

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 :

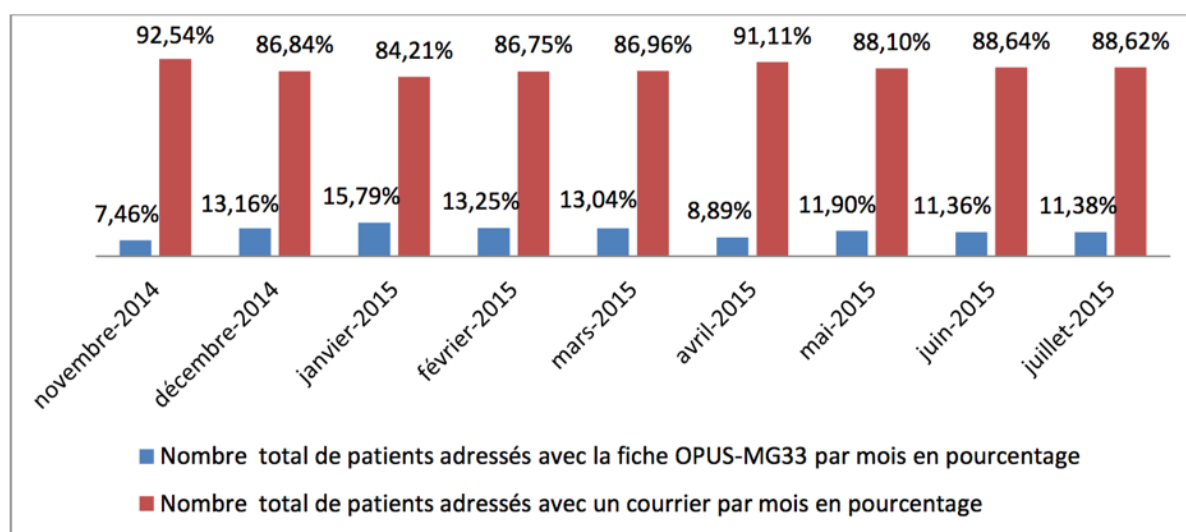


Figure 9 : Comparaison entre les courriers et la fiche OPUS-MG 33 reçus par mois en pourcentage.

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).

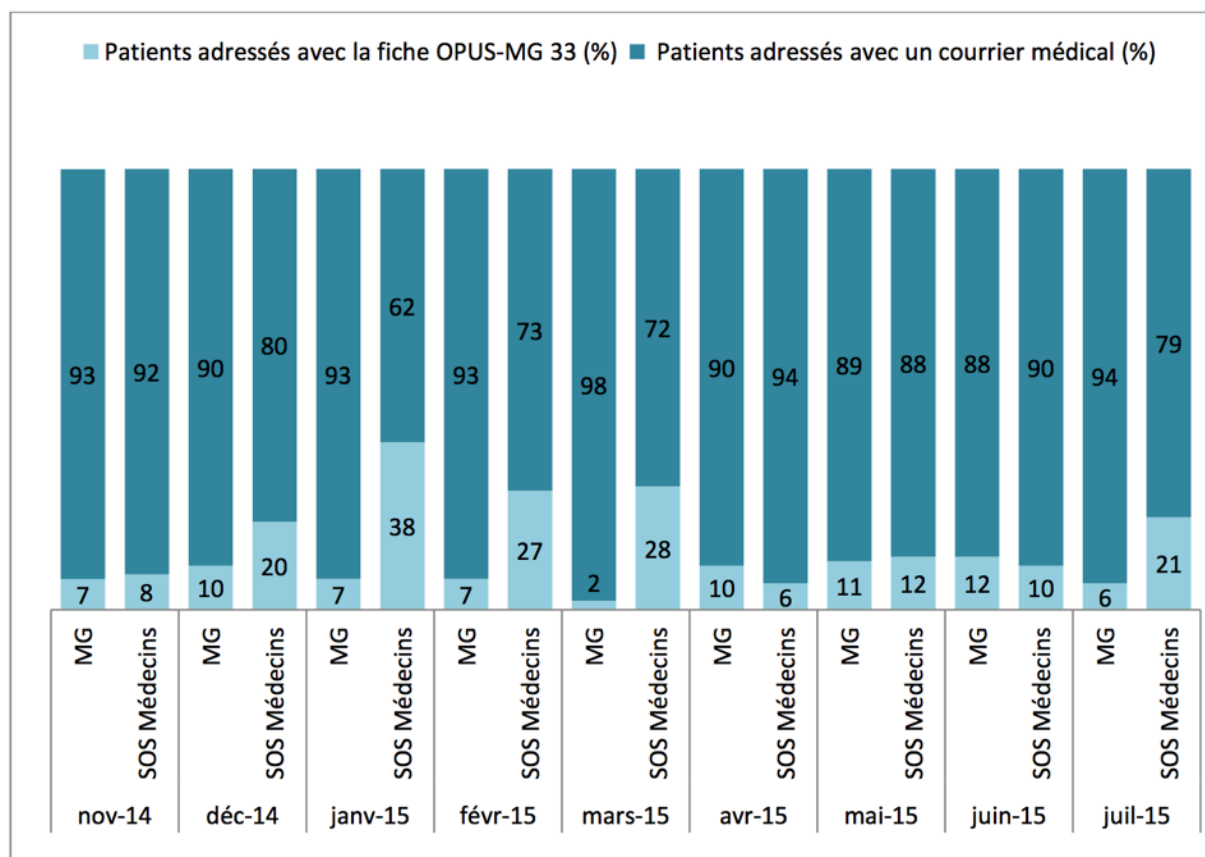


Figure 10 : Comparaison par mois du nombre de patients adressés par SOS Médecins et les Médecins Généralistes (MG) en cabinet avec un courrier médical ou la fiche OPUS-MG 33

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).

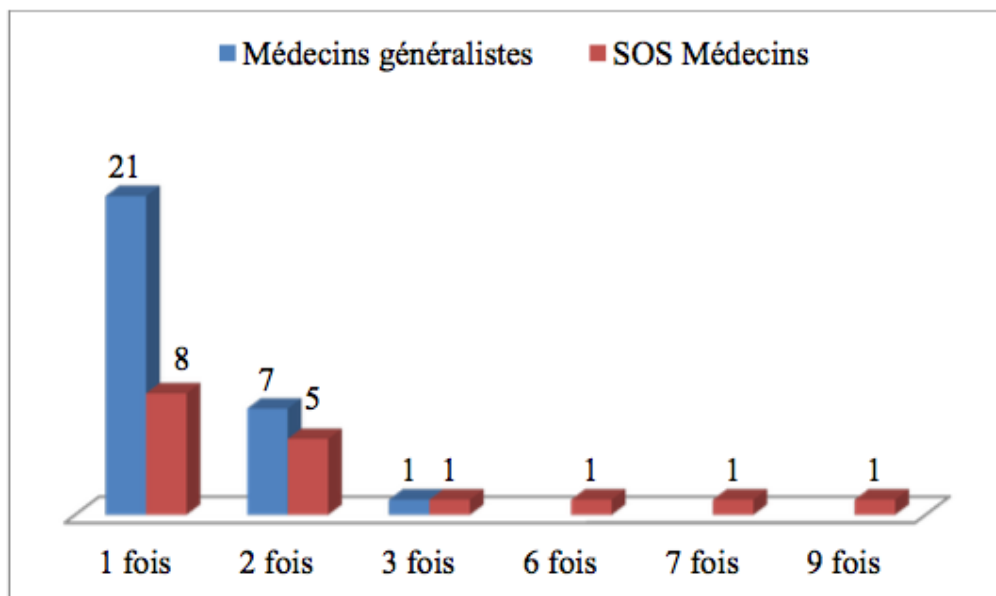


Figure 11 : Nombre de participation avec l'utilisation de la fiche OPUS-MG 33 par les médecins généralistes en cabinet et SOS Médecins.

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).

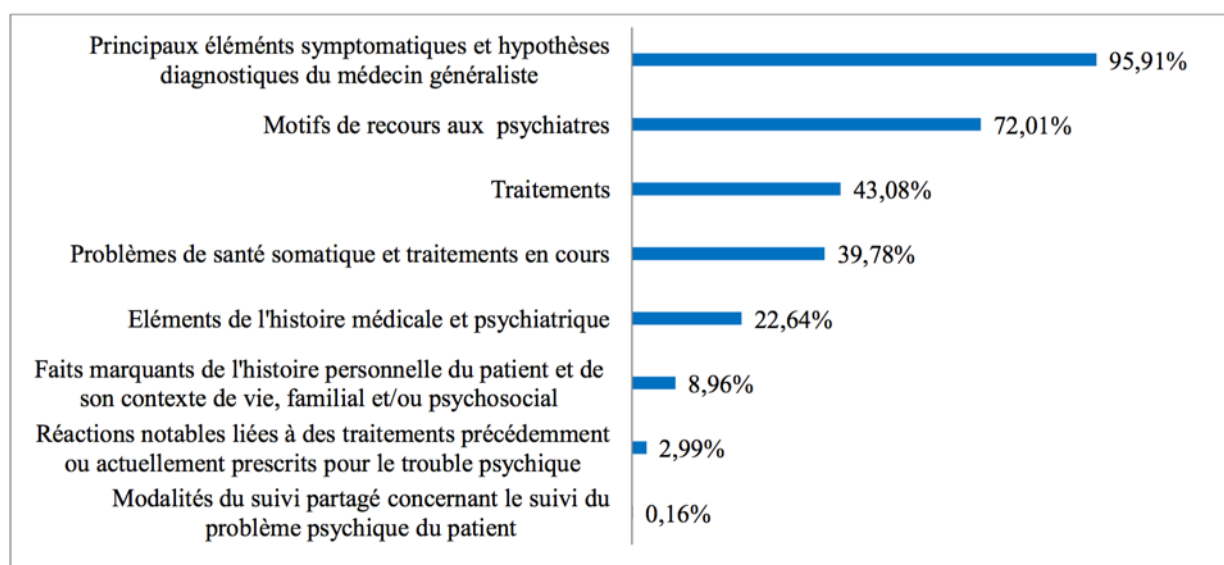


Figure 12 : Pourcentages des différentes catégories retrouvées dans les courriers et définies par le CNQSP.

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 :

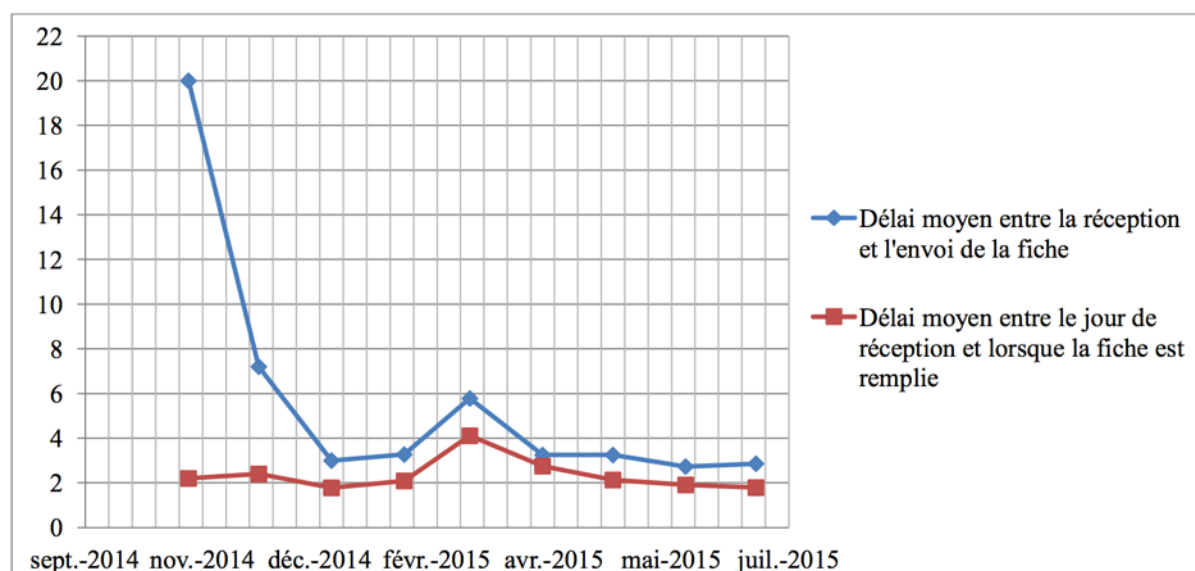


Figure 13 : Comparaison entre le délai moyen en jours entre la date de la réception de la fiche et le remplissage ainsi que son envoi par mois pendant les 9 mois de l'étude.

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).

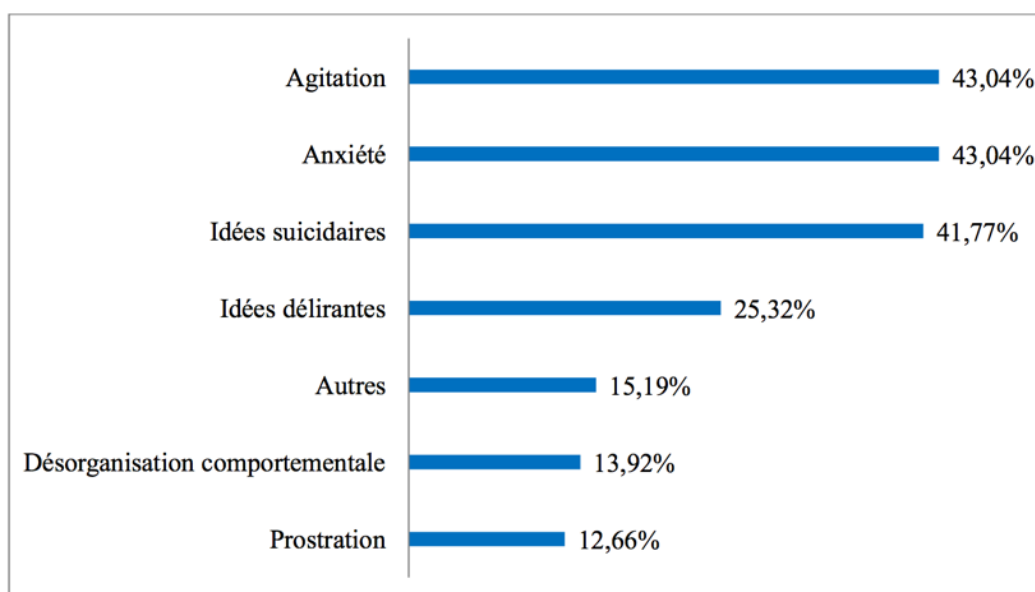


Figure 14 : Motifs de demande d'avis psychiatrique par le médecin généraliste

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).

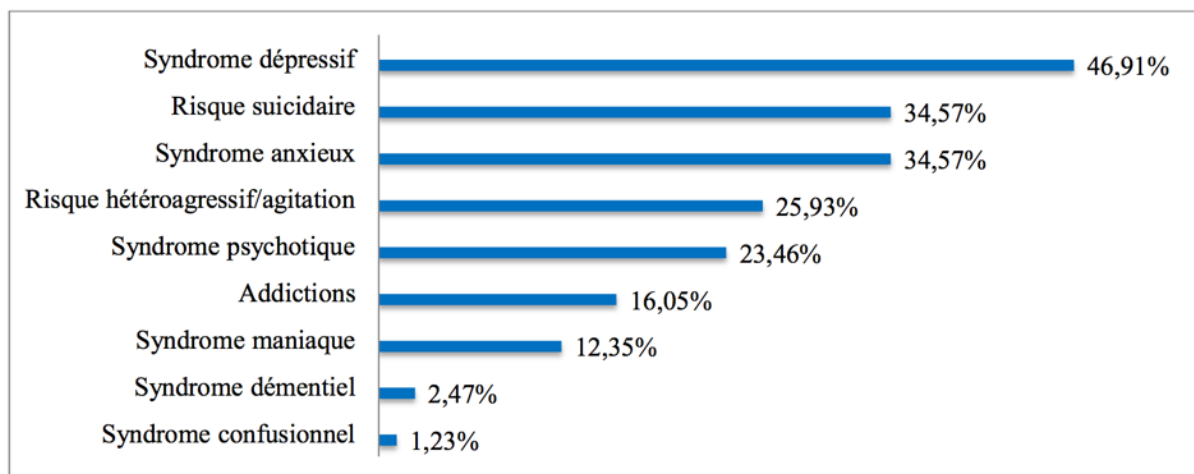


Figure 15 : Pourcentages de patients par syndrome présenté

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 .

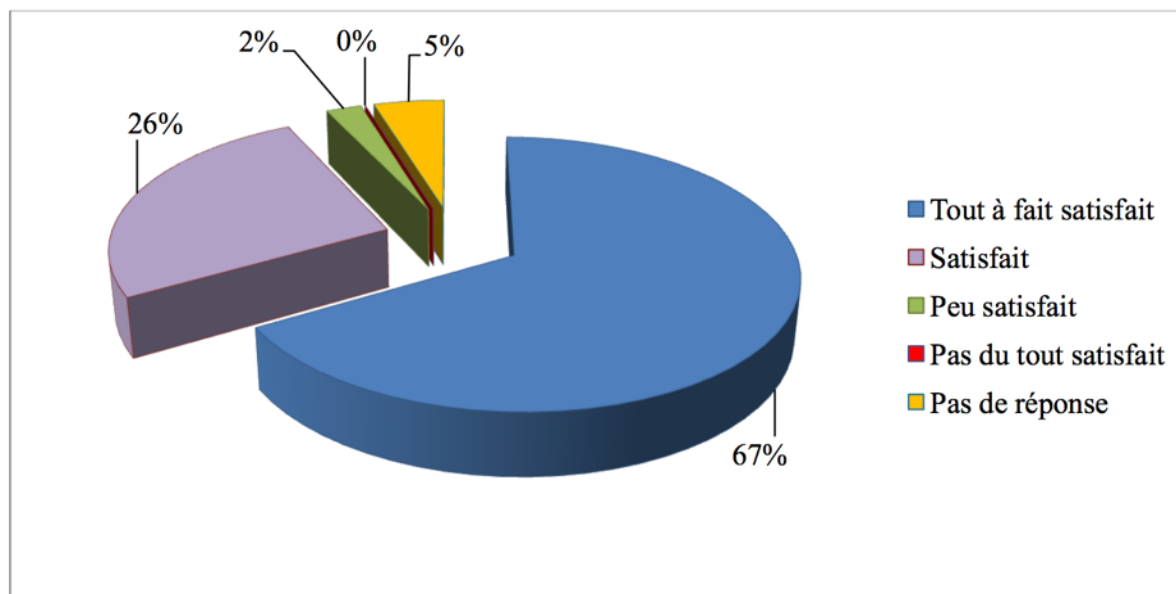


Figure 16 : Degré de satisfaction globale des médecins généralistes et des psychiatres par rapport au nouvel outil de coordination

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 comparer 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 thérapeutiques (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 1er novembre au 1er 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	modérée	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									
Traitement d'entrée					Traitement de sortie				
Spécialités	8h	12h	19h	22h	Spécialités	8h	12h	19h	22h

ORIENTATION DU PATIENT

☐ Hospitalisation: ☐ en urgence ☐ programmée

Établissement: ☐ CHU C Perrens ☐ CHU Cadillac ☐ Autre:

Mode d'hospitalisation: ☐ SL ☐ SDT ☐ SDRE (ex H2)

☐ Consultation avec orientation: ☐ Médecin traitant ☐ Psychiatre libéral ☐ Autre:

☐ CMP

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. : [REDACTED]

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 BOUAOUDA
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:

Cachet du médecin

Signature: _____

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:		☐ Autre:.....	
☐ Médecin traitant		☐ SDRE (ex HO)	
☐ CMP		☐ Mineur	
☐ Psychiatre libéral		☐ 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