



Master 2 Mention Santé publique

Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé publique

Promotion : 2021-2022

***L'intégration de la santé mentale en médecine générale :
coordination des acteurs en faveur du parcours de soins***

Romane Piton

7 septembre 2022

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon directeur de mémoire, Monsieur François-Xavier Schweyer, dont les précieux conseils et la bienveillance furent un véritable soutien.

J'adresse mes sincères remerciements à ma tutrice de stage Gaëlle Giordano pour ses conseils et la richesse de l'apprentissage, ainsi qu'à Dominique Dépinoy pour les responsabilités et la confiance accordées tout au long de mon stage.

J'associe également tous mes remerciements à l'ensemble de l'équipe du cabinet Acsantis.

Je souhaite également remercier les professionnels de santé qui ont bien voulu m'accorder de leur temps pour m'aider à élaborer ce mémoire.

Et enfin, mille mercis à ma famille et à mes amis, pour leur soutien infaillible.

Liste des sigles utilisés

AIMS : Advancing Integrated Mental health Solutions
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS : Agence régionale de Santé
ASM 13 : Association de santé mentale du 13e arrondissement de Paris
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCOMS : Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé
CHS : Centres hospitaliers spécialisés
CLS : Conseils locaux de santé
CME : Commission médicale d'établissement
CMG : Collège de la médecine générale
CMP : Centre médico-psychologique
Cnam : Caisse nationale d'Assurance Maladie
CNRS : Centre National de Recherche Scientifique
CNSQP : Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
CPAM : Caisse primaire d'Assurance Maladie
CPTS : Communauté pluriprofessionnelle territoriale de santé
CTIS : Comité technique de l'innovation en Santé
CTSM : Contrat Territorial de Santé Mentale
CSIS : Comité stratégique de l'innovation en Santé
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGS : Direction générale de la santé
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DREES : Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : Direction de la Sécurité Sociale
DSP : Dispositif de soins partagés
DSPP : Dispositif de soins partagés en psychiatrie
EPS : Etablissements public de santé
FHF : Fédération Hospitalière de France
GAD-7 : Generalized Anxiety Disorder - 7
HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut conseil de la santé publique

HDJ : Hôpital de jour

IPA : Infirmiers de Pratique Avancée

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

OMS : Organisation mondiale de la santé

PHQ-2 : Patient Health Questionnaire-2

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

RCP : Réunions de concertations pluridisciplinaires

SGMAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

Table des matières

Remerciements	2
Liste des sigles utilisés.....	3
Table des matières	5
Introduction	6
Méthodologie.....	11
Partie I - Des barrières entravant le parcours de soins en santé mentale	15
I. L'inscription du médecin généraliste dans les prises en charge en santé mentale	15
1. Un rôle essentiel mais peu reconnu.....	15
2. L'importance de la formation en médecine générale	20
II. Le cloisonnement de la médecine générale et de la psychiatrie.....	23
1. Des disciplines inscrites dans le modèle « biopsychosocial »	23
2. Un manque de communication entre le médecin généraliste et le psychiatre.....	26
III. L'influence des différentes politiques publiques sur les prises en charge	29
1. D'une politique territorialisée vers une politique de désinstitutionalisation.....	30
2. Le renforcement des liens entre la psychiatrie et la médecine générale au travers des politiques publiques	33
Partie II - Vers les soins coordonnés.....	38
I. Développement des différents concepts / modèles.....	38
1. L'amélioration de la communication	39
2. Le lieu d'exercice partagés	40
3. Le dispositif de soins partagés (DSP).....	41
4. Le care/case management	43
5. Le dispositif intégré de type collaborative care.....	44
II. Illustration de la mise en œuvre de ces modèles à travers deux expérimentations.....	46
1. Une expérience territoriale associant Maison de santé, DAC et psychiatrie.....	46
2. Une expérience de soins collaboratifs intégrés.....	50
III. Enseignements tirés de ces expérimentations pour l'articulation de la santé mentale avec la médecine générale	56
1. De nouvelles modalités organisationnelles.....	56
2. Des leviers territoriaux à saisir pour renforcer la coordination	62
Conclusion.....	67
Bibliographie	69
Liste des Annexes	76
ANNEXE 1 - Liste des acteurs interrogés	77
ANNEXE 2 - Exemple de grille d'entretien vers un médecin généraliste	78
ANNEXE 3 - Retranscription d'un entretien dans le cadre de l'expérimentation territoriale associant Maison de santé, DAC et psychiatrie.....	79

Introduction

La santé mentale représente un enjeu de santé publique majeur : selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1 personne européenne sur 4 est touchée par des troubles psychiques à un moment de sa vie (OMS, 2001). La situation des personnes vivant avec des troubles psychiques en France est préoccupante. Les problématiques de santé mentale concernent 12 millions de Français chaque année (IRDES, 2019). La demande de soins est en augmentation constante notamment pour les troubles anxiodépressifs, les psycho-traumatismes, les troubles du comportement et les addictions. Ces troubles représentent les causes principales de morbidité et de mortalité, classant les maladies psychiques au 3^{ème} rang après les cancers et les pathologies cardiovasculaires.

L'impact de la crise sanitaire liée à la COVID-19 n'a pas été négligeable, du fait des bouleversements sociaux qu'elle a pu engendrer, certains troubles psychiques se sont révélés ou aggravés (HCSP, 2021). Le sixième rapport « Covid-19 : usage des médicaments de ville en France » réalisé par le groupement d'intérêt scientifique EPI-PHARE, constitué de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam), a mis en évidence une augmentation de l'usage de psychotropes pendant la crise sanitaire¹. Cette étude révèle que l'usage de psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs) n'a cessé d'augmenter depuis la crise sanitaire : +15,2% de délivrance pour les anxiolytiques, soit 190 000 nouveaux patients, +23% pour les antidépresseurs, soit 120 000 nouveaux patients, en 2021.

L'étude CoviPrev réalisée par Santé publique France du 9 au 16 mai 2022, a permis de suivre l'évolution de la santé mentale en population générale. Il en ressort une prévalence élevée des troubles anxieux et dépressifs encore à ce jour : 15,1% des Français interrogés estiment souffrir d'un état dépressif (contre 9,8% hors épidémie) et 25,4% estiment souffrir d'un état anxieux (contre 13,5% hors épidémie).

La santé mentale, selon l'OMS, ne se définit pas seulement comme l'absence de trouble mental, elle est un « état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté ». En cela, c'est une composante essentielle du bien-être général et de la définition globale de la santé, à savoir un état de complet bien-être physique, mental et social (OMS, 2001). La santé mentale, dans ce sens positif, prend en compte la façon dont une personne peut se réaliser socialement et assumer son rôle de citoyen. À la différence des troubles psychiques, la souffrance psychique se caractérise par un « état de mal-être se manifestant le plus souvent par des symptômes

¹. Cette étude couvre la période du 16 mars 2020 au 25 avril 2021 et s'appuie sur les données de remboursement de 51,6 millions d'assurés du régime générale

anxieux et dépressifs réactionnels à des situations éprouvantes et par des difficultés existentielles, sans être forcément révélateur d'un trouble mental » (OMS, 2021), d'une plus faible intensité que les troubles psychiques, la souffrance psychique est en lien étroit avec les déterminants sociaux.

Les troubles psychiques, quant à eux, se caractérisent par « des perturbations émotionnelles, cognitives et comportementales entraînant une souffrance psychique et/ou des problèmes de fonctionnement personnel et social » (HCSP, 2021). Ils sont la conséquence de déterminants exogènes (sociaux et psychologiques) et endogènes (facteurs génétiques).

La souffrance psychique est fréquemment recueillie par les médecins généralistes. Ces derniers assurent le repérage des troubles légers à modérés (dépressions, troubles anxieux) et réalisent l'accompagnement des troubles graves stabilisés. D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), les médecins généralistes seraient les acteurs du sanitaire assurant le plus le repérage précoce des troubles psychiques. Les problématiques de santé mentale représenteraient 15% des consultations totales d'un médecin généraliste, et par conséquent les médecins généralistes seraient à l'initiative de 90% des prescriptions d'antidépresseurs. Ils seraient les professionnels les plus consultés pour une problématique relevant de la santé mentale : 58% de la population adulte identifierait le médecin généraliste comme professionnel de premier recours en cas de problème psychologique (HAS, 2018).

La Société européenne de médecine générale-médecine de famille définit cette discipline comme étant la porte d'entrée des usagers vers le système de soins. Les médecins généralistes assurent la coordination avec les autres professionnels de santé, tout en favorisant la continuité des soins, dans une approche centrée sur le patient, en réponse aux « problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle » (Wonca Europe, 2005). En France, ce rôle de coordination est renforcé par le biais du dispositif du médecin traitant. Du fait de son rôle essentiel dans la prise en charge globale des problèmes de santé, à la fois somatique et psychique, le médecin généraliste est un acteur majeur, aux côtés des acteurs de la psychiatrie, dans la prise en charge des troubles psychiques.

Or, les professionnels de médecine générale seraient peu formés à la psychiatrie. À cela s'ajoute une communication hétérogène entre ces deux disciplines. Ces problèmes de coordination peuvent avoir des conséquences directes sur la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques : délais d'orientation longs, retards de diagnostic, aggravation des troubles (HAS, 2018), d'autant que les troubles psychiques ont un impact social important, pèsent sur la qualité de vie de la personne et peuvent entraver la réalisation de leur rôle de citoyen.

Ainsi, face à ces enjeux, la prise en compte de la santé mentale dans les soins de médecine générale est devenue un axe de progression majeure pour les pouvoirs publics. Les politiques publiques en matière de santé mentale sont passées d'une logique centrée sur le parcours du patient,

du soin hospitalier vers le soin extrahospitalier, à une logique de promotion et de prévention de la santé mentale au sein de l'ensemble de la population française. La feuille de route nationale Psychiatrie et santé mentale de 2018, met en avant le développement de la promotion du bien être mental, de la prévention et du repérage précoce de la souffrance psychique et le renforcement des parcours de soins coordonnés.

Par ailleurs, la notion de parcours, apparue dans le champ sanitaire avec la mise en place du « parcours de soins coordonnés » en 2004, conférant au médecin généraliste le rôle de coordinateur, a progressivement conquis les secteurs sociaux et médico-sociaux comme ont pu le montrer par exemple Marie-Aline Bloch et Léonie Hénault (Bloch, Hénault, 2014).

Ainsi, « la mise en avant de la coordination des soins, qui se traduit en France par la promotion des « soins coordonnés » comme nouveau mode d'exercice dominant, passe à la fois par la mise en place de nouvelles structures de soins coordonnés (en particulier les maisons de santé pluriprofessionnelles) et d'instruments de coordination (dossier médical partagé, *disease management*, paiements forfaitaires...) et par la redéfinition des rôles professionnels (délégation de tâches, pratiques avancées, nouvelles compétences pour des paramédicaux...). » (Hassenteufel, Naiditch, Schweyer, 2020).

Ces parcours de soins coordonnés se sont inscrits dans les soins primaires, où le médecin généraliste porte le rôle de coordinateur. La notion de soins primaires se définit, selon l'OMS lors de la conférence d'Alma-Ata de 1978 comme « le premier niveau de contact des individus avec le système national de santé ».

Selon la circulaire N° DGOS/PF4/2016/382 du 9 décembre 2016 : « Les soins primaires englobent les notions de premier recours, d'accessibilité, de coordination, de continuité et de permanence des soins. Les soins primaires constituent la porte d'entrée dans le système qui fournit des soins de proximité, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. S'ils sont le premier contact des patients avec le système de soins, les soins primaires sont également structurant pour la suite du parcours du patient au sein du système de santé. » Les soins primaires s'intègrent dans une approche plus large que la notion de premier recours, articulant de nombreux professionnels autour de la prévention et du suivi des patients dans une approche populationnelle et territoriale de santé (Hassenteufel, Naiditch, Schweyer, 2020).

Dans le cas des troubles psychiques, les modalités de soins profitent d'une dynamique déjà bien amorcée en matière d'inscription dans la cité, grâce à la politique de sectorisation mise en place dans les années 1970 selon une approche territoriale, qui a préfiguré la notion de parcours de soins. Ce modèle repose sur un postulat de soins plus efficaces dans l'environnement propre du patient, à la différence du modèle asilaire précédent qui contenait le soin au sein de l'institution psychiatrique. De

plus, l'extension du spectre de la psychiatrie à un public de plus en plus large incite au développement de liens entre la psychiatrie et les acteurs de la ville, sanitaires comme sociaux, médico-sociaux ou même politiques, afin de favoriser la continuité des soins et des accompagnements dans les différents domaines de la vie de la personne (Weber et al, 2017).

Cependant les ruptures entravant la continuité des soins, sont encore fréquentes en santé mentale : retards de diagnostic, structures et soins inadéquats, difficultés de prise en charge des situations de crise, accompagnements sanitaire, social et médico-social difficiles à articuler.

Ces ruptures s'ajoutent à un contexte de crise de la psychiatrie (fermetures massives de lits depuis les années 1980 non compensées par des moyens suffisants en ambulatoire) marqué par un manque d'offre spécialisée en structures ou en personnels, particulièrement psychiatres mais aussi psychologues libéraux, et depuis la crise sanitaire et dans une moindre mesure, infirmières alors que la discipline peine à se rendre attractive pour les jeunes professionnels.

Pour l'ensemble de ces raisons, les pouvoirs publics travaillent à repenser et restructurer l'organisation des soins en santé mentale **en articulant mieux les soins en médecine générale et en psychiatrie**

L'enjeu est de mieux graduer les soins pour les rendre plus efficaces et adaptés aux besoins. Il s'agit ainsi :

- D'une part de renforcer les compétences des médecins généralistes dans le repérage et la prise en charge des troubles légers et fréquents, et de les soutenir dans le repérage et l'orientation adaptée des troubles plus sévères ;
- D'autre part de désengorger les centres médico-psychologiques (CMP), qui confrontés à un manque de ressources, sont enkystés par des demandes liées à des troubles légers et peinent à prendre en charge les personnes souffrant de troubles sévères et chroniques.

Dans cette perspective, **nous nous demanderons en quoi les pratiques de coordination des soins entre médecine générale et psychiatrie s'intègrent dans le maillage territorial en faveur du parcours de soins en santé mentale ?**

Pour cela il convient d'avoir une vision plus large des enjeux liés à l'articulation de la médecine générale et des acteurs du champ de la psychiatrie.

En premier lieu, il s'agira d'étudier **les effets du cloisonnement entre le monde de la psychiatrie et celui de la médecine générale**. Si les approches cliniques respectives ont bien des points communs, il n'en demeure pas moins de nombreuses barrières entre ces mondes et en conséquence des difficultés à communiquer et à collaborer, de nature professionnelle, sociale, institutionnelle. Ce constat n'est pas nouveau et différentes mesures ont été prises dans le cadre de politiques publiques,

les dernières en date étant le soutien aux expérimentations en matière de coordination prévu notamment par l'article 51 introduit par la Loi de financement de la sécurité sociale en 2018².

En second lieu, nous chercherons à mettre en évidence **les différentes modalités de coordination**. Après avoir examiné les différentes mises en œuvre à l'international, nous étudierons l'impact de ces modes d'organisation sur le parcours de soins des patients atteints de troubles psychiques, et tout particulièrement leur rôle dans l'amélioration de la prise en charge de la santé mentale en médecine générale.

Enfin, nous analyserons la façon dont ils se traduisent de manière opérationnelle, **leur mise en pratique en France au travers de dispositifs innovants**, ainsi que les leviers territoriaux dans lesquels ils s'inscrivent.

² Le dispositif Article 51 a été introduit par la Loi de financement de la sécurité sociale en 2018. Il permet d'expérimenter de nouvelles organisations de santé, reposant sur des modes de financements spécifiques, non inscrites dans le droit commun.

Méthodologie

Le choix de ce sujet correspond à un intérêt personnel pour les problématiques de santé mentale. Pour cela, ce travail s'est appuyé sur une des missions réalisées au cours de mon stage de Master 2 au sein du **cabinet de conseil Acsantis**.

Acsantis, cabinet spécialisé dans le secteur de la santé au sens large de l'OMS (sanitaire, médico-social, social), se positionne dans une volonté de concourir à faciliter l'accès à la santé pour tous par une approche intégrant toutes les actions et projets innovants d'acteurs en santé. Il travaille pour différents acteurs publics (ARS, collectivités territoriales, hôpitaux) ou privés (associations, organismes gestionnaires, fondations...)

La mission qui a constitué le levier de ce travail de mémoire, a été confiée à Acsantis par une association à but non lucratif existant depuis 2000, ayant un rôle de plateforme de réflexion ou de *Think tank*, de propositions et d'expérimentations au service de l'action publique et adressées aux acteurs économiques et politiques, ainsi qu'aux citoyens. Ils se positionnent en tant qu'acteurs du débat démocratique.

La mission consistait en un accompagnement à la rédaction du cahier des charges d'une expérimentation de soins collaboratifs médecine générale – psychiatrie, en vue de candidater à un financement dans le cadre du dispositif article 51.

Le **dispositif Article 51** a été introduit par la Loi de financement de la sécurité sociale en 2018. Il permet d'expérimenter de nouvelles organisations de santé, reposant sur des modes de financements spécifiques, non inscrites dans le droit commun. Les projets éligibles à ces financements portent sur l'innovation de la coordination du parcours de soins, la pertinence et la qualité des prises en charge, la structuration des soins ambulatoires et l'accès aux soins, initialement sur un périmètre réduit mais susceptibles d'être élargis selon le succès de l'expérimentation par la création d'un ensemble de dérogations juridiques. Ces projets doivent s'inscrire dans une démarche collaborative entre leurs porteurs, les partenaires et les institutions publiques (ARS, CPAM).

L'expérimentation en question est portée par l'association citée ci-dessus avec le Centre Hospitalier local, part du constat que les troubles psychiques fréquents (troubles anxieux ou de l'humeur) constituent une part importante de la patientèle des médecins généralistes mais restent insuffisamment dépistés et soignés. L'objectif de ce projet est de faciliter la prise en charge des troubles psychiques fréquents par les médecins généralistes, en protocolisant cette prise en charge et en favorisant la coordination avec les soins spécialisés en santé mentale et en addictologie.

Partant de ce constat, différentes hypothèses ont été émises :

- Il existe un manque de repérage et de diagnostic pour ces pathologie fréquentes, qui légitime la mise en place de soins en collaboration pour éviter les risques de non-recours ou de ruptures de parcours ;
- Le parcours de soins, personnalisé autour d'une situation individuelle, s'inscrit dans une coordination territoriale de professionnels : le pivot l'infirmière spécialisée.

Afin de vérifier ces hypothèses, la réalisation d'une revue de littérature a été nécessaire afin de s'acculturer aux différentes problématiques inhérentes à la santé en mentale dans les soins primaires.

La lecture de textes législatifs et plans nationaux a été indispensable pour bien prendre en compte les différents enjeux, en retraçant l'historique de la santé mentale depuis la sectorisation de la psychiatrie, dès les années 1960, afin de s'imprégner du contexte dans lequel émerge les problématiques actuelles.

Différentes sources de données ont été consultées pour ce travail, exclusivement en ligne, en particulier sur les bases de données comme CAIRN, Science direct, Google Scholar ou encore PubMed. Plusieurs sites institutionnels ont également été consultés tels que Santé Publique France, l'OMS, la HAS ou encore l'IRDES. Les mots clés utilisés étaient « santé mentale », « soins collaboratifs », « care manager », « soins coordonnés », « sectorisation », « médecine générale », « médecin généraliste », « formation », « psychiatrie » ou encore « psychotropes ». Ces mots clés ont été traduits pour la recherche d'articles en anglais et associés à des opérateurs booléens afin de former une question de recherche, telle que, par exemple, « médecine générale » AND santé mentale.

Dans un premier temps, nous avons fait le choix d'articuler une littérature de cadrage permettant d'exposer les enjeux actuels de la prise en charge des troubles psychiques en médecine générale et les difficultés que rencontrent les professionnels, ainsi que le contexte dans lequel les soins psychiatriques s'organisent en France, avec une littérature davantage conceptuelle permettant de présenter les différents modèles de soins. Ainsi, les concepts de « parcours de soins », de « soins collaboratifs et coordonnés » ont été développés et ont permis l'appropriation du sujet. Ces concepts ont été illustrés par leurs différentes applications à l'international afin de prendre de la hauteur sur leur mise en application. Puis un focus a été réalisé sur l'analyse des différentes expérimentations réalisées en France mettant en évidence l'articulation des soins primaires et des soins spécialisés en psychiatrie. A l'issue de ce travail, des préconisations ont pu être émises sur la coordination entre ces différents acteurs, ainsi que sur les leviers territoriaux dans lesquelles ces actions peuvent s'inscrire.

La deuxième partie de ce travail a consisté en la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès d'acteurs clés des différentes expérimentations mises en avant au sein de cette étude. Dans ce cadre, sept entretiens ont été réalisés avec différents professionnels (Annexe 1) :

- Un médecin généraliste exerçant au sein d'une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), dont le projet de santé ne présente aucun axe relatif à la santé mentale dans le but de recueillir une parole de terrain sur les difficultés « en routine » dans la coordination des soins en santé mentale, largement analysée par la littérature ;
- Un médecin généraliste exerçant au sein d'une MSP, dont le projet de santé fait part d'un axe santé mentale, il porte l'une des expérimentations présentées en partie II.I.A ;
- Un psychiatre et une interne en médecine générale en centre médicopsychologique (CMP) de l'expérimentation présentées en partie II.I.A ;
- Une directrice adjointe d'un dispositif d'appui à la coordination (DAC) portant l'expérimentation présentées en partie II.I.A ;
- Une directrice adjointe d'un DAC impliquée dans la création d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) présentant des axes sur la santé mentale dans son projet de santé ;
- Une chargée de projet de l'association portant l'expérimentation présentée en partie II.I.B
- Une doctorante de l'association en charge de l'étude implémentation dans le contexte français de l'expérimentation présentée en partie II.I.B.

Les acteurs identifiés répondent à une **recherche la plus exhaustive possible des différents niveaux d'intégration de la coordination dans les pratiques professionnelles**, allant du premier niveau en MSP, suivi d'une expérimentation de liaison entre la psychiatrie et la médecine générale, à un dispositif davantage intégré, incarné par le modèle de soins collaboratifs porté par une association et un centre hospitalier.

Cependant, dans un contexte de crise sanitaire, et plus largement de tension de la psychiatrie face à des manques de ressources humaines, tous les acteurs identifiés n'ont pu être interrogés. Certains professionnels ont été approchés dans le cadre de cette étude mais n'ont pas donné suite. Il s'agit:

- Des professionnels de santé de l'ASM 13 (Association Santé Mentale du 13^{ème} arrondissement de Paris) qui ont été sollicités dans le but de recueillir leur retour d'expérience sur la mise en place de modalités de coordination entre les médecins généralistes et les professionnels de la psychiatrie.
- Des porteurs des Dispositifs de Soins Partagés (DSP) des Yvelines et de Toulouse. Ces dispositifs proposent des consultations conjointes d'évaluation des troubles psychiques entre les médecins généralistes et les psychiatres. En dépit de l'absence d'entretiens ces expérimentations fondamentales et pilotes dans la coordination des soins médecine générale-psychiatrie, seront tout de même évoquées dans ce mémoire.

- Des acteurs de terrain (médecins généralistes, psychiatres) de l'expérimentation du modèle de soins collaboratifs, ces derniers étant déjà beaucoup sollicités par la mise en place du pilote et l'étude d'implémentation.

Enfin, cette étude se veut non exhaustive sur les dispositifs mis en en place à l'échelle nationale et internationale.

Une approche qualitative a été privilégiée afin de faire part de l'expérience de ces différents acteurs et de leur point de vue analytique sur les éventuelles limites à la pratique collaborative, et préconisations. Des guides d'entretien (Annexe 2) ont été élaborés à partir des axes principaux de notre objet de recherche, : les enjeux de la prise en charge des troubles psychiques en médecine générale, les problématiques rencontrées dans les pratiques de soins, l'état et les modalités de collaboration entre la médecine générale et la psychiatrie, les limites et obstacles perçus au développement de ces expérimentations et les préconisations à la collaboration entre la médecine générale et la psychiatrie. Ces guides d'entretien ont été adaptés aux acteurs rencontrés.

Afin de mettre en lumière les données importantes, les entretiens ont été analysés à l'aide d'une grille thématique. Pour cela, ils ont été retranscrits (Annexe 3) en amont.

Cette étude porte exclusivement sur les troubles psychiques fréquents (dépressifs, anxieux) et les troubles plus complexes (psychoses). Les addictions ont été exclues du périmètre d'étude étant donné le spectre déjà large des troubles psychiques.

Partie I - Des barrières entravant le parcours de soins en santé mentale

Le médecin généraliste a un rôle essentiel, en tant que coordinateur de parcours de soins, dans la prise en charge et l'orientation des patients souffrant de troubles psychiques. En première ligne, les médecins généralistes ont un rôle important dans le repérage précoce de ces troubles mais également dans le suivi somatique des patients concernés par une problématique de santé mentale. Or, de nombreux facteurs peuvent être source de non recours ou de rupture dans le parcours de soins de ces patients.

I. L'inscription du médecin généraliste dans les prises en charge en santé mentale

Les médecins généralistes sont en première ligne lorsqu'une problématique, qu'elle soit somatique ou psychique, se présente chez un patient. Les troubles psychiques représentent une part importante des problèmes de santé de leur patientèle, cependant, la part de subjectivité liée à l'évaluation de ces troubles et les méconnaissances qui subsistent chez les professionnels de santé à leur sujet, en rendent le repérage et le suivi difficiles et mettent en évidence l'importance de la formation initiale et continue des médecins généralistes en psychiatrie.

1. Un rôle essentiel mais peu reconnu

a) La part importante de troubles psychiques parmi la patientèle des médecins généralistes

Plusieurs études mettent en évidence la part importante des troubles psychiques prise en charge en médecine générale. L'importance quantitative des troubles psychiques en médecine générale est établie depuis longtemps par les instances nationales et internationales.

Une enquête menée par la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) entre 2002 et 2003, réalisée auprès de 922 médecins généralistes libéraux sur 44 000 consultations réalisées à leur cabinet et 6 000 visites effectuées auprès des patients, a mis en évidence que 10% de ces consultations relevaient d'un motif psychologique ou psychiatrique. Généralement ces troubles étaient de l'ordre de l'anxiété (une fois sur deux), de la dépression (un tiers des cas) ou encore de troubles du sommeil (une fois sur dix). Il est à noter qu'un quart des séances relevait de la décompensation d'un trouble psychique chronique grave (Drees, 2004). Ces

résultats concordent avec les données de la HAS, d'après laquelle les troubles psychiques représenteraient 15% des consultations de médecine générale (HAS, 2018).

Une autre étude sur la dépression en médecine générale réalisée en 2014, a montré que 72% des médecins généralistes (n=2114) déclarent prendre en charge chaque semaine des patients en souffrance psychique. Parmi eux, 82% relèveraient de troubles anxieux et 67% d'un état dépressif (Dumesnil et al., 2014).

Une autre étude réalisée dans le département de la Côte d'Or en 2003 a mis en évidence que, pour près de 246 médecins généralistes, près d'un tiers de la patientèle consultait pour une souffrance psychique. 24,7% de la patientèle globale étaient atteints de troubles anxiodépressifs et 9,26% étaient concernés par une addiction (Trojak, Barra, Milleret, 2004)

De plus, d'après l'étude de Kandel O., *et al*, un acte de médecine générale sur dix comprend un soutien psychothérapeutique avec une surreprésentation des troubles anxieux et dépressifs, et une part plus faible de prise en charge de troubles psychiques graves (Kandel et al., 2004).

Il est par ailleurs à noter un sous-diagnostic de la pathologie psychique ainsi qu'un retard fréquent dans la mise en place des traitements ou d'une psychothérapie, soit par méconnaissance des professionnels de santé, soit par absence de demande (déli) ou de compliance du patient.

b) Le rôle essentiel du médecin généraliste dans le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques

Le rôle des médecins généralistes est d'autant plus important que la santé somatique est fragilisée chez les patients atteints de troubles psychiques.

Les patients atteints de troubles psychiques sévères (schizophrénie, troubles bipolaires) sont sujets à un taux de mortalité deux à trois fois plus élevé que la population générale. 60% de la surmortalité observée chez ces patients serait attribuée à des maladies somatiques. À titre d'exemple, les patients souffrant de schizophrénie sont 2,8 à 3,5 fois plus sujets à de l'obésité par rapport à la population générale. Ils sont également atteints de syndromes métaboliques, de diabète et de maladies cardiovasculaires. Certains traitements, du fait de leurs effets secondaires, entraînent un risque de développement de maladies cardiaques (HAS, 2018). Ainsi, la mortalité prématurée est quatre fois supérieure que dans la population générale, ce qui conduit à une baisse de l'espérance de vie de 13 ans chez la femme et de 16 ans chez l'homme (Aubriet et Fau, 2021).

Une méta-analyse, portant sur la surmortalité des personnes atteintes de schizophrénie, montre que certains neuroleptiques ont un impact sur cette surmortalité par la provocation de morts subites, de syndromes métaboliques ou encore par une prise de poids pouvant générer des maladies cardio-

vasculaires et du diabète. Ce risque augmente selon la quantité de neuroleptiques différents administrés (Loas, 2009).

D'autres facteurs expliquent cette surmorbidity tels que le mode de vie, notamment la consommation de tabac ou d'alcool, le manque de connaissance des risques somatiques liés aux pathologies psychiques et à leurs traitements par les patients mais aussi par les professionnels de santé, ou encore la difficulté des patients à prendre en charge leur santé somatique du fait de leurs troubles psychiques (manque de prise en compte du corps, difficultés pour prendre des initiatives, etc.) .

La mise en place d'une prévention adaptée, d'un dépistage régulier et d'un suivi des facteurs de risque est donc essentielle pour diminuer les risques de surmorbidity dans le cadre de la prise en charge de patients souffrant de troubles psychiques (Berman, Cohen, Halkoum, Fau, 2021).

Par ailleurs, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) a entrepris en 2013 de renforcer les parcours de soins des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, avec une approche par pathologie, en particulier dans le cadre de problématiques de santé mentale associées.

De plus, de la même façon que les personnes atteintes de troubles psychiques sont plus fréquemment susceptibles de souffrir de troubles somatiques, les personnes atteintes de maladies chroniques seraient également davantage susceptibles de souffrir de troubles psychiques de type dépression ou troubles anxieux (HAS, 2018).

Aussi, il est nécessaire de traiter les patients souffrant de troubles psychiques dans une prise en charge globale, associant à la fois le suivi psychique et le suivi somatique. Une attention particulière est à porter envers ces patients quant au risque de développement de comorbidités, trop peu souvent repérées dans le cadre de leur suivi.

c) Un rôle pourtant encore trop peu considéré

Malgré l'importance du rôle du médecin généraliste en santé mentale, celui-ci est peu reconnu. J.-L. Gallais reprends les termes de la sociologue Anne Vega qui qualifie ce phénomène par « l'invisibilité du maillon généraliste » dans la chaîne de soins. Au-delà du champ de la santé mentale, de nombreuses facettes de son rôle sont encore méconnues. Aussi, le rôle du médecin généraliste est sous-estimé dans le cadre des prises en charge en santé mentale alors que sa position fait de lui un acteur de première ligne.

Une étude européenne menée entre 2001 et 2003, montre qu'en France, le soignant le plus consulté pour une problématique de santé mentale est le médecin généraliste (ESEMeD/MHEDEA, 2000).

Ces résultats se recoupent avec l'enquête du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) portant sur les représentations en santé mentale et la prévalence des troubles psychiques en population générale, qui montre que 42% de la population générale se tourne vers son médecin de famille en cas de souffrance psychique (Caria, Roelandt, Bellamy, Vandeborste, 2010).

Le médecin de famille, avec qui un lien de confiance et de proximité est déjà établi, est souvent le premier interlocuteur vers qui évoquer ce type de souffrance. D'après Jean-Luc Gallais, la personnalisation du soin est favorisée par le fait que 80% des patients sont connus depuis plus de 5 ans par le médecin généraliste. Mais, qu'en est-il des patients en souffrance psychique qui ne disposent pas d'un médecin traitant ? En effet, près de 10% de la population française ne serait pas suivie par un médecin traitant (Gallais, 2014) et ces chiffres sont plus marqués pour les personnes souffrant de troubles psychiques, dont 15% n'aurait pas déclaré de médecin traitant. Ce phénomène est d'autant plus important que les troubles sont sévères. La difficulté du patient à accéder et à accepter le soin est un axe de travail important pour les professionnels de santé (Aubriet et Fau, 2021).

Le rôle du médecin traitant peut être sous-estimé dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques. Or, en tant que médecin référent, il développe une relation de confiance avec ses patients en faveur d'une alliance thérapeutique, leur permettant davantage d'exprimer leur souffrance au sein d'un espace de soin personnalisé. Cependant, avec l'évolution de la démographie médicale et du développement des maladies chroniques, les durées moyennes de consultation ne laissent pas toujours une place suffisante à l'expression des problématiques de santé mentale.

L'enquête menée par la Drees en 2006 portant sur les déterminants de la pratique des médecins généralistes a révélé que le temps moyen d'une consultation était de 16 minutes (sur 50 000 consultations). Cette durée est pour autant globalement supérieure à celles observée chez nos voisins européens. En effet, la durée moyenne de consultations était de 7,8 minutes en Allemagne et en Espagne, 9,4 minutes au Royaume Uni, 10,2 minutes au Pays-Bas, 15 minutes en Belgique, et 15,6 minutes en Suisse, soit une moyenne générale de 10,7 minutes. Le temps le plus long est observé en Suède, où les consultations durent en moyenne 22,5 minutes (Amalberti, 2017).

D'après cette même étude de la Drees, la durée des séances est intimement liée à la nature de la demande de soins du patient. S'il s'agit d'une demande pour une problématique psychologique, la durée de consultation était d'environ 18 minutes, 17% des consultations de plus de 25 minutes relevaient de problématiques psychologiques ou psychiatriques (Drees, 2006).

Ces durées de consultations, bien qu'élevées par rapport aux autres pays européens, paraissent faibles pour évoquer des problématiques de santé mentale, et ne laissent pas suffisamment de place

à l'échange avec le patient. De plus, le manque de temps peut être un frein au repérage de certains troubles lorsque la demande n'émane pas explicitement du patient.

Un article de 2021, issue de *L'Information en Psychiatrie*, construit autour du dialogue entre un psychiatre et un médecin généraliste met en avant leurs problématiques mutuelles. Le Dr F. Bardamu, médecin généraliste, y exprime le poids que peut prendre la prise en charge psychologique lors de consultations dont la durée est limitée :

« Pour autant, il faut bien avoir conscience qu'accueillir la dimension psychique dans nos consultations rajoute un poids que certains généralistes peuvent trouver trop lourd pour plusieurs raisons. (...) Cela demande donc nécessairement plus de temps et d'investir beaucoup plus d'énergie. Nos agendas sont contraints, accorder dix minutes ou trente minutes ou plus à un patient a des conséquences. » (Bardamu, 2021).

Ce qui est également confirmé par un médecin généraliste interrogé dans le cadre de ce mémoire :
« *Il y a une inertie thérapeutique, car les patients qui souffrent de maladies psychiatriques sont complexes, et ce n'est pas toujours facile de prendre en charge les patients dans leur globalité lors de nos consultations* ».

Enfin, il peut exister un phénomène de refus de soins lié à la pathologie en elle-même. Les troubles psychiques peuvent en effet impacter la compréhension du patient (c'est le cas pour 30% des patients souffrant de schizophrénie), et la capacité d'appréciation de la situation peut être impacté par un déni de la maladie. La personne soignée peut être plus ou moins claire et cohérente dans ses propos, être hésitante ou ambivalente, autant de facteurs qui renforcent la nécessité d'accorder des temps de consultations suffisants pour permettre à la relation thérapeutique de prendre place (Aubriet et Fau, 2021).

Ces résultats mettent évidence la place primordiale du médecin généraliste dans la prise en charge du patient souffrant de troubles psychiques, mais aussi le besoin de mieux asseoir cette place. À chaque stade de la souffrance psychique, que ce soit un premier épisode ou l'aggravation d'un trouble connu, mais aussi tout au long du parcours de soins pour une surveillance somatique, le médecin généraliste se situe en première ligne.

2. L'importance de la formation en médecine générale

Ainsi, la formation en santé mentale des médecins généralistes semble essentielle pour apporter des soins de qualité. Le médecin généraliste doit être capable de repérer les signes cliniques d'un trouble psychique modéré, d'une décompensation aiguë d'un trouble psychique grave, et d'évaluer l'efficacité des traitements ainsi que l'observance et la tolérance de ces derniers.

a) Une formation initiale estimée insuffisante

Or, Thomas Fovet, dans un article portant sur 'état actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France montre que la formation en médecine générale présente des lacunes sur l'enseignement de la psychiatrie, dispensé de manière limitée et hétérogène sur le territoire. Cet enseignement serait insuffisant au regard de la fréquence des troubles psychiques recensée dans leur pratique et de la place qu'ils occupent en tant que professionnel de premier recours. Durant leur parcours universitaire, les stages en psychiatrie ne sont pas obligatoires et les places sont minimales pour les stages libres pendant l'internat (Fovet, 2014).

Il est à noter que seulement 2,3% des psychiatres sont universitaires et peuvent accueillir des internes. De ce fait, le taux d'encadrement d'un psychiatre s'élève à 16 internes, ce qui est beaucoup par rapport au nombre de maîtres de stage. (Laforcade, 2016). Un médecin généraliste interrogé dans le cadre de ce mémoire évoque ce manque de formation en psychiatrie notant que : *« A mon époque, dans les années 70, les médecins n'avaient aucune formation spécifique (en psychiatrie). On passait à l'hôpital puis on allait en ville, donc on ne connaissait rien, par exemple pour essayer de connaître le nom des médicaments on essayait de rencontrer le plus de laboratoires pharmaceutiques, les délégués nous emmenaient manger au restaurant, et comme ça on prescrivait leurs médicaments. C'était essentiellement notre formation, ce n'est pas si vieux que ça quand même. »*

Ce qu'une interne de médecine générale interrogée confirme : *« Peu d'internes font de la psychiatrie et ça manque quand même, parce que rien qu'au cabinet, (...) des patients psychiatriques j'en vois pratiquement tous les jours. Alors c'est pas aussi lourd que ceux qui sont au Centre médico-psychologique, effectivement c'est plutôt les patients qui sont anxieux ou dépressifs, ou qui peuvent avoir des addictions plus ou moins poussées. Mais bon, en attendant ça fait quand même partie prenante de notre exercice maintenant. »*

Du fait du manque de formation en psychiatrie dans le cursus des médecins généralistes, ces derniers ne se sentent pas toujours armés pour affronter certaines prises en charge relevant de la psychiatrie, alors même qu'elles font partie prenante de leur pratique professionnelle du quotidien.

b) Un manque de connaissances pour le repérage

Les médecins généralistes font face à de nombreuses difficultés tels qu'un manque de repérage précoce, des diagnostics erronés ou des prescriptions non adaptées. L'intervention précoce doit permettre la mise en place de prises en charge adaptées dès l'apparition des premiers symptômes d'une pathologie, afin de prévenir leur aggravation et les conséquences qui y sont associées. Elle se distingue de la prévention, qui vise à lutter contre les facteurs identifiés comme pouvant contribuer au développement de troubles psychiques (risques psychosociaux, négligences parentales, exposition au stress, consommation de substances psychoactives et conduites addictives ...).

D'après plusieurs études, mises en avant dans le rapport Laforcade, environ « un cas sur deux ne serait pas détecté par le médecin généraliste » et « ces retards de prise en charge seraient facteurs d'augmentation des risques de suicide, de consommations de toxiques ou de difficultés familiales, scolaires et professionnelles ». Le manque de repérage précoce concernerait les troubles psychiques fréquents tels que les dépressions ou les troubles anxieux et entrainerait une sous détection des idées suicidaires.

Un des médecins généralistes interrogé dans le cadre de ce mémoire évoque des difficultés dans le repérage de certains troubles :

« La grosse difficulté c'est les masques car bien entendu ce qui parle le plus c'est le visage des gens. Je parle un peu, parfois je me trompe, on tend des perches à droite à gauche mais malheureusement on ne trouve pas tout. Nous on a un tableau de bord de prévention, on est censé à un moment favorable demander si la personne est concernée par des violences, c'est dans notre charte de Maison de santé pluriprofessionnelle, mais après il faut se sentir capable d'écouter, d'avoir le temps et être capable d'apporter une réponse, avoir des ressources. Mais ce n'est pas évident, il faut faire une série de consultation avoir de pouvoir décider s'il y a quelque chose qui ne va pas. »

De plus, l'évaluation des connaissances des médecins généralistes démontre des lacunes concernant la prévalence ou encore la gravité des pathologies psychiques. Ils auraient également tendance à sous-estimer les effets secondaires des traitements, à sous informer les patients sur ces derniers et à sur-médicamenter les troubles légers (Laforcade, 2016).

c) Un manque de connaissances pour la surveillance

À *contrario*, une étude portant sur la prise en charge de la dépression en médecine de ville montre que les médecins généralistes se sentent efficaces dans les prises en charge de dépression, la majorité des médecins interrogés s'estiment suffisamment formés sur le diagnostic et le traitement de la dépression. En revanche, ils sont demandeurs de formations complémentaires, telles que, pour 82% d'entre eux, des formations sur les différents types de psychothérapies et leurs indications, sur la pratique du soutien psychologique pour 78% d'entre eux, sur l'orientation des personnes (76%) et sur la gestion des demandes de médicaments psychotropes des patients (76%) (Dumesnil, 2014).

Ces constats renforcent l'idée d'une formation initiale et continue en psychiatrie, plus complète, à destination des médecins généralistes.

Ces résultats doivent être mis en relation avec la consommation de psychotropes. D'après le rapport de l'Office parlementaire des produits de santé sur le bon usage des médicaments psychotropes de 2006, la France est l'un des pays les plus consommateurs en Europe (Briot, 2006). D'après le rapport Laforcade, les traitements prescrits sont souvent non conformes aux recommandations de bonne pratique, ce qui est d'autant plus inquiétant que les médecins généralistes sont à l'origine de 90% des prescriptions d'antidépresseurs.

D'après Jean-Luc Gallais, ces nombreuses prescriptions inappropriées relèvent de plusieurs déterminants individuels ou collectifs concernant leur utilité présumée ou encore de la demande du patient. Or, ces médicaments peuvent être source d'addictions au long cours, « les modificateurs des états psychiques sont devenus des amortisseurs sociaux qui alimentent les addictions et les controverses médicales et sociales avec leur composante politique » (Gallais, 2014).

L'étude « Santé mentale en population générale en France métropolitaine » réalisée en 2008, montre un usage élevé de psychotropes. En effet, plus d'un tiers des personnes interrogées déclare avoir déjà consommé des psychotropes au cours de leur vie. Cependant, l'étude met en évidence peu de congruence entre le diagnostic et la consommation de psychotropes, ce qui renforce l'idée d'améliorer la formation en santé mentale en médecine générale (Grolleau, Cougnard, Begaud, Verdoux, 2008).

d) Des représentations persistantes

Enfin, les médecins généralistes peuvent avoir des représentations négatives concernant la psychiatrie. Un des médecins généralistes interrogé dans le cadre de ce mémoire évoque que la santé mentale reste pour les médecins généralistes un monde lointain, comparant l'hôpital psychiatrique à une « machine à neuroleptiques ». Selon lui les sujets de psychiatrie ne « passionnent pas les foules » lors de la formation en médecine générale. Ce médecin généraliste, du fait de son expérience, voit la psychiatrie comme un monde opaque, soulevant l'idée d'un manque de formation mais également d'un manque d'interconnaissance dans les missions de chacun. Une interne en médecine générale évoque qu'elle avait beaucoup de préjugés sur les patients ayant des troubles psychiques et redoutait que les consultations soient difficiles.

Selon le témoignage d'un médecin généraliste, issue d'un article de 2021 de *L'Information en Psychiatrie*, les représentations négatives concernant la psychiatrie ont un impact sur leurs pratiques professionnelles : « Pour toutes ces raisons, les pratiques des généralistes sont très variables et alors

que certains ouvrent la porte pour accueillir la souffrance psychique, d'autres la maintiendront soigneusement fermée. » (Bardamu, 2021).

D'après J.-L. Gallais, les caractéristiques inhérentes à la psychiatrie sont négatives au sein de l'opinion publique, mais également des étudiants en médecine, et entretiennent le caractère inquiétant des troubles psychiques. Le cloisonnement de la psychiatrie et des spécialités d'organes se fait dès la dispensation des unités d'enseignement. Cette dispensation se fait selon l'approche biomédicale et elle entretient le regard négatif que peut avoir les étudiants envers la psychiatrie (Gallais, 2014).

L'ensemble de ces résultats légitime la nécessité d'un renforcement des liens entre les enseignements de psychiatrie et de médecine générale, afin d'apporter l'expertise nécessaire aux médecins généralistes, confrontés à de nombreuses situations cliniques d'ordre psychique, et d'améliorer la qualité des soins et de l'accompagnement. Or, malgré leur ressemblance, ces deux disciplines restent cloisonnées, de la dispensation des unités d'enseignement à leurs pratiques professionnelles.

II. Le cloisonnement de la médecine générale et de la psychiatrie

La médecine générale et la psychiatrie partagent de nombreuses ressemblances, elles s'inscrivent toutes deux dans un même modèle de prise en charge qui s'oppose à celui de bon nombre de spécialités somatiques. Malgré cela, il est admis que la communication entre le médecin traitant et le psychiatre est insuffisante, voire inexistante dans certains cas. Ce cloisonnement entre ces deux disciplines peut avoir un impact sur la qualité et la continuité des soins.

1. Des disciplines inscrites dans le modèle « biopsychosocial »

Au sein de l'ensemble des disciplines médicales, la médecine générale et la psychiatrie partagent de nombreuses similarités. Ces disciplines ne sont pas spécialisées sur un organe mais sur une approche globale de l'individu, prenant en compte les déterminants de sa santé et son environnement.

D'après le Haut Conseil de la Santé Publique, « on qualifie de déterminants de la santé, tout facteur individuel, interpersonnel et environnemental associé à un indicateur de santé et donc susceptible de générer une amélioration ou détérioration de l'état de santé d'un individu ou d'une population. Cette conception large des déterminants de la santé inclut donc des facteurs expliquant la morbidité ou mortalité qui vont des caractéristiques génétiques de l'individu, des comportements qu'il a adoptés

(ex. des comportements à risque tels que le tabagisme) à la qualité des liens sociaux dont il bénéficie. » (HCSP, 2021)

On distingue plusieurs catégories de déterminants sociaux selon l'OMS :

- Les déterminants individuels, spécifiques à l'individu, relevant de la santé physique, du genre et des compétences psychosociales ;
- Les déterminants socio-économiques relatif au niveau d'éducation, aux revenus et à l'emploi ;
- L'entourage de l'individu ;
- Les expériences négatives et les conditions de vie, surtout lors des deux premières années de vie qui peuvent avoir un impact sur la santé mentale à l'âge adulte ;
- Les facteurs sociétaux qui comprennent l'environnement de l'individu dont la sécurité, le logement, les infrastructures, les espaces verts ;
- La politique sociale et économique, et le niveau de soutien qu'elles peuvent apporter en cas de besoin ;
- Les valeurs partagées au sein d'une société, incluant les préjugés et la discrimination.

Tous ces déterminants peuvent avoir un impact sur l'émergence ou l'aggravation de troubles psychiques, que ce soit dès l'enfance ou à l'âge adulte.

Dès les années 50, un enjeu d'articulation entre la médecine et la psychiatrie apparaît dans le but de sensibiliser les médecins non spécialisés à la psychiatrie aux aspects psychosociaux de la maladie. Georges Libman Engel, convaincu par l'approche psychosomatique et le lien indissociable entre le corps et l'esprit, met en avant un nouveau paradigme. Le modèle biopsychosocial, né de ces travaux, critique le modèle biomédical structurant jusque-là la clinique, le jugeant trop étroit et déshumanisant (Siksou, 2008).

Les 7 « principes du nouveau paradigme médical » de G. L. Engel (1977, 1980)

- Une altération biochimique ne se traduit pas directement en maladie. Le tableau de la maladie provient de l'interaction de plusieurs facteurs désignant une cause, incluant les facteurs de niveaux moléculaire, individuel et social. À l'inverse, des altérations psychologiques peuvent se manifester comme des maladies ou des formes de souffrance qui constituent des problèmes de santé avec, parfois, des corrélats biochimiques.
- La présence d'un trouble biologique ne fournit pas d'éclairage sur la signification du symptôme pour le patient et ne permet pas non plus nécessairement d'inférer les attitudes et les compétences nécessaires au clinicien pour recueillir l'information et la traiter correctement.
- Les variables psychosociales sont des déterminants plus importants de la prédisposition, de la sévérité et de l'évolution de la maladie que ne le pensaient les défenseurs du point de vue biomédical de la maladie.
- Adopter un rôle de malade ne renvoie pas nécessairement à la présence d'un trouble biologique.
- L'efficacité de la plupart des traitements biologiques est influencée par des facteurs psychosociaux, par exemple l'effet dit « placebo ».
- La relation médecin-malade influence l'issue médicale, même si c'est seulement en jouant sur l'adhésion au traitement.
- Contrairement aux sujets inanimés de l'investigation scientifique, les patients sont profondément influencés par la façon dont ils sont étudiés, et les scientifiques engagés dans la recherche sont influencés par leurs sujets.

Le modèle biopsychosocial s'oppose à la lecture clinique du point de vue biomédical, il tient compte de l'impact des déterminants sociaux, économiques et environnementaux, sur la santé. Il met en avant l'impact de la souffrance psychique dans les prises en charge et le lien essentiel entre le « corps » et « l'esprit ». Il place le patient au cœur de la prise en charge et le rend acteur de sa santé. A l'inverse, le modèle biomédical est construit à partir de facteurs physiques tels que la biologie, l'anatomie ou encore la physiologie. Ce modèle, quant à lui, place le médecin au cœur de la prise en charge, autour d'un sujet clinique, sans prendre en compte les facteurs psychosociaux ou les subjectivités individuelles. La médecine générale et la psychiatrie prenant en soins des individus dans leur globalité, en prenant en compte les déterminants impactant la santé du patient, s'inscrivent toutes deux dans un modèle biopsychosocial.

Ces deux disciplines sont toutes deux en première ligne pour repérer l'émergence des troubles et initier une première évaluation symptomatique. Le médecin généraliste, comme le médecin

psychiatre, traitent l'ensemble des symptômes, qu'ils relèvent du somatique ou du psychique. Ils interviennent au début des symptômes, lorsque ceux-ci ne sont pas encore bien marqués, et assurent le suivi au long cours ou l'orientation vers un médecin spécialiste le cas échéant.

Ces prises en charge s'inscrivent dans le temps et s'appuient sur un lien de confiance développé entre le soignant et le soigné, tel que le formulait Jean-Luc Gallais : « Généralistes et psychiatres ont une fonction de biographe qui les conduit dans l'intimité affective et sexuelle des personnes, des couples et des constellations familiales. » (Gallais, 2014).

Un article, portant sur le dialogue entre un psychiatre et un médecin généraliste (auteur, date), met en avant la parole du Dr L. Tantale, psychiatre et pédopsychiatre d'exercice public, qui évoque la subjectivité de certains diagnostics : « Ainsi, nous travaillons avec des outils de diagnostic dont l'objectivité n'est que théorique, produisant des modalités de prise en charge différentes selon le poids donné à telle valence, structurant, de plus, les dispositifs, et, qui-plus-est, dans une spécialité où les diagnostics sont peu stables. (...) Mais en fait, jusqu'où tu mets le degré de sévérité... On est renvoyé à une éminente subjectivité. » (Tantale, 2021).

La relation soignant-soigné est assujéti à l'intersubjectivité, les praticiens tentent d'inclure l'expérience subjective du patient et sont confrontés à leur propre subjectivité et à leurs ressentis face à la situation, tout en les mettant en relief avec les signes cliniques.

Ces deux disciplines apportent un regard large et transversal sur les troubles, prenant en compte le patient dans son individualité. À cela s'ajoute la prise en compte de son entourage, son environnement, tel que le lieu de vie ou de travail, afin d'identifier les facteurs de risque mais également les ressources mobilisables. Elles doivent trouver l'accompagnement adéquat pour le patient, et l'orientation adaptée vers d'autres structures ou dispositifs. Dans son rôle de coordonnateur, le médecin traitant articule le parcours de soins du patient avec les autres professionnels du cercle de soins dans l'objectif de décloisonner les pratiques. Or, il arrive qu'il doive faire face à des problématiques de manque de communication avec certains acteurs, tels que ceux de la psychiatrie.

2. Un manque de communication entre le médecin généraliste et le psychiatre

La difficulté de communication entre la médecine générale et la psychiatrie est à ce jour clairement identifiée par les professionnels de santé, alors même que le secteur de psychiatrie peut être considéré comme un exemple de collaboration pluriprofessionnelle sur un territoire donné.

Un état des lieux réalisé en 2014 sur « la place de la santé mentale en médecine générale » met en évidence des difficultés de communication entre la médecine générale et la psychiatrie, constat établi par une majorité des médecins généralistes interrogés (n = 2076). (Milleret, 2014).

Ainsi s'exprime par exemple un des médecins généralistes interrogés : « *Les psychiatres ne connaissent pas les maladies des patients et les médecins généralistes ne connaissent pas le profil psychiatrique de leurs patients, ni leur traitement, mais par contre ils prescrivaient quand même des psychotropes à leurs patients.* »

Ces difficultés de communication peuvent avoir un impact sur la continuité des soins, chaque professionnel initiant sa propre stratégie thérapeutique, avec un risque d'interaction médicamenteuse important.

L'orientation des patients vers la psychiatrie par les médecins généralistes est très faible en France en comparaison avec les pays européens d'après l'étude ESEMeD menée en 2008 par Lépine, *et al.* Il s'agit de la première étude épidémiologique mesurant la prévalence des troubles psychiatriques en France, sur un échantillon aléatoire, tout en la comparant avec la prévalence observée au sein des autres pays européens. Alors même que la France se trouve au 9^{ème} rang sur 11 pays européens en matière de santé mentale positive, le taux de détresse y est également élevé (3^{ème} rang sur 11) (Younès, 2014). La question de l'orientation reste au cœur des enjeux entre ces deux disciplines et 9 médecins généralistes sur 10 évoquent des difficultés à orienter leurs patients vers les secteurs de psychiatrie. Les médecins évoquent dans 9 cas sur 10 un manque de place et des délais d'attente trop longs, et dans 7 cas sur 10 un problème de communication (Milleret, 2014).

L'étude menée par la Drees explique le faible taux d'adressage par plusieurs facteurs. Premièrement, il semblerait difficile pour les médecins généralistes de déterminer le moment où ils doivent orienter leurs patients, selon le diagnostic posé, la sévérité des symptômes ou encore leur niveau de formation, et les circonstances (Demander un avis ? Organiser un suivi conjoint ?) (Drees, 2004).

Comme le témoigne le Dr F. Bardamu, médecin généraliste, : « Et ici, il faut signaler une caractéristique importante qui complexifie l'exercice de la médecine générale pour la psychiatrie, c'est la difficulté à faire la différence entre le normal et le pathologique au stade précoce d'une maladie. » (Bardamu, 2021).

Ensuite, si le médecin généraliste souhaite orienter son patient, il est difficile pour lui d'identifier un interlocuteur au sein de la psychiatrie institutionnelle : seulement 40% des médecins interrogés déclarent contacter facilement les acteurs de la psychiatrie.

Ainsi en témoigne ce médecin généraliste : « Parfois, nous sommes découragés et c'est renforcé par la complexité des procédures d'admission dans de nombreuses structures. (...) Il faut en plus que je m'adresse au bon interlocuteur dans cette nébuleuse de dispositifs de soins psychiques. (...). Il est

plus simple d'orienter dans le champ somatique où les dispositifs sont plus clairs, les demandes de prise en charge plus standardisées. » (ibid)

Les médecins généralistes déclarent avoir des relations difficiles avec les secteurs de psychiatrie : seulement 35% des médecins généralistes estiment être suffisamment informés des missions et des activités de la psychiatrie, alors même que la majorité d'entre eux ont des patients qui y sont suivis. Seulement 22% d'entre eux estiment avoir assez d'information sur le suivi de leurs patients (Milleret, 2014).

De plus, les médecins généralistes estiment être insuffisamment informés lors des sorties d'hospitalisation de leurs patients avec une absence fréquente de lettre de sortie, alors même que 97% d'entre eux déclarent envoyer une lettre d'adressage au médecin psychiatre lors de l'orientation vers un service de psychiatrie. Enfin, la moitié des médecins généralistes interrogés dans le cadre de cette étude aimerait des rencontres plus régulières avec les services de psychiatrie (ibid).

Un des médecins généralistes interrogé dans le cadre de ce travail évoque que : « *Depuis longtemps, les psychiatres ont du mal à donner leur diagnostic, à nous envoyer des comptes rendus, et ça nous paraît légitime ! Il faut prendre le temps de parler des patients au cas par cas. Quand même, prendre en charge les patients sans connaître leur traitement, a priori c'est nous qui ferons l'électrocardiogramme, après j'ai pas besoin d'être au courant de ce qu'il a fait, du genre viol ou meurtre, mais au moins avoir des infos sur son comportement et sur son trouble psychiatrique.* »

Ainsi, les liens avec les services de psychiatrie sont insuffisants, voire inexistant. Nous observons une réelle méconnaissance des différents dispositifs de soins et des missions de chacun, ce qui rend les parcours de soins en psychiatrie opaques, ne facilitant pas les orientations pour les médecins généralistes.

Un manque de coordination entre les professionnels du cercle de soins peut avoir un impact délétère sur la prise en charge et sur la santé du patient. En effet, le manque de communication entre les médecins généralistes et les médecins psychiatres, la difficulté à se contacter associée à la perte d'information liée à l'absence ou à la non-complétude des courriers d'adressage, peuvent induire un retard dans le diagnostic et dans la mise en place de la stratégie thérapeutique. Ce manque de communication peut également entraîner des erreurs dans la prescription des traitements, une duplication des traitements ou examens, ou encore à un échange d'informations contradictoires de la part des deux professionnels envers le patient, ce qui peut être à l'origine de ruptures dans le parcours de soins du patient. Ce manque de communication peut être d'autant plus délétère dans un contexte de crise ou d'urgence, où le médecin généraliste a besoin d'un contact direct avec un interlocuteur au sein d'un secteur de psychiatrie, ou encore dans le cadre de sorties d'hospitalisation,

moment charnière dans la stabilisation de la maladie psychiatrique nécessitant la présence éclairée du médecin généraliste sur le contexte clinique afin d'assurer le relais et de sécuriser le suivi.

Une directrice adjointe de Dispositif d'Appui à la coordination (DAC) interrogée dans le cadre de ce mémoire fait part de son constat du manque de communication entre les professionnels du cercle de soins : « *Aujourd'hui, si un patient sort d'un établissement spécialisé, il y a une chance sur deux pour qu'un médecin de ville et son médecin traitant soient au courant. Aujourd'hui il y a un gros problème de coordination et de communication, mais ça fait partie des enjeux majeurs de la médecine de demain.* »

De même, les professionnels du premier recours interrogés dans le cadre de ce travail observent une interruption, ou du moins une irrégularité, dans leur suivi des patients dès lors qu'ils sont pris en charge en psychiatrie. Ils n'ont pas mis en place de liens avec les acteurs de la psychiatrie pour un suivi partagé qui les positionnerait sur la surveillance somatique des traitements. Ils constatent également un manque de continuité dans le suivi somatique des patients en cas d'hospitalisation en psychiatrie.

L'ensemble de ces difficultés et de leurs conséquences sur la prise en charge de la personne concernée par des troubles psychiques renforce la nécessité d'améliorer la communication et la coordination entre la médecine générale et la psychiatrie en vue d'assurer une bonne continuité des soins. Cette collaboration suppose un projet de soins commun ainsi que des outils de communication réciproques permettant l'accessibilité de l'information. Dans ce cadre, les patients, les associations ainsi que les pouvoirs publics se mobilisent pour engager des réflexions sur des modes de pratiques collaboratives entre la médecine générale et la psychiatrie.

III. L'influence des différentes politiques publiques sur les prises en charge

L'une des politiques publiques majeures dans le champ de la psychiatrie est celle de la sectorisation. Il s'agit du passage d'un modèle institutionnel, ou asilaire, à un modèle territorial. Cette transition a bouleversé les prises en charge des patients souffrant de troubles psychiques avec l'émergence de l'approche par parcours de soins. Or, ces parcours peuvent être complexes et semés d'embûches, ce qui a poussé les pouvoirs publics à trouver des alternatives à la prise en soins au sein des services de psychiatrie, notamment par le renforcement du lien avec la médecine générale, en première ligne des parcours.

1. D'une politique territorialisée vers une politique de désinstitutionalisation

a) Les enjeux de la sectorisation psychiatrique...

En France, la psychiatrie s'est organisée de manière territorialisée avec la loi de 1838 relative à la naissance des asiles d'aliénés départementaux. Ces derniers prendront le nom d'hôpitaux psychiatriques en 1937. La psychiatrie de secteur, quant à elle, a émergé à la suite de nombreuses critiques sur les conditions de vie et d'enfermement des patients pendant la seconde guerre mondiale. Elle a vu le jour via la circulaire de 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, avec une volonté de transformer l'institution psychiatrique asilaire. La psychiatrie est un domaine sectorisé territorialement en droit depuis la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique et renforcé par l'article 69 de la loi sur la modernisation de notre système de santé 2016 (Laforcade, 2016).

La visée initiale de la sectorisation était d'équiper les territoires de manière égale, de diminuer le temps d'hospitalisation, d'accompagner les patients à se réinsérer socialement, d'utiliser les psychothérapies et médicaments psychotropes nouvellement inventés ou encore d'assurer une postcure évitant les hospitalisations multiples. Il était également question d'élargir le champ des maladies mentales et de prendre en charge le patient au plus près de son domicile en organisant le soin dans la cité : « le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu.» (Laforcade, 2016). La sectorisation préfigure le concept de parcours de soins des patients souffrant de troubles psychiques. Ce modèle s'appuie sur la volonté d'accompagner le patient mais également d'intervenir sur son environnement et sur son entourage afin de limiter le rôle de l'hôpital psychiatrique à la gestion des crises et décompensation (Eyraud, Velpy, 2014).

La création de secteurs d'intervention rejoint l'idée de promouvoir le soin « dans la cité » et ainsi d'organiser la prévention, le dépistage, la prise en charge hospitalière et ambulatoire ainsi que la réinsertion. (Moreau, 2021) Cette réinsertion sociale a été facilitée par la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées qui a permis de développer des établissements médico-sociaux s'organisant en relais de l'hôpital psychiatrique.

Or, cette loi, associée à la loi hospitalière de 1970 créant un service public hospitalier et apportant les premiers instruments de gestion financière, ont impacté le modèle de sectorisation psychiatrique. D'après Nicolas Henckes, chargé de recherche au Centre National de Recherche Scientifique (CNRS), ces deux lois mettent la sectorisation en « porte-à-faux ». Cette dernière avait pour vocation d'être une politique médico-sociale en prenant en compte l'individu dans sa globalité et apportant un

soutien médical et social. Aussi, la loi de 1970 écarte le champ de la psychiatrie de celui de la santé, et la loi de 1975 apporte des solutions alternatives à la psychiatrie. (Henckes, 2015)

Il s'agit donc d'une sectorisation « géo-populationnelle » proposant une équipe de psychiatrie pour la population d'un territoire pouvant aller de 70 000 à plus de 200 000 habitants. Le domaine de la psychiatrie est constitué de trois composantes : sectorisée (établissements publics, établissements privés d'intérêt collectif), non sectorisée (certains établissements publics et privés à but lucratifs) et ambulatoire (psychiatres libéraux) (Moreau, 2021). Dans chaque département, la psychiatrie publique s'organise en secteurs composés chacun de plusieurs équipes pluridisciplinaires permettant d'assurer le suivi et la prise en charge des patients concernés par des troubles psychiques. Aussi, les équipes se coordonnent pour permettre la continuité des soins dans une approche de proximité du patient. Chaque secteur est composé de plusieurs structures réparties sur le territoire : centre médico-psychologique (CMP), hôpital de jour (HDJ), centre d'accueil et de crise, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), centre de postcure, appartement thérapeutique, consultation spécialisée et unité d'hospitalisation. Selon les territoires, les moyens et, par conséquent les modalités de soins dispensées, peuvent être différents.

b) ... et ses nombreuses limites

La sectorisation défend l'idée de la continuité des soins entre les services intra-hospitaliers, correspondant à la prise en charge des crises, et les services extra-hospitaliers, correspondant à l'accompagnement dans la stabilisation de la maladie et l'insertion dans la communauté. Aussi, dès les années 1970, la restructuration de l'institution psychiatrique passe par la diminution du nombre de lits. De fait, entre les années 1976 et 2016, les services intra-hospitaliers de psychiatrie ont observé une baisse de 60% du nombre de lits (Moreau, 2021). Ce processus correspond à la déshospitalisation, évoquée par certains auteurs, faisant référence à la sortie des patients de l'hôpital psychiatrique, ce qui passe par une diminution du nombre de lits et par une réduction des durées d'hospitalisations avec l'expansion de dispositifs de prise en charge au sein de la communauté (Ailam, Rchidi, Tortelli, Skurnik, 2009). La déshospitalisation doit donc s'organiser selon un ordre de priorité, c'est-à-dire la mise en place de dispositifs alternatifs à l'hospitalisation qui doit anticiper la réduction des hospitalisations. Or, cette fermeture de nombreux lits s'est accompagnée d'un nombre insuffisant de création de structures d'accueil pour les patients entraînant des carences entravant la continuité des soins.

Ce phénomène n'est pas sans conséquence sur le parcours de soins des patients, le manque de dispositifs d'accompagnement entraîne un afflux régulier vers les services intra-hospitalier d'une partie des patients, par manque de place dans ces services et du fait de l'absence de service d'urgence psychiatrique, cela peut avoir comme répercussion l'engorgement des services d'urgence ou un non-recours aux soins (Ailam, Rchidi, Tortelli, Skurnik, 2009).

En 2020, 87% de patients étaient exclusivement pris en charge en ambulatoire d'après l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les structures médico-sociales créées par la loi de 1975 se sont vus accueillir de nombreux patients atteints de troubles psychiques pour leur permettre de vivre hors des services psychiatriques, plaçant ces dispositifs au-delà de leur fonction initiale, en réponse alternative à la fermeture de lits (Henckes, 2015).

Par ailleurs, la loi de 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, communément appelée « Hôpital, patients, santé, territoire (HPST) qui propose la création de « pôles de santé » entraînant le regroupement de secteurs ou d'unité intersectorielle spécialisée, provoquant la disparition du secteur de proximité sur certains territoires.

D'après N. Henckes, le projet de sectorisation n'a pas pu empêcher la chronicisation de la maladie psychique chez certains patients. Elle se traduit désormais par un recours important à l'hospitalisation par des séjours fréquents et de courte durée, nommée par certains auteurs comme « le syndrome de la porte tournante ».

N. Henckes souligne également que la sectorisation entraîne également un usage renforcé des traitements psychotropes sur le long cours ainsi qu'une augmentation des comorbidités somatiques et psychiques. (Henckes, 2015).

Pour un bon nombre de patients chroniques, le maintien hors de l'hôpital est permis par le soutien de leur famille, devant affronter l'alternance des moments de stabilisation et de décompensation face à l'imprévisibilité de la maladie psychique. Sans oublier la souffrance psychique des aidants dans le soutien des personnes atteintes de maladie psychique. De son côté, le patient est confronté aux tensions, voir au rejet, de la part de sa famille, ce qui ne favorise pas un climat propice à la stabilisation de la maladie.

La politique de sectorisation s'est traduite par un développement inégal sur le territoire, voire « anarchique » selon N. Henckes, rendant la cartographie des différents acteurs peu lisible, ce qui peut également être illustré par les propos du Dr F. Bardamu, médecin généraliste : « Au niveau institutionnel, là aussi, il faut s'y retrouver entre les CMP, CATTP, HDJ, les équipes spécialisées en gériatrie, pour les bébés, les enfants, les équipes mobiles, les plateformes (bipolarité, prévention du suicide, primo-accès, troubles du sommeil, troubles cognitifs, plateformes de coordination et d'orientation). » (Bardamu, 2021)

Ces propos mettent en évidence qu'il est difficile pour les médecins généralistes d'identifier le bon interlocuteur selon la situation dans laquelle il se trouve face au nombre conséquent de dispositifs existants et à une méconnaissance des rôles et missions de chacun des acteurs du champs de la santé mentale.

Enfin, les textes encadrant la sectorisation n'ont pas permis de compenser la progression des déserts médicaux, ce qui a pour conséquence un non-recours aux soins dans certains territoires du fait d'une absence de psychiatres libéraux, ainsi qu'une tension sur les services ambulatoires ne pouvant pas absorber toute la demande de soins. Autrement dit, toujours selon N. Henckes le développement de la sectorisation au gré des évolutions démographiques est difficile voire impossible. (Henckes, 2015) Ainsi en témoigne le Dr F. Bardamu dans sa pratique quotidienne : « Je suis installé depuis 10 ans et j'ai très vite intégré que le dispositif des soins psychiques institutionnels était saturé. Avec le temps, j'ai compris également que le recours aux soins en libéral était lui aussi en tension, finalement comme celui des médecins généralistes. C'est pour cela que, lorsque je veux orienter un de mes patients, je sais que cela va être difficile. » (Bardamu, 2021)

b) Des parcours à structurer

Les parcours des personnes atteintes de troubles psychiques, du dépistage de la psychopathologie, à l'intervention d'urgence, aux soins hospitaliers et ambulatoires, ne se traduisent pas forcément par des étapes successives, mais par des allers-retours entre des phases de crises et de stabilisation.

Ces parcours peuvent ainsi être longs et complexes autour de la situation singulière de chaque patient, associant de nombreuses structures différentes et impliquant de nombreux professionnels. Ils peuvent devenir chaotiques du fait de conceptions et de pratiques variables selon les structures, du manque de coordination de l'ensemble de ces acteurs, qui peut engendrer de nombreuses ruptures dans le parcours de soins, d'autant que la maladie psychique, par sa nature instable, nécessite un environnement équilibré pour le patient.

Partant de ces constats, des travaux de recherche et d'expérimentation, menés par les pouvoirs publics, les acteurs de la psychiatrie et les acteurs du champ plus large de la santé mentale, ainsi que des usagers et de leurs proches, ont vu le jour afin d'améliorer la continuité des soins et la qualité de vie du patient, à commencer par le **renforcement du lien entre la médecine de ville et les services de psychiatrie**. Les acteurs doivent réfléchir à un mode de coopération adapté afin qu'ils interviennent de façon la plus complémentaire possible.

2. Le renforcement des liens entre la psychiatrie et la médecine générale au travers des politiques publiques

Depuis quelques années les pouvoirs publics réfléchissent à la façon dont les professionnels pourraient se coordonner de manière optimale dans les prises en charge des patients souffrant de troubles psychiques. Depuis les débuts de la psychiatrie de secteur, de nombreux rapports formulés à la demande des différents ministres en charge de la santé émettent des recommandations pour

améliorer le fonctionnement des dispositifs ainsi que les pratiques des professionnels afin de favoriser la continuité des parcours de soins.

a) Un appel régulier à la création d'instances de concertation territoriale et à la coordination

Les circulaires du 12 décembre 1972 et du 9 mai 1974 font du partenariat la pierre angulaire de la sectorisation et évoquent la création de conseils de santé mentale permettant de faire le lien avec les différents acteurs gravitant autour de la prise en charge du patient atteint de troubles psychiques tels que les médecins traitants et les travailleurs sociaux. Cependant, ces dispositifs ne seront jamais mis en place (Eyraud, Velpry, 2014).

Le renforcement des liens entre la psychiatrie et la médecine générale est également cité en 1982 dans le rapport « Une voie française pour une psychiatrie différente » (1982), présenté par Marie et Jean Demay à Jack Ralite alors ministre de la santé. Ils évoquent les centres de santé mentale, comme pivot du dispositif de soins psychiatriques : « c'est le centre de santé mentale qui est un lieu d'accueil permanent, de soins ambulatoires, de consultations, et qui devrait aussi devenir un lieu de rencontres et de concertation, de coordination ouvert en particulier aux médecins généralistes. C'est aussi un lieu de formation et d'enseignement. (...)»

Le rapport « De la psychiatrie vers la santé mentale » (2001), présenté par Eric Piel et Jean-Luc Roelandt à Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, alerte sur l'urgence « d'intégrer la psychiatrie dans la médecine et la santé mentale dans la cité ». Ce rapport soulève la nécessité de travailler en lien étroit, dans le cadre du réseau ville-hôpital, avec les médecins généralistes et autres professionnels de santé libéraux afin d'éviter les ruptures fréquentes dans les parcours de soins dans ce type de prise en charge. Il renforce l'idée d'une coordination de l'ensemble des professionnels impliqués dans les prises en charge en santé mentale selon leur complémentarité à l'échelle du bassin de vie.

Le rapport « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale » (2003) présenté par Philippe Clery-Melin, Vivianne Kovess, Jean-Charles Pascal à Jean-François Mattéi, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, propose sept axes prioritaires. L'un concerne la réorganisation de l'offre de soins de premier recours dans une volonté de développer la prévention et la sensibilisation du public à la santé mentale en collaboration avec les médecins généralistes.

Le rapport « Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » (2009), présenté par Édouard Couty, conseiller maître à la Cour des comptes, à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, recommande de centrer l'organisation de la psychiatrie sur la

continuité des prises en charges. Pour ce faire, l'un des axes proposer est de renforcer le rôle du médecins généralistes dans les prises en charge relevant de la santé mentale.

Dans la continuité de ces constats et recommandations, le rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie (2013), par le député Denys Robiliard fait le constat d'un nombre important de rapport concernant la psychiatrie et la santé mentale (15 entre 2000 et 2009), et en déplore la récurrence des constats. Selon lui, si ces rapports n'ont pas été suivis d'actions ce serait dû à plusieurs hypothèses telles que l'inadaptation des propositions faites de manière récurrentes, un faible intérêt pour les problématiques relatives à la santé mentale, une forte inertie des professionnels ainsi qu'une absence de volonté politique.

Denys Robiliard soulève de nombreuses problématiques encore prégnantes telles que l'accès difficile à une première consultation en psychiatrie, un cloisonnement entre le sanitaire et le médico-social, des inégalités territoriales dans l'offre de soins ainsi qu'un cloisonnement du somatique et de ce qui relève du champ psychiatrique. Il recommande donc une pratique intégrée, avec une meilleure articulation entre les différentes disciplines sanitaires, médico-sociales et sociales, en prenant en compte le rôle clé du médecin généraliste et en favorisant une meilleure prise en charge des maladies somatiques chez les patients souffrants de troubles psychiques (Laforcade, 2016).

b) Des cadres opérationnelles en ce sens

Les professionnels de santé, à la fois du premier recours et de la psychiatrie, se sont mobilisés pour améliorer les liens entre ces deux disciplines, au travers notamment d'une « charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur » signée en 2014 par la Conférence nationale des présidents de Commission médicale d'établissement (CME) des centres hospitaliers spécialisés (CHS) et le Collège de la médecine générale (CMG). Celle-ci porte plusieurs axes sur l'amélioration de la coordination entre les professionnels du premier recours et ceux des soins spécialisés comme l'identification d'un médecin généraliste ou traitant pour le suivi somatique de chacun des patients en psychiatrie de secteur, la coopération dans la surveillance des traitements et des comorbidités, l'information régulière du médecin traitant lorsque l'un de ses patients est prise en charge par les structures de soins de psychiatrie avec un renforcement lors des entrées et des sorties d'hospitalisation, l'assurance d'un accès téléphonique direct pour le médecin généraliste vers un psychiatre senior, la coordination conjointe des prises en soins au domicile des patients, la formation partagée des internes en médecine générale et en psychiatrie afin de permettre la connaissance mutuelle des dispositifs et des pratiques de chacun (Müller, Draus, 2014).

Le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP), association régie par la Loi de 1901, ouverte aux professionnels de tout mode d'exercice et aux organisations de professionnels, recommande de favoriser les échanges entre les médecins généralistes et les psychiatres, via des courriers réguliers, en particulier lors d'une demande de première consultation émise par le médecin

généraliste. Ces courriers permettent de faciliter les échanges et de créer les contours à venir de la collaboration entre ces deux professionnels. Le CNQSP renforce l'idée que ces échanges peuvent favoriser la formation des médecins généralistes à la santé mentale. Cette recommandation a reçu le label de la HAS, dans ce cadre elle respecte les règles de bonnes pratiques (HAS, 2011).

Aussi, le renforcement des liens entre la psychiatrie et la médecine générale, est un point fort de l'évolution de la psychiatrie, il est soutenu par différents textes réglementaires.

Premièrement, le décret du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) centre deux de ces six axes sur le repérage précoce des troubles psychiques en impliquant les médecins généralistes et l'accès aux soins somatiques pour les patients souffrants de troubles psychiques. L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 renforce l'action du PTSM dans un objectif d'« amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ». Aussi, le PTSM permet la structuration des parcours de soins de proximité entre les différents modes de prise en charge en ambulatoire dans les champs du sanitaire, du social et du médico-social, en s'appuyant sur la sectorisation de l'offre en psychiatrie. Il permet la coordination des différents acteurs dans une prise charge au plus près du milieu de vie du patient. La création d'un PTSM s'appuie sur un diagnostic territorial en santé mentale réalisé par les établissements et acteurs du territoire concernés par des problématiques de santé mentale. De ce diagnostic ressort les insuffisances concernant l'offre et l'accessibilité aux soins en santé mentale, ainsi que les défauts de coordination des différents acteurs, et les pistes d'actions pour y remédier prenant en compte les différentes dimensions de la prévention, du diagnostic, du soin, de la réadaptation et de la réinsertion sociale

Ensuite, la Certification des établissements de santé pour la qualité des soins de la HAS de 2021 devient plus exigeante en matière de responsabilité de la psychiatrie dans les soins somatiques, et lui consacre deux indicateurs : la systématisation de procédures d'exams somatiques lors de l'hospitalisation en psychiatrie, et, pour la psychiatrie ambulatoire la mise en place de modalités de collaboration avec la médecine générale de ville, mais aussi de modalités de suivi somatique pour les patients n'ayant pas désigné de médecin traitant. Ces critères ont pour objectif de permettre des prises en charges cohérentes et coordonnées ainsi que d'assurer le suivi psychiatrique mais également des comorbidités associées. Ils favorisent la communication entre les médecins généralistes et les services de psychiatrie via des lettres de liaison automatiques à l'entrée et à la sortie du séjour en psychiatrie, ainsi que sur l'appui sur le dossier médical partagé s'il existe, afin de tenir informé le médecin généraliste de l'état de santé du patient et de la prise en charge proposée.

Enfin le rapport de la Cour des Comptes sur les parcours en psychiatrie de 2021 à partir du constat d'une psychiatrie de secteur saturée par l'accueil de troubles légers, source de perte d'efficacité dans

la prise en charge des troubles sévères, recommande de positionner la psychiatrie en second recours, avec un filtre d'accès joué par les professionnels de premier recours (médecin généralistes, psychologues), et un soutien renforcé pour leur permettre de mieux prendre en charge les troubles légers et fréquents

Finalement, la politique de sectorisation de la psychiatrie en France, malgré son ambition préfigurant la notion de parcours de soins, s'est heurtée à de nombreuses difficultés. La sectorisation n'a pas su s'adapter à l'évolution socio-démographique et à l'émergence des déserts médicaux, notamment du fait d'une hétérogénéité dans les secteurs tant en matière de taille que de moyens. Selon le rapport Laforcade, un des principaux obstacles de cette politique de santé fut la difficulté de s'éloigner du modèle hospitalo-centré ce qui a pu avoir comme conséquence un cloisonnement et un manque d'articulation entre les différents champs de la santé, notamment entre les acteurs de la psychiatrie et de la médecine générale, entravant justement cette notion de parcours de santé (Laforcade, 2016). Aujourd'hui, de nombreux acteurs se mobilisent dans le renforcement de la coordination entre les soins de premiers recours et la psychiatrie, donnant lieu à de nombreuses expériences innovantes.

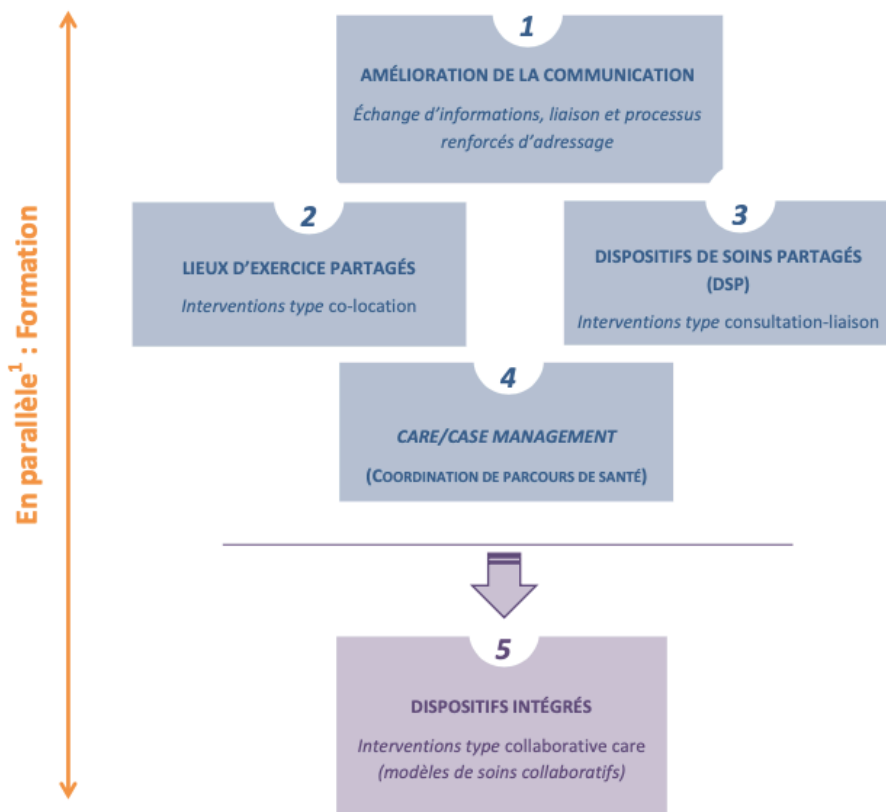
Partie II - Vers les soins coordonnés

La coordination des professionnels du cercle de soins en santé mentale semble essentielle pour une prise en charge optimale. Elle peut se matérialiser de différentes façons, sur différents niveaux, et peut également intégrer des spécificités selon les organisations locales. Différents concepts conditionnent les pratiques de soins coordonnés expérimentées sur le territoire français et à l'étranger.

I. Développement des différents concepts / modèles

Les expériences d'amélioration de la coordination entre la médecine générale et la psychiatrie, dans les prises en charge des patients souffrant de troubles psychiques, existent selon différents niveaux de graduation. Un focus sera fait sur un des dispositifs les plus intégrés expérimentés à ce jour en France, qui reprend différentes typologies de coordination.

Les différents niveaux de coordination se déclinent de la façon suivante, selon la HAS dans son guide sur la « coordination entre les médecins généralistes et les différents de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux » (HAS, 2018) :



¹La formation n'a pas été considérée comme constituant une expérience d'amélioration de la coordination interprofessionnelle à part entière dans le cadre de ce travail. Elle fait en revanche partie des facteurs pouvant favoriser cette coordination, et des actions de formation étaient souvent intégrées en parallèle des expériences identifiées (enseignements en formation initiale ou continue concernant la coordination interprofessionnelle, en psychiatrie et santé mentale et/ou en médecine générale, etc.). Le chapitre 3 (Freins et leviers à la mise en œuvre de la coordination) de ce document intègre un paragraphe dédié à la formation.

Figure 1 - Typologie des différentes expérimentations de coordination (HAS, 2018)

La typologie identifiée par la HAS (Figure 1) présente cinq catégories d'expériences d'amélioration de la coordination à l'international et en France. Il est à noter que les quatre premières catégories peuvent s'effectuer seules ou simultanément. En revanche, la cinquième catégorie concerne des interventions plus intégrées, en cela, elle peut regrouper tout ou partie des quatre premières catégories.

1. L'amélioration de la communication

Cette catégorie regroupe deux types de modalités de collaboration : des outils de communication partagés permettant un partage d'informations optimal, et des processus renforcés d'adressage vers les services spécialisés permettant aux médecins généralistes de disposer d'un interlocuteur privilégié.

Dans le cadre du partage d'information, des réunions cliniques pluridisciplinaires (RCP) ou des groupes d'analyse de cas complexes peuvent être mis en place, à l'image des réunions « clinique

psychiatrique en médecine générale » organisées par les psychiatres de l'Association de santé mentale du 13^{ème} arrondissement de Paris (ASM 13) et des médecins du Pôle de santé Paris 13. Ces réunions, à destination des médecins généralistes du 13^{ème} et du 5^{ème} arrondissements de Paris, permettent de faciliter le lien avec les acteurs de la psychiatrie, et sont l'occasion pour les psychiatres de partager leurs connaissances. Des « Staffs Psy » sont également organisés autour de cas complexes confrontés par les médecins généralistes dans leurs pratiques afin de recueillir l'analyse clinique des psychiatres.

S'agissant des processus renforcés d'adressage, des équipes de liaison ont été créées à l'image du Pôle Cristales (Coordination pour la recherche et l'information, les soins, les thérapeutiques, les analyses de laboratoire et l'éducation à la santé) de l'établissement public de santé de Ville-Évrard qui fait le lien entre la médecine somatique, la psychiatrie et la médecine de ville.

Ce Pôle propose des soins somatiques pour les patients suivis dans les services de psychiatrie sans prise en charge en médecine de ville. Il assure également la coordination entre la ville et l'hôpital par la mise en lien avec le médecin traitant, ou un autre médecin généraliste si le patient n'en a désigné aucun, en sortie d'hospitalisation.

2. Le lieu d'exercice partagés

Il s'agit d'un lieu d'exercice commun à plusieurs professionnels. Dans la littérature anglophone, ce modèle de *co-location* est traduit par le regroupement de professionnels de manière pluridisciplinaire ou non. Cette coordination permet de faciliter l'accès aux soins spécialisés en psychiatrie en médecine de ville, et, *a contrario* de favoriser le suivi somatique pour les professionnels de la psychiatrie. Cela permet de développer des liens, formels ou non, entre ces deux disciplines, mais également de déstigmatiser le soin psychiatrique. Ce modèle peut se traduire opérationnellement par des consultations de médecine générale en CMP ou par des consultations spécialisées en psychiatrie dans un cabinet de soins de premier recours. À titre d'exemple, à Saint-Nazaire, des consultations spécialisées de psychiatrie ont été mises en place au sein d'une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Cette MSP regroupe des médecins généralistes, des infirmiers et des psychologues et propose des consultations avec un infirmier des CMP du Centre hospitalier de Saint-Nazaire sur deux demi-journées par mois.

Cette organisation permet aux patients en souffrance psychique repérés par le médecin généraliste de bénéficier d'un accès facilité aux soins psychiatriques, et inversement permet aux professionnels de la psychiatrie de pouvoir orienter plus facilement le patient pour un suivi somatique.

De plus, une expérience d'intégration de la santé mentale au sein de cinq centres de santé a été réalisée en Guinée entre 2000 et 2012. Dans ces centres, exercent médecins généralistes, infirmiers et travailleurs sociaux. Dans un contexte de forte stigmatisation des troubles psychiques, l'intégration

a supposé la standardisation de certaines tâches et l'adaptation de certains comportements pour aider les professionnels à faire face aux résistances de la population et des professionnels de soins, la stigmatisation étant également répandue au sein des études de médecine. De plus, en Guinée l'accès aux soins de santé mentale est préoccupant, le pays comptant seulement cinq psychiatres.

L'intégration, en lien avec un centre de santé mentale bruxellois, consistait à mettre en place des consultations conjointes, des analyses de cas, des actions communautaires dans les centres de santé notamment à Conakry et dans l'intérieur du pays, mais également des stages de soignants guinéens dans des services de santé mentale en Belgique ou en France. L'évaluation de cette expérimentation a mis en évidence des changements d'attitudes des professionnels de santé en favorisant la déstigmatisation et une approche centrée sur le patient, mais également une amélioration des connaissances (Sow, Van Dormael, Criel, De Spiegelaere, 2019).

3. Le dispositif de soins partagés (DSP)

Ce modèle, aussi appelé consultation-liaison dans la littérature anglophone, propose des consultations conjointes entre les médecins généralistes et les spécialistes pour la prise en charge des troubles psychiques, comme les troubles psychiques fréquents ou les troubles somatoformes. Ces derniers se caractérisent par une attention accrue portée sur les symptômes somatiques engendrant une souffrance psychique. Dans le cadre du DSP, le médecin généraliste peut adresser un patient aux professionnels spécialisés dans le champ de la psychiatrie (psychiatre, psychologue). À la suite de la consultation, le professionnel spécialiste transmet au médecin généraliste des informations et des conseils relatifs à la prise en charge, puis le médecin généraliste et le patient décident ensemble de la stratégie à mener. Dispositif conçu pour une première évaluation, la consultation spécialisée peut se dérouler de façon conjointe ou non avec le médecin généraliste. Il pourra ensuite être envisagé une réévaluation dans le cadre du suivi du parcours de soins. Le DSP permet d'accompagner les médecins généralistes dans le suivi de leurs patients, tout en les laissant la plupart du temps maîtres de la stratégie thérapeutique.

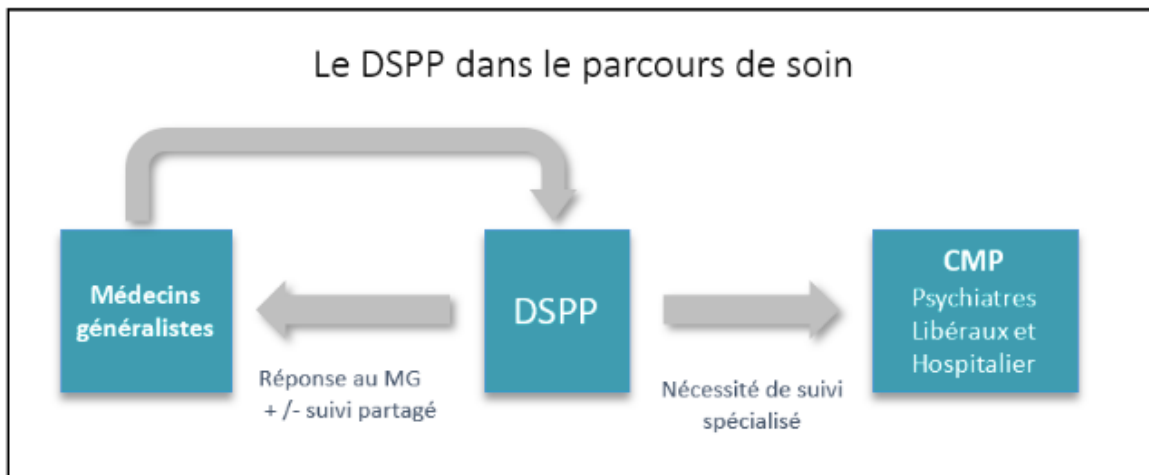


Figure 2 – Le Dispositif de soins partagés en psychiatrie (DSPP) dans le parcours de soins

Le dispositif de soins partagés en psychiatrie (DSPP) permet d’améliorer le lien entre la médecine générale et la psychiatrie et l’accès à une consultation avec un psychiatre pour le patient dans un délai rapide.

Trois mises en œuvre de ce modèle ont été identifiées en France dans le cadre de ce mémoire : une dans les Yvelines depuis 2001, une dans le Val-de-Marne, à Créteil, depuis 2012 et une à Toulouse depuis 2017. Pour ces trois dispositifs, les équipes sont composées de psychiatres, psychologues et infirmiers.

Adapté au schéma présenté ci-dessus (Figure 2), l’adressage vers le dispositif se fait par le médecin généraliste, mais, pour le dispositif des Yvelines, les patients peuvent également être directement à l’origine de la demande. Le premier entretien est réalisé par un infirmier, souvent par téléphone, puis une consultation est proposée avec un psychiatre ou un psychologue, qui peut se renouveler selon le besoin du patient. Le projet de soins du patient est construit avec l’équipe du DSP, le médecin généraliste et le patient. L’équipe du DSP peut ensuite se rendre disponible pour des avis concernant la prise en charge, ou dans le cas des Yvelines, une réévaluation systématique au bout d’un an. Les DSP de Toulouse et de Créteil se mettent à disposition des professionnels pour rendre des avis sur des situations cliniques sans forcément proposer une consultation.

L’évaluation des DSP des Yvelines et de Toulouse a mis en évidence que les délais pour une consultation d’évaluation sont d’une à quatre semaines. À la suite de l’orientation du médecin généraliste vers le DSP, 20 à 30% des patients sont orientés vers des prises en charges spécialisées.

4. Le care/case management

Le modèle du *case management* prend sa source dans les pays anglo-saxons tels que les Etats-Unis et la Grande-Bretagne. Il est encore très peu développé en France, où l'on retrouve toutefois des formes apparentées au *case management* telles que l'infirmière référente.

Le *case manager* adapte la prise en charge et permet la coordination des soins et services du patient souffrant de troubles psychiques en favorisant un accompagnement individualisé, selon une approche biopsychosociale, dans l'environnement ordinaire du patient en prenant en compte l'ensemble de ses déterminants de santé (Bartoli, Sebai, Gozlan, 2020 & Petitqueux-Glaser, Acef, Mottaghi 2010). La fonction de *case manager* peut être assurée par des infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux mais également par les médecins généralistes ou les psychiatres.

Ce modèle est né au 19^{ème} siècle aux Etats-Unis dans le champ du travail social et a connu un regain de popularité dans le contexte de désinstitutionalisation dans les années 1970. Il s'est mis formellement en place en réponse à l'afflux de patients sortant des institutions asilaires en direction de leurs communautés face à un manque de services, aux défauts de coordination des acteurs concernés dans ces prises en charges à la fois médicales et sociales (Bartoli, Sebai, Gozlan, 2020).

Le modèle de *case management* peut se définir de la façon suivante : « En synthèse, le case-management correspond à un processus intégré de gestion de chaque cas permettant d'organiser, de coordonner et d'optimiser les ressources humaines, financières et matérielles ainsi que les soins et les services requis, afin de satisfaire les besoins spécifiques de chaque patient aux plans médical, psychologique et social, et de synchroniser de façon cohérente les contributions des parties prenantes » (Jaeger, 2010).

Ainsi, ce modèle permet de répondre à certaines problématiques de ruptures dans le parcours de soins ainsi qu'aux défauts de coordination entre les acteurs du cercle de soins. Le *case manager* a pour objectif d'optimiser les prises en charge en identifiant les ressources mobilisables au regard des besoins des usagers. Il organise le projet de soins dans une optique *d'empowerment* afin de responsabiliser et impliquer l'utilisateur dans la gestion de sa maladie. Il fait le lien entre les différents professionnels du parcours de soins en facilitant leurs interactions.

Il existe différentes formes de *case management* selon l'intensité de la prise en charge.

Des expériences ont été identifiées dans la littérature dans le cadre de prise en charge de dépression au niveau des soins de premiers recours. Dans ce contexte, le médecin généraliste assure la prise en charge du patient souffrant de dépression et le *care manager* effectue le suivi programmé du patient

en évaluant les symptômes et l'observance des traitements, et en programmant les différents rendez-vous.

Dans le cadre de situations plus complexes, le *case management* peut se matérialiser par un suivi intensif en équipe (*Assertive Community Treatment*), destiné aux patients peu compliants aux soins et recourant souvent aux urgences. Cela concernerait les 10 à 20% d'usagers réguliers des services d'hospitalisations, dont la pathologie est corrélée à de nombreuses difficultés sociales, addictives et des comorbidités. Dans ce cadre, le patient n'est pas demandeur de soins et les réponses aux besoins sont multiples, ce qui implique une équipe multidisciplinaire assurant la totalité des services et soutien, souvent en allant à la rencontre du patient au plus proche de son milieu de vie (HAS, 2018).

Citons un exemple d'intervention à l'étranger, dans le cadre de *case management* de transition en Suisse. Il s'agit ici de faire le lien lors d'une sortie d'hospitalisation entre les services de psychiatrie hospitaliers et les professionnels de ville, tels que les médecins généralistes ou les psychiatres libéraux. Le *care manager*, l'infirmier et le travailleur social, dans le cadre d'une prise en charge usuelle, interviennent auprès des patients hospitalisés en psychiatrie adressés ensuite à un médecin généraliste ou à un psychiatre libéral. L'objectif est de favoriser l'engagement thérapeutique du patient dans les soins ambulatoires et de diminuer le risque de rechute et de ré-hospitalisation. Ici, le *care manager* a un rôle de coordinateur des soins entre les professionnels hospitaliers et les professionnels de l'ambulatoire. Il intervient à plusieurs reprises pendant l'hospitalisation pour créer un lien avec le patient et identifier ses besoins, ses attentes et son environnement afin d'en déduire un plan de soins. Il intervient ensuite au domicile du patient en sortie d'hospitalisation pour s'assurer de la bonne adaptation du plan de soins, il est garant de la bonne continuité de ce dernier et de ses réajustements en fonction de l'évolution de la situation. Il peut également participer aux consultations ambulatoires de suivi avec le médecin. Les résultats de cette expérimentation semblent satisfaisants, montrant une diminution des ré-hospitalisations et des contacts favorisés avec les services en ambulatoire, sans que ce chiffre ne soit statistiquement significatif par rapport à une prise en charge ordinaire (HAS, 2018).

5. Le dispositif intégré de type *collaborative care*

Le modèle des *collaborative care* ou modèle des soins collaboratifs, est un modèle multidimensionnel de type intégré, c'est-à-dire intégrant les soins spécialisés en psychiatrie dans les soins primaires. Ce modèle peut comporter une ou plusieurs typologies de coordination citées ci-dessus.

Il existe plusieurs définitions des *collaborative care*, celle proposée par la HAS a été développée par Gunn *et al.* Les modèles de soins collaboratifs se déclinent de la façon suivante :

- Une approche pluriprofessionnelle, nécessitant *a minima* deux professionnels. En général il s'agit d'un médecin généraliste, d'un professionnel spécialisé et d'un *care manager* ;
- Une structuration du programme de prise en charge avec des protocoles en vue de pratiques professionnelles cohérentes ;
- Un suivi programmé du patient ;
- Une communication interprofessionnelle renforcée et facilitée par des modalités communes à l'ensemble des professionnels.

D'après de nombreuses études et essais cliniques, ce modèle de soins présenterait des résultats positifs sur la santé des patients souffrant de troubles psychiques, notamment de la dépression dans le cadre du modèle de Gunn. *et al.* Cependant, il existe plusieurs définitions du modèle des *collaborative care*, et autant d'expérimentations différentes ne comportant pas les mêmes modalités de prise en charge. Ces modalités varient tant en termes de profils de professionnels et de l'intensité de leurs interventions qu'en termes d'organisation de la prise en charge, de modalités de suivis et d'échanges. La question de leur reproductibilité se pose du fait de toutes ses différences d'applications dans des contextes différents, avec des financements dédiés souvent intégrés dans des projets de recherche.

À titre d'illustration, citons le modèle de *collaborative care* conduit en Catalogne. Les médecins généralistes, au sein des centres de santé, ont un rôle de *gate keeper* ou « gardien de la porte », en permettant l'accès dans le système de santé aux soins spécialisés. Dans ces centres de santé, l'équipe est constituée de médecins généralistes, d'infirmiers, de pédiatres, de dentistes ou encore d'assistants sociaux. L'objectif de l'intervention est d'améliorer la prise en charge de la dépression dans les soins primaires en renforçant les liens entre l'équipe pluridisciplinaire et le psychiatre. Les médecins généralistes, en première ligne, assurent le repérage et le diagnostic des troubles dépressifs, évaluent la sévérité et mettent en œuvre la stratégie thérapeutique. Les infirmiers, en tant que *care manager*, coordonnent le suivi du patient et assurent la continuité des soins en faisant le lien avec la prise en charge somatique. Ils peuvent intervenir pour de l'éducation thérapeutique afin de s'assurer de l'adhésion du patient aux soins et aux traitements. Le médecin généraliste et le *care manager* échangent régulièrement des informations sur la situation clinique du patient. Les psychiatres assurent des consultations communes avec le médecin généraliste, et peuvent, sur adressage de ce dernier, assurer le suivi psychiatrique du patient. Si le patient est suivi par le psychiatre, la stratégie thérapeutique sera à élaborer conjointement avec le médecin généraliste, pour définir les responsabilités de chacun dans la prise en charge, afin que celle-ci soit coordonnée et cohérente. Le patient est vu en consultation les deux semaines suivant l'initiation du traitement, puis une fois par mois jusqu'à l'apaisement des symptômes, et enfin tous les 2 à 3 mois après la rémission.

Les résultats de cette expérimentation ont montré un meilleur taux de réponse au traitement ainsi qu'un meilleur taux de rémission que pour les modes d'intervention classiques. En revanche, il n'a pas été possible de montrer de différence significative concernant l'évolution de la sévérité des symptômes, ni de l'impact sur la santé physique, ni de l'effet sur le long terme de cette prise en charge (HAS, 2018).

La collaboration entre le médecin généraliste et ses confrères psychiatres permet d'améliorer la qualité des soins. Le suivi s'organise de manière coordonnée, selon les responsabilités de chacun, afin que la prise en charge soit cohérente. Cette modalité de soins permet une intervention personnalisée à la situation du patient. En France, la coordination du médecin généraliste et du psychiatre reste insuffisante. Cependant, des modalités de coopération se mettent parfois en place mais de manière informelle et très hétérogène sur le territoire. Cela dépend, entre autres, de la sensibilité des professionnels aux questions de santé mentale (Hardy-Baylé et Younès, 2014). Cependant, des expérimentations voient le jour dans une volonté d'améliorer l'articulation entre la médecine générale et les professionnels du champ de la santé mentale.

II. Illustration de la mise en œuvre de ces modèles à travers deux expérimentations

Les parcours de soins en santé mentale sont considérés comme des parcours complexes. Afin d'éviter les ruptures de parcours, la coordination des nombreux acteurs y intervenant représente un réel enjeu. Deux stratégies d'intégration de la santé mentale dans les soins primaires en France seront analysées plus en profondeur, selon deux niveaux de coordination différents.

1. Une expérience territoriale associant Maison de santé, DAC et psychiatrie

Cette expérimentation reprend les différentes typologies de coordination de la HAS à savoir l'amélioration de la communication, le lieux d'exercice partagé ainsi que le dispositif de soins partagés au travers des consultations liaison entre la psychiatrie et les médecins généralistes.

a) Origine et enjeux

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons pu interroger le médecin généraliste porteur du projet, un psychiatre, une interne en médecine générale, et la directrice adjointe du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) associé au dispositif. Le projet s'inscrit en effet sur les 12 communes du DAC.

Une équipe de médecins généralistes et de psychiatres d'un département francilien, se sont retrouvés pour échanger sur leurs pratiques professionnelles et ont relevé des problématiques communes portant sur les prises en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques.

Les constats qui ont émergé de ces échanges concernent des difficultés d'accès aux soins somatiques des patients psychiatriques, se traduisant par une diminution de l'espérance de vie des patients touchés par de nombreuses comorbidités, telles que des troubles métaboliques liés aux effets indésirables des traitements antipsychotiques ou encore des troubles cardio-vasculaires. Concernant leurs pratiques, les psychiatres évoquent des difficultés pour trouver des médecins traitants pour leurs patients suivis en CMP, de leur côté les médecins généralistes ont des difficultés à avoir des avis ou des prises en charge rapides de secteur 1 par les psychiatres. De plus, certains patients du CMP sont dans le refus de soins somatiques, mais pourraient accepter un suivi s'il se faisait dans le cadre du CMP, lieu où ils se sentent en confiance et en sécurité.

Les acteurs interrogés évoquent de manière générale une mauvaise communication entre les psychiatres et les médecins généralistes. Ils notent que les médecins généralistes sont insuffisamment formés à la santé mentale que ce soit dans la formation initiale ou continue, ce qui peut entraîner des difficultés dans leurs diagnostics. Quant aux psychiatres, ils seraient insuffisamment formés à la coordination des soins en ville. De plus, les médecins généralistes font face à des réticences de la part des médecins psychiatres à communiquer leurs diagnostics. De manière générale les acteurs interrogés expriment un manque de coordination des acteurs du soins en santé mentale, et plus particulièrement lorsqu'il s'agit du suivi à domicile.

Ces constats émergeant des pratiques professionnelles des acteurs confirment les données de la littérature présentées plus tôt.

b) Description de l'expérimentation

À la suite de ces échanges, un travail de réflexion a permis de faire émerger trois propositions d'expérimentation pour faciliter les liens entre les professionnels des soins primaires et les structures qui accueillent des personnes ayant des troubles psychiques.

Un travail a été mené sur le territoire auprès des professionnels libéraux et des professionnels exerçant en MSP afin de les informer sur cette expérimentation, d'évaluer leurs besoins et leurs disponibilités et ensuite de les aider à la mise en œuvre progressive des différents axes. Les objectifs de cette expérimentation sont de faire monter en compétence les médecins généralistes en santé mentale, d'améliorer l'accès aux soins somatiques et spécialisés, ainsi que de coordonner les soins des patients psychiatriques vus à domicile.

Le projet se décline de la façon suivante :

- Axe 1 : Consultations d'évaluation de psychiatrie en secteur 1 pour des cas complexes sur adressage des médecins généralistes du territoire, et mise en place de staffs cliniques ;
- Axe 2 : Coordination des soins primaires à domicile reposant sur des transmissions régulières des infirmiers libéraux au cercle de soins ;
- Axe 3 : Réalisation de stages partagés pour les internes de médecine générale de niveau 2 en CMP et en cabinet de médecine générale.

L'une des conditions *sine qua non* pour tout professionnel souhaitant s'inscrire dans l'expérimentation est d'assurer, pour chaque patient, un suivi somatique par un médecin traitant. Mais aussi de permettre de faciliter l'accès vers une structure de soins spécialisées en psychiatrie. Par exemple, cela peut se traduire par une aide à la recherche d'un médecin traitant pour le patient, ou encore d'organiser des consultations du médecin généraliste en CMP sur une plage horaire fixe si les besoins de consultations somatiques dans un CMP sont trop importants ou encore des consultations conjointes entre le médecin traitant et le psychiatre pour faciliter l'accès à une structure de psychiatrie.

Le premier axe consiste, pour les situations complexes, à bénéficier d'une expertise sur le traitement du patient et à réduire les délais de prise en charge ainsi que l'inertie thérapeutique. Il ne s'agit pas d'un suivi au long cours par un psychiatre, mais d'un avis de psychiatre de proximité, en secteur 1, dans des délais raisonnables. Cela passe également par l'organisation régulière de rencontres permettant la montée en compétences dans les champs de la psychiatrie des professionnels des soins primaires. La rencontre régulière du psychiatre et des professionnels de santé va permettre de développer une interconnaissance et une confiance, facteur essentiel pour l'alliance thérapeutique avec les patients psychiatriques. Cela se traduit par des staffs pluriprofessionnels, concernant des cas cliniques préparés en amont ou encore des exposés académiques, des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) autour d'un patient, ou encore l'organisation de consultations conjointes pour l'évaluation psychiatrique d'une situation complexe. Les professionnels sont rémunérés pour leur temps dévolu à ces staffs.

Le deuxième axe consiste, pour des patients psychiatriques vus à domicile par au moins un médecin généraliste et un infirmier libéral, de formaliser des transmissions par les infirmiers au cercle de soins. Il arrive en effet que ces patients soient également suivis par les équipes du CMP ou par un psychiatre libéral, or, aucun lien n'est formalisé avec les infirmiers libéraux. A l'inverse, certains de ces patients n'ont pas de suivi en psychiatrie, l'infirmier libéral est alors le seul interface avec le système de soins. Les infirmiers libéraux assurent le suivi de l'état clinique et mental du patient, l'observance et la tolérance des traitements ainsi que le suivi des rendez-vous programmés.

Le troisième et dernier axe consiste, pour les internes de niveau 2 en médecine générale, à mettre en place des stages partagés entre un CMP et un cabinet de médecine générale, afin de former ces jeunes professionnels en santé mentale. Cela permet également de favoriser l'accès aux soins somatiques, l'interne réalisant des actes de prévention, de dépistage et de suivi des pathologies chroniques pour les patients du CMP. L'interne peut également accompagner le patient chez son médecin traitant ou en trouver un si besoin. Un des rôles de l'interne est également de favoriser la coordination des soins entre le médecin traitant et le psychiatre, un courrier de synthèse leur est transmis à la fin de chaque consultation. Le planning se déroule de la façon suivante : une journée en CMP, deux journées en cabinet de médecine générale et une journée de consultations de soins somatiques aux patients du CMP. Les liens entre la médecine générale et la psychiatrie se voient ainsi renforcés au travers du stage partagé. L'infirmière du CMP a un rôle clé, à la fois dans les liens avec les médecins généralistes que dans les liens avec les partenaires. C'est elle qui adresse les patients à l'interne de médecine lorsqu'elle le juge nécessaire.

c) Premiers bilans

L'expérimentation est en place depuis un an et demi, les retours d'expérience des professionnels à ce stade sont plutôt favorables. Les professionnels ont pu organiser cinq staffs partagés entre les équipes de soins primaires et le CMP et organiser trois stages partagés pour les internes de niveau 2. En revanche, le 2^{ème} axe n'est pas encore déployé du fait d'une difficulté dans le choix de l'outil numérique adéquat et commun à l'ensemble du cercle de soins pour favoriser une bonne communication des informations.

Cette expérience permet aux médecins généralistes de se familiariser à la sémiologie psychiatrique afin de pouvoir mieux repérer les troubles. Ainsi l'exprime par exemple la cheffe de projet du DAC, surprise quant à la méconnaissance initiale de certains médecins généralistes en matière de santé mentale :

« Cela m'a étonné la méconnaissance que certains médecins peuvent avoir de la santé mentale, et le fait qu'ils ne sont pas à l'aise avec ce genre de patient, d'où l'intérêt de l'expérimentation. C'est vrai qu'avant ils avaient du mal avec certains troubles psy ou comportements et il y a quand même un changement au niveau des habitudes et du comportement avec le patient. Mais c'est vrai qu'un patient avec troubles psy, bipolaire, schizophrène ou autre, on ne va pas le faire attendre dans la salle d'attente, et maintenant c'est des réflexes, et comme il y a de la coordination, ils savent que cette personne il ne faut pas la faire attendre, donc soit ils vont la faire venir en début de consultation soit en fin, et ils essaient de s'adapter donc c'est plutôt intéressant. ».

Le médecin généraliste, quant à lui, souligne que les liens avec le CMP sont facilités et plus réactifs. Ils arrivent à se communiquer les informations très rapidement, par exemple, dans le cadre d'un rendez-vous au CMP pour un renouvellement de traitement non honoré, le médecin généraliste peut

rapidement les contacter et s'assurer de la bonne prescription du traitement. De plus, selon lui, les staffs ont permis aux acteurs de la psychiatrie d'élargir leur vision clinique à la santé mentale au sens large, au-delà de la psychose, et de gagner en compétences sur les troubles fréquents en médecine générale comme les troubles anxieux et dépressifs.

À ce titre, la coordination des acteurs améliore la qualité et la sécurité des prises en charge, en adaptant les interventions de chacun des professionnels selon la situation du patient. Cela permet également de faire monter en compétences le médecin généraliste, qui se sentira plus à l'aise dans la prescription et le suivi des traitements psychotiques.

Les limites actuelles de ce dispositif, partagées par l'ensemble des acteurs interrogés, seraient les difficultés de partage d'information entre l'interne en médecine générale et le psychiatre. L'interne implémente le dossier patient du psychiatre avec les données cliniques de ses consultations, en revanche l'inverse n'est pas aussi facile. Elle déplore le manque d'informations sur le diagnostic psychiatrique et les traitements du patient.

L'une des difficultés, encore prégnante, est de mobiliser les médecins généralistes en exercice isolé dans l'articulation avec les professionnels de la santé mentale, la directrice adjointe du DAC l'explique : « *Aujourd'hui la vraie difficulté c'est de mobiliser les professionnels de soins primaires qui sont en exercice individuel. On voit qu'on arrive facilement à fédérer les CMS [centres municipaux de santé] ou les MSP, mais les médecins qui travaillent tous seuls dans leur coin, c'est difficile de les sensibiliser. Mais cela s'explique également par la désertification médicale, on a vraiment des difficultés à trouver des médecins, et encore plus des médecins qui se déplacent à domicile pour de nouveaux patients. C'est un constat général, national, qui a un impact sur ce type d'expérimentation.* »

À terme, l'enjeu est d'étendre le projet à l'ensemble de la région : l'établissement public de psychiatrie local va être détruit et délocalisé, ce qui entraînera une diminution du nombre de lits. De fait, l'enjeu de favoriser le lien entre les CMP et les médecins généralistes sera encore plus prégnant.

2. Une expérience de soins collaboratifs intégrés

Ce projet, à l'origine de ce mémoire a fait l'objet d'une mission du cabinet Acsantis dans le cadre de mon stage. Pour ce mémoire, une chargée de projet de l'association porteuse, ainsi qu'une doctorante chargée de l'étude d'implémentation du modèle en France ont été interrogées. Cette expérimentation reprend l'ensemble des typologies de la HAS à l'exception du lieu d'exercice partagé.

a) Origine et enjeux

Porté par une association jouant un rôle de *think tank*, il s'appuie sur le concept des soins collaboratifs développés en 1995 par le centre AIMS (*Advancing Integrated Mental health Solutions*)

de l'université de Washington à Seattle par l'équipe de Wayne Keaton. D'après l'équipe, ce modèle serait l'un des plus aboutis, soutenu par une très large littérature internationale, en revanche il n'a jamais été expérimenté en France. La doctorante rencontrée dans le cadre de ce mémoire, impliquée dans l'évaluation du projet, m'explique qu'aucun acteur n'a travaillé sur les conditions d'implémentation du modèle américain en France, à ce jour. Selon la chargée de projet de l'association, le modèle des soins collaboratifs ne s'est pas développé en France car l'émergence des problématiques de santé mentale au sein du débat public est récente. La psychiatrie a longtemps été taboue et la stigmatisation est encore prégnante. Il y a, petit à petit, une prise de conscience des pouvoirs publics sur ces sujets, accélérée par la crise sanitaire liée à la COVID-19. De plus, les modèles de délégation de tâches sont très récents en France, certains médecins qui ont l'habitude de travailler seuls, ne voient pas toujours l'intérêt de ces modèles collaboratifs, il y a donc encore un travail de sensibilisation à mener.

L'objectif de cette expérimentation est de faciliter la prise en charge des troubles psychiques les plus fréquents (troubles anxieux et dépressifs d'intensité modérée) par les médecins généralistes, en protocolisant cette prise en charge et en favorisant la coordination avec les soins spécialisés en santé mentale par l'introduction d'un *care manager*.

Une centaine d'essais contrôlés randomisés ont démontré l'efficacité et l'efficacité des soins collaboratifs, en termes d'amélioration de l'évolution des troubles dépressifs ou anxieux (taux de rémission), de la santé mentale et somatique des patients, d'observance, de qualité de vie, d'augmentation de la satisfaction des professionnels et des patients et de baisse des coûts globaux par patient.

b) Description de l'expérimentation

Ce modèle des soins collaboratifs propose une coordination avec :

1. Une équipe de soins coordonnée (un médecin généraliste, un *care manager* à ses côtés, un psychiatre à distance) ;
2. Une approche populationnelle avec dépistage et revues de cas hebdomadaires entre *care manager* et psychiatre à l'aide d'un registre digital ;
3. Des soins fondés sur les preuves incluant des psychothérapies structurées dispensées par des psychologues en fonction des préférences des patients ;
4. Un suivi de résultats par l'utilisation d'échelles validées.

Une première implémentation en France est mise en place depuis septembre 2021 dans un département francilien sur quatre sites de taille, d'organisation et d'environnements différents soit deux MSP, une maison médicale et trois médecins généralistes en pratique isolée. Cette diversité

dans les structures répond au besoin d'identifier les modes d'exercices qui pourraient être facilitateurs ou non pour porter ce type de projet.

L'équipe de cette expérimentation se modélise de la façon suivante :

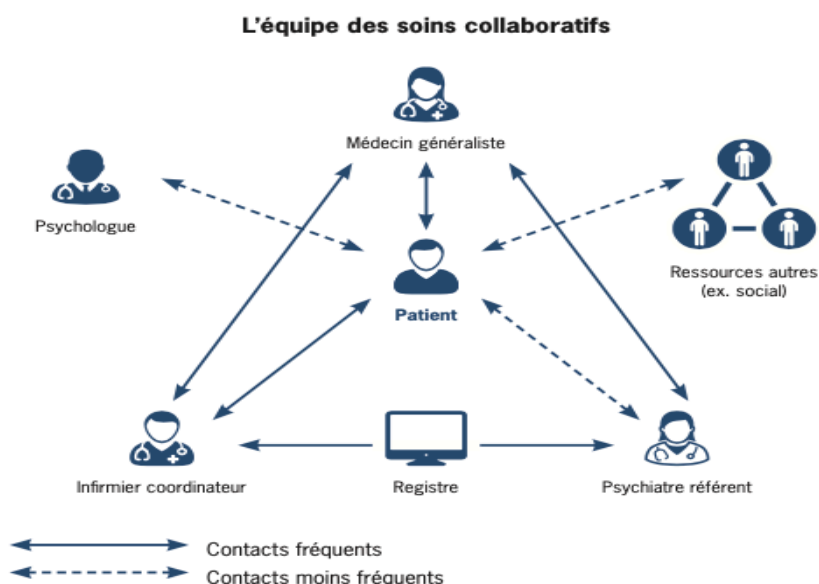


Figure 3 - L'équipe au sein du modèle de soins collaboratifs

Le médecin généraliste est en première ligne dans la prise en charge du patient. Il définit la stratégie thérapeutique globale, somatique et psychique, en s'appuyant si besoin sur l'expertise du psychiatre référent. Il décide de l'entrée d'un patient dans les soins collaboratifs à partir de critères définis.

L'infirmier coordinateur ou *care manager* est l'élément central des soins collaboratifs. Dans le modèle originel des soins collaboratifs, le *care manager* n'est pas forcément un professionnel de santé, l'équipe a donc adapté le modèle au contexte français en choisissant un infirmier. Le choix de l'équipe s'est porté sur un profil d'infirmiers ayant une expérience significative en psychiatrie et non d'Infirmiers de Pratique Avancée (IPA). Les IPA sont des infirmiers formés sur des pathologies chroniques spécifiques dans une volonté de répondre à l'évolution de la demande de soins et des maladies chroniques ainsi qu'à l'augmentation des déserts médicaux. Ces IPA sont titulaires d'un diplôme d'État reconnu au niveau d'un grade Master en plus de leur formation initiale d'infirmier. Les IPA disposent de nombreuses compétences cliniques, pouvant être protocolisée avec le médecin, ainsi qu'un rôle de coordination des soins. Ils ont la charge du suivi des patients et peuvent prescrire certains examens complémentaires, ou encore renouveler ou adapter certains traitements. En 2019, l'IPA a vu son rôle évoluer avec la création de la spécialisation en psychiatrie et santé mentale.

Les personnes interrogées dans le cadre de cette étude expliquent leur choix de ne pas recourir aux IPA par une volonté de trouver un équilibre entre l'apport d'une expertise ressentie comme suffisante par les médecins généralistes tout en maintenant ceux-ci au cœur de la prise en charge. En effet, les IPA peuvent réaliser le suivi de la prescription médicamenteuse ainsi que le renouvellement, ce qui, selon les acteurs, auraient pu déresponsabiliser les médecins généralistes et les désinvestir. La formation des infirmiers de ce projet est élaborée par l'équipe du centre AIMS de l'Université de Washington et a consisté en une formation en ligne d'une dizaine d'heures. Les infirmiers travaillent au sein de MSP, maisons médicales ou encore cabinets isolés.

Le psychiatre référent propose un accompagnement personnalisé de l'infirmier à distance à hauteur d'une demi-journée par semaine. Il supervise le travail de l'infirmier à travers des revues des cas hebdomadaires qui s'appuient sur leur registre digital commun. Il échange avec les médecins généralistes sur les cas les plus complexes et peut aider à leur adressage vers des soins spécialisés, et peut recevoir quelques patients si besoin pour une consultation.

Enfin, les patients inclus dans cette expérimentation peuvent bénéficier, si besoin, de psychothérapies dispensées par des psychologues libéraux.

Le repérage des troubles psychiques fréquents se fait à partir de l'échelle du Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2). Cette échelle apporte un score selon la réponse à deux questions : « À quelle fréquence avez-vous été gêné par le fait d'avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire choses ? » et « À quelle fréquence avez-vous été gêné par le fait d'être triste, déprimé ou désespéré ? ». À partir, d'un score supérieur à 3, le patient requiert une évaluation approfondie.

S'agissant des critères d'inclusion, les patients doivent être âgés de plus de 18 ans, avoir un score PHQ2 supérieur à 3, et une orientation par un des médecins généralistes impliqués dans l'expérimentation.

Les critères d'exclusion sont le refus du patient, un suivi psychiatrique préexistant, une barrière linguistique à l'entretien avec l'infirmier, un risque suicidaire imminent ou la présence de troubles psychiatriques sévères avérés (troubles bipolaires, schizophrénies, addictions sévères, troubles du comportement alimentaire, démence...).

Afin d'éviter les biais de sélection, il est envisagé qu'à l'avenir, un dépistage populationnel soit organisé auprès de la patientèle du médecin généraliste afin d'augmenter le repérage des troubles via la passation systématique de l'échelle PHQ2. L'approche populationnelle, comme l'explique Zaynab Riet, déléguée générale la Fédération Hospitalière de France (FHF), consiste à « partir d'un territoire donné, avec des acteurs de santé, tous statuts confondus, qui s'accordent pour coopérer et s'engager à améliorer l'état de santé des populations sur le territoire » (Mamane, 2019). Il s'agit de répondre à un risque de sous dépistage lié à un grand nombre de patients, pour mieux

repérer les troubles de façon précoce. Cependant, la chargée de projet explique qu'il est difficile pour les médecins généralistes d'intégrer cette modalité du fait de son caractère chronophage lors des consultations. L'idée d'organiser le dépistage dans la salle d'attente a été évoqué, à l'image de ce qui se fait aux Etats-Unis.

Le parcours du patient se déroule de la façon suivante :

1/ inclusion par le médecin généraliste qui adresse à l'infirmière pour une évaluation initiale

2/ phase de suivi intensif avec des rendez-vous tous les 15 jours (passation des grilles d'évaluation type PHQ9)

3/ phase de prévention des rechutes avec des rendez-vous tous les mois

Au total, cette prise en charge dure 8 mois en moyenne par patient, il ne s'agit donc pas un dispositif proposant un suivi au long terme.

c) Premiers bilans

Les retours d'expérience de la part des professionnels de santé sont en règle générale plutôt favorables. Ils trouvent dans le dispositif un réel bénéfice pour la qualité de la prise en charge du patient. Les infirmières apprécient leur autonomie par rapport à leur exercice hospitalier précédent. De leur côté, les médecins généralistes apprécient la relation avec l'infirmière, estimée de très bonne qualité et très soutenante dans leur pratique.

Concernant les retours d'expérience des patients, seulement abordés dans ce mémoire par le discours des professionnels interrogés, toutefois, ils auraient le sentiment d'avoir été pris en charge « au bon moment, au bon endroit », d'avoir pu créer une bonne relation avec l'infirmière, qui est leur confidente. En lien avec cette forte dimension relationnelle, des difficultés pour les patients sont rapportées sur le passage de relais, lorsque les infirmières sont allées au bout de leurs compétences et qu'il faut passer le relais au CMP. Toutefois, les patients seraient assez satisfaits de ne pas avoir été orientés d'emblée vers un psychiatre ou un psychologue, du fait du côté moins stigmatisant de consulter une infirmière rattachée à leur médecin traitant. Ils seraient également satisfaits de disposer d'une équipe derrière l'infirmière, dont un psychiatre référent, sans pour autant souhaiter le consulter. Le modèle a finalement permis de déstigmatiser les soins, de sensibiliser les patients aux différentes ressources thérapeutiques et de trouver les solutions d'adressage adaptées, ce qui, sans le lien avec l'infirmière, n'aurait pas pu être mis en place.

En revanche, quelques limites sont observées par les acteurs, comme le niveau d'interopérabilité du logiciel des infirmières avec celui des médecins. Aux États-Unis le logiciel des infirmières est directement connecté au logiciel du médecin généraliste.

Les médecins généralistes évoquent des critères d'inclusion trop restreints. Ils aimeraient que les critères d'inclusion soient un peu plus ouverts et qu'ils puissent orienter plus de gens qui dépassent aujourd'hui le public cible de l'expérimentation. Le principal enjeu concerne les troubles plus sévères, face auxquels les médecins généralistes sont démunis en raison des longs délais d'orientation en psychiatrie ambulatoire, et qui en principe n'entrent pas dans le champ de l'expérimentation. En pratique pour autant, les infirmières peuvent être amenées à soutenir les médecins dans ces orientations, dépassant là le cadre de leur mission. Ce point intrinsèquement lié à la crise que connaît la psychiatrie, témoigne de la difficulté de graduer les troubles, et de se limiter à un type de pathologie, dans un contexte de besoin de soutien global en santé mentale pour les médecins généralistes.

Enfin, malgré ce modèle de pratique intégré, les professionnels soulèvent des problèmes quant à la communication avec les médecins généralistes qui manqueraient de temps à consacrer à la coordination.

Dans ce modèle, le rôle central du dispositif est accordé à l'infirmier coordinateur. Le médecin généraliste est considéré comme le médecin de référence, la porte d'entrée dans le soin, en revanche l'infirmière réalise le suivi ainsi que la coordination des acteurs, en cela, elle est la pierre angulaire du cercle de soins. Pour certains acteurs interrogés, le fait de placer les médecins généralistes en retrait pourrait être un frein dans le développement du projet à plus grande échelle. De plus, dans ce modèle, contrairement à celui vu précédemment en CMP, l'approche somatique n'est pas évoquée. La santé du patient est essentiellement saisie par l'approche psychiatrique.

Enfin, un point d'attention est à relever, quant au repérage précoce des troubles psychiques, d'après le rapport Laforcade, certains diagnostics établis trop précocement pourraient être néfastes pour le patient, par la prescription de traitements non adaptés à la situation clinique (Laforcade, 2016). Il faut toutefois noter que suite au dépistage par échelle de mesure, l'infirmier se livre à une évaluation approfondie qui permet d'affiner le plan de soins.

Ces deux modèles s'opposent au modèle dit communautaire dans lequel le médecin psychiatre est le médecin de première ligne pour les patients souffrant de troubles psychiques, à l'image des CMP français. Là où les délais d'accès aux soins peuvent avoir des conséquences sur la santé psychique des patients, ces modèles permettent d'accéder à des soins rapidement et de bénéficier d'un suivi pluridisciplinaire, renforçant la qualité et la sécurité de la prise en charge. Ces deux modèles ont eu des répercussions sur les pratiques soignantes, faisant émerger de nouvelles modalités organisationnelles comme des soins coordonnés et individualisés, renforçant les liens entre les champs de la psychiatrie et de la médecine générale, facilitant l'obtention d'un avis expert, et inscrivant le rôle de l'infirmière dans le suivi du patient souffrants de troubles psychiques, dans une approche transversale des soins.

III. Enseignements tirés de ces expérimentations pour l'articulation de la santé mentale avec la médecine générale

De nombreuses expérimentations ont vu le jour dans le cadre de l'amélioration de la coordination entre les professionnels de la psychiatrie et ceux de la médecine générale. Les résultats sont plutôt prometteurs et quelques pistes émergent de ces expériences.

En nous basant sur les enseignements de la littérature, mais aussi sur les données recueillies de manière empirique dans le cadre des expériences françaises approchées, nous pouvons ici proposer quelques pistes de réflexion sur les leviers, en termes d'outils et d'actions, pour la diffusion des nouveaux dispositifs de coordination des parcours de soins en santé mentale à une échelle plus large.

1. De nouvelles modalités organisationnelles

a) L'interconnaissance des acteurs

L'une des premières étapes pour l'amélioration de l'articulation entre la médecine générale et la psychiatrie est **d'identifier les ressources disponibles et de favoriser l'interconnaissance des acteurs**. Dans ce travail de mémoire, nous avons pu voir, au travers de la littérature mais également des témoignages des professionnels impliqués dans les expériences étudiées, que les principaux acteurs concernés ont une méconnaissance des missions et compétences de chacun.

L'enjeu réside dans l'identification, par les professionnels, des ressources de leur territoire, par exemple via la mise en place d'un **annuaire en santé mentale**, à l'image de l'annuaire santé sur le site ameli, permettant d'avoir une vision des professionnels de proximité. Un médecin généraliste interrogé a évoqué le besoin d'un annuaire numérique mis à jour régulièrement et recensant l'ensemble des professionnels du territoire avec leurs champs de compétences et leurs modalités d'exercice, permettant un accès rapide aux différentes ressources en cas de besoin.

L'enjeu est également la **rencontre des professionnels**, notamment dans le cadre de leurs prises en charge communes. Ces rencontres pluridisciplinaires peuvent se matérialiser de différentes façons, sous la forme de staffs cliniques ou encore de réunions cliniques pluridisciplinaires. Ces rencontres pluriprofessionnelles sont un premier levier pour favoriser l'interconnaissance des différents acteurs et leur permettre d'identifier leur périmètre d'action et leurs modalités d'exercice respectifs. Ces réunions peuvent prendre la forme d'échanges autour d'un cas clinique, commun ou non, ou encore d'une présentation sur une thématique particulière. Elles permettent également d'apporter un avis d'expert sur les situations complexes auxquelles les professionnels peuvent être confrontés.

Enfin, l'enjeu est la connaissance des professionnels impliqués directement dans la prise en charge du patient. Pour cela les professionnels peuvent se renseigner directement auprès du patient et les inscrire dans le **dossier médical**, tout en informant le patient de l'usage de ses informations. Un des médecins généralistes interrogés évoque qu'il est possible par le biais des logiciels patients des services de psychiatrie de renseigner le médecin traitant. Il a souhaité recueillir la liste des patients communs, et a cependant fait face aux difficultés institutionnelles avec des délais importants pour obtenir une réponse à sa demande. Cet enjeu nécessite donc la coopération des établissements de santé pour favoriser la coordination interprofessionnelle, avec l'accord des patients.

b) Un outil d'information commun

Une fois le rôle et les missions de chaque professionnel identifiés, la seconde étape est d'**identifier des moyens de communication efficaces pour un partage d'information rapide**. La coordination interprofessionnelle ne peut exister sans moyens de communication organisés et de temps d'échanges adaptés.

Dans le cadre de l'expérimentation du modèle de soins collaboratifs analysée dans ce mémoire, les professionnels partagent le même logiciel, mais avec des paramètres différents selon leur profil. En revanche, certaines difficultés sont mises en évidence à ce stade, comme le manque d'interopérabilité entre cet outil et les logiciels métiers des professionnels, notamment eux, multiples, des médecins généralistes. À ce jour, l'infirmière doit implémenter manuellement les informations recueillies lors de ses consultations dans le logiciel métier de chaque médecin généraliste, ce qui s'avère chronophage.

Ce phénomène est également repéré dans l'expérimentation DAC – psychiatrie – MSP. L'interne en médecine n'a pas accès au dossier médical du patient suivi par le psychiatre en CMP, elle n'a donc pas de vision sur les traitements prescrits ce qui complique le suivi. L'infirmière du CMP lui transmet les informations pertinentes de manière manuscrite avant ses consultations, mais ces pratiques sont chronophages.

En l'absence de logiciel métier partagé, les professionnels peuvent communiquer les informations importantes via des messageries sécurisées, garantissant la confidentialité des échanges, ainsi qu'une traçabilité. À titre d'exemple MSSanté, soutenu au niveau national, propose un ensemble de messageries sécurisées permettant aux professionnels de santé de se transmettre des informations ou des courriers de façon dématérialisée. Le développement de ces messageries sécurisées est inscrit dans les priorités nationales depuis 2020, au travers de la Stratégie nationale e-santé (ARS, 2022).

La recommandation du CNSQP prévaut toujours sur le partage de l'information nécessaire à la prise en charge du patient. Lors de la demande par un médecin généraliste d'une consultation en

psychiatrie, le courrier doit correspondre à un certain standard afin que le médecin spécialisé dispose de toutes les informations nécessaires pour saisir les enjeux de la prise en charge, comme le motif du recours, des éléments symptomatiques, les pistes de diagnostic et thérapeutiques ainsi que les antécédents médicaux et le traitement en cours. D'après le CNSQP, le médecin spécialisé doit répondre au médecin généraliste avec un avis sur le diagnostic et des pistes pour la stratégie thérapeutique.

Il en est de même concernant les courriers de liaison ville-hôpital dans le cadre d'une hospitalisation. La loi de modernisation de notre système de santé de 2016, rend obligatoire les deux lettres d'entrée et de sortie d'hospitalisation entre le praticien qui adresse le patient et l'établissement qui le prend en charge. Ces lettres doivent contenir les informations utiles pour assurer la continuité des soins, comme le motif d'hospitalisation, les traitements avant et après l'hospitalisation, la synthèse du séjour, les actes à prévoir ou les surveillances particulières.

Un des médecins généralistes interrogés regrette de ne pas recevoir suffisamment de courrier de liaison de la part de la psychiatrie. Il préconise également des échanges téléphoniques de quelques minutes en complément pour se transmettre les informations essentielles, trouvant que les informations contenu dans les courriers de liaison ne sont pas toujours claires du fait du caractère subjectif de certaines situations cliniques. Le téléphone est également un outil facilitant pour les professionnels de santé, leur permettant d'obtenir des informations précises et rapides, notamment dans le cadre de situation d'urgence. Il permet également d'avoir des échanges précis et clairs en complément de la transmission d'information écrite. Selon le médecin généraliste interrogé, cela permet une synchronisation rapide des prises en charge, représentant un gain de temps pour les professionnels, assurant une bonne compréhension des situations cliniques et favorisant la sécurité des soins.

L'enjeu réside donc dans la structuration des moyens de communication, avec une standardisation des modalités d'échanges entre les professionnels concernés par des prises en charge communes.

c) Une standardisation des modalités d'adressage

Dans le cadre d'un avis ou d'un adressage, la littérature ainsi que les témoignages des professionnels rencontrés soulignent le manque de contact direct, avec des difficultés à joindre les professionnels de la psychiatrie. Pour cela, il semblerait important de développer une communication claire sur les missions de chaque dispositif en psychiatrie, notamment des CMP ou des équipes mobiles de psychiatrie, avec une vision sur les critères d'adressage. L'enjeu serait d'assurer un contact téléphonique direct avec un psychiatre référent afin de garantir un avis rapide pour le médecin généraliste.

Les professionnels expriment également des difficultés lors d'un adressage vers un service d'hospitalisation. Ils ne parviennent pas toujours à identifier une personne de référence. Concernant les services d'hospitalisation, un numéro d'orientation unique pour les adressages dans les services de psychiatrie pourrait être une solution pour répondre à cette problématique de cloisonnement entre la médecine de ville et les établissements spécialisés en psychiatrie. Il faudrait pour cela qu'il soit bien identifié et visible par les professionnels de la médecine de ville, par le biais d'un travail de communication autour de cette ligne téléphonique direct par les messageries sécurisées par exemple ou encore par l'intermédiaire du dispositif d'appui à la coordination (DAC) qui couvre le territoire en question.

d) Une vigilance aux risques somatiques

Les données de la littérature ainsi que les témoignages des professionnels rencontrés dans le cadre de ce mémoire, témoignent d'un manque dans la prise en compte des troubles somatiques des personnes souffrants de troubles psychiques. Les personnes présentant des troubles psychiques, à l'instar de la population générale, doivent bénéficier d'un suivi somatique et de mesures de prévention par un médecin généraliste, notamment pour le suivi des effets des traitements psychotropes. Les professionnels de la psychiatrie et des établissements sociaux et médico-sociaux doivent ainsi s'assurer que les personnes qu'ils suivent disposent d'un médecin généraliste identifié.

Un échange réciproque d'information, dans le respect du libre choix du patient, permet d'assurer la coordination des soins somatiques et psychiatriques. L'ensemble des professionnels impliqués dans ces prises en charge doivent être sensibilisés au risque de comorbidités et de surmortalité de ce public. Il semble important de favoriser la prévention, en informant le patient et ses proches sur les risques somatiques et les syndromes pouvant émerger de la prise de certains neuroleptiques. Pour les personnes présentant des troubles psychiques chroniques sévères, cumulant fréquemment des problèmes somatiques, une précarité sociale et une difficulté à exprimer leurs souffrances, il convient d'organiser les modalités d'un suivi conjoint par le médecin généraliste et les acteurs de la psychiatrie.

À l'image de ce qui a pu être réalisé dans le cadre de l'expérimentation DAC – psychiatrie – MSP, l'identification du médecin traitant est cruciale dans le suivi du patient, ainsi que l'accompagnement dans la recherche d'un médecin généraliste si le patient n'en a pas désigné. Comme nous avons pu le voir précédemment, les patients peuvent refuser d'aller voir le médecin généraliste du fait d'un sentiment de persécution, là aussi cette expérimentation propose une alternative en proposant des consultations de médecine générale au sein du CMP, là où les patients se sentent en confiance, ce qui permet de développer une certaine alliance thérapeutique avant de pouvoir envisager que le patient se rende au sein du cabinet de ville.

Enfin, les infirmières libérales ont un rôle clé dans le suivi somatique des patients, comme les professionnels impliqués dans l'expérimentation au sein du CMP ont pu l'évoquer. En intervenant à domicile, elles peuvent transmettre certaines informations tenant de l'environnement du patient mais également du suivi et de l'observance des traitements ainsi que le repérage d'éventuels symptômes somatiques.

e) Le développement de la fonction de coordination de parcours

Enfin, avec les évolutions des modes d'exercice pluriprofessionnels, les fonctions de coordinateur se sont développées en France. Ces fonctions de coordination administrative ou de parcours, souvent assurées par un infirmier coordonnateur, permettent de décharger les professionnels de certaines tâches. Les *care manager*, comme nous avons pu le voir précédemment dans l'expérimentation des soins collaboratifs, jouent un rôle essentiel dans la continuité des soins : « Le *case management* est une gestion et une coordination de l'ensemble des soins médicaux, paramédicaux, psychologiques, de bien-être, nécessaires pour répondre aux besoins et souhaits des personnes atteintes de maladies chroniques » (Malâtre-Lansac, 2020).

Dans le cadre de l'expérimentation du modèle intégré de soins collaboratifs, le *care manager* est un infirmier spécialisé en psychiatrie, doté de réelles compétences cliniques qui lui confèrent une certaine autonomie dans le suivi des patients. Ils établissent une relation de confiance avec le patient et ses proches, en prenant en compte le patient dans sa globalité et s'assurant de l'amélioration de sa qualité de vie. Les *care manager* coordonnent les différents intervenants de la prise en charge du patient, favorisent le lien et la communication entre les médecins généralistes et les psychiatres, et assurent le rôle de pivot au sein de la prise en charge. Les *care manager* représentent un réel levier pour le renforcement du lien entre la médecine générale et la psychiatrie.

Les infirmiers en pratique avancée (IPA) ont également leur rôle à jouer dans l'amélioration des prises en charge en santé mentale grâce à la spécialisation en psychiatrie.

f) Autres leviers

Dans le cadre des expérimentations développées précédemment, la difficulté d'obtenir des temps de coordination avec certains professionnels est soulignée, principalement du fait d'un manque de temps. La préconisation émise par la directrice adjointe du DAC, rencontrée dans le cadre de cette étude, est de **remunérer ces temps de coordination**.

La possibilité de réaliser des **consultations conjointes** avec un psychiatre pourrait permettre à la fois au médecin généraliste de bénéficier d'un avis facilité, de monter en compétences, mais également de déstigmatiser le soin psychiatrique pour le patient, du fait de la présence du médecin généraliste

lors de la consultation, à l'image de ce qui est proposé dans le cadre de l'expérimentation DAC – psychiatrie – MSP, au sein d'un CMP.

De nombreux professionnels ont également souligné le manque **de formation des médecins généralistes dans les prises en charge en santé mentale**. La mise en place de sessions régulières de formations croisées entre la psychiatrie et les acteurs du premier recours, sur les premiers signes des troubles psychiques et les conduites à mener face à ces signes, a été ainsi citée par certains acteurs comme un levier pour favoriser l'interconnaissance, le partage d'un discours commun entre spécialistes et non spécialistes, et par là une meilleure fluidité entre repérage et accès aux soins. L'enjeu est de leur permettre une montée en compétences, qui peut également se faire par le biais des staffs cliniques ou des réunions cliniques pluridisciplinaires. Il faut souligner que les Projets Territoriaux de Santé Mentale qui se mettent en œuvre actuellement sur les territoires, la plupart du temps à l'échelle départementale, comportent la plupart du temps des actions relatives aux formations croisées. Le principal frein demeure la difficulté pour les médecins généralistes comme pour les professionnels de la psychiatrie, de dégager du temps dédié.

L'utilisation de grilles d'évaluation standardisées validées peut être également un appui pour aider les médecins généralistes dans le repérage précoce de certains troubles psychiques. Les médecins généralistes étant peu formés en psychiatrie et l'identification de ces troubles pouvant être très subjective, ces outils permettent de proposer une première vision rationnelle et reproductible des situations, qui doit toutefois être affinée par des entretiens cliniques. Il existe différentes échelles, comme le PHQ2 utilisée dans le cadre de l'expérimentation des soins collaboratifs étudiée, et sa version plus longue, le PHQ9, sous la forme de neuf questions, permettant de dépister les syndromes dépressifs. Il existe également une grille pour dépister les troubles anxieux comme le *Generalized Anxiety Disorder – 7* (GAD-7), également utilisée par les infirmières de l'expérimentation des soins collaboratifs.

g) La prise en compte du contexte territorial

Les professionnels interrogés notent cependant que la coordination dépend du contexte territorial et peut être variable d'un endroit à l'autre. Aussi, les solutions pour l'amélioration de la coordination entre la médecine générale et la psychiatrie peuvent être duplicables, mais doivent également être envisagée de manière individualisée. L'importance est de travailler avec une vision d'ensemble du territoire, en amont de la prise en charge, autour d'un projet de santé commun prenant en compte les différents champs de la prise en charge, sanitaire, sociale et médico-sociale, et intégrant l'ensemble des professionnels impliqués.

Aussi, un psychiatre évoque l'importance du travail en réseau afin d'articuler de manière optimale les prises en charge : « Le secteur, au sens du réseau et des partenaires, et pas seulement au sens

géographique, doit être restauré comme l'outil performant permettant de proposer des solutions aux usagers dans les articulations qu'autorise un territoire donné. » (Tantale, 2021).

Ces nouvelles modalités d'organisation des pratiques professionnelles ne consistent pas seulement en une juxtaposition des pratiques de soins individuelles. Il s'agit de rendre compte d'un dispositif articulé entre les différents intervenants d'une prise en charge, de façon coordonnée, autour d'un projet de soins commun. Aussi, il ne s'agit pas seulement d'une communication interprofessionnelle, mais d'échanges organisés à l'aide d'outils de communication communs. Ces échanges et ces rencontres pluridisciplinaires doivent s'intégrer dans un contexte territorial afin de favoriser le décloisonnement des différents champs de la santé et des pratiques professionnelles.

2. Des leviers territoriaux à saisir pour renforcer la coordination

Les expérimentations étudiées s'inscrivent dans un contexte territorial, permettant de nouvelles opportunités pour une meilleure efficacité de ces nouveaux dispositifs. Plusieurs niveaux territoriaux peuvent être identifiés comme leviers pour la structuration de la coordination pluridisciplinaire.

a) Les instances de structuration des soins primaires

Tout d'abord, la structuration de la médecine du premier recours est au cœur de l'agenda politique au travers des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Introduites par la loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007, les MSP sont des « lieux de regroupement des professionnels de santé assurant des activités de soins sans hébergement et participant à des actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales ». Elles sont constituées d'un minimum de deux médecins et d'un paramédical. Les MSP proposent un mode d'exercice collectif répondant aux changements dans la démographie médicale, à l'évolution des maladies chroniques ainsi qu'aux souhaits des nouvelles générations de médecins. Les professionnels élaborent un projet de santé permettant l'organisation de leur exercice coordonné. Ce dernier ne consiste pas seulement en une coordination des soins, il se compose également d'outils de communication opérationnels tels que des réunions cliniques pluriprofessionnelles, des staffs cliniques et des systèmes d'information partagés.

Selon la directrice adjointe du DAC de l'expérimentation DAC – psychiatrie – MSP, les raisons du succès de l'expérimentation, portant sur la mise en place de stages partagés entre la médecine générale et la psychiatrie, sont que le référent du projet, sensible aux questions de santé mentale, est lui-même médecin généraliste au sein d'une des MSP de l'expérimentation, ce qui a pu être facilitant

pour le démarrage du projet. De plus, il existe beaucoup de MSP sur le territoire, le fait d'y travailler permet aux professionnels de santé d'être dans une dynamique de partage, de coordination, d'élaboration de projets en commun, chose que l'on ne va pas forcément retrouver sur d'autres communes où l'on va retrouver plutôt un exercice cloisonné en individuel.

Les CPTS quant à elles sont des instances créées par la loi du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre système de santé, afin d'aider les professionnels de santé de ville et hospitaliers à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner, à l'échelle d'un bassin de population. Elles se développent en France à l'initiative des professionnels de santé en associant plus largement les acteurs sociaux et médico-sociaux, selon les besoins de santé spécifiques du territoire. Trois missions sont dévolues aux CPTS : faciliter l'accès aux soins, organiser des parcours de soins pour les patients et développer les actions de prévention sur le territoire en question. Par ces missions visant à faciliter la coordination des soins ambulatoires en faveur du parcours de soins du patient, les CPTS sont des partenaires incontournables dans le relais de ces projets innovants.

L'expérimentation DAC – psychiatrie – MSP est intégrée dans le projet de santé de la CPTS du territoire en question, ce qui, selon la cheffe de projets d'animation territoriale du DAC, a permis un relais important de l'expérimentation.

La loi Ma santé 2022 met un point d'honneur sur l'amélioration de l'organisation et de la coopération des professionnels de santé en faveur du parcours de soins du patient et du décroisement des soins primaires et des soins hospitaliers. Elle fait des MSP et des CPTS une priorité en termes d'organisation des soins au travers de l'exercice coordonné. De cette façon, les soins collaboratifs s'intègrent parfaitement dans le cadre des orientations politiques, dans le renforcement du lien ville-hôpital, la coordination des professionnels au travers du communication organisée et facilitée, dans une approche populationnelle et préventive.

b) Les instances et dispositifs de concertation en santé mentale

Plusieurs échelons territoriaux de second niveau sont mobilisables dans l'articulation des différents projets en faveur de l'amélioration des parcours de soins en santé mentale, au travers, notamment, des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) et des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM).

Les CLSM en tant qu'espaces de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire peuvent être des relais dans la mise en œuvre locale de ces projets.

En effet, les CLSM, en s'ouvrant sur une grande variété d'acteurs dont les élus locaux, permettent de proposer des solutions partagées en pluriprofessionnalité à des problèmes récurrents, pour lesquels

les interventions isolées classiques ne sont pas efficaces. À cet effet, 84 % des CLSM ont mis en place une cellule d'analyse et de gestion des situations complexes (CCOMS, 2018). Ces cellules permettent une analyse partagée entre professionnels de différents champs pour résoudre des situations à long et moyen terme en faisant émerger des modes d'intervention conjoints, parfois inédits. Elles sont mobilisées pour des situations qui posent des problèmes pluridimensionnels, souvent avec une forte composante sociale, et n'ont pas pu être résolues par une intervention isolée. Ces instances ne sont pas adaptées au traitement des situations d'urgence. Le Centre national d'appui et de ressources aux CLSM (CCOMS) insiste sur la nécessité de structurer ces cellules de manière à ne pas s'écarter des missions premières des CLSM, avant tout populationnelles.

Le CLSM du territoire concerné par l'expérimentation DAC – psychiatrie – MSP, a accepté de porter le projet, pour que les acteurs locaux puissent s'en saisir et prennent le relais à la fin de l'expérimentation, dans l'idée qu'à terme la coordonnatrice du CLSM puisse faire vivre ce projet.

Le PTSM, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées par des problèmes de santé mentale à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, émane de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 et a depuis lors été précisé par un décret d'application publié en juillet 2017 et une circulaire ministérielle publiée en juin 2018.

L'article 69 de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 réaffirme le modèle des soins sectorisés en psychiatrie en ancrant les parcours de soins en santé mentale au sein du maillage territorial au travers du PTSM. Ce dernier peut être une instance appropriée pour identifier les besoins et les leviers pour une meilleure coordination des professionnels en proximité, tant les acteurs impliqués sont variés : médecins généralistes, professionnels du champs de la psychiatrie, les professionnels du social et du médico-social, les services hospitaliers, les usagers et leurs proches, les infirmiers libéraux, les acteurs des urgences, les élus locaux, les professionnels de l'Éducation nationale, les acteurs de la justice, des professionnels de l'insertion à l'emploi ou encore du logement.

La démarche du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) comprend trois phases :

- La réalisation du diagnostic territorial partagé avec tous les acteurs de la santé mentale ;
- L'élaboration d'actions visant à répondre à ce diagnostic sur cinq années ;
- La rédaction d'un Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) entre l'ARS et les acteurs du territoire. Il définit les missions, les engagements, les moyens, les modalités de suivi et d'évaluation des acteurs pour mettre en œuvre le PTSM.

Le PTSM doit être élaboré par l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, les représentants des usagers, les acteurs des politiques de la ville, des collectivités territoriales, ainsi que des conseils locaux de santé (CLS) et des conseils locaux de santé mentale (CLSM), car la politique

de santé mentale est conçue comme une action globale et comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale qui doivent associer un large panel de citoyens.

Le PTSM doit tenir compte des spécificités du territoire, de l'offre de soins et de services. Il précise les modalités d'accès aux soins et aux accompagnements, aux techniques de soin et d'accompagnement les plus actuelles, quels que soient les troubles psychiques concernés. Il a vocation à décliner un socle commun d'orientations partagées par les acteurs en santé mentale, qui essaieront dans les infras territoires en prenant en compte leurs spécificités.

- Le décret du 27 juillet 2017 fixe six priorités à traiter dans le cadre des PTSM :
- L'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, et l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux ;
- L'organisation d'un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, en vue du rétablissement et de l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques graves ;
- L'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ;
- L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;
- L'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles ;
- L'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

L'expérimentation DAC – psychiatrie – MSP est également portée par le PTSM au travers de fiches actions dédiées.

c) Les dispositifs d'appui à la coordination

Le DAC est un dispositif pluriprofessionnel résultant de la fusion de différents réseaux de santé et MAIA, dont la mission est de favoriser l'accès et la continuité des soins. Il intervient en appui des professionnels des champs du sanitaire, du social et du médico-social, confrontés à des situations complexes. Les chefs de projet d'animation territoriale du DAC, ont notamment pour mission de répertorier les moyens de communication et d'adressage disponibles sur le territoire.

Par la vision globale du territoire, le DAC apporte des réponses aux professionnels, comme une information sur les ressources disponibles adaptées à la situation du patient, un appui à la coordination des parcours et aux orientations. Le DAC peut également diffuser des informations aux

professionnels du territoire par le biais de newsletters. Ainsi, le DAC représente un réel levier pour les professionnels de santé, dont les médecins généralistes peuvent se saisir pour identifier les différentes ressources existantes. Plus précisément en santé mentale, le DAC par son rôle d'information et de sensibilisation des professionnels peut être une ressource essentielle dans la mise en relation avec les professionnels du champ de la psychiatrie.

Dans l'expérimentation DAC – psychiatrie – MSP, le DAC a joué un rôle clef pour la mobilisation intersectorielle des acteurs.

d) Autres leviers territoriaux

Aussi, le territoire jouit d'une forte dynamique du fait du grand nombre de MSP et de professionnels impliqués, la cheffe de projet insiste sur le fait que le succès de ce type de projet est très « personne-dépendante ». D'après elle, ces professionnels avaient l'habitude de travailler en lien avec le DAC, ils comprennent le sens de la coordination de parcours, ce qui est un réel atout.

L'expérimentation DAC – psychiatrie – MSP bénéficie également du soutien des Établissements public de santé (EPS) à la suite des présentations du projet dans le cadre des Commission médicale d'établissement.

Les élus mobilisés ont également leur rôle à jouer, ils permettent l'affichage politique du projet, ils aident à organiser des soirées ou des temps de présentation à destination des professionnels, et certains sont eux-mêmes de formation médecin, ils peuvent mobiliser leurs confrères, en ce sens, ils jouent un rôle de communication.

La directrice adjointe du DAC, évoquent les raisons pour lesquelles dans certaines villes le projet n'a pas pris : l'absence de CLSM, de CPTS, de MSP et de portage politique par les élus, ou problématiques de manque de ressources médicales. En effet, lorsqu'il existe une CPTS ou un CLSM sur le territoire, la sensibilisation des professionnels a déjà eu lieu et il est plus facile d'attirer leur attention sur ce genre de projet novateur.

La complexité des parcours de soins pour les patients souffrant de troubles psychiques, ainsi que la diversité des acteurs concernés par ces situations ne pouvant pas répondre à eux-seuls aux diverses problématiques, renforce l'idée d'une coordination plus large des professionnels de façon pluridisciplinaire afin de prévenir les éventuelles ruptures de parcours. La politique de santé mentale s'intègre au sein d'un maillage territorial permettant de contribuer à la réponse de l'ensemble des besoins des patients souffrant de troubles psychiques, tels que le repérage précoce des troubles, l'accès aux soins et l'accompagnement en faveur de l'insertion sociale, en faveur du parcours de soins.

Conclusion

L'émergence des problématiques de santé mentale en population générale forme un tournant décisif quant à la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques. Or, les démarches d'orientation et de coordination restent insuffisantes pouvant être la cause de rupture dans les parcours de soins de ces patients.

Le médecin généraliste, dans son rôle de coordinateur de parcours, représente le premier recours pour les patients souffrant d'une problématique de santé mentale, et parfois le seul, au vu des difficultés d'accès aux soins psychiatriques tant en termes de démographie médicale que de coût. Cependant, ces derniers, se retrouvent parfois démunis dans ces prises en charge, par manque de temps, de formation mais également d'aprioris sur les troubles psychiatriques. Ils font également face à des difficultés de communication avec les professionnels de la psychiatrie. D'un autre côté la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques n'est pas assez prise en compte dans le suivi de ces patients. Le cloisonnement entre la psychiatrie et la médecine générale ne permet pas d'assurer une prise en charge de qualité et peut remettre en cause la sécurité du suivi par la mise en place de stratégies thérapeutiques non coordonnées.

Dans un contexte de déshospitalisation, avec une réduction du nombre de lits au sein des établissements de psychiatrie, et de nombreuses ruptures de parcours, la promotion de l'ambulatoire et de la prise en charge individualisée de proximité sont à prendre en compte dans l'élaboration des parcours de soins. La question de l'intégration de la prise en charge de la santé mentale en médecine générale est inscrite à l'agenda politique depuis quelques années, cependant sa mise en œuvre reste marginale ou informelle dans certain cas. Ce que souligne Jean-Luc Gallais, « Ces critiques sont retrouvées dans le discours politique et social : le rapport de la Cour des comptes traite des effets limités des plans de santé mentale notamment sur la réalisation des mesures favorisant le décroisement des prises en charge » (Gallais, 2014). Cette coordination semble pourtant nécessaire pour garantir la cohérence et la continuité des parcours de soins des patients souffrant de troubles psychiques.

De nombreuses expérimentations ont vu le jour, en France comme à l'étranger, annonciatrices de résultats prometteurs. La coordination des soins se traduit selon différents niveaux, certains plus intégrés que d'autres, comprenant l'amélioration de la communication entre les différents professionnels, des lieux d'exercice partagés, des consultations de liaison entre la psychiatrie et la médecine générale, un coordinateur de parcours ou *care manager*, comme les soins collaboratifs. Ces exemples de modèles de collaboration ont montré qu'ils ont un impact sur les pratiques des professionnels permettant leur mise en lien rapide, la déstigmatisation des maladies psychiatriques et

l'augmentation de l'accès aux soins. Le succès de ces expérimentations relève de l'implication des professionnels dans les sujets de santé mentale mais également d'un exercice collaboratif plus large. Les avancées dans la structuration des soins du premier recours fournissent un cadre propice pour l'émergence de ces pratiques collaboratives.

Finalement, la coordination des professionnels du premier recours et de la psychiatrie s'intègre au sein d'un maillage territorial plus large au bénéfice du parcours du patient, à l'image de ce qui avait été pensé lors de l'élaboration de la politique de sectorisation de la psychiatrie.

L'intégration de la prise en charge de la santé mentale en médecine générale semble primordiale pour améliorer le parcours de soins des patients et leur qualité de vie. Elle permet à la fois une prise en charge globale du patient, prenant en compte l'ensemble des déterminants de santé, mais également transversale, associant les champs du somatiques et du psychiques. Cependant, il semble important de souligner que ces modèles d'exercice ainsi que les préconisations qui en découlent ne préfigurent pas un modèle unique de collaboration pluriprofessionnelle. Ces stratégies de coordination sont à élaborer selon un contexte donné, à la fois socio-démographique, territorial et en fonction des ressources et motivations des acteurs concernés. Il s'agit de repères et d'outils pour formaliser une stratégie collaborative personnalisée selon le territoire, sans prétendre à une reproductibilité exacte de ce qui a pu être présenté dans ce travail.

Même si la coordination semble reconnue au travers des politiques publiques, du fait de leur caractère innovant, ces dispositifs ne sont pas à l'abri de certains freins institutionnels, professionnels et sociaux, entravant leur mise en œuvre, notamment dans le cadre de l'ancrage institutionnel psychiatrique encore très hospitalo-centré (Bartoli, Sebai, Gozlan, 2020).

Dans une approche globale et centrée sur les besoins des patients, les professionnels peuvent être confrontés à certains obstacles du fait du caractère instable des troubles psychiques. Ces derniers sont parfois difficiles à appréhender. Aussi, le ressenti du patient quant à sa prise en charge est primordial pour évaluer la réussite de ces expérimentations.

Bibliographie

Articles

Ailam L., Rchidi M., Tortelli A., Skurnik N. (2009), « Le processus de désinstitutionnalisation », *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, vol. 167, pp. 455.

Aubriet, S., Fau, L. (2021), « Santé mentale et santé globale : pour une vision commune, une approche de la complexité », *L'information psychiatrique*, vol. 97, pp. 491-496. <https://doi.org/10.1684/ipe.2021.2284>

Bartoli, A., Sebai, J. & Gozlan, G. (2020), « Les *case-managers* en santé mentale : des professionnels en quête de définition », *Management & Avenir Santé*, vol. 6, pp. 83-104. <https://doi.org/10.3917/mavs.006.0083>

Berman Cohen I., Halkoum R., Fau L. (2021), « La communication et la coordination entre médecins traitants et psychiatres - inexistante ? », *L'information psychiatrique*, John Libbey Eurotext, vol. 97, pp. 481-489.

Caria A, Roelandt JL, Bellamy V, Vandeborre A. (2010), « Santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG) : Présentation de la méthodologie d'enquête », *L'Encéphale*, vol. 36, pp. 1-6.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2006). « La durée des séances des médecins généralistes », *Études et résultats*, vol. 481.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2004). « Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie », *Études et résultats*, 315.

Dumesnil, H., Cortaredona, S., Cavillon, M., Mikol, F., Aubry, C., Sebbah, R., Verdoux, H. & Verger, P. (2014), « Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville: Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généralistes français », *L'information psychiatrique*, 90, pp. 341-352. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0341>

Eyraud, B. & Velpry, L. (2014), « De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? », *Revue française d'administration publique*, vol. 149, pp. 207-222. <https://doi.org/10.3917/rfap.149.0207>

Fovet, T., Amad, A., Geoffroy, P., Messaadi, N. & Thomas, P. (2014), « État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France », *L'information psychiatrique*, 90, pp. 319-322. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0319>

Gallais, J. (2014), « Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste », *L'information psychiatrique*, vol. 90, pp. 323-329. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0323>

Grolleau A, Cougnard A, Begaud B, Verdoux H. (2008), « Usage et congruence diagnostique des traitements à visée psychotrope : résultats de l'enquête santé mentale en population générale en France métropolitaine », *L'Encéphale*, vol. 34, pp. 352-9.

Gunn, J., Diggins, J., Hegarty, K., & Blashki, G. (2006), « A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care », *BMC health services research*, vol. 6, pp. 88. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-88>

Hassenteufel, P., Naiditch, M. & Schweyer, F. (2020), « Préambule : brève actualisation. Revue française des affaires sociales », pp. 7-10. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0007>

Henckes N. (2015), « La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? », *Revue Esprit*, Editions Esprit, 2015, vol. 4, pp.28-40.

Jaeger M. (2010), « L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs », *Vie Sociale*, vol. 1, pp. 15-23.

Kandel O, *et al.* (2004), « Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? », *La Revue du Praticien - Médecine Générale*, Tome 18, n°656/657, pp. 781-784.

Lépine J.-P., *et al.* (2005), « Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) », *L'encéphale*, Vol 31 - N° 2, pp. 182-94.

Loas, G. (2009), « Mortalité et surmortalité dans la schizophrénie », *Annales Médico-Psychologiques*, Elsevier Masson, vol. 167, pp. 446.

Malâtre-Lansac A.,(2020), « Santé mentale : faire face à la crise », Paris.

Milleret, G., Benradia, I., Guicherd, W. & Roelandt, J. (2014), « États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale » », *L'information psychiatrique*, vol. 90, pp. 311-317. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0311>

Müller C., Draus P.-L. (2014), « Charte de partenariat : Médecine générale & Psychiatrie de secteur »

Petitqueux-Glaser, C., Acef, S. & Mottaghi, M. (2010), « Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ? », *Vie sociale*, vol. 1, pp. 109-128. <https://doi.org/10.3917/vsoc.101.0109>

Siksou, M. (2008), « Georges Libman Engel (1913-1999): Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical », *Le Journal des psychologues*, vol. 260, pp. 52-55. <https://doi.org/10.3917/jdp.260.0052>

Sow, A., Van Dormael, M., Criel, B. & de Spiegelare, M. (2019), « Intégration de la santé mentale dans les centres de santé communautaires en Guinée Conakry », *Santé Publique*, vol. 31, pp. 305-313. <https://doi.org/10.3917/spub.192.0305>

Trojak B, Barra JD, Milleret G (2004), « Les médecins généralistes regardent la psychiatrie », *Nervure*, vol. 17, pp. 2-3.

(2021), « Psychiatrie et médecine générale à la moulinette du terrain : positions respectives et attentes réciproques », *L'information psychiatrique*, vol. 98, pp. 671-676. <https://doi.org/10.1684/ipe.2021.2315>

Sites internet

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2019), « Psychiatrie chiffres clés », (mis à jour le 1er septembre 2020), [en ligne] Disponible à : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psy_2019.pdf [consulté le 8 mai 2022].

Amalberti R., (2017), « La durée de consultation en médecine générale - de 48 secondes au Bangladesh à 22 minutes en Suède : où est le juste milieu ? », [en ligne] Disponible à : <https://>

www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/medecin/duree-consultation-medecine-generale [consulté le 3 juillet 2022].

Agence régionale de santé (2022), « La stratégie nationale e-santé 2020 », [en ligne] Disponible à : <https://www.ars.sante.fr/la-strategie-nationale-e-sante-2020> [consulté le 5 août 2022].

Epi phare (2021), « Usage des médicaments remboursés durant l'épidémie de Covid-19 en France- rapport 6 : point de situation jusqu'au 25 avril 2020 », [en ligne] Disponible à : <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-rapport-6/> [consulté le 8 mai 2022].

Haute Autorité de Santé (2011), « 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 », [en ligne] Disponible à : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1050358/en/les-courriers-echanges-entre-medecins-generalistes-et-psychiatres-lors-d-une-demande-de-premiere-consultation-par-le-medecin-generaliste-pour-un-patient-adulte-presentant-un-trouble-mental-avere-ou-une-souffrance-psychique [consulté le 5 août 2022].

IRDES, Safon, Suhard (2019), « La santé mentale en France et dans les pays de l'OCDE », [en ligne] Disponible à : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-mentale-en-france-et-dans-les-pays-de-l-ocde.pdf> [consulté le 8 mai 2022].

Mamane B., (2019), « Dossier : L'approche populationnelle gagne les territoires de santé ! », [en ligne] Disponible à : <https://www.reseau-hopital-ght.fr/actualites/sante-publique/sante-et-societe/a-completer-dossier-l-approche-populationnelle-gagne-les-territoires-de-sante.html#:~:text=%C2%AB%20L'approche%20populationnelle%2C%20c,de%20la%20F%C3%A9d%C3%A9ration%20Hospitali%C3%A8re%20de> [consulté le 14 août 2022].

Ministère de la santé et de la prévention, « Ma santé 2022 : un engagement collectif », [en ligne] Disponible à : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/> [consulté le 30 juillet 2022].

OMS (2021), « Santé mentale », [en ligne] Disponible à : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale> [consulté le 22 mai 2022].

OMS (17 juin 2022), « Santé mentale : renforcer notre action », [en ligne] Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [consulté le 22 mai 2022].

URPS médecin d'Occitanie (2022), « Le DSPP - Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie » [en ligne] Disponible à : <https://www.medecin-occitanie.org/le-dspp/> [consulté le 10 juillet 2022].

Santé Publique France (2021), « Comment évolue la santé mentale des Français pendant l'épidémie de COVID-19 – Résultats de la vague 24 de l'enquête CoviPrev », [en ligne] Disponible à : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19#block-249162> [consulté le 8 mai 2022].

Wonca Europe (2005), « La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille », Société Européenne de médecine générale - médecine de famille, [en ligne] Disponible à : https://conseil25.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-562/1/wonka_-_mg.pdf [consulté le 10 juin 2022].

Rapports

Centre national de ressources et d'appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale (2018), « Etats des lieux national des CLSM ».

Cour des comptes (2021), « Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie, Rapport public thématique ».

Haut Conseil de la santé publique (2021), « AVIS Haut Conseil de la santé publique relatif à l'impact du Covid-19 sur la santé mentale - 6 juillet 2021 ».

Haute Autorité de Santé (2021), « Certification des établissements de santé pour la qualité des soins ».

Laforcade, M. (2016), « Rapport relatif à la santé mentale », Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris.

Ministère des Solidarités et de la santé (2018), « Feuille de route Santé mentale et psychiatrie », Paris.

Organisation Mondiale de la Santé (2016), « Déterminants sociaux de la santé : Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé », Commission des déterminants sociaux de la santé de l’OMS, Genève.

Organisation mondiale de la santé (2001), « Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs ».

Weber F. et al, (2017), « Entre accompagnement médico-social du handicap psychique et soin psychiatrique : Etude de trajectoires de malades mentaux en Île-de-France », IRESP.

Textes législatifs

Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Circulaire du 16 mars 1972 relative au programme d’organisation et d’équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents.

Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d’orientation en faveur des personnes handicapées.

Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs et concerne, selon l’article 440 du code civil.

Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.

Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Cours

Moreau, D. (2021), Les politiques de santé mentale en France (diapositive 9, 13, 18, 20).

Liste des Annexes

ANNEXE 1 - Liste des acteurs interrogés

ANNEXE 2 - Exemple de grille d'entretien vers un médecin généraliste

ANNEXE 3 - Retranscription d'un entretien dans le cadre de l'expérimentation territoriale associant
Maison de santé, DAC et psychiatrie

ANNEXE 1 - Liste des acteurs interrogés

Professionnels interrogés	Date	Durée de l'entretien
Directrice adjointe DAC - Impliquée dans la création d'une CPTS	09/06/2022	30 minutes
Médecin généraliste MSP sans projet santé mentale	14/06/2022	50 minutes
Médecin généraliste MSP avec projet santé mentale	17/06/2022	45 minutes
Psychiatre & interne en médecine générale CMP	30/06/2022	35 minutes
Chargée de projet Association	05/07/2022	50 minutes
Directrice adjointe - Cheffe de projet territorial DAC	08/07/2022	45 minutes
Doctorante Association - Étude d'implémentation du projet	26/07/2022	1 heure

ANNEXE 2 - Exemple de grille d'entretien vers un médecin généraliste

I. Les enjeux

- 1) Quelles sont les problématiques régulièrement remontées en santé mentale dans votre pratique ?
- 2) Quelle est votre vision de la prise en charge des troubles psychiques en médecine générale ?
- 3) Quelle est votre perception de l'offre de soin en santé mentale ?
- 4) Quels sont les facteurs favorisant et obstacles à l'orientation vers une prise en charge spécialisée de santé mentale, publique et privée ?
 - a. Vous est-il facile d'orienter un patient vers un service de psychiatrie public ? si non, pourquoi ?
 - b. Vers un professionnel libéral ?
 - c. Quel est l'état de la communication avec les psychiatres ?
 - d. Comment expliquez-vous le refus des psychiatres à évoquer leurs diagnostics ?
- 5) Une estimation de la part de la patientèle consultant pour un trouble psychique
 - a. Quel type de troubles ?
 - b. Quel profil de patients ?
 - c. Des patients en demande de soins ?
 - d. A quelle fréquence ?

II. La collaboration

- 1) Quel a été l'élément déclencheur de votre expérimentation en faveur de la coordination de la médecine générale et de la psychiatrie ?
- 2) Retour d'expérience sur :
 - e. Coordination ambulatoire des patients psychiatriques à domicile par IDEL – MG : modalité de collaboration ?
 - f. Staff et consultations conjointes
 - g. Stage d'internes de MG en CMP
 - h. L'apport des soins coordonnés dans leur pratique
 - i. Connaissez-vous / Que pensez-vous du Dispositifs de Soins Partagés ?
- 6) Quelles sont les limites de ces expérimentations ?
- 7) Quels sont encore à ce jour les obstacles à la mise en œuvre de cette collaboration ?

III. Les perspectives

- 1) Quelles seraient vos préconisations pour une bonne collaboration ? Quels outils ?
- 2) Projet en lien avec le DAC, en quoi ces réseaux de santé pourraient être un levier ?

ANNEXE 3 - Retranscription d'un entretien dans le cadre de l'expérimentation territoriale associant Maison de santé, DAC et psychiatrie

Je vous laisse peut être tout d'abord vous présenter.

Dr F : Oui, je suis le docteur F. je suis interne en médecine générale en dernier semestre, donc 6e semestre et donc je suis en stage en ambulatoire, le lundi et le vendredi je suis en cabinet de ville classique, et le mercredi et le jeudi je suis au CMP de XX.

Le jeudi, comme aujourd'hui, je suis le docteur D dans ses consultations, donc c'est plus un rôle d'observation et d'apprentissage. Et le mercredi, j'ai des consultations toute seule, du coup de médecine générale au CMP.

Pour l'expérimentation, il faut un niveau spécifique par rapport à l'internat ?

Dr F: C'est réservé pour les internes de niveau 2, donc ceux en dernière année d'internat, soit 5e soit 6e semestre.

D'accord.

Dr D: Alors bonjour moi je suis docteur D, donc je suis psychiatre praticien hospitalier chef de pôle de XX, j'ai de la chance de connaître mieux mon secteur parce que j'ai déjà travaillé dans ce secteur comme pédopsychiatre pendant presque 21 ans et donc voilà. Et en prenant la chefferie du secteur adulte, je me suis rendu compte, qu'effectivement beaucoup de nos patients psychotiques ou souffrant de troubles mentaux n'avaient pas de médecin généraliste. En dehors des patients présentant des dépressions, des crises d'angoisse, qui peuvent aller facilement consulter le médecin généraliste, les patients psychotiques présentant des troubles beaucoup plus lourds euh comme la schizophrénie, avaient du mal à aller, ou les psychoses paranoïaques, les psychoses hallucinatoires chroniques pour les personnes de plus de 55 ans, ils avaient du mal à aller consulter les médecins généralistes parce qu'ils avaient l'impression, mais c'est le retour qu'ils nous donnent, dans la salle d'attente, le regard des autres était insupportable.

D'accord, ils avaient l'impression d'être stigmatisé ou persécuté ?

Dr D : C'est ça. Et puis oui, ils sont très interprétatifs, le regard des autres ils l'interprètent mal hein, "mais pourquoi il me regarde ?". Et ça peut susciter l'agressivité des choses comme ça, et peut créer des troubles du comportement, dans une salle d'attente c'est compliqué.

Donc on avait pensé que ça aurait été bien en soit d'avoir des collègues médecins généralistes qui viennent une journée ou une demi-journée au CMP, dans le lieu où ils connaissent, où ils se sentent

en sécurité, ils connaissent le CMP, le lieu où ils connaissent les infirmières, les médecins, où ils se sentent beaucoup plus en sécurité.

Mais finalement, Dr N, qui est très dynamique sur le territoire, est venu me rencontrer, m'a parlé de ça et je lui dis "Bah c'est très bien", en lien avec le DAC XX, donc je lui dis "ben c'est très bien" alors bon. Et cette expérience dure depuis exactement 18 mois et ça se passe plutôt bien.

Il fallait mobiliser juste le médecin généraliste pour qu'il puisse repérer les soucis somatiques de nos patients ou la prévention des syndromes métaboliques. Par exemple, on a un patient avec docteur F. ici, qui est diabétique, qui a une cardiopathie hypertensive mais qui ne se fait pas suivre. Très parano, qui vient consulter qu'ici parce qu'il nous connaît et qu'il ne veut pas voir d'autres médecins et lui, on sait que si on ne le prend pas en charge ça va devenir dramatique.

Voilà, vous avez des cas comme ça, ils suspectent les laboratoires de falsifier les résultats, donc c'est très compliqué.

Oui, je me doute.

Dr D :Et cette expérience nous a permis en tout cas de diagnostiquer une tumeur bilatérale mammaire chez une jeune femme de 30 ans.

D'accord.

Dr D: S'il n'y avait pas ça, elle n'allait pas chez le médecin, elle voyait rien. Et donc c'est une jeune patiente, on a pu l'envoyer faire une biopsie. Voilà, donc c'est une expérience pour nous très enrichissante. J'ai 2 CMP dans mon secteur et on aimerait mettre en place également dans l'autre service également un interne de médecine générale, on est en négociation car il nous manque, comme c'est un CMP situé à l'intérieur du dispensaire de la Croix Rouge, il nous manque un peu de bureau donc on négocie avec la Croix Rouge pour avoir un bureau pour l'installer à ce moment là. Mais l'idée partait de là. On sait bien que jusqu'à présent c'est compliqué, y en a quand on leur dit "Vous allez voir votre médecin traitant" "mais non, non, mais le docteur qui est ici, c'est bien, moi je préfère venir ici."

D'accord, et du coup vous Dr F, votre retour par rapport à votre formation ? Parce que si j'ai bien compris au niveau de la formation de médecin généraliste il n'y a pas forcément de stage obligatoire en psychiatrie alors que vous avez beaucoup de patients ayant des troubles anxieux, dépressions et bien sûr psychoses, du coup quel est votre retour par rapport à ça ?

Dr D : Avant de donner la parole au Dr F, je voudrais juste apporter une précision, en tout cas sur les comptes rendus de l'inspection générale de la santé et même au niveau européen, on sait qu'il y a entre 15 et 35% des patients psychiatriques qui sont suivis en médecine générale. Moi je trouve, en tout cas cette expérience intéressante à la fois pour nos collègues de médecine générale pour se

familiariser à la sémiologie psychiatrie, mieux la repérer et puis pour mieux collaborer ensuite, en tout cas avec les unités, les services de psychiatrie ambulatoire. Voilà. Je laisse la parole.

Dr F : Effectivement il n'y a pas de stage en psychiatrie obligatoire dans la formation, enfin dans l'internat de médecine générale. En fait, le seul moment où on peut en faire en dehors de l'expérimentation qu'on fait là, c'est pendant un semestre qu'ils appellent de médecine adulte polyvalente donc là-dedans il y a des stages de psychiatrie qui sont proposés, mais c'est que quelques stages parmi euh moi, par exemple, pendant ce stage là j'ai fait de la gériatrie, j'ai pas fait de la psychiatrie, il y en a qui font de la cardio, il y en a qui font la médecine interne, enfin voilà. Donc c'est vraiment que peu d'internes qui font de la psychiatrie et c'est que ça manque quand même parce que rien qu'au cabinet, moi même les jours où je ne suis pas au CMP, je suis dans un cabinet normal, des patients psychiatriques j'en vois pratiquement tous les jours quoi. Alors c'est pas aussi lourd que ceux qui sont au CMP, effectivement c'est plutôt les patients qui sont anxieux ou dépressifs, ou qui peuvent avoir des addictions plus ou moins poussées, mais c'est vrai, que je ne vois pas vraiment de patients psychotiques au cabinet. Mais bon, en attendant ça fait quand même partie prenante de notre exercice maintenant quoi. Donc non, moi je trouve ça très intéressant, c'est des consultations, effectivement, où en fait c'est un peu des consultations de synthèse, on fait le point sur toute la partie somatique mais aussi un peu sur la tolérance, l'observance des traitements et surtout ce qui est prévention, dépistage, donc très souvent, ça m'arrive de les vacciner, parce qu'ils ne sont pas à jour dans leurs vaccinations, faire les dépistages des différents cancers etc.

Dr D : Et la pose des implants.

Dr F : Oui, un peu de contraception aussi, j'ai posé un implant à une patiente effectivement, beaucoup de dépistages du syndrome métabolique chez tous ces patients sous traitements neuroleptiques. Et je réalise des ECG pour surveiller tous ces patients sous traitements.

Et aussi un des objectifs, c'est la coordination avec le médecin traitant justement donc à la fin de la consultation, souvent je les vois, alors initialement au début de l'expérience et le but, c'était de faire une seule consultation par patient et après de faire un courrier de synthèse et en fait, on s'est rapidement rendu compte qu'en une seule consultation c'est pas possible de tout faire, même si c'est des créneaux assez longs au final, mais ce n'est pas possible de tout faire en une fois.

Le plus souvent la première fois, j'aborde un petit peu tout. J'essaie de dégager un peu les problématiques, souvent je leur prescris un bilan biologique et je les revoie la semaine d'après ou 2 semaines après avec les résultats du bilan et à ce moment-là, je fais l'ECG dans un second temps etc. Donc je les vois quand même 2 fois parfois plus quand c'est nécessaire.

Et après, je fais un courrier de synthèse où je mets dedans un peu les points que j'ai réussi à dégager et les axes voir les choses sur lesquels il faudrait un peu se focaliser et je l'adresse du coup au

psychiatre et au médecin traitant. Le problème c'est qu'il y en a qui n'en ont pas des médecins traitants ..

Une grande majorité, il y en a pas beaucoup qui en ont. Donc c'est pareil avec le Dr N on a essayé de contacter les différentes maisons de santé du secteur pour savoir lesquelles accepte de prendre des patients psychiatrique, voilà.

D'accord et du coup tous les patients ont été vus ou sont vus ?

Dr F: Non, en fait c'est soit les infirmières du CMP qui les orientent vers moi, quand elles pensent que c'est nécessaire ou alors les psychiatres, alors docteur D m'en adresse beaucoup, mais maintenant de plus en plus les autres, commencent aussi à les faire venir vers moi. Au début la consultation était pas complètement rempli mais là par contre c'est rempli à chaque fois. Bon après ils viennent pas toujours ça dépend. Mais la plupart viennent quand même.

D'accord et au niveau de la file active, vous avez à peu près combien de patients ?

Dr F : Alors moi j'ai commencé du coup début mai, là, je sais pas, les premières consultations j'en voyais 4 ou 5 par jour et là on est plus autour d'une petite dizaine je pense. Ouais 8 à peu près je pense en moyenne par jour. Après il y en a que je revois, mais je ne sais pas combien j'en ai c'est une bonne question. Je pense que Dr N doit avoir tous les chiffres. Vu que c'est une expérimentation on rentre tout dans un tableau Excel.

Dr D : Oui pour pouvoir faire des statistiques. Mais en fait, l'idée elle a commencé, moi je connais bien l'hôpital de XX, pendant plusieurs années, on avait qu'un médecin généraliste pour 5 secteurs de psychiatrie adulte. Et on avait énormément de décès, pour, moi j'appelle ça des conneries au 21^e siècle, on va pas mourir d'une occlusion intestinale ou voilà quelque chose comme ça. Et à force d'en parler, avec l'aide de l'ancien président de la CME, on a réussi à forcer un peu la direction à embaucher des praticiens hospitaliers somaticiens. Et puis le COVID nous a beaucoup aidé avec le COVID on a créé une unité COVID dans l'hôpital, on a quand même fait, on a eu à peu près 152 patients sur cette période là dans cette unité sur 2 mois. Et à partir de là, ils ont commencé à recruter des médecins généralistes qui travaillaient dans cette unité COVID ? et après on a fini par les garder même après la levée des restrictions au COVID, et ils ont continué et j'ai eu un retour également positif de ces médecins qui disaient « on avait peur de venir en psychiatrie et finalement on se rend compte que c'est bien, on ne va plus diaboliser la psychiatrie comme on le faisait avant » enfin bon voilà. L'idée est partie de là en se disant c'est vraiment très intéressant. Et puis ces patients là, c'est aussi le fait que nos patients hospitalisés, quand ils sortent ils n'ont pas de médecin traitant et donc pour avoir à la fois un suivi, une continuité des soins somatiques, cette expérience je trouve ça très bien, et puis cela permet petit à petit de les adresser à un médecin généraliste. Et puis Lucie est là

elle fait un travail formidable, moi j'ai des retours des patients qui disent « elle est douce » et donc c'est fantastique, je dis au moins ces patients là vont revenir.

Mais du coup comment vous expliquez justement ce cloisonnement entre médecine générale et psychiatrie ? Parce que je crois comprendre qu'il y a peu de communication de manière générale. Comment vous expliquez ça ?

Dr D : C'est des préjugés, simplement il faut laisser tomber les barrières, où on pense que le patient psychiatrique est forcément dangereux, criminel, non. Un patient psychiatrique il est bourré d'angoisse. La seule chose qu'il faut faire, c'est de ne pas être angoissé, parce que lui, l'angoisse de l'autre, il prend ça comme du papier buvard, il ne peut pas gérer les deux angoisses, l'autre, celui qui est en face de lui devient persécuteur. C'est simplement parce qu'il ne gère pas l'angoisse et quand il est rassuré ça se passe super bien. Et nos infirmières savent bien le faire, nos collègues médecins généralistes savent très bien le faire et ba moi les 3 internes que j'ai eu ici c'est magnifique.

Dr F : C'est vrai qu'au début, on a beaucoup de préjugés et au début je me suis dit, oula les consultations vont être difficiles, alors il y en a qui le sont, mais en fait au cabinet classique aussi. Et finalement, avec le temps, je me rends compte que mes consultations de psychiatrie ressemblent beaucoup aux consultations que je fais classiquement et voir des fois les patients d'ici au CMP sont souvent moins pénibles que ceux que j'ai. Parce qu'ils ont l'habitude, effectivement ils sont en sécurité ici, ils ont l'habitude d'écouter leur médecin et donc parfois, ils sont même plus accessibles que ceux que j'ai au cabinet classiquement.

Alors des fois non ça dépend des fois aussi, sur qui on tombe mais c'est des consultations qui sont intéressantes et en fait, qui me font faire des choses que je fais aussi pour d'autres publics : la prévention, on a fait partout, le sevrage tabagique aussi.

Et c'est vrai que c'est assez enrichissant.

Et du coup, au niveau de votre activité en cabinet, vous avez dit tous les jours des patients avec des troubles psychiques, c'est davantage de psychoses ou c'est beaucoup de troubles anxieux ou dépressifs ?

Dr F : Nan alors je crois pas avoir des patients avec des troubles psychiatriques au cabinet, de types psychoses, c'est surtout des troubles de type anxiodépressif

Dr D : Ou des troubles phobiques.

Dr F : Ouais, des choses comme ça, voir troubles obsessionnels.

Que vous dépistez, enfin que vous repérez, ou qui sont déjà pris en charge ?

Dr F : Non, enfin ça dépend, il y en a c'est des patients qui sont déjà connus pour ça mais il y en a quelques uns, oui c'est moi qui les repèrent ou parfois c'est des patients qui viennent et qui m'en parlent pour la première fois, qui arrivent avec cette problématique là. Cette semaine par exemple, 9h, première consultation, une dame qui vient que je n'avais encore jamais vu, parce que ça ne va pas au boulot, à ce moment là elle s'effondre, elle a un trouble anxieux plus ou moins dépressif et voilà.

Et, on sait que c'est une problématique nationale, vous sentez dans votre patientèle que c'est en augmentation ?

Dr F : Alors moi, ça faisait longtemps que j'étais pas allé en ville parce que ça faisait un an et demi que j'étais à l'hôpital pour mes stages précédents mais donc du coup, effectivement, je me suis dit que j'en voyais beaucoup parce que j'en vois tous les jours. Alors oui un tous les jours je pense.

Dr D: Si nous nous avons une augmentation importante des demandes de ce type là, depuis en tout cas le confinement du COVID et tout ça, je pense qu'en médecine générale ils doivent avoir également beaucoup de demandes. La preuve, c'est que moi, j'ai plutôt je dirais une bonne relation avec mes confrères praticiens de ville, donc quand ils ont des patients qui ne veulent pas venir au CMP, ils repèrent et puis ils m'appellent et moi je me déplace sur place et on fait une co-consultation. Mais c'est aussi une nouvelle façon de travailler.

Oui, d'accord.

Dr D : Voilà et après l'idée c'est de travailler avec le patient, il a confiance en son médecin généraliste. Moi je vais y aller et puis je vais lui dire, vous savez le CMP, on va pas vous juger, et puis petit à petit on va faire murir les choses. Je discute du traitement avec son médecin traitant, et puis petit à petit, et puis moi j'ai été surpris car ce patient qui ne voulait pas venir au CMP a fini par prendre rdv avec l'assistante sociale, c'est parti d'abord pour monter un dossier MDPH vous voyez. Donc il faut toujours s'accrocher, prendre un lien petit à petit et les patients viennent. Quand ils arrivent ils sont accueillis et ils sont bien, bon voilà et ça dédramatise les choses.

Je rebondis sur quelque chose que vous avez évoqué plus tôt Dr F c'est la place de l'infirmière, dans plusieurs expérimentations entre la psychiatrie et la médecine générale, l'infirmière est placée en pivot entre ces deux activités, il y aussi le développement des IPA en psychiatrie, voilà Dr D, Dr F qu'est-ce que vous pensez du rôle de l'infirmière ?

Dr D : Alors moi j'ai deux infirmières qui viennent de terminer une formation d'IPA, infirmière en pratique avancée, et quand elles sont rentrées à l'école, ce que je leur avais dit, c'est qu'il y en a une

qui doit travailler sur les questions psychiatriques, les pathologies chroniques et l'autre, qui va travailler sur les soins somatiques, la prévention du syndrome métabolique et tout ça, pour travailler le lien avec les médecins généralistes du secteur. Et je suis content, car je me suis battu, car comme on a pas vraiment le statut d'IPA, la direction des soins m'a confirmé que j'allais récupérer mes deux infirmières IPA donc je suis plutôt content. Et pour les infirmières qui ne sont pas IPA, elles sont une pièce maîtresse, en tout cas au CMP, à la fois dans les liens avec les médecins généralistes, dans les liens avec les partenaires, et puis les liens avec les EHPAD. Nous on fait beaucoup de visites à domicile dans les EHPAD, dans les foyers logement pour travailler l'autonomie, et parfois elles vont en synthèse avec l'assistante sociale en ESAT pour des patients qui y sont. Mais elles ont un rôle central, bien sûr.

Dr F : Ba là, pour mes consultations au CMP, ce sont les infirmières qui gèrent le planning de consultations souvent c'est elles qui vont parfois rediriger les patients en disant « oh ce serait bien que vous voyez le médecin généraliste » et hop elles me les mettent en consultations. Parfois quand il y en a qui ne viennent pas, soit c'est moi qui vais les appeler, soit c'est elles qui vont l'appeler pour savoir pourquoi ils ne sont pas venus, car certains ça les stress de venir voir le médecin généraliste, donc ils ne viennent pas, donc il faut les rappeler 1 fois, 2 fois, 3 fois pour leur dire qu'il faut venir quand même et que c'est important. Mais oui clairement on travaille tous ensemble et moi-même quand je vois des patients, je debrief avec elles, et je leur dis « ba voilà on a avancé sur ci sur ça et que la prochaine fois tu pourras lui parler de ça, ou le valoriser sur ça ». Par exemple, pour une dame, où c'était Guillaume, l'interne avant moi, qui a réussi à la sevrer du tabac complètement, là ça fait depuis 3 mois elle a pas repris du tout. Donc je leur ai dit « quand vous la verrez ce serait bien de la valoriser sur ça, l'encourager ».

Et là il vous reste combien de temps d'expérimentation ?

Dr D : Et ba il n'y a pas de limite.

En fait, c'est un terrain de stage qui est proposé par la faculté de médecine, du coup il fait parti des terrains de stage, et tant que les maitres de stage sont d'accord pour continuer il n'y a pas de limite.

D'accord, donc ce n'est pas lié à un appel à projet, c'est pérenne.

Dr D : Voilà.

Quelles seraient les limites à ce projet ? Les choses à améliorer ?

Dr D : Alors les choses à améliorer, on en a un peu parlé avec Dr F, beaucoup de mes collègues et peut être moi aussi, quand on adresse les patients auprès du Dr F, on ne met pas les indications. L'idée

c'est de mettre un peu les indications avec les antécédents, et puis ce qu'on attend un peu de cette consultation. Pour qu'elle puisse savoir un peu ce qu'elle ... voilà, qu'elle soit un peu au courant et ça bon.

J'ai eu une réunion médicale jeudi dernier avec tous les médecins du pôle, on en a parlé, donc je pense que...

Dr F : Ba j'ai eu un courrier hier ...

Dr D : Bon voilà, donc les choses vont s'améliorer, et s'améliore déjà. Et puis l'autre, c'est peut-être, on va travailler avec les infirmières pour que la veille de la consultation, qu'elles appellent le patient ou la patiente pour lui rappeler sa consultation pour qu'il y ait moins d'absences. Après moi je sais pas si Lucie peut compléter là-dessus.

Dr F : Et après la petite limite, on va dire. Sur le plan pratique, c'est qu'en fait moi, je n'ai pas accès, en fait mon logiciel à moi ce n'est pas le même que celui des psychiatres ou des infirmières, donc du coup je n'ai pas accès au dossier psychiatrique des patients. Et donc effectivement, soit souvent, l'infirmière me sort une petite feuille avec les informations administratives et les traitements de fond du patient. Mais j'ai pas plus d'éléments que ça, donc quand les patients sont bien au courant de leur état, qu'ils sont capables d'expliquer c'est pas grave, ils m'expliquent tout, mais il y en a ils arrivent, ils ne savent pas trop pourquoi ils sont là, ils ont aucune idée de pourquoi ils prennent le traitement, donc voilà.

Dr D : Peut-être qu'on va réfléchir à faire une petite fiche de renseignement à adresser avec les éléments, le diagnostic, les éléments psychiatriques, le traitement comme ça, effectivement, elle peut aussi les rentrer et elle est au courant, on pourra réfléchir en équipe pour voir comment faire.

Et l'orientation au niveau des médecins traitants, c'est encore un peu compliqué ?

Dr D : Ouai, ça ouai.

Toujours des aprioris ?

Dr D: Il y a des aprioris mais on a heureusement de plus en plus, je crois que le travail du Dr N paie aujourd'hui, car on a de plus en plus de demandes des médecins généralistes du territoire. Et donc ça c'est vraiment un point positif. Et puis on va continuer de travailler dans ce sens là et de sensibiliser les patients.

Dr F : Demain par exemple on fait un staff de santé mentale.

Dr D : Oui tous les deux mois on a un staff de santé mentale. Là je viens de recevoir la liste des sujets à traiter pour la prochaine, bon on s'est dit que c'est finalement une très bonne collaboration.

Et justement, dernière question, quelles seraient vos préconisations pour une bonne collaboration ?

Dr D : Alors les préconisations pour une bonne collaboration moi, je pense qu'il faut pas qu'il y ait du clivage entre nous, non. On est tous des médecins, y a pas à dire, il est généraliste, moi je suis psychiatre et que et que et que. On se complète, moi j'ai besoin de mes collègues généralistes pour m'éclairer sur certains troubles et vice versa voilà.

Moi je suis psychiatre de secteur et les partenaires c'est très important pour moi et c'est ce que j'essaie d'inculquer à mes jeunes médecins juniors psychiatre, si on arrive pas à travailler ensemble la psychiatrie va s'isoler, les médecins généralistes vont s'isoler et on va avoir de plus en plus de difficultés à travailler ensemble. Moi j'ai la chance pour l'instant les internes ont été formidables.

PITON	ROMANE	SEPTEMBRE 2022
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
L'intégration de la santé mentale en médecine générale : coordination des acteurs en faveur du parcours de soins		
Promotion 2021 - 2022		
<p>Résumé :</p> <p>La santé mentale représente un enjeu de santé publique majeur, les problématiques de santé mentale concernent 12 millions de Français chaque année et la demande de soins est en constante augmentation. L'impact de la crise sanitaire liée à la COVID-19 n'a pas été négligeable, l'usage de psychotropes n'a cessé d'augmenter depuis la crise sanitaire.</p> <p>Le médecin généraliste, dans son rôle de coordinateur de parcours, représente le premier recours pour les patients souffrant de troubles psychiques. Ces derniers, se retrouvent parfois démunis dans ces prises en charge, par manque de temps, de formation mais également d'aprioris sur les troubles psychiatriques. Ils font également face à des difficultés de communication avec les professionnels de la psychiatrie, nécessitant le renforcement de leurs liens.</p> <p>La complexité des parcours de soins pour les patients souffrant de troubles psychiques ainsi que la diversité des acteurs concernés par ces situations ne pouvant pas répondre à eux-seuls aux diverses problématiques, et renforce l'idée d'une coordination plus large des professionnels de façon pluridisciplinaire afin de prévenir les éventuelles ruptures de parcours.</p> <p>De nombreuses expérimentations ont vu le jour dans le cadre de la coordination des professionnels de la psychiatrie et ceux de la médecine générale, selon différents niveaux graduation. Deux stratégies d'intégration de la santé mentale dans les soins primaires en France sont analysées dans cette étude. Les résultats sont plutôt prometteurs et quelques pistes émergent de ces expériences.</p> <p>Dans un contexte de déshospitalisation, et de nombreuses ruptures de parcours, la promotion de l'ambulatoire et de la prise en charge individualisée de proximité sont à prendre en compte dans l'élaboration des parcours de soins. Finalement, la coordination des professionnels du premier recours et de la psychiatrie s'intègre au sein d'un maillage territorial plus large au bénéfice du parcours du patient, à l'image de ce qui avait été pensé lors de l'élaboration de la politique de sectorisation de la psychiatrie.</p>		
<p>Mots clefs : Santé publique, parcours de soins, santé mentale, psychiatrie, médecins généralistes, soins primaires, repérage précoce, accès aux soins, coordination des soins, formation, maillage territorial, communication</p>		
<p><i>L'École des Hautes Études en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		

