrication somato-psychiatrique du cas	8	10,4
Complexité du cas	22	28,6
Contexte social	47	61
Nécessité d'une PEC pluridisciplinaire	23	29,9



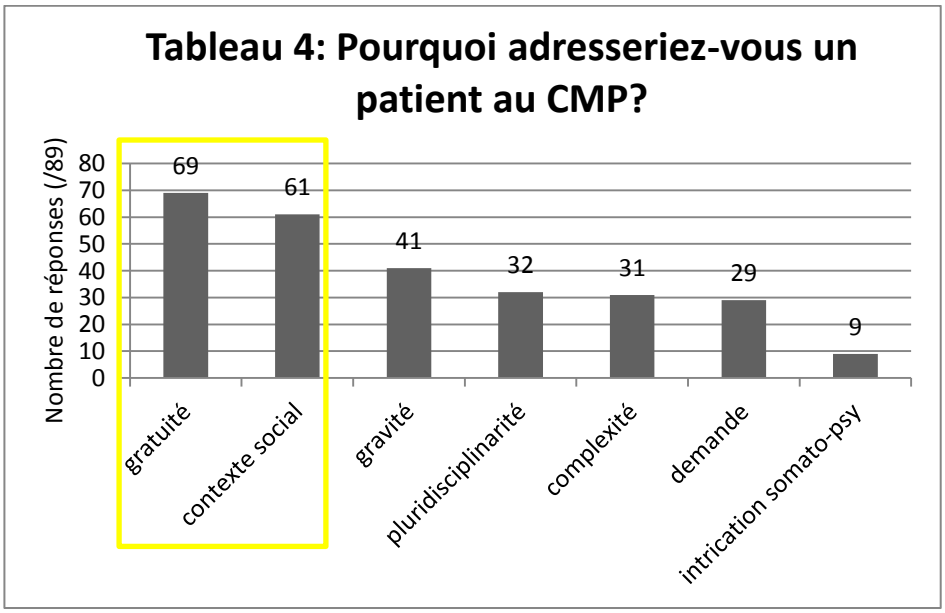
La gratuité des soins, suivie par le contexte social du patient, est le principal motif évoqué par les médecins pour avoir adressé un de leurs patients au CMP.

- Pour les 12 médecins n'ayant jamais adressé un patient au CMP, nous proposions une autre liste de motifs :

Motifs	Nombre de réponses positives	% (/12)
- Mauvaise image :	2	16,7
● Mauvais accueil	0	0
● Mauvaise organisation	1	8,3
● Service public	1	8,3
● Mauvaise expérience	2	16,7
- Idée floue du fonctionnement	3	25
- Pas de retour sur le patient	1	8,3
- Gêne 1ère cs faite par IDE (pour le médecin ou pour le patient)	4	33,3

Chez ces médecins, le principal motif évoqué pour ne pas adresser un patient au CMP est la gêne que la première consultation soit faite par une infirmière, suivi par le fait qu'ils ont une idée floue du fonctionnement d'un CMP.

- A la question posée à l'ensemble des médecins « *Et si vous souhaitiez adresser un patient au CMP ?* », la séquence des motifs évoqués est la même que celle pour les médecins ayant déjà adressé un patient au CMP, comme nous le voyons sur le tableau ci-dessous :



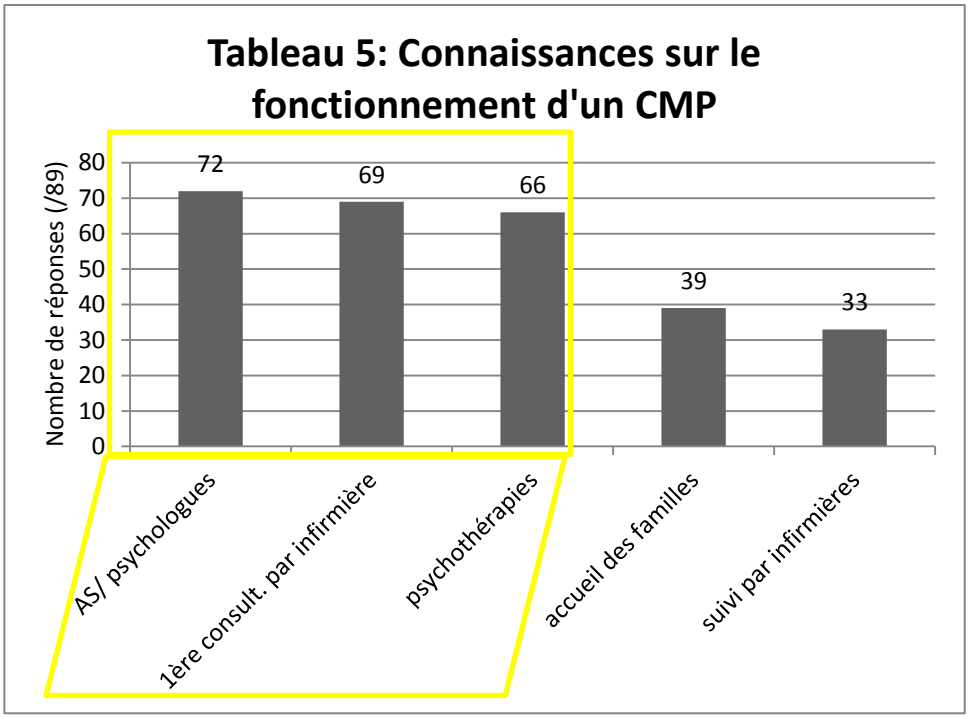
IV.3.6. Les généralistes ont-ils déjà adressé une famille au CMP ?

41 médecins, soit 46,1% des répondants, ont déjà adressé au CMP une famille en difficulté face à la situation psychiatrique d'un proche.

IV.3.7. Connaissances du fonctionnement du CMP

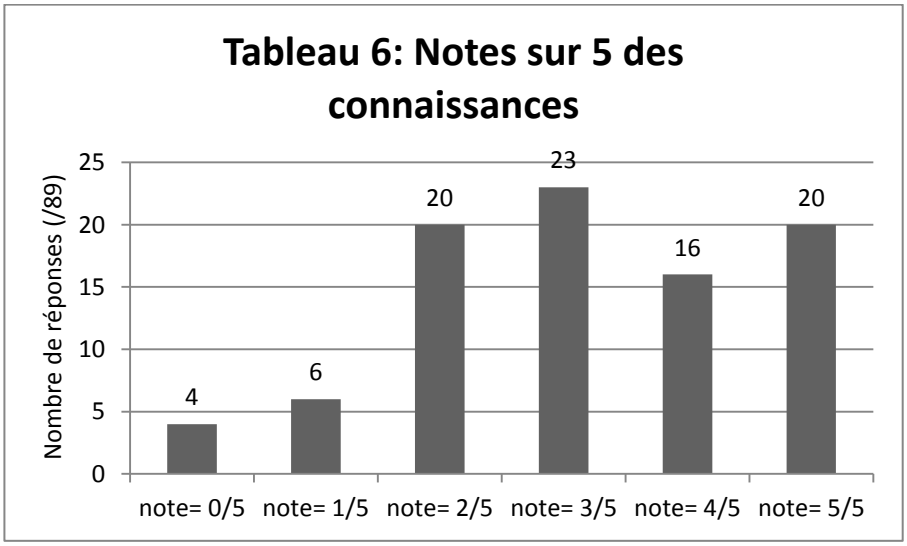
5 items évoquant les grandes lignes du fonctionnement du CMP étaient à cocher en fonction de la connaissance du généraliste. Le tableau ci-dessous retrace ce questionnaire :

Le saviez-vous ?	Nombre de réponses positives	% (/89)
1ère cs faite par une infirmière, qui en réfère secondairement au psychiatre	69	77,5
Suivi psychiatrique des patients dont l'état le permet peut être assuré par une infirmière sous supervision médicale	33	37,1
Assistantes sociales et psychologues exercent aussi au CMP	72	80,9
Possibilité de psychothérapies (psychanalytiques, cognitivo-comportementales, remédiation cognitive)	66	74,2
CMP reçoit les familles en difficulté avec un proche, si besoin avant même de connaitre le patient	39	43,8



Ainsi, le fait que les CMP accueillent des familles et que le suivi peut être principalement assuré par une infirmière sont les éléments les moins connus par les médecins généralistes.

Nous avons attribué une **note sur 5** à chaque médecin pour ce questionnaire des connaissances.



La moyenne des notes obtenues est de **3,13**/5 (écart-type : 1,41), et la médiane est à 3/5 (Intervalle Interquartile : [2-4]).

IV.4. Création d'EMILI : intérêt pour leur pratique et implication potentielle des généralistes

IV.4.1. La création d'EMILI répond-elle à un besoin dans la pratique des médecins généralistes ? Objectif principal

Cette question définit l'objectif principal de l'enquête. Pour y répondre, nous allons associer deux réponses à deux des questions du questionnaire.

La première est la question suivante : « *Avez-vous parmi vos patients des personnes qui ne font pas la démarche d'une demande de soins ambulatoires, mais pour lesquels vous souhaiteriez qu'une équipe psychiatrique puisse faire une évaluation voire des soins psychiatriques à domicile à partir de votre signalement ?* »

À cette question, 63 médecins sur 89 soient 70,8% des répondants ont répondu OUI.

La deuxième question est celle-ci : « *Rencontrez-vous des familles qui vous font la demande d'une évaluation psychiatrique pour un proche (jeune, ou grand-parent par exemple) pour qui vous pensez qu'EMILI pourrait être une bonne solution ?* »

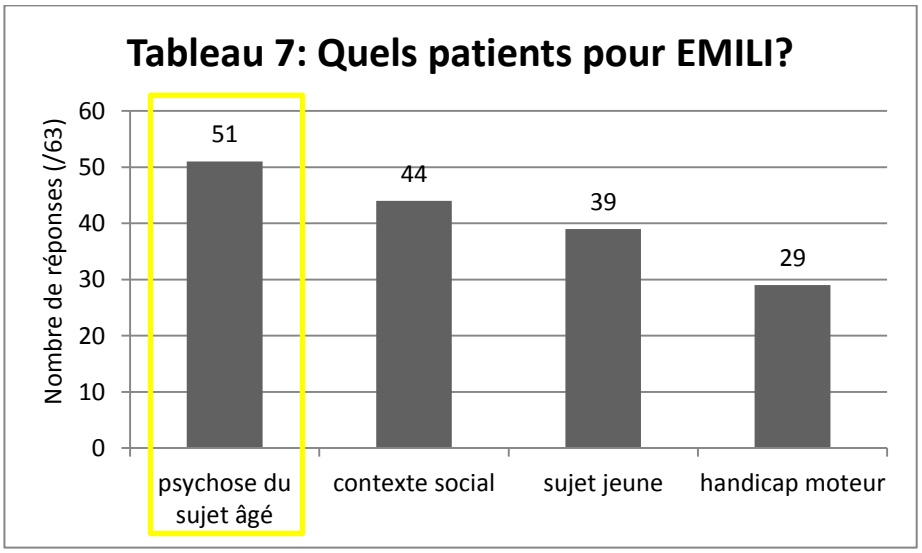
A cette question, 64 médecins sur 88 soient 72,7% des répondants ont répondu OUI.

Ainsi, nous avons déterminé que les médecins qui ont répondu OUI à l'une et/ou à l'autre de ces deux questions pensent qu'EMILI répond à un besoin dans leur pratique. **Ils sont au total 77 sur 89 soient 86,5% à voir l'intérêt d'une potentielle intervention d'EMILI pour un patient, soit directement soit à travers la demande d'une famille.** Notre objectif principal sera développé dans la discussion de cette étude, et mis en lumière selon les autres variables étudiées.

IV.4.2. EMILI : pour quels patients ?

Nous avons demandé aux 63 médecins qui voient dans leur patientèle un patient pouvant bénéficier des soins d'EMILI de quels types de patient il s'agit, en leur proposant 4 catégories de patients ne pouvant au premier abord se rendre à une consultation en ambulatoire.

Types de patients à domicile	Nombre de réponses positives	% (/63)
Psychose du sujet âgé (hors Alzheimer)	51	81
Contexte social, isolement	44	69,8
Sujet jeune (schizo, idées suicidaires)	39	61,9
Handicap moteur	29	46



3 médecins ont justement précisé dans les commentaires libres le fait que ces patients nient leur pathologie psychiatrique.

IV.4.3. Implication potentielle dans une visite à domicile conjointe avec EMILI

38 médecins, soit 42,7% des répondants, se disent intéressés par la participation à la visite initiale conjointe avec EMILI, qui aurait pour but (en dehors du but clinique et thérapeutique) de mettre le patient en confiance, et d'établir les rôles de chacun. La présence du généraliste pour les visites ultérieures n'est pas forcément nécessaire, sauf si elle est souhaitée. Parmi ces 38 médecins, 21 se disent très intéressés et 17 seulement un peu. On notera que 51 médecins, soit 57,3% des répondants, ne souhaitent donc pas participer à cette visite commune.

Les craintes et remarques évoquées par les généralistes autour de cette visite, qu'ils soient intéressés ou non, sont les suivantes :

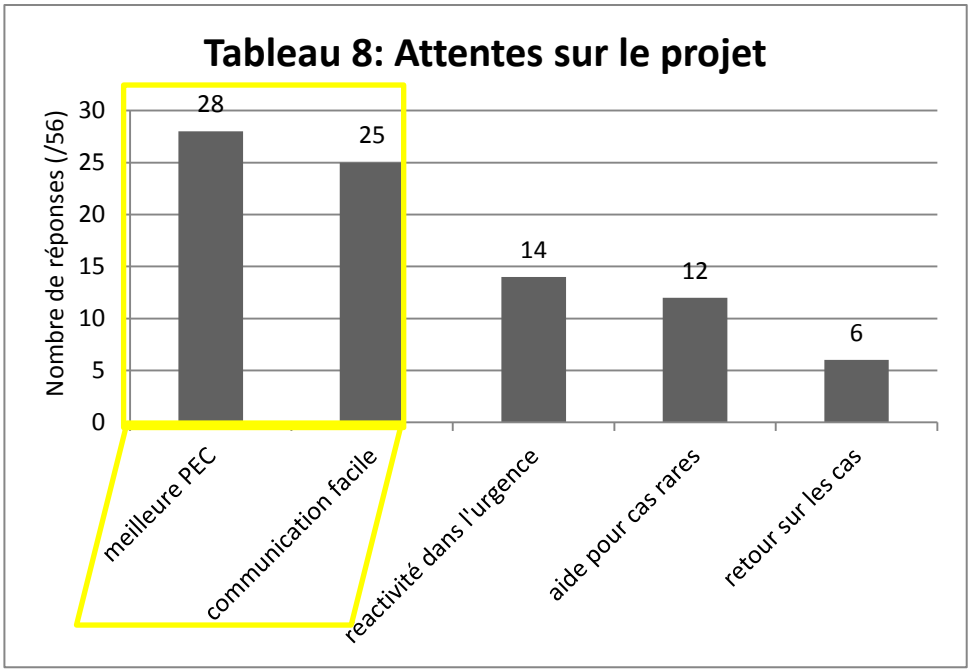
- La question du manque de temps, et du caractère chronophage de ces visites pour 60 d'entre eux, soit 68,2% des répondants ;
- Les difficultés d'organisation autour d'une telle visite, la volonté qu'elle puisse être prévue en amont pour 14 médecins, soit 15,7% des répondants ;
- 12 médecins, soit 13,5%, pensent en fait qu'une visite commune n'apporterait pas de bénéfices, mais que des visites dissociées avec une bonne communication entre les différents intervenants seraient souhaitables ;
- Enfin, 6 médecins évoquent la question de la rémunération d'un tel acte pour eux : une visite de maintien à domicile estimée à 33 euros par la Sécurité Sociale leur semble déraisonnable dans un tel cas, où la visite promet effectivement d'être longue.

IV.4.4. Attentes des généralistes autour du projet d'EMILI

La réponse à cette question était libre, aucun aiguillage n'était proposé. 56 médecins sur 89, soit 62,9% des répondants, ont exprimé une attente.

Leurs attentes se croisent, et peuvent être regroupées selon 5 thèmes qui sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Attentes autour d'EMILI	Nombre de réponses	% (/89)
Meilleure prise en charge pluridisciplinaire des patients	28	31,5
Communication facile avec EMILI, disponibilité	25	28,1
Réactivité d'EMILI dans l'urgence	14	15,7
Aide à la prise en charge de cas rares	12	13,5
Retour sur les patients, sur le suivi et le traitement entrepris	6	6,7



Ainsi, les généralistes évoquent majoritairement dans leurs attentes l'intérêt des patients, et pensent que le dispositif d'EMILI pourrait leur permettre une meilleure prise en charge. Vient juste après leur souhait d'une communication facile avec l'équipe d'EMILI, qu'elle soit joignable et disponible pour expliquer une situation par téléphone, convenir d'une visite commune ou leur laisser la main.

La question de la réactivité d'EMILI dans l'urgence est aussi abordée, nous y reviendrons dans la discussion. Les généralistes voient en EMILI une aide diagnostique et thérapeutique dans la prise en charge de cas rares, ce qui est effectivement tout à fait le propos d'EMILI. Enfin, un retour et un échange autour du patient dans son suivi sont souhaités.

À noter que 13 médecins ont précisé dans leur réponse qu'ils trouvent le projet très intéressant.

46 médecins, soient 51,7% des répondants, souhaitent être recontactés pour connaître les résultats de cette enquête.

V. DISCUSSION

V.1. Que montre cette étude ? Ses principaux résultats

Malgré une critique évidente fondée sur un échantillon de participants réduit, nous pouvons tout de même souligner que le taux de réponse de 51,4% est correct pour une méthode par questionnaire-papier. Ces 89 réponses nous permettent de mettre en lumière plusieurs points essentiels.

Tout d'abord, quatre chiffres sont importants:

96,6% des généralistes suivent des patients entre autres pour un problème d'ordre psychologique, ce qui rappelle la place prépondérante de la psychiatrie dans la pratique de la médecine générale.

Ils sont 84,1% à s'intéresser à la discipline psychiatrique, mais 92,1% déclarent néanmoins rencontrer des difficultés dans la prise en charge des patients psychiatriques. Ces difficultés sont liées avant tout à la réticence de ces patients à consulter un spécialiste, puis à l'aspect chronophage de ces consultations, et enfin au diagnostic et au traitement de ces pathologies particulières, pour lesquels 40,5% des généralistes déclarent avoir des lacunes.

Enfin, 83% des généralistes souhaiteraient avoir plus d'interactions avec leurs confrères psychiatres. Nous soulignons ainsi ce fort taux d'intérêt pour la discipline, mais aussi le désir des généralistes d'apprendre de leurs confrères psychiatres, en recevant de l'aide pour poser un diagnostic ou gérer un traitement, passant par plus d'échanges avec eux.

L'aspect chronophage des consultations et des visites pour problème psychiatrique est une vraie difficulté dans la pratique quotidienne du généraliste, qui doit en 15 minutes diagnostiquer, traiter, éduquer, prévenir les maladies. Pourtant ces consultations méritent qu'on prenne notre temps.

La réticence des patients à consulter un spécialiste tient tant à la stigmatisation qui se porte autant vers les maladies que vers les psychiatres, qu'à l'aspect financier (la plupart des psychiatres libéraux étant installés en secteur 2, et les consultations chez un psychologue n'étant pas remboursées par la Sécurité Sociale).

En ce qui concerne la coordination avec les CMP, 86,5% des généralistes ont déjà adressé un patient au CMP (avec comme principaux motifs la gratuité des soins, le contexte social, puis la gravité de la pathologie). Néanmoins, dans leur choix quotidien, ils sont 84,1% à adresser en libéral, de façon exclusive ou non, versus 55,7% pour le CMP.

Nous noterons que la moyenne d'années d'installation chez les médecins adressant exclusivement au CMP est de 12,6 ans, durée significativement plus courte que chez ceux adressant exclusivement en libéral où elle est de 20,1 ans ($p<0,05$). Nous pouvons donc espérer dans le futur une meilleure volonté de coopération avec le secteur psychiatrique chez ces plus jeunes médecins généralistes.

La désapprobation que la première consultation soit faite par une infirmière est le premier motif retrouvé chez les médecins qui n'adressent jamais au CMP. On peut s'étonner que le délai d'avant consultation soit considéré comme plus long au CMP quand on sait justement que les infirmières reçoivent le jour-même les patients qui s'y présentent. Il est vrai que cette première consultation n'apporte pas immédiatement l'avis spécialisé requis, mais elle permet d'ouvrir le dossier et d'organiser la prise en charge. Si l'infirmière détecte un facteur de risque immédiat, le psychiatre sera informé le jour-même.

Enfin, nous noterons que les généralistes ont une relative bonne connaissance du fonctionnement d'un CMP, avec une moyenne de 3,13/5 au questionnaire posé.

V.2. Oui, EMILI répond à un besoin dans la pratique des généralistes

86,5% des généralistes jugent EMILI utile pour un de leur patient, qu'ils connaissent directement ou qui leur a été signalé par une famille. Il s'agit d'un résultat important en cette période de développement de l'équipe mobile, qui montre un désir réel d'aide et de collaboration de la part des généralistes. La mise en place de cette équipe mobile répond à une faille actuelle dans le système de soins, même si elle ne concerne que peu de patients.

Pour étayer ce résultat, nous avons croisé la variable « besoin d'EMILI » avec les autres variables de l'étude par un test de comparaison du Chi-2, et nous pouvons retenir les résultats suivants :

Les médecins ayant déclaré qu'EMILI répondait à un besoin dans leur pratique sont significativement plus demandeurs d'interactions avec leurs confrères psychiatres que ceux qui ne jugent pas d'utilité à EMILI (89,5% versus 41,7% (p<0,0001)).

Ils sont également plus nombreux à avoir déjà adressé un patient au CMP (90,9% versus 58,3% (p=0,002)), et adressent de façon significative plus souvent au CMP pour une question de gravité de la pathologie (52,9% versus 0 (p=0,008)). Ces généralistes intéressés par le projet voient donc dans le CMP et dans EMILI une réponse utile et de qualité dans des cas graves, indépendamment de l'aspect uniquement gratuit des soins dispensés par le secteur psychiatrique.

Ils ont été 70,1% versus 16,7% à exprimer des attentes envers EMILI (p<0,00001) et 58,1% versus 8,3% à souhaiter être recontactés pour connaître les résultats de cette étude (p=0,001).

Enfin, ces médecins qui voient EMILI comme une réponse à un problème certain dans leur pratique sont significativement les plus intéressés pour participer à une visite à domicile avec EMILI (49,3% versus 0 (p=0,001)).

On notera également trois tendances non significatives dans les résultats, mais néanmoins intéressantes : la moyenne d'années d'installation chez les médecins pour qui EMILI répond à un besoin est plus jeune que chez les autres (20,5 ans versus 25,9 ans (p=0,15)), et ils sont plus nombreux à avoir obtenu une très bonne note (≥ 4/5) au questionnaire de connaissance du fonctionnement du CMP (42,9% versus 25% (p= 0,24)). Enfin, parmi les médecins qui déclarent rencontrer des difficultés dans la prise en charge psychiatrique de leurs patients, 45,1% souhaitent participer à une visite conjointe avec EMILI, versus 14,3% chez ceux qui ne déclarent pas rencontrer de difficultés (p=0,11).

Les attentes exprimées spontanément par les généralistes autour du projet d'EMILI sont intéressantes et montrent globalement un regard très positif sur cette nouvelle proposition de coordination. Une meilleure prise en charge globale du patient avant tout, une meilleure communication entre les intervenants, une bonne réactivité dans l'urgence, une aide à la prise en charge de cas rares et un retour sur les patients sont les maitres mots de leurs

attentes, et synthétisent tout à fait l'esprit dans lequel nous souhaitons inscrire une nouvelle collaboration entre généralistes et psychiatres.

Nous préciserons tout de même, pour la question de l'urgence, qu'EMILI ne se substitue pas aux équipes mobiles d'urgence existant déjà telles le SAMU ou les pompiers, à même d'intervenir face à une situation avec mise en danger immédiate du patient. Toute situation aiguë ou subaiguë sans cette mise en danger immédiate peut leur être proposée.

V.3. Quelles propositions faire pour une meilleure coordination ?

Les résultats de cette étude permettent d'avancer plusieurs propositions afin d'optimiser la coordination entre les généralistes et les psychiatres.

Tout d'abord, insister sur la formation médicale continue (FMC) des généralistes, l'enseignement universitaire de la psychiatrie n'étant pas suffisant. En effet, nous avions vu que 30% des consultations d'un généraliste étaient dédiées à un problème psychiatrique [32], et nous voyons ici que 96,6% de médecins déclarent suivre des patients pour un problème lié à la santé mentale, en exprimant des lacunes en termes de diagnostic et de traitement. Il faut développer leur formation, tant sur les thérapeutiques médicamenteuses et les différentes psychothérapies, que sur les nombreux dispositifs d'accueil possibles des patients atteints d'un trouble mental, avec l'objectif d'augmenter leur compétence. De plus, nous avons vu que la précocité du diagnostic et de la prise en charge des pathologies psychotiques ou bipolaires était un point-clé de l'évolution du malade : cela rejoint l'idée d'une indispensable meilleure formation des généralistes en psychiatrie, afin qu'ils sachent repérer précocement ces pathologies mentales graves, et qu'ils puissent les adresser dès le début de la maladie.

Ensuite, développer les échanges entre confrères semble être une priorité afin de passer d'un modèle d'isolement à un modèle de collaboration. Que ce soit pour un avis ponctuel ou le suivi régulier d'un malade, ou même pour la rédaction des protocoles de soins en ALD 30 laissée aux généralistes qui n'ont souvent pas les données nécessaires pour les remplir, la communication entre psychiatres et généralistes doit être améliorée.

Pour développer ces échanges, nous pouvons proposer plusieurs points :

- Faire apparaitre systématiquement le nom du médecin traitant dans les dossiers psychiatriques des malades. Pour les patients psychiatriques graves, qui sont plus souvent suivis par les équipes de secteur et dont nous avons vu avec l'étude réalisée par Maison-Blanche en 2004 [43] qu'ils étaient moins de 30% à avoir un médecin traitant identifiable, proposer que les équipes psychiatriques les aident à trouver un médecin traitant.

- Développer les échanges de courrier. Afin d'améliorer la coopération entre les médecins généralistes et les psychiatres, le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) a élaboré une recommandation de bonne pratique relative aux courriers entre médecins généralistes et psychiatres lors d'une demande de première consultation pour un adulte présentant un trouble mental ou une souffrance psychique [45]. La Haute Autorité de Santé a validé cette recommandation, qui définit les principaux éléments qui doivent être cités dans le courrier d'adressage au psychiatre (*motif de recours au psychiatre sous la forme d'une question, hypothèses diagnostiques, problèmes et traitements somatiques, éléments de l'histoire psychiatrique et son contexte de vie, modalités du suivi partagé, suggestions thérapeutiques*), ainsi que dans la réponse faite au médecin généraliste (*réponse aux questions posées, précision du diagnostic, risques évolutifs immédiats à surveiller, facteurs environnementaux et arrêt de travail si besoin, projet de soins, organisation de la prise en charge partagée, prescription médicamenteuse et modalités psychothérapeutiques*). L'enquête nationale citée dans le contexte, menée en 2012 par le CCOMS de Lille et le Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon [4], a retrouvé auprès des 2000 médecins généralistes interrogés qu'ils étaient 98% à adresser un courrier au psychiatre lorsqu'ils orientent un patient pour la première fois, puis qu'ils n'étaient plus de 23% à écrire lors d'un suivi régulier conjoint entre psychiatre et généraliste. Ils étaient également seulement 23% à déclarer recevoir un courrier de leur confrère psychiatre. La systématisation des échanges de courrier de liaison et l'amélioration de leur qualité doit donc être un des principal objectif de cette meilleure coordination.

- Développer des dispositifs de soins partagés sur l'ensemble du territoire a été également proposé par le CNQSP. Ils auraient la quadruple mission de soins directs ou indirects par interventions de psychiatres lors de consultations de psychiatrie réalisées à la demande des

généralistes, de répondre aux attentes des généralistes concernant l'orientation des malades vers le soin le plus approprié en définissant le rôle de chaque intervenant, d'organiser le développement personnel continu, et enfin de constituer des observatoires territoriaux des pratiques professionnelles [46].

Ensuite, pour lutter contre la stigmatisation qui se porte sur les consultations chez le psychiatre, le secteur 59GXXI de la banlieue Sud-Est de Lille, sous la responsabilité du Docteur Jean-Luc Roelandt, propose depuis 2001 un système original qui semble fonctionner : les CMP ont été « décentralisés » dans les cabinets des généralistes en ville, c'est-à-dire qu'ils ont mis en place un système de soins en santé mentale complètement intégré dans la cité, où l'équipe de psychiatrie de secteur dispose d'un lieu de consultation au sein des cabinets de médecine générale [47]. Ainsi, les patients ont beaucoup moins de difficultés à passer la porte du bureau d'à côté, plutôt qu'à entreprendre une démarche de soins et de rendez-vous dans un autre dispositif. Les psychiatres de ce secteur ne prescrivent pas : le médecin traitant reçoit donc un courrier après chaque consultation avec le traitement proposé, ce qui permet d'accentuer la formation des généralistes à la prescription des psychotropes.

Une meilleure information sur le fonctionnement des CMP doit être faite auprès des généralistes. Même si la note moyenne au petit questionnaire présenté ici est relativement bonne, il faudrait insister notamment sur le fait que le CMP reçoit des familles sans même voir le patient (seuls 43,8% le savaient), et convaincre du bienfondé de la première consultation avec l'infirmière, dont le délai d'obtention est très court.

Pour résoudre la question du délai avant consultation, nous pourrions proposer par exemple que les psychiatres dégagent certains créneaux de leurs consultations pour les urgences, afin de faciliter l'avis spécialisé requis par les généralistes. En effet, la plupart des autres spécialistes reçoivent très rapidement les patients que nous leur adressons pour un avis urgent.

Sur l'aspect financier, il serait judicieux que les séances de psychothérapie chez un psychologue soient en partie remboursées, du moins celles indiquées sur avis médical. Certains généralistes ont souligné la question de la rémunération de la visite à domicile conjointe avec EMILI, qui promet effectivement d'être longue. Peut-être qu'une cotation spéciale pour l'acte de visite à domicile (et même de consultation) pour problème psychiatrique pourrait être envisagée ?

La proposition de la création d'EMILI semble rencontrer auprès des généralistes du 15ème arrondissement un franc succès, tant en terme de désir d'accentuer la communication avec leurs confrères du CMP, qu'en terme des solutions nouvelles qu'elle propose à des situations aiguës ou subaiguës peu communes et difficiles à gérer par un généraliste seul. Ainsi, cette expérience pertinente dans la coordination soins psychiatriques-médecine générale doit retenir toute notre attention, dans la perspective de présenter et éventuellement de généraliser ce dispositif aux autres secteurs.

VI. CONCLUSION

La désinstitutionnalisation des patients psychiatriques, pensée depuis la fin de la guerre de 39-45 et officialisée par la mise en place de la politique de sectorisation de 1960, a transféré une partie très importante des soins vers l'ambulatoire. De nouveaux dispositifs de soins sont apparus, tel le développement des équipes mobiles d'interventions en soins psychiatriques, qui visent à examiner et à traiter des patients dans une situation aiguë ou subaiguë au sein de leur contexte de vie, afin de leur éviter une hospitalisation.

La part de la psychiatrie est prépondérante en médecine générale : la diminution du nombre de psychiatres et la démystification des troubles de santé mentale laissent penser que le généraliste, acteur central des soins depuis la création du médecin traitant, va être de plus en plus sollicité par des patients souffrant de problèmes psychiatriques.

Les CMP du 15ème arrondissement de Paris ont mis en place en 2012 une nouvelle Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison Intersectorielle, baptisée EMILI. Cette étude, interrogeant les généralistes du 15ème arrondissement, a permis de montrer que la création de ce dispositif répond à un besoin dans la pratique des généralistes, trop seuls pour affronter des situations psychiatriques difficiles au domicile. En effet, en l'absence de complémentarité, les médecins généralistes n'auront pas d'autre choix que de se tourner vers les services d'urgence.

Par ailleurs, l'absence de communication entre les généralistes et les psychiatres, confirmée par ce travail, est préoccupante. Une meilleure coordination entre ces acteurs de soins, notamment avec les psychiatres des CMP, passera avant tout par un esprit de collaboration et l'échange systématique de courriers de liaison. De plus, la formation continue des généralistes est indispensable, tant sur le plan des thérapeutiques et des psychothérapies, que sur celui de l'information sur les dispositifs de soins existants, afin de leur assurer une meilleure autonomie dans la prise en charge de patients psychiatriques. Elle permettra également de viser à un diagnostic plus précoce des pathologies lourdes.

Une étude, avec des propositions concrètes sur l'offre de soins, est à réaliser auprès des généralistes, afin de mieux cibler encore leurs attentes et de définir de nouveaux dispositifs

de soins partagés. Nous pouvons attendre beaucoup des projets de maison de santé dans le cadre de la santé mentale, actuellement en phase de réflexion sur le territoire.

Cette thèse a eu pour effet bénéfique de rapprocher les professionnels, et de préciser aux généralistes d'un secteur le fonctionnement et les compétences des CMP. Les résultats de l'enquête vont être distribués aux généralistes qui le souhaitent, avec un complément d'information sur le fonctionnement d'EMILI, dont les débuts sont prometteurs.

VII. ANNEXES

ANNEXE 1 : Spécialités exercées exclusivement par 53 médecins généralistes du 15ème arrondissement de Paris (exclus de notre enquête)

- 14 angiologues
- 6 homéopathes
- 6 nutritionnistes
- 6 psychothérapeutes
- 5 acupuncteurs
- 4 échographistes
- 3 allergologues
- 2 ostéopathes
- 1 gynécologue
- 1 podologue
- 1 cancérologue
- 1 phoniatre
- 1 médecin physique et de réadaptation
- 1 médecin esthétique
- 1 thermaliste

ANNEXE 2 : Courrier accompagnant le questionnaire

« Paris, le 16 janvier 2012

Mes chers confrères,

Actuellement remplaçante en Médecine Générale, je me permets de vous contacter dans le cadre de la réalisation de ma thèse.

Sous la direction du Docteur Isabelle Andreu, psychiatre responsable du Centre Médico-Psychologique de la rue Tiphaine dans le 15ème arrondissement, je souhaite rédiger un travail qui porte sur le thème suivant :

Relations et coordination entre médecins généralistes et secteur psychiatrique: exemple du 15ème arrondissement de Paris.
Intérêt pour leur pratique et motivation des médecins généralistes du 15ème arrondissement de Paris à s'impliquer dans le travail d'une équipe mobile en soins psychiatriques mise en place par les CMP.

En effet, les trois CMP de votre arrondissement mettent en place cette année une équipe mobile baptisée **EMILI** (Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison Intersectorielle). Cette équipe a pour missions de recevoir tout signalement ou demande de soins psychiatriques **à domicile**, d'effectuer l'évaluation psychiatrique initiale, puis d'assurer des soins intensifs dans le cadre de la prise en charge d'états subaigus en alternative à une hospitalisation. L'équipe mobile est là également pour coordonner et assurer la préparation d'une hospitalisation si elle s'avère nécessaire. EMILI est née pour amener aux soins des patients dont l'ambivalence (voire la réticence ou le refus catégorique des soins) ne leur permet pas d'en faire la demande. C'est un dispositif qui se caractérise par sa disponibilité et la densité de sa réponse si besoin.

Or, ce dispositif ne peut s'envisager qu'en articulation étroite avec vous, médecins généralistes du quartier, qui êtes les meilleurs connaisseurs de vos patients et de leur entourage.

Le but de mon travail est de :
- faire le point sur vos relations avec les CMP de votre quartier
- savoir si la mise en place d'une telle équipe répond à un besoin dans votre pratique
- évaluer votre intérêt pour ce projet, et votre potentielle implication :

- Soit en signalant à EMILI un patient difficile,
- Soit en dirigeant vers EMILI une famille en difficulté avec un proche,
- Soit en participant à la visite initiale d'évaluation avec le médecin psychiatre et l'infirmier psychiatrique d'EMILI

Si les résultats de cette étude sont positifs et si la coordination semble effectivement possible autour de ces malades singuliers, un tel dispositif pourrait alors être proposé aux autres arrondissements de Paris.

Il s'agit de répondre à un **questionnaire de 15 items**, qui ne vous prendra que 10 minutes. Merci de le retourner tel quel dans l'enveloppe à mon nom pré-timbrée jointe.

Mes chers confrères, vous comprendrez que votre réponse à tous est indispensable à l'aboutissement de cette thèse, afin qu'elle ait un sens et que ses résultats soient probants.

En vous remerciant, par avance, mille fois de votre participation,
Veuillez croire, mes chers confrères, en l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Jeanne Lanoë

Pour contacter EMILI : basée au CMP du 23, rue Tiphaine, 75015 Paris, **01 45 65 61 21**

Pour mémoire, voici les coordonnées des 2 autres CMP du 15ème :
- CMP du 14-20, rue Mathurin Régnier, 75015 Paris, 01 45 65 61 19
- CMP du 11, rue Tisserand, 75015 Paris, 01 45 65 61 11 »

ANNEXE 3 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE THESE

(à me retourner dans l'enveloppe pré-timbrée ci jointe)

COORDINATION DES MEDECINS GENERALISTES DU 15EME ARRONDISSEMENT DE PARIS ET DU SECTEUR PSYCHIATRIQUE : INTERET POUR LEUR PRATIQUE ET MOTIVATION DES MEDECINS GENERALISTES A S'IMPLIQUER DANS UNE EQUIPE MOBILE EN SOINS PSYCHIATRIQUES MISE EN PLACE PAR LES CMP.

Avant toute chose, merci de bien vouloir préciser :

Age : .....

Sexe : …….

Nombre d'années d'installation en libéral : …….

Mode d'exercice : ◯ En groupe

◯ Seul

◯ Autre : ……

Avez-vous une orientation ou une discipline complémentaire d'exercice particulière ? ◯ OUI

◯ NON

Si OUI, laquelle ? ……...

1ère PARTIE : **ETAT DES LIEUX DE LA COORDINATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES DU 15EME ARRONDISSEMENT ET SECTEUR PSYCHIATRIQUE**

1/ *La psychiatrie est-elle une discipline médicale qui vous intéresse ?*

◯ OUI

◯ NON

2/ *Avez-vous dans votre patientèle des patients que vous suivez entre autres pour problème psychiatrique ?*

◯ OUI

◯ NON

3/ *Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la prise en charge psychiatrique de vos patients ?*

◯ OUI

◯ NON

Si **OUI**, était-ce :

◯ Dans une situation d'urgence

◯ Hors urgence / Pathologie chronique

Commentaires libres :

……

……

4/ *Où placeriez-vous les difficultés et limites que vous rencontrez dans le cadre du suivi des patients présentant une pathologie psychiatrique ?*

◯ Diagnostic souvent difficile

◯ Connaissances limitées dans la thérapeutique en général des maladies psychiatriques

◯ Suivi trop long et consultations chronophages

◯ Ne pas savoir à qui adresser

◯ Réticence du patient à consulter un psychiatre

Commentaires libres :

……

……

5/ *Aimeriez-vous être plus impliqué dans la prise en charge psychiatrique de vos patients quand ceux-ci sont également suivis par un confrère psychiatre ? (Courriers, échanges téléphoniques…)*

◯ OUI

◯ NON

Si **NON**, pourquoi ?

……
……

6/ *Lorsque cela vous semble nécessaire, adressez-vous plutôt en premier lieu vos patients vers un confrère psychiatre :*

◯ En libéral

◯ En secteur public (CMP, consultation hospitalière)

Pourquoi?

……
……

7/ *Avez-vous déjà adressé un patient à un des trois CMP du 15ème arrondissement ?*

◯ OUI

◯ NON

Si **OUI**, était-ce lié :

◯ A la demande du patient

◯ A la gratuité des soins au CMP

◯ A la gravité de la pathologie psychiatrique

◯ A l'intrication somato-psychiatrique du cas

◯ A la complexité du cas

◯ Au contexte social

◯ A la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire

Commentaires libres :

……
……

Si **NON**, était-ce lié :

- ◯ A une mauvaise image du CMP
  - ◯ Mauvais accueil
  - ◯ Mauvaise organisation
  - ◯ Service public
- ◯ A une mauvaise expérience
- ◯ A l'absence d'image du CMP : idée floue de son fonctionnement
- ◯ A la crainte de ne pas avoir de retour sur le patient
- ◯ A la gêne que la première consultation soit faite par une infirmière
  - ◯ Pour vous-même ◯ Pour votre patient

Commentaires libres :

……

……

8/ *Et si vous souhaitiez adresser un patient au CMP, serait-ce selon vous lié :*

- ◯ A la demande du patient
- ◯ A la gratuité des soins au CMP
- ◯ A la gravité de la pathologie psychiatrique
- ◯ A une intrication somato-psychiatrique du cas
- ◯ A la complexité du cas
- ◯ Au contexte social
- ◯ A la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire

Commentaires libres :

……

……

9/ *Avez-vous déjà adressé au CMP une famille en difficultés face à la situation psychiatrique d'un de ses proches ?*

- ◯ OUI
- ◯ NON

Commentaires libres :

……

……

10/ *Cochez les cases suivantes selon vos connaissances du fonctionnement d'un CMP. Saviez-vous :*

◯ Que la première consultation est faite par une infirmière psychiatrique, qui en réfère secondairement au psychiatre

◯ Que les patients dont l'état clinique le permet peuvent être suivis essentiellement par les infirmières avec une supervision médicale

◯ Qu'exercent également au CMP des psychologues et des assistantes sociales

◯ Que le CMP propose des psychothérapies (psychanalytiques, cognitivo-comportementales, remédiation cognitive)

◯ Que le CMP reçoit les familles en difficulté avec un proche, si besoin avant même de connaitre le patient

2ème PARTIE : INTERET POUR LEUR PRATIQUE ET MOTIVATION DES MEDECINS GENERALISTES DU 15EME ARRONDISSEMENT A S'IMPLIQUER DANS UNE EQUIPE MOBILE EN SOINS PSYCHIATRIQUES MISE EN PLACE PAR LES CMP

11/ *Avez-vous parmi vos patients des personnes qui ne font pas la démarche de soins ambulatoires mais pour lesquels vous souhaiteriez qu'une équipe psychiatrique puisse faire une évaluation voire des soins psychiatriques à domicile à partir de votre signalement ?*

◯ OUI

◯ NON

Si **OUI**, dans quelle situation ?

◯ Pathologie psychiatrique du sujet âgé (hors maladie d'Alzheimer, par exemple psychose hallucinatoire chronique…)

◯ Sujet jeune (par exemple : idées suicidaires, entrée dans la schizophrénie)

◯ Situation physique ou motrice empêchant le déplacement du patient

◯ Contexte social, isolement

◯ Autre :

……
……

12/ *Rencontrez-vous des familles qui vous font la demande d'une évaluation psychiatrique à pour un proche (jeune, ou grand-parent par exemple) pour qui vous pensez qu'EMILI pourrait être une bonne solution ?*

◯ OUI

◯ NON

Commentaires libres :
……
……

13/ *Souhaiteriez-vous être associé à la prise en charge psychiatrique à domicile en participant à une visite conjointe avec les équipes du CMP?*

◯ OUI

◯ NON

Si **OUI**, ce projet vous-motive-t-il :

◯ Beaucoup

◯ Sans plus

Commentaires libres :
……
……

Si **NON**, pourquoi ?
……
……

14/ *Pensez-vous concrètement avoir le temps d'y participer ?*
(Considérant qu'une situation psychiatrique nécessitant une prise en charge à domicile n'est pas si fréquente, que la visite initiale comprenant le médecin généraliste, le psychiatre, et l'infirmière du CMP est primordiale pour la répartition des tâches et donc présente un gain potentiel de temps sur la prise en charge au long terme du patient, mais que cette visite en soi peut être très chronophage)

◯ OUI

◯ NON

Commentaires libres :
……
……

15/ *Quelles sont vos attentes dans la mise en place d'un tel projet ? (réponse libre)*

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Si ce projet vous intéresse et que vous souhaitez être recontacté par le CMP pour de plus amples informations, OU si vous souhaitez connaître les résultats de cette étude, merci de nous laisser ici vos

Nom et Prénom :……

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

[1] Milon A., *Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France,* Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Paris, 2009, 387 pages.

[2] Casadebaig F., Philippe A., *Rapport d'étape : morbidité et mortalité chez des patients schizophrènes. Suivi d'une cohorte de patients 1993-2001*, Pour la Recherche, mars 2004, n° 40.

[3] Bohn I. et al., *Patients psychiatriques ambulatoires : Quelle coordination des soins ?*, La Revue du Praticien, 9 mai 2007, Tome 21, n° 770/771, p. 511-514.

[4] Milleret G., Benradia I., Michel G., Roelandt J.-L., *Place de la santé mentale en médecine générale*, 2012, Enquête nationale menée par le CCOMS de Lille et le Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon, présentée lors de la journée d'étude « Médecine Générale et psychiatrie : des constats à l'action », 28 novembre 2012, Dijon.

[5] Gottschalk M., Barlow D.H., Durand V.M., *Psychopathologie: une perspective multidimensionnelle*, Éditions De Boeck Supérieur, 2002, p 16.

[6] Laharie M., *La folie au Moyen Age. XI^e - XIII^e siècles*, préface de Jacques Le Goff, Éditions Le Léopard d'Or, Paris, 1991, 307 pages.

[7] Foucault M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Éditions Gallimard, 1961, 688 pages.

[8] Caire M., *Philippe Pinel en 1784. Un médecin « étranger » devant la Faculté de Médecine de Paris*, Histoire des sciences médicales, 1995, XXIX, n° 3, p. 243-251.

[9] Péron-Magnan P., *La place des neuroleptiques dans l'histoire des découvertes en médecine et en psychiatrie*, Histoire d'une découverte en psychiatrie, 40 ans de chimiothérapie neuroleptique, Editions Doin, 1992, p.27-37.

[10] Circulaire n°340 du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, Bulletin Officiel Santé, www.legifrance.gouv.fr.

[11] Arrêté du 14 mars 1986 (J.0. du 19 mars 1986) relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement, www.legifrance.gouv.fr.

[12] Coldefy M., Lepage J., *Les secteurs de psychiatrie générale en 2003*, DREES, document de travail, série Etudes, novembre 2007, n°70.

[13] Coldefy M., Le Fur P., et al., *Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France: des inégalités persistantes de moyens et d'organisation*, Questions d'Economie de la Santé, IRDES, août 2009, n° 145, p.1-8.

[14] Attal-Toubert K., Vanderschelden M., *La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales*, DREES, Etudes et Résultats, février 2009, n°679.

[15] Bessière S., Breuil-Genier P., Darriné S*., La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national,* DREES, Etudes et Résultats, novembre 2004, n° 352.

[16] Piel E., Roelandt JL., *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Rapport de mission, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, juillet 2001, 85 pages, www.ars.iledefrance.sante.fr.

[17] *La psychiatrie dans les établissements de Santé*, source Observatoire Régional de la Santé, Région Centre, 2008, 4 pages, www.orscentre.org.

[18] Couty E., *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, rapport pour le Ministère de la Santé et des Sports, 2009, 86 pages, www.sante.gouv.fr.

[19] Kannas S., Robin M., *Interventions psychiatriques au domicile et équipes mobiles, Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*, Editions Elsevier Masson, 2009, p11-33.

[20] Joy CB., Adams CE., Rice K., *Crisis intervention for people with severe mental illnesses,* Cochrane Database of Systematic Review, 2006, 18;(4): CD 001087.

[21] Damsa C., et al., *Economic impact of crisis intervention in emergency psychiatry: a naturalistic study*, European psychiatry, 2005, vol. 20, n°8, p. 562-566.

[22] Kannas S., Robin M. et coll., *Etude d'impact d'un service mobile d'urgence médico-psychologique sectorisé comme alternative au traitement des urgences psychiatriques*, Rapport à l'INSERM, Programme 1994-1998, 1998, contrat n° 4AE205, 183 pages.

[23] *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenian adults in primary and secondary care*, NICE Clinical Guideline, mars 2009, 41 pages, www.nice.org.uk/CG82NICEguideline.

[24] De Clercq M., *Urgences psychiatriques et interventions de crise*, De Boeck Université, 1997, 275 pages.

[25] De Clercq M., *L'alliance thérapeutique comme prédicteur du devenir de l'intervention de crise au service des urgences*, La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 1997, n°4, p. 126-131.

[26] Devers G., *Le cadre juridique de la visite à domicile, Pourquoi la visite à domicile ?,* La Revue de santé Mentale, septembre 2012, n°170, p. 58-61.

[27] Loi 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, www.legifrance.gouv.fr.

[28] Décision 2012-235 du Conseil constitutionnel, 20 avril 2012, www.conseil-constitutionnel.fr.

[29] Henault G., *A la rencontre du patient: une unité mobile de psychiatrie générale, nouvel outil de soins du secteur: étude rétrospective sur 4 années de fonctionnement de l'UMES*, Thèse de Psychiatrie, 2009, faculté de médecine Paris VI, 195 pages.

[30] Maman J., *Urgence, crise et mobilité : intérêt de la disponibilité d'une équipe de soins*, Mémoire de DES de Psychiatrie, 2010, faculté de médecine Paris VII, 154 pages.

[31] OMS & WONCA, *Integrating mental health into primary care, a global perspective.* Genève, 2008, World Health Organization and World Organization of Family Doctors, http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdf

[32] Kannas S., *Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ?* Pluriels n° 92/93, octobre-novembre 2011, p. 1-2.

[33] Lamboy B., Leon C. et Guilbert P., *Depressive disorders and use of health services in the French population according to the Health Barometer 2005*, 2007, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, n° 55(3), p. 222-227.

[34] Dumesnil H., et al, *La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville,* DREES, Etudes et Résultats, septembre 2012, n° 810.

[35] Younes N., Hardy-Bayle M.-C., et al., *Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists*, BMC Public Health, 2005, n° 5, p. 104.

[36] Briffault X. et al, *Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France,* L'encéphale, 2009, n°36, p. 48-58.

[37] *Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire: recommandations*, Haute Autorité de Santé, 2002, 13 pages, www.has-sante.fr

[38] Adamis D., Ball C. et al., *Physical morbidity in elderly psychiatric inpatients: prevalence and possible relations between the major mental disorders and physical illness,* International Journal of Geriatric Psychiatry, 2000, n° 15, p. 248-253.

[39] Beyer J., Kuchibhatla M., Gersing K., Krishnan KR., *Medical comorbidity in a bipolar outpatient clinical population*, Neuropsychopharmacology, 2005, n° 30, p. 401-404.

[40] Casadebaig F., Quemada N., Chevalier A., *Evolution de la mortalité des malades mentaux hospitalisés de 1968 à 1982*, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 1990, n°38, p. 227-236.

[41] Lambert Timothy JR., Velakoulis D., Pantelis C., *Medical comorbidity in schizophrenia,* Medical Journal of Australia, 2003, n°178, p.67-70.

[42] Bindman J, Johnson S, Wright S, et al., *Integration between primary care and secondary services in the care of the severely mentally ill: patient's and general practitioner's views*, The Britsh Journal of Psychiatry, 1997, n° 171, p. 169-174.

[43] Montariol P., Guillard M. et al*., Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ?,* L'Information Psychiatrique, Les temps modernes, Décembre 2006, Vol. 82, n° 10, p. 793-800.

[44] Verdoux H., Cougnard A., Grolleau S., Besson R., Delcroix F., *How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? A postal survey in South-Western France,* Social Psychiatry, Psychiatric Epidemiology, 2005, n°4, p. 892-898.

[45] *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 des Recommandations Professionnelles, septembre 2010, 4 pages, www.cnqsp.org.

[46] Hardy-Baylé M.-C., *La coopération entre psychiatres et médecins généralistes : quelles actions d'amélioration ?,* Pluriels n°92/93, octobre-novembre 2011, p. 2-4.

[47] Defromont L., Verriest O., Dudenko P., *Les médecins généralistes au cœur de la santé mental,* Revue Hospitalière de France, juillet-août 2012, n° 547, p. 26-29.

Résumé

Les centres médico-psychologiques du 15ème arrondissement de Paris ont mis en place en 2012 une Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison Intersectorielle, baptisée **EMILI**, qui vise à assurer des soins psychiatriques à domicile aux patients présentant des pathologies subaiguës, afin de leur éviter une hospitalisation. Sa réussite dépend de son articulation avec les généralistes, premiers protagonistes avec les familles à même de signaler un patient. En France, 30% des consultations de médecine générale sont dédiées à la psychiatrie, dans un contexte où la communication entre généralistes et psychiatres est particulièrement mauvaise. Cette étude, menée entre janvier et avril 2012, interroge les généralistes du secteur sur leur coordination avec les CMP, et cherche à déterminer si la création d'EMILI répond à un besoin dans leur pratique. 89 réponses sur 173 questionnaires émis ont été analysées.

92,1% des généralistes rencontrent des difficultés dans le suivi psychiatrique de leurs patients. 83% souhaitent plus d'interactions avec leurs confrères psychiatres. Ils adressent préférentiellement en libéral malgré une bonne connaissance du fonctionnement du CMP. 86,5% pensent qu'EMILI répond à un besoin dans leur pratique, et 42,7% souhaitent participer à une visite à domicile commune. Une meilleure prise en charge du patient et une meilleure communication résument leurs attentes face à ce projet. L'ensemble des résultats nous permet de proposer les bases de la construction d'une collaboration optimisée entre généralistes et psychiatres.

Mots-clés : médecine générale, psychiatrie, santé mentale, soins ambulatoires, centre médico-psychologique, équipe mobile, coordination.

Faculté de Médecine Paris Descartes, 15 rue de l'École de Médecine, 75270 Paris cedex 06