Un exemple de collaboration interprofessionnelle : étude descriptive d'un an de consultations avancées par des Infirmières de Pratique Avancée en santé mentale au sein d'une MSP en Vendée

Rolande Miehe

▶ **To cite this version:**

Rolande Miehe. Un exemple de collaboration interprofessionnelle : étude descriptive d'un an de consultations avancées par des Infirmières de Pratique Avancée en santé mentale au sein d'une MSP en Vendée. Médecine humaine et pathologie. 2025. ⟨dumas-05250554⟩

HAL Id: dumas-05250554

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05250554v1

Submitted on 11 Sep 2025

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

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

HAL Authorization

Nantes Université

→ **Bibliothèques universitaires**

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

Service Commun de la Documentation
Chemin la censive du Tertre - BP 32211
44322 Nantes cedex 3

www.bu.univ-nantes.fr

NANTES UNIVERSITE

_____

FACULTE DE MEDECINE

_____

Année 2025
N°

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Rolande MIEHE

_____

Présentée et soutenue publiquement le 10 juin 2025

_____

Un exemple de collaboration interprofessionnelle : Étude descriptive d'un an de consultations avancées par des Infirmières de Pratique Avancée en santé mentale au sein d'une MSP en Vendée.

_____

Présidente du jury : Madame la Professeure Anne SAUVAGET

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Romain BOSSIS

Membre du jury : Monsieur le Docteur Jean-Baptiste AMELINEAU

REMERCIEMENTS

Merci à la Professeure Anne SAUVAGET, d'avoir accepté de présider ma thèse. Je suis heureuse que généralistes et psychiatres puissent se rencontrer autour des IPA en santé mentale.

Merci au Docteur Romain BOSSIS de m'avoir mis le nez dans ce projet et de m'avoir fait découvrir la collaboration interprofessionnelle en médecine générale.

Merci au Docteur Jean Baptiste AMELINEAU pour les conseils méthodologiques avisés qui m'auront fait faire un premier pas dans le monde de la recherche.

Merci à Cathy LONGUECHAUD, IPA en santé mentale, pour les réponses à mes multiples questions et pour m'avoir ouvert les portes du CMP et de la santé mentale.

Merci à mes proches pour la relecture.

TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE 4

INTRODUCTION 6

NOTIONS PRELIMINAIRES 8

1- Les pathologies de santé mentale en France 8

2- Organisation du système de soins psychiatrique 8

3- Organisation des soins primaires en médecine générale 9

4- Les IPA en santé mentale 10

5- Modèle de soins collaboratifs 11

6- Exemples de projets de collaboration interprofessionnelle entre médecine générale et psychiatrie en France 11

7- Genèse du projet 12

MATERIEL ET METHODE 16

RÉSULTATS 18

1- Diagramme de flux 18

2- Caractéristiques de la population adressée aux IPA 18

3- Contenu de la consultation d'adressage 24

4- Focus sur la population non vue 26

5- Entretien avec l'IPA santé Mentale 29

6- Devenir des patients 33

7- Ressenti des patients 34

8- Ressenti des professionnels de santé 34

DISCUSSION 36

1- Principaux résultats 36

2- Analyse des résultats 37

BIBLIOGRAPHIE 47

ANNEXES 51

GLOSSAIRE

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicaments

ASALEE : Action de SAnté Libérale En Équipe

CH : Centre Hospitalier

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CNQSP : Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie

CMP : Centre Médico Psychologique

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

CUMP : Cellule d'Urgence Médico Psychologique

DMLA : Dégénérescence maculaire liée à l'âge

DMG : Département de Médecine Générale

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

DSP : Dispositif de Soins Partagés

EBM : Evidence Based Medicine

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

MDA : Maison des Adolescents

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PTSM : Projet Territorial en Santé Mentale

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

TAG : Trouble Anxieux Généralisé

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

TCC : Thérapie Cognitivo Comportementale

TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité

TS : Tentative de Suicide

INTRODUCTION

En France, les pathologies courantes de santé mentale concernent 1 patient sur 5 au cours de sa vie (1). En médecine générale, cela représente 15% (2) à 30% (3) des consultations.

Le médecin généraliste traitant se place au centre de la prise en charge des patients. 58% de la population adulte consulterait le médecin généraliste en cas de problème psychologique (2). Sur une période de 5 ans, 8 médecins généralistes sur 10 ont été confrontés à une tentative de suicide et 5 sur 10 à un suicide dans leur patientèle (4). 90% des antidépresseurs sont primo prescrits par les généralistes (2).

L'accès aux soins de santé mentale est difficile. Parmi les patients déclarant avoir souffert de dépression en 2010, 39% n'ont pas consulté de professionnel (4). Moins d'un quart des personnes souffrant de dépression et ayant consulté un médecin généraliste est diagnostiqué et traité de façon appropriée (5). 9 médecins sur 10 rencontrent des difficultés pour orienter un patient vers une prise en charge en santé mentale (6).

Les troubles dépressifs sont la 1e cause de maladie et d'incapacité dans le monde (7)**.** Plus d'un quart des français ont un traitement psychotrope (8). Depuis l'épidémie du covid 19, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés a augmenté de 3,5 points (9). En France, on compte 10 000 décès par suicide par an (10). Le suicide est la première cause de décès chez les 15-35 ans (8). Face à ce constat, le collège de médecine générale appelle en 2022 à travailler en équipe coordonnée pluriprofessionnelle (3). L'objectif est de s'appuyer sur les réalités du terrain pour mieux intégrer la santé mentale en médecine générale.

L'arrivée depuis 2019 des IPA en santé mentale constitue une véritable opportunité. C'est dans ce contexte que le projet de collaboration entre la MSP des Forges à La Roche sur Yon et l'EPSM Georges Mazurelle s'est créé. Cette collaboration prend la forme de consultations avancées réalisées par les IPA au sein de la MSP.

L’objectif principal de cette étude était de décrire la population prise en charge par les IPA sur un an. Les objectifs secondaires étaient de rechercher les freins à la prise en charge, d’évaluer le délai d’adressage, de connaitre les outils utilisés par les IPA et l’orientation des patients.

NOTIONS PRELIMINAIRES

1- Les pathologies de santé mentale en France

Les pathologies de santé mentale peuvent être classées en deux catégories.

Les pathologies courantes de santé mentale comportent la dépression, le trouble anxieux et les addictions. Elles sont fréquentes en médecine générale. Les EDC touchent 12,5% des 18-85 ans au cours des 12 derniers mois (11). Les troubles anxieux touchent 21% de la population (12). La consommation quotidienne d'alcool touche 7% de la population adulte (13) et la consommation de tabac 25,3% (14).

Les troubles mentaux sévères comprennent notamment la schizophrénie et le trouble bipolaire. Ils sont moins fréquents (2% de la population) (1) et associés à une surmortalité par 2 ou 3 par rapport à la population générale (2).

2- Organisation du système de soins psychiatrique

La psychiatrie est organisée en secteurs géographiques avec des équipes dédiées à chaque secteur. Chacun dispose de lits d'hospitalisation et de lieux de suivi ambulatoire de proximité (CMP) répartis sur tout le territoire.

En Vendée, la psychiatrie adulte est divisée en 5 secteurs (cf Annexe 1) : 4 secteurs d'hospitalisation au CHS Georges Mazurelle à La Roche sur Yon et le 5e au CH de Challans. Des infirmiers de psychiatrie de liaison sont présents aux urgences somatiques du CHD de La Roche-sur-Yon. Le suivi ambulatoire est effectué en CMP, où sont présents des psychiatres, des infirmiers et des psychologues. Il peut aussi se faire dans les CATTP (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) ou en hôpital de jour. L'accès au CMP peut se faire directement à l'initiative des patients. En dehors des heures ouvrées, le CMP intersectoriel (Arc en Ciel) situé au CHD accueille les patients et les oriente si besoin (15).

En 2015, la Vendée compte 9 psychiatres pour 100 000 habitants (moyenne nationale à 22 psychiatres/100 000 habitants) et 41 psychologues pour 100 000 habitants (moyenne nationale à 64 psychologues/100 000 habitants) (16).

3- Organisation des soins primaires en médecine générale

Les soins primaires englobent les professionnels et les structures de premier recours, souvent installés à proximité du lieu de vie des patients. Les professionnels de soins primaires (médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens, …) se regroupent de plus en plus en structures pluriprofessionnelles.

Les MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) sont des structures regroupant des médecins généralistes et des paramédicaux, parfois des spécialistes de second recours. Ils travaillent en exercice coordonné autour d'un projet commun et d'une patientèle commune (17). La MSP des Forges est composée de sept médecins généralistes traitants, de trois infirmières libérales, d'une infirmière ASALEE, d'une orthophoniste et d'une podologue. Une psychologue, une ergothérapeute et une IPA santé mentale libérale se sont installées fin 2024. En 2023, la file active de la MSP est de 8282 patients, dont 798 patients avec C2S et 10 patients avec AME.

Les CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) regroupent tous les professionnels en soins primaires d'un même territoire. Les 3 axes d'action des CPTS sont l'accès aux soins, la prévention et la coordination du parcours de soins. (18). La Vendée est partagée en 7 CPTS qui couvrent tout le territoire. La MSP des Forges appartient à la CPTS Centre Vendée. C'est la plus grosse CPTS du département (taille 4), elle concerne une population d'environ 180 000 habitants.

Les consultations avancées sont des consultations spécialisées proposées au sein des lieux de soins primaires, au plus proche de la population.

4- Les IPA en santé mentale

Le statut d'IPA est issu de la loi de modernisation du système de santé de 2016. C'est une formation complémentaire de 2 ans pour les infirmiers diplômés d'État. Elle leur accorde un niveau master. Après une année de tronc commun, ils réalisent une année de spécialisation. Il y a 5 spécialités possibles à ce jour : santé mentale, pathologie chronique stabilisée, onco-hématologie, urgences et néphro-dialyse (19). La spécialisation en santé mentale a été créée en 2019 (45).

Les IPA ont plusieurs missions : la prévention et l'éducation, le suivi des patients, les actes techniques, la prescription de biologie et le renouvellement des traitements avec une possibilité d'adaptation de doses. Elles ont également un travail de coordination, de formation et de recherche (20). Les IPA en santé mentale étaient initialement soumises à collaboration avec un médecin psychiatre. Depuis le 25 janvier 2025, cette obligation est abrogée avec possibilité d'un accès direct (46).

Des équivalences existent déjà dans de nombreux pays. Au Québec depuis 2003 (21), en Angleterre depuis 2011 (22) et aux Pays-Bas, des infirmières en soins primaires aident à la gestion des pathologies courantes en santé mentale. Aux Pays Bas, en 2014, 83% des cabinets de médecine générale collaborent avec des infirmières en santé mentale (23).

Aux Etats-Unis depuis 1960 et en Australie depuis 2007, des infirmières aident à la prise en charge des patients atteints de pathologies mentales sévères. Aux Etats-Unis, les infirmières praticiennes ont fait la preuve de leur efficacité en améliorant l'accès aux soins et en diminuant les délais de prise en charge (24). En Australie, les infirmières collaborent avec les généralistes et les psychiatres. Aux Etats Unis, dans certains états, leur pratique est également soumise à des restrictions et la collaboration avec un médecin est obligatoire, dans d'autres non (25).

Les 2 IPA ayant participé au projet exercent respectivement dans les secteurs Bocage 1 et Bocage 2. Elles y ont une activité de consultation, après sollicitation par le psychiatre, pour effectuer des co-suivis. Elles ont également une fonction de conseil auprès des équipes et d'analyse des pratiques. Elles sont détachées du CMP pour les consultations avancées.

5- Modèle de soins collaboratifs

Développé à l'université de Washington pour les soins en santé mentale, le modèle de soins collaboratifs repose sur une équipe de soins coordonnée. Elle est composée d'un généraliste, d'un « care manager » et d'un psychiatre.

Aux Etats Unis, le « care manager » peut être un infirmier, mais également un travailleur social ou un psychologue. Le « care manager » coordonne la prise en charge du patient, il propose un traitement, de la psychothérapie et de la psycho éducation. Le « care manager » et le médecin généraliste communiquent régulièrement. Le médecin généraliste prescrit les traitements et effectue le suivi. Le « care manager » et le psychiatre échangent régulièrement, à distance, sur les prises en charge. Le psychiatre est parfois sollicité pour des avis ponctuels (26).

Le modèle de soins collaboratifs a fait la preuve de son efficacité avec une amélioration des symptômes de la dépression et une plus grande satisfaction des patients et des professionnels (27). Il fait partie des recommandations de la HAS pour l'amélioration de la coordination des soins primaires en santé mentale (2).

Ce modèle a été repris en France dans le projet SESAME (28), dont s'est inspiré le projet de la MSP des Forges.

6- Exemples de projets de collaboration interprofessionnelle entre médecine générale et psychiatrie en France

De nombreux projets voient le jour en France afin d'améliorer la communication entre psychiatrie et médecine générale et favoriser l'accès aux soins primaires en santé mentale.

Plusieurs CMP partagent leurs locaux avec des généralistes (29). C'est le cas au cabinet du grand Pavois à la Roche sur Yon, situé dans le même immeuble que le CMP Paul Verlaine.

Dans le 13e arrondissement de Paris, un staff de psychiatrie réunit une fois par mois psychiatres et généralistes (30). C'est également le cas à la MSP des Forges, où la RCP accueille tous les 3 mois les IPA du CMP pour discuter des patients communs et des cas complexes.

Des consultations avancées d'infirmière en psychiatrie sont en place dans un cabinet en Bourgogne et dans une MSP de Saint Nazaire. En Vendée, la CPTS Plaine et Marais travaille en partenariat avec un IPA, qui vient consulter en maison de santé (31). Des IPA consultent également au foyer de vie du Bois Mocqua à Luçon et à l'ADAPEI-ARIA de Vendée (32) (33).

Des Dispositifs de Soins Partagés (DSP) ont été mis en place à Versailles et à Toulouse (34). Le généraliste peut orienter son patient vers une consultation d'évaluation psychiatrique. Au décours de celle-ci, un plan de soin est proposé avec suivi par le généraliste ou suivi spécialisé.

Le projet SESAME, porté par l'institut Montaigne, dans les Yvelines en collaboration avec le CH de Versailles et 4 MSP s'appuie sur le modèle de soins collaboratifs. Depuis 2020, il propose un suivi par un infirmier de coordination en lien étroit avec le généraliste, avec avis auprès d'un psychiatre si besoin (35).

7- Genèse du projet

Un projet de collaboration entre l'EPSM Georges Mazurelle et la MSP des Forges à La Roche Sur Yon est initié en 2023 (36). La collaboration s'est inspirée de consultations avancées en santé mentale réalisées par une IPA en Loire-Atlantique et du projet SESAME.

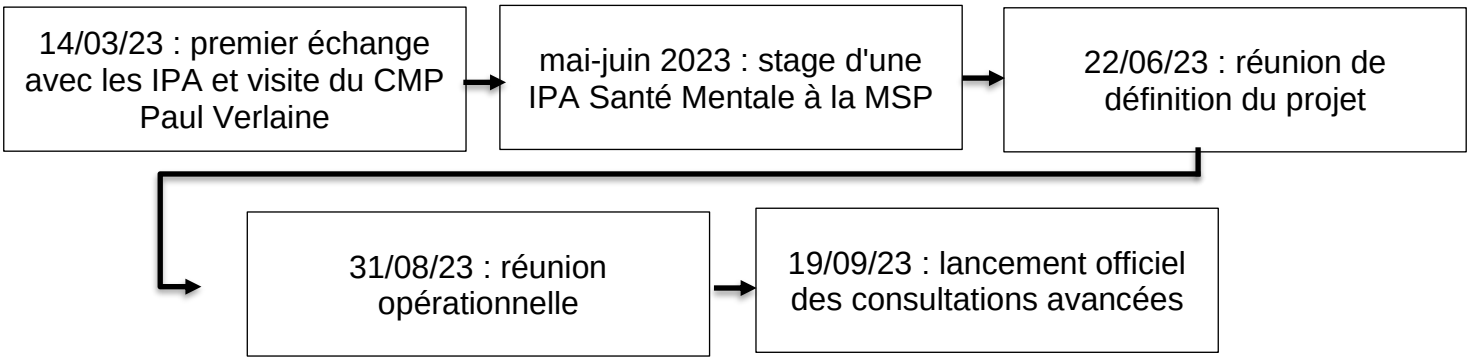


Figure n°1 : Chronologie de mise en place du projet

Les objectifs définis lors de la signature de la convention sont (37) :

- Améliorer l'accès aux soins des patients en santé mentale
- Repérer plus précocement les troubles psychiques
- Soutenir les proches aidants
- Réduire les délais de prise en charge psychique
- Limiter les risques de rupture de soins
- Mieux orienter les patients dans leur parcours de soins
- Améliorer la coordination ville-hôpital

Le projet prend la forme de consultations avancées par deux IPA en santé mentale. Ces IPA sont des salariées de l'EPSM. Elles réalisent des entretiens à la MSP, une demi-journée par semaine, en alternance. Les IPA restent sous la responsabilité du psychiatre du CMP. Un bureau médical est mis à leur disposition, ainsi que l'accès au logiciel métier Weda (système d'information pluriprofessionnel de la MSP) et à Doctolib (agenda numérique partagé). Elles conservent l'accès au logiciel Cortexte de l'EPSM, à distance. Celui-ci permet de retracer les consultations antérieures en santé mentale sur le territoire de la Vendée. Le loyer, les charges et l'abonnement sont pris en charge par la MSP, financée via l'ACI. Cela représente environ 1440€ annuel. Les consultations sont facturées par l'EPSM. Les patients bénéficient du tiers payant intégral (consultations hospitalières) et ne règlent donc pas les consultations.

L'orientation vers les IPA se fait par les médecins généralistes.

Sont exclus du dispositif : les patients mineurs, hors secteur, les urgences psychiatriques, les patients ayant déjà un suivi psychologique en cours et les absences de consentement.

Sont inclus les patients adultes résidant dans le secteur des CMP Bocage 1 et 2 (Cf annexe n°1) et ayant un médecin traitant à la MSP. Les motifs d'orientation définis sont :

- Épisode dépressif
- Trouble anxieux
- Troubles du sommeil
- Troubles psychiatriques de la grossesse et du post partum
- Troubles liés à l'usage de l'alcool
- Troubles de l'adaptation
- Violences conjugales
- État de stress post traumatique
- Troubles du comportement alimentaire
- Proche aidant.

Un même patient peut être adressé pour plusieurs motifs. Un outil d'aide à l'orientation des patients a été fait avec les IPA pour les généralistes (Cf Annexe n°2).

Après vérification des critères d'inclusions, le médecin généraliste propose un entretien avec l'IPA santé mentale. Un rendez-vous est fixé via Doctolib par le généraliste. Les droits d'accès au dossier du patient sont ouverts pour l'IPA, après information et consentement oral du patient.

Au début de l'entretien, l'IPA se présente, elle décrit ses missions et l'objectif de l'entretien. La période d'accompagnement prévue est de maximum 3 entretiens.

Des RCP santé mentale sont prévues à la MSP tous les 3 mois pour échanger autour des patients complexes.

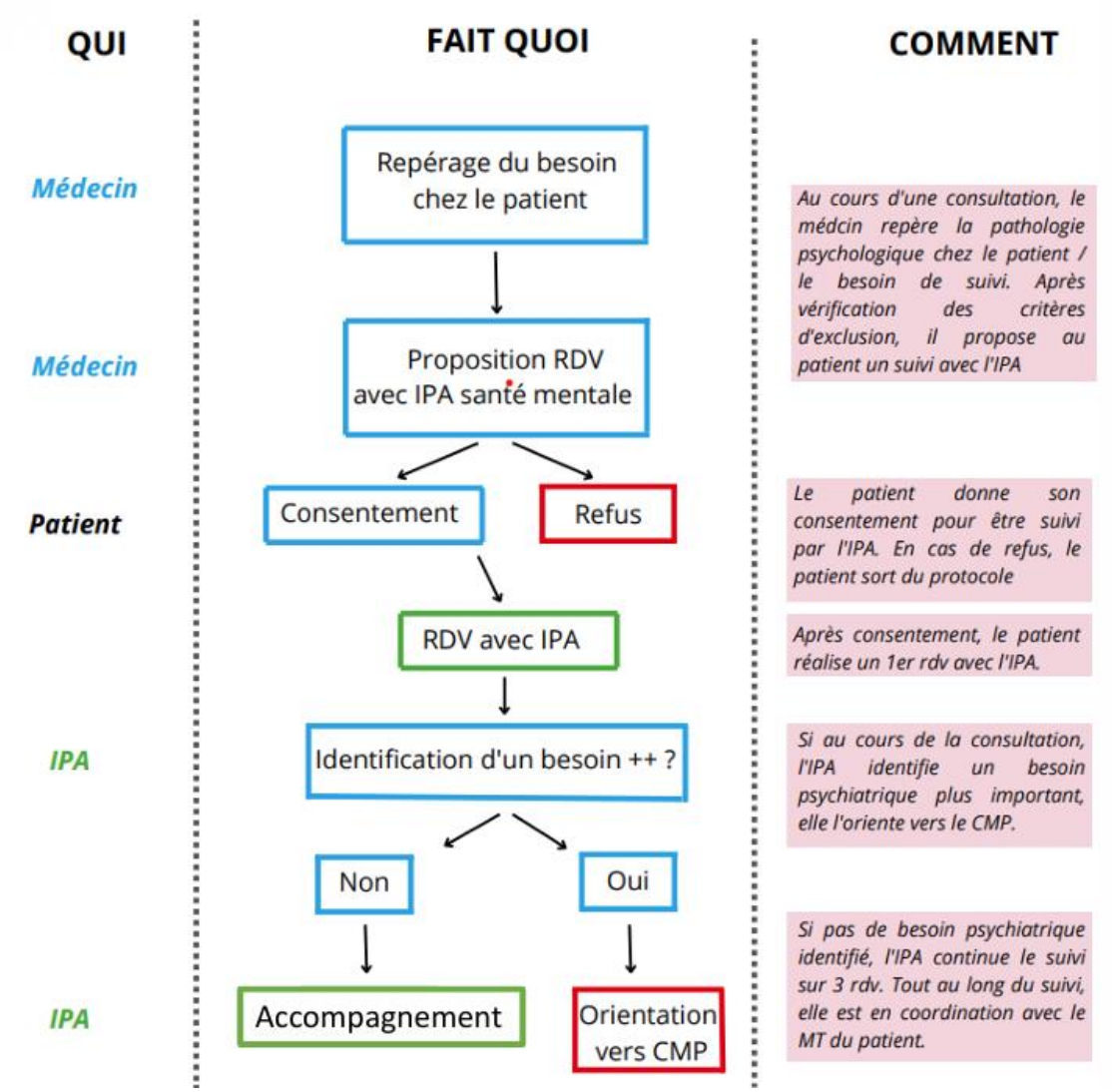


Figure n°2 : arbre d'orientation des patients vers les IPA (source : MSP Les Forges – Projet : consultations avancées en santé mentale MSP Les Forges-IPA)

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective monocentrique.

Suite à vérification auprès du DMG de la Faculté de Nantes, l'étude est hors champs de la loi Jardé, elle ne nécessite pas l'avis d'un comité d'éthique.

La population étudiée est l'ensemble des patients adressés à l'IPA santé mentale entre le 19 septembre 2023 et le 17 septembre 2024. Ces patients ont été identifiés à partir du planning Doctolib des IPA.

Le choix des données à observer a été fait à partir des données du PTSM Vendée et de la MSP des Forges, de la bibliographie et des discussions informelles avec le directeur de thèse et les IPA.

Le recueil des données a été fait rétrospectivement à partir du logiciel métier WEDA. Les données de santé avaient été recueillies dans le logiciel métier par le médecin traitant dans le cadre du suivi habituel. Les observations des IPA avaient été rédigées dans le logiciel métier après les entretiens, à partir des notes prises. Les IPA ne peuvent pas poser de diagnostic mais elles proposent des pistes diagnostiques basées sur les critères du DSM 5. Une étiquette "IPA Santé Mentale" est ajoutée sur le dossier des patients vus afin de faciliter l'extraction des données.

Les données ont été classées et analysées et les graphiques créés avec le logiciel Excel. Les données d'analyse subjectives ont été revues avec les IPA pour limiter un biais d'interprétation.

Les données de comparaison sur la population vendéenne ont été obtenues via le PTSM de Vendée et le site de l'INSEE. Les données de comparaison sur la population de la MSP ont été extraites du logiciel métier Weda. Une demande de données sur le délai d'adressage au CMP a été faite auprès du CH Mazurelle, mais il n'y a pas de données disponibles.

Des questionnaires ont été distribués aux patients par l'IPA suite à la consultation pour évaluer leur satisfaction du dispositif (CF Annexe 3). Lors du point d'étape en mars 2024 les professionnels ont pu échanger sur les points positifs et négatifs du dispositif.

RÉSULTATS

1- Diagramme de flux

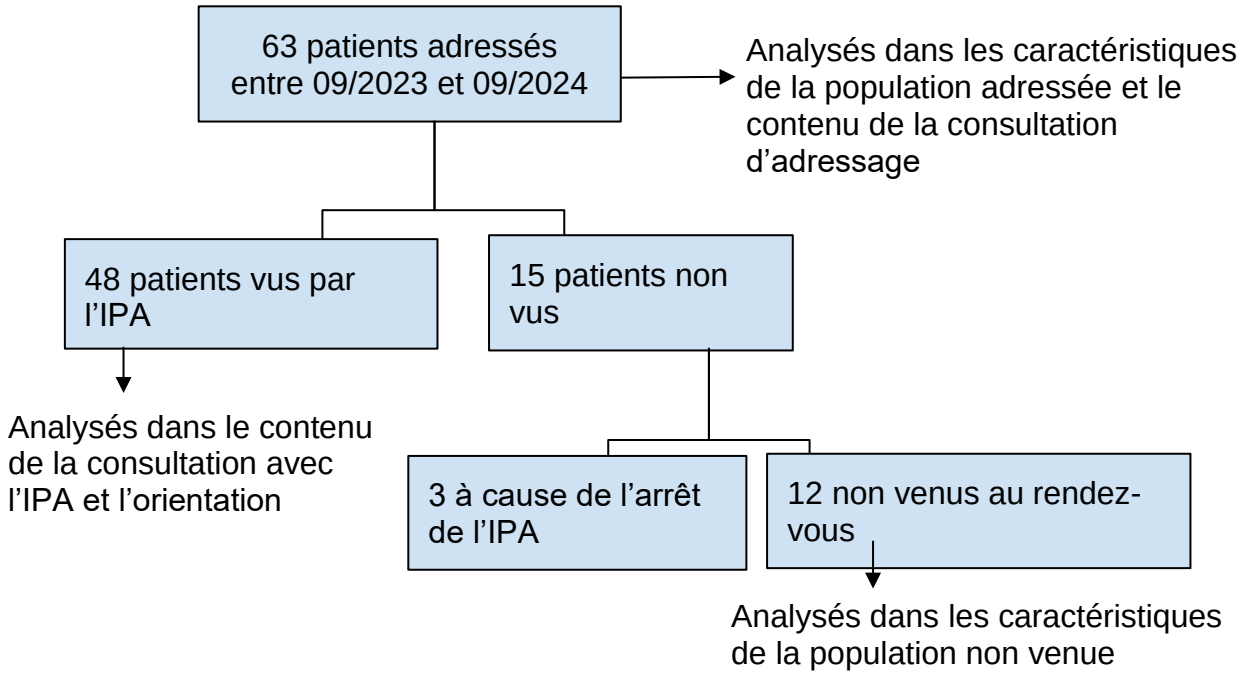


Figure n°3 : Populations étudiées dans les différentes parties des résultats

2- Caractéristiques de la population adressée aux IPA

Sur 1 an, 63 patients ont été adressés.

2.1 Âge

15-29 ans	12
30- 44 ans	8
45- 59 ans	18
60-74 ans	17
> 75 ans	8
Total	**63**

Figure n°4 : Âge des patients adressés

56% des patients vus ont entre 45 et 74 ans. Le plus âgé a 95 ans, le plus jeune 17 ans. L'âge moyen est de 52 ans et l'âge médian de 53 ans.

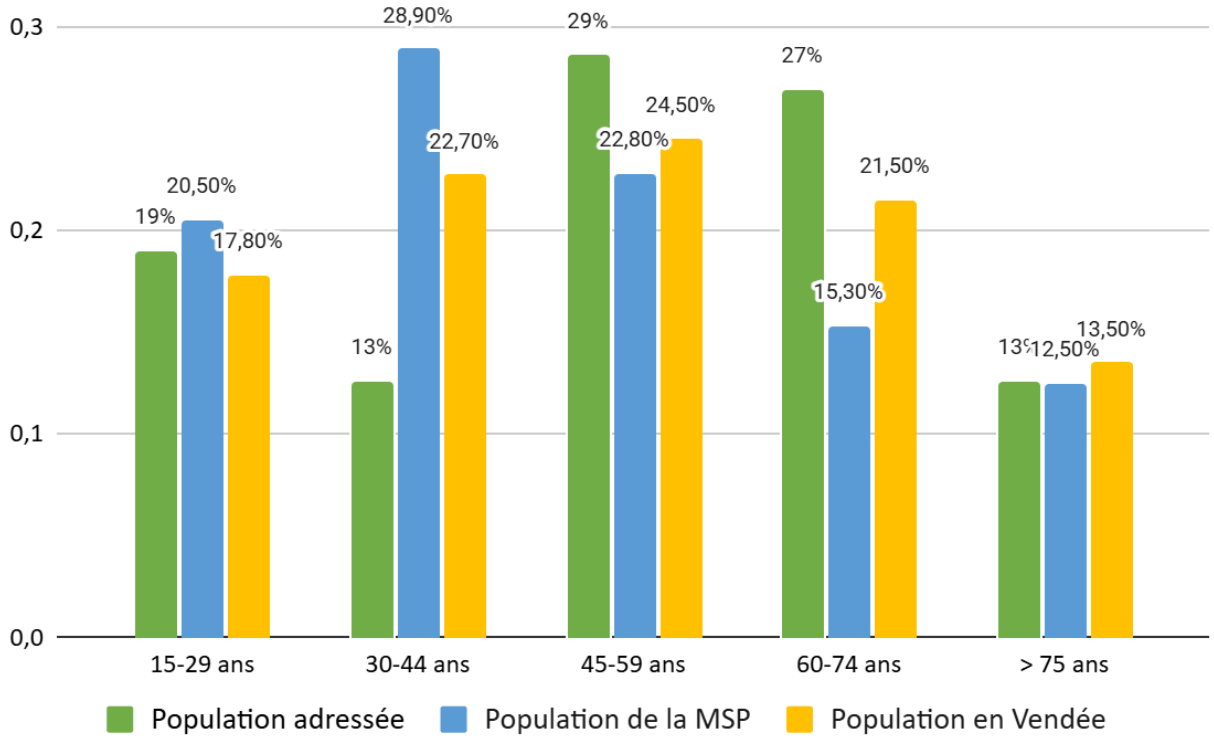


Figure n°5 : Comparaison des âges des patients adressés par rapport à la population de la MSP et la population vendéenne

Les 30-44 ans représentent 29% de la population de la MSP et les 60-74 ans 15%. Les 30-44 ans représentent 13% des patients adressés aux IPA et les 60-74 ans 27%.

2.2 Sexe

Femmes	41
Hommes	22
Total	**63**

Figure n°6 : Sexe des patients adressés

Les femmes représentent 65 % des patients adressés.

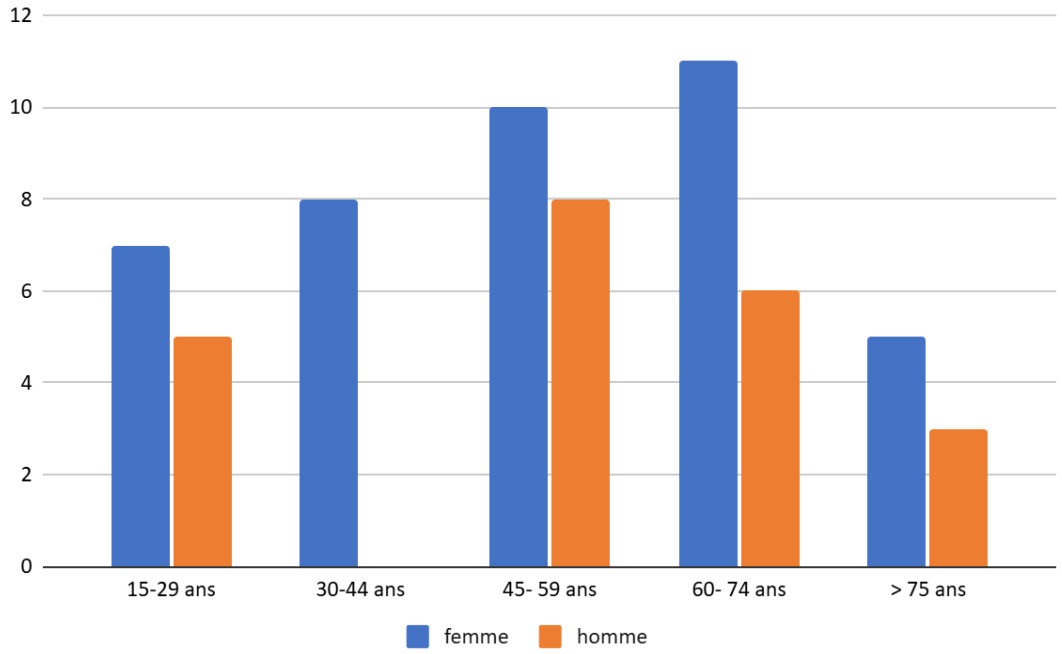


Figure n°7 : Comparaison des sexes en fonction de l'âge chez les patients adressés

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans toutes les tranches d'âge. Aucun homme entre 30 et 45 ans n'a été adressé.

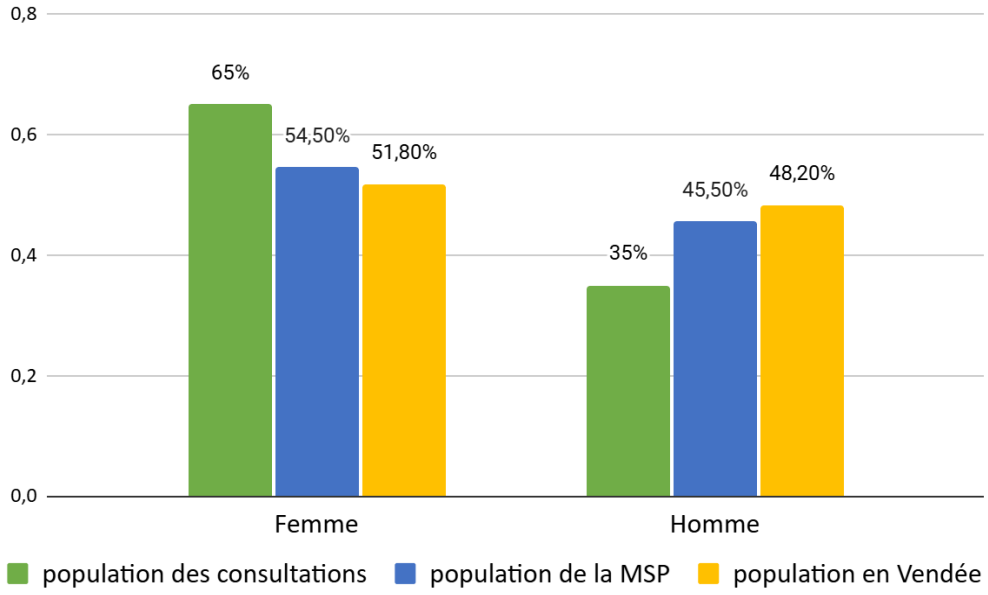


Figure n° 8 : Comparaison des sexes des patients adressés par rapport à la population de la MSP et la population vendéenne

2.3 Statut familial

Seul	13
En couple sans enfants	15
En couple avec enfants	14
Parent célibataire	8
Non renseigné	13
Total	**63**

Figure n°9 : statut familial des patients adressés

Les parents célibataires représentent 13% des patients adressés aux IPA et 5,9% de la population vendéenne.

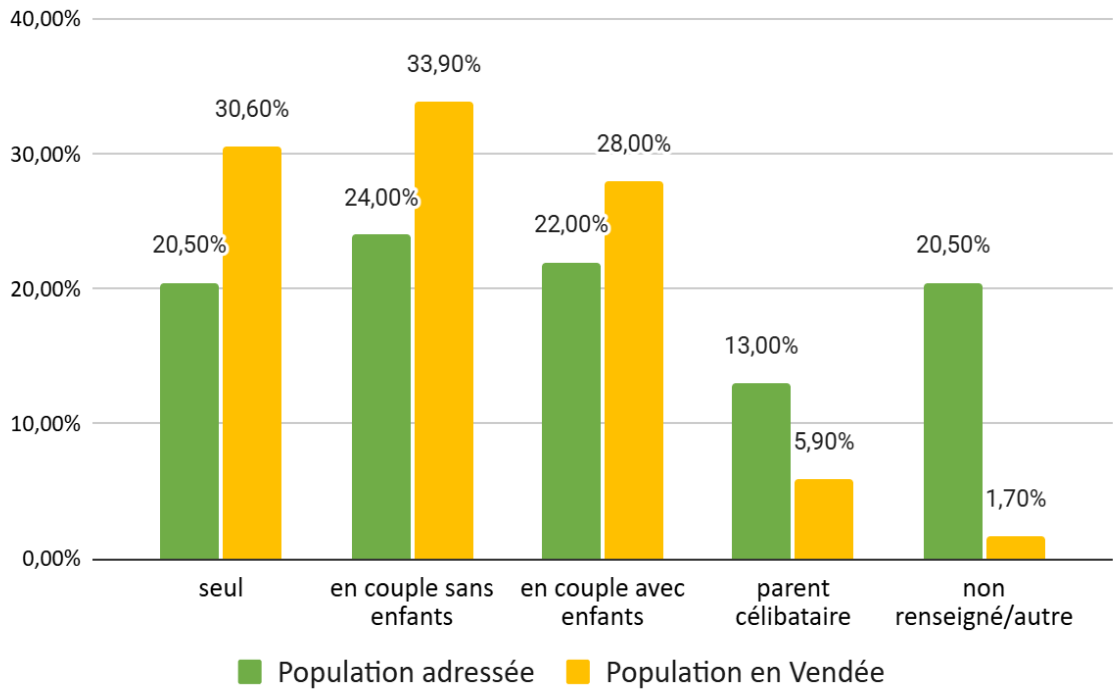


Figure n°10 : Comparaison des statuts familiaux des patients adressés par rapport à la population vendéenne

2.4 Statut socio-professionnel

Agriculteur	0
Employé	19
Ouvrier	1
Profession intermédiaire	4
Cadre	1
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	1
Sans emploi	6
Etudiant	2
Lycéen	1
Retraité	19
Non renseigné	9
Total	**63**

Figure n°11 : Catégorie socio-professionnelle des patients adressés (selon la nomenclature PCS 2020 de l'INSEE)

Parmi les 54 patients renseignés, la part des actifs représente 48%, avec une majorité d'employés (35%). Les 52% d'inactifs sont majoritairement représentés par les retraités (35%).

2.5 C2S et ALD

C2S	12
ALD	20
Ni C2S ni ALD	30
Non renseigné	1
Total	**63**

Figure n°12 : Statut C2S et ALD des patients adressés

18,75 % des patients adressés bénéficient de la C2S. 31% des patients adressés sont en ALD. Parmi eux, un patient bénéficie de la C2S et est en ALD.

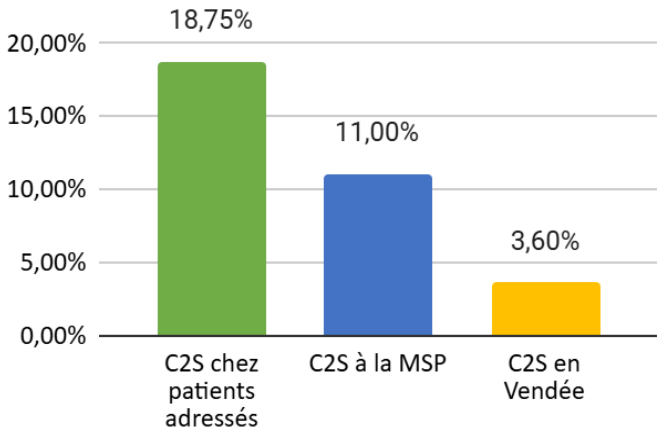


Figure n°13 : Comparaison de la part de bénéficiaires de la C2S chez les patients adressés par rapport à la population de la MSP et la population vendéenne

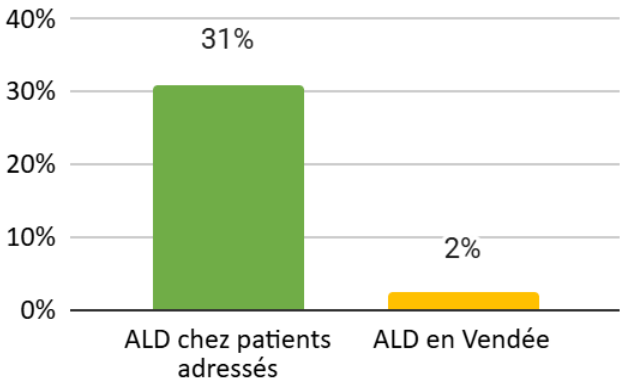


Figure n°14 : Comparaison de la part de patients en ALD chez les patients adressés par rapport à la population vendéenne

2.6 Antécédents et traitements habituels

Parmi les patients vus par les IPA, 23 avaient un antécédent psychiatrique renseigné dans le logiciel.

Anxiolytique seul	6
Antidépresseur seul	7
Antidépresseur et anxiolytique	4
Antidépresseur et neuroleptique	1
Anxiolytique et neuroleptique	3
Neuroleptique seul	0
Pas de traitement	42
Total	**63**

Figure n°15 : Traitement psychotrope préalable à la consultation

21 patients ont un traitement psychotrope préexistant à la consultation, 13 patients en monothérapie et 8 en bithérapie.

26 patients adressés présentent une addiction, principalement au tabac, puis à l'alcool. 34 patients adressés ont un facteur de risque cardio-vasculaire et 7 des douleurs chroniques.

26 patients avaient déjà bénéficié de consultations avec l'IDE ASALEE.

3- Contenu de la consultation d'adressage

3.1 Professionnel adressant

Médecin traitant	52
Interne	4
Remplaçant	5
IDE ASALEE	1
Maison des Ados	1
Total	**63**

Figure n°16 : Personne ou structure adressant le patient aux IPA

83% des patients ont été adressés par leur médecin traitant. Parmi eux, 46% ont été adressés par le même médecin généraliste traitant. Un médecin (Dr G) n'a adressé aucun patient.

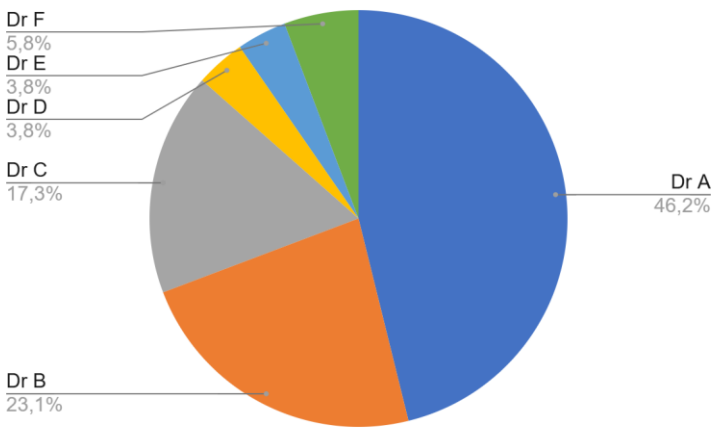


Figure n°17 : Proportion d'adressage par généraliste de la MSP

3.2 Motif d'adressage

65% des patients ont été adressés pour troubles anxieux ou dépressifs.

21 patients ont été adressés pour 2 motifs. Parmi eux : 10 pour anxiété et dépression, 2 pour dépression et douleurs, 2 pour dépression et alcool, 2 pour anxiété et TCA, 1 pour état de stress post traumatique et violences conjugales, 1 pour reprise de suivi et alcool, 1 pour alcool et trouble du sommeil, 1 pour dépression et TCA, 1 pour alcool et anxiété.

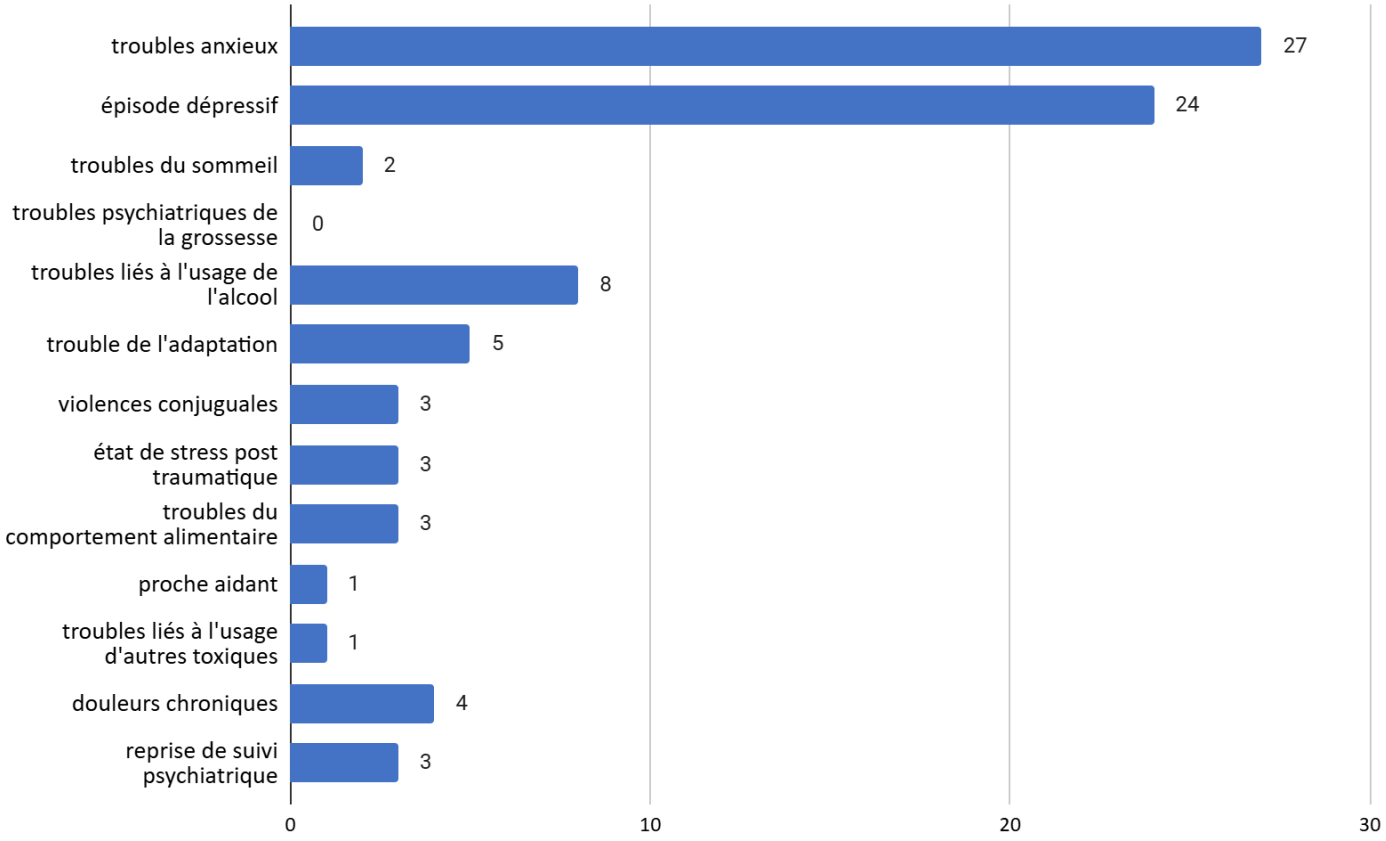


Figure n°18 : Motif d'adressage des patients

3.3 Délai de rendez-vous avec l'IPA

Délai (en jours)	0-14 jours	15-30 jours	31-45 jours	46-61 jours
Nombre de patients	15	12	9	12

Figure n°19 : Nombre de patients en fonction du délai (en jours)

Le délai moyen avant l'entretien avec l'IPA santé mentale est de 28 jours. Le délai médian est de 26 jours. Le plus rapide ayant été d'un jour et le plus long de 61 jours.

3.4 Capacité d'accueil

159 rendez-vous sont initialement ouverts sur Doctolib, à raison de 3 créneaux d'une heure chaque mardi après-midi entre 14h et 17h.

42 créneaux ont été supprimés en raison de l'arrêt maladie longue durée de l'une des IPA et des congés. 5 créneaux de consultation ouverts n'ont pas été pourvus (5/159). 11 rendez-vous supplémentaires ont été réalisés en dehors des créneaux initialement prévus.

Sur 123 rendez-vous programmés, 26 n'ont pas été honorés. On observe 9 absences excusées et 17 absences non excusées. Parmi les causes d'absence au rendez-vous, un patient a été malade et trois patients ont repris le travail. Les autres causes ne sont pas renseignées.

Sur les 63 patients adressés, 15 n'ont pas été vus. 12 en raison d'un rendez-vous non honoré et 3 en raison de l'arrêt de travail d'une des deux IPA.

4- Focus sur la population non vue

Dans ce chapitre, sont étudiés les 12 patients (19%) non vus par l'IPA car non venus à leur premier rendez-vous (cf Figure n°2). Ils seront appelés "population non vue".

	Population totale adressée	Population non vue
<18 ans	1	0
18-29 ans	11	2
30-44 ans	8	2
45-59 ans	18	6
60-74 ans	17	2
> 75 ans	8	0
Total	**63**	**12**

Figure n°20 : Âge de la population non vue

	Population totale adressée	Population non vue
Homme	22	3
Femme	41	9
Total	**63**	**12**

Figure n°21 : Sexe de la population non vue

Parmi les patients adressés, 22% des femmes et 14% des hommes n'ont pas été vus. La totalité des moins de 18 ans et des plus de 75 ans ont été vus.

	Population totale	Population non vue
Agriculteur	0	0
Employé	19	6
Ouvrier	1	0
Profession intermédiaire	4	1
Cadre	1	0
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	1	0
Sans emploi	6	2
Etudiant	2	0
Lycéen	1	0
Retraité	19	1
Non renseigné	9	2
Total	**63**	**12**

Figure n°22 : Profession de la population non vue

N'ont pas été vus, 27 % des actifs, 33% des sans-emplois et 5% des retraités.
Parmi les actifs, n'ont pas été vus 32% des employés et 25% des professions intermédiaires. Tous les ouvriers, cadres, lycéens et étudiants ont été vus.

	Population totale	Population non vue
C2S	12	4
Pas de C2S	51	8
Total	**63**	**12**
ALD	20	3
Pas d'ALD	43	9
Total	**63**	**12**

Figure n°23 : Part de C2S et d'ALD dans la population non vue

Parmi les patients adressés, 33% des patients avec C2S et 16% des patients sans C2S n'ont pas été vus, 15% des patients avec ALD et 21% des patients sans ALD n'ont pas été vus.

4% des patients avec un antécédent psychiatrique n'ont pas été vus. 27,5% des patients sans antécédents psychiatriques n'ont pas été vus.

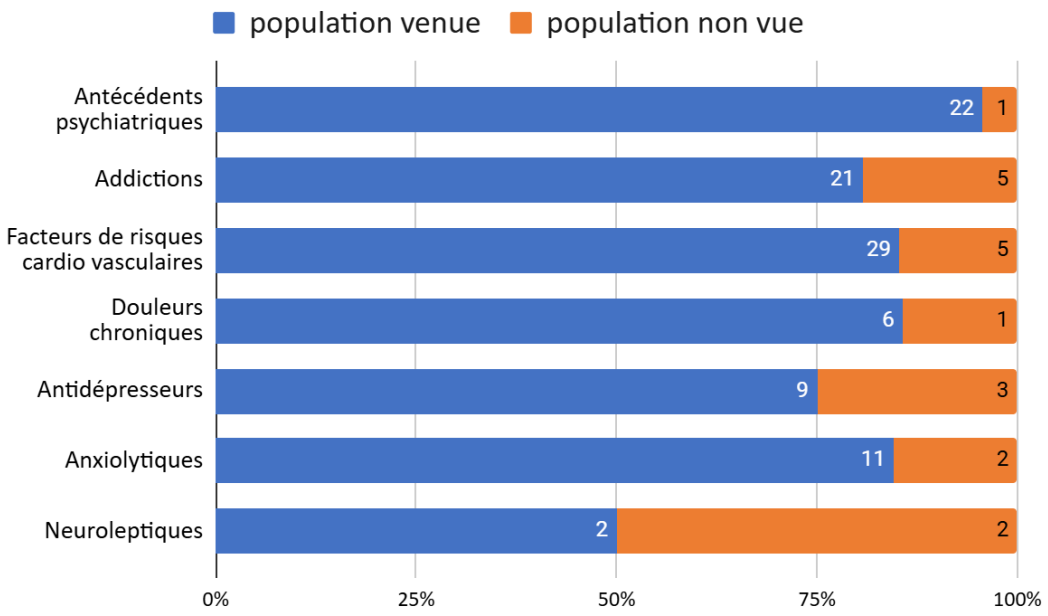


Figure n°24 : Part des non vus en fonction des antécédents et des traitements

	Population totale	Population non vue
Dr A	24	3
Dr B	12	1
Dr C	9	3
Dr D	2	0
Dr E	2	0
Dr F	3	1
Dr G	0	0
Interne	4	1
Remplaçant	5	3
IDE ASALEE	1	0
MDA	1	0
Total	**63**	**12**

Figure n°25 : Professionnel ou structure adressant la population non vue

60% des patients adressés par le remplaçant n'ont pas été vus, ainsi que 25% des patients adressés par l'interne. Selon le médecin traitant, entre 0 et 33% des patients adressés n'ont pas été vus ; en moyenne 15% ; entre 8 et 12% pour les médecins adressant le plus.

11,5% des patients ayant déjà consulté l'infirmière ASALEE n'ont pas été vus. 24% des patients n'ayant jamais consulté l'infirmière ASALEE n'ont pas été vus.

	Population totale	Population non vue
Troubles anxieux	27	5
Episode dépressif	24	6
Troubles du sommeil	2	0
Troubles liés à l'usage de l'alcool	8	1
Trouble de l'adaptation	5	0
Violences conjugales	3	1
Etat de stress post traumatique	2	0
TCA	3	1
Proche aidant	1	0
Autres toxiques	1	0
Douleurs chroniques	4	0
Reprise de suivi psychiatrique	3	1

Figure n°26 : Motifs d'adressage de la population non vue

3 des 12 patients non vus présentaient des idées suicidaires non scénarisées. Ces 3 patients ont bénéficié d'une prescription d'anxiolytique suite à la consultation d'adressage et 2 d'entre eux d'une prescription d'antidépresseur. Un 4e patient non vu a également bénéficié d'une prescription d'antidépresseur et d'anxiolytiques.

5- Entretien avec l'IPA santé Mentale

Pour la suite, sont étudiés les 48 patients vus en entretien par les IPA.

97 entretiens ont été réalisés entre le 19 septembre 2023 et le 17 septembre 2024, entre 1 et 4 entretiens par patient et en moyenne 2 entretiens par patient.

5.1 Idées suicidaires

Lors de l'entretien, 11 patients rapportaient des idées suicidaires, dont 2 scénarisées. Aucun ne passe à l'acte dans la période étudiée.

5.2 Contenu de l'entretien

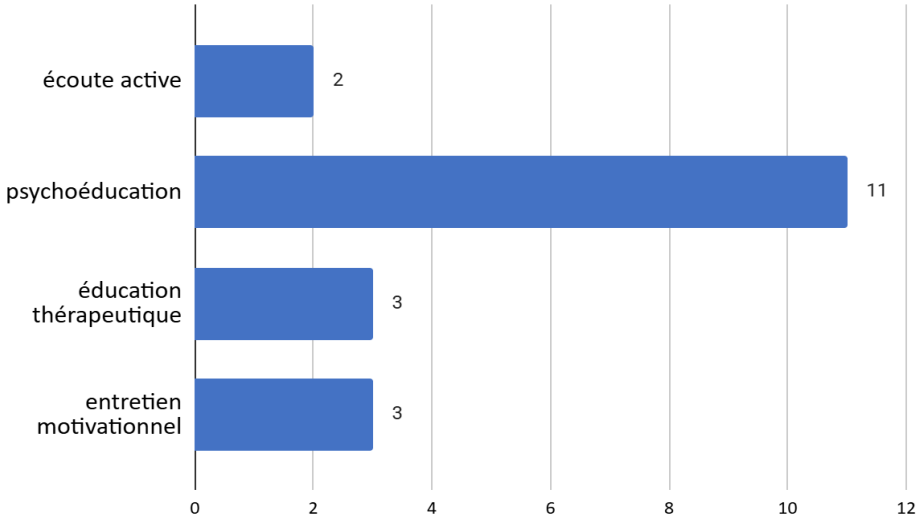


Figure n°27 : Contenu de l'entretien par l'IPA santé mentale (nombre de patients en fonction de l'intervention)

5.3 Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse

Pas de prescription	38
Anxiolytique seul	9
Anxiolytique et antidépresseur	9
Antidépresseur seul	7
Total	**63**

Figure n°28 : Traitement psychotrope prescrits par le généraliste à l'issu de la consultation d'adressage

La consultation d'adressage a, dans 40% des cas, abouti à une prescription de traitement par le médecin généraliste. 10 patients sur les 25 à qui un traitement a été prescrit, n'ont pas pris ce traitement. 3 patients ont présenté une intolérance au traitement, 2 patients ont exprimé ne pas désirer prendre le traitement, 1 patient n'a pas ressenti le besoin de le prendre et 1 patient a eu peur des effets indésirables.

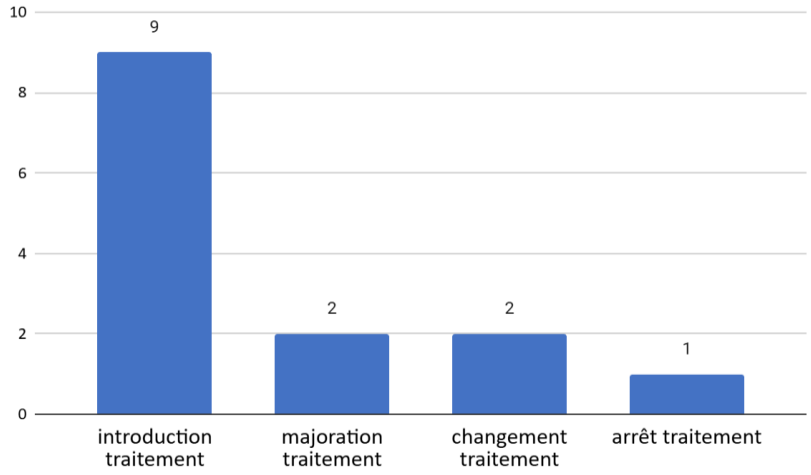


Figure n°29 : Proposition médicamenteuse par l'IPA (nombre de patients en fonction de chaque proposition)

A l'issue de l'entretien, 14 patients ont eu une proposition médicamenteuse par l'IPA. La proposition de modification thérapeutique ou de dosage biologique est notée en conclusion de l'entretien et le patient est réorienté vers le généraliste pour la prescription.

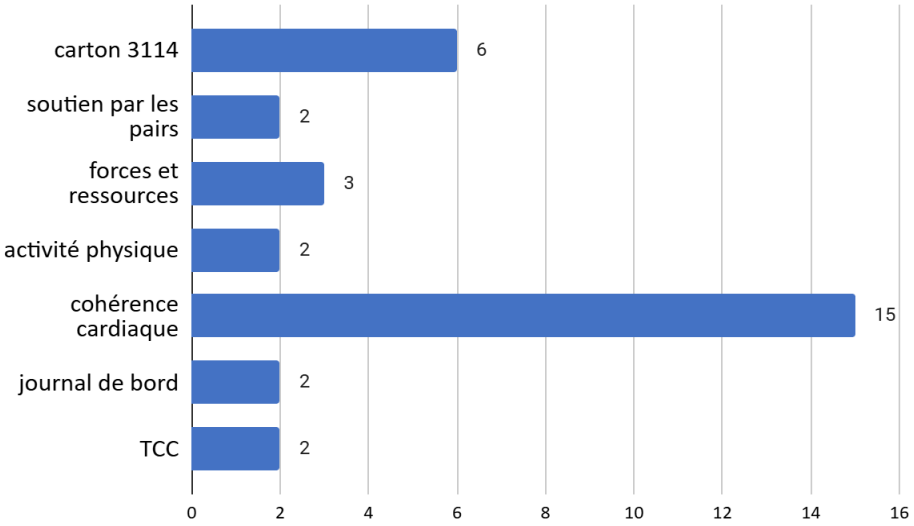


Figure n°30 : Proposition non médicamenteuse par l'IPA (nombre de patients en fonction de chaque proposition)

La prise en charge non médicamenteuse comprend le soutien extrinsèque et le soutien intrinsèque. Pour le soutien extrinsèque, on note la remise du carton 3114 (numéro d'appel national de prévention suicide) et la proposition de soutien par les pairs (groupe d'entraide, livre de témoignage). Le soutien intrinsèque consiste à mettre en lumière des forces et ressources.

Les patients, à qui une Thérapie Cognitivo-Comportementale est proposée, sont adressés à des psychologues libéraux.

5.4 Proposition diagnostic à l'issue de l'entretien

38% des patients vus en entretien présentent un trouble de l'adaptation. On note 33% de troubles de l'humeur et 56 % de troubles anxieux. Il n'y a pas eu de diagnostic de trouble psychotique.

EDC léger	8
EDC modéré	5
EDC sévère	1
Trouble bipolaire stable	2
Trouble anxieux généralisé	4
Trouble panique	1
Etat de stress post traumatique	3
Psycho traumatisme	1
Trouble de l'adaptation	18
Trouble psychotique	0
Trouble de la personnalité	1
Addiction	3
TDAH	1
Total	**48**

Figure n°31 : Diagnostic à l'issu de l'entretien

6- Devenir des patients

12,5% des patients vus ne se sont pas rendus au rendez-vous de suivi. 14,5% ont demandé à arrêter le suivi.

16,6% ont été adressés à des psychologues libéraux. Parmi eux, seule la moitié a effectivement débuté un suivi.

On note une amélioration des symptômes durant la période de suivi pour 21 patients.

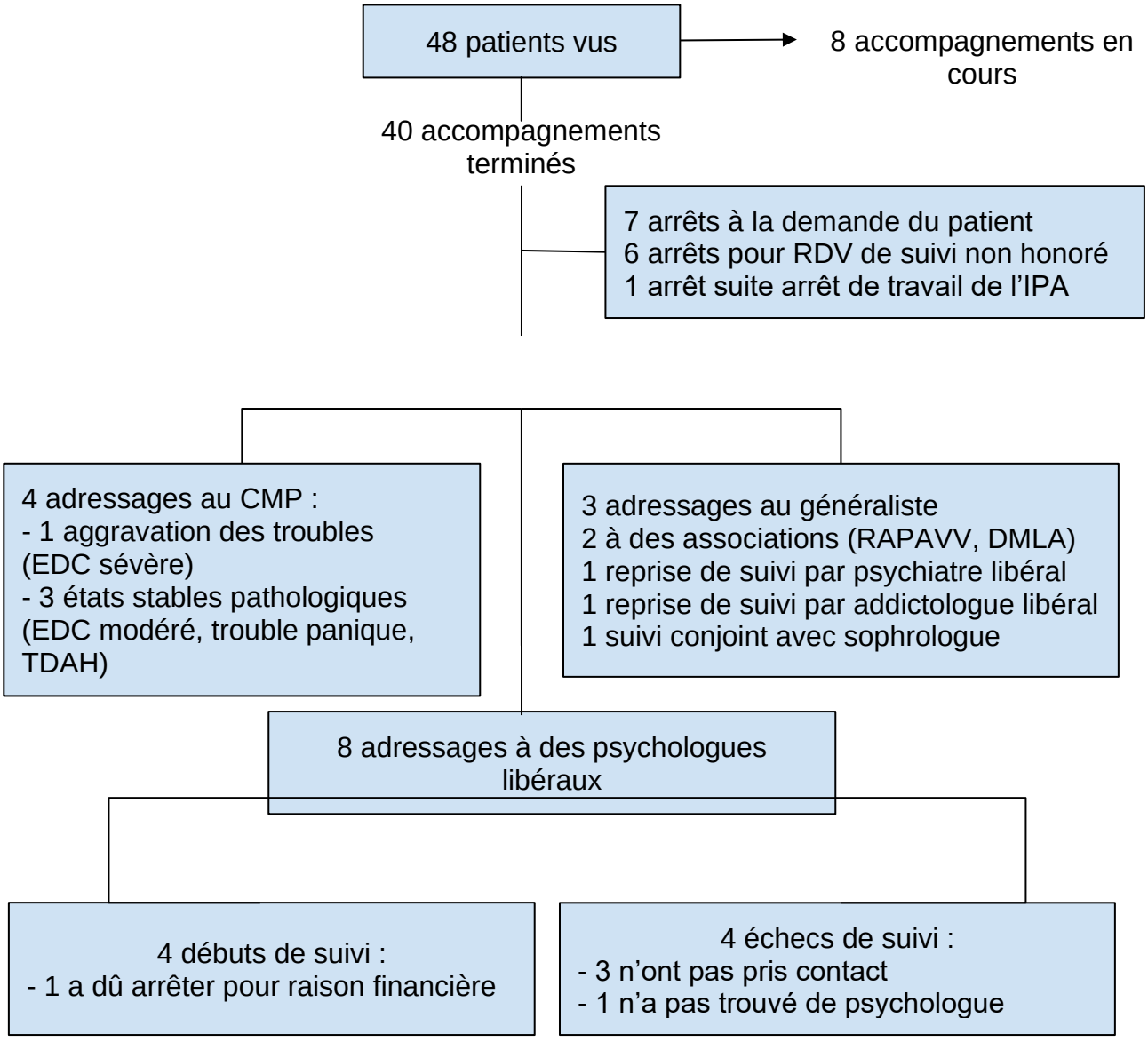


Figure n°32 : Devenir des patients après entretiens avec l'IPA santé mentale

7- Ressenti des patients

6 patients ont répondu au questionnaire distribué suite à la consultation.

A la première question ouverte “Qu'avez-vous ressenti lorsque le médecin vous a proposé un rendez-vous avec l'infirmière de pratique avancée en santé mentale ?”, il a été répondu : “ *J'ai ressenti une ouverture pour avoir un suivi moins médicalisé* “ ; “*Un bien être d'être pris en charge rapidement*” ; “*J'ai été d'accord parce-que j'avais besoin d'aide* ” ; ”*Je ne suis pas passée par mon médecin traitant, j'ai observé via les pancartes qu'il y avait ce service d'écoute de proposé et c'est ce que je recherchais*” ; “*Je pense avoir ressenti un soulagement. J'avais besoin de parler à une personne qui avait le temps. Une personne qui me permettait de prendre du recul, de la hauteur par effet miroir*” ; “*J'ai accepté cette proposition dans le but d'obtenir un soutien moral. Je n'aurai pas pris la décision seule pour obtenir ce rendez-vous*.”

L’évaluation sur une échelle de 1 à 10 de "L'écoute et la disponibilité" a été notée 10 en moyenne. L’évaluation sur une échelle de 1 à 10 de "La clarté des informations données" a été notée 10 en moyenne. L’évaluation sur une échelle de 1 à 10 de " Le dispositif en général" a été notée 10 en moyenne.

A la deuxième question ouverte, “Qu'est-ce que ce dispositif vous a apporté ?", il a été répondu : “*De me libérer et de me recentrer sur moi*” ; “*De la réflexion sur moi-même et essayer d'avancer*” ; “*Une aide à se sentir mieux*” ; “*Un espace où me déposer, une écoute bienveillante, un intérêt psychologique de ma personne. Merci*” ; *“Il m'a aidé à me sentir soutenu et compris. Il m'a aidé à retrouver une meilleure confiance en moi et estime de moi*” ; “*Un échange très agréable qui m'a permis de me recentrer et de m'apaiser*”.

8- Ressenti des professionnels de santé

Les médecins soulignent le bénéfice d’avoir des comptes-rendus de consultations détaillées et du temps à proposer aux patients. En revanche, l’adressage des patients est limité par la sectorisation géographique et des temps d’échanges plus réguliers avec les IPA seraient bienvenus.

De leur côté, les IPA apprécient d’avoir un relai avec le médecin traitant et de pouvoir accéder au dossier patient partagé. Elles disent également se sentir utiles. Le temps administratif et la multiplication des logiciels (Weda et Cortexte) avec l’absence d’interfaçage entre ces deux outils, est un point négatif.

DISCUSSION

1- Principaux résultats

Les consultations avancées par les IPA répondent à un réel besoin des généralistes et des patients. Sur une période de 1 an, 63 patients ont été adressés en entretien avec les IPA Santé Mentale. Seuls 5 créneaux de consultation n'ont pas été remplis. 11 créneaux supplémentaires ont dû être ouverts par l'IPA pour faire des réévaluations. 97% des adressages ont été faits par le généraliste. Le délai d'adressage moyen est de 28 jours.

43% des patients adressés présentent des symptômes anxieux et 38% des symptômes dépressifs. 14 patients adressés rapportent des idées suicidaires.

Parmi ces patients, on observe une part plus importante de femmes, de personnes entre 45 et 75 ans, de patients en ALD et de retraités. En comparaison à la population vendéenne, les patients bénéficiant de la C2S et les parents célibataires ont été adressés en plus grande proportion. Aucun homme entre 30 et 45 ans n'a été adressé.

48 patients ont été vus en entretien par les IPA. 97 consultations ont été réalisées avec une moyenne de 2 entretiens par patients. Les patients ayant déjà un suivi somatique ou psychiatrique adhèrent plus facilement aux soins. C'est aussi le cas pour les patients connaissant bien le médecin adresseur, avec qui ils ont une relation de confiance.

Les IPA prennent une place nouvelle dans la prise en charge des problèmes de santé mentale en soins primaires. Elles prennent en charge, en collaboration avec le généraliste, les pathologies de santé mentale fréquentes et peu sévères. Elles agissent directement au sein des lieux de santé primaires. Elles prennent part à la vie pluriprofessionnelle du cabinet en participant aux RCP.

Les IPA sont un pivot entre les généralistes et les psychiatres du CMP. 4 patients ont pu être adressés directement au CMP pour prise en charge de troubles nécessitant un avis spécialisé. 14 modifications thérapeutiques et 1 proposition d'examen

complémentaire ont été proposées au généraliste. Les généralistes et les IPA trouvent bénéfique de travailler ensemble.

Les IPA proposent une approche centrée patient. Celle-ci est accueillie favorablement par les patients. Un patient a présenté une meilleure observance de son traitement après avoir bénéficié de psychoéducation par l'IPA. 21 patients ont présenté une amélioration de leurs symptômes à l'issue de la prise en charge. Il n'y a pas eu de passage à l'acte suicidaire sur l'année.

Il y a beaucoup de ruptures de suivi, à toutes les étapes de la prise en charge. 21% des rendez-vous n'ont pas été honorés, dont la majorité, non excusés. 15 patients adressés n'ont pas été vus, dont 3 présentant des idées suicidaires. 40% des patients à qui un traitement a été prescrit par le généraliste ne l'ont pas pris. Sur les 8 patients adressés à la psychologue, 4 n'ont pas débuté de suivi et 1 a dû arrêter pour des raisons financières.

Les facteurs favorisant la rupture de soin semblent être : être une femme, avoir entre 45 et 60 ans, bénéficier de la C2S ou être sans emploi. A l'inverse, avoir un antécédent de pathologie psychiatrique, être en ALD et être retraité semblent favoriser l'adhésion aux soins. Le manque de temps et le défaut d'information sur le dispositif semblent être les principaux freins à la prise en charge.

2- Analyse des résultats

2.1 Patients ayant bénéficié du dispositif

Certaines populations ont été plus adressées que d'autres aux IPA. Les femmes, les personnes entre 45 et 75 ans, les patients en ALD, les patients retraités, les patients bénéficiant de la C2S et les patients célibataires ont été adressés en plus grande proportion. Il n'est pas possible de tirer de conclusion sur la profession des patients vus. Les données analysées dépendent du bon remplissage du logiciel. Il y a une confusion entre employés et ouvriers lors du remplissage de la profession par le généraliste. La proportion d'employés est donc certainement surestimée au détriment de la part d'ouvriers. Sachant qu'en Vendée : "Retraités, puis ouvriers, puis employés constituent

les catégories socio-professionnelles les plus importantes (65 %), la Roche-sur-Yon Agglomération ayant elle-même ces caractéristiques" (16).

Certains facteurs épidémiologiques peuvent expliquer la surreprésentation des femmes et des patients bénéficiaires de la C2S. La proportion de femmes et de patients bénéficiaires de la C2S est plus importante à La Roche-sur-Yon que dans la population vendéenne. Le taux de patients bénéficiant de la C2S à la MSP est au-dessus de la moyenne départementale, du fait de l'implantation en zone urbaine et au sein d'un quartier populaire, à proximité d'un quartier prioritaire de la ville. En population générale, les femmes sont plus sujettes aux épisodes dépressifs caractérisés (15,6% des femmes pour 9,3% des hommes) (11) et ont 2 fois plus de troubles anxieux que les hommes (12). Les personnes seules, les parents célibataires, les personnes au chômage et les personnes se déclarant non aisées financièrement ont un risque d'EDC plus important (9).

Les patients âgés et en ALD sont également adressés en plus grand nombre. Ce sont des patients qui consultent fréquemment le médecin généraliste. 40% des consultations de médecine générale sont liées à des pathologies chroniques (42). Les patients âgés et les patients des catégories socio-professionnelles supérieures disent prendre plus soin de leur santé mentale (38).

Néanmoins, les hommes et les jeunes ont aussi besoin d'une prise en charge en santé mentale. Le suicide touche plus les hommes que les femmes (20,7 pour 100 000 habitants pour les hommes et 6 pour 100 000 habitants pour les femmes (10)). Le rapport de la CPTS Centre Vendée montre une surmortalité par suicide de 40% chez les hommes de moins de 65 ans par rapport aux chiffres nationaux (44). Les adolescents et jeunes adultes ont présenté une hausse importante des troubles anxieux et des états dépressifs suite à l'épidémie Covid-19 (9). Le suicide constitue la 2^{e} cause de mortalité chez les 15-24 ans et la première chez les 25-34 ans (43).

Les facteurs pouvant expliquer que ces patients aient été peu adressés aux IPA sont le tabou autour de la santé mentale et le peu de contact avec le monde médical. 10% des hommes trouvent honteux d'aller chez un psychologue pour 7,8% des femmes (38). Le principal frein à prendre soin de sa santé mentale chez les hommes est le sentiment que "ça ne sert à rien" (38). Les patients consultants plus souvent leur

généraliste ont plus de chances d'être adressés. Les médecins généralistes voient en moyenne plus de femmes (55%) et plus de patients âgés (6/10 ont plus de 45 ans) en consultation (42).

Les pistes pour faciliter le recrutement de ces patients serait d'augmenter la communication autour de la santé mentale en consultation et en dehors. Les médecins pourraient questionner systématiquement les patients sur leur santé mentale. En parler, même quand le sujet n'est pas spontanément abordé, permet de limiter les a priori et d'ouvrir la discussion. Des campagnes de prévention ont lieu tous les mois à la MSP. Il serait intéressant de faire une édition sur la santé mentale ciblant les hommes et les plus jeunes. Cela permettrait de sensibiliser dès la salle d'attente, notamment les personnes accompagnantes (jeunes parents, …). Les consultations étant réservées aux patients suivis à la MSP, il peut être difficile d'étendre la communication en dehors du cabinet. Dans une volonté de généralisation de la prévention en santé mentale, une campagne de prévention pourrait être développée via la CPTS et le dispositif pourrait être proposé aux autres MSP du quartier.

2.2 Capacité d'accueil et délais

Il a été vu peu de patients par rapport à la capacité d'accueil initiale. En théorie, 80 patients auraient pu être vus sur l'année à raison de 2 consultations en moyenne par patients. En pratique, 48 patients ont été vus. La capacité d'accueil a été limitée par l'arrêt longue durée d'une des IPA. Un quart des créneaux initialement prévus a été supprimé. Seuls 5 créneaux encore ouverts sont restés non pourvus. 11 créneaux supplémentaires ont dû être ouverts par l'IPA pour reconvoquer les patients. 26 rendez-vous programmés n'ont pas été honorés.

En comparaison aux autres régions, il n'y a pas de réduction du délai de prise en charge. Le délai de prise en charge est en moyenne de 28 jours. On retrouve dans la littérature un délai de 17 jours dans la région Rhône-Alpes (39), de 10 jours dans les Hauts de France (40) et de 20,9 jours en Centre Val de Loire (41) pour l'accès au CMP avec primo entretien par l'infirmier. Les données de Vendée n'ont pas pu être obtenues. La diminution du nombre de créneaux causée par l'arrêt prolongée d'une IPA, l'autre IPA ne consultant qu'une semaine sur deux, a sensiblement augmenté les délais de consultation.

L’ouverture de nouveaux créneaux serait bienvenue pour accueillir les nouvelles demandes et permettre les réévaluations. Le projet de consultation avancée se poursuit actuellement en accord avec l’EPSM, les IPA et les médecins généralistes de la MSP. Une nouvelle IPA devrait venir remplacer celle en arrêt courant 2025. Dans ce contexte, on peut espérer une réduction du délai par la suite et une augmentation du nombre de patients pris en charge.

Toujours dans l’objectif d’augmenter la capacité d’accueil et également d’élargir le recrutement des patients, une IPA santé mentale libérale s’est installée à mi-temps depuis septembre 2024. Les patients ont un accès direct à ses consultations avec possibilité de ne pas passer par le généraliste. Elle peut voir des patients sans limitation de secteurs car elle n’est pas rattachée au CMP. Elle peut également assurer des suivis dans le temps pour les patients le nécessitant. Elle n’est pas limitée aux 3 entretiens d’évaluation. Son installation se fait en complément du travail des IPA salariées du CMP qui continuent de proposer une évaluation et de la prévention. Elle est conventionnée au sein de la MSP. Elle collabore directement avec les généralistes de la MSP et est rémunérée à l’acte et au forfait par l’Assurance Maladie.

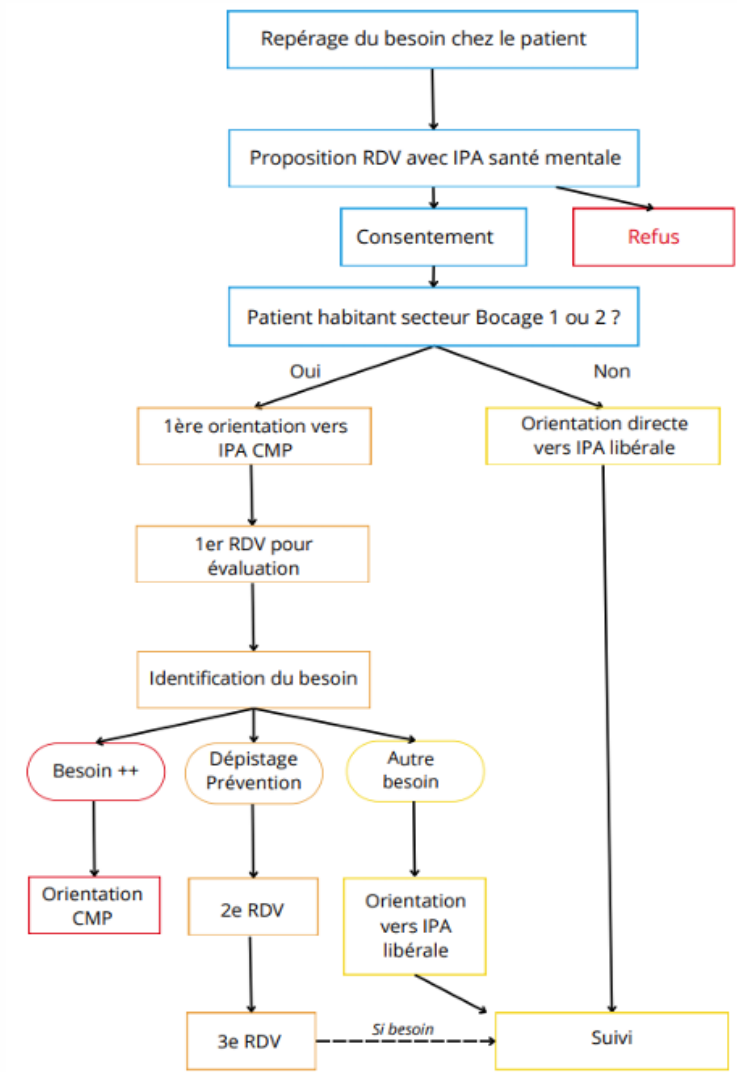


Figure n°33 : Arbre d'orientation des patients vers les IPA des consultations avancées et l'IPA libérale (source : MSP Les Forges : Point d'étape Projet consultation avancée en santé mentale par IPA)

2.3 Facteurs de risque de rupture de suivi

19% des patients ne se sont pas rendus à leur rendez-vous. Il s'agit principalement des femmes, des patients entre 45 et 60 ans, des patients bénéficiaires de la C2S ou sans emploi.

L'hypothèse de l'oubli est peu probable. La majorité des rendez-vous non honorés n'ont pas été excusés, et ce malgré les rappels des rendez-vous par mail et SMS (Doctolib). 4 patients n'ont pas pris le traitement prescrit car ils n'en voulaient pas. On

peut également supposer que certains n'étaient pas en accord avec l'adressage à l'IPA, mais n'ont pas osé en informer le généraliste.

Il semble que certains patients n'aient pas été bien informés des objectifs de la consultation. Le statut d'IPA est nouveau, les patients ne le connaissent pas toujours. Une patiente a exprimé ne pas comprendre sa présence en entretien avec l'IPA, car elle n'a « pas besoin d'aide ». Un autre exprime son mécontentement d'avoir un rendez- vous avec l'IPA santé mentale : « je n'ai pas confiance en ces gens-là, c'est une perte de temps ». Les généralistes adressant peu ont eu plus de patients non venus, peut-être en raison de leur moindre connaissance des modalités du dispositif. Le médecin porteur du projet a eu 12% de non venus, soit en dessous de la moyenne (19%).

Il existe des idées reçus autour de la santé mentale. Un patient a clairement exprimé lors de l'entretien des idées reçues sur la santé mentale, et dit qu'il ne serait pas allé au CMP. 30% des personnes anxieuses ou dépressives ne croient pas en l'existence de solutions efficaces contre la dépression (38).

Malgré l'absence d'avance de frais, les patients bénéficiant de la C2S et sans emploi ont été nombreux à ne pas se présenter au rendez-vous. Dans la population générale, la difficulté à se confier et la peur que l'entourage apprenne leur situation sont les principaux obstacles à la consultation chez les patients inactifs, après le coût financier (38).

Avoir un suivi régulier semble favoriser l'adhésion des patients. Les patients atteints de pathologies chroniques sont habitués aux soins et aux prises en charge pluriprofessionnelles. C'est le cas pour les patients en ALD, les patients retraités ainsi que les patients avec des antécédents psychiatriques. Le fait de connaître le praticien adressant pourrait également favoriser l'observance. On constate que les patients adressés par les remplaçants sont moins observants (60% non vus). Le médecin installé le plus récemment n'a adressé aucun patient. Une explication serait une moins bonne connaissance de sa patientèle.

Tous les patients ne peuvent pas se rendre disponibles pour les rendez-vous avec l'IPA. 5% des retraités n'ont pas été vus contre 32% des employés. Les 3 causes

connues d'annulation de rendez-vous sont liées à une reprise du travail. Les créneaux de consultation se situent entre 14 et 17h le mardi. La population de femmes non venues est majoritairement comprise dans la tranche d'âge 30-45 ans. C'est un âge où les femmes sont souvent actives avec des enfants à charge. Cela est confirmé dans l'enquête CoviPrev, où le principal frein souligné par les femmes et les 25-49 ans est le manque de temps (38).

Il faudrait s'assurer systématiquement de l'adhésion au dispositif et de la bonne compréhension du patient, notamment chez les patients peu habitués aux soins et à risque de rupture de suivi. Les généralistes manquent souvent de temps. La problématique psychologique n'est souvent pas la seule à être abordée durant la consultation. Il pourrait dans ce cas être proposé une réévaluation par le généraliste, sur une consultation dédiée. Les possibilités de créneaux sont plus variées dans la semaine. Cela permet de renforcer le lien avec le généraliste, avant de proposer un adressage à l'IPA dans un second temps. Chez les patients actifs, il faut rechercher la disponibilité pour la consultation. Des créneaux plus tardifs pourraient être ouverts certains mardis, en accord avec les IPA. Il pourrait aussi se discuter de varier les jours de consultation, mais cela est limité matériellement par la disponibilité des bureaux. Dans certains cas, proposer une consultation de suivi avec le généraliste reste plus adapté qu'un adressage à l'IPA.

Un début d'évaluation du ressenti des patients a été mis en place, avec pour l'instant très peu de réponses. Les patients acceptant de répondre au questionnaire sont ceux satisfaits du dispositif. Pour avoir l'avis d'un maximum de patients, il faudrait demander de remplir le questionnaire, systématiquement, dès la fin de la consultation. Il faudrait aussi s'assurer de conserver l'anonymat, pour limiter l'influence du praticien sur les réponses. Une étude qualitative pourrait être réalisée pour évaluer la satisfaction des patients, ainsi que les facilités et les freins qu'ils ont eus.

2.4 Développement du réseau de soins primaires

Les IPA prennent une place nouvelle dans la gestion des soins primaires en santé mentale, entre le médecin généraliste et les médecins psychiatres.

Les IPA prennent en charge les troubles de santé mentale fréquents et peu graves. Elles ont vu 38% de troubles de l'adaptation et 27% d'EDC légers à modérés. En comparaison, la file active d'hospitalisation de psychiatrie au CHS Mazurelle est principalement constituée de patients souffrant de troubles de l'humeur (18%), de troubles névrotiques (24%) et de schizophrénie (17%) (16).

Les IPA s'intègrent au sein de la MSP. Leur présence au sein même des locaux favorise l'adhésion des patients. Elles participent aux RCP avec les autres professionnels. Le réseau de soins entre généralistes et paramédicaux au sein de la MSP se développe. Les patients ayant déjà consulté l'infirmière ASALEE ont été plus nombreux à adhérer aux entretiens par l'IPA que ceux ne l'ayant jamais vu. L'infirmière ASALEE intervient à temps plein au sein de la MSP des Forges dans le cadre de l'accompagnement et de la prévention pour les patients porteurs de pathologies chroniques. Elle est confrontée à de nombreux patients présentant des besoins en santé mentale. Certains patients ont été orientés vers les IPA après des échanges entre le généraliste et l'infirmière ASALEE. Elle est donc indirectement impliquée dans l'orientation d'un certain nombre de patients. Informer les autres professionnels paramédicaux de la MSP des modalités du dispositif permettrait d'élargir le recrutement des patients. Ils peuvent, comme l'infirmière ASALEE, mettre en lumière des besoins de prise en charge en santé mentale. Dans ce cas le patient pourrait être adressé aux IPA, avec l'accord du généraliste.

Les IPA sont directement en lien avec les généralistes via le logiciel partagé. Il est dommage que les temps d'échange en présentiel n'aient pas pu être mis en place. IPA et généralistes sont pourtant favorables à ces échanges. Leur mise en place a probablement été limité par le manque de temps et d'organisation. Le cadre devrait être redéfinit clairement. Pour inciter les professionnels à poser des temps dédiés dans leur planning, une indemnisation pourrait être intégrée dans le budget de la MSP.

Certains généralistes adressent encore peu de patients aux IPA. Certaines patientèles sont hors secteurs et ne peuvent être adressées aux IPA. Certains praticiens n'ont peut-être pas modifié leurs habitudes de prise en charge des pathologies de santé mentale. Certains médecins n'étaient pas présents aux réunions et ne sont donc pas au fait de toutes les modalités du dispositif. Une évaluation qualitative de la satisfaction et des freins des praticiens à l'orientation permettrait de cibler les points à améliorer.

Les IPA font le lien entre la ville et l'hôpital. Maintenir le dispositif avec les IPA du CMP, en complément de l'IPA libérale, permet de garder ce lien. Pour les généralistes, les principaux freins à l'adressage au CMP et à des soins psychiatriques sont le délai d'attente et le manque de communication (6). Les IPA permettent une prise en charge sans avance de frais pour le patient, au sein de la MSP, avec un délai de prise en charge raisonnable. Lorsque cela est nécessaire, l'adressage au CMP se fait facilement. Les IPA peuvent prendre directement contact avec les psychiatres du CMP, avec lesquels elles travaillent le reste de la semaine. Elles poursuivent le suivi de certains patients sur leur journée de consultation au CMP. Néanmoins, une fois le suivi au CMP débuté, les généralistes n'ont plus accès au contenu des consultations. Les IPA essayent de noter les informations dans le dossier Weda mais cela n'est pas fait systématiquement. La mise en place des temps d'échange réguliers permettrait de pallier à ce problème et de maintenir le lien.

Le réseau libéral de soins en santé mentale est également sollicité. Les patients ont été adressés à un psychiatre, un addictologue et des psychologues libéraux. Il y a malheureusement de grosses difficultés d'adressage aux psychologues. Cela limite les poursuites de prise en charge. Ces difficultés sont liées à des problèmes financiers mais également à une difficulté à contacter les psychologues du territoire. Ces derniers pourraient être sollicités pour un protocole de collaboration. Cela faciliterait l'adressage et le parcours patient. Les patients ayant des problèmes financiers peuvent, eux, être suivi par l'IPA libérale au cabinet.

2.5 Prise en charge des patients

Il n'est pas possible de conclure à une meilleure prise en charge pour les patients, même si on note une amélioration des symptômes pour 44% des patients vus par l'IPA et que les patients ayant répondu au questionnaire se disent satisfaits. Les informations disponibles ne sont pas suffisantes. Il existe un biais de mémorisation lors de la rédaction des comptes-rendus par les IPA après les entretiens. L'absence de grille et de critères de compte-rendu rend les informations disponibles variables. Le fait qu'il n'y ait qu'un seul investigateur majore le risque d'erreur lors du recueil des données. Il y a un biais d'interprétation de certaines données lors de la relecture des comptes-rendus.

Toutefois, les IPA proposent une prise en charge centrée patient. Elles s'appuient sur les recommandations pour proposer une psychothérapie adaptée et une prise en charge médicamenteuse lorsque celle-ci est nécessaire. Elles voient les patients sur des créneaux plus long que ceux des généralistes, ce qui permet de consacrer plus de temps au patient. Afin d'évaluer l'efficacité du dispositif sur la prévention et le dépistage précoce, la mise en place d'une étude quantitative serait pertinente, par exemple avec une évaluation des échelles de dépression et de qualité de vie, avant et après intervention par les IPA. Il serait aussi intéressant d'évaluer les risques de récidive, d'aggravation et d'observer si les patients sollicitent d'eux même l'IPA en cas de besoin.

BIBLIOGRAPHIE

1. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie : psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 3e éd. Tours : Presses universitaires François-Rabelais ; 2021. (L'officiel ECN).

2. HAS. Guide de coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. En ligne]. 2018 [cité 15 mai 2024]. Disponible sur : https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf

3. Collège de la Médecine Générale. Médecine générale et santé mentale. [En ligne]. 2022 [cité 5 août 2024]. Disponible sur : https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2023/03/Medecine-generale-et-sante-mentale-20221228.pdf

4. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. DREES, études et résultats. 2012 ; 810.

5. A. Grolleau, A. Cougnard, B. Bégaud, H. Verdoux. Usage et congruence diagnostique des traitements à visée psychotrope : résultats de l'enquête santé mentale en population générale en France métropolitaine. Masson E. EM-Consulte. 2008 ; 34(4) : 352-9.

6. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt JL. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». Inf Psychiatr. 2014 ; 90(5) : 311-7.

7. OMS. Dépression : parlons-en. [En ligne]. 2017 [cité 24 févr 2025]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health

8. Ministère de la Santé et de la Prévention. Synthèse du bilan de la feuille de route — Santé mentale et psychiatrie. Mars 2023. 35 p.

9. Santé Publique France. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°26. [En ligne]. 2023 [cité 8 déc 2024]. Disponible sur : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/26/2023_26_2.html

10. Ministère de la Santé, du Travail, des Solidarités et des Familles. La politique de prévention du suicide. [En ligne]. 2024 [cité 24 févr 2025]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/promotion-et-prevention/la-prevention-du-suicide/article/la-politique-de-prevention-du-suicide

11. Santé Publique France. Dépression et anxiété. [En ligne]. 2024 [cité 24 févr 2025]. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete

12. Inserm. Troubles anxieux. [En ligne]. 2021 [cité 24 févr 2025]. Disponible sur : https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/

13. OFDT. Alcool - Synthèse des connaissances. [En ligne]. [cité 24 févr 2025]. Disponible sur : https://www.ofdt.fr/alcool-synthese-des-connaissances-1722

14. OFDT. Évolution de l'usage quotidien de tabac parmi les 18-75 ans entre 2000 et 2021. [En ligne]. 2025 [cité 24 févr 2025]. Disponible sur : https://www.ofdt.fr/publication/2025/evolution-de-l-usage-quotidien-de-tabac-parmi-les-18-75-ans-entre-2000-et-2021

15. EPSM de Vendée - Centre Hospitalier Georges Mazurelle. L'organisation et les modalités de soins. [En ligne]. 2015 [cité 24 févr 2025]. Disponible sur : https://www.ch-mazurelle.fr/notre-offre-de-soins/lorganisation-generale-des-soins/

16. PTSM de Vendée. Diagnostic territorial. [En ligne]. 2018 [cité 13 févr 2025]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ptsm_85.pdf

17. ARS. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). [En ligne]. 2023 [cité 24 févr 2025]. Disponible sur : https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp

18. ARS. Les communautés professionnelles territoriales de santé [En ligne]. 2024 [cité 24 févr 2025]. Disponible sur : https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante

19. Code de la Santé Publique. Articles R4301-1 à R4301-8-1. Section 1 : Exercice infirmier en pratique avancée [En ligne]. [cité 13 févr 2025]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000038549827/

20. Syndicats National des Professionnels Infirmiers. Les compétences de l'infirmière de pratique avancée IPA [En ligne]. 2017 [cité 26 févr 2025]. Disponible sur : https://www.syndicat-infirmier.com/Les-competences-de-l-infirmiere-de-pratique-avancee-IPA.html

21. Charron M, Duhoux A, Contandriopoulos D, Page C, Lessard L. Le rôle des infirmières dans les services de première ligne face aux personnes souffrant d'un trouble mental courant. Santé Ment Au Qué. 14 juin 2017 ; 42(1) : 289-303.

22. McLeod K, Simpson A. Exploring the value of mental health nurses working in primary care in England: A qualitative study. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2017 ; 24(6) : 387-95.

23. Magnée T, de Beurs DP, de Bakker DH, Verhaak PF. Consultations in general practices with and without mental health nurses : an observational study from 2010 to 2014. BMJ Open. 18 juill 2016 ; 6(7) : e011579.

24. Martin A. Infirmiers en Pratique Avancée : quel exercice coordonné avec les médecins généralistes ? Revue de littérature systématique des dispositifs de coopération entre infirmiers en pratique avancée et médecins généralistes à l'international en soins primaires. [Thèse d'exercice]. Amiens, France : Université de Picardie Jules Verne ; 2022.

25. Delaney KR, Drew BL, Rushton A. Report on the APNA National Psychiatric Mental Health Advanced Practice Registered Nurse Survey. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 1 mars 2019 ; 25(2) : 146-55.

26. Université de Washington. À propos des soins collaboratifs [En ligne]. 2024 [cité 26 févr 2025]. Disponible sur : https://aims.uw.edu/collaborative-care/

27. Agius M, Murphy CL, Zaman R. Does shared care help in the treatment of depression? Psychiatr Danub. nov 2010 ; 22 Suppl 1 : S18-22.

28. Institut Montaigne. Soins collaboratifs en santé mentale : le modèle SÉSAME. [En ligne]. 2023 [cité 5 févr 2024]. Disponible sur : https://www.institutmontaigne.org/publications/soins-collaboratifs-en-sante-mentale-le-modele-sesame

29. DGOS. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Intégration de CMP au sein de pôles de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles [En ligne]. 2024 [cité 13 févr 2025]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/des-enjeux-de-proximite-pour-la-politique-de-sante-mentale/des-projets-de-territoires-en-sante-mentale-illustres-sur-le-terrain/article/integration-de-cmp-au-sein-de-poles-de-sante-et-maisons-de-sante

30. DGOS. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [En ligne]. [cité 13 févr 2025]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/des-enjeux-de-proximite-pour-la-politique-de-sante-mentale/des-projets-de-territoires-en-sante-mentale-illustres-sur-le-terrain/article/partenariat-asm-13-et-pole-de-sante-paris-13-sud-est

31. 2è Congrès national des IPA Psychiatrie Santé Mentale Vendée. IPA et CPTS par Charline Guiziou - YouTube [En ligne]. 2024 [cité 13 févr 2025]. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=9lyJQ-KtHMQ&list=PLsxSdH80ai8KShXzIe1YMAW6YHRGFSaMr&index=11

32. 2è Congrès national IPA Psychiatrie Santé Mentale Vendée. IPA et Foyer de vie par Catherine Meslin - YouTube [En ligne]. 2024 [cité 13 févr 2025]. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=mrofSPQdPCE&list=PLsxSdH80ai8KShXzIe1YMAW6YHRGFSaMr&index=12

33. 2è Congrès national IPA Psychiatrie Santé Mentale Vendée. IPA et rétablissement par Maud Garcia - YouTube [En ligne]. 2024 [cité 13 févr 2025]. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=q3qqPcnBXFA

34. DGOS. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Mise en place d'un dispositif de soins partagés [En ligne]. [cité 13 févr 2025]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/des-enjeux-de-proximite-pour-la-politique-de-sante-mentale/des-projets-de-territoires-en-sante-mentale-illustres-sur-le-terrain/article/mise-en-place-d-un-dispositif-de-soins-partages

35. Institut Montaigne. Soins collaboratifs en Santé Mentale : le modèle SESAME. [En ligne]. 2023 [cité 13 févr 2025]. Disponible sur : https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/operation-speciale-soins-collaboratifs-en-sante-mentale-le-modele-sesame.pdf

36. Perreau L. « Prévenir avant de psychiatriser » : une maison de santé expérimente des consultations par des IPA en santé mentale. Concours Pluripro [En ligne] 2023 [cité 13 févr 2025]. Disponible sur : https://www.concourspluripro.fr/exercice-pluriprofessionnel/msp/prevenir-avant-de-psychiatriser-une-maison-de-sante-experimente-des

37. CONVENTION DE COOPÉRATION MSP des FORGES – EPSM GEORGES MAZURELLE. Consultations avancées en santé mentale par des IPA. 2023

38. Santé Publique France. Enquête CoviPrev. Représentations sur la santé mentale et les troubles psychiques [En ligne]. 2023 [cité 5 avr 2025]. Disponible sur : https://docs.google.com/document/d/1lRnP_oCUoylaLVMTy10-j_U_rPfHJxMMFf6Gi1xcpyU/edit?tab=t.0

39. ARS Rhône Alpes. Enquête sur les CMP de la région Rhône Alpes [En ligne]. 2015 [cité 10 mars 2025]. Disponible sur : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/2017_Etudes%20Psy_Enquete_CMP_062015.pdf

40. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et en santé mentale Hauts de France. Audit croisé inter-établissements : primo-accueil et activité des centres médico-psychologiques adultes dans les Hauts-de-France [En ligne]. 2017 [cité 10 mars 2025]. Disponible sur : https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30058.pdf

41. Observatoire régional de la santé du Centre-Val de Loire. Mesure des délais d'attente en CMP en Centre-Val de Loire [En ligne]. 2020 [cité 10 mars 2025]. Disponible sur : https://orscentre.org/images/files/publications/sante_mentale/Rapports/CMP.pdf

42. DREES. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. Etudes et résultats. 2004 : 315 : 1-11

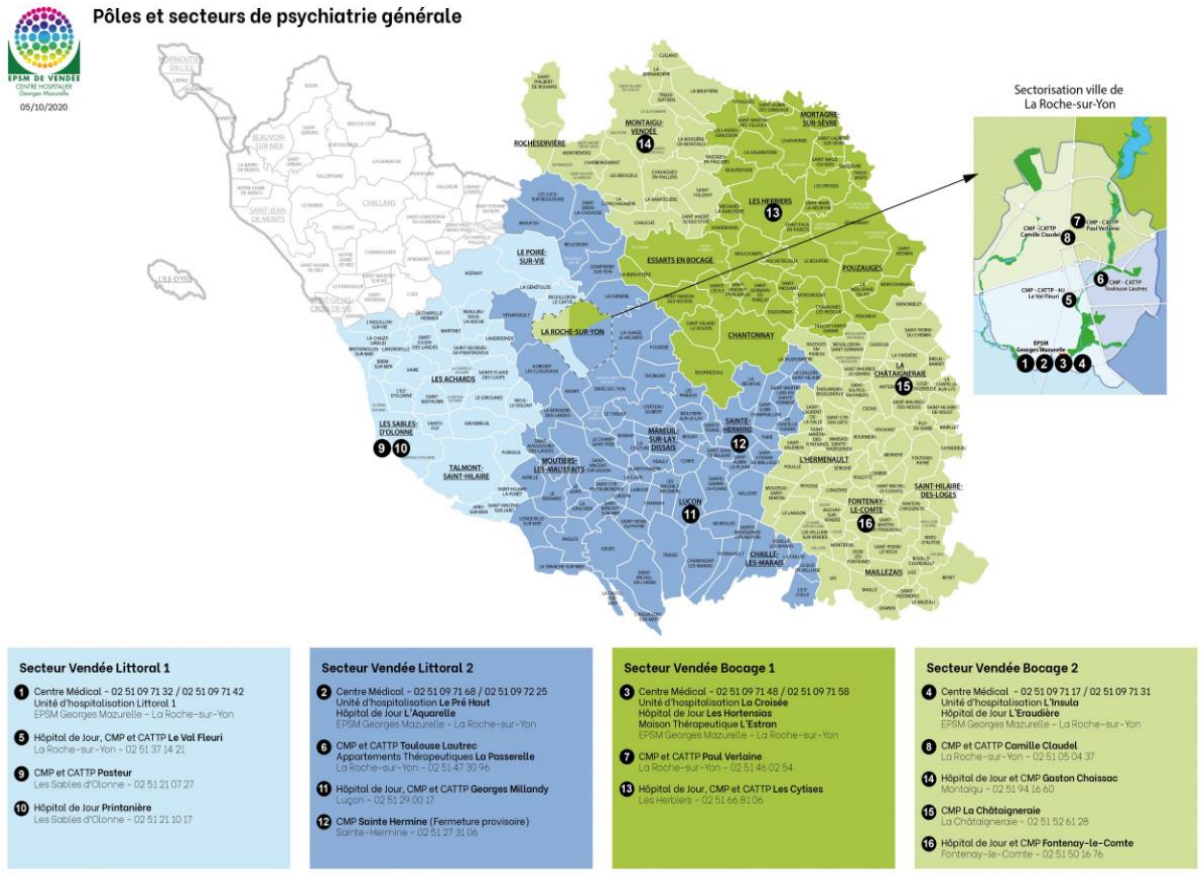
43. Épidémiologie France Suicides – Infosuicide.org [En ligne]. [cité 29 avr 2025]. Disponible sur : https://www.infosuicide.org/reperes/epidemiologie/epidemiologie-france-suicides/

44. S. David, M.-C. Goupil, C. Foltyn, J.-F. Buyck (2025). Portrait Santé CPTS Centre Vendée. ORS Pays de la Loire. 90 p.

45. Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale

46. Décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 relatif aux conditions de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée

ANNEXES



Annexe n°1 - Secteurs de Psychiatrie en Vendée et à La Roche sur Yon

DIAGNOSTIC	CRITERES D'INCLUSION	MISSIONS IPA
EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE	-5 symptômes présents depuis au moins 15 jours ayant entrainé une modification du comportement de la personne -Dont l'un des 2 symptômes principaux : humeur dépressive et ou perte d'intérêt ou de plaisir	**Evaluation** : échelles hétéro et auto questionnaire (Beck 13 items et MADRS) **Psycho éducation** en lien avec la pathologie : symptômes, traitement, hygiène de vie (sommeil, activité physique, hygiène alimentaire), Régulation émotionnelle : évoquer la rumination et la suppression de l'émotion favoriser des stratégies d'adaptation positives **Utilisation d'outils** : « le chien noir », « et toi ça va » plan bien être =) wrap, fiche réseau PIC **Orientation** : MG, psychologue mon parcours psy, cmp, 3114 Un autre RDV pourra être proposé avec l'environnement (conjoints, parents enfants) en fonction des besoins et du consentement de la personne soignée
TROUBLES ANXIEUX	Trouble anxieux généralisé, panique, phobique, obsessionnel compulsif	**Evaluation** échelles gad-7 ou HAD Psycho éducation des symptômes, identification des facteurs déclencheurs, **Education thérapeutique** : règle hygiéno diététique, wrap plan bien être **Outils de relaxation** : respi relax, cohérence cardiaque, **Orientation** : psychologue TCC, MG, CMP, technique de relaxation yoga, sophro, maison de la médecine douce, shiatsu, Tai chi, réflexologie
TROUBLES DU SOMMEIL	Plainte subjective d'insomnie du patient	**Evaluation clinique** du trouble du sommeil **Entretien d'approche TCC** Agenda du sommeil Conseil hygiène du sommeil Favoriser la diminution de la consommation des traitements médicamenteux et notamment d'hypnotique et anxiolytique
TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST PARTUM	Troubles psychiques présents sur la période de périnatalité qui s'étend de la conception à la première année de l'enfant ou personne ayant des ATCD de troubles psychiques	**Prévention et repérage** des facteurs de risques vulnérabilités psychiatriques, gynécologique et environnementaux **Entretien :** pour que la personne soit en capacité de repérer ses difficultés et de demander de l'aide Informations et clarification des stratégies adaptées soutien sociale médicale **Orientations et coordination** des soins en fonction des besoins : PMI, sage-femme, MG, cmp, pédo psychiatrie

TROUBLE LIE A L'USAGE DE L'ALCOOL	Addiction à l'alcool générant des risques : comportementaux, relationnels, sociaux	**Intervention brève** **Entretien motivationnel** : cercle de prochaska et di clemente Réévaluation des benzodiazépines **Orientation** vers les services d'addicto , MG, associations
TROUBLE DE L'ADAPTATION	Symptômes émotionnels et comportementaux survenant dans un contexte d'évènement de vie vécu comme stressant Ex : rupture, deuil, période de transition de vie, maladie…	**Evaluation et repérage** des troubles dépressifs, anxieux : échelle HAD Régulation émotionnelle Identification des stratégies d'adaptation **Orientation** : MG, psychologue mon parcours psy , CMP, associations
VIOLENCES CONJUGALES	Violences faites aux femmes	**Repérage échelle** Violentomètre =) aide à la prise de conscience Entretien de dépistage et de soutien et d'orientation en fonction des reco HAS 2022 **Orientation** : 3919, 114, psychologue, psychiatre, associations, MG
ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE	Toute personne ayant été exposé à un évènement traumatique	**Evaluation** du trouble de stress aigu, des risques et des comorbidités Echelle ESPT **Psychoéducation** : règle hygiéno diététique Pas de benzodiazépine **Orientation** : centre psycho trauma à Nantes, psychologue EMDR, MG
TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (TCA)	Restriction ou épisodes récurrents d'hyperphagie	**Evaluation** du trouble : surveillance du poids, dysmorphophobie… **Entretien de soutien et motivationnel** =) **Orientation** : MG, centre expert Nantes
PROCHE AIDANT	Toutes personnes accompagnant physiquement ou psychiquement une personne souffrant de troubles psychiques	**Evaluation du fardeau** : échelle de Zarit **Entretien de soutien** Identification des forces et des stratégies positives **Orientation** associations, programme BREF, MG, CMP mon parcours psy

Annexe n°2 - Critères d'adressage des patients aux IPA Santé Mentale (source : Convention de coopération MSP des Forges – EPSM Georges Mazurelle)

MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE LES FORGES

Questionnaire de satisfaction
Consultations avec IPA en santé mentale

1. **Qu'avez-vous ressenti lorsque le médecin vous a proposé un rendez-vous avec l'infirmière de pratique avancée en santé mentale ?**

.....

.....

.....

2. Sur un échelle de 1 à 10, pouvez-vous indiquer votre satisfaction sur :

1 représentant le plus faible, 10 le plus fort

- ***L'écoute et la disponibilité***

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- ***La clarté des informations données***

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Sur une échelle de 1 à 10, pouvez-vous indiquer votre satisfaction générale du dispositif :

1 représentant le plus faible, 10 le plus fort

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Merci de bien vouloir apporter ce questionnaire rempli lors de votre prochaine consultation avec votre médecin

Annexe n°3 - Questionnaire de satisfaction remis au patient (source : MSP Les Forges – Questionnaire de satisfaction patients)

NOM : MIEHE **PRÉNOM :** Rolande

Titre de Thèse : Un exemple de collaboration interprofessionnelle : Étude descriptive d'un an de consultations avancées par des Infirmières de Pratique Avancée en santé mentale au sein d'une MSP en Vendée.

RÉSUMÉ

- **Introduction** : Les pathologies courantes de santé mentale touchent un patient sur 5 au cours de sa vie. L'accès aux soins primaires en santé mentale est difficile. Les médecins généralistes, au centre de la prise en charge des patients, ont besoin d'aide. L'arrivée, depuis 2019, des IPA en santé mentale constitue une occasion de faciliter le dépistage et la prise en charge précoce des troubles.
- Objectif : Evaluer la population prise en charge par les IPA sur un an. Calculer le délai de prise en charge. Comprendre les freins à la prise en charge. Définir les outils utilisés par les IPA en consultation. Connaitre l'orientation des patients.
- Méthode : Etude observationnelle, rétrospective, monocentrique, menée sur les patients vus en consultations avancées de septembre 2023 à septembre 2024, à partir des données de consultations extraites du logiciel métier.
- Résultats : 63 patients ont été adressés sur 1 an, majoritairement des femmes entre 60 et 75 ans, des patients en ALD, des patients bénéficiaires de la C2S et des retraités. Aucun homme entre 30 et 45 ans n'a été vu. 97 consultations ont été réalisées, en moyenne 2 par patients. Le délai moyen d'accès aux consultations est de 28 jours. 21% des rendez-vous n'ont pas été honorés. Seuls 48 patients sur les 63 adressés ont été vus par les IPA. Les facteurs de risque de rupture de soins sont être une femme, avoir entre 30 et 60 ans, être bénéficiaire de la C2S et être sans emploi. 38% des patients vus présentent un trouble de l'adaptation. 4 patients ont été adressés au CMP. 8 patients ont été adressés à des psychologues libéraux, seuls 4 sur les 8 ont effectivement débuté un suivi. 14 patients ont bénéficié d'une modification de prescription suite à la consultation.
- Conclusion : Les IPA prennent une place nouvelle dans les soins primaires en santé mentale. Elles prennent en charge les pathologies fréquentes et peu graves, au carrefour entre généralistes et soins psychiatriques. Le dispositif se poursuit actuellement. L'arrivée en parallèle d'une IPA libérale permet de prendre en charge plus de patients. Il semble important de favoriser la communication autour du dispositif en dehors des consultations, en ciblant notamment les hommes jeunes. Il faut prendre le temps d'informer les patients sur la santé mentale et la prise en charge afin de limiter les ruptures de suivi. La mise en place de créneaux d'échange dédiés et indemnisés faciliterait la communication entre IPA et généralistes. L'intégration des autres professionnels libéraux en santé mentale (notamment psychologue) favoriserait le parcours patient.

MOTS-CLÉS

COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ; IPA SANTÉ MENTALE ; SOINS PRIMAIRES ; CONSULTATIONS AVANCÉES