

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 082

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

Amandine PELLETIER
Née le 18 Avril 1987 à Saint Etienne

Présentée et soutenue publiquement le 4 Octobre 2016

**ECHANGES DE COURRIERS ENTRE LES PSYCHIATRES ET LES MEDECINS
GENERALISTES EN VENDEE :
EVALUATION DES PRATIQUES ET DES ATTENTES DANS LE CADRE DES
PATIENTS AMBULATOIRES**

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Directrice de thèse : Madame le Docteur Céline BOUTON

REMERCIEMENTS

A mon président de Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE, Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier en Psychiatrie au CHU de Nantes

Je vous remercie pour l'intérêt particulier que vous témoignez à mon travail en acceptant de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver dans cette thèse le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Céline BOUTON, Docteur en Médecine Générale et Maître de Conférence des Universités au Département de Médecine Générale de Nantes

Merci pour ta bienveillance, tes conseils, ta disponibilité et ton encadrement. Ce fût un plaisir de travailler avec toi.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Eric CAILLIEZ, Professeur Universitaire en Médecine Générale et Maître de Conférence des Universités au Département de Médecine Générale d'Angers

Je vous remercie pour votre aide, votre disponibilité, mais aussi pour votre extraordinaire rapidité de réponse. Je suis honorée de votre présence dans mon jury.

Monsieur le Docteur Yves BESCOND, Docteur en Psychiatrie, Responsable du service SUD-OUEST et Président du Comité Médical d'Etablissement de l'hôpital Georges Mazurelle à La Roche sur Yon

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail en me faisant l'honneur de faire partie des membres du jury.

Monsieur le Docteur Christian BONNAUD, Docteur en Médecine Générale, Chargé d'Enseignement au Département de Médecine Générale de Nantes

Je te remercie pour ta bienveillance, et tes conseils. Je suis honorée que tu fasses partie des membres de mon jury.

Monsieur le Docteur Thomas HERAULT, Président de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des Pays de la Loire

Je vous remercie pour votre participation dans l'élaboration de cette thèse. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Merci aux médecins généralistes et aux psychiatres qui ont pris du temps pour répondre au questionnaire.

Merci aux personnes adorables qui ont eu la patience et la gentillesse de relire ma thèse.

Merci aussi à mes maîtres de stage : Brigitte, Dominique et au Commandant Chemouni, qui m'ont transmis leur amour de la médecine générale, et pour leur bienveillance infinie ; je vous en suis immensément reconnaissante.

Merci aussi à ceux qui m'ont soutenue pendant toutes ces années, et à mon compagnon.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	3
I. INTRODUCTION	4
II. MATERIEL ET METHODES	7
III. RESULTATS	9
A. TAUX DE REPONSE	9
1. <i>Les médecins généralistes</i>	9
2. <i>Les psychiatres</i>	9
B. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PROFESSIONNELS AYANT REPONDU	9
C. IMPORTANCE DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE EN MEDECINE GENERALE	10
D. FREQUENCE DES COURRIERS ENTRE LES PROFESSIONNELS	11
E. ANALYSE DES COURRIERS	12
1. <i>Courriers des psychiatres aux médecins généralistes</i>	12
2. <i>Courriers des médecins généralistes aux psychiatres</i>	13
F. MODE DE COMMUNICATION PREFERE PAR LES PROFESSIONNELS	15
G. CONNAISSANCE DES RECOMMANDATIONS DE 2010 DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	16
H. FACTEURS INFLUENCANT LA REDACTION DES COURRIERS	16
I. INFORMATIONS QUALITATIVES	16
IV. DISCUSSION	18
A. RESULTATS PRINCIPAUX	18
B. FORCES ET LIMITES DE CETTE ETUDE	19
C. ANALYSE	21
D. COMMENT AMELIORER LA COMMUNICATION EN VENDEE ?	27
1. Améliorer la quantité des échanges	27
a. Messagerie sécurisée	27
b. Dossier médical personnel	28
2. Améliorer la qualité des échanges	28
3. Améliorer la communication dans l'urgence	29
V. CONCLUSION	31
VI. BIBLIOGRAPHIE	32
VII. ANNEXES	36
ANNEXE I : prévalence des troubles psychiatriques au sein de la population française (étude ESEMED)	36
ANNEXE II : Recommandations du CNQSP	37
ANNEXE III : questionnaire adressé aux médecins généralistes	41
ANNEXE IV : questionnaire adressé aux psychiatres	45
ANNEXE V : Extrait de la thèse du Dr Jombart : formulaires pour les médecins généralistes et psychiatres	49

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD	Affection Longue Durée
ARS	Agence Régionale de Santé
CMP	Centre Médico-psychologique
CNQSP	Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie
Dép 85	Département 85
DM	Données manquantes
DMP	Dossier médical personnel
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ESEMeD/	European Study of Epidemiology of Mental disorders/
MHEDEA 2000	Mental Health Disability : a European Assessment in the year 2000
GéNéPsy	Etude Généralistes - Psychiatres
HAS	Haute Autorité de Santé
Région PDL	Région des Pays de la Loire
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
FMC	Formation Médicale Continue
FPC	Formation Professionnelle Continue

I. INTRODUCTION

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1) a instauré la notion de parcours de soins coordonnés, de médecin traitant et de dossier médical personnel. En 2010, 98% des médecins traitants étaient des médecins généralistes (2).

Le médecin traitant, au centre de la prise en charge des patients, doit coordonner les soins et centraliser les différentes informations concernant le patient (1). Le rôle pivot du médecin traitant pour les soins de premier recours a été réaffirmé par la loi HPST (« Hôpital, Patient, Santé et Territoire ») de 2009 (3). Les informations du dossier médical du patient peuvent comprendre (4) : les avis des autres spécialités médicales et paramédicales (4), les compte rendus d'hospitalisation (5), ou encore les résultats des examens complémentaires.

Cette centralisation d'informations permet d'éviter la redondance d'avis spécialisés et d'examens complémentaires, limitant ainsi les dépenses de santé (4). Toutefois, cela implique une communication d'informations médicales (avec accord du patient) entre les différents professionnels de santé (autorisée par la loi du 4 mars 2002 (6)).

La communication entre les professionnels de santé est donc fondamentale pour la prise en charge des patients, mais est parfois insuffisante (7,8). Faute d'autres techniques plus développées (comme le dossier médical personnel), l'échange de courrier par messagerie sécurisée et courrier postal reste le principal moyen de communication utilisé (9).

Dans cette thèse, nous nous sommes intéressés plus particulièrement à l'échange de courrier entre les médecins généralistes et les psychiatres.

En effet, les médecins généralistes sont au cœur de la prise en charge des troubles psychiatriques et psychologiques, puisque cela représente 22% (10) à 34,1% (11) des consultations de médecine générale.

En France en moyenne, parmi la population de plus de 18 ans, 38,4% aurait eu un trouble psychiatrique au moins une fois au cours de la vie et 14,5% au cours de l'année écoulée (12). Ces troubles concernent les troubles anxieux, dépressifs ou liés à l'alcool (ANNEXE I).

La France fait partie des pays européens où le taux de suicide est le plus élevé (soit 11,8/100 000 habitants en 2010 (13)).

Dans 72,7% des cas, les patients ayant un trouble psychiatrique consultent en première intention un médecin généraliste, alors que les psychologues ne sont consultés en première intention que dans 23,3% des cas (14).

Dans un deuxième temps, seulement 22,2% des patients qui ont consulté le médecin généraliste vont être adressés à un psychiatre, ce qui est un des taux le plus bas d'Europe (14).

La différence du taux de consultation entre ces professionnels de santé peut s'expliquer notamment par le taux de remboursement des consultations par la Sécurité Sociale et leur accessibilité (14,15).

En effet, les médecins généralistes, remboursés à 70% par la Sécurité Sociale, sont facilement accessibles dans un délai court. Avec la loi HPST (3), les médecins traitants sont les gardiens (« gatekeepers ») de l'accès aux autres spécialités et ne permettent aux patients d'être remboursés à 70% qu'en cas d'adressage par ces derniers. Ceci a pour objectif de limiter l'accès aux psychiatres aux patients les plus graves (15) et de limiter les dépenses de santé.

Par ailleurs, les psychologues ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale contrairement à d'autres pays comme l'Allemagne (15), ce qui pourrait expliquer en partie la différence de consultation entre les professionnels de santé (15,16).

L'adressage d'un patient à un psychiatre améliore la prise en charge des patients, mais nécessite une collaboration entre les différents professionnels. Par exemple dans la dépression, la collaboration entre les psychiatres et les médecins généralistes a un effet positif significatif sur la morbidité à 6 mois et à 5 ans (17).

Toutefois, des études prouvent que la collaboration entre psychiatres et médecins généralistes en France n'est pas optimale (16,18). Cette même problématique est aussi retrouvée à l'étranger (19,20).

C'est la raison pour laquelle le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) a publié en 2010 des recommandations de bonnes pratiques pour la coopération entre les psychiatres et les médecins généralistes ((21) ANNEXE II). Ces recommandations, qui ont reçu

le label de la Haute Autorité de Santé, préconisent un échange de courrier entre les médecins généralistes et les psychiatres et précisent le contenu que devrait avoir ces courriers afin d'améliorer l'échange d'information.

L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux, cinq ans après ces recommandations, sur les échanges de courrier entre les psychiatres et les médecins généralistes en Vendée et de recueillir les attentes de chacun des praticiens afin d'améliorer la prise en charge des patients psychiatriques ambulatoires.

II. MATERIEL ET METHODES

Cette étude est une étude quantitative, déclarative, descriptive, transversale portant sur la fréquence et la qualité des échanges entre les médecins généralistes et les psychiatres exerçant en Vendée, sur la base de deux questionnaires en miroir.

Les critères d'inclusion pour les médecins généralistes étaient : l'inscription avant Décembre 2014 à l'Union Régionale des Professionnels de la Santé (URPS) avec renseignement d'une adresse électronique (au nombre de 425), et avoir une activité libérale ambulatoire. Les médecins généralistes hospitaliers étaient exclus.

Les psychiatres inclus dans cette étude étaient référencés par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) au 1^{er} Mai 2015, comme psychiatres titulaires ou praticiens exerçant en psychiatrie adulte et/ou pédopsychiatrie, en Vendée. Les psychiatres remplaçants, retraités et travaillant à l'ARS ont été exclus. En tout 61 psychiatres ont été contactés.

Des études similaires sont en train d'être réalisées ou ont déjà été réalisées dans les quatre autres départements des Pays de la Loire. L'objectif est de comparer les données des différents départements sur les mêmes critères de jugement.

Ainsi, les deux questionnaires en miroir rédigés lors de la thèse du Dr Karim SAIDI (22) à partir des recommandations du CNQSP (21), et de la réflexion de deux psychiatres hospitaliers de la Sarthe et du Professeur Eric Cailliez (professeur de médecine générale de l'université d'Angers) ont donc été utilisés sans modification. Les questionnaires étaient anonymes.

Un questionnaire était adressé aux médecins généralistes [ANNEXE III] et un autre aux psychiatres [ANNEXE IV].

Ces questionnaires évaluaient, sous forme de questions à choix multiple, des items répartis en cinq grandes catégories comprenant : des données sociodémographiques, la fréquence et le contenu des courriers envoyés, la fréquence et le contenu des courriers reçus, les attentes des praticiens et enfin les connaissances des recommandations du CNQSP.

Le questionnaire destiné aux médecins généralistes [ANNEXE III] avait 86 items, et a été envoyé sous forme de lien vers un questionnaire en ligne édité sous le logiciel Sphinx®, hébergé sur le serveur de l'Université d'Angers. Tous les emails ont été envoyés le 28 Avril 2015 puis une

relance a été faite le 25 Juin 2015. Cette relance intéressait tous les destinataires du premier email, toutefois le logiciel Sphinx® bloquaient les questionnaires venant d'une même adresse IP pour ne pas intégrer de doublons.

Le questionnaire adressé aux psychiatres libéraux [ANNEXE IV] avaient 89 items, et a été envoyé le 18 Juin 2015 par courrier postal comprenant une note explicative, le questionnaire psychiatre, et une lettre préaffranchie pour le retour du questionnaire. Les questionnaires à destination des psychiatres hospitaliers ont été donnés en main propre, et le cas échéant par fax, ou par email.

Les questionnaires papiers ont été transcrits sur Sphinx® secondairement.

Les psychiatres ayant une activité mixte ont été contactés par courrier postal.

L'analyse statistique a été réalisée par le test du Chi2 (χ^2), grâce au site biostatgv.com.

III. RESULTATS

A. TAUX DE REPONSE

1. Les médecins généralistes

Pour cette étude, 425 médecins généralistes travaillant en ambulatoire et libéral en Vendée ont été contactés par mail. Trente neuf des médecins de cette liste étaient inscrits comme remplaçants thésés ou non soignants (soit 9,2% de l'effectif).

Sur l'ensemble des médecins généralistes, 65 médecins généralistes ont répondu ce qui fait un taux de réponse à 15,3%.

2. Les psychiatres

L'Agence Régionale de la Santé (ARS) a répertorié 63 psychiatres au 1^{er} Mai 2015. Un des psychiatres est parti à la retraite avant de pouvoir être contacté, et un autre travaille pour l'ARS. Ils ont tous les deux été exclus de l'étude.

Sur les 61 psychiatres restants : 10 ont une activité libérale pure, 42 sont salariés et 9 ont une activité mixte.

Sur l'ensemble des psychiatres, 21 ont répondu au questionnaire, ce qui fait un taux de réponse à 34,4%.

B. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PROFESSIONNELS AYANT REPONDU

Tableau 1 : Données socio-démographiques des psychiatres et des médecins généralistes.

	Médecins généralistes					Psychiatres				
	Echantillon		Dép 85	Région PDL	National	Echantillon		Dép 85	Région PDL	National
	n = 65	%	%	%	%	n = 21	%	%	%	%
Sexe										
Femme	28	43,1%	39,9%	45,3%	43,5%	13	61,9%	48,4%	49,2%	49,5%
Homme	37	56,9%	60,1%	54,7%	56,4%	8	38,1%	51,6%	50,8%	50,5%
Mode d'exercice										
à l'hôpital	-	-	34,6%	30,5%	35,2%	14	66,7%	66,1%	59,0%	55,8%
en libéral	59	90,8%	60,5%	63,8%	57,6%	5	23,8%	19,4%	29,8%	33,0%
en mixte	6	9,2%	4,9%	5,6%	7,2%	2	9,5%	14,5%	11,1%	11,2%
Tranche d'âge										
moins de 45 ans	17	26,2%	26,1%	31,1%	26,6%	6	28,6%	22,6%	31,9%	26,5%
entre 46 et 61 ans*	38	58,5%	45,9%	43,9%	46,0%	9	42,9%	41,9%	40,5%	38,2%
plus de 61 ans*	10	15,4%	27,9%	25,0%	27,4%	6	28,6%	35,5%	27,6%	35,3%

Source Données DREES 2015 (23) : pour les données départementales, régionales et nationales

*Tranche d'âge des données de la DREES (23) moins de 45 ans, 45-60 ans, et plus de 60 ans.

Dép 85 : département 85. Région PDL : Région Pays de la Loire

Dans l'échantillon étudié, pour les médecins généralistes, il y a plus d'hommes (56,9%) que de femmes (43,1%), alors que la tendance est inversée chez les psychiatres (61,9% de femmes). 2/3 des psychiatres travaillent exclusivement en hospitalier (tableau 1).

Par ailleurs, nous constatons que les médecins généralistes (tableau 1) ont surtout entre 46 et 61 ans (58,5% de l'effectif). Par contre, 26,2% a moins de 45 ans, ce qui correspond au pourcentage de cette tranche d'âge dans les données de la DREES.

Parmi les psychiatres, il y a beaucoup plus de femmes (61,9%), que d'hommes (38,1%), alors que les données officielles montrent que 48,4% des psychiatres en Vendée sont des femmes.

Par ailleurs, les jeunes médecins (moins de 45 ans) travaillent exclusivement en hospitalier, et il ne s'agit que de femmes. Les psychiatres de plus de 61 ans, sont plus souvent des hommes travaillant en libéral. Quatre psychiatres travaillent en pédopsychiatrie.

Selon les réponses données, 38,1% des psychiatres ont fait une formation complémentaire en dehors de l'internat de psychiatrie (n=8). Quatre ont fait plusieurs formations.

Ces formations sont essentiellement sur la pédopsychiatrie (n=4), la thérapie comportementale et cognitive (n=3), la psychanalyse (n=2). De manière isolée, certains psychiatres se sont aussi formés sur l'hypnose, les thérapies brèves, l'autisme, la méditation pleine conscience, et enfin sur l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR).

C. IMPORTANCE DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE EN MEDECINE GENERALE

L'importance de la prise en charge de la détresse psychique sur une échelle de 0 (peu important) à 10 (très important) a été estimée par les médecins généralistes en moyenne à 8,3 (médiane 8+/-1,33). Ceci montre que les médecins généralistes portent un intérêt particulier à cette problématique.

Par ailleurs, 18,5% des médecins généralistes de l'échantillon ont fait une formation complémentaire pour la prise en charge psychique (n=12).

Ces formations comprennent des Diplômes Universitaires (n=4), des Formations Professionnelles Continues (n=5), des Formations Personnelles Continues (n=1). Les formations

décrites portent sur la thérapie interpersonnelle (Association Française de Thérapie Interpersonnelle), la psychiatrie transculturelle (Diplôme Universitaire), la thérapie comportementale et cognitive, le teach back, et la prise en charge psychiatrique au cabinet de médecine générale.

D. FREQUENCE DES COURRIERS ENTRE LES PROFESSIONNELS

Dans cette étude, 100,0% des médecins généralistes (n=65) et 68,4% des psychiatres (n=13 ; données manquantes n=2) déclarent vouloir un courrier de leurs confrères. Cependant seulement 6,2% des médecins généralistes (n=4) et 31,6% des psychiatres (n=6 ; données manquantes n=2) nous ont répondu en recevoir souvent ou toujours.

Tableau 2 : Fréquence déclarée des courriers rédigés par les psychiatres, et reçus par les médecins généralistes

	Courriers rédigés par les psychiatres	Courriers reçus par les médecins généralistes	p
	Souvent et Toujours (n=21) (* DM=1)	Souvent et Toujours (n=65) (DM =9 sauf ** DM=10)	
Après la 1ère consultation	52,4%	30,4%	NS
Après le diagnostic	30,0%*	10,9%**	NS
Après changement de prise en charge	47,6%	8,9%	NS
A la fin de la prise en charge psychiatrique	50,0%*	16,1%	0,026

DM : données manquantes ; NS : non significatif

Les psychiatres (tableau 2) déclarent écrire le plus souvent aux médecins généralistes lors de la première consultation (52,4%), et à la fin de la prise en charge psychiatrique (50,0%). Dans les autres situations, ils affirment ne rédiger un courrier que dans moins de 50% des cas.

Toutefois seulement 30,4% des médecins généralistes disent en recevoir souvent ou toujours lors de la première consultation et moins de 17% lors des autres consultations (tableau 2).

Par ailleurs, un courrier est toujours envoyé par 64,6% des médecins généralistes (et souvent pour 21,5%) lors de la première consultation (Tableau 3).

Tableau 3 : Fréquence des courriers des médecins généralistes aux psychiatres déclarée par les médecins généralistes

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours	Données manquantes
Courrier de la 1ère consultation ?	6,2%	7,7%	21,5%	64,6%	0
Courrier pour le suivi ?	13,8%	61,5%	20,0%	4,6%	0
Simple mot pour remboursement ?	37,0%	29,6%	25,9%	7,4%	11

Ce courrier ne serait qu'un simple mot pour le remboursement que rarement, puisque 66,6% des médecins généralistes disent envoyer un courrier rarement ou jamais dans ce but (Tableau 3). Ce qui rejoint l'avis des psychiatres dont 60% déclarent recevoir jamais ou rarement des courriers pour le remboursement.

E. ANALYSE DES COURRIERS

1. Courriers des psychiatres aux médecins généralistes

Tableau 4 : Mise en parallèle des pourcentages de psychiatres donnant certaines informations dans leurs courriers, avec l'évaluation du contenu de leurs courriers par les médecins généralistes, et les attentes des médecins généralistes.

Informations concernant :	Contenu déclaré rédigé par les psychiatres (n=21)	DM	Contenu déclaré reçu souvent ou toujours par les médecins généralistes (n=65 ; DM =9, sauf *=10)	Contenu attendu par les médecins généralistes (n=65)
Proposition thérapeutique	95,0%	1	80,4%	100,0%
Hypothèse diagnostique	90,5%	0	67,9%	98,5%
Prise en charge médicamenteuse	73,7%	2	83,9%	98,5%
Eléments cliniques de suivi	65,0%	1	19,6%	92,3%
Surveillance biomédicale	47,4%	2	25,0%	92,3%
Organisation d'un suivi ?	-	-	41,8%*	90,8%
Prise en charge psychothérapique	85,7%	0	30,9%*	90,8%
Répartition des rôles dans le suivi	65,0%	1	8,9%	87,7%
Risques évolutifs	36,8%	2	14,3%	86,2%
Proposition de prise en charge psychothérapique	76,2%	0	19,6%	86,2%
Parcours de soins personnalisé	85,0%	1	19,6%	84,6%
Suivi médicamenteux	89,5%	2	-	84,6%
Prise en charge sociale	55,6%	3	12,5%	83,1%
Nécessité d'une ALD	78,9%	2	14,3%	83,1%
Nécessité d'un arrêt de travail	60,0%	6	23,2%	73,8%
Facteurs environnementaux	76,5%	3	48,2%	67,7%
Diagnostic de situation	81,0%	0	73,2%	-
Eléments cliniques actuels	95,2%	0	-	-
Antécédents somatiques	50,0%	1	-	-
Antécédents psychiatriques	90,5%	0	-	-
Ordonnance prescrite	94,7%	2	-	-
Intolérance médicamenteuse	42,1%	2	-	-
Contexte de vie	81,0%	0	-	-
Allergies	25,0%	1	-	-
Etat d'acceptation des propositions	77,8%	3	-	-

DM : données manquantes

Le tableau 4 montre que plus de 92% des médecins généralistes souhaiteraient connaître la « proposition thérapeutique » (100%), « l'hypothèse diagnostique » (98,5%), la « prise en charge médicamenteuse » (98,5%), les « éléments de surveillance psychiatrique » (92,3%) et de « éléments de surveillance biomédicaux » (92,3%).

Ces éléments sont observés par les médecins généralistes souvent ou toujours dans 80,4% pour la « proposition thérapeutique » (alors que 95,0% des psychiatres déclarent l'indiquer), 67,9% pour « l'hypothèse diagnostique » (alors que 90,5% des psychiatres déclarent l'indiquer), 83,9% pour la « prise en charge médicamenteuse », et dans moins de 26% des cas pour les « éléments de suivi » (19,6%) ou de « surveillance » (25,0%).

De plus, nous pouvons constater qu'il y a des différences importantes entre ce qui est déclaré rédigé par les psychiatres et ce qui est déclaré lus par les médecins généralistes.

En effet, il y a seulement 3 items pour lesquels les pourcentages retrouvés sont à peu près identiques (à +/- 20%) : la « proposition thérapeutique », la « prise en charge médicamenteuse » et le « diagnostic de situation ». Ces données sont d'ailleurs retrouvées dans la plus grande partie des courriers d'après les médecins généralistes et les psychiatres.

Pour les 12 autres items, on constate une différence de pourcentage très importante pouvant aller jusqu'à un différentiel de pourcentage de 65% pour « la proposition de parcours de soins personnalisé » et la « nécessité d'une déclaration d'affection longue durée (ALD) ». Ces différences montrent qu'il y a plus de psychiatres qui déclarent donner ces informations que de médecins généralistes qui déclarent les recevoir.

2. Courriers des médecins généralistes aux psychiatres

Le tableau 5 montre que 100,0% des psychiatres qui ont répondu au questionnaire aimeraient avoir des renseignements sur les « motifs circonstanciés de la demande », les « symptômes repérés », les « addictions » et le « traitement psychotrope initié ».

Ces informations sont retrouvées souvent ou toujours dans les courriers des médecins généralistes dans 88,9% des cas pour le « traitement psychotrope » et 84,2% pour les « symptômes initiaux » respectivement, mais que dans 50,0% des cas pour les « addictions ».

Cependant, les médecins généralistes déclarent mettre ces informations, respectivement dans 100,0% des cas, 81,5% pour les « symptômes initiaux », 98,1% des cas pour les « addictions », et enfin sur les « raisons circonstanciées de la demande » dans 96,3% des cas.

Tableau 5 : Mise en parallèle des pourcentages de médecins généralistes donnant certaines informations dans leurs courriers, avec l'évaluation du contenu de leurs courriers par les psychiatres, et avec les attentes des psychiatres

Informations concernant :	Contenu déclaré rédigé par les médecins généralistes (n=65)	DM	Contenu déclaré reçu souvent ou toujours par les psychiatres (n =21)	DM	Contenu attendu par les psychiatres (n=21 ; DM 3, sauf * où DM=2)
Raisons et motifs circonstanciés de la demande	96,3%	11	-	-	100,0%
Symptômes repérés	81,5%	11	84,2%	2	100,0%
Addictions	98,1%	12	50,0%	3	100,0%
Traitements psychotropes en cours	100,0%	11	88,9%	3	100,0%*
Prise en charge médicamenteuse initiée	92,6%	11	75,0%	1	94,4%
Evolution des symptômes	75,0%	13	42,1%	2	94,4%
Antécédents somatiques	96,2%	12	57,9%	2	94,4%
Intolérances médicamenteuses	79,2%	12	23,5%	4	94,4%
Etat de la prise en charge actuelle	90,7%	11	63,2%	2	94,4%
Traitements psychotropes antérieurs	85,2%	11	27,8%	3	94,4%
Antécédents psychiatriques	100,0%	12	55,6%	3	88,9%
Contexte de vie	79,2%	12	50,0%	3	88,9%
Allergies	71,7%	12	26,3%	2	83,3%
Autres traitements	88,9%	11	44,4%	3	72,2%
Degré d'acceptation de la prise en charge psychiatrique	46,2%	13	27,8%	3	72,2%
Type de suivi	54,7%	12	5,6%	3	55,6%
Hypothèses diagnostiques	62,3%	12	60,0%	1	38,9%
Prise en charge psychothérapique ?	-	-	20,0%	1	21,1%*
Suivi psychothérapique et médicamenteux	58,5%	12	-	-	-
Prise en charge sociale	37,7%	12	0,0%	2	-
Eléments cliniques actuels	79,2%	12	-	-	-

DM : données manquantes

En premier lieu, il est important de souligner qu'il y a d'importantes données manquantes : 11 à 13 pour les médecins généralistes (en moyenne : 11,8 soit 18% des médecins généralistes en moyenne n'ont pas répondu) et 1 à 4 pour les psychiatres (en moyenne : 2,5 soit 12% des psychiatres en moyenne n'ont pas répondu).

Malgré ceci, nous pouvons constater qu'il y a des différences similaires au tableau précédent. Il y a des différences importantes entre ce qui est déclaré rédigé par les médecins généralistes et ce qui est déclaré lu par les psychiatres. Seulement 5 items n'ont pas un grand différentiel (<20%) entre les réponses des psychiatres et des médecins généralistes ; ce sont les « symptômes repérés », le « traitement psychotropes en cours », la « prise en charge

médicamenteuse initiée », degré d'acceptation de la prise en charge psychiatrique » et « hypothèse diagnostique ».

Les autres items ont un différentiel important pouvant aller à plus de 55% pour « les intolérances médicamenteuses » et les « traitements psychotropes antérieurs ». Nous pouvons donc voir, comme dans le tableau précédent, qu'il y a plus de médecins généralistes qui déclarent donner ces informations que de psychiatres qui déclarent les retrouver dans les courriers.

F. MODE DE COMMUNICATION PREFERE PAR LES PROFESSIONNELS

Selon cette étude (tableau 6), le mode de communication préféré par les deux spécialités reste largement l'envoi du courrier par la poste (pour 88,9% des médecins généralistes et 100,0% des psychiatres). Les médecins généralistes préfèrent aussi la messagerie sécurisée.

Tableau 6 : Mode de communication préféré par les professionnels pour communiquer les informations médicales vis-à-vis d'un patient, pourcentage global d'avis favorable et en fonction de l'âge

	Pourcentage de professionnels favorables	Données manquantes
Courrier postal		
Médecins généralistes	88,90%	2
Psychiatres	100,00%	3
Messagerie sécurisée		
Médecins généralistes	93,70%	2
Psychiatres	68,80%	5
Mail		
Médecins généralistes	55,00%	5
Psychiatres	30,80%	7
Fax		
Médecins généralistes	13,60%	6
Psychiatres	41,70%	9
Courrier donné au patient		
Médecins généralistes	18,30%	5
Psychiatres	33,30%	6

L'analyse en sous groupe ne montre pas de différence significative entre les groupes en fonction de l'âge ou même en fonction du mode d'exercice.

G. CONNAISSANCE DES RECOMMANDATIONS DE 2010 DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2010 concernant la communication entre les psychiatres et les médecins généralistes, ne sont connues que par un seul des médecins généralistes ayant répondu et de 40,0% des psychiatres ((n=8 ; données manquantes : n=1). Ce médecin généraliste a fait une formation complémentaire en psychiatrie.

Certains psychiatres interrogés directement disent en avoir eu connaissance, mais ne savent pas toujours ce qu'elles contiennent.

H. FACTEURS INFLUENCANT LA REDACTION DES COURRIERS

Les analyses en sous groupe n'ont pas révélées de différences significatives entre les groupes étant donné que le taux de réponse a été faible (surtout pour les psychiatres), et la petitesse des sous-groupes.

Ainsi, pour les médecins généralistes et pour les psychiatres, la fréquence de rédaction des courriers n'est pas influencée par l'âge, ni par le mode d'exercice

Tableau 7 : Fréquence du courrier reçu en fonction de la fréquence du courrier rédigé par les médecins généralistes

	Fréquence du courrier reçu par les médecins généralistes			
	Jamais et rarement	Souvent et toujours	Total hors DM	DM
Fréquence du courrier rédigé par les médecins généralistes				
Jamais et rarement	4 (57,1%)	3 (42,9%)	7 (100%)	2
Souvent et toujours	35 (71,4%)	14 (28,6%)	49 (100%)	7

DM : données manquantes

Pour les médecins généralistes, on peut constater dans cette étude que le fait d'envoyer un courrier ne permet pas d'en recevoir d'avantage (tableau 7).

I. INFORMATIONS QUALITATIVES

Parmi les données qualitatives recueillies directement ou sur les questionnaires, plusieurs thèmes étaient soulevés, notamment :

- Le manque de courriers rédigés par les psychiatres selon certains psychiatres interrogés qui serait dû au « manque de temps pour la rédaction des courriers » ou encore au « manque d'interne dans les services hospitaliers » pour les rédiger.

- Concernant le manque de courriers réalisés par les médecins généralistes, certains psychiatres dénoncent : de « nombreux patients sans médecin généraliste », ou encore un « problème de démographie médicale », ou plus spécifiquement en pédopsychiatrie où « les parents ne passent pas par le médecin généraliste ».
- Vis-à-vis des recommandations du CNQSP, cinq psychiatres l'ont décrit comme une « usine à gaz irréalisable », avec « trop de directives émanant de personnes non au courant des réalités d'un cabinet », « trop chronophage », « pas assez de temps ». Sur ces cinq psychiatres, un travaille en libéral, et les autres sont hospitaliers.
- Au niveau du mode de communication, trois des psychiatres interrogés préfèrent téléphoner au médecin généraliste plutôt que d'envoyer un courrier si besoin : « je trouve qu'un échange téléphonique est beaucoup plus pertinent qu'un échange de courrier », « si cas particulier, je téléphone », « contact téléphonique privilégié »
- Au niveau des informations que certains psychiatres aimeraient connaître sur les courriers, il y a : « la présence d'un tiers au rendez-vous », savoir si un « bilan hôpital de jour », ou un « bilan psychomoteur » ont déjà été réalisés (notamment pour la pédopsychiatrie).
- Certains psychiatres peuvent indiquer que les « parents peuvent refuser des soins pour leur enfant »

Pour les médecins généralistes, il n'y a eu que peu de commentaires, toutefois il a été indiqué qu'il est intéressant « d'échanger nos informations qui sont parfois complémentaires voire différentes », et le psychiatre peut demander « s'il a des questions pour le généraliste ».

Un médecin généraliste considérerait que le manque de courrier reçu est lié à une « déliquescence de la psychiatrie ».

IV. DISCUSSION

A. RESULTATS PRINCIPAUX

D'après cette étude, nous pouvons constater que les recommandations du CNQSP sont peu appliquées car non ou peu connues des psychiatres et des médecins généralistes.

Par ailleurs, 100,0% des médecins généralistes et 68,4% des psychiatres aimeraient recevoir un courrier de leurs confrères, sachant que la prise en charge de la détresse psychique est considérée comme particulièrement importante pour les médecins généralistes. Cependant, seulement 6,2% des médecins généralistes et 31,6% des psychiatres déclarent en recevoir souvent ou toujours. Des résultats similaires sont retrouvés dans les autres départements des Pays de la Loire (22,24,25).

Pourtant, lors de la première consultation, 50,4% des psychiatres disent envoyer un courrier souvent ou toujours contre 86,1% des médecins généralistes. Cette proportion diminue au cours des consultations. Toutefois, 50,0% des psychiatres déclarent rédiger un courrier à la fin de la prise en charge psychiatrique.

Au niveau du contenu des courriers, 9 médecins généralistes sur 10 aimeraient que soit détaillé dans les courriers la « proposition thérapeutique », « l'hypothèse diagnostique », « la prise en charge médicamenteuse », « les éléments de surveillance biomédicaux », « la prise en charge psychothérapeutique » et « la répartition des rôles dans le suivi ». Ces points font partie des neuf points du courrier type recommandé par le CNQSP [ANNEXE II]. Les médecins généralistes retrouvent ces items dans plus de 2/3 des courriers des psychiatres sauf pour les « éléments de suivi » et de « surveillance » qui ne sont retrouvés dans moins d'un cas sur quatre.

En parallèle, tous les psychiatres aimeraient avoir des renseignements sur les « motifs circonstanciés de la demande », « les symptômes repérés », « les addictions » et « le traitement psychotrope initié ». Ces informations sont retrouvées dans les courriers des médecins généralistes dans 88,9% des cas pour le traitement psychotrope et 84,2% pour les symptômes initiaux respectivement, mais seulement dans la moitié des cas pour les addictions. Cependant, plus de 80% des médecins généralistes déclarent mettre ces informations dans les courriers.

Contrairement aux recommandations du CNQSP, les psychiatres sont peu demandeurs d'une « hypothèse diagnostique » ou bien de savoir s'il y a une « indication à la prise en charge psychothérapeutique ». Ces résultats sont retrouvés dans les autres départements des Pays de la Loire (22,24,25). En effet, respectivement seulement 38,9% et 21,1% des psychiatres souhaiteraient avoir ces informations dans les courriers. Les psychiatres interrogés considèrent que ces deux points sont vraiment de leur ressort.

Les médecins généralistes et les psychiatres aimeraient correspondre par courrier postal (mais non donné au patient). Toutefois, les médecins généralistes aimeraient surtout communiquer par messagerie sécurisée pour des raisons pratiques et de rapidité.

Les recommandations du CNQSP bien que récentes, ne sont pas beaucoup connues par les praticiens. En effet, sur l'échantillon un seul médecin généraliste et 40,0% des psychiatres les connaissaient. Quatre psychiatres considèrent ces recommandations comme réalisables, toutefois cinq psychiatres ont écrit que la rédaction systématique de courrier prend un temps trop considérable pour que cela puisse être réalisé.

B. FORCES ET LIMITES DE CETTE ETUDE

Suite aux recommandations du CNQSP réalisées en 2010 après constat d'une insuffisance de communication entre les médecins généralistes et les psychiatres en France, il était pertinent de faire une étude, cinq ans après, sur la connaissance de ces recommandations par les professionnels de santé et le contenu des courriers qu'ils s'adressent.

Des études identiques ont été réalisées dans les autres départements des Pays de la Loire avec les mêmes questionnaires, ce qui permettra de faire une étude régionale multicentrique quantitative sur les mêmes critères de jugement.

Par ailleurs, aucune autre étude publiée, à ma connaissance, n'a réalisé une analyse quantitative des échanges de courriers entre les médecins généralistes et les psychiatres en Vendée (les études trouvées étaient essentiellement qualitatives (26,27), rarement quantitatives (28,29), et aucune ne concernait la Vendée).

Le questionnaire envoyé par email a permis de contacter une grande partie des médecins

généralistes vendéens grâce à l'aide de l'URPS. Ainsi 425 médecins généralistes travaillant en Vendée ont été contactés.

Parmi ces 425 médecins répertoriés dans le fichier de l'URPS, 386 étaient des médecins généralistes libéraux ambulatoires installés et 39 des médecins « non soignants » ou « remplaçants ». Les médecins « non soignants » sont des médecins régulateurs, des médecins du travail, des médecins conseil, des médecins en santé publique, des médecins scolaires, ou ont une autre fonction non précisée dans les deux annuaires. Ceux-ci n'ont probablement pas répondu car peu intéressés par la problématique, et donc on peut penser qu'ils baissent le taux de réponse.

L'ARS a déclaré au 1^{er} Mai 2015 qu'il y avait 529 médecins généralistes libéraux ambulatoires installés en Vendée. Ainsi, l'URPS a permis de contacter 386 médecins généralistes sur les 529 déclarés, ce qui représente 72,0% des médecins généralistes libéraux ambulatoires installés en Vendée (en ne comptant pas les « non soignants » et « remplaçants »).

Il est important de souligner toutefois, le faible taux de réponse : 65 questionnaires sur 425 médecins généralistes contactés soit 15,3%.

Sur les 65 questionnaires, il y a eu de nombreux questionnaires incomplets, du fait que le questionnaire en ligne ne bloquait pas l'accès aux questions suivantes en cas d'absence de réponse à un item. En conséquence, pour certains items du questionnaire, il pouvait y avoir un grand nombre de données manquantes.

Plusieurs éléments peuvent expliquer ce faible taux de réponse.

Premièrement, les médecins généralistes ont été contactés par email. Bien que ce système ait permis de contacter un grand nombre de médecins généralistes installés, certaines de ces adresses n'étaient pas valides, d'autres emails ont probablement été classés comme « courrier indésirable » et donc n'ont pu être lus par le destinataire.

De plus, pour les mails arrivant à leurs destinataires, les médecins n'ont pas forcément répondu par manque de temps, manque d'intérêt pour la problématique, ou bien par priorisation (ce questionnaire n'étant pas une priorité parmi la quantité de travail à réaliser).

Ainsi, il y a probablement un autre biais de sélection secondaire au fait que les médecins qui ont répondu sont probablement plus intéressés par la prise en charge psychiatrique que les médecins n'ayant pas répondu.

Deuxièmement, le fait de contacter par email les praticiens entraîne un biais de recrutement : en effet, il est probable que les médecins proches de la retraite soient moins informatisés ou moins sujets à répondre à des questionnaires en ligne que des praticiens plus jeunes. Nous constatons d'ailleurs, que sur notre échantillon, il y a une plus grande part de médecins de 45 à 61 ans que la moyenne officielle du département (58,5% contre 45,9%), et une moins grande part de médecins de plus de 61 ans (15,4% contre 27,9%).

Les psychiatres ont été contactés par courrier ou bien ont été sollicités pour un entretien. Ces deux méthodes ont permis que leur taux de réponse soit meilleur (34,4%) que celui des médecins généralistes, bien que celui-ci reste tout de même faible par rapport aux résultats de l'étude parallèle réalisée dans la Sarthe: 37,5% (22), ou dans la Mayenne: 75% (24) (29% en Loire Atlantique (25)).

En raison du faible taux de réponse, les effectifs obtenus (65 et 21) étaient trop petits pour réaliser une analyse statistique. De même que certaines analyses en sous groupe, comme la rédaction de courrier ou le moyen de communication privilégiés en fonction de l'âge ou du sexe, n'étaient pas pertinentes étant donné le faible nombre de praticiens dans chaque sous groupe.

Pour terminer, il y a certaines données manquantes dans les tableaux (notamment les tableaux 4 et 5) du fait que les questionnaires n'étaient pas parfaitement en miroir, et non modifiables (afin que l'étude soit sur les mêmes critères de jugement dans l'ensemble des départements des Pays de la Loire).

C. ANALYSE

Les résultats obtenus montrent qu'il y a une inadéquation entre ce qui est déclaré rédigé, et ce qui est déclaré lu, notamment dans les tableaux 4 et 5.

Pourquoi existe-t-il une telle différence entre ces résultats ?

Dans un premier temps, un facteur humain peut jouer un rôle important. Nous savons que

médecins généralistes comme les psychiatres sont globalement insatisfaits des échanges de courriers. De plus cette étude est déclarative (donc non observationnelle), et ainsi totalement subjective. Etant donné que les mêmes inadéquations ont été observées dans les deux questionnaires, on peut supposer qu'il a un biais déclaratif ; c'est à dire que la fréquence des envois réalisés sont maximisés et la fréquence des courriers reçus sont minimisés (de même pour chacun des items), dans ce contexte particulier où les professionnels sont insatisfaits des échanges.

En effet, lors d'une étude rétrospective descriptive à Lille (28), l'analyse des dossiers de tous les patients du CMP durant une période de 3 mois montre que finalement, 63% des patients adressés au CMP par le médecin généraliste a un courrier de ce dernier (n=451). De plus, 57% des patients vus par le psychiatre (n=371) ont eu un courrier rédigé par le psychiatre pour le médecin généraliste même si celui-ci n'avait pas fait de courrier.

Tableau 8 (Extrait du tableau 4) : attentes des généralistes.

Informations concernant :	Contenu attendu par les médecins généralistes (n=65)
Proposition thérapeutique	100,0%
Hypothèse diagnostique	98,5%
Prise en charge médicamenteuse	98,5%
Eléments cliniques de suivi	92,3%
Surveillance biomédicale	92,3%
Organisation d'un suivi ?	90,8%
Prise en charge psychothérapique	90,8%
Répartition des rôles dans le suivi	87,7%
Risques évolutifs	86,2%
Proposition de prise en charge psychothérapeutique	86,2%
Parcours de soins personnalisé	84,6%
Suivi médicamenteux	84,6%
Prise en charge sociale	83,1%
Nécessité d'une ALD	83,1%
Nécessité d'un arrêt de travail	73,8%
Facteurs environnementaux	67,7%

Tableau 9 (Extrait du tableau 5) : attentes des psychiatres

Informations concernant :	Contenu attendu par les psychiatres (n=21 ; DM 3, sauf * où DM=2)
Raisons et motifs circonstanciés de la demande	100,0%
Symptômes repérés	100,0%
Addictions	100,0%
Traitements psychotropes en cours	100,0%*
Prise en charge médicamenteuse initiée	94,4%
Evolution des symptômes	94,4%
Antécédents somatiques	94,4%
Intolérances médicamenteuses	94,4%
Etat de la prise en charge actuelle	94,4%
Traitements psychotropes antérieurs	94,4%
Antécédents psychiatriques	88,9%
Contexte de vie	88,9%
Allergies	83,3%
Autres traitements	72,2%
Degré d'acceptation de la prise en charge psychiatrique	72,2%
Type de suivi	55,6%
Hypothèses diagnostiques	38,9%
Prise en charge psychothérapique ?	21,1%*

DM : données manquantes

Ce besoin de communication est mis en avant au niveau des attentes des professionnels. Les tableaux 8 et 9 sont des extraits des attentes des professionnels des tableaux 4 et 5. De manière assez étonnante, bien qu'il y ait eu un certain nombre de données manquantes des médecins généralistes pour tous les autres items, on peut voir qu'au niveau des attentes il n'y a

aucune donnée manquante. Ceci montre que cette partie du questionnaire était particulièrement importante pour les médecins généralistes, et qu'ils sont très demandeur d'informations.

De même pour les psychiatres, car ceux qui n'ont pas répondu à cette partie sont des psychiatres qui ne souhaitent pas d'échange de courrier avec les médecins généralistes.

Plus de 2/3 des médecins généralistes souhaitent avoir tous les items qui ont été proposés dans le questionnaire (tableaux 8 et 9) ; et plus de 70% des psychiatres souhaitent avoir dans les courriers tous les items qui ont été proposés sauf trois d'entre eux : « la prise en charge psychothérapeutique », « les hypothèses diagnostiques », et « le type de suivi » qui sont, pour les psychiatres, des points du ressort du psychiatre.

Ce souhait d'avoir le plus d'informations possibles par les deux spécialités renforce l'idée que les deux spécialités veulent plus de communication.

Mais en pratique, est-ce possible de rédiger toutes ces informations pour chacun des patients ou faut-il que les courriers soient adaptés au patient (tout en suivant une trame) ?

Dans un deuxième temps, le biais de recrutement intervient sur la différence entre ce qui est reçu et ce qui est écrit. En effet, seuls les médecins les plus impliqués par cette problématique ont répondu, et sont donc probablement plus fréquemment auteurs de courrier. Les médecins qui n'ont pas répondu, sont probablement moins intéressés par cette problématique, donc par extrapolation sont peut-être moins auteurs de courriers.

Troisièmement, à Lille l'étude GénÉPsy (27) a évalué l'utilisation d'un formulaire simplifié (ANNEXE V) pour la communication entre les psychiatres et les médecins généralistes. Ce formulaire reprenait les recommandations du CNQSP. Pendant la durée de l'étude, très peu de formulaires ont été récupérés. En effet, seulement 12 formulaires complets ont été recueillis, c'est-à-dire remplis par le médecin généraliste et le psychiatre, alors que l'étude a été réalisée pendant 6 mois en comprenant 70 médecins généralistes. Toutefois, bien que cette étude soit de très faible niveau de preuve étant donné les résultats, il y a quelques pistes intéressantes concernant le manque de courrier.

Les principales raisons de ce manque de courrier seraient : l'oubli du courrier par le

médecin généraliste, le psychiatre ou le patient, le mauvais adressage, les consultations par les infirmières psychiatriques ou les psychologues sans que les patients ne voient le psychiatre, ou bien les patients qui ne vont pas à leur consultation, ou qui ne vont pas au bon endroit (27,28). Ainsi, a priori même si un courrier est réalisé et donné au patient, il n'arrive pas forcément à son destinataire (27,28).

De plus, dans notre étude, certains psychiatres disent avoir fréquemment des patients qui vont directement voir le psychiatre sans passer auparavant par le médecin traitant, malgré le mauvais remboursement des consultations, ce qui est aussi retrouvé dans d'autres études (27,28). Ceci se voit beaucoup en pédopsychiatrie, où les prises en charge très spécifiques font que les parents ont tendance à aller directement voir le pédopsychiatre, sans avis du médecin généraliste.

Quatrièmement, une autre raison évoquée est le mauvais adressage des patients aux psychiatres. Les psychiatres, notamment libéraux, peuvent avoir des sur-spécialités comme la psychanalyse, ou encore la prise en charge des troubles compulsifs comportementaux, ... Il n'est notifié nulle part ces spécificités, ce qui entraîne ainsi un mauvais adressage par les médecins généralistes, et ne permet pas une prise en charge adéquate du patient.

En ce sens, L'URPS-MG des Pays de la Loire a réalisé un sondage des psychiatres en demandant les spécificités d'exercice de chacun. Malheureusement en Vendée il n'y a eu que deux réponses, ce qui ne permettra donc pas de limiter ce mauvais adressage.

Dernièrement, le manque de courrier entre les médecins généralistes et les psychiatres en Vendée est aussi lié à un problème démographique.

En effet, la Vendée est de plus en plus attractive en dehors des secteurs médicaux. La population est passée de 429 500 habitants en 1973 à 659 104 en 2013, ce qui fait une augmentation de 54% en 40 ans, et de 16% en 10 ans (de 2003 à 2013).

Malheureusement, il n'y a pas suffisamment de nouvelles installations de médecins généralistes et psychiatres en Vendée pour répondre à cet afflux de population.

Ainsi, la Vendée, d'après les données de la DRESS est le 3^{ème} département de France métropolitaine le moins doté en psychiatres (tableau 12), après la Meuse (8,3/100 000) et les Ardennes (8,5/100 000). Seulement 61 psychiatres (en 2015) pour une population de 659 104

habitants (en 2013, date du dernier recensement (30)) avec une densité de 9,4/100 000 habitants en 2015 (d'après les données de la DREES (23)).

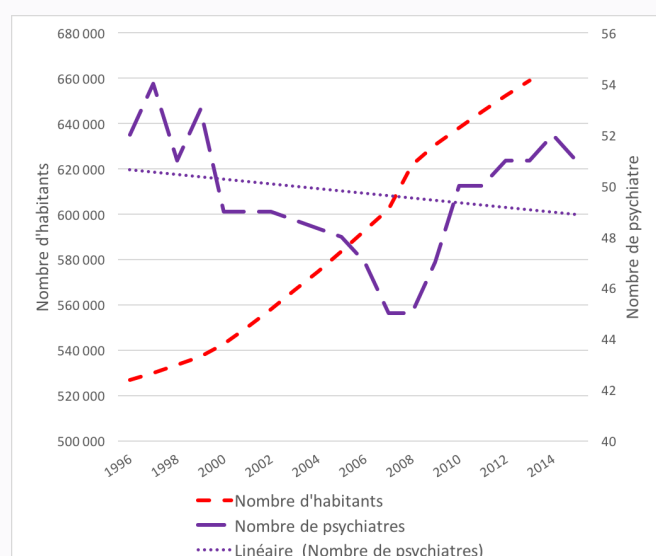
Tableau 10 : Densité par 100 000 habitants des psychiatres et des généralistes en 2015 dans les départements de Pays de la Loire et Paris (23).

Zone d'inscription	Densité des Psychiatres pour 100 000 habitants	Densité des généralistes pour 100 000 habitants	Classement départemental de la densité de psychiatre pour 100 000 habitant en France métropolitaine (de la plus faible densité à la plus forte)
85 - Vendée	9,4	128,2	3
53 - Mayenne	11	114,1	8
72 - Sarthe	13,3	123,2	23
49 - Maine-et-Loire	19,8	150,5	66
44 - Loire-Atlantique	21,5	163,8	76
75 - Paris	95,8	244,3	97

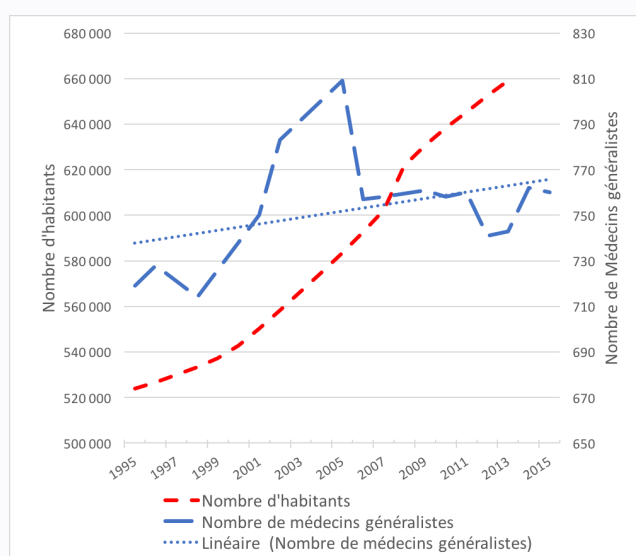
On peut aussi remarquer dans le tableau 12 que Paris a une densité de psychiatre 10 fois supérieure à la Vendée, ainsi qu'une densité de médecins généralistes deux fois supérieure à la Vendée.

Les graphiques 1 et 2 montrent l'évolution de la population vendéenne de 1995 à 2015 (courbe orange), associé à l'évolution du nombre de psychiatres et médecins généralistes pendant la même période. Au premier abord, on peut penser que le nombre de psychiatre est plus ou moins stable depuis 1996, et que le nombre de médecin généralistes est globalement en augmentation. Cependant, la population vendéenne augmente fortement.

Graphique 1 : Nombre d'habitants et nombre de psychiatre en Vendée de 1996 à 2015



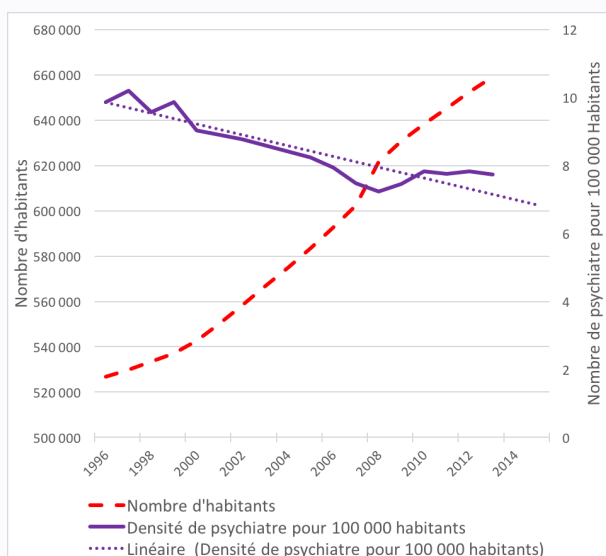
Graphique 2 : Nombre d'habitants et nombre de médecins généralistes en Vendée de 1995 à 2015



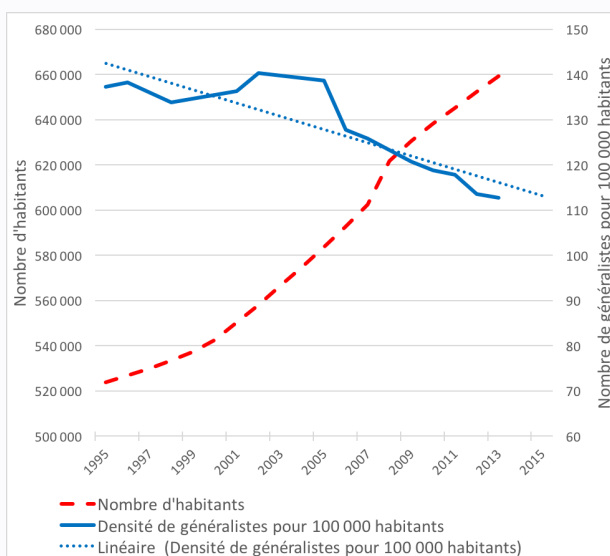
Base de données : INSEE et Atlas du Conseil de l'Ordre des Médecins (30-44)

Ainsi, en regardant la densité des psychiatres et des médecins généralistes pour 100 000 habitants (graphique 3 et 4) nous pouvons constater que la densité des médecins généralistes a chuté de 21% en 20 ans (de 140/100 000 habitants en 1995 à 110 en 2015). De même pour les psychiatres.

Graphique 3 : Evolution de la densité des psychiatres pour 100 000 habitants et de la population en Vendée de 1996 à 2015



Graphique 4 : Evolution de la densité des médecins généralistes pour 100 000 habitants et de la population en Vendée de 1995 à 2015



Base de données : INSEE et Atlas du Conseil de l'Ordre des Médecins (30–44)

D'après des projections de la DREES sur le plan national, le déficit de psychiatre devrait se creuser encore jusqu'en 2025. La DREES estime qu'il y aura en 2025 une baisse de 36% de l'effectif national des psychiatres et de 3% pour les médecins généralistes par rapport à 2002 (45).

Ainsi les psychiatres, comme les médecins généralistes ont à gérer une patientèle de plus en plus importante et donc beaucoup moins de temps disponible pour communiquer avec leurs confrères.

Certaines études ont montré que ces problématiques de communication sont bien plus importantes lors des prises en charge urgentes psychiatriques. En effet, les médecins généralistes ont du mal à trouver un interlocuteur rapidement, étant donné la démographie médicale d'une part, et l'organisation par sectorisation de la psychiatrie (16,46).

D. Comment améliorer la communication en Vendée ?

Comme nous l'avons vu précédemment, les praticiens sont demandeurs d'un échange, et d'un échange de meilleure qualité. Ainsi, il faudrait pouvoir intervenir sur ces deux points.

Dans un premier temps, il serait intéressant de diffuser aux médecins généralistes et aux psychiatres vendéens la synthèse des recommandations du CNQSP puisqu'elles sont quasiment inconnues par les médecins généralistes et peu connues des psychiatres qui ont répondu.

Toutefois, malgré une large diffusion, il n'est pas sûr que cela suffise, d'autres axes d'amélioration sont également possibles.

1. Améliorer la quantité des échanges

a. La messagerie sécurisée

Un moyen rapide, efficace, peu onéreux et non accessible au patient serait de faire des échanges de courrier par messagerie sécurisée.

Selon cette étude, les médecins généralistes aimeraient en premier lieu partager les informations par messagerie sécurisée (93,7%) en raison de la rapidité d'échange, et du fait d'avoir moins de courrier papier. En effet, la plupart des logiciels médicaux utilisés intègrent des messageries sécurisées et sont compatibles avec les systèmes cryptage d'information type HPRIM. De plus, pour une grande partie des logiciels métier, les courriers cryptés sont intégrés automatiquement dans les dossiers des patients.

Toutefois, les psychiatres pour la plupart, déclarent ne pas avoir de messagerie sécurisée et donc ne peuvent utiliser ce moyen de communication. D'où la différence importante entre les deux spécialités (93,7% des médecins généralistes y sont favorable, contre seulement 68,8% des psychiatres). Un seul psychiatre libéral était favorable à la messagerie sécurisée (sur 5).

Le centre hospitalier psychiatrique Georges Mazurelle à La Roche sur Yon prévoit une mise en place de la messagerie sécurisée pour les secrétariats d'ici décembre 2016 (et une adresse personnelle pour les psychiatres qui le souhaitent).

Cependant, ce système pose le problème de l'information du patient sur ce qui est rédigé (qui a le droit d'accéder à son dossier médical), mais aussi du consentement du patient vis-à-vis des données apportées au courrier.

b. Le Dossier médical personnel

En 2011 puis en 2014, a été lancé le dossier médical personnel (DMP) sur internet afin de faciliter les échanges d'information entre les professionnels de santé. Celui-ci est accessible avec une carte professionnelle de santé et la carte vitale du patient.

Tout professionnel de santé peut mettre des nouveaux documents ou nouvelles données sur le compte du patient et permettre ainsi aux autres professionnels de pouvoir avoir accès à ces informations.

Cependant, actuellement, il ne comprend que 582 119 dossiers (47) au 9 Juin 2016 pour l'ensemble de la population française, et donc n'est pas suffisamment développé pour supplanter l'échange de courriers manuscrits (9).

Ce système pourrait permettre au patient d'avoir directement les courriers sur son compte DMP. Cependant, cela équivaut à donner au patient son courrier, ce qui dans notre étude, n'est pas un mode de communication souhaité par les professionnels.

De plus, ce système n'est pas accessible directement par les logiciels métiers (pas de paramètres existants pour l'instant) et ne permet pas d'extraire des données vers ces logiciels. Ceci complique son utilisation puisque les manipulations à réaliser pour mettre les données prennent un temps précieux aux professionnels.

Par ailleurs, pour ce système qui doit mettre les données du patient sur son DMP ? Chaque spécialité ? Le médecin généraliste ? Ceci n'est pas encore suffisamment bien défini et développé pour être utilisé dans la pratique courante.

2. Améliorer la qualité des échanges

De nombreuses études ont élaborées des courriers types qui permettraient de répondre à la demande à la fois des médecins généralistes et des psychiatres (7,21,25,28,48,49).

Toutefois, malgré des recommandations officielles (21), des études locales avec relance multiple des professionnels (27), et parfois des formulaires donnés aux professionnels (mais qui

sont donnés par la suite au patient), ces trames ne sont que peu utilisées d'après la présente étude.

Pour les médecins généralistes, il pourrait y avoir une trame de courrier comme celle présentée par l'étude GÉNÉPsy (27). En effet, elle a le triple avantage d'être relativement courte, de suivre les recommandations, et de pouvoir être paramétrée dans les logiciels métiers ce qui permet d'envoyer le courrier par messagerie sécurisée. De plus, la lettre type de psychiatrie sur le logiciel métier est facilement accessible, alors que les formulaires papiers doivent être retrouvés parmi une multitude d'autres formulaires, ce qui diminue grandement leur utilisation.

Les logiciels métiers permettent de gagner un temps précieux en indiquant directement les antécédents somatiques et psychiatriques, les allergies, les traitements, en autre. Ainsi il n'y aurait que la partie vraiment spécifique à la psychiatrie à rédiger.

Il peut en être de même avec les psychiatres informatisés.

3. Améliorer la communication dans l'urgence

La communication la plus difficile est en cas de semi-urgence (puisque les urgences vraies sont adressées directement aux urgences). La semi-urgence est le cas où un patient n'a pas vraiment les critères pour être adressé aux urgences, mais nécessite un avis psychiatrique rapide, par exemple : une pathologie psychiatrique qui s'aggrave mais qui ne nécessite par forcément une hospitalisation et où le médecin généraliste est en difficulté vis-à-vis de la prise en charge ambulatoire.

Au Centre Hospitalier André Mignot, au Chesnay et à Rambouillet (78), a été créé le « Dispositif de Soins Partagés » (créé notamment par le Pr HARDY BAYLE, qui est la chef de projet des recommandations du CNQSP). Il s'agit d'une unité psychiatrique permettant de recevoir dans un délai court (en général moins d'une semaine) les patients adressés par le médecin traitant pour avoir un avis psychiatrique tant sur la clinique que sur le traitement (50) :

« Le Dispositif de soins partagés (DSP) propose des consultations spécialisées réalisées par des psychiatres et/ou des psychologues afin de permettre aux usagers et/ou à leur médecin traitant généraliste :

- de bénéficier d'un avis rapide sur les difficultés rencontrées, leur nature et les soins utiles éventuels,
 - de contribuer à ce que des soins adaptés soient proposés,
 - d'aider à trouver, le cas échéant, le professionnel qui peut dispenser ces soins,
 - de permettre de faire le point ultérieurement, à la demande de l'utilisateur ou de son médecin traitant généraliste, si les difficultés persistent malgré les soins, ou si de nouvelles apparaissent. »
- (51)

Une unité identique en Vendée permettrait de désencombrer les psychiatres de consultations qui ne nécessitent pas forcément de suivi par un psychiatre, tout en guidant la prise en charge si le médecin généraliste se trouve en difficulté.

D'après le rapport de 2013 de cette unité (51), au cours du temps, les médecins généralistes font des adressages de plus en plus pertinents, et se sentent plus aptes à faire des prises en charge psychiatriques. Ce qui en soit constitue aussi un moyen de formation des médecins généralistes de manière indirecte.

Cette unité dédiée aux médecins généralistes, adresse un courrier systématiquement au médecins généralistes, et reste accessible par téléphone ou bien téléphone directement au médecin généraliste si la situation l'exige. Ceci répond à la fois au délai et au retour d'information demandés par les médecins généralistes.

V. CONCLUSION

D'après cette étude, malgré un faible taux de réponse, les échanges de courriers entre les psychiatres et les médecins généralistes ne satisfont pas les professionnels, et ne permettent donc pas de prendre en charge les patients ayant des troubles psychiatriques de manière optimale.

En effet, les professionnels ne reçoivent que peu de courriers, et souvent, ceux-ci ne contiennent pas toujours les informations utiles à chacune des spécialités.

Ces difficultés sont notamment intimement liées à la démographie médicale en Vendée. La densité des psychiatres et des médecins généralistes est faible par rapport au reste de la France métropolitaine, et diminue encore avec l'augmentation massive de la population vendéenne.

Il serait possible de palier à ce manque de communication en diffusant des modèles simples de lettre type à adresser à chacune des spécialités, et de privilégier notamment les échanges par messagerie sécurisée.

Une unité psychiatrique dédiée aux soins partagés entre les médecins généralistes et les psychiatres, pourrait permettre de répondre en partie à ces problématiques.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Légifrance. Parcours de soins coordonné [En ligne]. Code de la Sécurité Sociale, Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie p. 14598. Disponible:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&categorieLien=id>
2. Société Française de Médecine Générale. Le patient et son généraliste « médecin traitant ». 2010.
3. Légifrance. loi HPST [En ligne]. Code de la Sécurité Sociale, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires 22 juill 2009 p. 12184. Disponible:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
4. Ministère de la Santé et des Sports. Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé - Parcours de soins coordonnés à l'hôpital. 2009.
5. Légifrance. Comptes rendus d'hospitalisation [En ligne]. Code de Santé Publique, Décret : n° 2002-637 du 29 avril 2002, article 9 p. 7790. Disponible:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000773559&categorieLien=id>
6. Légifrance. Loi sur la communication d'informations entre professionnels de santé. Code de Santé Publique, Art. L. 1110-4 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 p. 4118.
7. Hartveit M, Thorsen O, Biringer E, Vanhaecht K, Carlsen B, Aslaksen A. Recommended content of referral letters from general practitioners to specialised mental health care: a qualitative multi-perspective study. BMC Health Serv Res. 2013;13(1):329.
8. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. [Obstacles to effective treatment of depression. A general practitioners' postal survey in the north-west region of France]. L'Encéphale. juin 2010;36 Suppl 2:D73-82.
9. Binart Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral [Thèse, en ligne]. Université Paris Nord; 2012 [cité le 20 mars 2015]. Disponible:
http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/02_ECALE.pdf
10. Servant D, Pelissolo A, Chancharme L, Le Guern M-E, Boulenger J-P. Adjustment disorders with anxiety. Clinical and psychometric characteristics in patients consulting a general practitioner. L'Encéphale. oct 2013;39(5):347-51.
11. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription. L'Encéphale. déc 2009;35(6):560-9.

12. Lépine JP, Gasquet I., Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pages L., Nachbaur G., et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). 2005;31(2):195-206.
13. Observatoire National du Suicide. Suicide : État des lieux des connaissances et perspectives de recherche - rapport 2014. 2014.
14. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C, et al. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv Wash DC*. févr 2007;58(2):213-20.
15. Dezzetter A, Briffault X, Alonso J, Angermeyer MC, Bruffaerts R, de Girolamo G, et al. Factors associated with use of psychiatrists and nonpsychiatrist providers by ESEMeD respondents in six European countries. *Psychiatr Serv Wash DC*. févr 2011;62(2):143-51.
16. Mercier A, Kerhuel N, Stalnielwitz B, Aulanier S, Boulnos C, Becret F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. 2009;(36S):D73-82.
17. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med*. 2006;166(21):2314-21.
18. Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals?: A postal survey in South-Western France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. nov 2005;40(11):892-8.
19. Oud MJ, Schuling J, Slooff CJ, Groenier KH, Dekker JH, Meyboom-de Jong B. Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. *BMC Fam Pract*. 2009;10(1):29.
20. Van Hasselt FM, Oud MJT, Loonen AJM. Practical recommendations for improvement of the physical health care of patients with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. mai 2015;131(5):387-96.
21. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres? *Inf Psychiatr*. 2014;90(5):359-71.
22. Saïdi K. Communication entre psychiatres et médecins généralistes pour les patients ambulatoires en Sarthe : souhaits et réalité [Thèse]. Université d'Angers; 2015.
23. Data.DREES [En ligne]. Ministère des affaires sociales et de la santé. DataDREES; [cité le 27 avr 2016]. Disponible: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
24. Amiel M-A. Echanges de courriers entre médecins généralistes et les psychiatres : Evaluation des pratiques et des attentes, pour le suivi ambulatoire des patients en Mayenne. [Thèse]. Université d'Angers; 2016.

25. Parleani C, Tine E. Pratiques et attentes relatives aux courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres : enquête déclarative concernant les patients suivis en ambulatoire en Loire-Atlantique [Thèse]. Université de Nantes; 2016.
26. Catherine P-H. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : une enquête qualitative [Thèse, en ligne]. Université de Rouen; 2012 [cité le 17 mars 2015]. Disponible: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00745799/>
27. Jombart G. Etude Génépsy : promouvoir la communication MG-PSY. Que pensent les médecins généralistes lillois de l'utilisation d'un courrier-type, inspiré des recommandations d'adressage au psychiatre? [Thèse]. Université Lille 2; 2015.
28. Bazinian-Mournet T. Etude des échanges de courriers entre les médecins généralistes et les psychiatres de l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole [Thèse]. Université Lille 2; 2014.
29. Dordonnes G. Collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres. Evaluation des courriers échangés. [Thèse]. Université Pierre et Marie Curie; 2014.
30. <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA> [En ligne]. Ecosanté.
31. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national. 1996.
32. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national. 1997.
33. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national. 1998.
34. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national. 2002.
35. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national. 2006.
36. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national. 2007.
37. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national 2008 [En ligne]. [cité le 23 mai 2016]. Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2008.pdf>
38. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national 2009 [En ligne]. [cité le 23 mai 2016]. Disponible: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2009_0.pdf
39. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national 2010 [En ligne]. [cité le 23 mai 2016]. Disponible: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_cnom_2010.pdf
40. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national 2011 [En ligne]. [cité le 23 mai 2016]. Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2011.pdf>
41. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national 2012 [En ligne]. [cité le 23 mai 2016]. Disponible: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2012_tome2.pdf

42. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national 2013 [En ligne]. [cité le 23 mai 2016]. Disponible: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_2013.pdf
43. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national 2014 [En ligne]. [cité le 23 mai 2016]. Disponible: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf
44. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national 2015 [En ligne]. [cité le 23 mai 2016]. Disponible: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
45. DREES. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. nov 2004;(352):1-12.
46. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale Généralistes et psychiatres: une relation compliquée. Médecine. 2008;4(6):279-83.
47. Dossier Médical Personnel [En ligne]. [cité le 9 juin 2016]. Disponible: <http://www.dmp.gouv.fr>
48. Bensoussan M. Une démarche innovante dans l'élaboration d'une recommandation: la recommandation médecin généraliste-psychiatre. Dans: Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [En ligne]. Elsevier; 2013 [cité le 20 mars 2015]. p. 31-3. Disponible: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448712003599>
49. Shaw I, Clegg Smith KM, Middleton H, Woodward L. A Letter of Consequence Referral Letters From General Practitioners to Secondary Mental Health. Qual Health Res. janv 2005;15(1):116-28.
50. Réseau pour la Promotion de la Santé Mentale dans les Yvelines Sud [En ligne]. Soins partagés médecin généraliste - psychiatre; [cité le 13 juin 2016]. Disponible: <http://www.rpsm78.com/dispositifs/soins-partages>
51. Réseau pour la Promotion de la Santé Mentale dans les Yvelines Sud. Rapport d'activité. 2013.
52. Prévalence et comorbidités des troubles psychiatriques dans la population générale française résultats de l'étude épidémiologique ESEMED.

VII. ANNEXES

ANNEXE I : PREVALENCE SUR DOUZE MOIS ET PREVALENCE AU COURS DE LA VIE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EN France EN FONCTION DU SEXE (extrait de l'étude ESEMED (52)).

L'Encéphale, 2005 ; 31 : 182-94

Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française

TABLEAU IV. — Prévalence sur douze mois et prévalence au cours de la vie des troubles psychiatriques en France en fonction du sexe.

	Prévalence sur 12 mois % (IC 95 %)			Prévalence au cours de la vie % (IC 95 %)		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Troubles dépressifs	6,7 (5,8-7,6)	4,7 (3,6-5,8)	8,5 (7,1-9,9)	24,1 (22,5-25,6)	15,9 (14,0-17,9)	31,5 (29,2-33,8)
Dysthymie	1,6 (1,2-2,1)	1,1 (0,5-1,6)	2,1 (1,4-2,9)	7,9 (7,0-8,9)	4,7 (3,6-5,8)	10,9 (9,4-12,5)
EDM	6,0 (5,2-6,9)	4,5 (3,4-5,6)	7,4 (6,1-8,8)	21,4 (19,9-22,9)	14,9 (13,1-16,8)	27,3 (25,1-29,6)
Troubles anxieux	9,8 (8,7-10,9)	5,0 (3,8-6,1)	14,2 (12,4-15,9)	22,4 (20,9-23,9)	15,6 (13,7-17,5)	28,7 (26,4-31,0)
Agoraphobie	0,6 (0,3-0,8)	0,3 (0-0,6)	0,8 (0,3-1,2)	1,8 (1,3-2,3)	1,2 (0,7-1,8)	2,3 (1,6-3,1)
TAG	2,1 (1,5-2,6)	1,6 (0,9-2,2)	2,5 (1,7-3,3)	6,0 (5,1-6,8)	4,8 (3,7-6,0)	7,0 (5,7-8,3)
Trouble panique	1,2 (0,8-1,6)	0,8 (0,3-1,3)	1,6 (0,9-2,2)	3,0 (2,4-3,6)	2,6 (1,7-3,4)	3,4 (2,5-4,3)
ESPT	2,2 (1,6-2,7)	0,7 (0,2-1,1)	3,5 (2,6-4,5)	3,9 (3,2-4,6)	1,5 (0,9-2,1)	6,0 (4,8-7,2)
Phobie sociale	1,7 (1,3-2,2)	0,9 (0,4-1,4)	2,5 (1,7-3,3)	4,7 (3,9-5,5)	2,6 (1,8-3,5)	6,6 (5,4-7,9)
Phobie spécifique	4,7 (3,9-5,5)	1,7 (1,1-2,4)	7,4 (6,1-8,7)	11,6 (10,4-12,8)	6,8 (5,5-8,1)	16,0 (14,1-17,8)
Troubles liés à l'alcool	0,8 (0,4-1,1)	1,5 (0,8-2,1)	0,1 (0-0,3)	5,7 (4,9-6,5)	9,3 (7,8-10,9)	2,4 (1,6-3,1)
Abus d'alcool	0,5 (0,2-0,8)	1,0 (0,5-1,6)	-	4,1 (3,4-4,8)	7,3 (5,9-8,7)	1,1 (0,6-1,7)
Dépendance alcoolique	0,3 (0,1-0,5)	0,4 (0,1-0,8)	0,1 (0-0,3)	1,6 (1,2-2,1)	2,1 (1,3-2,8)	1,2 (0,7-1,8)
Au moins un trouble mental*	14,5 (13,2-15,8)	9,7 (8,1-11,2)	18,9 (17,0-20,9)	38,4 (36,6-40,2)	31,1 (28,7-33,6)	45,1 (42,6-47,6)

EDM : épisode dépressif majeur ; TAG : trouble anxieux généralisé ; ESPT : état de stress post-traumatique. *Au moins un des troubles suivants : trouble dépressif, trouble anxieux ou trouble lié à l'alcool.



SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

La coopération Médecins Généralistes – Psychiatres

Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique Septembre 2010

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

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

Les recommandations suivantes répondent aux questions suivantes :

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

Courrier adressé par le MG au Psychiatre

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

Les motifs de recours au psychiatre

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

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

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

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

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

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

Les problèmes de santé somatiques et les traitements en cours.

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

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

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

Les éléments de l'histoire médicale et psychiatrique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les suggestions thérapeutiques

Il est important que le MG exprime les pistes thérapeutiques, notamment psychothérapeutiques, qu'il a envisagé ou, le fait qu'il n'en a pas de particulières à soumettre au psychiatre. Ces suggestions sont une demande formulée au psychiatre d'argumenter le bien fondé ou non de la technique de soins proposée par le MG et d'envisager d'autres ressources thérapeutiques.

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

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

Courrier adressé par le Psychiatre au MG

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

La réponse aux questions du MG

Le psychiatre apporte des réponses aux questions posées par le MG

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

L'avis diagnostique ou l'énoncé des hypothèses diagnostiques

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

Les risques évolutifs immédiats

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

Les facteurs environnementaux

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

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

Le projet de soins

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

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

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

L'organisation de la prise en charge

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

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

La prescription médicamenteuse

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

Les éléments de surveillance

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

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

Les modalités psychothérapeutiques du suivi

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

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

ANNEXE III : QUESTIONNAIRE DESTINE AUX MEDECINS GENERALISTES

Correspondance entre médecins généralistes et psychiatres

Juin 2015 - Faculté de médecine de Nantes

Thèse de médecine générale

QUESTIONNAIRE MEDECINS GENERALISTES

Sociodémographie

1. Sexe

- ☐ 1. Homme ☐ 2. Femme

La réponse est obligatoire.

2. Exercez-vous :

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

La réponse est obligatoire.

3. Age

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

La réponse est obligatoire.

Quand avez vous...

4. - débuté votre exercice ?

après 2005
entre 2002
et 2005
avant 2002

5. - soutenu votre thèse ?

6. - débuté votre 3ème cycle (internet, stage interne, fin externat) ?

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

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

La réponse est obligatoire.

8. Si oui, laquelle ?

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

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

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

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme InterUniversitaire

FPC : Formation Professionnelle Continue

DPC : Développement Professionnel Continu

9. Précisez l'intitulé de la formation complémentaire

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

Fréquence des courriers rédigés

A quelle fréquence rédigez vous un courrier à vos confrères psychiatres

10. pour la 1ère consultation d'un patient que vous adressez ?

11. au cours du suivi conjoint d'un patient ?

Toujours
Souvent
Rarement
Jamais

12. Est ce un simple mot d'introduction pour un remboursement dans le cadre du parcours de soins ?

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

- ☐ 5. Je ne rédige pas de courrier au psychiatre

La réponse est obligatoire.

La question n'est pertinente que si fréquence Courrier 1ère consultation ?

"Jamais" et fréquence Courrier suivi ? "Jamais"

Contenu des courriers rédigés

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

- | | oui | non |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 13. les raisons et motifs circonstanciés de la demande | ☐ | ☐ |
| 14. les Antécédents somatiques (comorbidités) | ☐ | ☐ |
| 15. les ATCD psychiatriques | ☐ | ☐ |
| 16. le contexte de vie (statut familial, travail) | ☐ | ☐ |
| 17. les addictions | ☐ | ☐ |
| 18. les allergies | ☐ | ☐ |
| 19. les intolérances médicamenteuses | ☐ | ☐ |
| 20. l'état de la prise en charge actuelle | ☐ | ☐ |

Lorsque vous rédigez un courrier au psychiatre, vous y formulez des interrogations sur...

- | | oui | non |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 21. les hypothèses diagnostiques | ☐ | ☐ |
| 22. la prise en charge médicamenteuse initiée | ☐ | ☐ |
| 23. le type de suivi | ☐ | ☐ |
| 24. le suivi psychothérapique et médicamenteux | ☐ | ☐ |
| 25. une prise en charge sociale (arrêt de travail, invalidité, mise en ALD, mesure de sauvegarde, dossier MDPH) | ☐ | ☐ |
| 26. les éléments cliniques actuels | ☐ | ☐ |
| 27. les symptômes repérés | ☐ | ☐ |
| 28. l'évolution des symptômes | ☐ | ☐ |

Lorsque vous rédigez un courrier au psychiatre vous y formulez l'état de la prise en charge actuelle avec...

- | | oui | non |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 29. le traitement psychotrope mis en route | ☐ | ☐ |
| 30. les traitements psychotropes déjà essayés | ☐ | ☐ |
| 31. les autres traitements en cours | ☐ | ☐ |
| 32. le degré d'acceptation du patient vis à vis de cette consultation chez le psychiatre | ☐ | ☐ |
| 33. autre | ☐ | ☐ |

34. Si 'autre', précisez :

Fréquence des courriers reçus de la part des psychiatres

A quelles fréquence recevez vous des courriers de vos confrères psychiatres

- | | Toujours | Souvent | Rarement | Jamais |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 35. De manière générale ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 36. lors d'une 1ère consultation ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 37. une fois le diagnostic posé ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 38. pendant le suivi lors d'une modification clinique ou de la prise en charge ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 39. en fin de prise en charge psychiatrique ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Observations des médecins généralistes sur le courrier des psychiatres

A quelle fréquence contient il des informations sur...

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
40. le diagnostic de situation ?	☐	☐	☐	☐
41. l'hypothèse diagnostique ?	☐	☐	☐	☐
42. la prise en charge médicamenteuse ?	☐	☐	☐	☐
43. l'organisation d'un suivi ?	☐	☐	☐	☐
44. une demande de prise en charge psychothérapique ?	☐	☐	☐	☐
45. la prise en charge sociale ?	☐	☐	☐	☐
46. votre rôle dans le suivi ?	☐	☐	☐	☐
47. les risques évolutifs immédiats ?	☐	☐	☐	☐
48. les éléments cliniques psychiatriques de surveillance ?	☐	☐	☐	☐
49. les facteurs environnementaux (contexte conjugal, professionnel, toxiques...)?	☐	☐	☐	☐
50. la nécessité d'un arrêt de travail ?	☐	☐	☐	☐
51. la nécessité d'établir un protocole d'ALD ?	☐	☐	☐	☐
52. un projet personnalisé de soins ?	☐	☐	☐	☐
53. la proposition thérapeutique médicamenteuse ?	☐	☐	☐	☐
54. des informations sur les éléments de surveillance biomédicaux ou biologiques ?	☐	☐	☐	☐
55. les modalités psychothérapeutiques mises en place ?	☐	☐	☐	☐

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

56. Souhaitez-vous recevoir des courriers de vos confrères psychiatres ?

☐ 1. Oui ☐ 2. Non

La réponse est obligatoire.

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

	oui	non
57. - Dès la première consultation	☐	☐
58. - une fois le diagnostic avéré	☐	☐
59. - en cours de suivi lors d'une modification clinique ou thérapeutique	☐	☐
60. - en fin de prise en charge	☐	☐

Dans le courrier du psychiatre vous souhaitez recevoir des informations concernant:

	oui	non
61. les hypothèses diagnostiques	☐	☐
62. la prise en charge médicamenteuse	☐	☐
63. l'organisation globale du suivi	☐	☐
64. la nécessité d'un suivi psychotérapique	☐	☐
65. la prise en charge sociale	☐	☐
66. le rôle du médecin généraliste dans le suivi	☐	☐
67. les risques évolutifs	☐	☐
68. les éléments de la surveillance clinique	☐	☐
69. les facteurs environnementaux	☐	☐
70. la nécessité d'un arrêt de travail	☐	☐
71. la nécessité d'une mise en ALD	☐	☐
72. un projet personnalisé de soins	☐	☐
73. les propositions thérapeutiques médicamenteuses	☐	☐
74. les éléments de surveillance liés aux médicaments	☐	☐
75. les modalités psychothérapeutiques	☐	☐
76. autre	☐	☐

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

La question n'est pertinente que si autre "non"

Conclusion

Comment aimeriez vous échanger les courriers avec les psychiatres

- | | oui | non |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 78. par courrier postal | ☐ | ☐ |
| 79. par courrier électronique sécurisé | ☐ | ☐ |
| 80. par mail | ☐ | ☐ |
| 81. par fax | ☐ | ☐ |
| 82. en remettant le courrier au patient | ☐ | ☐ |

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

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

La réponse est obligatoire.

84. Si oui, vous paraissent-elles réalistes ?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

La question n'est pertinente que si Connaissance reco HAS = "Oui"

85. Si non pourquoi ?

La question n'est pertinente que si Réalistes ? = "Non"

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

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 | ☐ 7 |
| ☐ 8 | ☐ 9 | ☐ 10 | |

La réponse est obligatoire.

ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PSYCHIATRES

Correspondance entre médecins généralistes et psychiatres

Juin 2015 - Faculté de médecine de Nantes

Thèse de médecine générale

QUESTIONNAIRE MEDECINS PSYCHIATRES

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

Socio-démographie

Sexe

☐ Homme ☐ Femme

Exercez-vous :

☐ en libéral ☐ à l'hôpital ☐ en mixte

Age

☐ moins de 45 ans ☐ entre 46 et 61 ans ☐ plus de 61 ans

Quand avez vous...

	avant 2002	entre 2002 et 2005	après 2005
débuté votre exercice ?	☐	☐	☐
soutenu votre thèse ?	☐	☐	☐
débuté votre 3ème cycle (internet, stage interne, fin externat) ?	☐	☐	☐

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

☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ?

--

Fréquence des courriers que vous rédigez pour les médecins généralistes

A quelle fréquence rédigez-vous un courrier à vos confrères généralistes...

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Pour la 1ère consultation d'un patient qui vous a été adressé ?	☐	☐	☐	☐
Une fois le diagnostic avéré ?	☐	☐	☐	☐
En cours de suivi lors d'une modification clinique ou de la prise en charge ?	☐	☐	☐	☐
En fin de suivi ?	☐	☐	☐	☐

Contenu des courriers

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

	oui	non
les hypothèses diagnostiques	☐	☐
la prise en charge médicamenteuse initiée par le médecin généraliste	☐	☐
le suivi médicamenteux	☐	☐
la prise en charge psychothérapique	☐	☐
les éléments cliniques actuels	☐	☐
les éléments cliniques de suivi	☐	☐
les facteurs environnementaux importants à prendre en compte	☐	☐
la nécessité d'un arrêt de travail	☐	☐
la nécessité d'une ALD (affection de longue durée)	☐	☐
les risques évolutifs	☐	☐

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

	oui	non
les antécédents somatiques (comorbidités)	☐	☐
les antécédents psychiatriques	☐	☐
le contexte de vie (statut familial, travail)	☐	☐
les allergies	☐	☐
les intolérances médicamenteuses	☐	☐
les éléments de surveillance biomédicaux et biologiques	☐	☐
un diagnostic de situation	☐	☐
une proposition thérapeutique	☐	☐
le contenu de l'ordonnance prescrite	☐	☐
une proposition de parcours de soins	☐	☐
une proposition de prise en charge psychothérapique	☐	☐
une proposition de prise en charge sociale	☐	☐
une proposition de répartition des rôles dans le suivi	☐	☐
l'état d'acceptation du patient vis à vis des propositions résultant de cette consultation	☐	☐
autre	☐	☐

Si 'autre', précisez :

Fréquence des courriers reçus de la part des médecins généralistes

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

☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais

Souhaitez-vous en recevoir

☐ oui ☐ non

Observations du psychiatre sur le courrier des médecins généralistes

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 ?

☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais

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

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais

A quelle fréquence contient-il des questions

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
sur l'hypothèse diagnostique ?	☐	☐	☐	☐
sur la prise en charge médicamenteuse initiée ?	☐	☐	☐	☐
sur le type de suivi ?	☐	☐	☐	☐
sur une demande de prise en charge psychothérapique exclusive ?	☐	☐	☐	☐
sur la prise en charge sociale ?	☐	☐	☐	☐

A quelle fréquence contient-il des informations sur...

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
les symptômes repérés ?	☐	☐	☐	☐
l'évolution des symptômes ?	☐	☐	☐	☐
les antécédents somatiques ?	☐	☐	☐	☐
les antécédents psychiatriques ?	☐	☐	☐	☐
A quelle fréquence contient-il des informations sur le contexte de vie (famille, travail) ?	☐	☐	☐	☐
les allergies ?	☐	☐	☐	☐
les intolérances médicamenteuses ?	☐	☐	☐	☐
les addictions ?	☐	☐	☐	☐
l'état de la prise en charge actuelle ?	☐	☐	☐	☐
les traitements psychotropes actuels ?	☐	☐	☐	☐
les traitements psychotropes antérieurs ?	☐	☐	☐	☐
les autres traitements ?	☐	☐	☐	☐
le degré d'acceptation du patient vis à vis de cette consultation chez le psychiatre ?	☐	☐	☐	☐

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

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

Dans le courrier du médecin généraliste vous souhaiteriez avoir des informations concernant :

	oui	non
les raisons et motifs circonstanciés de la demande	☐	☐
les hypothèses diagnostiques	☐	☐
la prise en charge médicamenteuse initiée	☐	☐
le type de demande de suivi	☐	☐
la demande de prise en charge psychothérapique exclusive	☐	☐
les symptômes initiaux repérés	☐	☐
l'évolution des symptômes	☐	☐
les antécédents somatiques (comorbidités)	☐	☐
les antécédents psychiatriques	☐	☐
le contexte de vie	☐	☐
les allergies	☐	☐
les intolérances médicamenteuses	☐	☐
les addictions	☐	☐
l'état de la prise en charge actuelle	☐	☐
les traitements psychotropes actuels	☐	☐
les traitements psychotropes antérieurs	☐	☐
les autres traitements	☐	☐
le degré d'acceptation du patient vis à vis de la consultation	☐	☐
autre	☐	☐

Si 'autre', précisez :

Conclusion

Comment aimeriez vous transmettre vos courriers aux médecins généralistes ?

	oui	non
par courrier postal	☐	☐
par courrier électronique sécurisé	☐	☐
par mail	☐	☐
par fax	☐	☐
en remettant le courrier au patient	☐	☐

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

☐ Oui ☐ Non

Si oui, vous paraissent-elles réalistes ?

☐ Oui ☐ Non

Si non pourquoi ?

--

Annexe 4 : Formulaire Génepsy "MG"

GENEPSY ¹	
<i>Expérimentation d'un outil pour l'amélioration de la communication MG-psychiatre à Lille.</i> 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 Génepsy. Pour toute demande d'information complémentaire, ou formulaires supplémentaires, veuillez nous 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), 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 : <i>Veuillez préciser le motif sous forme interrogative si possible. Par exemple : aide diagnostique, thérapeutique ou avis sur la prise en charge.</i>	
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 :

Veillez 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/...../....., àh.....

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

Annexe 5 : Formulaire Génepsy "PSY"

ETUDE GENEPSY ¹		
<i>Un outil pour l'amélioration de la communication entre les MG et les psychiatres à Lille.</i> 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 consœur, cher confrère, Nous avons reçu Mme/M né(e) le pour :		
Motif de recours :		
Dans ses antécédents principaux, on note :		
<i>Sur le plan personnel et familial :</i>		

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

Vu, le Président de Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la faculté,

**Echanges de courriers entre les psychiatres et les médecins généralistes en
Vendée :
Evaluation des pratiques et des attentes dans le cadre des patients ambulatoires**

RESUME

Objectif : Réaliser un état des lieux, cinq ans après les recommandations du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie, des échanges de courrier entre les psychiatres et les médecins généralistes en Vendée et recueillir les attentes de chacun dans le cadre des patients ambulatoires.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative, déclarative, descriptive, interrogeant par questionnaire 425 médecins généralistes et 61 psychiatres exerçant en Vendée en 2015. Les questionnaires élaborés en miroir comprennent une auto-évaluation des courriers rédigés, une évaluation des courriers reçus et recueillent les attentes des professionnels.

Résultats : 100% des médecins généralistes déclarent rédiger un courrier « souvent » ou « toujours » lors de l'adressage du patient contre 68,7% des psychiatres. Par contre, seul 6,2% des médecins généralistes et 31,6% des psychiatres déclarent en recevoir « souvent » ou « toujours ». Le taux de rédaction des courriers est plus important lors de l'adressage puis diminue au cours du suivi. Le contenu des courriers ne correspond pas aux attentes de chacune des spécialités. Malgré le grand intérêt des médecins généralistes pour la psychiatrie, les recommandations professionnelles ne sont pas connues.

Conclusion : Les médecins généralistes et les psychiatres sont insatisfaits des échanges de courriers, et souhaiteraient recevoir plus de courriers, avec des informations correspondant à leurs attentes. Plusieurs axes d'amélioration sont proposés pour répondre à ces deux critères.

MOTS-CLES : Médecine générale, Psychiatrie, communication, courriers échangés