

PLAN :

-INTRODUCTION

-MATERIEL ET METHODE

-RESULTATS

-DISCUSSION

-CONCLUSION

-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

-TABLE DES MATIERES

-ANNEXES

INTRODUCTION :

Depuis 2004 et la loi sur le Parcours de Soins Coordonnés (PSC)¹, le médecin généraliste (MG) est placé au centre du système de santé français en tant que coordinateur et premier recours pour tous patients nécessitant des soins primaires ou spécialisés. Il doit savoir orienter ses patients vers un réseau de soins en constante évolution et communiquer avec les différents intervenants. Ce qui sous entend une collaboration entre les MG, le secteur hospitalier² et toutes les autres spécialités y compris la Psychiatrie. Cette communication est codifiée et encadrée par de nombreux outils comme le code de déontologie médicale, la notion de Dossier Médical Personnel (DMP), les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) sur la tenue du dossier médical³ et la loi de mars 2002 sur la nécessité d'un compte rendu d'hospitalisation (CRH)^{4,32}. Par ailleurs, la littérature fait état d'une prévalence importante des troubles mentaux et de la souffrance psychique en médecine générale entre 25 et 30% selon les études^{5,6,27,30}. On distingue aussi une volonté politique pour parfaire l'offre de soin en santé mentale avec les différents plans de santé mentale successifs (2005,2008, 2011). Le rapport Robillard⁷ de 2013 intitulé « la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie » en pointe les insuffisances et constitue une preuve que la prise en charge de la souffrance psychique et des troubles mentaux reste une préoccupation nationale.

De nombreux travaux montrent les bénéfices apportés par une collaboration accrue entre les MG et les Psychiatres (P). Ainsi, leur collaboration influe-t-elle sur la rapidité diagnostique et la performance thérapeutique des troubles schizophréniques⁸, sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des troubles bipolaires⁹, ou encore sur l' observance des psychotropes¹⁰. Pourtant, la littérature suggère un manque de communication criant entre les MG et les P^{11,12,13,14,15,16,17}. Certains auteurs estiment même que les MG et le système de santé sont responsables de l' accroissement des troubles mentaux¹⁸.

C' est dans ce contexte qu' ont été rédigées en 2010 les recommandations du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) avec pour objectif d' encourager et d' améliorer la qualité de la relation MG/P sur un mode collaboratif^{19,20}.

La Sarthe est un département où l' offre de soins en santé mentale est pauvre avec 11 P pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale à 22 pour 100 000 habitants²¹. Le taux de suicide y est par ailleurs 40% supérieur à la moyenne nationale^{22,23}. A cinq ans de la

publication des recommandations du CNQSP, un état des lieux sur la communication entre les MG et les P concernant les patients ambulatoires s’ impose.

Quelle est la fréquence et quel est le contenu de cette correspondance ?

Est-elle ressentie comme satisfaisante par ces deux acteurs ?

Et quels sont les besoins de chacun en termes de transmission d’ information pour une relation de qualité ?

MATERIEL ET METHODE :

Cette étude était une étude quantitative, descriptive, transversale, longitudinale, portant sur tous les MG, les P et Pédopsychiatres du département de la Sarthe. Le critère d’inclusion était d’avoir une activité de consultation libérale ou salariée pérenne en Sarthe. Les médecins remplaçants n’ont pas été interrogés. A partir des différentes listes fournies par le CDOMS et après recouplement on peut estimer à 380 le nombre de MG et 72 le nombre de P.

Afin de recueillir le ressenti des MG et des P sur leur correspondance concernant les patients pris en charge en ambulatoire, deux questionnaires de 45 items pour les MG et 44 pour les P ont été élaborés. Construits en miroir, ils ont permis de recueillir les données grâce à 40 questions à réponses à choix multiples et cinq questions ouvertes pour les MG (Annexe 1), quatre pour les P (Annexe 2). Ils étaient articulés en trois parties : une première interrogeant les critères sociodémographiques, une deuxième interrogeant la fréquence et le contenu des courriers écrits et reçus et une troisième partie interrogeant la fréquence et le contenu souhaités des courriers reçus.

La diffusion s’est faite par publipostage à partir du 26/02/2014, chaque praticien recevant un exemplaire papier du questionnaire lui correspondant. Les réponses ont été centralisées au Centre Hospitalier Spécialisé d’Allonnes au sein de la cellule qualité, jusqu’au 31/07/2014, date de fin du recueil.

La comparaison des données sociodémographiques recueillies et des données nationales de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques (DREES)²⁴ furent réalisées à l’aide du logiciel Sphinx par des tests exacts de Fisher. Une analyse statistique par des tests exacts de Fisher a été réalisée sur le logiciel Epi-Info 7 afin de déterminer l’influence du genre, de l’âge, de la date de passage de la thèse, de la date de début de troisième cycle, de la date de début d’exercice, sur la fréquence de la correspondance et les souhaits de chacun.

Résultats :

Taux de réponse :

Le recueil des questionnaires par voie postale nous a permis de collecter 165 questionnaires de la part des MG et 27 de la part des P soit respectivement un taux de réponse de 43% et 37,5 %, ce qui correspondait à un taux de réponse global de 42 %.

Etat des lieux de la correspondance entre les MG et les P concernant les patients ambulatoires :

Les données recueillies ont permis d'observer le ressenti de la correspondance entre MG et P sur le plan quantitatif. Ainsi, 148 MG (90%) déclaraient ne recevoir de courrier de leurs confrères P que « Rarement » ou « Jamais ». De même que 127 MG (77%) déclaraient rédiger un courrier d'adressage « Toujours » ou « Souvent » alors que 14 P (52 %) déclaraient ne recevoir de courrier de leurs collègues MG que « Rarement » ou « Jamais ». Les questionnaires ont aussi permis de comparer la fréquence des courriers reçus par les MG et rédigés par les P aux différents moments de la prise en charge (Tableau I).

Tableau I- Comparaison quantitative entre la fréquence des courriers reçus par les MG et rédigés par les P.

MG	P		
Déclaraient recevoir "Rarement" ou "Jamais" un courrier:	%	"Toujours" ou "Souvent"	%
lors de la première consultation	125	76%	18
lors du diagnostic posé	149	90%	11
lors d'une modification clinique ou de la prise en charge	152	92%	9
lors de la fin de la prise en charge	152	92%	11
Déclaraient rédiger un courrier:			
lors de la première consultation	64%		
lors du diagnostic posé	38%		
lors d'une modification clinique ou de la prise en charge	22%		
lors de la fin de la prise en charge	38%		

Dans un deuxième temps, les questionnaires étudiaient le contenu de la correspondance entre MG et P : 16 P (60%) déclaraient que le courrier reçu du MG était « Très souvent » ou « Souvent » un simple mot d'introduction pour remboursement dans le cadre du parcours de soins. Par ailleurs, les questionnaires interrogeaient le ressenti des participants sur la fréquence à laquelle les items plébiscités par les recommandations du CNQSP (15 pour les MG et 18 pour les P) étaient observés dans les courriers. Les résultats sont compilés dans les Tableaux II-1 et II-2.

Tableau II-1- Comparaison entre contenu observé et souhaité des courriers par les MG.

MG					
Items recommandés par le CNQSP :	"Toujours" ou "Souvent" observé dans le courrier	%	Souhaité dans le courrier	%	Déférence %
1-Hypothèse diagnostique	93 56%		134 81%		41 25%
2-Propositions thérapeutiques médicamenteuses	89 54%		125 76%		36 22%
3-Prise en charge médicamenteuse	107 65%		123 75%		16 10%
4-Organisation globale du suivi	46 28%		119 72%		73 44%
5-Risques évolutifs	25 15%		93 56%		68 41%
6-Nécessité d'un suivi psychothérapique	43 26%		91 55%		48 29%
7-Modalités psychothérapiques	27 16%		91 55%		64 39%
8-Rôle du MG dans le suivi	18 11%		89 54%		71 43%
9-Nécessité d'une mise en ALD	37 22%		85 51%		48 29%
10-Eléments de surveillance clinique	20 12%		84 51%		64 39%
11-Eléments de surveillance liés aux médicaments	14 8%		77 46%		63 38%
12-Prise en charge sociale	19 11%		69 42%		50 30%
13-Projet personnalisé de soins	12 7%		66 40%		54 33%
14-Nécessité d'un arrêt de travail	28 17%		65 39%		37 22%
15-Facteurs environnementaux	29 17%		30 18%		1 <1%

Tableau II-2- Comparaison entre contenu observé et souhaité des courriers par les P.

Items recommandés par le CNQSP:	P		Souhaité dans le courrier %	Différence %
	"Toujours" ou "Souvent" observé dans le courrier	%		
1-Raison et motif circonstancié	3 12%	21 81%	18 69%	
2-Comorbidités	6 23%	19 73%	13 50%	
3-Traitements psychotropes actuels	6 23%	19 73%	13 50%	
4-Symptômes initiaux repérés	5 19%	18 69%	13 50%	
5-Antécédents psychiatriques	6 23%	18 69%	12 46%	
6-Traitements psychotropes antérieurs	2 8%	18 69%	16 61%	
7-Prise en charge médicamenteuses initiées	4 15%	17 65%	13 50%	
8-Contexte de vie	4 15%	16 61%	12 46%	
9-Addictions	6 23%	16 61%	10 38%	
10-Intolérance médicamenteuse	1 4%	15 58%	14 54%	
11-Evolution clinique depuis le début	4 15%	14 54%	10 38%	
12-Allergies	0 0%	13 50%	13 50%	
13-Autres traitements	2 8%	13 50%	11 42%	
14-Degré d'acceptation du patient vis à vis de la consultation	2 8%	13 50%	11 42%	
15-Hypothèses diagnostiques	3 12%	7 27%	4 15%	
16-Etat de la prise en charge actuelle	5 19%	7 27%	2 8%	
17-Type de suivi	1 4%	6 23%	5 19%	
18-Demande de prise en charge psychothérapeutique exclusive	0 0%	3 12%	3 12%	

Désir de correspondre ?

Les questionnaires montraient que 158 MG (97%) et 21 P (96%) souhaitaient recevoir des courriers de leurs confrères. On notait même que les MG étaient désireux de recevoir des courriers à tous les stades de la prise en charge : 117 (71%) dès la première consultation, 119 (72%) une fois le diagnostic avéré, 131 (79%) lors d'une modification clinique ou thérapeutique, 121 (73%) à la fin de la prise en charge.

Sur le plan qualitatif, les souhaits en termes de contenu du courrier figurent dans les Tableaux II-1 et II-2 au sein d'une comparaison entre les items observés et souhaités dans les courriers. La comparaison, permettait de mettre en évidence que les items étaient toujours plus souvent souhaités qu'observés dans les courriers. Cette différence de fréquence était en moyenne, de 30% chez les MG et 41% chez les P.

Répartition socio démographique et analyses statistiques :

On peut observer la répartition sociodémographique dans les Tableaux III-1 et III-2.

Tableau III-1-Répartition sociodémographique des MG (NR= Non Répondu).

MG						
Genre	Homme	%	Femme	%	NR	%
	108	66%	56	34%	1	<1%
Âge	Moins de 45 ans			Entre 46 et 60 ans		Plus de 61 ans
	46	28%	75	45%	42	25%
	2		11		2	1%
Lieu d'exercice	Libéral		Hospitalier		Mixte	NR
	143	87%	2	1%	7%	9
			11		5%	
Date de début d'exercice	Avant la loi Kouchner		Entre la loi Kouchner et la loi Léonetti		Après la loi Léonetti	NR
	119	72%	14	9%	31	19%
					1	1%
Date de passage de la thèse	Avant la loi Kouchner		Entre la loi Kouchner et la loi Léonetti		Après la loi Léonetti	NR
	128	78%	17	10%	18	11%
					2	1%
Formation complémentaire à la souffrance psychique	Oui		Non		NR	
	27	16%	136	82%	2	1%

Tableau III-2-répartition sociodémographique des P (NR=Non répondre).

P						
Genre	Homme	%	Femme	%	NR	%
	18	66%	9	35%	0	0
Âge	Moins de 45 ans		Entre 46 et 60 ans		Plus de 61 ans	
	5	19%	11	42%	11	42%
Lieu d'exercice	Libéral		Hospitalier		Mixte	
	12	46%	12	46%	2	7%
Date de début d'exercice	Avant la loi Kouchner		Entre la loi Kouchner et la loi Léonetti		Après la loi Léonetti	
	21	81%	2	7%	4	16%
Date de passage de la thèse	Avant la loi Kouchner		Entre la loi Kouchner et la loi Léonetti		Après la loi Léonetti	
	21	81%	1	4%	4	16%
Formation complémentaire à la souffrance psychique	Oui		Non		NR	
	11	42%	15	58%	1	4 %

Les questionnaires MG étudiaient le contenu des courriers rédigés sur 20 items. L'analyse statistique en fonction de l'âge montrait une différence significative sur trois items : les médecins de moins de 45 ans déclaraient faire apparaître significativement plus souvent « la prise en charge médicamenteuse initiée » ($p=0,03$), les allergies ($p=0,03$), « l'état de la prise en charge actuelle » ($p=0,01$) que les MG de plus de 45 ans. L'analyse statistique en fonction du genre montrait une différence sur un item : les hommes déclaraient faire apparaître significativement plus souvent « les hypothèses diagnostiques » ($p=0,01$). La stratification entre genre et âge montrait une différence sur cinq items :

1- « les traitements psychotropes déjà utilisés » que les hommes de plus de 45 ans ($p=0,04$) et les femmes de moins de 45 ans ($p=0,04$) déclaraient faire apparaître significativement plus souvent que leurs homologues de la même tranche d'âge.

2- « les antécédents psychiatriques » que les hommes de plus de 45 ans ($p=0,02$) déclaraient faire apparaître significativement plus souvent que leurs homologues de la même tranche d'âge.

3- « les hypothèses diagnostiques » que les hommes de plus de 45 ans ($p=0,02$) déclaraient faire apparaître significativement plus souvent que leurs homologues de la même tranche d'âge.

4- « les éléments cliniques actuels » que les hommes de plus de 45 ans ($p=0,03$) déclaraient faire apparaître significativement plus souvent que leurs homologues de la même tranche d'âge.

5- « les symptômes repérés » que les femmes de moins de 45 ans ($p<0,01$) déclaraient faire apparaître significativement plus souvent que leurs homologues de la même tranche d'âge.

Les questionnaires MG étudiaient le contenu des courriers des P souhaité par les MG sur 14 items. L'analyse statistique en fonction de l'âge montrait une différence sur cinq items : les MG de moins de 45 ans déclaraient souhaiter des informations significativement plus souvent sur « la prise en charge médicamenteuse » ($p<0,01$), « l'organisation globale du suivi » ($p<0,01$), « les éléments de surveillance clinique » ($p=0,03$), « la mise en ALD » ($p=0,04$) et « les modalités psychothérapeutiques » ($p=0,03$) que les MG de plus de 45 ans. L'analyse statistique en fonction du genre montrait une différence sur un item : les femmes déclaraient souhaiter des informations significativement plus souvent sur « la nécessité d'un suivi psychothérapeutique » ($p=0,01$) que les hommes. La stratification entre genre et âge montrait une différence sur trois items :

1- « la prise en charge médicamenteuse » que les hommes de plus de 45 ans ($p=0,02$) déclaraient souhaiter significativement plus souvent que leurs homologues de la même tranche d'âge.

2- « l'organisation globale du suivi » que les femmes de moins de 45 ans ($p<0,01$) déclaraient souhaiter significativement plus souvent que leurs homologues de la même tranche d'âge.

3- « la nécessité d'un suivi psychothérapeutique » que les femmes de moins de 45 ans ($p=0,03$) déclaraient souhaiter significativement plus souvent que leurs homologues de la même tranche d'âge.

Les questionnaires MG étudiaient le moment où les MG souhaitaient recevoir un courrier de leur confrère P sur quatre items. L'analyse statistique en fonction de l'âge et du genre ne mettait pas en évidence de différence significative. La stratification entre âge et genre montrait une différence sur un item : les femmes de moins de 45 ans ($p=0,04$) déclaraient souhaiter significativement plus souvent un courrier en fin de prise en charge.

Les analyses statistiques concernant la fréquence de rédaction d'un courrier en fonction de la date de thèse, la date de début de troisième cycle, la date de début d'exercice ne montraient pas de différence significative, cependant les effectifs étaient, pour certaines catégories, peu importants. Par contre, les MG ayant suivi une formation complémentaire à la

prise en charge de la souffrance psychique déclaraient rédiger un courrier d'adressage significativement plus souvent ($p=0,01$) que les autres MG.

Pour les P, on observait deux tiers d'homme pour un tiers de femme. 13 (72%) hommes déclaraient écrire « Toujours » ou « Souvent » lors de la première consultation. Ce nombre diminuait à 6 (32%) pour un courrier lors du diagnostic et lors de la fin de la prise en charge et 5 (28%) lors d'une modification clinique ou thérapeutique. Seul 1 (5%) homme ne souhaitait pas recevoir de courrier des MG et 12 (66%) ne connaissaient pas les recommandations du CNQSP. La moitié des femmes déclarait n'écrire « Jamais » ou « Rarement » de courrier lors de la première consultation, lors du diagnostic, lors d'une modification clinique ou thérapeutique et lors de la fin de la prise en charge. 8 (89%) d'entre elles déclaraient souhaiter un courrier des MG et 7 (78%) ne connaissaient pas les recommandations du CNQSP. La répartition par âge objectivait 22 P (81%) de plus de 45 ans. 12 (55%) d'entre eux déclaraient écrire « Toujours » ou « Souvent » un courrier lors de la première consultation. Ce nombre diminuait à 8 (36%) lors du diagnostic et à 6 (27%) lors d'une modification clinique ou thérapeutique et lors de la fin de la prise en charge. 1 (5%) déclarait ne pas souhaiter de courrier et 13 (59%) ne connaissaient pas les recommandations du CNQSP. Sur les 5 P (19%) de moins de 45 ans la moitié d'entre eux déclarait écrire « Toujours » ou « Souvent » lors de la première consultation, lors du diagnostic, lors d'un changement clinique ou thérapeutique et 4 (80%) lors de la fin de la prise en charge. 4 (80%) d'entre eux déclaraient souhaiter un courrier des MG et 4 (80%) ne connaissaient pas les recommandations du CNQSP. Aucun test statistique n'a pu être réalisé sur les données recueillies grâce aux questionnaires P en raison de la taille des effectifs.

Connaissance des recommandations du CNQSP et évaluation de l'intérêt porté à la prise en charge de la souffrance psychique :

152 MG (92%) et 19 P (70%) déclaraient ne pas connaître les recommandations élaborées en 2010 par le CNQSP sur la correspondance entre les MG et les P. Lorsque ces recommandations étaient connues elles étaient estimées comme non réalisables à 40 % pour les MG et 38% par les P.

L'échelle analogique a permis d'identifier 112 MG (68%) déclarant un intérêt pour la prise en charge des troubles mentaux et de la souffrance psychique supérieur à 7/10.

DISCUSSION :

A la lumière de ces résultats, on constate d'abord que le taux de réponse de 42% à cette étude par envoi postal sans relance est satisfaisant comparé aux données d'autres enquêtes postales nationales²⁵ de grande ampleur dont le taux oscille entre 12 et 21%. Ceci suggère l'importance de cette problématique dans ce département sous doté en offre de soin en santé mentale. La taille exacte de la population étudiée était cependant difficile à déterminer. Les arrêts et les débuts d'activité des médecins étaient difficilement identifiables sur la durée de l'étude même par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Sarthe (CDOMS). Initialement, la diffusion de ces questionnaires devait se faire téléphoniquement ce qui s'est avéré impossible étant donné le manque d'efficience de la méthode en grande partie due à l'activité intense des deux populations étudiées. L'envoi postal sans relance téléphonique, constitue néanmoins un des biais de sélection de l'étude puisque seuls les médecins les plus motivés ou les plus concernés ont pris le temps de répondre à ce questionnaire papier nécessitant environ 15 minutes. Cependant les enquêtes postales performantes permettant un taux de réponse supérieur à 70 voire 90% et diminuant ainsi ces biais nécessitent une logistique et un budget de 10 à 30 dollars par questionnaire²⁶ ce qui aurait représenté une enveloppe globale comprise entre 4520 et 13560 € pour cette étude.

La répartition sociodémographique présentée dans les Tableau III-1 et 2 est comparable aux données démographiques nationales de la DREES²⁴ sauf pour le ratio homme/femme objectivé à 2 dans notre étude pour une moyenne nationale à 1,3. La féminisation de la médecine sarthoise est donc en retard sur le phénomène national.

L'état des lieux de la correspondance entre les MG et les P concernant les patients ambulatoires constitue l'objectif principale de l'étude. Les résultats décrivent une communication pauvre sur le plan quantitatif à tous les moments de la prise en charge selon le Tableau I. Le décalage entre la fréquence à laquelle les MG déclaraient rédiger un courrier d'adressage (large majorité (78%) déclarait « Toujours » ou « Souvent ») et la fréquence à laquelle les P déclaraient recevoir un courrier d'adressage (majorité (54%) déclarait « Rarement » ou « Jamais ») peut s'expliquer par plusieurs hypothèses : le manque de contenu des courriers des MG est perçu comme une absence de courrier par les P, le patient ne délivre pas le courrier remis par le MG pour le P, la fréquence de rédaction d'un courrier est surestimée par les MG par biais de respectabilité sociale. De même, on constate un décalage entre la fréquence à laquelle les MG déclaraient recevoir des courriers et la

fréquence à laquelle les P déclaraient rédiger des courriers (Cf. Tableau I) et ce à tous les moments de la prise en charge. Les mêmes hypothèses peuvent être avancées. Le manque de congruence entre ces déclarations amène à la même idée : ces décalages sont les symptômes d'un manque de communication et d'une insatisfaction des deux acteurs. Par ailleurs, il est important de rappeler que, selon la loi de 2004 sur le PSC¹, la Psychiatrie et la Neuropsychiatrie sont considérées comme des spécialités à accès direct uniquement pour les patients entre 16 et 24 ans.

Qualitativement, les Tableaux II-1 et II-2 montrent bien que les courriers sont perçus comme médiocres avec aucun des 18 items recommandés par le CNQSP observé par plus d'un tiers des P et seulement trois items, sur les 15 recommandés, observés par plus d'un tiers des MG. On peut d'ailleurs constater que plus de la moitié des courriers d'adressage des MG est perçue comme un simple mot d'introduction pour remboursement. Le constat est accablant : la correspondance entre les MG et les P concernant les patients ambulatoires sur le département de la Sarthe est extrêmement pauvre aussi bien sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif, ce qui est en accord avec les autres études menées sur le reste du territoire^{11,12,13,14,15,16,17}.

Pourtant, le deuxième résultat majeur de cette étude est que les P et les MG souhaitent à la quasi unanimité recevoir des informations de leurs confrères. Plus de 70% des MG étaient même désireux de recevoir un courrier du P aux différents stades de la prise en charge. Les souhaits en matière de contenu du courrier étaient aussi exigeants que la fréquence désirée. On distingue bien avec les Tableaux II-1 et II-2 le décalage important entre les items observés et les items souhaités par les MG et les P. Ainsi, 21 des 33 items recommandés par le CNQSP sont souhaités par plus de la moitié des praticiens. Il y a donc un souhait bilatéral de recevoir des courriers fréquents et complets facilitant le suivi des patients ambulatoires et un décalage majeur avec la réalité, ce qui confirme l'insatisfaction des praticiens sarthois.

Pourquoi la communication est-elle aussi pauvre avec de telles attentes de part et d'autre ? Les hypothèses sont encore une fois multiples et cette situation est probablement multi factorielle. Tout d'abord, correspondre prend du temps que beaucoup de MG et de P n'ont pas ou peu étant donné la démographie médicale sur le département de la Sarthe. Ensuite, il existe un clivage ancien et historique entre la psychiatrie « asilaire » et la médecine dite « somatienne ». Certains psychiatres évoquent aussi une absence de champs d'expérience commun, des moyens de décodage de l'information différents et un souci de confidentialité¹⁶.

Comme évoqué précédemment en introduction, de nombreux travaux ont cependant démontré l'intérêt d'une collaboration accrue et étroite entre MG et P^{8,9,10,30,31}. L'idée de créer

un outil de communication entre ces deux spécialités semble de plus en plus prégnante. Il devra permettre un gain de temps dans la correspondance, une communication exhaustive, un respect des critères de confidentialité dictés par le code de déontologie et recommandés par le CNQSP et répondre aux besoins de chacun exprimés dans cette étude. Les analyses statistiques de cette étude montraient une relative unicité des souhaits de la part des MG puisque une différence significative a été mise en évidence sur seulement 10 items après 124 tests comparatifs. Une tendance se dégage cependant ; les jeunes MG étaient légèrement plus demandeurs dans le contenu du courrier, ce qui est peut être à mettre en relation avec une moindre expérience professionnelle et une sensibilité aux aspects déontologiques et médico-légaux de la profession plus poussée de par l'évolution de la formation vers « l'evidence based medecine ». Les effectifs trop faibles des P ne permettant pas de montrer de significativité dans l'analyse statistique, l'adaptation de l'outil sera plus difficile pour les P.

C'est dans cette optique qu'un courrier semi-directif a été développé au sein du Pôle 1-6 du CHS de la Sarthe (Annexe 3). Le recto est destiné au MG où il est censé rédiger sa demande, le verso au P qui est censé rédiger sa réponse. Cet outil est comparable à l'outil réalisé par l'équipe lilloise dans le cadre de l'étude GéNéPsy¹⁴ (Annexe 4). Une soirée de réflexion autour « la communication entre MG et P » a pu être organisée le 28/01/2015 afin d'échanger et de présenter l'outil. Une cinquantaine de médecins sarthois a répondu présent. Les MG et les P ont réexprimé leur insatisfaction quant à leur correspondance, le manque de temps pour rédiger un courrier complet et ont évoqué l'idée d'une solution avec support numérique, messagerie sécurisée type « Apicrypt » et un paramétrage optimal des logiciels médicaux permettant de générer un courrier automatiquement à la demande avec les éléments disponibles du dossier. La solution du support numérique paraît donc séduisante même si l'étude GéNéPsy¹⁴ y apporte quelques réserves.

Espérons que le grand intérêt voué par les médecins sarthois à la prise en charge des troubles mentaux et la souffrance psychique et un outil adapté permettent de répondre au mieux aux besoins des patients décris dans les recommandations du CNQSP parues en 2010, jusqu'ici restées confidentielles en Sarthe.

CONCLUSION :

Cette étude souligne donc l'opposition entre l'insuffisance réelle de communication entre les P et les MG sarthois concernant les patients ambulatoires et les souhaits d'une communication fréquente et exhaustive de ces mêmes acteurs, encouragée par de nombreux

travaux^{8,9,10,11} et les recommandations de 2010 du CNQSP²⁰. Elle confirme ainsi une problématique nationale à l'échelle locale et permet de poser les bases de la création d'un outil de communication personnalisé entre les P et les MG sarthois.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- 1-*Loi N° 2004-810 Du 13 Août 2004 Relative À L'assurance Maladie*, n.d. Accessed March 7, 2015.
- 2- Hubert, Gaël, Michel Galinski, Mirko Ruscev, Fréderic Lapostolle, and Fréderic Adnet. “Information médicale: de l'hôpital à la ville. que perçoit le médecin traitant?” *La Presse Médicale* tome 38, no. 10 (October 2009): 1404–9.
- 3-*Dossier du patient: Règlementation et recommandations. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé*. ANAES, Juin 2013.
- 4-*Loi N° 2002-303 Du 4 Mars 2002 Relative Aux Droits Des Malades et À La Qualité Du Système de Santé*, n.d. Accessed March 7, 2015.
- 5-Norton, J., G. de Roquefeuil, M. David, J. -P. Boulenger, K. Ritchie, and A. Mann. “Prévalence Des Troubles Psychiatriques En Médecine Générale Selon Le Patient Health Questionnaire : Adéquation Avec La Détection Par Le Médecin et Le Traitement Prescrit.” *L'Encéphale* 35, no. 6 (December 2009): 560–69.
doi:10.1016/j.encep.2008.06.018.
- 6-Lépine, J. -P., I. Gasquet, V. Kovess, S. Arbabzadeh-Bouchez, L. Nègre-Pagès, G. Nachbaur, and A. -F. Gaudin. “Prévalence et Comorbidité Des Troubles Psychiatriques Dans La Population Générale Française : Résultats de L'étude Épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD).” *L'Encéphale* 31, no. 2 (April 2005): 182–94.
doi:10.1016/S0013-7006(05)82385-1.
- 7-Robillard, Denys. *Examen du rapport d'information établi en conclusion des travaux de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie et adopté par celle-ci le 10 décembre 2013*. Rapport publique, commission ministérielle. Ministère des affaires sociales, Décembre 2013.
- 8-Le Galudec, Mickael, Géraldine Cornily, Ronan Garlantézec, Florian Stéphan, Zarrin Alavi, and Michel Walter. “Evaluation of GPs Diagnostic Knowledge and Treatment Practice in Detection and Treatment of Early Schizophrenia: A French Postal Survey in Brittany.” *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 49, no. 1 (January 2014): 69–77.
doi:10.1007/s00127-013-0686-y.

- 9-Guillaume, S., P. Courtet, J. -P. Chabannes, J. -A. Meynard, and V. Moreau-Mallet. "Prises En Charge, Besoins et Attentes de Patients Souffrant de Troubles Bipolaires I (Étude ECHO – France)." *L'Encéphale* 37, no. 4 (September 2011): 332–38.
doi:10.1016/j.encep.2011.07.006.
- 10-Baumann, Michèle, C. Baumann, and F. Alla. "Non observance des psychotropes: implication thérapeutique mutuelle du patient et du médecin généraliste," 2004.
<http://orbilu.uni.lu/handle/10993/3054>.
- 11-Mercier, A., N. Kerhuel, B. Stalnikiewitz, S. Aulanier, C. Boulnois, F. Becret, and P. Czernichow. "Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions." *L'Encéphale* 36, Supplement 2 (June 2010): D73–82. doi:10.1016/j.encep.2009.04.002.
- 12-Cohidon, C., N. Duchet, MM. Cao, M. Bennebarek, D. Sibertin-Blanc, C. Demongeot, and JP. Deschamps. "La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale." *Santé publique* 11, no. 3 (June 21, 199AD): 357–62.
- 13-Darbon, Sébastien, and Nicolas Dodier. "Eliot Freidson, ~~La Profession Médicale~~." *Sciences Sociales et Santé* 3, no. 1 (1985): 118–45.
- 14-Jombart Gabriel, and Romain Herisson. "Etude GéNéPsy," n.d.
- 15-Aubin-Auger, Isabelle, Alain Mercier, Laurence Baumann Coblenz, and Philippe Zerr. "La Consultation Du Patient À Risque Suicidaire En Médecine Générale. Généralistes et Psychiatres: Une Relation Compliquée." *Médecine* 4, no. 2 (Juin 2008): 279–83.
doi:10.1684/med.2008.0302.
- 16-Alain Mercier, and Julie Gilles de la Londe. "Médecins généralistes et psychiatres: un dialogue de sourds." *Exercer* 25, no. 115 (suppl 2) (October 21, 2014): 64.
- 17-Hardy-Baylé, Marie-Christine, Gaël Reboul, and Gérard Milleret. "Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie?" *Pluriels*, no. 92–93 (November 2011): 1–15.
- 18-Norton, Joanna, Michel David, and Jean-Philippe Boulenger. "General Practitioners Are Bearing an Increasing Burden of the Care of Common Mental Disorders in France." *The European Journal of Psychiatry*, 2007.
- 19-Bensoussan, Maurice. "Une Démarche Innovante Dans L'élaboration D'une Recommandation : La Recommandation Médecin Généraliste–psychiatre." *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 171, no. 1 (2013): 31–33.
doi:10.1016/j.amp.2012.11.004.

- 20-Collège National pour la Qualité Des Soins en Psychiatrie. "La coopération Médecin Généralistes-Psychiatres-Recommandations de bonne pratique,septembre 2010." CNQS, validé et hébergé par HAS, September 2010.
- 21-ASIP-Santé RPPS. "Effectifs des médecins par spécialité et mode d'exercice au 1er janvier 2014." DREES, January 1, 2014.
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rpps_medecins_-_synthese_des_effectifs_au_1er_janvier_2014.pdf
- 22-Buyck, Jean François, Marie Cécile Goupil, and Anne Tallec. "La mortalité par suicide en Sarthe." Observatoire régional de Santé des Pays de la Loire, février 2013.
http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/suicides/Suicides2013_72.pdf
- 23-Lelièvre, Françoise, Marie Christine Bournot, Anne Tallec, and Thomas Herault. "La Prise en Charge des dépressions en Médecine Générale." *Panel en médecine générale 5- 2010-2012 Pays de la Loire.*, March 2013, Observatoire régional de la santé en Pays de la Loire edition.
- "Les médecins généralistes des Pays de la Loire face au risque suicidaire." *Panel en médecine générale 6- 2010-2012 Pays de la Loire.*, March 2013, Observatoire régional de la santé en Pays de la Loire edition.
- 24-*La démographie des médecins au 1er janvier 2014.* Rapport publique. France: Direction de la Recherche des Etudes, Evaluation, Recherche, Statistique, (DREES), n.d.
http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P_490,497,514.
- 25-Bréchon, Pierre, and Anne Claire Salomon. "Une enquête postale efficace? Les défis de l'ISSP en France." *HAL*. November 2014. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01089408>.
- 26-Prairie Research Associates. "Taux de réponse des enquêtes postales." PRA, n.d.
http://www.pra.ca/resources/pages/files/technotes/rates_f.pdf
- 27-Sartorius, Norman, Bedirhan Üstün, orges-Alberto Costa e Silva, David Goldberg, Yves Leclubier, Johan Ormel, Michael Von Korff, and Hans-Uli Wittchen. "An International Study of Psychological Problems in Primary Care." *Hans-Uli Wittchen*, 1993.
- 28-*LOI N° 2002-303 Du 4 Mars 2002 Relative Aux Droits Des Malades et À La Qualité Du Système de Santé.* 2002-303, 2002.
- 29-*LOI N° 2005-370 Du 22 Avril 2005 Relative Aux Droits Des Malades et À La Fin de Vie.* 2005-370, 2005.

- 30-Rouillon, F. "Épidémiologie Des Troubles Psychiatriques." *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 166, no. 1 (February 2008): 63–70.
doi:10.1016/j.amp.2007.11.010.
- 32-“Article 63 (article R. 4127-63 Du Code de La Santé Publique). Code de Déontologie Médicale. 1955.,” n.d.
- 31- “Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes.” Rapport public. Accessed March 8, 2015. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000593/index.shtml>.

TABLE DES MATIERES :

-INTRODUCTION.....
-MATERIEL ET METHODE.....
-RESULTATS.....

-Taux de réponse.....	
-Etat des lieux de la correspondance entre les MG et les P concernant les patients ambulatoires	
-Désir de correspondre ?.....	
-Répartition socio démographique et analyses statistiques	
-Connaissance des recommandations du CNQSP et évaluation de l'intérêt porté à la prise en charge de la souffrance psychique	
-DISCUSSION.....	
-CONCLUSION.....	
-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	
-TABLE DES MATIERES.....	
-ANNEXES.....	
-Annexe 1 : Questionnaire de recueil Médecin Généraliste (MG).....	
-Annexe 2 : Questionnaire de recueil Psychiatre (P).....	
-Annexe 3 : Courrier semi dirigé CHS Allonnes.....	
-Annexe 4 : Courrier semi dirigé Etude GéNéPsy ¹⁴	

Annexe 1 :

Correspondance entre médecins généralistes et psychiatres : Questionnaire pour les médecins généralistes

Consigne de remplissage : Merci de cocher la ou les cases correspondant à votre réponse.

Par avance merci de renvoyer le questionnaire complété à l'aide de l'enveloppe préremplie et préaffranchie afin qu'il soit exploité et analysé.

Pavé sociodémographique

1. Sexe

1. Homme 2. Femme

2. Exercez-vous :

1. en libéral 2. à l'hôpital 3. en mixte

3. Age

1. moins de 45 ans 2. entre 46 et 61 ans 3. plus de 61 ans

4. Quand avez-vous débuté votre exercice ?

1. avant 2002 2. entre 2002 et 2005 3. après 2005

5. Quand avez-vous soutenu votre thèse ?

1. avant 2002 2. entre 2002 et 2005 3. après 2005

6. Quand avez-vous débuté votre 3ème cycle (internet, stage interné, fin externat) ?

1. avant 2002 2. entre 2002 et 2005 3. après 2005

7. Avez-vous suivi une formation complémentaire à la prise en charge de la souffrance psychique ?

1. Oui 2. Non

8. Si oui, laquelle ?

1. DU ou DIU 2. séminaire de FPC 3. DPC

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

9. Précisez l'intitulé de la formation complémentaire

La question n'est pertinente que si Formation complémentaire ? = "Oui"

Fréquence des courriers

10. A quelle fréquence rédigez-vous un courrier à vos confrères psychiatres pour la 1ère consultation d'un patient que vous adressez ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

11. A quelle fréquence rédigez-vous un courrier à vos confrères psychiatres lors du suivi conjoint d'un patient ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

Contenu des courriers

12. A quelle fréquence le courrier adressé au psychiatre est un simple mot d'introduction pour un remboursement dans le cadre du parcours de soins ?

1. Très souvent 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

13. Lorsque vous rédigez un courrier à vos confrères psychiatres vous y formulez des interrogations concernant :

- 1. les hypothèses diagnostiques
- 2. la prise en charge médicamenteuse initiée
- 3. le type de suivi
- 4. le suivi psychothérapeutique et médicamenteux
- 5. une prise en charge sociale (arrêt de travail, invalidité, mise en ALD, mesures de sauvegarde, dossier MDPH)
- 6. les éléments cliniques actuels
- 7. les symptômes repérés
- 8. l'évolution des symptômes

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

14. Lorsque vous rédigez un courrier à vos confrères psychiatres, vous y mentionnez :

- 1. les antécédents somatiques (comorbidités)
- 2. le contexte de vie (statut familial, travail)
- 3. les antécédents psychiatriques
- 4. les addictions
- 5. les allergies
- 6. les intolérances médicamenteuses
- 7. l'état de la prise en charge actuelle

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

15. Lorsque vous rédigez un courrier à vos confrères psychiatres vous y formulez l'état de la prise en charge actuelle avec

- 1. le traitement psychotrope mis en route
- 2. les traitements psychotropes déjà essayés
- 3. les autres traitements en cours
- 4. le degré d'acceptation du patient vis à vis des propositions résultant de cette consultation chez le psychiatre
- 5. autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

16. Si 'autre', précisez :

Fréquence des courriers reçus de la part des psychiatres

17. A quelle fréquence recevez-vous des courriers de vos confrères psychiatres ?

- 1. Très souvent
- 2. Souvent
- 3. Rarement
- 4. Jamais

18. A quelle fréquence recevez-vous un courrier de vos confrères psychiatre lors d'une 1ère consultation ?

- 1. Toujours
- 2. Souvent
- 3. Rarement
- 4. Jamais

19. A quelle fréquence recevez-vous un courrier de vos confrères psychiatres une fois le diagnostic posé ?

- 1. Toujours
- 2. Souvent
- 3. Rarement
- 4. Jamais

20. A quelle fréquence recevez-vous un courrier de vos confrères psychiatres pendant le suivi lors d'une modification clinique ou de la prise en charge ?

- 1. Toujours
- 2. Souvent
- 3. Rarement
- 4. Jamais

21. A quelle fréquence recevez-vous un courrier de vos confrères psychiatres en fin de prise en charge psychiatrique ?

- 1. Toujours
- 2. Souvent
- 3. Rarement
- 4. Jamais

Observations du médecin généraliste sur le courrier des psychiatres

22. A quelle fréquence contient-il les réponses sur l'hypothèse diagnostique ?

- 1. Toujours
- 2. Souvent
- 3. Rarement
- 4. Jamais

23. A quelle fréquence contient-il des réponses sur la prise en charge médicamenteuse ?

- 1. Toujours
- 2. Souvent
- 3. Rarement
- 4. Jamais

24. A quelle fréquence contient-il des réponses sur l'organisation d'un suivi ?

- 1. Toujours
- 2. Souvent
- 3. Rarement
- 4. Jamais

25. A quelle fréquence contient-il des réponses sur une demande de prise en charge psychothérapique ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
26. A quelle fréquence contient-il des réponses sur la prise en charge sociale ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
27. A quelle fréquence contient-il des réponses sur votre rôle dans le suivi ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
28. A quelle fréquence contient-il des informations sur les risques évolutifs immédiats ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
29. A quelle fréquence contient-il des informations sur les éléments cliniques psychiatriques de surveillance ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
30. A quelle fréquence contient-il des informations sur les facteurs environnementaux importants à prendre en compte (environnement professionnel, contexte conjugal, toxiques...) ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
31. A quelle fréquence contient-il des informations sur la nécessité d'un arrêt de travail ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
32. A quelle fréquence contient-il des informations sur la nécessité d'établir un protocole d'ALD ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
33. A quelle fréquence contient-il des informations sur un projet personnalisé de soins ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
34. A quelle fréquence contient-il des informations sur la proposition thérapeutique médicamenteuse ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
35. A quelle fréquence contient-il des informations sur les éléments de surveillance biomédicaux ou biologiques ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
36. A quelle fréquence contient-il des informations sur les modalités psychothérapeutiques mises en place ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

37. Quelles autres attentes avez-vous sur le contenu de ce courrier ?

Les attentes du médecin généraliste sur le contenu du courrier des psychiatres

38. Souhaitez-vous recevoir des courriers de vos collègues psychiatres ?

1. Oui 2. Non

Si non, passez directement à la question n°42

39. A quel moment de la prise en charge souhaitez-vous être destinataire d'un courrier du psychiatre ?

1. dès la 1ère consultation
 2. Une fois le diagnostic avéré
 3. en cours de suivi lors d'une modification clinique ou de prise en charge
 4. en fin de prise en charge

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

40. Dans le courrier du psychiatre vous souhaitez avoir des informations concernant :

- 1. les hypothèses diagnostiques
- 2. la prise en charge médicamenteuse
- 3. l'organisation globale du suivi
- 4. la nécessité d'un suivi psychothérapeutique
- 5. la prise en charge sociale
- 6. le rôle du médecin généraliste dans le suivi
- 7. les risques évolutifs
- 8. les éléments de surveillance clinique
- 9. les facteurs environnementaux
- 10. la nécessité d'un arrêt de travail
- 11. la nécessité d'une mise en ALD
- 12. un projet personnalisé de soins
- 13. les propositions thérapeutiques médicamenteuses
- 14. les éléments de surveillance liés aux médicaments
- 15. les modalités psychothérapeutiques
- 16. autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

41. Si 'autre', précisez :

Conclusion

42. Connaissez-vous les recommandations validées par la HAS de 2010 sur la correspondance entre psychiatres et médecins généralistes ?

- 1. Oui
- 2. Non

43. Si oui, vous paraissent-elles réalistes ?

- 1. Oui
- 2. Non

44. Si non pourquoi ?

45. Evaluez l'intérêt que vous portez à la prise en charge des troubles mentaux et à la souffrance psychique sur l'échelle suivante

- 1. 0
- 2. 1
- 3. 2
- 4. 3
- 5. 4
- 6. 5
- 7. 6
- 8. 7
- 9. 8
- 10. 9
- 11. 10

Annexe 2 :

Correspondance entre médecins généralistes et psychiatres : Questionnaire pour les psychiatres

Consigne de remplissage : Merci de cocher la ou les cases correspondant à votre réponse.

Par avance merci de renvoyer le questionnaire complété à l'aide de l'enveloppe préremplie et préaffranchie afin qu'il soit exploité et analysé.

Pavé sociodémographique

1. Sexe

1. Homme 2. Femme

2. Exercez-vous :

1. en libéral 2. à l'hôpital 3. en mixte

3. Age

1. moins de 45 ans 2. entre 46 et 61 ans 3. plus de 61 ans

4. Quand avez-vous débuté votre exercice ?

1. avant 2002 2. entre 2002 et 2005 3. après 2005

5. Quand avez-vous soutenu votre thèse ?

1. avant 2002 2. entre 2002 et 2005 3. après 2005

6. Quand avez-vous débuté votre 3ème cycle (internet, stage interné, fin externat) ?

1. avant 2002 2. entre 2002 et 2005 3. après 2005

7. Avez-vous suivi une formation complémentaire à la prise en charge de la souffrance psychique ?

1. Oui 2. Non

8. Si oui, laquelle ?

Fréquence des courriers

9. A quelle fréquence rédigez-vous un courrier à vos confrères généralistes pour la 1ère consultation d'un patient qui vous a été adressé ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

10. A quelle fréquence rédigez-vous un courrier à vos confrères généralistes une fois le diagnostic avéré ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

11. A quelle fréquence rédigez-vous un courrier à vos confrères généralistes en cours de suivi lors d'une modification clinique ou de la prise en charge ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

12. A quelle fréquence rédigez-vous un courrier à vos confrères généralistes en fin de suivi ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

Contenu des courriers

13. Lorsque vous rédigez un courrier à vos confrères généralistes vous y formulez des informations concernant :

- 1. les hypothèses diagnostiques
- 2. la prise en charge médicamenteuse initiée par le médecin généraliste
- 3. le suivi médicamenteux
- 4. la prise en charge psychothérapeutique
- 5. les éléments cliniques actuels
- 6. les éléments cliniques de suivi
- 7. les facteurs environnementaux importants à prendre en compte
- 8. la nécessité d'un arrêt de travail
- 9. la nécessité d'une mise en ALD
- 10. les risques évolutifs

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

14. Lorsque vous rédigez un courrier à vos confrères généralistes, vous y rappeler :

- 1. les antécédents somatiques (comorbidités)
- 2. le contexte de vie (statut familial, travail)
- 3. les antécédents psychiatriques
- 4. les allergies
- 5. les intolérances médicamenteuses
- 6. les éléments de surveillance biomédicaux et biologiques

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

15. Lorsque vous rédigez un courrier à vos confrères généralistes vous y formulez l'état de la prise en charge actuelle à la suite de la consultation avec

- 1. un diagnostic de situation
- 2. une proposition thérapeutique
- 3. le contenu de l'ordonnance prescrite
- 4. une proposition de parcours de soins
- 5. une proposition de prise en charge psychothérapeutique
- 6. une proposition de prise en charge sociale
- 7. une proposition de répartition des rôles dans le suivi
- 8. l'état d'acceptation du patient vis à vis des propositions résultant de cette consultation
- 9. autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

16. Si 'autre', précisez :

Fréquence des courriers reçus de la part des médecins généralistes

17. A quelle fréquence recevez-vous des courriers de vos confrères généralistes ?

- 1. Très souvent
- 2. Souvent
- 3. Rarement
- 4. Jamais

18. Souhaiteriez-vous en recevoir ?

- 1. Oui
- 2. Non

Aller à '40-Infos sur' si Souhait d'en recevoir ? = "Oui"

Observations du psychiatre sur le courrier des médecins généralistes

19. A quelle fréquence le courrier reçu du médecin généraliste est un simple mot d'introduction pour un remboursement dans le cadre du parcours de soins ?

- 1. Très souvent
- 2. Souvent
- 3. Rarement
- 4. Jamais

20. A quelle fréquence contient-il les raisons circonstanciées de la demande ?

- 1. Toujours
- 2. Souvent
- 3. Rarement
- 4. Jamais

21. A quelle fréquence contient-il des questions sur l'hypothèse diagnostique ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
22. A quelle fréquence contient-il des questions sur la prise en charge médicamenteuse initiée ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
23. A quelle fréquence contient-il des questions sur le type de suivi ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
24. A quelle fréquence contient-il une question sur une demande de prise en charge psychothérapeutique exclusive ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
25. A quelle fréquence contient-il des questions sur la prise en charge sociale ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
26. A quelle fréquence contient-il des informations sur les symptômes repérés ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
27. A quelle fréquence contient-il des informations sur l'évolution des symptômes ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
28. A quelle fréquence contient-il des informations sur les antécédents somatiques ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
29. A quelle fréquence contient-il des informations sur les antécédents psychiatriques ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
30. A quelle fréquence contient-il des informations sur le contexte de vie (famille, travail) ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
31. A quelle fréquence contient-il des informations sur les allergies ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
32. A quelle fréquence contient-il des informations sur les intolérances médicamenteuses ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
33. A quelle fréquence contient-il des informations sur les addictions ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
34. A quelle fréquence contient-il des informations sur l'état de la prise en charge actuelle ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
35. A quelle fréquence contient-il des informations sur les traitements psychotropes actuels N
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
36. A quelle fréquence contient-il des informations sur les traitements psychotropes antérieurs ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
37. A quelle fréquence contient-il des informations sur les autres traitements ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
38. A quelle fréquence contient-il des informations sur le degré d'acceptation du patient vis à vis de cette consultation chez le psychiatre ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
39. Quelles autres attentes avez-vous sur le contenu de ce courrier ?

Les attentes du psychiatre sur le contenu du courrier des médecins généralistes

40. Dans le courrier du médecin généraliste vous souhaitez avoir des informations concernant :

- 1. les raisons et motifs circonstanciés de la demande
- 2. les hypothèses diagnostiques
- 3. la prise en charge médicamenteuse initiée
- 4. le type de demande de suivi
- 5. la demande de prise en charge psychothérapique excluise
- 6. les symptômes initiaux repérés
- 7. l'évolution des symptômes depuis la prise en charge initiale
- 8. les antécédents somatiques (comorbidités)
- 9. les antécédents psychiatriques
- 10. le contexte de vie
- 11. les allergies
- 12. les intolérances médicamenteuses
- 13. les addictions
- 14. l'état de la prise en charge actuelle
- 15. les traitements psychotropes actuels
- 16. les traitements psychotropes antérieurs
- 17. les autres traitements
- 18. le degré d'acceptation du patient vis à vis de la consultation
- 19. autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

41. Si 'autre', précisez :

42. Connaissez-vous les recommandations validées par la HAS de 2010 sur la correspondance entre psychiatres et médecins généralistes ?

- 1. Oui
- 2. Non

43. Si oui, vous paraissent-elles réalistes ?

- 1. Oui
- 2. Non

44. Si non pourquoi ?

Annexe 3 : Demande d'avis/Prise en charge Psychiatrique :

IDENTIFICATION DU MEDECIN GENERALISTE :	DATE :
MOTIF DE LA DEMANDE (sous forme de question) ET SIGNES REPERES :	
ANTECEDENTS : -Médico-chirurgicaux : -Allergies/Intolérances médicamenteuses : -Psychiatriques et addictologiques :	
TRAITEMENTS : -en cours, hors psychotropes : -Psychotropes initiés : -Antériorité des psychotropes :	
EXAMENS PARACLINIQUES RECENTS : -Imagerie : -Biologie :	
OBJECTIFS ATTENDUS DE L'AVIS PSY/DE LA PRISE EN CHARGE :	



Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe
20 avenue du 19 Mars 1962 – BP 50004
72703 ALLONNES Cedex

Fiche de liaison Médecin Psychiatre et Médecin Généraliste

Date :

Émetteur	Destinataire
<u>Médecin psychiatre</u> :	
<u>I.D.E. référent</u> :	

Madame

Née , le à

n° Identification Patient (NIP) :

demeurant :

n° de S.S. :

Mode de placement :

Principaux éléments cliniques et hypothèse(s) diagnostiques (s) :

Ajouter le code diag :

Risques évolutifs :

Bilan complémentaire prescrit :

1 / 2

Created by Paint X

Proposition de prise en charge :

Chimiothérapie :

Risques évolutifs (y compris fréquence des entretiens psychiatriques):

Axe social :

Prévoir une demande PEC ALD : Oui Non

Surveillance :

Prochain rendez-vous :

Autre :

2 / 2

Created by Paint X

Annexe 4 :

GENEPSY¹

Expérimentation d'un outil pour l'amélioration de la communication MG-psychiatre à Lille.

Ce courrier est à utiliser pour toute première demande d'avis psychiatrique adressée au Centre médico-psychologique (CMP) de votre secteur, ou au Centre d' Accueil Permanent (Ilot Psy) durant la période allant de décembre 2013 à avril 2014.

La réponse du psychiatre vous sera adressée également selon un format standardisé. Vous serez contacté ultérieurement pour procéder à un retour sur l'expérimentation de cet outil. Vous pouvez télécharger ce courrier en version numérique sur <http://www.santementale5962.com>, rubrique Génépsy.

Pour toute demande d'information complémentaire, ou formulaires supplémentaires, veuillez nous adresser un mail à genepsy2rsm@gmail.com

¹. Travail de thèse de médecine générale menée avec le soutien de la Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM) Nord - Pas-de-Calais, de l'Etablissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise (EPSM-AL), de l'URPS-ML 5962 et du CEMG.



DEMANDE D'AVIS PSYCHIATRIQUE PAR UN MEDECIN GENERALISTE

Cher Confrère, Chère Consoeur,

Merci de recevoir Mme/ Mlle/ M né(e) le pour :

Motif principal de recours :

Veuillez préciser le motif sous forme interrogative si possible. Par exemple : aide diagnostique, thérapeutique ou avis sur la prise en charge.

Tableau clinique / hypothèse(s) diagnostique(s) :

Antécédents Somatiques significatifs :

Une thérapeutique a t-elle été mise en place ? Avec quels succès, observance et tolérance ?

Histoire de la maladie psychiatrique et éléments somatiques significatifs :

Veuillez préciser le mode de début des troubles, leur évolutivité, l'existence de conduite(s) à risque(s), les ATCD familiaux.

Quel est le contexte psychosocial , l'histoire personnelle et l'étayage familial ?

Eléments essentiels du parcours de vie :

Eléments pertinents du contexte psycho social :

Projet de soins envisagé – Ambulatoire, hospitalisation libre, prise en charge sociale...**Suggestions thérapeutiques**

Psychothérapeutique :

Pharmacologique :

Autre :

Ne se prononce pas

Courrier rédigé après examen médical et accord du patient, en vue d'un premier avis spécialisé psychiatrique diagnostique et/ou thérapeutique.

En vous remerciant par avance, bien confraternellement.

Fait à , le / , à h.....

Dr

Cachet

Signature

Pour mémoire :

Lille-Nord (59 G 22) : CMP 9/11 rue Barbier Maes - Dr Ait Menguelet	03 20 87 96 41
Lille-Sud (59 G 23) : CMP 12 rue de Cannes - Dr Decousser	03 20 16 86 00
Lille-Est (59 G 24) : CMP 239 rue du Faubourg de Roubaix - Dr Wizla	03 20 12 17 30
CAP Ilot Psy : CP2A, 2 rue Desaix- Dr Weil	03 20 78 22 22

ETUDE GENEPSY ¹

Un outil pour l'amélioration de la communication entre les MG et les psychiatres à Lille.

Veuillez utiliser ce formulaire pour répondre à la demande d'un MG adressée selon le formulaire type. Ce document remplace votre courrier habituel. Il peut être remis en main propre au patient ou envoyé par voie postale. La période d'expérimentation des courriers est de décembre 2013 à avril 2014.

Merci de votre participation à cette étude.

Pour toute demande complémentaire, veuillez adresser un mail à genepsyf2rsm@gmail.com

¹. Travail de thèse de médecine générale menée avec le soutien de la Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM) Nord - Pas-de-Calais, de l'Etablissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise (EPSM-AL) , du Collège des enseignants de médecine générale de la région Nord - Pas-de-Calais (CEMG) et de l'Union régionale des professions de santé – médecins libéraux Nord - Pas-de-Calais (URPS-ML).



COURRIER REPONSE DU PSYCHIATRE AU MEDECIN GENERALISTE CONCERNANT UNE PREMIERE DEMANDE D'AVIS SPECIALISE

Date : Secteur : Intervenant : Dr.

Chère consoeur, cher confrère,

Nous avons reçu Mme/M né(e) le pour :

Motif de recours :

Dans ses antécédents principaux, on note :

Sur le plan personnel et familial :

L'entretien a permis de mettre en évidence :

Sur le plan clinique : *histoire de la maladie avec date de début des symptômes/ évolution/ prise en charge antérieure/ conduite à risque associée, diagnostic clinique ou hypothèses, évolutivité prévisible.*

Sur le plan social : *mode de vie/ étayage familial/ profession/ retentissement familial et professionnel*

Les examens paracliniques suivants ont été pratiqués :

Concernant la prise en charge thérapeutique, nous proposons :

Sur le plan médicamenteux : *molécule/ posologie/ durée minimale de traitement/ objectif/ effets indésirables fréquents/ surveillance biologique éventuelle*

Sur le plan psychothérapeutique : *méthode/ objectif/ rendez-vous prévu avec leur fréquence et période estimée*

Sur le plan social : *conséquence sur activité professionnelle/ durée arrêt travail proposée si besoin/ mise en place aide/ intervention à domicile*

Ces informations ont été détaillées au patient, dans l'attente de son prochain RDV le ,
je reste à votre disposition si nécessaire au téléphone

Bien confraternellement.

Cachet

Signature

