



OPUS-MG 33 : un nouvel outil de coordination entre les médecins généralistes de la Gironde et le Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP)

Aurélie Périno

► To cite this version:

Aurélie Périno. OPUS-MG 33 : un nouvel outil de coordination entre les médecins généralistes de la Gironde et le Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP). Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01243168

HAL Id: dumas-01243168

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01243168>

Submitted on 14 Dec 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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

N° 179

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

Le Lundi 30 Novembre 2015

Par **Aurélie PERINO**

Née le 6 Novembre 1986 à Nanterre (Hauts-de-Seine)

**OPUS-MG 33 : Un nouvel outil de coordination
entre les médecins généralistes de la Gironde et le Service
d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique
(SECOP)**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Charles-Henry MARTIN

Jury

Monsieur le Professeur Bernard GAY

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Madame le Docteur Chantal GRAVELAT

Monsieur le Président et Docteur Albert ROCHE

Président

Rapporteur

Juge

Juge

Juge

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

N° 179

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

Le Lundi 30 Novembre 2015

Par **Aurélie PERINO**

Née le 6 Novembre 1986 à Nanterre (Hauts-de-Seine)

**OPUS-MG 33 : Un nouvel outil de coordination
entre les médecins généralistes de la Gironde et le Service
d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique
(SECOP)**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Charles-Henry MARTIN

Jury

Monsieur le Professeur Bernard GAY

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Madame le Docteur Chantal GRAVELAT

Monsieur le Président et Docteur Albert ROCHE

Président

Rapporteur

Juge

Juge

Juge

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury

Monsieur le Professeur Bernard GAY

Professeur Universitaire de médecine générale, Université de Bordeaux
Directeur du département de médecine générale de l'Université de Bordeaux
Président d'honneur du Collège National des Généralistes Enseignants
Maître de stage des Universités en médecine générale, Université Bordeaux
Médecin généraliste.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Je vous remercie pour votre disponibilité et de l'intérêt que vous avez porté tout au long de ce travail de thèse. Je vous remercie de m'avoir permis de réaliser ce projet par la diffusion de l'étude aux Médecins Généralistes de la Gironde grâce au Département de Médecine Générale.

Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au Rapporteur

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur Universitaire de Psychiatrie, Université de Bordeaux

Praticien Hospitalier

Docteur en Epidémiologie

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Vous me faites l'honneur d'être membre du jury de thèse en tant que rapporteur.

Votre regard est extrêmement précieux pour apprécier la qualité de ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Charles-Henry MARTIN

Responsable du Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique
(SECOP)

Psychiatre référent de l'Urgence Médico-Psychologique de la zone de défense et
de sécurité Sud-Ouest

Praticien Hospitalier, Psychiatre

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je te remercie d'avoir dirigé ce travail et de me faire l'honneur de le juger.

Tes encouragements réguliers, tes conseils et ton souci du détail m'ont permis de mener à bien
ce travail.

Sous ta bienveillance, j'ai découvert et appris les urgences psychiatriques.

Tu as su me transmettre tes connaissances et m'a permis, en travaillant à deux reprises au
SECOP, de compléter ma formation en psychiatrie.

La réalisation de ce travail à tes côtés en est l'aboutissement.

Aux Membres du Jury

Monsieur le Président et Docteur Albert ROCHE

Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Gironde
Médecin Généraliste.

C'est pour moi un très grand honneur que vous ayez bien voulu juger ce travail de thèse.
Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et d'avoir permis la réalisation
de ce projet avec la diffusion de l'étude aux Médecins Généralistes de la Gironde.
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et l'assurance de ma haute
considération.

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Maître de Conférences associé, Université de Bordeaux
Médecin Généraliste.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veillez trouvez ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Madame le Docteur Chantal GRAVELAT

Médecin Inspecteur de Santé Publique
Conseiller Sanitaire de zone
Pilote de Volets SROS-PRS
Direction Générale
Service Zonal de la défense et de la sécurité de la zone Sud-Ouest
Agence Régionale de la Santé , Aquitaine.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

Veillez trouvez ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Aux Participants à l'Etude

Au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Gironde

pour avoir émis un avis favorable à ce projet et permis la diffusion de cette étude à l'ensemble des Médecins Généralistes de la Gironde.

Au Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux

d'avoir permis la réalisation de ce travail et de la participation au financement de cette étude.

Au Docteur CHEMIN, président de l'association SOS Médecins et Madame Isabelle MARTINET, directrice administrative

pour avoir permis la diffusion de l'étude et la sollicitation à plusieurs reprises des médecins de SOS.

Aux 46 médecins généralistes et SOS Médecins

d'avoir participé et contribué à mon travail de thèse.

Au SECOP et aux Médecins Généralistes de l'Hôpital Charles Perrens :

A Madame le Docteur Chantal BERGEY, Chef de pôle de Psychiatrie Adulte

J'ai eu la chance et le plaisir de travailler dans votre pôle. Je vous remercie d'avoir permis la réalisation de ce travail de thèse.

Je suis reconnaissante de la confiance que vous m'avez accordée et que vous me témoignez en m'accueillant au sein de votre pôle.

Aux Docteurs Pauline CHARVY, Jonathan COULARIS, Christophe GLON, David IRIBARNEGARAY, Vaïda MIKNIUS, Domitille PLARIER, Clémentine RAMANOEL et Kevin ROSSINI

Apprendre la psychiatrie d'urgence et la prise en charge des patients avec vous a été un plaisir. Vous avez toujours été présents et disponibles pour répondre à toutes mes questions ou inquiétudes. Je vous remercie également de votre participation à la thèse.

A Mesdames les Docteurs Noémie MAURAN, Catherine SARLANGUE et Anabelle VALIAME

Noémie, apprendre la prise en charge « somatique » des patients à tes côtés a été un réel plaisir et m'a énormément apporté.

Catherine, j'ai beaucoup appris grâce à toi et merci encore de tes conseils avisés pour la rédaction de la thèse.

Merci de la confiance que vous me témoignez et au plaisir de travailler ensemble de nouveau.

Anabelle, merci pour tout ce que tu m'as appris; de tes précieux conseils et de ta bienveillance. Nos journées du jeudi et des « points somatiques » au SECOP vont me manquer. Même à distance, ton amitié me restera précieuse et je sais que nous aurons encore le plaisir de partager de bons moments...

Aux équipes IDE et ASH : Sonia, Magali, Maylis, Vincent, Benjamin, Julie, les 2 Julien, Elisabeth, Elise, Sylvian, Denis, Mathieu, Adrien et tous ceux que je ne peux pas citer...
sans oublier Eliane, une assistante sociale hors pair.

Travailler avec vous a été un plaisir. Un vrai travail d'équipe et une expérience mémorable!

A mes secrétaires préférées : Adeline, Joëlle et Marie-Anne (sans oublier Chantal, Elodie et Isabelle)

Adeline et Joëlle, je vous remercie de votre implication dans la réalisation de ce travail de thèse (aucune fiche ni courrier ne pouvaient être oubliés!). Votre bonne humeur sans oublier votre aide à la rédaction des certificats médicaux ont permis de rendre encore plus agréable mon travail au SECOP et resteront d'excellents moments.

Marie-Anne, une « super secrétaire »; ta disponibilité, ta gentillesse et tes expressions que j'adore rendent le travail à tes côtés agréable et le tout dans la bonne humeur.

Aux « DIMettes » : Corinne, Josiane, Laurence et Muriel

pour votre accueil familial et votre bonne humeur.

Laurence et Josiane, merci de votre aide et disponibilité pour la thèse.

A Mes Maîtres d'Internat

Madame le Docteur Joelle FACH

Chef du service de Médecine Interne 2, Rhumatologue, Centre Hospitalier de Bergerac

Vous avez accompagné avec bienveillance mes premiers pas d'interne.

J'ai eu la chance de travailler à votre côtés dans votre service.

Je tenais à vous exprimer ma sincère reconnaissance pour tout ce que vous m'avez appris.

Monsieur le Docteur Laurent PORTEL

Pneumologue, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Libourne

Monsieur le Docteur Pierre-Jean PENALVA-PASQUET

Médecin Généraliste, Praticien Hospitalier, Service de Médecin Interne 2, Centre Hospitalier de Bergerac

Travailler à vos côtés est un très bon souvenir.

A l'équipe des Urgences du Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande-Tonneins

A Monsieur le Docteur Albert MAUTRAS

Médecin Généraliste à Saint-Seurin sur l'Isle

J'ai appris et commencé l'apprentissage de la médecine libérale à vos côtés. Votre sympathie ainsi que celle de votre épouse resteront un très bon souvenir.

Je vous remercie de m'avoir permis d'effectuer mes premiers remplacements.

A Monsieur le Docteur Eric SZTIL

Médecin Généraliste SOS Médecins Rive Droite,

Médecin urgentiste SAMU 33

Médecin Régulateur Centre 15

Grâce à toi, j'ai appris la rigueur de l'examen clinique. Tu m'a permis de découvrir le fonctionnement de SOS Médecins et la régulation au centre 15.

Je te remercie également de ta participation à ce travail de thèse et à tes nombreuses sollicitations auprès des médecins de SOS.

A Ma Famille

A mes parents

Vous m'avez soutenu (et ce n'est rien de le dire!) et avez toujours été présents tout au long de ces études. Vous m'avez fait confiance et avez toujours cru en moi. Grâce à vous, j'ai appris à ne jamais renoncer et à aller de l'avant quoiqu'il arrive.

Sans vous, je n'y serais jamais arrivée. J'ai la chance d'avoir des parents aussi exceptionnels que vous.

Cette thèse vous est dédiée.

A ma famille : les familles BOUCHET, FLORES et à Marjorie GIRAULT

Merci de l'intérêt que vous avez porté à mes études.

Votre soutien et vos encouragements m'ont permis d'avancer tout au long de ces années d'études. Vous avez toujours été présents dans les périodes difficiles mais aussi dans les bons moments. A tout ceux que nous partagerons encore....

A mon oncle Alain BOUCHET

Tu as tellement compté pour moi et en particulier au début de mes études.

Tu m'as encouragé : je n'ai jamais oublié les « fameux 3T ».

Je t'ai fait une promesse et je l'ai tenue. Où que tu sois, j'espère que tu es fier de moi.

A ma grand-mère Christiane qui aurait été si fière et heureuse d'être présente.

A mes grands-parents paternels

Aux Amis Proches

A Laura

Notre amitié dure depuis 15 ans. Au lycée, nous avons chacune un rêve, nous l'avons toutes les deux réalisés. Merci d'avoir toujours été là et à de belles aventures encore...

A Julie

Depuis la P2, nous avons partagé l'externat, l'internat, les moments de joies et de doutes. Nous sommes devenues médecins ensemble et je sais que notre amitié va durer encore longtemps.

A Sophie, Elodie, Clarisse, Catherine et Sarah

Que de chemin parcouru ensemble depuis l'internat de Bergerac! A tous les bons moments partagés et à tout ceux à venir...

*A mes parents et
à mon oncle Alain Bouchet*

Sommaire

<u>REMERCIEMENTS</u>	2
<u>ABREVIATIONS</u>	16
<u>INTRODUCTION</u>	17
<u>PREMIÈRE PARTIE : MÉDECINE GÉNÉRALE ET PSYCHIATRIE : ÉTAT DES LIEUX</u>	19
<u>1.1 L'OFFRE DE SOINS EN SANTÉ MENTALE</u>	19
1.1.1 Les troubles psychiatriques à l'échelle mondiale et nationale	19
1.1.1.1 Définition de la santé mentale.....	19
1.1.1.2 La santé mentale dans le monde.....	20
1.1.1.3 La prévalence des troubles psychiatriques en France.....	23
1.1.2 Organisation des soins psychiatriques en France	27
1.1.2.1 Le principe de la sectorisation.....	27
1.1.2.2 Les structures de prise en charge psychiatrique.....	27
1.1.2.3 Les acteurs de la prise en charge psychiatrique.....	28
1.1.3 Le rôle du médecin généraliste dans la santé mentale	30
1.1.3.1 La place du médecin traitant.....	30
1.1.3.2 La prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale...32	
1.1.3.3 Difficultés rencontrées par les omnipraticiens.....	34
<u>1.2 COOPÉRATION MÉDECIN GÉNÉRALISTE-PSYCHIATRE</u>	36
1.2.1 Une communication insatisfaisante	36
1.2.2 Les facteurs limitant une meilleure coopération	37
1.2.3 Des conséquences sur la prise en charge du patient	38
<u>1.3 UN ENJEU NATIONAL</u>	40
1.3.1 La coordination des soins : définition	40
1.3.2 Des plans psychiatriques successifs	41
1.3.3 Une volonté politique	42
1.3.4 Le courrier médical, un axe d'amélioration dans la collaboration médecin généraliste-psychiatre	43
<u>1.4 CONTEXTE DE L'ÉTUDE</u>	45

<u>DEUXIÈME PARTIE : MATÉRIELS ET MÉTHODES</u>	47
<u>2.1 POPULATION ÉTUDIÉE</u>	47
2.1.1 Rappel : la sectorisation en Gironde	47
2.1.2 Le SECOP : présentation	49
2.1.3 Les médecins généralistes et SOS Médecins en Gironde	51
2.1.4 Population étudiée	51
<u>2.2 PROTOCOLE DE L'ÉTUDE</u>	52
2.2.1 L'activité globale du SECOP et des médecins généralistes	52
2.2.2 La fiche OPUS-MG 33	53
2.2.2.1 Création d'un nouvel outil de coordination	53
2.2.2.2 Mise en place de l'étude	58
2.2.3 Analyse des courriers envoyés par les médecins généralistes	59
<u>2.3 EVALUATION DE LA FICHE OPUS-MG 33</u>	61
<u>2.4 ETUDE STATISTIQUE DE L'ÉTUDE</u>	61
<u>TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS</u>	62
<u>3.1 LE SECOP ET LA FICHE OPUS-MG 33 : DONNÉES GÉNÉRALES</u>	62
3.1.1 L'activité du SECOP et la fiche OPUS-MG 33	62
3.1.2 Nombre de courriers médicaux et de fiche OPUS-MG 33 reçues par mois	63
3.1.3 Comparaison entre les médecins généralistes et SOS Médecins	64
3.1.4 Fréquence d'utilisation de la fiche OPUS-MG 33	65
<u>3.2 ANALYSE DES COURRIERS SELON LES RECOMMANDATIONS DU CNOSP</u>	66
<u>3.3 ENQUETE DE LA NON-UTILISATION DE LA FICHE OPUS-MG 33</u>	67

<u>3.4 ANALYSE DES DONNÉES DE LA FICHE OPUS-MG 33</u>	68
3.4.1 Le délai d'envoi de la fiche OPUS-MG 33	68
3.4.2 La fiche côté Recto	69
3.4.2.1 Les antécédents et l'histoire de la maladie	69
3.4.2.2 La demande de soins par le patient	69
3.4.2.3 Le motif d'adressage	70
3.4.2.4 Les demandes d'hospitalisations	70
3.4.2.5 L'orientation attendue par le médecin généraliste	70
3.4.3 La fiche côté Verso	71
3.4.3.1 La description syndromique	71
3.4.3.2 Conscience des troubles et adhésion aux soins	71
3.4.3.3 Les traitements avant et après évaluation psychiatrique	71
3.4.3.4 L'orientation du patient	72
<u>3.5 EVALUATION DE LA FICHE OPUS-MG 33 PAR LES UTILISATEUR</u>	73
3.5.1 Degré de satisfaction des médecins participants	73
3.5.2 Profil des participants	76
3.5.3 Commentaires sur l'étude par les participants	77
3.5.3.1 Commentaires d'insatisfaction	77
3.5.3.2 Remarques de satisfaction sur le sujet de thèse	77
3.5.3.3 Les suggestions d'amélioration	79
<u>QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION</u>	80
<u>4.1 LES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE</u>	80
<u>4.2 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE</u>	81
4.2.1 L'originalité de l'étude	81
4.2.2 La représentativité de l'échantillon	81
4.2.3 Le délai d'envoi de la fiche OPUS-MG 33	83
4.2.4 L'analyse des courriers	84
4.2.5 La fiche OPUS-MG 33 en pratique	84

<u>4.3</u>	<u>COMPARAISON DES RÉSULTATS OBSERVÉS AVEC LA LITTÉRATURE</u>	85
4.3.1	Le taux de participation	85
4.3.2	L'amélioration et l'utilité d'un nouvel outil de coordination	85
4.3.3	Les informations médicales contenues par la fiche OPUS-MG 33 et l'analyse des courriers	86
<u>4.4</u>	<u>LES PERSPECTIVES D'UTILISATION DE LA FICHE OPUS-MG 33</u>	88
4.4.1	La fiche OPUS-MG 33 version 2	88
4.4.2	D'autres perspectives	89
	<u>CONCLUSION</u>	91
	<u>ANNEXES</u>	92
	<u>Annexe 1</u> : Liste des 30 propositions de Denys Robilliard	92
	<u>Annexe 2</u> : Synthèse des recommandations du CNQSP	95
	<u>Annexe 3</u> : Information de la fiche OPUS-MG 33 au SECOP	99
	<u>Annexe 4</u> : Courriers explicatifs de la thèse	100
	<u>Annexe 5</u> : Courrier accompagnant le retour de la fiche OPUS-MG 33	102
	<u>Annexe 6</u> : Questionnaires d'évaluation de la fiche OPUS-MG 33	103
	<u>Annexe 7</u> : La fiche OPUS-MG 33 version 2	105
	<u>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	107
	<u>LE SERMENT MÉDICAL</u>	118
	<u>RESUME</u>	120

ABRÉVIATIONS

AVCI : Années de Vie corrigées de l'Incapacité

AVI : Années de Vie de l'Incapacité

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CMM : Charge Mondiale de morbidité

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNQSP : Collège National pour la Qualité des Soins Psychiatriques

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

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESEMeD : European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

HPST : Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

IDE : Infirmier (e) Diplômé (e) d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPUS-MG 33 : Optimisation Psychiatrie d'Urgence SECOP-Médecine Générale de la Gironde

RSPM 78 : Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines Sud

SECOP : Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

INTRODUCTION

Une personne sur quatre est susceptible de développer au cours de sa vie un trouble psychiatrique.

Depuis la loi de juillet 2005, tout citoyen est invité à choisir un médecin traitant qui est, dans 99,5 % des cas, un médecin généraliste. Il a pour mission d'assurer la coordination des soins et le relais vers d'autres spécialités dont la psychiatrie.

Les consultations liées à des troubles psychiatriques représentent 20 à 30 % des consultations de médecine générale. Le médecin généraliste apparaît donc comme un acteur de la santé mentale de premier recours en terme de prescriptions et d'orientation du patient.

Depuis plus de 20 ans, les données de la littérature internationale se multiplient pour montrer un manque de coopération entre les médecins généralistes et les psychiatres, ainsi que les conséquences de l'insuffisance de liens entre ces professionnels. En France, le taux d'adressage des médecins généralistes vers les psychiatres est l'un des plus bas d'Europe.

Or une coopération entre ces deux acteurs est importante pour améliorer la qualité de la prise en charge du patient.

Le Collège National pour la Qualité des Soins Psychiatriques (CNQSP) a étudié la question en effectuant une étude de la littérature sur ce sujet en 2010, à l'origine de recommandations de bonnes pratiques établies en 2011 et labellisées par la Haute Autorité de Santé.

Le levier d'amélioration le plus important de cette collaboration apparaît être l'échange de courriers entre les médecins généralistes et les psychiatres.

À partir de ces recommandations, des travaux de thèse ont été menés et ont analysé les échanges de courriers entre ces deux spécialités médicales.

Mais jusqu'à ce jour, aucune thèse n'a été réalisée pour étudier seulement la coopération entre les médecins généralistes et les services « d'urgences psychiatriques ».

L'objectif de ce travail a donc été de mettre en place et d'évaluer un nouvel outil de coordination entre ces deux acteurs de santé.

Cette fiche de liaison faisant office de courrier médical a été créée et nommée :

Fiche OPUS-MG 33 (« Optimisation Psychiatrique d'Urgence SECOP-Médecine Générale de la Gironde ») .

Cet outil permet ainsi de partager les informations médicales entre les médecins généralistes de la Gironde et le Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP) de l'hôpital Charles Perrens à Bordeaux. Il permet également de connaître les attentes de chacun sur le devenir du patient.

Le but est d'optimiser l'articulation des soins entre ces deux partenaires.

Dans une première partie, nous allons décrire le contexte de l'étude puis dans un second temps la mise en oeuvre de cet outil de coordination.

Nous analyserons ensuite dans une troisième partie les résultats obtenus et l'évaluation de la fiche OPUS-MG 33.

Dans la dernière partie, il sera abordé les perspectives d'utilisation de ce nouvel outil de coordination et les axes d'amélioration de la coopération entre médecine générale et psychiatrie.

PREMIÈRE PARTIE :

MÉDECINE GÉNÉRALE ET PSYCHIATRIE :

ÉTAT DES LIEUX

1.1 L'OFFRE DE SOINS EN SANTÉ MENTALE

1.1.1 Les troubles psychiatriques à l'échelle mondiale et nationale

1.1.1.1 Définition de la santé mentale

La santé mentale est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » {1}.

Elle est une composante essentielle de la santé et est plus que l'absence de troubles mentaux selon l'OMS {2}.

Le concept de santé mentale comprend trois dimensions dans sa définition par Kovess-Masféty {3}:

- les troubles mentaux : ils réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.
- la détresse psychologique ou souffrance psychique : elle est un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Elle indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostiques et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles. Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique.

- la santé mentale positive : elle fait référence, soit à un état de bien-être, un sentiment de bonheur et/ou de réalisation de soi, soit à des caractéristiques de la personnalité (résilience, optimisme, capacité de faire face aux difficultés, impression de maîtriser sa vie, estime de soi). C'est un état positif, d'équilibre et d'harmonie entre les structures de l'individu et celles du milieu auquel il doit s'adapter.

La santé mentale a un rôle essentiel dans la réalisation de la santé pour tous.

1.1.1.2 La santé mentale dans le monde

D'après l'OMS, 450 millions de personnes dans le monde auraient une affection neuro-psychiatrie {4}.

Les troubles mentaux et du comportement touchent environ 10% de la population dans le monde. Une personne sur quatre serait concernée à un moment ou l'autre de sa vie par un trouble mental {4}. L'OMS identifie 5 maladies mentales parmi les 10 pathologies les plus préoccupantes du XXI^{ème} siècle : schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif {5}.

Les maladies mentales sont au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires {4}.

Selon l'OMS, les personnes atteintes de dépression majeure et de schizophrénie ont 40 à 60 % plus de risques que la population générale de mourir prématurément des problèmes de santé physique (cancer, maladie cardio-vasculaire, diabète...) et par suicide {1}.

On estime à environ 800 000 le nombre de suicides survenus dans le monde par an {6}.

Les personnes présentant ces troubles sont également plus souvent affectées par des problèmes somatiques.

Il existe une surmortalité importante chez ces patients avec une espérance de vie réduite de 25 ans en moyenne par rapport à la population générale d'après l'étude de Parks et *al* {7}. Capasso et *al* ont comparé la mortalité de sujets atteints de schizophrénie et trouble schizo-affectif de 1950 à 1980 jusqu'en 2005 aux Etats-Unis. Les étiologies les plus fréquentes retrouvées étaient dans 29% des cas d'origine cardiaque, 19% néoplasique et 17% pulmonaire {8}.

La fréquence de la mortalité et des pathologies somatiques chez les patientes atteints de troubles psychiatriques s'expliquent par différents facteurs.

Prenons l'exemple de l'étiologie la plus fréquente représentée par les pathologies cardio-vasculaires. Il y a des facteurs primaires non modifiables liés au patient (âge, sexe) et modifiables comme le tabagisme, la surcharge pondérale, la sédentarité, ou encore la mauvaise hygiène de vie {9; 10}.

En 2009, l'European Psychiatric Association (EPA), soutenue par l'European Association for the Study of Diabetes (EASD) et l'European Society of Cardiology (ESC) a publié, sur la base d'une revue de la littérature, une déclaration de position dans le but d'améliorer la prise en charge cardio-vasculaire des patients souffrant de maladies mentales sévères {11}. Cette dernière a montré que la surmortalité cardio-vasculaire associée à la schizophrénie, au trouble unipolaire et au trouble bipolaire avait un risque accru par rapport à la population générale.

Ainsi, Schenn et *al* rapportent que le risque relatif estimé de l'hypertension artérielle était compris entre 2 et 3 chez le patient souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire {10}.

Le tabagisme avait une prévalence de 50 à 80% dans la schizophrénie, 54 à 68% dans le trouble bipolaire. L'obésité avait une prévalence comprise entre 45-55% avec un risque relatif de 1,5-2 pour la schizophrénie {10}.

Des recommandations ont été ainsi émises par l'EPA et également par Saravane et *al* pour améliorer la prise en charge de ces co-morbidités {9; 11}.

Les traitements psychotropes peuvent induire ou aggraver aussi ces facteurs de risques cardiovasculaires et d'autres pathologies somatiques.

Dans une étude réalisée de 2010 à 2011, Berrimi et *al* ont montré que les effets secondaires des psychotropes étaient à l'origine dans 24% des cas d'une affection somatique {12}.

Les effets iatrogènes sont dans 32% des cas neurologiques, 21% cardio-vasculaires et hépatiques. Le syndrome malin des neuroleptiques était retrouvé dans 26% des cas.

La détection des affections somatiques est parfois retardée en lien avec une consultation tardive du patient, une mauvaise observance médicamenteuse ou un retard diagnostic. Une revue de la littérature effectuée par Mantelet et *al* a montré que l'existence d'un trouble psychiatrique comorbide interfère sur le traitement et le pronostic des pathologies organiques associées {13}.

Les personnes atteintes de ces pathologies ont aussi des taux d'incapacité plus élevés que la moyenne.

L'OMS utilise les notions de Charge Mondiale de Morbidité (CMM) estimées par les Années de Vie Corrigées de l'Incapacité (AVCI) {4; 14}. Elle permet de mesurer l'impact sanitaire des troubles mentaux. En effet, généralement, les statistiques le mesurent uniquement en termes d'incidence/ prévalence et de mortalité.

Ces indices conviennent bien pour les maladies aiguës qui se soldent soit par un décès, soit par une guérison complète, mais s'appliquent mal aux maladies chroniques et invalidantes.

Or les troubles mentaux provoquent plus souvent une incapacité qu'un décès prématuré.

L'un des moyens de rendre compte de la chronicité des troubles et des incapacités qu'ils engendrent est la méthode employée pour calculer la charge mondiale de morbidité.

Une AVCI pour une maladie est la somme des années de vie en bonne santé perdues à la suite de décès prématuré et par cause d'incapacité (AVI) de la maladie en question.

Les maladies mentales représentaient 12 % du total des AVCI dans le monde en 2000 {15; 16}.

Les troubles mentaux font partie des maladies chroniques les plus fréquentes en Europe.

Ils représentent un peu de moins de 40% de l'ensemble des pathologies et 19% des AVCI selon le plan d'action européen sur la santé mentale de l'OMS {17}. En Europe, les troubles de la santé mentale touchent plus d'un tiers de la population chaque année {17}.

Les troubles dépressifs sont responsables de 13,7% de taux d'invalidité, ce qui en fait la principale maladie chronique d'Europe {17}. Par exemple, la dépression représente, à elle seule, 4,3 % de la charge mondiale de morbidité {1; 18}.

Elle est une des principales causes d'incapacité dans le monde {15; 18}.

La Charge Mondiale de Morbidité attribuée à ces troubles aurait augmenté de 37,6% entre 1990 et 2010 selon Whiteford et *al* {19}.

En 2020, les pathologies mentales seront imputables de 15% de la charge de morbidité {4}.

D'après Murray et Lopez, la dépression sera la deuxième cause de morbidité dans le monde et la première cause dans les pays développés après les cardiopathies ischémiques {14}.

1.1.1.3 La prévalence des troubles psychiatriques en France

L'étude ESEMeD, réalisée en 2000, sous l'égide de l'OMS, a décrit et comparé l'état de santé mentale des différents pays de l'Union européenne pendant 1 an {3; 20}.

Ce travail retrouvait que 38,4% de la population, vivant en France, présentait un trouble psychiatrique au cours de sa vie {21}.

Elle est le premier pays européen ayant la prévalence la plus élevée de trouble mental d'après Kovess-Masféty {22}.

Le taux de suicides et d'idées suicidaires est parmi le plus élevé d'Europe {22}.

A titre de comparaison, 10 500 personnes décèdent par suicide et 3 500 par accident de la route.

La France est le pays le moins bien classé en matière de santé positive (9 ème sur 11 pays européen) alors que le taux de détresse psychologique y est plus élevé (1ème sur 7) (Figures 1, 2).

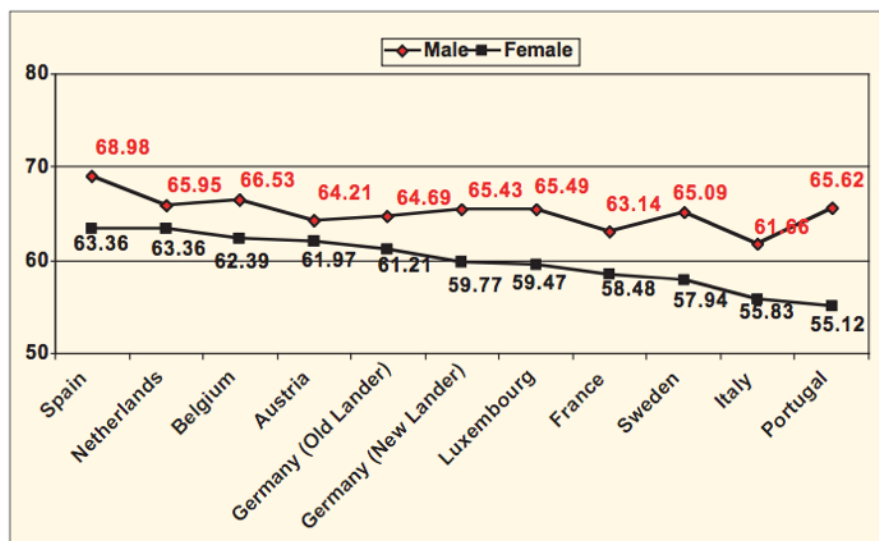


Figure 1 : La santé mentale positive selon le score moyen de l'échelle SF 36 sur la qualité de vie (de 0 à 100) en Europe chez les hommes et les femmes {22}.

Source : Eurobarometer

Extrait de : Kovess-Masféty V et al. *The state of mental health in the european Union.* European Commission. 2005.79p.

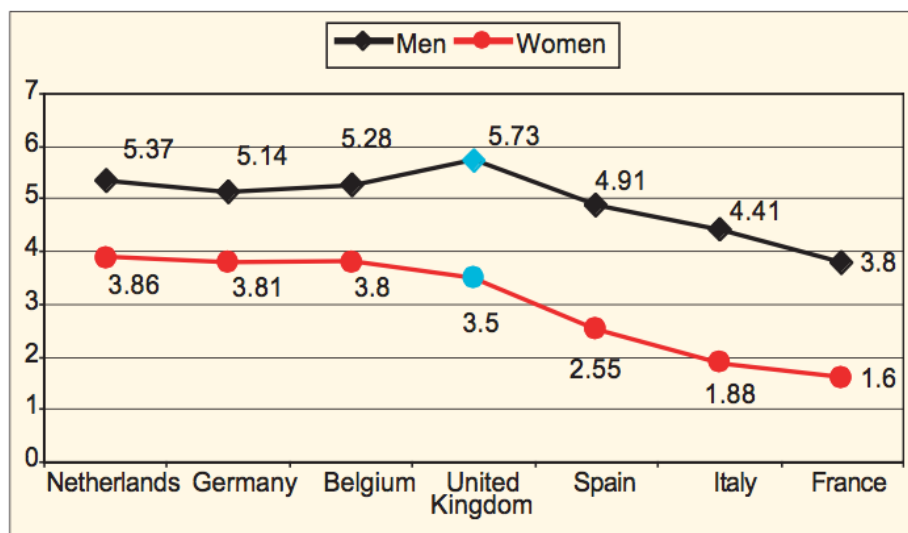


Figure 2 :

La détresse psychologique chez les hommes et les femmes dans l'Union Européenne selon l'échelle d'auto-évaluation de qualité de vie SF-12 {22}.

Source : ESEMeD and UK (United Kingdom) psychiatric morbidity survey

Extrait de : Kovess-Masféty V et al. *The state of mental health in the european Union.* European Commission. 2005.79p.

Les prévalences des troubles dépressifs et anxieux affectant un sujet au moins dans sa vie sont plus élevées que dans les autres pays européens d'après l'étude de Lépine et al {21}.

En France, la prévalence des troubles dépressifs est de 24, 1 % et pour les troubles anxieux, 22, 4% contre respectivement 14% et 13, 6% en moyenne dans les pays européens {21}.

La prévalence des troubles anxieux généralisés est de 2% et l'épisode dépressif caractérisé de 3% {22}.

Les troubles liés à l'alcool représentent 5,7%.

La schizophrénie touche 1% de la population générale française, soit environ 400 000 sujets malades et 10 000 nouveaux cas par an {23}.

On estime environ 10 500 décès par suicide par an et en France {24}.

Les troubles mentaux sont la deuxième cause des arrêts de travail et la première cause d'invalidité {25}.

En 2004, les arrêts de travail liés aux troubles mentaux et du comportement concernaient un assuré du régime général sur cinq {26}.

De même, la France est le pays d'Europe le plus grand prescripteur et consommateur de psychotropes {21; 27}.

Les prescripteurs sont de manière égale les psychiatres et les médecins généralistes dans l'étude européenne ESEMeD en 2000, respectivement de 64,2% et 63,2% {22}.

Cependant, la France a un taux d'adressage le plus faible de l'Europe des médecins généralistes vers les psychiatres pour des patients atteints de troubles psychiatriques (trouble de l'humeur, trouble anxieux et alcool) (Figure 3).

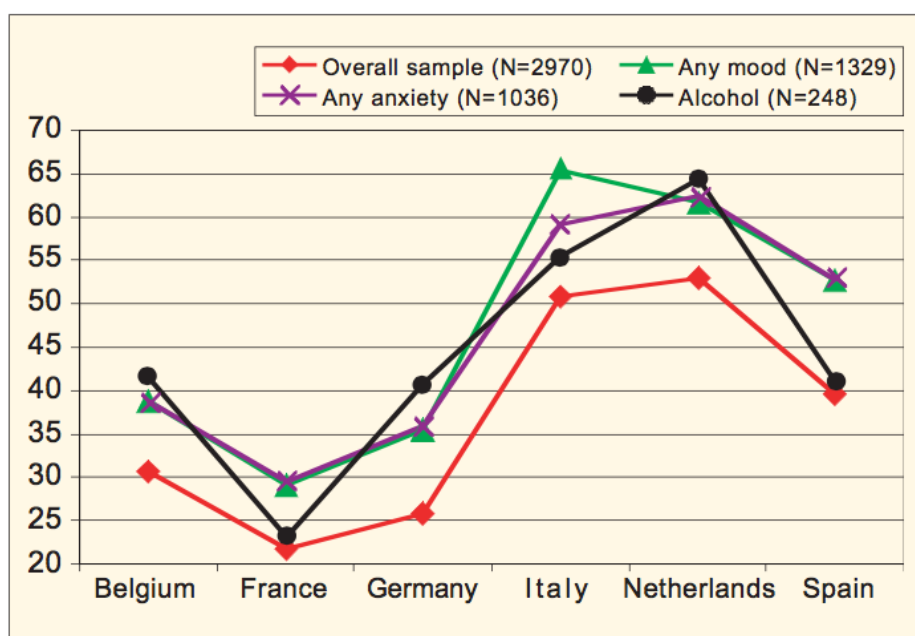


Figure 3 : Taux d'adressage des médecins généralistes vers un spécialiste de la santé mentale pour des patients ayant un trouble de l'humeur, trouble de l'anxiété et de l'alcool {22}.

Source : ESEMeD

Extrait de : Kovess-Masféty V et al. *The state of mental health in the european Union*. European Commission. 2005.79p.

Les résultats de l'étude ESEMed sur l'usage des psychotropes en Europe ont été mis en parallèle avec ceux de l'échantillon français dans une étude de Gasquet et *al* {27}. Les prévalences annuelles et mensuelles sont plus élevées en France que dans l'Union Européenne pour toutes les classes thérapeutique hormis les antipsychotiques dont les taux sont équivalents (Tableau I). Par contre, les durées de traitements étaient plus courtes, sauf pour les antipsychotiques où le nombre de jours était plus long en France {27}.

Tableau I : Prévalence mensuelle et annuelle de la consommation des différentes classes de psychotropes en France et en Europe {27}.

	France n = 2 894				Six pays n = 21 425			
	Nombre de jours de traitement				Nombre de jours de traitement			
	n	%*	Moyenne (écart type)*	Médiane*	n	%*	Moyenne (écart type)*	Médiane*
Au moins une prise dans les 12 derniers mois								
AX ou HY	511	18,6	105 (175)	30	2 329	10,2	127 (187)	30
AD	180	6,0	182 (167)	126	856	3,5	202 (168)	180
AP	36	0,8	198 (150)	180	269	1,0	171 (171)	90
TY	9	0,4	239 (200)	365	30	0,2	281 (169)	365
Tout psychotrope	590	21,4	111 (174)	30	2 853	12,4	134 (191)	42
Au moins une prise dans les 30 derniers jours								
AX ou HY	320	11,3	158 (196)	60	1 697	7,0	175 (191)	100
AD	138	4,9	211 (176)	210	661	2,7	241 (162)	362
AP	28	0,8	215 (163)	365	186	0,7	213 (170)	280
TY	8	0,4	238 (213)	365	28	0,2	281 (172)	365
Tout psychotrope	399	14,1	155 (190)	70	2 120	8,7	178 (194)	120

AX : anxiolytique ; HY : hypnotique ; AD : antidépresseur ; AP : antipsychotique ; TY : thymorégulateur.

* Statistiques pondérées.



Prévalences annuelles et mensuelles de la consommation de psychotropes France et en Europe



Durée des traitements en Jours comparée en France et en Europe

Source : Gasquet I, Nègre-Pagès L, Fourrier A et al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMed/MHEDEA 2000/ (ESEMed) en population générale. L'Encéphale. 2005, 31 : 195-206.

Nous avons vu que la France a de faibles indicateurs de santé mentale. Nous allons nous intéresser à l'organisation du système de soins en psychiatrie.

1.1.2 Organisation des soins psychiatriques en France

1.1.2.1 Le principe de la sectorisation

La sectorisation en psychiatrie a été mise en place par la circulaire de Mars 1960 {28}. Elle consiste à définir des zones géographiques sur l'ensemble du territoire. Pour chaque secteur, une équipe pluridisciplinaire est responsable des interventions et des soins. Ainsi, la continuité des prises en charge est assurée, allant de la prévention jusqu'à la réinsertion sociale.

Bien que, depuis la circulaire du 25 Octobre 2004, les secteurs ne soient plus définis géographiquement, leur dimension fonctionnelle est conservée {29}.

Le territoire français comprenait ainsi, en 2014, 885 secteurs de psychiatrie générale pour les adultes, et 373 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile selon la Drees {30}.

Chaque secteur de psychiatrie est rattaché administrativement à un centre hospitalier.

1.1.2.2 Les structures de prise en charge psychiatrique

Plus de la moitié des secteurs (55%) est rattachée à des établissements publics de santé spécialisés en psychiatrie. Un peu plus d'un tiers (33 %) sont rattachés à des centres hospitaliers ou centres hospitaliers régionaux.

8 % sont rattachés à un établissement de santé privé, participant au service public et financé par dotation globale selon le rapport de Milon {31}.

Il existe également des structures privées (clinique), non sectorisées.

Chaque secteur possède différentes structures à savoir {32; 33}:

- l'hôpital de jour (HDJ)
- l'hospitalisation à domicile (HAD)
- le centre médico-psychologique (CMP) : structures d'accueil et de coordination en milieu ouvert, assurant consultations, actions de prévention et visites à domicile

- le centre de post cure : unité permettant de poursuivre des soins engagés dans de services d'hospitalisation et contribuant a la réhabilitation psychosociale
- le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) : visant à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe
- les appartements thérapeutiques : structure de soins favorisant la réadaptation et l'insertion dans le milieu social
- l'accueil familial thérapeutique : placement dans des familles d'accueil quand le retour ou maintien à domicile n'est pas envisageable
- l'atelier thérapeutique : ayant pour objectif de favoriser l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale.

Actuellement, les prises en charge ambulatoire se développent.

Ainsi, en 2014, la file active exclusivement en ambulatoire représentait 1 672 294 patients soit 74%, vus au moins une fois dans l'année, sur 2 243 875 patients de la file active totale (psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile et en milieu pénitentiaire comprises) {30}.

1.1.2.3 Les acteurs de la prise en charge psychiatrique

Plusieurs intervenants assurent la prise en charge des patients présentant un trouble de la santé mentale.

Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire : psychiatre, pédopsychiatre, Infirmier(e) Diplômé (e) d'Etat, ergothérapeute, psychomotricien, assistante sociale...

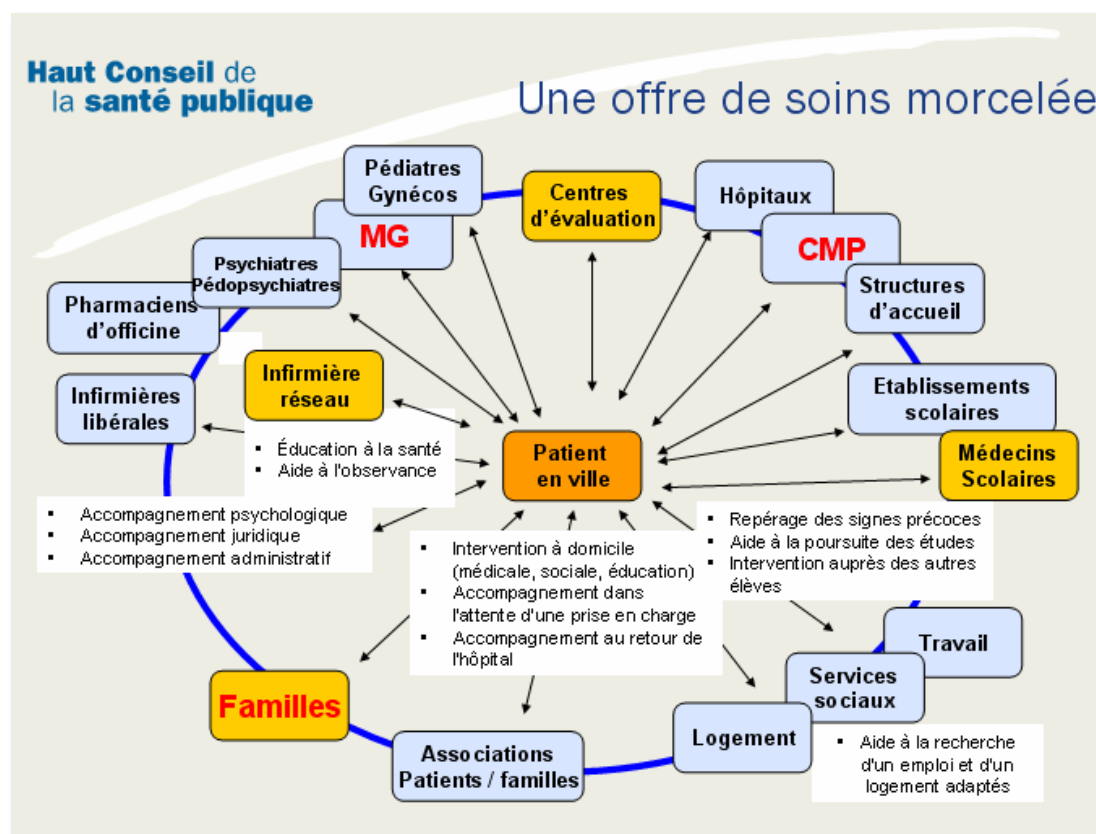
Elle comprend également, à l'hôpital, des secrétaires médicales, aide-soignants et agents de service hospitalier.

Selon l'Atlas démographique médical du 1er janvier 2015, la France comptait 12 570 psychiatres (salariés et libéraux) en exercice {34}. Il s'agit de la densité la plus élevée d'Europe.

Pourtant, la répartition des médecins sur le territoire est inégale.

En effet, 67,1% des zones du territoire français sont dépourvues de spécialiste en psychiatrie en exercice libéral ou mixte {34; 35}. Il y a, donc, une démographie médicale très disparate en terme de professionnels de santé mentale.

De même, l'offre de soins est également diversifiée (Figure 4).



MG : Médecin Généraliste

CMP : Centre Médico-Psychologique

Figure 4 : L'offre de soins médicale et sociale en ville {36}

Source : Haut Conseil de la santé publique - Présentation à l'Opeps (Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé) et à la commission des affaires sociales du Sénat le 27 février 2009.

1.1.3 Le rôle du médecin généraliste dans la santé mentale

1.1.3.1 La place du médecin traitant

En France, depuis la loi de la réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004, chaque assuré de plus de 16 ans doit choisir un médecin traitant avec l'accord de ce dernier. Cette démarche est faite dans le cadre du parcours de soins coordonnés de l'Assurance Maladie {37; 38}.

Le médecin traitant est le personnage central dans l'orientation et le suivi des patients.

Il peut être généraliste ou d'une autre spécialité médicale; travaillant dans le public ou dans le privé; à l'hôpital ou en ville; libéral ou salarié . Il coordonne les soins et gère le dossier médical. Il oriente les patients dans le parcours de soins coordonnés vers un autre spécialiste, plus apte à traiter la situation. Il est à noter qu'un patient peut directement consulter un psychiatre ou un gynécologue sans en référer à son médecin traitant. En 2008, d'après l'Assurance Maladie, 99,5 % des Français avaient choisi un médecin généraliste comme médecin traitant {38}.

Toutefois, cette mise en place du médecin traitant n'aurait permis qu'une amélioration partielle du système de soins primaires et du rôle central du médecin généraliste {39}.

Des améliorations seraient encore à réaliser pour renforcer la place de la médecine générale dans les soins primaires {40}.

Certains pays européens (Royaume-Uni, Finlande, Danemark, Espagne...) ont d'ailleurs développé un système de santé reposant sur les soins primaires. Ainsi, d'après la revue de la littérature réalisée par l'HAS sur le recours à l'hôpital en Europe, les soins primaires sont dispensés principalement par des médecins généralistes ou des centres de santé en Grande Bretagne, en Finlande ou en Suède {41}.

D'ailleurs, l'orientation des patients (hors urgence) vers des services hospitaliers se fait obligatoirement par ce dispositif dans ces pays européens.

Le médecin généraliste a donc un rôle primordial et se situe au coeur des soins primaires.

Concernant la prise en charge des troubles psychiatriques, dans 28% des pays européens , il n'y aurait pas de « services spécialisés dans la collectivité pour traiter et soigner les personnes ayant de graves problèmes » psychiatriques selon Roelandt {42}. De nombreux hôpitaux psychiatriques ont ainsi fermé ces vingt dernières années au Royaume-Uni. Le recours à l'hospitalisation y serait exceptionnel. L'obligation de recours aux médecins généralistes ou aux centres de santé avant une hospitalisation renforcerait ainsi les soins primaires et le rôle du médecin généraliste.

Le modèle de Goldberg et Huxley a d'ailleurs montré la place importante qu'occupent les médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychiatriques et a précisé quatre filtres pour répondre aux insuffisances de recours aux soins {43} :

1. Méconnaissance des troubles psychiatriques de la population générale
2. Défaut de formation des médecins généralistes, diagnostic difficile
3. Adressage par les médecins généralistes du patient vers un spécialiste
4. Interface médecine générale et psychiatrie.

En France, le rôle du médecin traitant dans la prise en charge des troubles psychiatriques n'est pas aussi bien défini.

Ainsi, une étude réalisée en 2004 par Montariol et *al*, dans un établissement psychiatrique parisien, a montré que 26,4 % de l'ensemble des patients hospitalisés avaient un médecin traitant identifié {44}. Dans 18,5 % des cas, il s'agissait d'un médecin généraliste ; 3,9 % un médecin spécialiste autre que psychiatre et 3,9 % avaient recours à la fois un médecin généraliste et un médecin spécialiste.

Selon la loi HPST du 2 juillet 2009, le médecin généraliste a un rôle d'orientation du patient dans la coordination des soins {45}. Il a un travail de synthèse des informations transmises par les professionnels de santé mais aussi de prévention et de dépistage. Le médecin généraliste est donc au centre de l'organisation et du parcours de soins des patients. Il a un rôle pivot dans l'entrée et l'organisation du système de soins, du suivi et de la coordination avec les autres spécialités, même si ce rôle doit se renforcer dans le système de soins primaires.

1.1.3.2 La prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale

La prévalence des consultations de médecine générale concernant la santé mentale est estimée entre 25 et 30% en France {46}.

Les pathologies psychiatriques sont fréquemment rencontrées en pratique de médecine générale.

Le médecin généraliste est donc en première ligne dans la prise en charge de ces troubles {47}.

D'après Gallais, les troubles mentaux représentent le deuxième motif de recours aux soins chez les médecins généralistes et le premier chez les 25 à 60 ans {48}.

Dans une étude parisienne de 2007 réalisée par Kovess-Masféty et *al*, 57,8 % des personnes interrogées ont indiqué que le médecin généraliste serait le professionnel de santé auquel il ferait appel en première intention en cas de pathologie de santé mentale {49}.

Les spécialistes arriveraient en seconde place.

46 % des répondants souhaiteraient également que celui-ci assure leur prise en charge .

Un sondage de l'Institut Politique de Sondages et d'OpinionS (IPSOS) pour la fondation FondaMental fait apparaître que 81% de la population française parlerait de leurs doutes ou questions sur la santé mentale à leur médecin généraliste {50}.

Une publication de la Drees de 2013 a montré que les patients atteints de dépression recouraient principalement à leur médecin généraliste (21 %), devant les psychiatres (13 %) et les psychologues libéraux (7 %) {51}.

Les médecins traitants sont en première ligne pour diagnostiquer les troubles psychiatriques.

Norton et *al* ont étudié la prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale en France avec l'utilisation d'un auto questionnaire : Patient Health Questionnaire (PHQ) {52}.

Les médecins généralistes identifiaient 51% des troubles psychiatriques (à l'exclusion de l'alcool) repérés par le PHQ. Ils détectaient dans 69 % des cas les troubles paniques et 67% les patients avec un autre trouble anxieux.

Selon l'étude de Beck et *al* réalisée entre 2005 et 2010, les personnes souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ont été prises en charge dans 47% des cas par un médecin généraliste {53}.

D'après une étude menée dans les Yvelines par l'équipe du RSPM78 (Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines Sud), les troubles anxieux et dépressifs sont principalement suivis par les généralistes et les psychiatres libéraux, les troubles psychotiques par le secteur public {54}.

En septembre 2012, la Drees a montré que le risque suicidaire était une problématique importante en médecine générale {55}.

Ainsi, dans cette étude, sur les cinq dernières années, huit médecins généralistes sur dix ont été confrontés à la tentative de suicide d'un patient et près de la moitié à un suicide.

De même, un rapport de 2012 de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale a démontré que les médecins généralistes étaient les principaux prescripteurs de médicaments psychotropes {56}.

Plus de 80% des prescriptions seraient faites par les médecins généralistes d'après le rapport de Briot {57}. Les anxiolytiques seraient la classe pharmaceutique la plus prescrite.

Ortega et al ont évalué les modalités de prescription des psychotropes en médecine générale {58}. Près d'un sujet sur cinq recevait un traitement psychotrope à l'inclusion; dans 84 %, il s'agissait d'un anxiolytique ou hypnotique. Un an après, dans 17 % des cas, le traitement était maintenu avec une reconduction systématique de la prescription, sans réévaluation de la nécessité du traitement {58}.

D'ailleurs, des recommandations de l'HAS ont été publiées en 2015 donnant une marche à suivre pour le médecin traitant sur l'arrêt des benzodiazépines afin de réduire les prescriptions de ces médicaments au long cours {59}.

1.1.3.3 Difficultés rencontrées par les omnipraticiens

En première ligne, le médecin généraliste doit être donc capable de détecter les signes cliniques en faveur d'une décompensation aiguë chez un sujet sans antécédents ou chez un patient présentant une pathologie psychiatrique chronique.

Il doit évaluer l'efficacité, la tolérance des traitements et orienter en cas de situation d'urgence.

Or ces différents rôles nécessitent une formation en psychiatrie spécifique et adaptée.

Celle-ci ne semblerait pas suffisante au cours du parcours universitaire des médecins généralistes. D'après un rapport ministériel sur la prise en charge psychiatrique en France de Milon, 2/3 des médecins généralistes jugeaient en 2009 leur formation inadéquat {31}.

Les consultations avec des patients présentant un trouble mental prennent beaucoup plus de temps.

Les médecins généralistes considèrent que la prise en charge des patients ayant des troubles mentaux imposent plus de soins (83,4%), plus de temps (92,3%) et des consultations plus fréquentes (64%) selon l'analyse de Younès et al {60}.

De plus, les médecins généralistes ressentaient le besoin d'une collaboration avec des professionnels de santé mentale pour 43,3 % de leur patients {60}.

Les médecins généralistes prendraient en charge des patients ayant des pathologies psychiatriques sévères qui nécessiteraient une prise en charge spécialisée.

L'enquête RSPM 78 a montré ainsi que 23% des patients psychiatriques suivis exclusivement par leur médecin généraliste présentant un trouble mental avéré, d'évolution chronique (supérieure à 3 ans) et de niveau de gravité des troubles était équivalent à un trouble présenté par des patients suivis par des psychiatres libéraux {61}.

Les généralistes rapportent aussi une difficulté pour orienter le patient.

Une enquête nationale est parue en 2012, menée conjointement par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille et le Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon sur la place de la santé mentale en médecine générale {62}. Les résultats de enquête ont montré que 61% des généralistes jugent l'évolution de l'offre de soins psychiatriques défavorable, 91% ont des difficultés à orienter un patient vers un spécialiste de la santé mentale.

La première raison est le délai d'attente trop important, dans le privé comme le public, puis la réticence du patient et les coûts élevés des psychothérapies.

Les raisons de ces difficultés sont multiples : problèmes de démographie médicale, complexité des réseaux de soins psychiatriques et l'absence de communication selon Aubin-Auger et *al* {63}.

Les généralistes mettent en relief les difficultés à obtenir un retour d'informations de la part du psychiatre {64}.

De plus, le délai d'obtention des consultations auprès d'un psychiatre, quelque soit le secteur public ou privé, est aussi très long, ajoutant une difficulté dans l'articulation des soins.

Ainsi, l'enquête RPSM 78 {61} a relevé que près de la moitié des patients reçus aux urgences venait pour une demande de consultation spécialisée qui n'avait pas pu être honorée.

Le médecin généraliste a donc une place centrale pour la prise en charge en soins psychiatriques primaires mais rencontre plusieurs difficultés pour mener à bien celle-ci.

1.2 COORDINATION MÉDECIN GÉNÉRALISTE-PSYCHIATRE

Nous avons vu que les patients consultaient plus facilement leur médecin généraliste face à un trouble psychiatrique. Le médecin traitant peut orienter le patient ou demander un avis à un confrère psychiatre si nécessaire dans le cadre du parcours de soins. Mais leur communication présenterait certaines difficultés.

1.2.1 Une communication insatisfaisante

Depuis plus de 20 ans, les données de la littérature internationale, réalisées par le CNQSP, se multiplient et montrent que la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ne serait pas adéquate {46}.

La France est un des pays d'Europe où l'articulation des soins est la moins développée avec un taux d'adressage d'un médecin généraliste vers les soins psychiatriques qui est l'un des plus faibles d'Europe (20% selon l'étude ESEMeD) {20}.

Dans l'enquête RSPM 78, réalisée en 2000, la coopération entre médecins généralistes et psychiatres a été évoquée comme l'un des facteurs limitant un parcours de soins de qualité. Hardy-Baylé et Younes relatent que les professionnels sont insatisfaits des relations entre eux : 39,5 % des médecins généralistes sont insatisfaits des relations avec leurs collègues psychiatres, 71,7 % le sont de l'information reçue en cas d'adressage {65}. Selon Younès et *al*, 53,9% trouvent qu'ils ont une relation moins satisfaisante avec les psychiatres qu'avec d'autres spécialistes {61}.

Une étude menée en Aquitaine a montré également que moins d'un tiers des généralistes suivant des patients souffrant de schizophrénie, avait un contact régulier avec les équipes de psychiatrie publiques {66}. Près des deux tiers (63%) étaient peu ou pas informés du diagnostic et la moitié (58%) sur le traitement.

De leur côté, les psychiatres se plaignent aussi d'une insatisfaction concernant les courriers des omnipraticiens, des adressages inappropriés et des attentes irréalistes selon le CNQSP {46}. Selon l'étude d'Hardy-Baylé et Younès, 31,5 % des psychiatres sont insatisfaits de leurs relations avec les médecins généralistes {65}.

En France, la collaboration entre la médecine générale et la psychiatre n'est pas optimale. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce manque de coopération.

1.2.2 Les facteurs limitant une meilleure coopération

Le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie a émis des recommandations de bonne pratique sur le thème de la coopération psychiatrie-médecine générale {46}. L'étude de la littérature réalisée a analysé les facteurs limitant régulièrement cités par les auteurs.

Deux types de facteurs ont été mis en évidence : des facteurs organisationnels et des facteurs liés à l'exercice {67; 68}.

Les facteurs organisationnels seraient :

- l'investissement en temps
- la limite de rémunération de cette activité de coordination
- le manque de disponibilité des autres spécialistes (délais d'attente, insuffisance des lieux d'adressage).

Ces facteurs sont corroborés avec l'étude de Steunten. Cette dernière montrait que les principaux freins étaient l'investissement en temps requis et la limite de rémunération d'activité {69}.

Les facteurs liés à l'exercice interviendraient également :

- l'absence de retour de la part du spécialiste
- une réticence des patients à consulter un psychiatre
- l'absence de langage commun
- une limite des connaissances dans les exercices professionnels respectifs
- une discontinuité des soins.

De nombreux facteurs sont donc retrouvés et peuvent expliquer une coordination difficile entre ces deux spécialités médicales. Cela entraîne des conséquences sur la qualité des soins et pour le patient.

1.2.3 Des conséquences sur la prise en charge du patient

Les patients atteints de troubles psychiatriques ont un taux de mortalité deux à trois fois plus élevé que la population générale {1}.

Leur espérance de vie est inférieure de 20 à 30 ans par rapport à celle de la population générale {17}.

Les difficultés d'articulation entre les généralistes et les psychiatres vont donc avoir des conséquences en terme de rupture du parcours de soins ou une inadéquation de la prise en charge.

En effet, il y a un risque de retard voire d'absence de diagnostic.

Selon Passerieux, les psychiatres estimerait que 56,7% des nouveaux patients consultants auraient dû être adressés plus tôt {61}. Le retard de cette prise en charge représenterait une perte de chance pour le patient.

Plusieurs études ont fait apparaître des problèmes dans la prise en charge de la dépression.

Par exemple, les retards de diagnostic du trouble bipolaire sont fréquents. D'après la revue de la littérature de l'HAS sur les troubles bipolaires, le taux d'erreur de diagnostic du trouble bipolaire est estimé entre 30 % et 69 % en Europe {70}. Younès rapporte que 30 à 40 % des patients bipolaires recevraient un diagnostic de trouble unipolaire; 49 % ne seraient pas diagnostiqués comme un trouble uni ou bipolaire et 20 % seulement auraient un diagnostic correct {71}. D'après Etain et *al*, le délai entre un premier épisode de la maladie et l'instauration d'un traitement régulateur de l'humeur serait d'environ de 9,6 ans {72}.

Les errances diagnostiques peuvent conduire à une utilisation inadaptée des psychotropes. Moins d'un tiers des patients dépressifs vus par un médecin généraliste recevraient un traitement adéquat (21,5%) selon Briffault et *al* {73}.

De même, la prise en charge d'une pathologie psychiatrique est moins efficace quand elle est prise en charge par un seul intervenant.

Prenons de nouveau l'exemple de la dépression :

Il y a 20 % de chance que la pathologie soit traitée de manière optimale si le généraliste seul la prend en charge. Ce taux passerait à 80% si un binôme généraliste et psychiatre traitait le patient ensemble {74}.

D'après Briffault et *al*, seuls 37,2% des patients ayant présenté un épisode dépressif majeur et ayant consulté un généraliste seraient traités de façon adéquate, derrière les psychiatres (65,1%) et derrière l'association généraliste-psychiatre (79,7%) {73}.

La confusion des rôles entre les praticiens peut amener à la répétition d'examens complémentaires inutiles, à une non compliance des traitements et surtout à l'augmentation de la iatrogénie d'après Etain {72}.

Une étude menée à Paris a évalué les informations partagées entre les médecins généralistes et l'équipe psychiatrique d'un CMP {75}. Ainsi, la maladie psychiatrique était méconnue par le médecin traitant dans 56 % des cas. La pathologie somatique était méconnue des psychiatres dans 61%.

Donc, l'amélioration de la coordination constitue un enjeu en terme de prévention, d'optimisation du parcours et de la qualité des soins.

1.3 UN ENJEU NATIONAL

1.3.1 La coordination des soins : définition

La coordination des soins se définit « comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi » (définition de la Direction générale de l'offre des soins) {76}.

Elle « s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier au patient de la « bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment » » {76; 77}.

La coopération est « une évolution du partage des tâches entre professionnels de santé ». Elle peut être plus ou moins formelle et est possible par la confiance réciproque des partenaires de santé. La notion de coopération est entendue au « sens de coordination » comme elle a été présentée dans les pratiques actuelles de coopération par l'HAS {78}.

Le renforcement de cette coordination est un enjeu majeur pour l'amélioration du système de santé.

1.3.2 Des plans psychiatriques successifs

Les réponses à apporter concernant cette amélioration a suscité plusieurs plans ministériels successifs depuis 1998.

L'état français a élaboré un plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 {79}.

Dans ce premier volet, l'objectif était de mettre en place des mesures politiques, médicales et sociales pour améliorer la prise en charge des soins en psychiatrie.

L'axe 1 proposait de décloisonner la prise en charge des troubles psychiatriques et les champs d'action médico-sociale.

L'axe 2 était centré sur l'exercice des professionnels, de renforcer leur formation et la diffusion des bonnes pratiques.

Le dernier plan 2011-2015 proposé repose sur 5 principes d'action dont la prise en charge pluri-disciplinaire et pluri-professionnelle {80}.

Ces plans font la promotion d'une collaboration entre les différents professionnels de santé s'occupant des patients porteurs de pathologies psychiatriques.

De même, l'HAS est appelé à jouer un rôle dans ces évolutions.

Avec le programme « Psychiatrie et Santé mentale » mis en place en 2013, elle souhaite apporter des réponses à la question de coordination des acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux.

Deux projets sont actuellement menés {77} :

- un rapport type « socle des connaissances », qui sera publié en Février 2016
- des préconisations pour améliorer la coordination et les échanges d'informations entre professionnels avec la réalisation d'une fiche points clés, attendues au quatrième trimestre de l'année 2016.

Par ailleurs, une charte de partenariat entre le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de Comité Médicale d'Etablissements de Centres Hospitaliers Spécialisés a été signée en Mars 2014 {81}.

1.3.3 Une volonté politique

La Drees a constaté de 1991 à 2003 une augmentation de la file active des patients suivis en psychiatrie pour les adultes et de 82% pour les enfants en psychiatrie infanto-juvénile {82}.

Le coût économique serait estimé à 107 millions d'euros par an pour la Cour des Comptes en 2011 {83}.

Face à la forte prévalence des troubles psychiatriques et de l'incidence économique, la santé mentale constitue une préoccupation majeure des pouvoirs publics. Environ une quinzaine de rapports a été publié sans vraiment aboutir.

Récemment, Denys Robilliard a émis un rapport sur l'avenir de la psychiatrie avec 30 propositions {84}. Les deux premières propositions concernent la coopération médecin généraliste et psychiatre. La première proposition est d'améliorer la formation des médecins généralistes pour détecter les troubles psychiatriques et savoir orienter les patients. La seconde fait état de développer la collaboration entre ces deux spécialités en favorisant les échanges pour assurer un suivi optimal du patient, entre autres {Annexe 1}.

Il reste à savoir comment et par quelles actions améliorer la prise en charge pluridisciplinaire.

1.3.4 Le courrier médical, un axe d'amélioration dans la collaboration médecin généraliste-psychiatre

Depuis les années 1990, plusieurs axes d'amélioration des soins ont été recherchés.

Une enquête canadienne publiée en 2002 a montré que la communication écrite entre médecin généraliste et psychiatre était le moyen plus approprié {85}.

Dans l'étude de Westerman , il a été mis en évidence que 65 % des lettres d'adressages des médecins généralistes étaient insuffisamment informatives, 41 % sans demande spécifique et 80% ne répondaient pas à ces deux critères réunis {86}.

Le CNQSP a montré au travers d'une revue de la littérature que l'utilisation des courriers échangés pouvait être un levier d'amélioration {46}.

La recommandation a défini les critères de qualité et le contenu des courriers échangés.

Les critères de qualité devant figurer dans un courrier de médecin généraliste à un psychiatre étaient :

- motif d'adressage
- attentes du médecin généraliste
- résumé de la plainte
- diagnostics ou « impression diagnostique »
- antécédents somatiques
- traitements actuels et antérieurs
- histoire psychiatrique et familiale.

Les médecins généralistes attendaient en retour des informations sur le traitement, le projet de soins et l'organisation de la prise en charge du patient.

Suite à ces recommandations, une étude récente a évalué le nombre de courriers échangés dans deux départements d'Ile de France et deux villes de province (Rouen, Clermont-Ferrand) {87}. Le sentiment de manque de communication entre généralistes et psychiatres a été montré. 92 % des médecins généralistes n'étaient pas informés de l'évolution de la maladie psychiatrique et des traitements de leurs patients. Les médecins généralistes déclaraient à 63% de ne pas recevoir de courrier de la part des psychiatres. Or si un courrier du psychiatre était fait, le contenu satisfaisait à 63% les omnipraticiens .

Par ailleurs, une autre thèse réalisée en 2015 a recueilli l'avis des médecins généralistes lillois sur l'utilisation d'un courrier type entre ces deux spécialistes {88}.

Il s'est avéré que les recommandations du CNQSP étaient méconnues des médecins généralistes.

Il y a donc un travail d'optimisation de la coordination des soins entre les médecins généralistes et les psychiatres à réaliser. Le courrier échangé paraît parmi d'autres un levier d'amélioration de la prise en charge du patient atteint de troubles psychiatriques.

1.4 CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Lors de mon cinquième semestre de Diplôme d'Etude Supérieure de Médecine Générale, j'ai effectué un stage à l'hôpital Charles Perrens, articulé sur un mi-temps de psychiatrie au SECOP et un mi-temps de médecine générale, dite « somatique » auprès des patients hospitalisés.

Au cours de ce stage, j'ai constaté que la transmission des informations médicales entre les psychiatres du SECOP et les médecins généralistes adressant un patient dans le service n'était pas suffisamment développée.

Les patients consultants ou adressés en urgence ne sont pas toujours en capacité de dire leurs antécédents, l'histoire de la maladie et les traitements qu'ils ont.

Recueillir des informations sur les antécédents médico-chirurgicaux, le contexte de vie, l'histoire de la maladie et les traitements nécessitait une investigation, qui pouvait prendre du temps et obligeait à (re)contacter le médecin traitant. Avoir un lien avec un interlocuteur privilégié du patient comme le médecin généraliste est nécessaire pour obtenir ces informations et poursuivre les soins adaptés au patient.

En particulier, le patient peut présenter une ou des pathologie(s) somatique(s) entraînant un suivi particulier ou un traitement nécessitant une prise en charge continue.

De même, le patient vu en consultation au SECOP était réorienté vers son médecin traitant. Il convenait alors de contacter par courrier ou appeler le médecin traitant pour l'informer de la prise en charge et du traitement prescrit. En pratique, même si le médecin traitant était systématiquement informé du passage du patient au SECOP, un compte-rendu par courrier n'était pas systématiquement rédigé.

L'idée de mettre en place un courrier-type, une fiche faisant office de courrier médical avec les informations nécessaires à la pratique de chacun est apparue judicieuse.

Ainsi, l'information médicale serait partagée pour chaque acteur de santé tout en ayant une transmission fiable des informations et permettre la continuité des soins; sans surcoût en terme de temps.

L'objectif principal de cette étude a donc été la création d' un nouvel outil de coordination entre les médecins généralistes de la Gironde et le SECOP pour optimiser l'articulation des soins entre ces deux spécialités puis de l'évaluer.

Les objectifs secondaires sont d'améliorer :

- la transmission fiable des informations médicales du patient pour la continuité des soins
- la visibilité pour le médecin traitant sur le parcours de soins du patient aux urgences psychiatriques
- le gain de temps dans la prise en charge du patient pour le médecin généraliste et le psychiatre.

DEUXIÈME PARTIE : MATÉRIELS ET

MÉTHODES

2.1 POPULATION ÉTUDIÉE

2.1.1 Rappel : la sectorisation en Gironde

La Gironde est le plus vaste des cinq départements d'Aquitaine et le plus grand d'Hexagone.

Selon l'INSEE, en 2012, la Gironde comptait 1, 48 millions d'habitants {89}.

Le territoire comprend 3 établissements prenant en charge la santé mentale : le Centre hospitalier de Charles Perrens à Bordeaux; le Centre hospitalier de Cadillac et le Centre hospitalier de Garderosse à Libourne {90}. Le centre hospitalier Charles Perrens recouvre l'ouest du département et représente près de 38% de sa superficie (soit 473 917 habitants selon le recensement de l'INSEE de 2007). Le reste du département est divisé en 2 zones : 41% à Cadillac (461 417 habitants) et 21% pour Libourne (222 147 habitants en 2007) (Figure 5) {91; 92}.



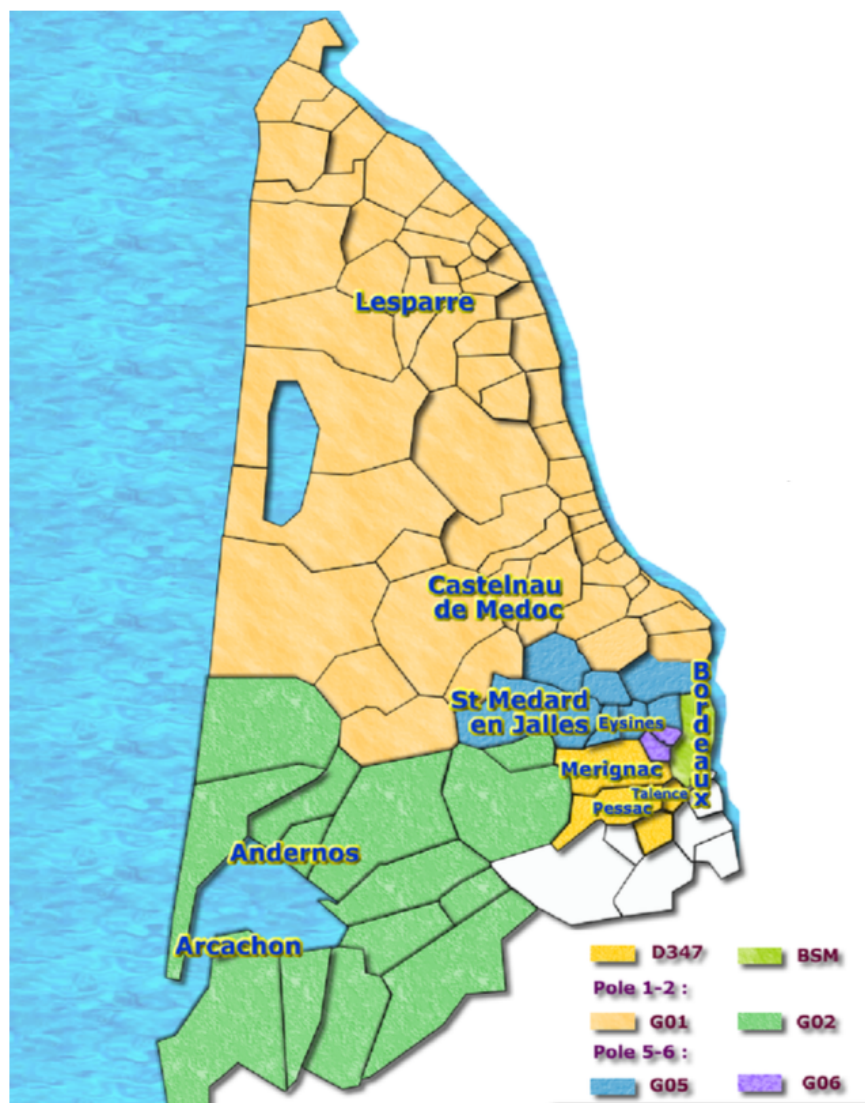
Figure 5 : Répartition géographique de la sectorisation de la psychiatrie en Gironde.

Source : Le Centre Hospitalier Charles Perrens. Présentation 2014. {En ligne}. {Consultable le 12 Août 2015}. Disponible à l'URL : http://www.ch-perrens.fr/IMG/pdf/presentation_chcp2014.pdf

Le secteur de l'Hôpital Charles Perrens comprend 9 secteurs de psychiatrie adulte regroupés en 4 pôles dont 1 universitaire {92}.

Il y a 4 inter-secteurs de pédopsychiatrie regroupés en un seul pôle.

Chaque secteur adulte recouvre une zone d'environ de 80 000 habitants (Figure 6) {93}.



Pôle 1-2 (G01-G02) : Arrondissement de Lesparre, Canton de Castelnau, Communes de Le Pian Médoc, Macau, Ludon, Cantons d'Audenge et de la Teste, Communes d'Arcachon, Martignas sur Jalles, Saint Jean d'Illac.

Pôle 5-6 : Blanquefort, Saint Médard en Jalles, Bruges, Eysines, Le bouscat, Quartier de Bordeaux Caudéran

D3-4-7 : Mérignac, Pessac, Talence

BSM : Bordeaux Santé Mentale

Figure 6 : Sectorisation de l'Hôpital Charles Perrens {93}

Source : <http://www.ch-perrens.fr/Carte-sectorielle-adulte>

Le centre hospitalier avait une file active d'environ 23 674 patients en 2013 {92}.

2.1.2 Le SECOP : présentation

Le Centre Hospitalier Charles Perrens a organisé un dispositif d'urgence psychiatrique spécialisé en 1980, suite à la Circulaire Veil du 15 Juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie {94}.

En 1995, ce service nommé Service d'Accueil et d'Admission des urgences devient un service autonome à part entière {95}.

Ce n'est, qu'en janvier 2008, qu'est adopté le nom de SECOP (Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique) {90}.

Cette structure exerce une mission départementale et se distingue des Services d'Accueil d'Urgence, qui ont pour vocation d'accueillir les urgences médico-chirurgicales {96; 97}.

L'objectif du service est d'offrir la possibilité d'une évaluation psychiatrique en urgence et sans rendez-vous aux personnes présentant une souffrance psychiatrique intense, avec la possibilité de prise en charge de la crise dans un temps d'hospitalisation limité, une orientation sur un secteur d'hospitalisation ou de réseau ambulatoire {97}.

Le SECOP accueille les patients présentant une symptomatologie psychiatrique aiguë 24 heures sur 24; 7 jours sur 7. Il prend en charge les adultes et adolescents âgés de plus de 15 ans et 3 mois.

Il est organisé en 2 pôles d'activités : consultation et unité d'hospitalisation.

Les patients proviennent en grande partie de la Communauté Urbaine de Bordeaux, du Bassin d'Arcachon et du Médoc.

Le service reçoit les 2/3 des patients dépendants du secteur {97}.

Les patients peuvent venir spontanément ou être adressés par : les centres hospitaliers environnants, les médecins généralistes, SOS Médecins, régulés par le SAMU, les psychiatres libéraux et EHPAD.

Entre 2008 et 2014, la file active du service a augmenté de 4,62 % selon les données du Département d'Information Médicale de l'hôpital Charles Perrens {98}.

Il y a eu 8 104 passages en 2014.

L'équipe médicale est composée de :

- 2,5 praticiens hospitaliers
- 3 assistants spécialistes
- 2 internes de psychiatrie
- 1 interne de médecine générale à mi-temps.

Chaque jour, un médecin généraliste réalise les examens somatiques obligatoires dans les 24 heures des patients hospitalisés sans leur consentement et la prise en charge éventuelle de pathologies organiques.

Le service assure aussi une activité de psychiatrie sur le site de l'Hôpital de Saint-André. La Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) est rattachée également au SECOP. Depuis 2000, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) y est présente {Figure 7}.

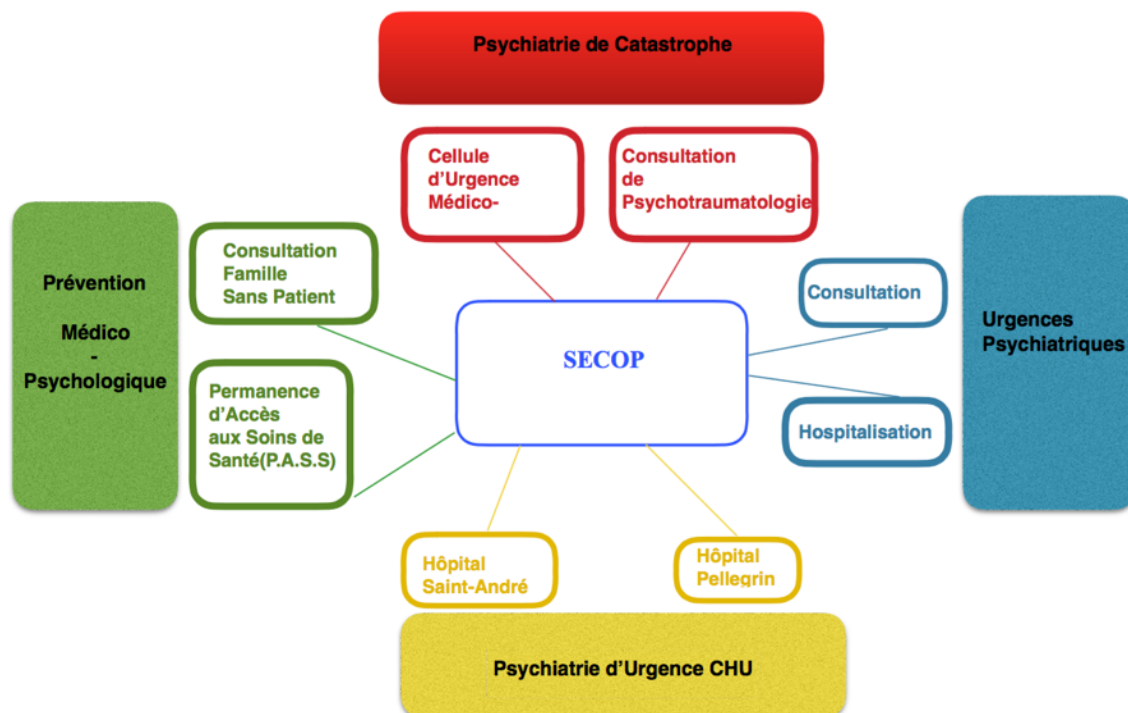


Figure 7 : Organigramme du SECOP

2.1.3 Les médecins généralistes et SOS Médecins en Gironde

SOS médecin est le premier réseau d'association de médecins assurant une permanence des soins 24 heures sur 24. Les médecins effectuent des visites à domicile ou peuvent consulter dans un cabinet, après régulation des appels téléphoniques. Il y a 3 centres de consultation, accessibles sur rendez vous : Bordeaux, Cenon et depuis peu Biganos. Ils interviennent sur 74 communes, représentant deux tiers de la population de la Gironde {99}. L'association SOS-Médecins Bordeaux comporte 77 médecins .

Au 1er janvier 2015, 89 788 médecins généralistes, toutes activités confondues, exerçaient en France. 51 670 médecins travaillaient en secteur libéral {34}. En Aquitaine, ils représentent 4 840 médecins dont 2 317 médecins généralistes en cabinet et en Gironde. Les médecins généralistes de la Gironde sont âgés en moyenne de 53 ans . Parmi les moins de 40 ans, les femmes représentent 60% des effectifs alors que les hommes représentent 80% des plus de 60 ans {34}.

2.1.4 Population étudiée

Les médecins généralistes exerçant en libéral et SOS Médecins dépendant du territoire du centre hospitalier Charles Perrens ont été inclus dans l'étude et participaient au travail de thèse. Les médecins de SOS rive droite, dépendants du secteur de Cadillac, ont également été ajoutés. Etaient exclus les remplaçants généralistes de la Gironde ainsi que les médecins généralistes dépendants des secteurs de Cadillac et de Garderose.

870 médecins généralistes ont été inclus au total dans l'étude dont 77 médecins de SOS. Trois cents quatre-vingt treize (49,56%) médecins généralistes travaillaient dans un cabinet de groupe et 400 (50,44%) en cabinet seul.

Le nombre de médecins généralistes par secteur était réparti de la manière suivante :

- Pôle BSM : 160 médecins (20,17%)
- Pôle G01-G02 : 238 (30,01%)
- Pôle 3-4-7 : 186 (23,45%)
- Pôle G05-G06 : 209 (26,33%)

Les caractéristiques des médecins généralistes et SOS Médecins étaient réparties selon le sexe dans le tableau II.

Tableau II : Nombre de médecins généralistes et SOS Médecins répartis selon le sexe

	Médecins Généralistes installés en cabinet	SOS Médecins
Nombre de femmes	268 (33,79%)	10 (12,98%)
Nombre d'hommes	525 (66,20%)	67 (87,01%)
Nombre total de médecins	793 (100%)	77 (100%)

Les médecins permanents et de garde au SECOP devaient participer aussi à l'étude.

2.2 PROTOCOLE DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude exploratoire prospective. L'objectif principal était d'optimiser la filière « psychiatrie d'urgence » entre les médecins généralistes de la Gironde et les médecins du SECOP grâce à la mise en place d'un nouvel outil de coordination. L'utilisation d'un courrier type pour répondre à un problème de santé publique a donc été étudié.

2.2.1 L'activité globale du SECOP et des médecins généralistes

Le nombre de passages mensuels et annuels au SECOP ont été fournis par le Département d'Information Médicale de l'hôpital. Les provenances des patients des établissements de santé (Pellegrin, Pôle Santé Arcachon, Clinique d'Arès et Clinique de Lesparre) ont également été communiquées à partir du mois de Janvier 2015, les chiffres ne sont pas connus pour les mois de Novembre et Décembre.

Les passages comportent les consultations, les hospitalisations et les admission directes. Les admissions directes concernent les patients vus au SECOP et hospitalisés directement dans un service. Les hospitalisations au SECOP sont considérées quand les patients séjournent dans le service de manière transitoire en attendant une place d'hospitalisation ou une réévaluation. La recherche de la sectorisation des courriers et de la fiche OPUS-MG 33 a été faite sur le site Internet de l'hôpital Charles Perrens et à partir d'un registre papier présent dans le service.

2.2.2 La fiche OPUS-MG 33

2.2.2.1 Création d'un nouvel outil de coordination

La fiche OPUS-MG 33 a été créée afin d'améliorer la coopération entre les médecins généralistes de la Gironde et les médecins du SECOP.

Elle faisait office et se substituait au courrier médical.

Ce nouvel outil de coordination comprenait deux parties :

- le recto rempli par le médecin généraliste pour adresser un patient au SECOP
- le verso rempli par le médecin psychiatre comprenant la prise en charge et le devenir du patient.

Dans un souci d'efficacité, le courrier-type comprenait principalement des questions à choix multiples afin de ne pas retarder les praticiens et offrir les informations nécessaires à leurs pratiques; à une prise en charge continue du patient et ceci sans perte de temps.

Le choix des rubriques nécessaires à la fiche OPUS-MG 33 s'est basé sur les recommandations de bonnes pratiques du CNQSP, publiée en 2011 {Annexe 2}.

La recommandation, ayant eu le label de l'HAS, a indiqué les éléments devant être présents dans les courriers échangés entre le médecin généraliste et le psychiatre {100}.

Nous avons déjà vu en détail dans la première partie ce que devait contenir un courrier réalisé par le médecin généraliste.

Concernant celui écrit par le psychiatre en réponse au médecin généraliste, il doit contenir :

- une réponse aux questions posées par le généraliste
- un avis diagnostique
- les risques évolutifs immédiats et éléments de surveillance
- les facteurs environnementaux
- le projet de soins
- l'organisation de la prise en charge
- la prescription médicamenteuse
- les modalités psychothérapeutiques du suivi

De plus, toute information jugée nécessaire à la prise en charge spécifique au SECOP, en particulier, a été prise en compte.

Le SECOP étant un dispositif d'urgence, le mode d'hospitalisation et le lieu ont été également inclus.

Les médecins généralistes devaient indiquer leur demande : consultation ou hospitalisation.

Les éléments pertinents de la fiche OPUS-MG 33 se sont donc basés à la fois sur la recommandation du CNQSP et sur les informations nécessaires au SECOP.

Ils ont été regroupés dans les tableaux ci-dessous (Tableau III et IV).

Tableau III : Informations contenues par la fiche OPUS-MG 33 à l'attention des médecins généralistes

Informations pour le médecin généraliste sur la prise en charge du patient au SECOP
Description syndromique
Diagnostic évoqué
Traitements mis en place
Projets de Soins : Orientation du patient
Mode d'hospitalisation
Lieu d'hospitalisation
Degré d'urgence de l'hospitalisation
Suivi mis en place si consultation

Tableau IV : Informations contenues par la fiche OPUS-MG 33 à l'attention des médecins du SECOP

Informations nécessaires pour le psychiatre
Personne à prévenir/ Mandataire judiciaire
Antécédents médico-chirurgicaux
Antécédents psychiatriques
Histoire de la maladie
Demande de soins par le patient
Motifs principaux
Orientation attendue
Traitements

Les deux acteurs de santé avaient ainsi les informations médicales principales nécessaires à la prise en charge du patient sans perte de temps.

Le verso de la fiche permettait aussi au médecin généraliste de connaître le devenir du patient mais aussi dans une certaine mesure, d'obtenir des éléments de formation vis à vis de la symptomatologie et des traitements.

Une première version de la fiche a été créée et présentée à un panel composé de six médecins généralistes et aux médecins psychiatres du SECOP. L'ensemble des médecins était satisfait. Les informations sur la consommation de cannabis nommée THC (Tétra-Hydro-Cannabinol) et sur le sigle SPDRE (Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat) étaient inscrites mais peu usitées par les médecins généralistes. Nous avons donc modifié et ajouté ces données. L'outil de coordination n'a pas été testé avant la mise en place de l'étude.

La fiche OPUS-MG 33 a pour rôle d'améliorer la coordination entre ces deux partenaires de santé (Médecin Généraliste et Psychiatre) pour une meilleure prise en charge du patient (Fiche OPUS-MG 33 ci-après).

RECTO

OPUS

Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique

Fiche d'Optimisation Psychiatrie d'Urgence SECOP - Médecine Générale de Gironde

OPUS-MG33 / médecin généraliste

MG33

*Vous allez orienter une personne au Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP) pour un avis psychiatrique en urgence. Dans un souci d'optimisation de la filière de soin, merci de compléter le recto de la fiche de renseignement **OPUS-MG33**, et de prévenir le médecin de coordination du SECOP (ligne directe: 05-56-56-67-29) de l'arrivée du patient. Le verso vous sera retourné sous 8 jours.*

NOM:..... **Prénom:**..... **Date de naissance:**.....

Personne à prévenir: M / Mme..... **Lien de parenté:**..... **Tél:**.....

Mesure de protection: ☐ non ☐ oui **Mandataire:**..... **Tél:**.....

ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX

.....

Allergie: ☐ non ☐ oui :.....

Addictions: ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Médicaments ☐ Autres:.....

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES (☐ non ☐ oui)

Psychiatre traitant: Dr.....

Antécédents d'hospitalisation: ☐ non ☐ oui:

.....

Antécédents de tentative de suicide: ☐ non ☐ oui: ☐ Remarques.....

HISTOIRE DE LA MALADIE

(préciser la date de début des troubles)

.....

Patient en demande de soins: ☐ non ☐ oui

MOTIFS PRINCIPAUX

- ☐ Idées suicidaires ☐ Idées délirantes / hallucinations ☐ Anxiété / panique
☐ Agitation / agressivité ☐ Prostration ☐ Désorganisation comportementale
☐ Demande d'hospitalisation sans consentement (☐ SDT ☐ SDRE = ex HO)
☐ Autres:

.....

ORIENTATION ATTENDUE

☐ Consultation

☐ Hospitalisation

TRAITEMENTS (joindre une ordonnance)

Date:...../...../.....

Tél:.....

Nom:.....

Cachet du médecin

VERSO



Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique

Fiche d'Optimisation Psychiatrie d'Urgence SECOP - Médecine Générale de Gironde

OPUS-MG33 / SECOP



Vous avez vu en consultation un patient adressé par un médecin généraliste pour un avis psychiatrique. Merci de bien vouloir compléter cette fiche de retour. Le médecin généraliste sera ainsi informé de la prise en charge psychiatrique en urgence et du devenir du patient.

DESCRIPTION SYNDROMIQUE

	Intensité		
	légère	modérée	sévère
☐ Syndrome dépressif			
☐ Syndrome maniaque			
☐ Syndrome psychotique			
☐ Syndrome « anxieux »			
☐ Syndrome démentiel			
☐ Syndrome confusionnel			
☐ Addiction (préciser:.....)			
☐ Risque suicidaire			
☐ Risque hétéro-agressif / agitation			
☐ Conscience des troubles			
☐ Adhésion aux soins			

DIAGNOSTIC(S) EVOQUE(S):

.....

.....

.....

TRAITEMENTS PSYCHOTROPES au SECOP

Traitement d'entrée					Traitement de sortie				
Spécialités	8h	12h	19h	22h	Spécialités	8h	12h	19h	22h

ORIENTATION DU PATIENT

- ☐ **Hospitalisation:** ☐ en urgence ☐ programmée
- Etablissement: ☐ CH.C Perrens ☐ CH Cadillac ☐ Autre:.....
- Mode d'hospitalisation: ☐ SL ☐ SDT ☐ SDRE (ex HO)
- ☐ **Consultation avec orientation:**
- ☐ Médecin traitant ☐ Psychiatre libéral
- ☐ CMP ☐ Autre:.....

Date:...../...../.....

Tél SECOP: 05-56-56-34-70

Signature:

Nom du médecin:.....

Fonction:.....

Version 1

© Tous Droits Réservés

2.2.2.2 Mise en place de l'étude

Une affiche d'information sur le travail de thèse était affichée au SECOP {Annexe 3}. Une information orale avait été donnée aux médecins et internes du service puis aux médecins de garde.

La fiche OPUS-MG 33 a été envoyée aux médecins généralistes et SOS Médecins, dépendants du secteur de Charles Perrens grâce à la base de données du Conseil Départementale de l'Ordre des Médecins de la Gironde et l'annuaire téléphonique.

Les médecins de SOS ont été répertoriés sur le site de l'association de SOS Médecins de Bordeaux.

La recherche de la sectorisation des courriers et de la fiche OPUS-MG 33 a été faite sur le site Internet de l'hôpital Charles Perrens et à partir d'un registre papier présent dans le service.

Un courrier explicatif accompagné de la fiche OPUS-MG 33 a été adressé par le Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux aux 870 médecins généralistes inclus dans l'étude {Annexe 4}.

Les médecins de SOS ont également bénéficié également d'un mail interne à deux reprises. Fin Mars 2015, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Gironde a permis une relance par mail à l'ensemble des médecins généralistes du département soit 2 883 médecins généralistes.

Initialement prévue jusqu'au 1er Mai 2015, l'étude débutée le 1er novembre 2014, a été prolongée jusqu'au 1er Août 2015.

Les médecins étaient incités pour une réutilisation ultérieure à photocopier ou à imprimer le courrier-type.

En pratique, pour chaque patient adressé au SECOP, le médecin généraliste remplissait le recto de la fiche, qui tenait lieu de courrier médical. La fiche était mise dans le dossier du patient à son arrivée. Le patient était vu par un médecin psychiatre du SECOP. Ce dernier remplissait le verso de la fiche. Quand cette partie n'était pas remplie par le médecin prenant en charge le patient, nous la complétions à l'aide de l'observation médicale présente sur le logiciel informatique de l'Hôpital. Ensuite, nous envoyions le courrier sous 8 jours, puis à partir du mois de Mars sous **48 heures** au médecin généraliste.

Chaque fiche reçue était photocopiée et anonymisée pour le nom du patient. Un numéro lui était attribué selon la date d'arrivée.

Tous les jours, à partir du mois de Janvier, nous vérifions chaque dossier des patients pour qu'aucune fiche ne soit oubliée .

Une double lecture était réalisée par les secrétaires du service.

Toute fiche OPUS-MG 33 envoyée était accompagnée d'une lettre de remerciement et de 3 exemplaires de la fiche {Annexe 5}.

Un questionnaire d'évaluation avec enveloppe timbrée était ajoutée pour évaluer la satisfaction de la fiche OPUS-MG 33, lorsqu'un médecin utilisait pour la première fois la fiche.

2.2.3 Analyse des courriers envoyés par les médecins généralistes

En parallèle, lorsque la fiche OPUS-MG 33 était absente, les courriers réalisés par les médecins généralistes adressant les patients au SECOP ont été analysés.

L'étude des courriers des mois de Novembre et Décembre a été faite de manière rétrospective.

Un listing des passages au SECOP a été fourni par le Département d'Information Médicale puis pour chaque patient adressé par un médecin généraliste, le courrier était recherché dans le logiciel informatique.

A partir du mois de Janvier, les dossiers étant vérifiés chaque jour, les courriers ont été collectés au fur et à mesure. Chaque patient est vu d'abord par un(e) infirmier(e) d'accueil avant la consultation par un médecin. Quand un courrier était absent alors que l'IDE avait marqué que ce dernier était adressé par un médecin traitant, il était recherché dans le dossier informatisé du patient. Cette analyse permettait également de connaître le nombre de patients adressés par les médecins généralistes dans le service. Le contenu du courrier permettait de savoir si les éléments présents étaient informatifs pour la prise en charge du patient et correspondaient aux attentes des recommandations du CNQSP {100}. Tous les courriers ont été anonymisés.

D'autre part, les médecins généralistes ayant adressé un patient sans la fiche OPUS-MG 33 étaient rappelés à partir du mois de Janvier. Deux courriers par semaine étaient de manière aléatoire tirés au sort et les médecins concernés étaient rappelés. Les appels téléphoniques étaient effectués dans le mois suivant la demande du médecin. Sollicités déjà à plusieurs reprises, les médecins de SOS n'ont pas été appelés.

Les remplaçants n'ont pas été contactés, puisque n'étant pas inclus dans l'étude; de même que les médecins hors département et hors secteur.

Lorsqu'un courrier tiré au sort correspondant à un médecin exclu de l'étude, un autre courrier été pris au hasard.

Le but était de comprendre la raison de la non-utilisation du nouvel outil de coordination.

La question était posée au médecin généraliste.

Quatre propositions ont été faites à partir des réponses obtenues :

1. Oubli de la fiche
2. Manque de temps pour la remplir et trop de « papiers » reçus (la fiche étant un papier de plus)
3. Méconnaissance du nouvel outil de coordination
4. Refus de participer au travail de thèse

De plus, le contact téléphonique permettait aussi de faire un rappel de l'étude et de la fiche OPUS-MG 33.

Selon le souhait du médecin, la fiche était de nouveau envoyée par mail ou par fax personnellement.

2.3 EVALUATION DE LA FICHE OPUS-MG 33

Suite au premier envoi de la fiche OPUS-MG 33, les médecins généralistes ont reçu un questionnaire d'évaluation {Annexe 6}.

Les fiches d'évaluation ont été anonymisées à la fin de l'étude permettant ainsi d'envoyer un seul exemplaire à chaque médecin et éviter la redondance des évaluations.

Le médecin généraliste renvoyait le questionnaire grâce à une enveloppe retour pré-affranchie et identifiée par un numéro correspondant à la fiche OPUS-MG 33.

Les médecins du SECOP ont également rempli de manière anonyme une évaluation de l'outil remise en mains propres .

Cette enquête de satisfaction a été réalisée pour évaluer l'outil de coordination.

Les critères d'évaluation ont porté sur l'ergonomie de la fiche et son contenu.

Chaque question était sous forme de question fermée avec une partie libre pour des commentaires éventuels.

Le degré de satisfaction globale et l'utilisation ultérieure de l'outil ont également été appréciés.

Une seconde partie analysait également les participants et leur mode d'exercice.

2.4 ETUDE STATISTIQUE DE L'ÉTUDE

Les variables quantitatives telles que les caractéristiques des participants, le nombre de fiches OPUS-MG 33 reçues et de patients adressés par les médecins généralistes pendant l'étude ont été décrites par des effectifs et des moyennes.

Les variables qualitatives nominales et ordinales ont été calculées avec le Test du χ^2 et avec le Test Exact de Fisher quand les effectifs étaient inférieurs à 5.

Le contenu de la fiche OPUS-MG 33, le degré de satisfaction de l'outil et l'analyse des courriers des médecins généralistes ont été également calculés avec des pourcentages et en valeur absolue.

L'analyse statistique a été réalisée et analysée avec le logiciel EXCEL version 2007.

TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS

3.1 LE SECOP ET LA FICHE OPUS-MG 33 : DONNÉES GÉNÉRALES

3.1.1 L'activité du SECOP et la fiche OPUS-MG 33

Du 1er Novembre 2014 au 1er Août 2015, 6 233 patients ont été évalués au SECOP, soit 692,5 passages en moyenne par mois représentés par 3 000 (48%) hospitalisations et 3 233 (52%) consultations.

Les patients pouvaient être adressés par des établissements de santé (Pellegrin, Clinique d'Arès, Pôle Santé Arcachon, Clinique de Lesparre), les médecins généralistes et les psychiatres libéraux. Les patients pouvaient venir spontanément, accompagnés de leurs familles, venant d'EHPAD ou des services sociaux, amenés par la police ou encore régulés par le SAMU. Les chiffres de Novembre et Décembre 2014 n'ont pas été communiqués concernant les établissements de santé et donc non analysés.

La répartition des patients selon la provenance a été calculée en pourcentage du mois de Janvier au mois de Juillet 2015 {Figure 8}.

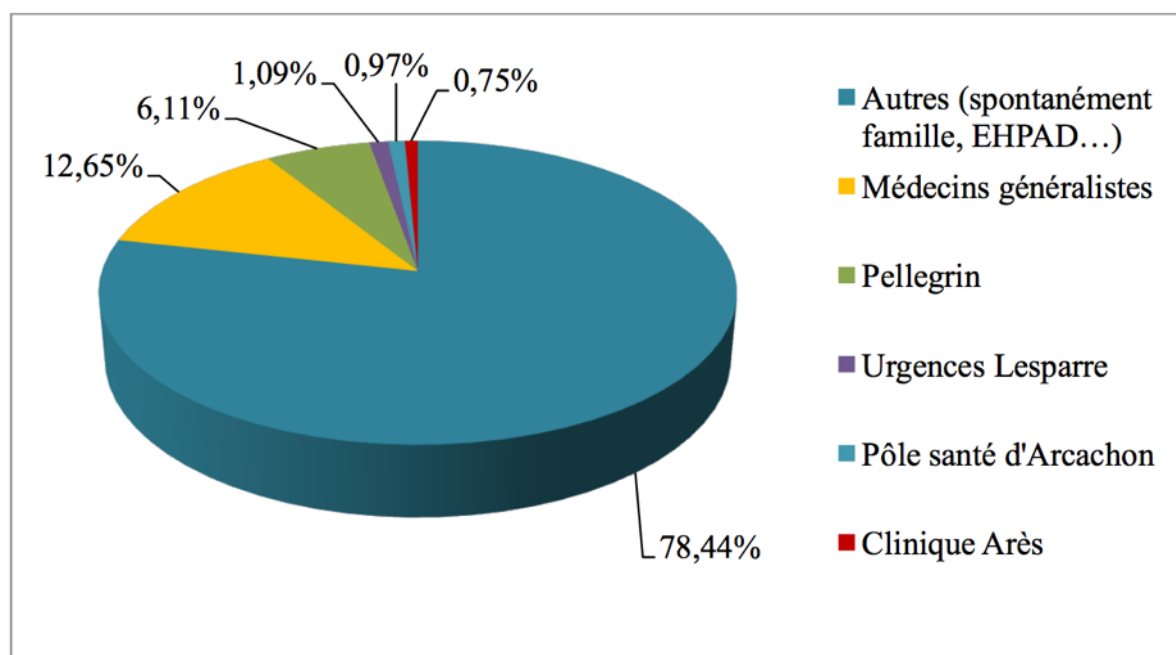


Figure 8 : Provenance des patients au SECOP du 1er Janvier 2015 au 31 Juillet 2015

Sur le total de 6 233 patients vus au SECOP, 752 ont été adressés par des médecins généralistes :

- 618 patients adressés avec un courrier médical seul (82,18%)
- 63 avec la fiche OPUS-MG 33 seule
- 18 avec un courrier médical et la fiche OPUS-MG 33
- 53 patients sans courrier ou courriers absents du dossier médical

Quarante-deux médecins remplaçants ont adressé un patient au cours de l'étude.

Quatre-vingt et une fiches OPUS-MG 33 (10,78%) ont été reçues au cours des neuf mois d'étude avec une moyenne de 9 fiches par mois.

Soixante-treize médecins généralistes dépendant du secteur de l'hôpital de Charles Perrens et huit du secteur de Cadillac ont utilisé la fiche OPUS.

Quarante-deux fiches (51,85%) provenaient du secteur Bordeaux Santé Mentale.

3.1.2 Nombre de courriers médicaux et de fiches OPUS-MG 33 reçus par mois

Le nombre de patients adressés par mois et par les médecins généralistes au SECOP est de 84 en moyenne arrondie.

Le nombre de courriers et de fiches OPUS-MG 33 reçus a été calculé en pourcentage par mois et est présenté dans la figure 9 ci-dessous :

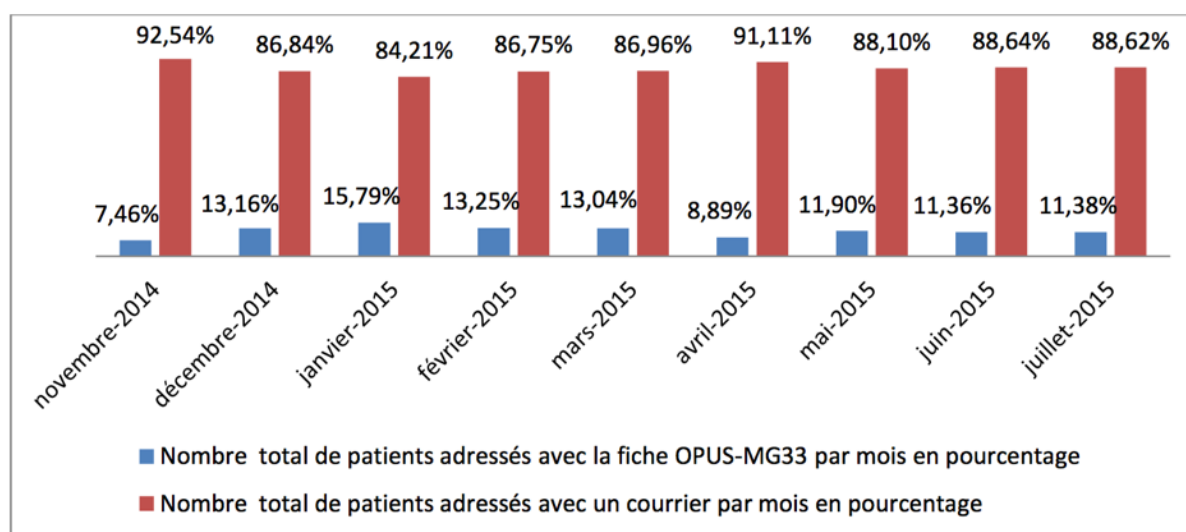


Figure 9 : Comparaison entre les courriers et la fiche OPUS-MG 33 reçus par mois en pourcentage.

3.1.3 Comparaison entre les médecins généralistes en cabinet et SOS Médecins

Pendant 9 mois, 636 courriers médicaux ont été adressés : 434 par les médecins généralistes en cabinet et 202 par SOS Médecins.

Sur les 81 fiches reçues, 38 patients ont été adressés par les médecins en cabinet et 43 par SOS Médecins (Figure 10).

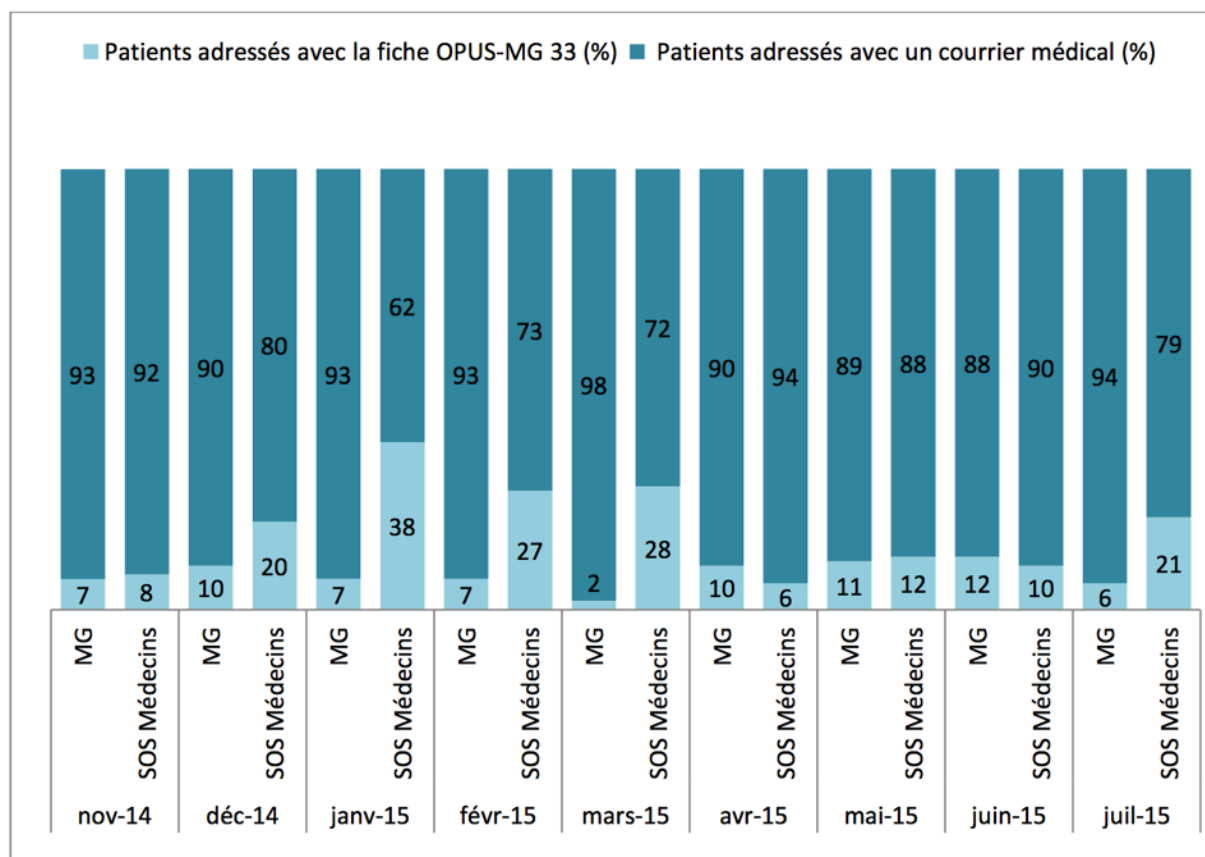


Figure 10 : Comparaison par mois du nombre de patients adressés par SOS Médecins et les Médecins Généralistes (MG) en cabinet avec un courrier médical ou la fiche OPUS-MG 33

3.1.4 Fréquence d'utilisation de la fiche OPUS-MG 33

Quarante-six médecins généralistes (29 médecins en cabinet et 17 SOS Médecins) ont utilisé au moins une fois la fiche OPUS-MG 33.

17 médecins l'ont utilisé plus de deux fois (Figure 11).

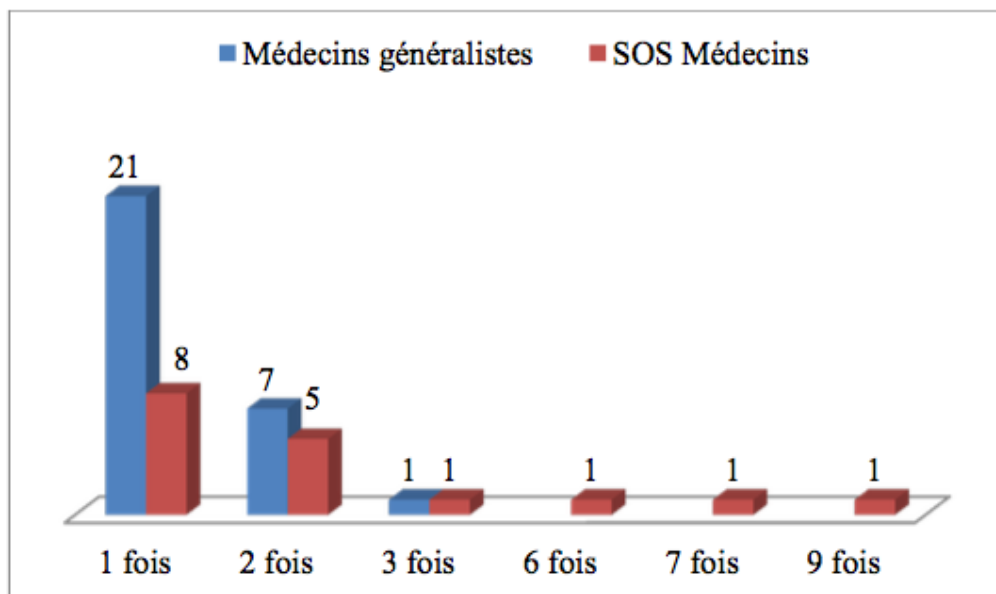


Figure 11 : Nombre de participation avec l'utilisation de la fiche OPUS-MG 33 par les médecins généralistes en cabinet et SOS Médecins.

3.2 ANALYSE DES COURRIERS SELON LES RECOMMANDATIONS DU CNQSP

Le CNQSP a proposé des critères qui doivent être présents dans un courrier d'adressage d'un médecin généraliste au psychiatre pour une première demande de consultation. Ces éléments ont été recherchés et analysés dans les 636 courriers (Figure 12).

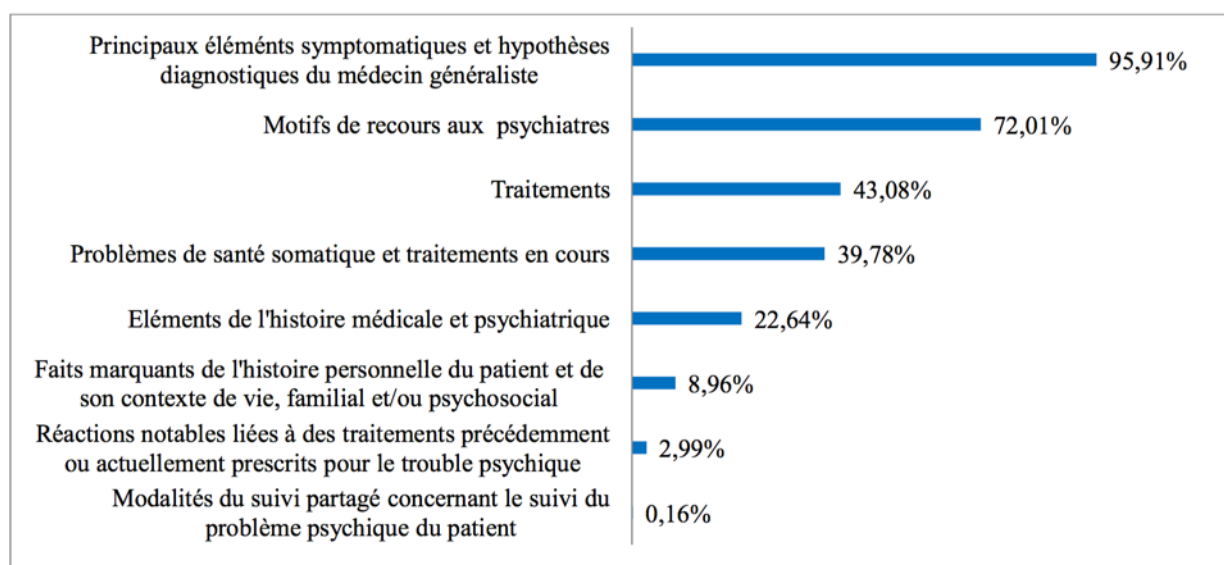


Figure 12 : Pourcentages des différentes catégories retrouvées dans les courriers et définies par le CNQSP.

3.3 ENQUETE SUR LA NON UTILISATION DE LA FICHE OPUS-MG 33

Parmi les médecins généralistes ayant adressé un patient au SECOP sans la fiche OPUS-MG 33, 8 médecins par mois étaient tirés au sort. Ils ont été contactés par téléphone pour comprendre les raisons de la non utilisation de la fiche.

Au total, 56 médecins ont été appelés pendant ces 9 mois : 46 ont répondu et 10 médecins n'ont pas été joignables. Les réponses à la question de la raison de la non-utilisation de la fiche OPUS-MG 33 sont présentées dans le tableau V .

Tableau V : Raisons de la non-utilisation de la fiche OPUS MG 33 après appel téléphonique de 46 médecins

Manque de temps et surcharge administrative	Refus de participer à un travail de thèse	Méconnaissance du travail de thèse	Par oubli de l'existence de la thèse et par manque de temps/ Surcharge administrative	Par oubli de l'existence de la fiche OPUS-MG 33
1 (2,17%)	2 (4,34%)	6 (13,0%)	6 (13,0%)	31 (67,39%)

3.4 ANALYSE DES DONNÉES DE LA FICHE OPUS-MG 33

3.4.1 Le délai d'envoi de la fiche OPUS-MG 33

Le délai moyen de la réception de la fiche et de son envoi était de :

- 14 jours les deux premiers mois
- 3 jours à partir du mois d'Avril.

Le délai moyen entre la date de la réception de la fiche et la partie verso remplie était de 2 jours pendant les 9 mois d'étude.

Le délai moyen entre la réception et le remplissage de la fiche ainsi que son envoi a été calculé pour chaque mois et représenté ci-dessous :

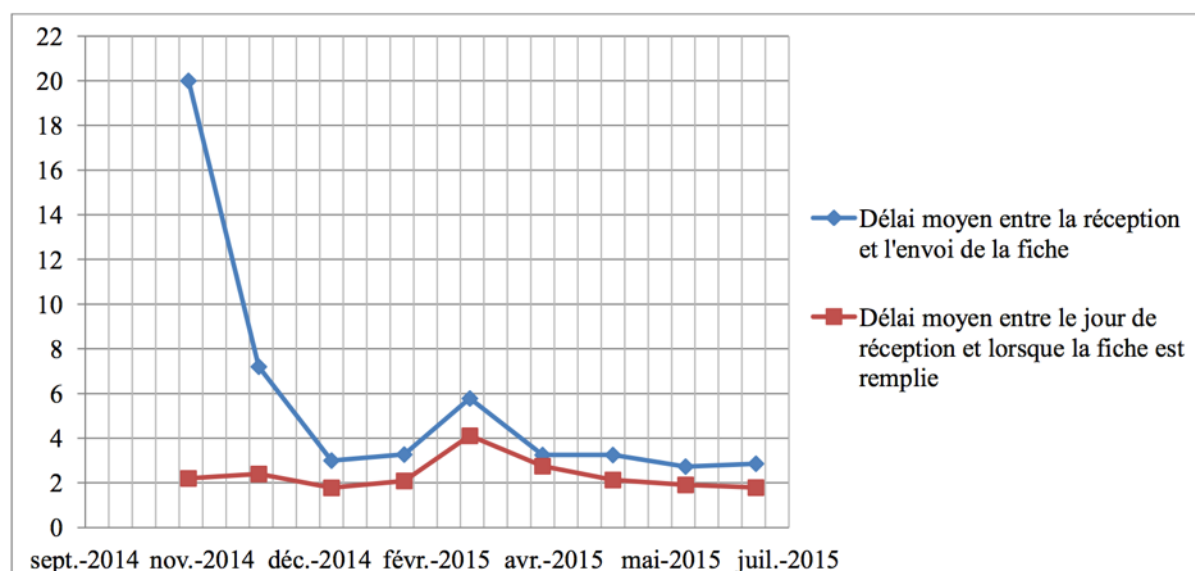


Figure 13 : Comparaison entre le délai moyen en jours entre la date de la réception de la fiche et le remplissage ainsi que son envoi par mois pendant les 9 mois de l'étude.

3.4.2 La fiche côté Recto

Chaque information présente sur le côté recto de la fiche a été étudiée.

Il est à noter que deux fiches recto n'ont pas pu être analysées dans cette partie car le verso a été rempli au lieu du recto par le médecin généraliste.

3.4.2.1 Les antécédents et l'histoire de la maladie

Parmi les informations complétées dans les antécédents médico chirurgicaux, il a été retrouvé des antécédents psychiatriques, ajouté à l'item prévu à cet effet (Tableau VI).

L'histoire de la maladie était renseignée dans 78 cas et 1 cas non rempli.

Tableau VI : Informations présentes sur la fiche OPUS-MG 33 concernant les antécédents des patients

Sur 79 fiches OPUS-MG33	Antécédents Médico-Chirurgicaux (%)		Antécédents psychiatriques (%)
		dont contenant des antécédents psychiatriques (%)	
	78 (98,73%)	26 (32,91%)	79 (100%)

3.4.2.2 La demande de soins par le patient

Tableau VII : Demande de soins par le patient renseignée sur la fiche OPUS-MG 33

Sur 79 fiches OPUS-MG33 renseignées (%)	oui	non	non renseignée
	43 (54,43%)	17 (21,51%)	19 (24,05%)

3.4.2.3 Le motif d'adressage

Les différents motifs pour lesquels un patient est adressé sont présentés dans la figure ci-dessous (Figure 14).

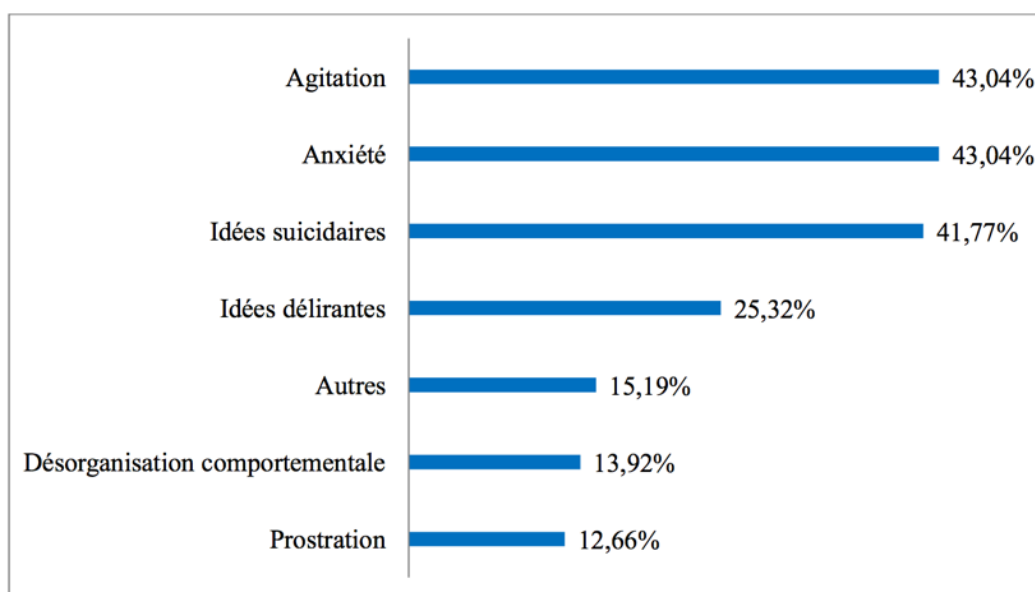


Figure 14 : Motifs de demande d'avis psychiatrique par le médecin généraliste

3.4.2.4 Les demandes d'hospitalisation

Au total, 34 demandes d'hospitalisation ont été faites : 5 n'ont pas donné de renseignements sur le mode d'hospitalisation; 15 étaient des demandes d'admission en soins psychiatriques à la demande de tiers et 1 à la demande du représentant de l'état.

3.4.2.5 L'orientation attendue par le médecin généraliste

L'orientation attendue était répartie entre les consultations et les hospitalisations (Tableau VIII).

Tableau VIII : Orientation du patient attendue par le médecin généraliste

Sur 79 fiches OPUS-MG33 renseignées	Consultations	Hospitalisations	Non renseigné
	34 (43,04%)	40 (50,63%)	5 (6,33%)

3.4.3 La fiche côté Verso

Les fiches ont été remplies de la manière suivante : 12 par les médecins permanents du SECOP, 1 par un interne de garde et 2 par les internes du service.

Nous avons rempli les 66 autres fiches.

La partie « Diagnostic évoqué » a été renseignée dans tous les cas.

3.4.3.1 La description syndromique

Les syndromes ont été décrits en pourcentages (Figure 15).

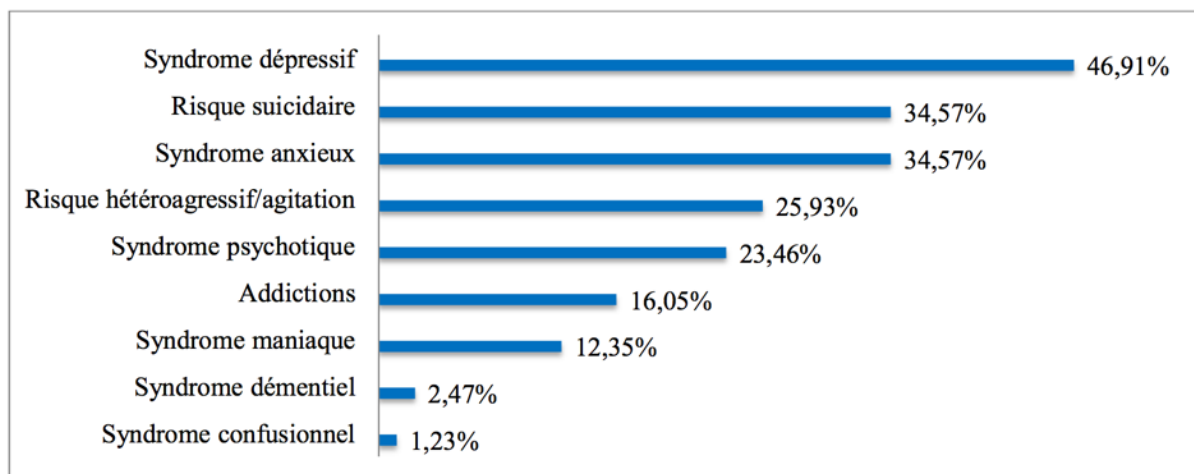


Figure 15 : Pourcentages de patients par syndrome présenté

3.4.3.2 Conscience des troubles et adhésion aux soins

Dans 37 cas, l'information sur la conscience des troubles était présente. L'adhésion aux soins était signifiée dans 4 fiches.

3.4.3.3 Les traitements avant et après évaluation psychiatrique

Les traitements des patients étaient renseignés pour les 81 fiches. Pour 6 fiches, le nombre de lignes des traitements était insuffisant (liste de médicaments supérieure à 5).

Le traitement d'entrée n'était pas connu dans 7 cas et la posologie n'était pas marquée sur 5 fiches. Les traitements somatiques étaient également présents.

La prescription ou non de traitement après évaluation était renseignée pour chaque fiche.

La durée de la prescription n'était pas indiquée.

3.4.3.4 L'orientation du patient

Quarante-neuf patients adressés avec la fiche OPUS-MG 33 ont été hospitalisés. Deux patients ont été adressés respectivement aux Urgences de Saint-André et de Pellegrin. Une sortie contre avis médical a eu lieu.

Le mode d'hospitalisation était réalisé selon le degré d'urgence et le consentement du patient (Tableau IX). Le lieu des hospitalisations est présenté dans le tableau X.

Tableau IX : Modalités d'hospitalisations selon le degré d'urgence

Hospitalisations en urgence				Hospitalisations programmées
Hospitalisations libres (%)	Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (%)	Admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat (%)	Patients mineurs (%)	Hospitalisation libre en clinique
20 (40,82%)	19 (38,78%)	4 (8,16%)	2 (4,08%)	2 (4,08%)

Tableau X : Hospitalisation des patients en fonction de l'hôpital de destination

Centre Hospitalier Charles Perrens (%)	Centre Hospitalier Cadillac (%)	Autres lieux d'hospitalisations (%)
40 (81,63%)	5 (10,20%)	4 (8,16%)

Les orientations des 31 patients vus après consultation étaient :

- le CMP : 9 patients adressés (29,03%)
- les psychiatres libéraux : 8 (25,80%)
- le médecin généraliste seul et associé au CMP respectivement : 3 patients (9,67%)
- le CMP et autres (Equipe mobile de géronto-psychiatrie, psychologue et Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) : 3 patients (9,67%)
- le médecin généraliste et un psychiatre libéral : 2 (6,45%)
- Autres : 1 (3,22%).

Si les orientations attendues des médecins généralistes sont comparées à celles réalisées, il n'y a aucune différence entre les deux ($p=0.44$).

3.5 EVALUATION DE LA FICHE OPUS-MG 33 PAR LES UTILISATEURS

Sur les 46 médecins généralistes participants, 10 médecins n'ont pas répondu à l'évaluation de la fiche OPUS-MG 33.

Au total, 36 médecins généralistes et les 6 médecins permanents du SECOP ont évalué la fiche OPUS-MG 33 , soit 42 médecins participants {Annexe 6}.

3.5.1 Degré de satisfaction des médecins participants

La satisfaction par rapport à la présentation de la fiche et à son utilisation a été analysée ci dessous en effectifs et en pourcentages (Tableau XI).

Tableau XI : Satisfaction par rapport à la présentation de la fiche OPUS-MG 33

Présentation de la fiche OPUS-MG 33

	Tout à fait Satisfait	Satisfait	Peu Satisfait	Pas du tout Satisfait
FORMAT/PRÉSENTATION				
Médecins généralistes	27 (75%)	9 (25%)	0	0
Psychiatres	6 (100%)	0	0	0
Totaux	33 (78,56%)	9 (21,42%)	0	0
PERTINENCE DES ITEMS				
Médecins généralistes	28 (77,78%)	8 (22,22%)	0	0
Psychiatres	5 (83,33%)	1 (16,67%)	0	0
Totaux	33 (78,56%)	9 (21,42%)	0	0
RAPIDITÉ/FACILITÉ À RÉPONDRE				
Médecins généralistes	28 (77,77%)	8 (22,22%)	0	0
Psychiatres	4 (66,66%)	2 (33,33%)	0	0
Totaux	32 (76,18%)	10 (23,76%)	0	0

La satisfaction vis à vis des informations contenues par la fiche ont été représentées dans le tableau ci dessous (Tableau XII).

Tableau XII: Utilité des informations contenues par la fiche : satisfaction des médecins généralistes et des psychiatres

Utilité des informations de la fiche OPUS-MG 33

	Tout à fait satisfait	Satisfait	Peu Satisfait	Pas du tout Satisfait
Médecins généralistes	25 (69,44%)	10 (27,77%)	1 (2,78%)	0
Psychiatres	6 (100%)	0	0	0
Totaux	31 (73,80%)	10 (23,80%)	1 (2,38%)	0

Concernant le délai de réponse, les satisfactions sont les suivantes (Tableau XIII).

Tableau XIII : Satisfaction par rapport au délai de réception de la fiche OPUS-MG 33 par les médecins généralistes

Satisfaction par rapport au délai de réception de la fiche OPUS-MG 33

	Tout à fait satisfait	Satisfait	Peu Satisfait	Pas du tout Satisfait
Médecins généralistes	25 (69,44%)	9 (25%)	1 (2,77%)	1 (2,77%)

Le degré de satisfaction globale de l'utilisation de l'outil est représenté dans la figure 16 .

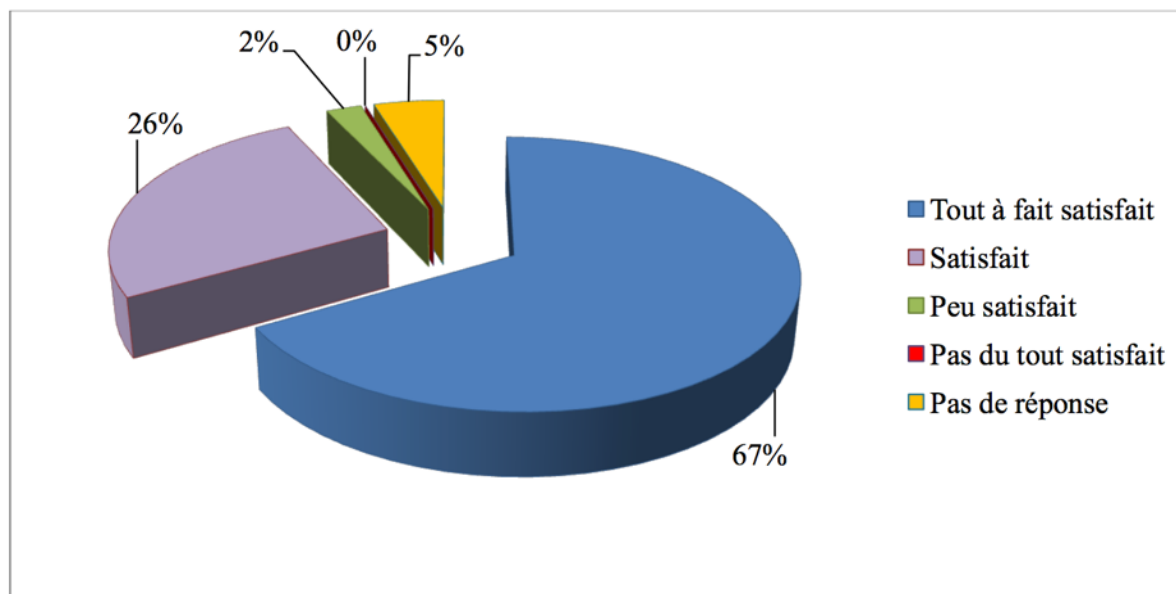


Figure 16 : Degré de satisfaction globale des médecins généralistes et des psychiatres par rapport au nouvel outil de coordination

Trente-cinq médecins généralistes et les six médecins du SECOP pensaient que cet outil de coordination avait permis d'améliorer les échanges entre les médecins généralistes et le SECOP.

Un seul médecin généraliste ne trouvait pas que la fiche OPUS-MG 33 avait permis cette amélioration.

Les quarante-deux médecins pensaient continuer à utiliser la fiche OPUS-MG 33.

3.5.2 Profil des participants

Les caractéristiques des participants en fonction de l'âge et du sexe ont été regroupés dans le tableau XIV.

Tableau XIV : Caractéristiques des participants

	Médecins généralistes	Médecins du SECOP
Age médian	48 ans	31 ans
Nombre et pourcentage de femmes participantes	9 (25%)	3 (50%)
Nombre et pourcentage d'hommes participants	77 (75%)	3 (50%)

Les médecins du SECOP étaient 3 praticiens hospitaliers et 3 assistants spécialisés. Neuf médecins généralistes installés exerçaient en cabinet seul et 12 en cabinet de groupe. 15 médecins de SOS ont répondu et exerçaient en milieu urbain et semi-rural. Le lieu d'exercice des médecins installés en cabinet était réparti de la manière suivante :

- 12 médecins en milieu urbain
- 5 en milieu semi-rural
- 4 en milieu rural.

3.5.3 Commentaires sur l'étude par les participants

Trois commentaires ont été faits par les psychiatres et vingt-un par les médecins généralistes.

3.5.3.1 Commentaires d'insatisfaction

Trois médecins ont exprimé leur mécontentement.

Un premier commentaire fait part que toutes les fiches OPUS-MG 33 n'auraient pas eu de retour : « Sur 4 fiches envoyées depuis Décembre 2014, je n'ai eu qu'un seul retour!! {...} C'est décourageant. Si le SECOP ne joue pas le jeu, je ne vois pas l'intérêt ».

Un second montre que la personne adressée avec la fiche a été adressée aux urgences. La fiche a été remplie avec cette information mais n'a pas donné suite après alors que la personne serait revenue dans le service :

« La patiente adressée est allée aux Urgences de Pellegrin selon votre avis, et serait repassée chez vous ensuite...aucune nouvelle et patiente sortie avec un traitement! ».

Le dernier commentaire est le suivant : « Fiche complètement remplie car la patiente et sa famille étaient compliants ».

3.5.3.2 Remarques de satisfaction sur le sujet de thèse

Plusieurs commentaires dans l'ordre chronologique portaient sur la création de l'outil et de son utilité et sont présentés ci dessous :

- « Très bonne initiative avec un format codifié permettant de ne pas oublier d'informations importantes »
- « Très bonne idée, merci! »
- « C'est bien {...} A poursuivre »
- « les outils de relation MG-Hôpital sont toujours utiles. Merci. »
- « {...} bien utile, il fallait y penser! »
- « Merci mille fois de créer ce service, car en campagne (au mois d'août par exemple), on est assez démuné. »
- « Fiche synthétique et parfaitement informative sur la clinique et l'orientation souhaitée par le médecin adresseur »

- « Intérêt d'une meilleure articulation entre médecins généralistes et prise en charge hospitalière. Evite la perte d'informations médicales concernant le patient »

Le devenir du patient adressé par les médecins généralistes a pu être connu avec l'outil et a été souligné par les utilisateurs :

- « 1ère fois que j'ai un retour suite à une demande d'hospitalisation ou d'avis psychiatrique en urgence...(et pourtant, patients envoyés depuis 18 ans avec lettre systématique et le plus souvent contact téléphonique) »
- « Très bonne idée, très bon outil de coordination. Très important pour nous d'avoir un retour »
- « Enfin une coordination médecin/psychiatre. Outil très appréciable et simple, efficace. J'approuve. J'ai d'ailleurs remis un exemplaire à tous mes associés. »
- « Pour la première fois en 12 ans, j'ai reçu un compte-rendu...A poursuivre+++ »

La rapidité et la facilité de remplissage de la fiche étaient également indiquées :

- « Gain de temps et données utiles aux médecins d'accueil au SECOP »
- « C'est pas trop lourd non plus dans la consultation de ville »
- « Facile à remplir »
- « Permet une prise en charge rapide et efficace »
- « Consultation efficace, orientation adaptée. Service de grande aide dans certains cas. Merci. »
- « Plus simple, pas besoin de passer par le téléphone. »
- « {...} Service rapide, efficace. Fiche recto très simple à remplir. Aide précieuse. »

3.5.3.3 Les suggestions d'améliorations

Les médecins ont fait part que certains items étaient manquants :

- « ajouter cadre « examen somatique » »
- « Format : case « Histoire de la maladie » peut être plus grande, n'ayant pas forcément les termes précis, on a tendance à développer l'observation »
- « Manque un item Médecin traitant à remplir (valable dans le cas où le patient n'est pas hospitalisé par son médecin traitant , en particulier SOS...) »
- « Pas d'item d'orientation pédiatrique et mineurs »
- « Mettre à part les items liés à la conscience des troubles et à l'adhésion des soins. Laisser une ligne pour le traitement d'entrée (à remplir par le médecin généraliste). Faire le verso plus sous la forme d'un courrier médical. »

Le délai de réponse serait aussi à améliorer:

- « {...} juste le délai de réponse à améliorer »
- « Délai serait à améliorer, mais 10 jours est déjà une performance! »

QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION

4.1 LES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Nous avons créé un nouvel outil de coordination : la fiche OPUS-MG 33 afin d'améliorer l'articulation des soins entre les médecins généralistes de la Gironde et le SECOP de l'hôpital Charles Perrens de Bordeaux.

Sur 752 patients adressés par les médecins généralistes pendant les 9 mois de l'étude, 81 fiches ont été reçues.

Il y a eu un faible taux de participation à l'étude (la fiche OPUS-MG 33 représente 10,78% des patients adressés par les médecins généralistes).

La raison principale de la non-utilisation de la fiche était l'oubli lors de l'envoi d'un patient au SECOP.

Tous les médecins utilisateurs étaient tout à fait satisfaits à satisfait concernant la rapidité et la facilité à répondre. Le délai moyen entre la réception de la fiche et son envoi était de 3 jours. L'outil de coordination permettait de transmettre les informations sur le patient en particulier :

- pour les médecins généralistes : 100% des antécédents psychiatriques et les motifs d'adressage étaient présents ; 98,73% pour les antécédents médicaux.
- pour les psychiatres : la description syndromique et l'orientation de patients (49 hospitalisations , 31 consultations et 1 sortie contre avis médical).

Il n'y avait pas de modification significative entre les orientations attendues par les médecins généralistes et celles réalisées.

Les prescriptions et/ ou modifications des traitements étaient renseignées également.

67% des médecins participants étaient tout à fait satisfaits du nouvel outil de coordination.

76,18% étaient tout à fait satisfaits de la rapidité et de la facilité de réponse .

Tous les médecins pensaient à continuer à utiliser la fiche OPUS-MG 33.

4.2 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

4.2.1 L'originalité de l'étude

Notre étude est l'une des premières à mettre en place et à évaluer la création d'un outil de coordination entre un service d'urgence psychiatrique et les médecins généralistes. Elle a également compris à la fois le recueil et l'analyse des courriers des médecins généralistes permettant une étude complète de cette coordination.

L'étude GénÉPsy réalisée de Janvier 2014 à Juillet 2014 étudiait la création d'un outil de coordination entre 3 CMP, un centre d'accueil permanent et les médecins généralistes de Lille {88}. Elle analysait l'avis des médecins sur le courrier-type avec des entretiens semi-dirigés. Les autres études menées analysaient préférentiellement les courriers échangés. L'évaluation du dispositif a été également étudiée à la fois chez les psychiatres du service et chez les médecins généralistes. De plus, les médecins de SOS ont été inclus dans l'étude à la différence des autres travaux.

4.2.2 La représentativité de l'échantillon

Initialement, nous avons inclus les médecins généralistes dépendant du secteur de Charles Perrens et SOS Médecins. Lors de la relance par mail en mars 2015, les médecins généralistes ayant un mail connu par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Gironde ont reçu la fiche OPUS-MG 33, quelque soit le secteur. Huit fiches ont ainsi été envoyées par des médecins exerçant dans le secteur de Cadillac. L'avantage de l'étude était qu'elle concernait les médecins généralistes de tous les milieux urbains, semi-ruraux et ruraux du département.

La parité était respectée pour le SECOP; une majorité d'hommes ont participé à l'étude du côté des médecins généralistes.

Le taux faible de participation peut être expliqué par différentes raisons.

Tout d'abord, l'étude se déroulait sur un délai de 6 mois puis a été prolongée jusqu'à 9 mois. Un médecin généraliste n'adresse pas quotidiennement un patient au SECOP. La fiche OPUS-MG 33 a pu être ainsi oubliée comme le précise la partie des appels téléphoniques. Il est aussi difficile de changer les « habitudes » des pratiques médicales.

L'étude portait également sur des participants volontaires. Certains médecins étaient peut-être plus concernés ou intéressés par le problème de communication Médecin généraliste/ Psychiatre.

Nous avons vu dans la partie Résultats que nous avons rempli 66 fiches côté verso sur 81. Les médecins permanents du SECOP ont participé à l'étude à contrario des médecins de garde. Une affiche et un rappel oral de la fiche au moment de la prise de garde étaient faits pour les informer de l'étude. Cela a semblé insuffisant vu le taux de participation. Il est vrai que nous aurions dû évaluer la raison pour laquelle ils n'ont pas participé, mais nous ne l'avons pas prévu pendant l'étude. Le choix d'évaluer l'outil par les médecins permanents et non les internes a été fait devant une future utilisation quotidienne de la fiche OPUS-MG 33. De même, nous avons fait le choix grâce au partenariat du Département de Médecine Générale de diffuser le nouvel outil de coordination par courrier. Ainsi, les médecins généralistes avaient directement et immédiatement un premier exemplaire de la fiche OPUS-MG 33 utilisable. Puis fin Mars, grâce au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, un mail aux médecins généralistes a été envoyé. Les médecins de SOS ont été sollicités à de nombreuses reprises par courrier et trois fois par mail (mail interne et par le Conseil de l'Ordre des Médecins). Il s'avère que leur participation était plus active et même ils ont utilisé plusieurs fois l'outil de coordination. Donc la diffusion de l'information et de l'outil de coordination est primordiale.

De plus, il faut noter qu'il s'agissait d'une mise en place et de la création d'un nouvel outil : il faut du temps pour qu'il s'installe et entre dans les pratiques quotidiennes. D'ailleurs, sur les 3 derniers mois de l'étude, le nombre de fiche a augmenté. Le taux de participation s'explique également par la problématique liée à toute mise en place de nouvel outil de coordination.

4.2.3 Le délai d'envoi de la fiche OPUS-MG 33

Entre le Novembre et Décembre, le délai d'envoi du courrier de coordination était long.

Il est vrai que les dossiers de Novembre-Décembre n'ont pas été vérifiés quotidiennement.

Les fiches étaient récupérées et mises dans un dossier par les secrétaires puis envoyées dans un second temps. A partir de Janvier, chaque dossier était analysé et vérifié deux fois quotidiennement. Le délai d'envoi fût ainsi de 9 jours puis de 3 jours.

Les week-ends et les jours fériés rajoutaient bien entendu un voire deux jours de délai supplémentaire. Le rebond du délai du mois de Mars s'explique par une absence d'organisation après la relance par mail.

Un médecin a fait part de l'envoi de fiche sans avoir eu de retour de la fiche en Novembre et Décembre.

Il faut savoir que lorsque les patients étaient orientés vers les urgences générales ou adressés dans les services d'hospitalisations directement, le courrier n'était pas forcément photocopié et présent dans le dossier médical. Quand le patient revenait des urgences générales, les courriers du patient ne suivaient pas forcément et la fiche OPUS-MG 33 pouvait être perdue.

4.2.4 L'analyse des courriers

Nous avons par ailleurs analysé les courriers adressant un patient selon les critères du CNQSP. Les recommandations portaient sur les courriers entre les médecins généralistes et les psychiatres libéraux pour une première demande de consultation.

Les critères sur les modalités de suivi du patient, les traitements antérieurs et le contexte de vie étaient peu renseignés dans les courriers analysés. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients adressés au SECOP étaient dans le cadre d'une situation d'urgence. Ces trois critères ne peuvent donc pas s'appliquer dans ce cadre et correspondent aux critères des recommandations.

L'analyse des courriers et des appels téléphoniques n'avaient pas été prévus au début de l'étude. Des courriers étaient parfois absents dans les dossiers car partis avec les patients hospitalisés dans un service ou aux urgences générales.

Nous pouvons constater que peu d'appels téléphoniques ont été réalisés en raison des difficultés à contacter les médecins et le temps consacré. Les médecins pouvaient être rappelés deux fois; d'autres devaient rappeler mais cela n'était pas fait.

Les appels ont permis une relance d'information de la fiche et d'essayer de connaître la raison de la non utilisation du nouvel outil de coordination.

4.2.5 La fiche OPUS-MG 33 : en pratique

Les médecins participants étaient tout à fait à satisfaits de la prévention et du format de la fiche. Cependant un médecin, à deux reprises, a mal renseigné la fiche, remplissant le verso au lieu du recto.

Le verso de la fiche était renseigné dans les 81 cas. Avant d'envoyer et de photocopier la fiche, nous vérifions que le coté verso était correctement rempli, sinon nous le remplissions, ce qui peut être un biais d'information. Pour les traitements d'entrée et après évaluation psychiatrique, le nombre de lignes était à 6 reprises insuffisant.

L'avantage de la fiche est la facilité de réponse grâce à des questions fermées et dirigées.

Cela permettait un gain de temps et de ne pas oublier les informations essentielles.

Nous avons vu les points forts et les limites de cette étude. Nous allons comparer nos résultats avec ceux de la littérature.

4.3 Comparaison des résultats observés avec la littérature

4.3.1 Le taux de participation

Nous avons constaté un faible taux de participation des médecins.

La thèse de Gabriel Jombart en 2015 a étudié la mise en place d'un courrier type entre les psychiatres et les médecins généralistes de Lille pour toute première demande d'avis psychiatrique {88}. Il s'agissait d'une étude rétrospective; l'avis et la satisfaction des médecins généralistes étaient recueillis. Cette étude, comme pour notre travail, retrouvait un taux de réponses faible.

Au Sri Lanka en 2013, l'utilisation de courrier-type d'adressage et de réponses avec différentes spécialités hospitalières montrait une faible participation également (6 courriers reçus sur 80 envoyés) {101}.

L'URPS en Aquitaine a mené une enquête en 2012 avec la création d'une fiche de liaison entre les médecins généralistes et les psychiatres libéraux {102}. Elle a été réalisée sur deux villes du Lot et Garonne : Villeneuve sur Lot et Agen. Sur 21 médecins généralistes participants, 12 ont utilisé le document.

Nos résultats concordent avec ceux retrouvés dans la littérature par rapport au taux de participation.

4.3.2 L'amélioration et l'utilité d'un nouvel outil de coordination

Le degré de satisfaction globale de l'outil est de 67% de médecins (généralistes et psychiatres) tout à fait satisfaits.

Tous les participants souhaitent continuer à utiliser l'outil.

L'enquête menée par l'URPS d'Aquitaine présentait que 16 médecins généralistes sur 21 trouvaient l'outil utile et 13 étaient intéressés à l'utiliser à long terme {102}.

Nous avons vu qu'après une première utilisation, 17 médecins ont réutilisé la fiche OPUS-MG 33. Dans son étude, Gabriel Jombart montrait également que l'outil était utilisé au moins une fois et que pour certains médecins, l'utilisation avait été faite à de nombreuses reprises {88}.

A noter que les médecins généralistes rapportaient dans cette étude les difficultés à changer leurs habitudes et oubliaient l'outil de coordination. Cela va dans le sens de notre évaluation qui recueillait l'oubli de la fiche lors des appels téléphoniques.

Les délais de réception des comptes-rendus d'hospitalisation ne répondent que très rarement au délai légal de 8 jours selon la loi du 4 Mars 2002 {103}. Le délai d'envoi de la fiche dans notre étude était de 9 puis 3 jours.

Notre délai d'envoi correspond à la fois au délai légal et est même relativement plus court . L'URPS d'Ile de France a mené une enquête chez les médecins généralistes et les établissements de santé {104}. Le délai de réception était un véritable indicateur de santé. Mais le courrier de sortie était peu informatif et utilisable au cabinet médical.

La fiche OPUS-MG 33 faisait office de courrier médical. Pourtant, 18 fiches ont été accompagnées d'un courrier médical.

Nous allons comparé maintenant les informations contenues par la fiche OPUS-MG 33.

4.3.3 Les informations médicales contenues par la fiche OPUS-MG 33 et l'analyse des courriers

L'analyse des courriers des médecins généralistes montrait que les hypothèses diagnostiques et les motifs de recours étaient respectivement de 95,91% et 72,01%.

Les antécédents somatiques et les traitements n'étaient présents que dans moins de 50% des cas. Le traitement et l'orientation souhaitée étaient présents dans tous les cas.

Une thèse parisienne de 2010 a effectué une revue de la littérature internationale des lettres d'adressage des médecins généralistes vers les spécialistes {105}. Elle a montré que la qualité d'analyse des lettres d'adressage était insuffisante hormis le motif d'adressage et les hypothèses diagnostiques. Les antécédents personnels n'étaient renseignés que dans 43,68% des cas et pour les traitements en cours dans 50,10%.

Une étude en 2014 a analysé les échanges de courriers entre les médecins généralistes et les psychiatres de l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole {106}.

Cette analyse retrouvait les mêmes résultats : 99% des médecins généralistes renseignaient le motif de la demande; dans 70%, les antécédents médicaux chirurgicaux et les traitements n'étaient pas présents.

L'utilisation d'un courrier médical standardisé permettrait donc une meilleure qualité des informations échangées.

La fiche OPUS-MG 33 permettait à chaque participant avec son format recto/verso et ses questions fermées d'avoir les informations utiles à la prise en charge du patient. Ainsi, les items demandés rappelaient au médecin les informations à recueillir auprès du patient.

Une étude menée en 2009 auprès des médecins de SOS de Grenoble a comparé les courriers médicaux libres et standardisés {107}. Elle montrait que le courrier-type permettait d'améliorer la qualité des informations transmises lors de l'admission à l'hôpital.

Une étude sud-africaine publiée en 1995 a montré aussi l'amélioration de la qualité des informations présentes dans le courrier mais n'avait pas pour autant augmenté le taux des réponses des psychiatres {108}.

Par contre, une étude anglaise publiée en 2005 par Shaw et *al* a évalué la qualité du contenu des courriers des médecins généralistes après avoir mis en place des recommandations de bonne pratique clinique élaborées par un groupe de psychiatres, psychologues et de médecins généralistes {109}.

Il n'y avait pas de différence significative concernant le contenu des courriers qu'ils soient libres ou préformés.

Nous avons comparé les principaux résultats de notre étude et ceux de la littérature.

L'optimisation des échanges entre médecins généralistes et psychiatres fait l'objet de nombreuses études comme nous l'avons vu au cours de notre travail.

Nos résultats montrent que l'utilisation d'un courrier-type permettait une meilleure articulation des soins mais présente des difficultés à être mise en place .

Quelles améliorations permettraient de lever ces difficultés? Quel rôle pourrait jouer la fiche OPUS-MG 33?

4.4 LES PERSPECTIVES D'UTILISATION DE LA FICHE OPUS-MG 33

4.4.1 La fiche OPUS-MG 33 version 2

Selon le Code de Santé Publique, tout médecin de garde doit informer le médecin traitant des soins apportés au patient {110; 111}.

Les informations médicales doivent être partagées pour permettre la continuité des soins.

La fiche OPUS-MG 33 a été créée pour permettre une transmission fiable des informations médicales dans un souci d'efficacité et de gain de temps. Les résultats, peu nombreux, ont toutefois été positifs.

Quelles seraient les améliorations à apporter pour une utilisation ultérieure de la fiche OPUS-MG 33?

Nous avons tenu compte des commentaires des participants et nous avons créée la fiche OPUS-MG 33 version 2 {Annexe 7} .

Les modifications apportées ont été les suivantes :

- Fiche RECTO, remplie par le médecin généraliste :
 - Ajout de l'examen clinique dans la partie « Histoire de la maladie »
 - Ajout du Nom du Médecin traitant dans « les Antécédents médico-chirurgicaux »
- Fiche VERSO, remplie par le médecin psychiatre :
 - Ajout d'une case « Mineur »
 - Ajout de lignes dans la partie « Diagnostic évoqué »
 - Modification de la qualification de « la conscience des troubles » et de « l'adhésion aux soins »

Nous avons conservé la partie des traitements d'entrée et de sortie au verso de la fiche. Le médecin généraliste est informé des modifications thérapeutiques du patient entre son arrivée et après évaluation. Par ce biais, il connaît également la prise en charge au SECOP et le choix des modifications des traitements. Cela permet d'une certaine manière à contribuer, entre autres, à la formation des médecins généralistes sur les psychotropes.

Aux vues des résultats et de la pertinence de l'outil, l'équipe médicale du SECOP envisage une utilisation systématique dans le service de la fiche OPUS-MG 33 version 2. Malgré le nombre reçu de fiches OPUS-MG 33, l'optimisation des soins a pu être effective. Une deuxième version a été créée. Quelles sont les autres perspectives pour la fiche OPUS-MG 33 ?

4.4.2 D'autres perspectives

Une meilleure diffusion et accessibilité à la fiche OPUS-MG 33 permettrait une participation plus active des médecins généralistes et psychiatres. Tout d'abord, au SECOP, un envoi systématique de la fiche OPUS-MG 33 version 2 au médecin généraliste sera mise en place avec le courrier l'informant du passage d'un de ses patients au SECOP. L'accessibilité pourrait être améliorée par l'intégration de l'outil aux logiciels informatiques des cabinets médicaux ou sur le site de l'hôpital Charles Perrens. Les médecins auraient ainsi directement à télécharger ou à remplir l'outil en ligne. La création d'une messagerie sécurisée et agréée serait aussi un moyen de communication efficace et rapide. Le médecin généraliste remplirait la fiche OPUS-MG 33 puis le psychiatre répondrait après la consultation. Le gain de temps serait considérable.

La diffusion de l'outil par les organismes référents comme le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, l'Agence Régionale de Santé ou la Haute Autorité de Santé pourrait permettre une diffusion plus large et plus efficace de l'outil. Leur soutien pourrait être une avancée dans la poursuite de l'utilisation et la pérennisation de la fiche OPUS-MG 33 version 2. Cela contribuerait incontestablement à l'amélioration de la coordination des soins entre médecins généralistes et psychiatres.

Une des améliorations possible dans la coordination des soins entre les médecins généralistes et psychiatres serait d'inclure dans la formation des internes un apprentissage de la rédaction de courriers entre ces deux spécialités. La coordination serait ainsi apprise et mise en place dès leur exercice professionnel. Elle permettrait de placer le patient atteint de trouble psychiatrique au sein du dispositif d'articulation des soins.

En 2007, une étude anglaise de Waykar a montré que la formation des étudiants psychiatres à la rédaction des courriers standardisés améliorait la qualité des courriers {112}. Les médecins généralistes pensaient que les lettres normalisées transmettaient beaucoup plus d'informations et en étaient satisfaits. Informer les internes de psychiatrie et de médecine générale de l'existence de ce nouvel outil de coordination et l'inclure dans leur cursus pourrait améliorer dès l'internat la coordination des soins et permettre une utilisation de la fiche OPUS-MG 33.

Ensuite, la fiche OPUS-MG 33 pourrait être déclinée dans des services autres que les urgences psychiatriques. Par exemple, elle pourrait être utilisée en service de gériopsychiatrie, en réseau ambulatoire ou lors de demande d'équipe mobile de psychiatrie; avec le même objectif d'améliorer la coordination des soins et une meilleure prise en charge du patient.

La coordination des soins est donc un enjeu de santé publique.

Chaque professionnel de santé prenant en charge un patient atteint de trouble psychiatrique se doit de participer et de contribuer à cette coordination.

La Haute Autorité de Santé travaille actuellement sur un projet : « Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux » {77}. Ce projet s'inscrit dans le programme pluri-annuel de la HAS relatif à la psychiatrie et à la santé mentale et élaborera en 2016 des préconisations pour améliorer la coordination et les échanges d'informations entre professionnels.

CONCLUSION

L'article R-4127-64 du Code de la Santé Publique prévoit : « lorsque les médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ». La continuité des soins doit être assurée.

Nous avons vu que la coordination médecin généraliste-psychiatre n'était pas optimale.

Elle était un des facteurs limitant d'un parcours de soins de qualité.

Or, la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux était plus efficace et bénéfique pour le patient quand il y avait une action conjointe entre les médecins généralistes et les psychiatres.

Le médecin généraliste a une place primordiale dans la prise en charge de la santé mentale. Les patients présentant une pathologie psychiatrique ont ainsi plus facilement recours à leur médecin traitant, qui est majoritairement un médecin généraliste.

Cependant, les médecins généralistes rapportaient des difficultés de collaboration avec leurs collègues psychiatres et d'orientation des patients, notamment lors des urgences psychiatriques.

Afin d'améliorer la coopération entre ces deux professionnels de santé et la prise en charge des patients, le CNQSP avait émis en 2010 des recommandations de bonnes pratiques.

L'objectif de notre étude a donc été de mettre en place un outil de coordination entre les médecins généralistes et le SECOP. Nous avons créé la fiche OPUS-MG 33 faisant office de courrier médical afin d'améliorer cette coopération.

Malgré une faible participation des médecins généralistes et des psychiatres, la fiche OPUS-MG 33 a néanmoins permis d'optimiser l'articulation des soins entre le SECOP et les médecins généralistes. Les participants ont fait état de leur satisfaction et de leur souhait de continuer à utiliser l'outil.

Il reste encore des améliorations à apporter pour optimiser la coordination des soins entre médecins généralistes et psychiatres.

La fiche OPUS-MG 33 a été une première réponse à cette problématique entre les médecins généralistes et le SECOP. Sa mise en place pour une utilisation pérenne nécessite une meilleure diffusion et une participation active des intervenants.

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des 30 propositions de Denys Robiliard

Source : Robiliard D. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Paris : Assemblée nationale. 2013; N° 1662.

Diminuer le délai de diagnostic des maladies mentales et de premier accès aux soins.

Proposition n° 1 (page 60) : former les médecins généralistes afin qu'ils puissent détecter les troubles psychiatriques et orienter au mieux les patients en :

- incluant un stage obligatoire en psychiatrie, en secteur hospitalier et en ambulatoire dans la formation initiale ;
- renforçant la formation continue dans le domaine de la psychiatrie.

Proposition n° 2 (page 61) : développer la collaboration entre généralistes et psychiatres en :

- encourageant les consultations de psychiatres dans les maisons de santé afin de favoriser la coordination entre le médecin généraliste et le psychiatre ;
- favorisant les échanges entre le médecin généraliste et le psychiatre pour assurer un suivi optimal du patient ;
- encourageant des échanges et collaborations dans le cadre du secteur.

Proposition n° 3 (page 62) : améliorer l'accessibilité au centre médico-psychologique (CMP) en :

- fixant dans les schémas régionaux d'organisation des soins élaborés par les agences régionales de santé un objectif de délai maximal pour obtenir un premier rendez-vous ;
- organisant un système de pré-entretien avec le concours d'infirmiers ou de psychologues afin de permettre une évaluation du patient et une orientation vers une prise en charge ultérieure ;
- augmentant l'amplitude horaire et les jours d'ouverture des centres médico-psychologiques.

Proposition n° 4 (page 66) : développer les liens entre secteurs et professionnels de santé (protection maternelle et infantile, médecine du travail, service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, institution d'aide sociale et de travail social), afin de repérer les personnes paraissant présenter des troubles mentaux et, le cas échéant, coordonner les actions à leur bénéfice. Prévoir une assistance téléphonique auprès d'un service psychiatrique à destination de ces professionnels.

Améliorer la prise en charge des maladies somatiques.

Proposition n° 5 (page 63) : organiser la prise en charge des maladies somatiques en :

- inscrivant cet objectif dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements ;
- prévoyant selon la taille de l'hôpital un service, un poste ou des vacations de somaticiens dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie ;
- élaborant des conventions entre les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux ou des maisons de santé.

UN SECTEUR RÉNOVÉ

Proposition n° 6 (page 49) : réaffirmer la légitimité et l'actualité des secteurs en fixant par la loi leurs missions communes.

Proposition n° 7 (page 51) : favoriser, dans les schémas régionaux d'organisation des soins élaborés par les agences régionales de santé, l'articulation entre l'offre de soins psychiatriques publique et privée.

Proposition n° 8 (page 63) : établir des passerelles entre les secteurs et les établissements médico-sociaux.

Proposition n° 9 (page 58) : inciter à la signature de conventions entre les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les établissements de santé mentale afin de prévoir des consultations de psychiatres en EHPAD et l'admission en hôpital en cas de crise.

Conforter les politiques intersectorielles.

Les populations précaires

Proposition n° 10 (page 55) : généraliser sur une base territoriale définie par l'agence régionale de santé le dispositif des équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP).

Proposition n° 11 (page 75) : soutenir la démarche « Un chez-soi d'abord ». Mettre à disposition des logements adaptés en développant la pratique des baux glissants ou l'intermédiation locative afin de favoriser l'accueil des malades dans des logements indépendants.

Proposition n° 12 (page 76) : développer l'insertion professionnelle en prenant appui dans la mesure du possible sur le conseil local de santé mentale.

Proposition n° 13 (page 49) : réaffirmer la légitimité et l'actualité de l'intersecteur infanto-juvénile en fixant par la loi leurs missions minimales.

UNE INCLUSION SOCIALE FAVORISÉE

Développer la démocratie sanitaire.

Rendre exceptionnelles les pratiques restrictives de liberté.

Proposition n° 14 (page 68) : s'assurer au niveau du ministère de la santé, des agences régionales de santé, des établissements de santé mentale et de la Haute Autorité de santé que les restrictions aux libertés individuelles de patients faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte sont adaptées, nécessaires et proportionnées à leur état mental et à la mise en œuvre du traitement requis.

Proposition n° 15 (page 68) : considérer qu'isolement thérapeutique et contention sont des solutions de dernier recours qui relèvent d'une prescription médicale individuelle prise pour une durée limitée dont la mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte.

Constituer un registre administratif dans chaque établissement d'hospitalisation psychiatrique, consultable notamment par la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, recensant les mesures d'isolement ou de contention prises et précisant l'identité des patients, le médecin prescripteur, les dates et heures de début et fin des mesures, le nom et la qualification du personnel ayant surveillé leur mise en œuvre.

Proposition n° 16 (page 73) : prendre les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des commissions départementales des soins psychiatriques, veiller au recueil et à l'exploitation de leurs rapports.

Développer les conseils locaux de santé mentale.

Proposition n° 17 (page 53) : encourager la constitution de conseils locaux de santé mentale ou de santé et de santé mentale. Elaborer à cette fin un référentiel national qui servirait de guide tout en gardant la souplesse nécessaire à l'adaptation au territoire.

Proposition n° 18 (page 53) : étendre le périmètre des activités des conseils locaux de santé mentale à la pédopsychiatrie et à la psychiatrie du sujet âgé.

Encourager la participation des usagers et des familles.

Proposition n° 19 (page 70) : renforcer la participation des usagers et des familles en :

- incitant au développement des maisons des usagers au sein des établissements de santé mentale ;
- encourageant la constitution de groupes d'entraide mutuelle.

Proposition n° 20 (page 71) : veiller à la représentation effective des usagers et de leur famille dans toutes les instances où elle est prévue.

Améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire.

Proposition n° 21 (page 78) : évaluer l'application de l'article 122-1 du code pénal au regard du nombre important de détenus atteints de maladie mentale grave.

Proposition n° 22 (page 81) : renforcer le temps d'intervention et le nombre de professionnels de santé mentale intervenant auprès des détenus.

Proposition n° 23 (page 83) : assurer un meilleur suivi de la sortie des détenus présentant des troubles psychiatriques en formalisant la coordination entre les services pénitentiaires de probation et d'insertion (SPIP) et les psychiatres pour préparer leur sortie, par le biais de conventions entre les ministères de la santé et de la justice.

Proposition n° 24 (page 82) : sensibiliser le personnel pénitentiaire aux pathologies psychiatriques dans le cadre de leur formation initiale et continue à l'École nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP), en lien avec le ministère de la santé.

DES MOYENS ADAPTÉS

Proposition n° 25 (page 85) : réarticuler les compétences professionnelles en : – reconnaissant un rôle aux psychologues cliniciens en premier recours et en examinant la possibilité et les modalités d'une prise en charge de leur exercice par l'assurance maladie ;

– reconnaissant le rôle des infirmiers ;

– affirmant le lien avec les généralistes intervenant dans le service psychiatrique comme hors du service.

Améliorer la formation des infirmiers.

Proposition n° 26 (page 87) : proposer une orientation spécifique aux étudiants infirmiers souhaitant travailler principalement dans des établissements de santé mentale en reconnaissant une spécialisation en psychiatrie lors de leur formation à leur diplôme et pour ceux en poste depuis 1993 en recourant à la valorisation des acquis de l'expérience.

Développer la recherche.

Proposition n° 27 (page 87) : donner à la recherche sur les maladies mentales des moyens financiers à hauteur de leur taux de prévalence.

Proposition n° 28 (page 88) : sensibiliser les internes en psychiatrie à la recherche en :

– incluant un stage d'initiation à la recherche dans le cadre de la formation ;

– renforçant le nombre de postes d'« enseignants hospitalo-universitaires ».

Proposition n° 29 (page 88) : encourager la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité de la recherche en mobilisant aussi bien les sciences humaines que les neurosciences, la recherche fondamentale et celle exploitant les données de la clinique.

Proposition n° 30 (page 89) : reconnaître la recherche menée par des praticiens hors du cadre universitaire et définir les modalités de son évaluation.

Mettre en œuvre les recommandations.

Proposition n° 30 bis : diminuer le nombre de rapports et donner la priorité à la mise en œuvre des recommandations récurrentes.

Annexe 2 : Synthèse des recommandations du CNQSP

Source : Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. 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. 2010. 4p.



SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

La coopération Médecins Généralistes – Psychiatres

Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique

Septembre 2010

La collaboration entre médecins généralistes et psychiatres est de mauvaise qualité, particulièrement en France. Cette situation a de nombreuses conséquences négatives sur la qualité de prise en charge du patient.

La qualité des courriers échangés reflète la qualité de la collaboration entre professionnels de santé et les données montrent que l'amélioration des courriers échangés influence favorablement la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres.

Les recommandations suivantes répondent aux questions suivantes :

- quelles sont les informations utiles au MG que le psychiatre devrait lui transmettre par courrier après une première consultation d'un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique ?
- Quelles sont les informations que le courrier adressé par le MG lors d'une première demande de consultation au psychiatre devrait contenir pour aider le psychiatre à répondre de manière appropriée ?

Courrier adressé par le MG au Psychiatre

Le courrier d'adressage du Médecin généraliste au psychiatre devrait contenir les éléments suivants :

Les motifs de recours au psychiatre

De nombreuses situations peuvent justifier le recours au psychiatre. Parmi les plus fréquentes, la littérature relève : les demandes formulées par le patient ou son entourage de voir un spécialiste, un tableau clinique peu clair ou une gravité particulière des symptômes, des difficultés spécifiques rencontrées dans la relation thérapeutique, des demandes d'avis diagnostique ou thérapeutique, une demande de suivi spécialisé pour une technique de soins que le MG ne peut pas assurer, une demande de confirmation des choix faits par le MG...

Afin de favoriser la coopération, le motif de consultation doit se formuler sous la forme d'une question qu'adresse le MG au psychiatre.

L'explicitation de cette question permet d'ouvrir une modalité d'échange de type collaboratif puisqu'il oriente la réponse du psychiatre sur un mode non pas académique mais centrée sur la situation particulière présentée par le MG.

Les principaux éléments symptomatiques et l'impression ou les hypothèses diagnostiques du MG

L'information qu'apporte le MG sur les éléments symptomatiques qu'il a repérés est d'une grande importance pour le psychiatre. Le tableau clinique que le psychiatre constatera peut en effet différer et cette variabilité du tableau en fonction notamment du temps ou de l'interlocuteur constitue en soi une information précieuse.

Si le MG souhaite transmettre une information sur son impression ou ses hypothèses diagnostiques, cette information aura été préalablement partagée et discutée avec le patient puisque le courrier pourra être lu par le patient.

Les problèmes de santé somatiques et les traitements en cours.

Les intrications entre les problèmes de santé somatique et psychique sont importantes et complexes.

L'évaluation du problème psychique impose donc de connaître l'état somatique du patient.

Il en est de même en matière de choix thérapeutiques, en particulier pour une gestion optimale des risques de prescription des psychotropes.

Les éléments de l'histoire médicale et psychiatrique

Le MG transmet, avec l'accord du patient, certains éléments de son histoire médicale et psychiatrique.

Il est souhaitable que le courrier du MG résume, s'il possède ces informations les éléments qu'il juge les plus significatifs de l'histoire de la maladie.

Parmi ces informations, les plus fréquemment relevées dans la littérature comme devant être renseignées sont : la date de début des troubles, l'évolution des symptômes, les comportements jugés à risque évolutif comme des actes médico-légaux, une conduite d'addiction ou des comportements suicidaires, les antécédents d'hospitalisation pour le problème psychique, les antécédents familiaux et l'observance aux propositions thérapeutiques.

Parmi les éléments figurent également ceux que le patient aura du mal à livrer au psychiatre et qui sont importants à connaître pour répondre aux questions posées par le MG et orienter la prise en charge.

Les réactions notables liées à des traitements précédemment ou actuellement prescrits pour le trouble psychique

L'information sur les données d'efficacité (succès ou échec d'un traitement) et de tolérance (bonne ou mauvaise tolérance) est importante. Cette information concerne la réponse aux traitements médicamenteux. Cependant, elle peut également concerner d'autres types de thérapies (sismothérapies, traitements psychologiques ...).

Les faits marquants de l'histoire personnelle du patient et de son contexte de vie, familial et/ou psychosocial

Il est souhaitable que le MG informe le psychiatre, s'il possède l'information et **avec l'accord du patient**, des éléments de l'histoire personnelle du patient et de son contexte de vie, familial et/ou psychosocial qu'il juge importants pour la prise en charge.

Cependant, Cette recommandation ne vise pas à inciter le MG à expliquer les troubles du patient par des événements de vie, **mais vise à aider le psychiatre à orienter son entretien** et à faciliter au patient l'expression des événements de son histoire personnelle.

Les modalités du suivi partagé concernant le suivi du problème psychique de son patient

La coopération entre MG et psychiatre impose que la place de chacun puisse être envisagée dans le projet de soins.

Il est donc essentiel que le médecin généraliste, dès son premier courrier, puisse exprimer ses attentes quant à sa place dans le suivi. Lorsqu'il n'a pas d'attentes particulières, il est également important qu'il le signale au psychiatre.

Les suggestions thérapeutiques

Il est important que le MG exprime les pistes thérapeutiques, notamment psychothérapeutiques, qu'il a envisagé ou, le fait qu'il n'en a pas de particulières à soumettre au psychiatre.

Ces suggestions sont une demande formulée au psychiatre d'argumenter le bien fondé ou non de la technique de soins proposée par le MG et d'envisager d'autres ressources thérapeutiques.

Les informations échangées avec le patient pour justifier d'une consultation auprès d'un psychiatre

Le MG informe le psychiatre de ce qu'il a dit au patient pour lui proposer une consultation avec un psychiatre. Cette information facilite l'ajustement du psychiatre au contexte de la demande.

Courrier adressé par le Psychiatre au MG

Les motifs de demandes de consultations sont divers, pourtant, qu'il s'agisse d'une demande d'avis ou d'une demande de suivi spécialisé, les mêmes informations méritent d'être échangées entre le MG et le psychiatre. En effet, lors d'un premier contact avec un psychiatre, savoir qui, du MG ou du psychiatre, est le mieux placé pour prendre en charge le patient s'inscrira dans le projet de soins proposé *in fine* par le psychiatre. D'autre part, **même s'il est finalement décidé que, pour le problème psychique, le patient sera suivi par le psychiatre, le MG reste référent du patient.** Il pourra être interpellé par le patient et, en tant que référent du suivi global, il doit posséder toutes les informations utiles. Le MG est un élément important également d'implication du patient ou de désengagement du patient dans sa prise en charge psychiatrique.

La réponse aux questions du MG

Le psychiatre apporte des réponses aux questions posées par le MG

Cette recommandation est sans doute la plus importante, dans le cadre d'un objectif d'amélioration de la coopération entre MG et psychiatres. Elle impose au MG de formuler, dans son courrier, les questions qu'il pose au psychiatre et au psychiatre de lui répondre.

L'avis diagnostique ou l'énoncé des hypothèses diagnostiques

Le psychiatre précise le diagnostic ou ses hypothèses diagnostiques et les arguments en rapport

Les risques évolutifs immédiats

Le psychiatre informe, si nécessaire, le MG des risques évolutifs immédiats et des éléments de surveillance à mettre en œuvre, tels qu'il a pu les percevoir lors de sa ou de ses consultations

Les facteurs environnementaux

Le psychiatre informe le MG des facteurs environnementaux pouvant avoir un impact, positif (ressources) ou négatif (facteurs de contrainte), sur le devenir du patient et les modalités d'intervention sur eux qui, pour lui, se justifient.

S'inscrivent dans cette rubrique les éléments justifiant d'un arrêt de travail.

Le projet de soins

Le psychiatre informe le MG du projet de soins qu'il propose et l'argumente.

Cette recommandation est distincte de la recommandation suivante qui porte sur l'organisation de la prise en charge et les modalités de suivi partagé qui vont être proposées au MG.

Elle répond à la question du « quoi faire » pour ce patient, c'est-à-dire des ressources thérapeutiques à mobiliser.

L'organisation de la prise en charge

Le psychiatre propose au MG une organisation de la prise en charge du problème psychique intégrant la place du MG. Il argumente ses propositions en y intégrant les attentes formulées par le MG dans son courrier d'adressage.

Par ailleurs, **le psychiatre informe le MG des recours possibles en cas de difficultés**, notamment des modalités selon lesquelles il peut être contacté dans cette prise en charge et les dispositifs de recours en cas d'urgence.

La prescription médicamenteuse

Le psychiatre informe le MG de la prescription médicamenteuse qu'il a éventuellement rédigée au patient ou des modifications de la prescription du MG qu'il propose et argumente ses propositions.

Les éléments de surveillance

Le psychiatre précise les éléments particuliers d'adaptation et de surveillance du traitement pour ce patient et les éléments de suivi de l'état du patient

Cette information est particulièrement justifiée si le MG assure le suivi médicamenteux. Mais, même si le suivi est assuré par le psychiatre, elle reste importante. En effet, le MG peut intervenir auprès du patient, notamment pour d'autres problèmes de santé que le problème psychique ou parce que le patient l'interpelle pour avoir son avis sur le traitement prescrit par le psychiatre.

Les modalités psychothérapeutiques du suivi

Le psychiatre informe le MG des modalités psychothérapeutiques de suivi et les motive.

Cette recommandation de bonne pratique a reçu le label de la HAS. Ce label signifie que cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon les procédures et les règles méthodologiques préconisées par la HAS. Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès du CNQSP.

Annexe 3 : Information de la fiche OPUS-MG 33 au SECOP

Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique TRAVAIL DE THESE **AVIS A LA COMMUNAUTE MEDICALE**

SUJET

mise en place et évaluation d'un outil de coordination médicale entre les médecins généralistes de la Gironde et le SECOP: la fiche OPUS-MG33

POURQUOI ?

Améliorer le parcours de soins des patients par la qualité de la coordination et des transmissions médicales.

QUAND ?

du 1^{er} novembre au 1^{er} mai.

COMMENT ?

Compléter la fiche OPUS-MG33:

- le recto est rempli par le médecin généraliste,
- le verso par le médecin prenant en charge initialement le patient au SECOP.

QUI ?

les psychiatres recevant un patient avec une fiche OPUS-MG33 remplie sont sollicités pour remplir le verso, à laisser dans le dossier patient VERT.

EVALUATION ?

un questionnaire d'évaluation sera envoyé aux médecins ayant rempli la fiche OPUS-MG33

Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique
Fiche d'Optimisation Psychiatrie d'Urgence SECOP - Médecine Générale de Gironde
OPUS-MG33 / SECOP

Vous avez vu en consultation un patient adressé par un médecin généraliste pour un avis psychiatrique. Merci de bien vouloir compléter cette fiche de retour. Le médecin généraliste sera ainsi informé de la prise en charge psychiatrique en urgence et du devenir du patient.

DESCRIPTION SYNDROMIQUE	Intensité		
	légère	moyenne	sévère
☐ Syndrome dépressif			
☐ Syndrome maniaque			
☐ Syndrome psychotique			
☐ Syndrome « anxieux »			
☐ Syndrome délirant			
☐ Syndrome confusionnel			
☐ Addiction (alcool)			
☐ Risque suicidaire			
☐ Risque hétéro-agressif / agression			
☐ Conscience des troubles			
☐ Adhésion aux soins			

DIAGNOSTIC(S) EVOQUE(S):

TRAITEMENTS PSYCHOTROPES au SECOP									
Spécialités	Traitement d'entrée				Spécialités	Traitement de sortie			
	8h	12h	19h	22h		8h	12h	19h	22h

ORIENTATION DU PATIENT

☐ Hospitalisation: ☐ en urgence ☐ programmée

Mode d'hospitalisation: ☐ CH C Perrens ☐ CH Cadillac ☐ Autre:

☐ Consultation avec orientation: ☐ SL ☐ SDT ☐ SDRE (ex H2)

☐ Médecin traitant ☐ Psychiatre libéral

☐ CMP ☐ Autre:

Date: Tél SECOP: 05-56-56-34-70

Signature: Nom du médecin:

Fonction:

Version 1

Merci de votre participation à la réalisation du travail de thèse d'Aurélie Périno.

Dr CH.Martin

Annexe 4 : Courriers explicatifs accompagnant la fiche OPUS-MG 33

A l'attention des Médecins Généralistes
de Gironde

Bordeaux, le 18 octobre 2014

**Département de
Médecine Générale**

Cher Confrère,

Vous êtes médecin généraliste concerné par les urgences psychiatriques sur le secteur du Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP) de l'Hôpital Charles Perrens.

**Objet : Thèse de Médecine
Générale
Réf : -14**

**Affaire suivie par :
Aurélié PERINO
Interne
en Médecine Générale
aurelie.perino@etud.u-
bordeaux.fr
Tél. :**

**Directeur de Thèse : Dr
Charles-Henri MARTIN**

**146 rue Léo Saignat - case
148
CS 61292
33076 Bordeaux cedex**

Je réalise ma thèse dans le cadre du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux, sous la direction du Docteur Charles-Henri MARTIN, responsable du SECOP. L'objectif de mon travail est d'optimiser la filière « psychiatrique d'urgence » entre les médecins généralistes de la Gironde et les médecins du SECOP.

L'étude s'appuie sur un outil de coordination : une fiche intitulée « **Optimisation Psychiatrique d'Urgence SECOP - Médecine Générale de Gironde** » (OPUS-MG33) », nécessaire à la prise en charge et au devenir du patient.

En pratique :

- Pour chaque patient adressé au SECOP, remplir le RECTO de la fiche, qui tiendra lieu (tout ou partie) de **courrier médical**.
- Pour chaque patient vu au SECOP, le VERSO de la fiche vous sera adressé sous 8 jours.
- Ainsi, chaque participant aura les informations nécessaires à sa pratique.

Cette fiche sera à photocopier pour tout patient que vous adresserez au SECOP.

L'étude se déroulera du 1er Novembre 2014 au 1er Mai 2015.

Ensuite, une enquête de satisfaction sera effectuée afin d'évaluer ce nouvel outil de coordination.

Vous trouverez ci-joint la **fiche OPUS-MG33**. Ce document a été créé dans un souci d'efficacité afin de ne pas retarder vos consultations.

Bien consciente du temps et de l'investissement que ce type de fiche demande, j'espère pouvoir compter sur votre participation, très importante pour la validité de mon étude.

Je vous remercie, par avance, pour votre contribution à la réalisation de ce travail et à l'amélioration de la coordination des soins entre vous et le SECOP.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

Aurélié PERINO

A l'attention des Médecins Généralistes
de Gironde

Bordeaux, le 24 Mars 2015

Cher Confrère,

Je réalise ma thèse dans le cadre du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux, sous la direction du Docteur Charles-Henry MARTIN, responsable du Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP) de l'Hôpital Charles Perrens.

L'objectif de mon travail est d'optimiser la filière « psychiatrique d'urgence » entre les médecins généralistes de la Gironde et les médecins du SECOP.

L'étude s'appuie sur un outil de coordination : une fiche intitulée « **Optimisation Psychiatrique d'Urgence SECOP - Médecine Générale de Gironde** » (OPUS-MG33) », nécessaire à la prise en charge et au devenir du patient.

En pratique :

- Pour chaque patient adressé au SECOP, remplir le RECTO de la fiche, qui tiendra lieu (tout ou partie) de **courrier médical**.
- Pour chaque patient vu au SECOP, le VERSO de la fiche vous sera adressé sous 48 heures.
- Ainsi, chaque participant aura les informations nécessaires à sa pratique.

Cette fiche sera à imprimer pour tout patient que vous adresserez au SECOP.

L'étude se déroulera du 1er Novembre 2014 au 1er Août 2015.

Ensuite, une enquête de satisfaction sera effectuée afin d'évaluer ce nouvel outil de coordination.

Ce document a été créé dans un souci d'efficacité afin de ne pas retarder vos consultations.

Bien consciente du temps et de l'investissement que ce type de fiche demande, j'espère pouvoir compter sur votre participation, très importante pour la validité de mon étude.

Je vous remercie, par avance, pour votre contribution à la réalisation de ce travail et à l'amélioration de la coordination des soins entre vous et le SECOP.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

Aurélié PERINO

Remplaçante en Médecine Générale
aurelie.perino@etud.u-bordeaux.fr

Annexe 5 : Courrier accompagnant le retour de la fiche OPUS-MG 33



Centre Hospitalier Charles Perrens
Pôle EVALuation Médicale Et Technique (EVAMET)
Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique

Dr Chantal BERGEY
Psychiatre, Chef de Pôle

Dr Charles-Henry MARTIN
Psychiatre, Praticien Hospitalier
Responsable de l'unité

Bordeaux

Dr Christophe GLON
Dr Valida MIKNIUS
Psychiatres, Praticiens Hospitaliers

Dr Pauline CHARVY
Dr Jonathan COULARIS
Dr Domitille PLARIER
Dr Kévin ROSSINI
Psychiatres, Assistants Spécialistes

Mme Dominique Boilevin
Cadre Supérieur de Santé

M. POMAREDE Stéphan
Cadre de Santé

Cher Confrère,

Merci d'avoir adressé un patient au SECOP avec la fiche « **OPUS -MG33** ».

Mme Eliane CASTERA
Assistante Sociale
Permanence d'Accès aux Soins de Santé
☎ : 05 56 56 17 97

Nous vous retournons ci-joint cette fiche, sur laquelle vous trouverez au verso le devenir du patient.

Mlle Sonia CAPLIER
Assistante Sociale
☎ Poste : 2017

Un questionnaire d'évaluation nous permettra de connaître votre avis et vos suggestions sur ce nouvel outil de coordination.

UNITE D'HOSPITALISATION
☎ : 05 56 56 35 50

Merci de votre réponse qui sera à retourner dans l'enveloppe ci-jointe.

SECRÉTARIAT MÉDICAL
du lundi au vendredi
de 8h00 à 18h00
Adeline BOUAOUA
Elodie CAMPS
Joëlle MAUS
Secrétaires Médicales

Nous vous joignons également des exemplaires vierges de la fiche « **OPUS -MG33** » pour d'éventuelles futures orientations au SECOP.

☎ : 05 56 56 34 70
Fax : 05 56 56 17 63

Merci de votre participation à mon travail de thèse.

Cordialement,

Mlle Aurélie PERINO
Interne en Médecine Générale

Dr Charles Henry MARTIN
Psychiatre responsable du SECOP

Adresse Postale : 121, rue de la Béchade - 33076 BORDEAUX CEDEX
Accès : 73, rue Léo Saignat - 33000 BORDEAUX

Code FINES - 33 0 78128 7

Annexe 6 : Questionnaire d'évaluation de la fiche OPUS-MG 33

	Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique Fiche d'Optimisation Psychiatrie d'Urgence SECOP - Médecine Générale de Gironde OPUS-MG33 / médecin généraliste	
---	--	---

*Vous venez d'adresser un patient au SECOP avec la fiche OPUS-MG 33.
 Un questionnaire d'évaluation ci-dessous nous permettra de connaître votre avis et vos suggestions sur ce nouvel outil de coordination, ceci dans une perspective d'évaluation de cette fiche préliminaire dans le cadre de ma thèse, et dans celle de la réalisation à terme d'un outil de coordination pertinent pour le réseau médecine générale - urgences psychiatriques.*

Merci de votre réponse (enveloppe pré-remplie ci-jointe).

Date:...../...../.....

Présentation de la fiche OPUS-MG33				
	Tout à fait satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Format/présentation				
Pertinence des items				
Rapidité / facilité à répondre				

Délai de réponse et information de la fiche recto				
	Tout à fait satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Délai de réponse				
Utilité des informations				

Degré de satisfaction globale				
	Tout à fait satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait

Pensez vous continuer à utiliser cet outil de coordination ?

☐ oui ☐ non

Pensez-vous que la fiche OPUS-MG33 a permis d'améliorer les échanges / la coordination entre vous et le SECOP ?

☐ oui ☐ non

Quelques questions pour mieux vous connaître:

Age:.....ans

Sexe: ☐ masculin ☐ féminin

Mode d'exercice: ☐ cabinet seul ☐ cabinet de groupe ☐ SOS médecin

Milieu: ☐ urbain ☐ semi-rural ☐ rural

Remarques ou commentaires:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OPUS-MG 33 / médecin psychiatre

*Vous avez reçu au cours de ces derniers mois un patient adressé par un médecin généraliste au SECOP avec la fiche OPUS-MG 33.
Un questionnaire d'évaluation ci-dessous nous permettra de connaître votre avis et vos suggestions sur ce nouvel outil de coordination, ceci dans une perspective d'évaluation de cette fiche préliminaire dans le cadre de ma thèse, et dans celle de la réalisation à terme d'un outil de coordination pertinent pour le réseau médecine générale - urgences psychiatriques.*

Merci de votre réponse.

Date:...../...../.....

Présentation de la fiche OPUS-MG33				
	Tout à fait satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Format/présentation				
Pertinence des items				
Rapidité / facilité à répondre				

	Informations contenues par la fiche			
	Tout à fait satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Utilité des informations				

Degré de satisfaction globale				
	Tout à fait satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait

Pensez vous continuer à utiliser cet outil de coordination s'il était mis en place ?

☐ oui

☐ non

Pensez-vous que la fiche OPUS-MG33 a permis d'améliorer les échanges / la coordination entre vous et les médecins généralistes?

☐ oui

☐ non

Quelques questions pour mieux vous connaître :

Age :ans

Sexe : Féminin

Masculin

Statut : PH

Assistant

Interne

Remarques ou commentaires :

.....
.....
.....
.....

Annexe 7 : La fiche OPUS-MG 33 version 2

Recto 	Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique Fiche d'Optimisation Psychiatrie d'Urgence SECOP - Médecine Générale de Gironde OPUS-MG33 / Médecin généraliste	
--	--	---

Vous allez orienter une personne au Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP) pour un avis psychiatrique en urgence. Merci de prévenir le médecin de coordination du SECOP (ligne directe: **05-56-56-67-29**) de l'arrivée du patient. Le verso vous sera retourné sous 5 jours.

NOM:	PRENOM:	Date de naissance:
Personne à prévenir: M / Mme	Lien de parenté:	Tél:
Mesure de protection: ☐ non ☐ oui	Mandataire:	Tél:

ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX:

.....

.....

Allergie: ☐ non ☐ oui :..... ☐ Médecin traitant:.....

Addictions: ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Médicaments ☐ Autres:.....

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES (☐ non ☐ oui)

Psychiatre traitant: Dr......

Antécédents d'hospitalisation: ☐ non ☐ oui:

.....

Antécédents de tentative de suicide: ☐ non ☐ oui: ☐ Remarques:.....

HISTOIRE DE LA MALADIE
(préciser la date de début des troubles)

.....

.....

.....

Patient en demande de soins: ☐ non ☐ oui

Examen clinique:.....

.....

MOTIFS PRINCIPAUX

☐ Idées suicidaires ☐ Idées délirantes / hallucinations ☐ Anxiété / panique

☐ Agitation / agressivité ☐ Prostration ☐ Désorganisation comportementale

☐ Demande d'hospitalisation sans consentement (☐ SDT ☐ SDRE =ex HO)

☐ Autres:.....

ORIENTATION ATTENDUE

☐ Consultation ☐ Hospitalisation

TRAITEMENTS (joindre une ordonnance)

Date: .../.../.... Tél:

Signature:

Cachet du médecin

Version 2 © Tous Droits Réservés

VERSO



Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique

Fiche d'Optimisation Psychiatrie d'Urgence SECOP - Médecine Générale de Gironde



OPUS-MG33 / SECOP

Vous avez vu en consultation un patient adressé pour un avis psychiatrique. Merci de bien vouloir compléter cette fiche en retour. Le médecin généraliste sera ainsi informé de la prise en charge psychiatrique en urgence et du devenir du patient.

DESCRIPTION SYNDROMIQUE	Intensité		
	légère	modérée	sévère
☐ Syndrome dépressif			
☐ Syndrome maniaque			
☐ Syndrome psychotique			
☐ Syndrome « anxieux »			
☐ Syndrome démentiel			
☐ Syndrome confusionnel			
☐ Addiction (préciser:.....)			
☐ Risque suicidaire			
☐ Risque hétéro-agressif / agitation			
	bonne	modérée	mauvaise
☐ Conscience des troubles			
☐ Adhésion aux soins			

DIAGNOSTIC(S) EVOQUE(S)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TRAITEMENTS PSYCHOTROPES au SECOP									
Traitement d'entrée					Traitement de sortie				
Spécialités	8h	12h	19h	22h	Spécialités	8h	12h	19h	22h

ORIENTATION DU PATIENT			
☐ Hospitalisation:		☐ en urgence	☐ programmée
Etablissement:		☐ CH.C Perrens	☐ CH Cadillac
Mode d'hospitalisation:		☐ SL	☐ SDT
☐ Consultation avec orientation:		☐ SDRE (ex HO)	☐ Mineur
☐ Médecin traitant		☐ Psychiatre libéral	
☐ CMP		☐ Autre:.....	

Date:...../...../.....
Signature:

Tél SECOP: 05-56-56-34-70

Nom du médecin:.....
Fonction:.....

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

{1} Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. {En ligne}. {Consultable le 12 juillet 2015}. Disponible à l'URL : http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/index.html.

{2} Organisation Mondiale de la Santé. 10 faits sur la santé mentale. Aide-mémoire. N°220. 2014. {En ligne}. {Consultable le 12 juillet 2015}. Disponible à l'URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>.

{3} Kovess-Masféty V, rapporteur. La santé mentale, l'affaire de tous. Paris : La Documentation Française, 2010. N°24. 272p. Commandité par le Centre d'Analyse Stratégique.

{4} Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la Santé dans le monde. La Santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève : OMS; 2001.

{5} Couty E. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport présenté à Madame Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des sports. Paris : Janvier 2009.

{6} Organisation Mondiale de la Santé. Prévention du suicide, l'état d'urgence mondiale. Genève : OMS, 2013.

{7} Parks J, Svendsen D, Singer P, Foti M. Morbidity and mortality in people with serious mental illness. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD). {En ligne}. {Consultable le 18 août 2015}. Medical Directors Council, Alexandria, VA 22314 (2006). Disponible à l'URL : www.nasmhpd.org/sites/default/files/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf.

{8} Capasso RM, Lineberry TW, Bostwick JM, Decker PA, St Sauver J. Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder : an Olmsted County, Minnesota cohort : 1950-2005. Schizophrenia Research. 2008; 98 : 287-94.

{9} Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Elaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. L'Encéphale. Septembre 2009; 35 (4); 330-9.

{10} Schenn AJ, Gillain B, De Hert M. Maladie cardiovasculaire et diabète chez les personnes atteintes d'une maladie mentale sévère, 1ère partie : épidémiologie et influence des médicaments psychotropes. Médecine des Maladies Métaboliques. 2010; 4 : 93-102.

{11} De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Möller HJ. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). European Psychiatry. 2009; 24 : 412-24.

{12} Berrimi M, Hlal H, Aalouane R, Rammouz I. Affections somatiques chez les patients en psychiatrie : étude transversale sur 24 mois. Annales Médico-Psychologies. 2015; 173 : 399-404.

{13} Mantelet S, Sabran Guillin V, Hardy P. Épidémiologie des associations entre troubles mentaux et affections somatiques. Encycl Med Chir . (Elsevier Masson, Paris) Psychiatrie , 37-402-A-10, 1998.

{14} Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020 : Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997; 349 : 1498-1504.

{15} Funk M, Benradia I, Roelandt JL. Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. L'information psychiatrique. 2014; 90 (5).

{16} Organisation Mondiale de la Santé. La situation de la santé mentale. Guides des politiques et des services de santé mentale. Genève : OMS, 2004.

{17} Organisation Mondiale de la Santé. Le Plan d'action européen sur la santé mentale. 16-19 Septembre 2013, Cesme Izmir : Comité régional de l'Europe; Soixante troisième session, 2013. 24p.

{18} Organisation Mondiale de la Santé. La dépression. Aide-Mémoire; N°369. Octobre 2012. {En ligne}. {Consultable le 12 juillet 2015}. Disponible à l'URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>.

{19} Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J and al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013; 382 (9904) : 1575-86.

{20} The ESEMeD / MHEDEA 2000 investigators. Psychotropic drug utilization in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2004; 109 (Suppl. 420) : 55–64.

{21} Lépine JP, Gasquet I, Kovess V et al. Prévalence et comorbidités des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude ESEMeD/MHEDEA 2000. L'Encéphale. 2005; 31: 182-94.

{22} Kovess-Masféty V et al. The state of mental health in the european Union. European Commission. 2005. 79p.

{23} Haute Autorité de Santé. Schizophrénies. Guide-Affection de longue durée. Paris : HAS; 2007.

{24} Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Etat des lieux du suicide en France. {En ligne}. {Consultable le 12 juillet 2015}. Paris : 2014. Disponible à l'URL : <http://www.santé.gouv.fr/etat-des-lieux-du-suicide-en-france.html>

{25} Spadone C, Raffaitin F. Dépression et arrêts de travail, une enquête de médecine générale. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2010 : 24 (845) : 562-64.

{26} Vallier N, Saba G, Ricordeau Ph, Fender P, Allemand H. Motifs médicaux et environnement socioprofessionnel des assurés en arrêt de travail du régime général. Paris : CNAMTS : Octobre 2004.

{27} Gasquet I, Nègre-Pagès L, Fourrier A et al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) en population générale. L'Encéphale. 2005, 31 : 195-206.

{28} République Française. Circulaire de Mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Bulletin Officiel de Santé ; N°1960.12 bis.

{29} République Française. Circulaire DHOS/O2 n°2004-507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatre et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération. {En ligne}. {Consultable le 18 juillet 2015}. Ministère de la Santé et de la protection sociale; 2004. Disponible à l'URL : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-47/a0473079.htm>.

{30} Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Statistique annuelle des Etablissements de Santé. {En ligne}. {Consultable le 18 juillet 2015}. S.A.E Diffusion; 2014. Disponible à l'URL: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>

{31} Milon A, rapporteur. La prise en charge psychiatrique en France. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Sénat. Paris : 2009; N°328.

{32} Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Les établissements. {En ligne}. {Consultable le 12 juillet 2015}. Paris; 2009. Disponible à l'URL: <http://www.sante.gouv.fr/Santé-mentale/les-etablissements.html>

{33} Coldefy M, Le Fur Phillipe, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Cinquante de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. Questions d'économie de la santé. N°145.Août 2009. 8p.

{34} Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2015. {En ligne}. {Consultable le 12 Juillet 2015}. Disponible à l'URL: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf

{35} République Française. Psychiatrie et Santé Mentale, plan 2005-2008. {En ligne}. {Consultable le 12 juillet 2015}. Disponible à l'URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

{36} Haut Conseil de la santé publique. Présentation à l'Opeps et à la commission des affaires sociales du Sénat . Paris : 2009 .

{37} Assurance maladie. Présentation de la réforme de l'Assurance Maladie de 2004. {En ligne}. {Consultable le 14 juillet 2015}. Disponible à l'URL : <http://www.securité-sociale.fr/Présentation-de-la-réforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004>.

{38} Assurance Maladie. Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention. Point d'information de l'Assurance Maladie. Assurance Maladie. Janvier 2009. 10p.

{39} Druais P-L. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. Rapport Ministériel. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des droits des femmes. Paris : Mars 2015.

{40} Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France - Le rôle de la médecine générale. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2013; 61 : 193-8.

{41} Haute Autorité de Santé. Le recours à l'hôpital en Europe. Rapport d'Evaluation. Argumentaire. Paris : HAS; 2009.

{42} Roelandt J-R. De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuelle et pistes d'évolution. L'Information Psychiatrique. 2010; 86 : 777-83.

{43} Huxley P. Mental illness in the community : the Goldberg-Huxley model of the pathway to psychiatric care. Nord Journal Psychiatric. 1996; 50 (Suppl 37) : 47-53.

{44} Montariol P, Guillard M, Bollengier O et al. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant?. L'information psychiatrique. 2006; 82 (10) : 793-9.

{45} République française. Article 36 du texte de Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel du 22 Juillet 2009.

{46} Collège national pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. Améliorer les échanges d'informations. Quelles sont les informations utiles au MG que le psychiatre doit lui transmettre après un premier adressage d'un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique. Recommandation de bonne pratique sur le thème de la coopération psychiatres-médecins généralistes. Paris : CNQSP; 2011.

{47} Kovess-Masfety. Place du généraliste dans la prise en charge des problèmes de santé mentale. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2007 : 21; 770-71.

{48} Gallais JL. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. L'information psychiatrique. 2014; 90 (5) : 323-9.

{49} Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al . What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. BioMed Central Public Health . 2007; 7 : 188.

{50} Fondation FondaMental. Perception et représentation des maladies mentales. Sondage Ipsos 2014. {En ligne}. {Consultable le 18 juillet 2015}. Disponible à l'URL:http://www.fondation-fondamental.org/upload/pdf/rapport_ipsos_complet.pdf.

{51} Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Codelfy M, Nestrigue C. La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. Drees, Collection Etudes et Résultats. 2013 : (860).

{52} Norton J, De Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P et al. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. L'Encéphale. 2009; 35 : 560-69.

{53} Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. La santé de l'homme. 2012; 421 : 43-5.

{54} Younès N, Hardy-Bayle MC, Falissard B, Kovess V et al. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. BioMed Central Public Health. 2005; 5 : 104.

{55} Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Milkol F et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale en ville. Drees, Collection Etudes et Résultats. 2012 : (810).

{56} Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. Médicaments psychotropes, Consommations et pharmacodépendances. Expertise collective. Synthèse et recommandations. 2012. 98p.

{57} Briot M, rapporteur. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Assemblée Nationale. Paris; 2006; N°421.

{58} Ortéga V, Maurice-Tison S, Demeaux J-L, Salamon R, Verdoux H. Prescriptions des psychotropes en médecine générale. Le Concours Médical. 2001; 123 (11) : 734-8.

{59} Haute Autorité de Santé. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Fiche mémo. Paris : HAS; 2015.

{60} Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BioMed central Family Practice* . 2005; 6 (1) : 18.

{61} Passerieux C. Accès et continuité des soins pour les troubles mentaux les plus fréquents : les consultations de soins partagés du RSPM 78. *Annales Médico-Psychologiques*. 2007; 165 : 741-45.

{62} Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt JL. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *L'Information psychiatrique*. 2014; 90 : 311-7.

{63} Aubin-Auger I, Mercier A et al. Recherche en soins primaires la consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale généralistes et psychiatres une relation compliquée . *Médecine*. 2008; 4 (6) : 279-83.

{64} Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale*. 2010; 36(Suppl 2) : D73-D8240.

{65} Hardy-Baylé MC, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *L'Information psychiatrique*. 2014; 90 : 359-71 .

{66} 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 and Psychiatric Epidemiology*. 2005; 40 (11) : 892-8.

{67} Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Organisation de l'offre des soins en psychiatrie et santé mentale. Série Etudes et recherches. 2014 : 129.

{68} Kannas S. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie?. *Pluriels*. 2011; (92-93) : 1-15.

{69} Steuten LM, Vrijhoef HJ, Spreeuwenberg C, Van Merode GG. Participation of general practitioners in disease management : experiences from The Netherlands. *International Journal of Integrated Care*. 2002; 2 : 24.

{70} Haute Autorité de Santé. Troubles bipolaires: repérage et diagnostic en premier recours. Note de cadrage. Paris : HAS; 2014.

{71} Younès N, Hardy-Baylé M-C. Parcours de soins : des dispositifs de liaison pour un accès précoce aux soins spécialisés. Le Concours Médical. 2011; 133 (7) : 532-4.

{72} Etain B, Henry C, Drancourt N. Troubles bipolaires, schizophrénie : le repérage précoce reste difficile. Le Concours médical. 2014; 136 (8) : 615-8.

{73} Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, Dardennes R, Lamboy B. Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. L'Encéphale. 2010; 365 : D48-58.

{74} Robiliard D. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Paris : Assemblée nationale. 2013; N°1662.

{75} Bohn I, Aubert J-P, Guegan M, Guillard M et al. Patients psychiatriques ambulatoires, quelle coordination des soins?. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2007; 21 (770-771) : 511-4.

{76} Direction Générale de l'offre des soins. Améliorer la coordination des soins : Comment faire évoluer les réseaux de santé?. Guide méthodologique, version 1. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Septembre 2012. 75p.

{77} Haute Autorité de Santé. Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux. Note de Cadrage. Paris : HAS; 2015.

{78} Haute Autorité de Santé. Les pratiques actuelles de coopération : analyse des témoignages des professionnels de santé. Paris : HAS; 2007.

{79} Haut Conseil de la Santé Publique. Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008. Octobre 2011. 226p.

{80} Ministère chargé de la Santé, ministère chargé des Solidarités. Plan psychiatrie 2011-2015. {En ligne}. {Consultable le 12 juillet 2015}. Disponible à l'URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf.

{81} Conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement (CME) de centres hospitaliers spécialisés (CHS) et collège de la médecine générale. Charte de partenariat Médecine générale et Psychiatrie de secteur. 20 mars 2014.

{82} Coldefy M, Lepage J. Les secteurs de psychiatrie générale en 2003. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Document de travail. 2007; (70). 128p.

{83} Cour des Comptes. L'organisation des soins psychiatriques; les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2010. Synthèse du rapport public thématique . 2011, 23p.

{84} Robiliard D. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Liste des 30 propositions. Paris: Assemblée nationale. 2013; N°1662 : 91-5.

{85} Lucena R, Lesage A. Family physicians and psychiatrists, qualitative study of physicians' views on collaboration . Canadian Family Physician. 2002; 48 : 923-9.

{86} Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. British Journal of General Practice. 1990; 40 (340) : 445-9.

{87} Dordonne G. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. Evaluation des courriers échangés. {Thèse}. Médecine Générale : Paris 6; 2014. 82p.

{88} Jombart G. Etude Génépsy : promouvoir la communication MG-PSY. Que pensent les médecins généralistes lillois de l'utilisation d'un courrier -type, inspiré des recommandations d'adressage au psychiatre?. {Thèse}. Médecine Générale : Lille 2; 2015. 154p. Communication personnelle, autorisée par le Docteur Gabriel Jombart.

{89} Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Chiffres clés; Evolution et structure de la population en Gironde. {En ligne}. {Consultable le 18 Juillet 2015}. Disponible à l'URL : http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=DEP-33.

{90} Berthe J. La coopération, un moyen d'améliorer la prise en charge de la santé mentale sur le territoire : l'exemple des centres hospitaliers de Charles-Perrens et de Cadillac. Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.Rennes : 2011-2012.

{91} Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine. Centre hospitalier Charles Perrens ; Analyse de la zone d'activité Adultes. Document de synthèse. Juin 2011. 23p.

{92} Centre Hospitalier Charles Perrens. Présentation 2014. {En ligne}. {Consultable le 12 Aout 2015}. Disponible à l'URL : http://www.ch-perrens.fr/IMG/pdf/presentation_chcp2014.pdf.

{93} Centre Hospitalier Charles Perrens. La carte sectorielle adulte. {En ligne}. {Consultable le 12 Août 2015}. Disponible à l'URL : <http://www.ch-perrens.fr/Carte-sectorielle-adulte>

{94} République Française. Circulaire du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie. Paris : 1979; N°896 AS 2.

{95} Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale. Rapport sur l'organisation de la psychiatrie au Centre Hospitalier Charles Perrens. 2003. 198p.

{96} Bergey C. Gestion de la crise en urgence. {En ligne}. {Consultable le 12 Août 2015}. Disponible à l'URL : <http://www.hopitaldesenfants.net/file/medtool/webmedtool/hopitalenfants/stud0168/pdf00001.pdf>.

{97} Centre Hospitalier Charles Perrens. Projet médical 2012-2017. Bordeaux : 2012. 89p.

{98} Département d'Information Médicale de l'Hôpital Charles Perrens. Pôle PUMA : Activité globale de Juillet 2015. Edition du 3 Août 2015. Autorisation de publication par le Dr Chantal Bergey. 12p.

{99} SOS Médecins Bordeaux. Missions de l'association SOS Médecins Bordeaux. {En ligne}. {Consultable le 16 Août 2015}. Disponible à l'URL : <http://www.sosmedecins-bordeaux.com/presentation/missions/>.

{100} Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. 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. 2010. 4p.

{101} Ramanayake R, Perera DP, de Silva A, Sumanasekera R, Jayasinghe LR Fernando K, Athukorala L. Referral letter with an attached structured reply form: Is it a solution for not getting replies. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2013; 2 : 319-22.

{102} URPS des Médecins Libéraux d'Aquitaine. Données de l'expérimentation de la fiche de liaison médecin généraliste et psychiatre. Bordeaux; 2012. Autorisation de publication donnée par les Docteur Discazeaux et Docteur Guérin.

{103} République Française. Article R 112-13 du Code de Santé Publique. Texte de loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal Officiel* du 5 Mars 2002.

{104} Chanthell F. Enquête Sortie Etablissements de Santé. La continuité des soins en ville après hospitalisation. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France. {En ligne}. {Consultable le 10 Septembre 2015}. Disponible à l'URL : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070115.pdf

{105} Cartier T. Les lettres d'adressage des généralistes vers les spécialistes : analyse de la littérature internationale. {Thèse}. *Médecine Générale* : Paris 7; 2010. 84p.

{106} Bazinian-Mournet T. Etude des échanges de courriers entre les médecins généralistes et les psychiatres de l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole. {Thèse}. *Médecine Générale* : Lille 2; 2014 . 77p.

{107} Kong Win Chang A-C. Evaluation qualitative d'un courrier standardisé d'admission à l'hôpital. {Thèse}. *Médecine Générale* : Grenoble; 2009. 43p.

{108} Couper I.D, Henbest R.J. The quality and relationship of referral and reply letters. The effect of introducing a pro forma letter. *South African Medical Journal*. 1996; 86 (12) : 1540-2.

{109} Shaw I, Smith KMC, Middleton H, Woodward L. A letter of consequence: referral letters from general practitioners to secondary mental health services. *Qualitative Health Research*. 2005; 15(1) : 116 –128.

{110} Article R- 4127-59 du Code de Santé Publique.

{111} Article R-4127-78 du Code de Santé Publique

{112} Waykar V. Standard template for letters to general practitioners. Psychiatric Bulletin. 2007; 31 (3) : 110-1.

SERMENT MEDICAL

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 leurs 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 sont 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.

RESUME

TITRE : OPUS-MG 33 : Un nouvel outil de coordination entre les médecins généralistes de la Gironde et le Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP).

INTRODUCTION : La collaboration médecin généraliste et psychiatre est un facteur limitant d'un parcours de soins de qualité pour le patient atteint de trouble mental. Des recommandations de bonnes pratiques labellisées par la Haute Autorité de Santé ont montré que le courrier était un levier d'amélioration de l'articulation des soins.

METHODES : L'objectif de notre étude a été de mettre en place ce nouvel outil de coordination : la fiche OPUS-MG 33 (Optimisation Psychiatrie d'Urgence SECOP-Médecine Générale de la Gironde). Du 1er Novembre 2014 au 1er Août 2015, les médecins généralistes dépendants du secteur de l'Hôpital Charles Perrens et SOS Médecins avaient la possibilité d'adresser les patients au SECOP en remplissant le recto de la fiche à la place de leur courrier médical. En retour, les psychiatres renseignaient le verso qui était adressé sous 48 heures au médecin généraliste. Puis un questionnaire de satisfaction était adressé à l'ensemble des médecins participants à l'étude.

RESULTATS : Pendant l'étude, 81 fiches OPUS-MG 33 ont été reçues, soit 10,78% des patients adressés par les médecins généralistes.

Le délai moyen d'envoi de la fiche était de 3 jours en fin d'étude.

42 médecins généralistes et psychiatres ont évalué l'outil : 67% étaient tout à fait satisfaits. 78,56% étaient tout à fait satisfaits de la pertinence des items et 76,18% de la facilité à remplir le document. Les 42 médecins pensaient continuer à utiliser l'outil de coordination.

DISCUSSION : Avec un taux de participation certes faible, l'entière satisfaction des médecins participant à l'étude a souligné la pertinence de la fiche OPUS-MG 33. Une deuxième version de l'outil a été créée. L'équipe médicale du SECOP va l'utiliser systématiquement. Une diffusion plus large de la fiche OPUS-MG 33 devra être établie.

DISCIPLINE : Médecine Générale

MOTS-CLES : OPUS-MG 33, Médecine Générale, Urgences Psychiatriques, SECOP, Coordination, Optimisation des soins.

Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX CEDEX