UNIVERSITÉ DE NANTES

□ □ □ □

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2011

N° 36

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine Générale

par

Alice PIEL-DESRUISSEAUX DALBY

née le 24/09/1980 à Caen

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2011

PRÉVENTION DU SUICIDE : MISE EN PLACE D'UNE CONSULTATION AVANCÉE DE PSYCHIATRIE EN SOINS PRIMAIRES.

BILAN APRÈS UN AN AU SEIN DU PÔLE SANTÉ DE CLISSON.

Président : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directrice de thèse : Madame le Docteur Kahina YEBBAL

SOMMAIRE

INTRODUCTION…….. 9

I/ LA SITUATION : DÉFINITIONS, CONTEXTE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

A/ DÉPRESSION ET CRISE SUICIDAIRE: DÉFINITION ET ÉTAT DES LIEUX

1/ La dépression

a) Définition

- Selon la CIM-10 ……..……..10
- Selon la DSM-IV……..11

b) Epidémiologie

- Données mondiales……...…12
- Données nationales…….. 13
- Données régionales…….. 16

c) Le médecin généraliste face au patient dépressif……...17

- Diagnostic de la dépression …… 18
- Les conséquences de la sous- détection de certaines dépressions ……. 21
- Adéquation des traitements…….. 21

2/ La crise suicidaire

a) Définition…….... 23

b) Epidémiologie

- Données mondiales…….. 23
- Données nationales…….. 23
- Données régionales……..... 24

c) Le médecin généraliste face à la crise suicidaire

- Identifier la crise suicidaire…….. 25
- Évaluer la crise suicidaire…… 27
- La prise en charge thérapeutique……. 29
- Le suivi du patient suicidant…… 30

B/ LE CONTEXTE

1/ L'organisation du système de soins en santé mentale

a) Le médecin généraliste : pivot des soins primaires……31

b) Le système des soins de santé mentale : le service public

- Les unités d'hospitalisation « de temps plein »……32
- Les unités d'hospitalisation de jour ……33
- Les Centres Médico-Psychologiques (CMP)……33
- Les Centres d'Accueil et de Crise……33

c) Le système de soins de santé mentale : les services privés ou libéraux

- Les cliniques privées……34
- Les psychiatres libéraux……34
- Les psychologues libéraux……34

2/ Le contexte local

a) Le Pôle Santé de Clisson……...35

b) L'Unité de Prévention du Suicide……..35

c) La mise en place de la collaboration

- La rencontre de deux motivations……35
- L'expérience collaborative mise en place à Vallet…….....37

3/ Le contexte politique

a) Plans d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale……...37

b) Les stratégies d'action régionales et nationale d'action face au suicide

- Stratégie Nationale d'Action face au Suicide (2000-2005)……..39
- Programme national de lutte contre la dépression (2005-2008)……...40
- Les Plans Régionaux de Santé Publique (2006-2009)……..40
- Programmes nationaux de prévention du suicide à l'étranger……..41
- L'évaluation des programmes étrangers……...46

c) La loi HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire : « Une loi à la croisée de nombreuses attentes »……..47

C/ REVUE DE LA LITTERATURE : MODÈLES DE COLLABORATION ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET INTERVENANTS DE SOINS DE SANTÉ MENTALE EN SOINS PRIMAIRES

1/ Modèles de collaboration

a) La première classification de Williams & Clare, existant depuis 1981

- Le modèle de substitution : (replacement model)…….48
- Le modèle de référence : (the increased-throughput model)……48
- Le modèle en collaboration : (the consultation-liaison model)……... 48

b) Classification décrite en Grande-Bretagne en 1984 par Stradthee & Williams

- La consultation (supervision) ……. 50
- Le déplacement (shifted-out patient) …….. 50
- L'accompagnement-liaison (liaison-attachment)…… 50

2/ Exemples dans la littérature d'études de collaboration entre soins primaires et équipes de soins de santé mentale

a) En France

- L'expérience de Versailles……52

b) Aux Etats-Unis……..53
c) Au Royaume-Uni……...54
d) Aux Pays-Bas……55
e) Au Canada……..55

II/ LA CONSULTATION AVANCEE DE PSYCHIATRIE AU POLE SANTE DE CLISSON

A/ DESCRIPTION DE LA CONSULTATION AVANCÉE

1/ Les participants

a) Equipe psychiatrique……56
b) Médecins généralistes participants……...56
c) Médecin référent……..56

2/ Fonctionnement de la consultation spécialisée avancée

a) Description de la convention……...56

b) Modifications apportées au cours de, et après la première année……58

- Modifications locales……58
- Extension de la consultation……..58

3/ Modalités de financement……..58

B/ METHODE

1/ Mode de collecte des données ……..…59
2/ Tests statistiques……59
3/ Définitions ……59
4/ Questionnaire médecins ……59
5/ Activités du cabinet et du CMP ……59

C/ RESULTATS

- Effectif des patients inclus……60
- Age des patients adressés……...61
- Age des patients venus en consultation……64
- Le statut marital……..…66
- L'activité professionnelle……...68
- Nombre de consultations……...69
- Délais de consultation……...…….71
- Corrélation entre délais et nombre de consultations……..71
- Motifs de consultation…….....72
- Orientation des patients……74
- Suivi à court terme des patients…….……76
- Profils des patients non vus en consultation……..77

D/ PROFILS DES PATIENTS QUE J'AI ADRESSES A LA CONSULTATION AVANCEE

- Melle E…….…77
- Melle Y…….…….78
- M.A ……...…….……...…….. 79
- Enfant H, 8 ans……..79

E/ QUESTIONNAIRES MEDECINS……..80

III/ DISCUSSION

A/ DISCUSSION DES RESULTATS

- Les biais……84
- Effectif des patients inclus…… 84
- Ratio hommes/femmes…… .86
- Age des patients……88
- Le statut marital……90
- Activités professionnelles…… 90
- Conclusions sur l'échantillon……90
- Nombre de consultations…….. 91
- Délais de consultation……91
- Motifs de consultation…….....92
- Orientations ……...93
- Suivi à court terme……95

B/ BÉNÉFICES APPORTÉS PAR LA CONSULTATION AVANCÉE

- Toucher des populations à risque suicidaire……...95
- Améliorer la communication entre médecins généralistes et professionnels de santé mentale……..96
- Mettre en commun des secteurs de soins traditionnellement à part : les secteurs public et libéral ……98
- Faciliter le recours au soin par sa proximité ……..100
- Faciliter la prise de rendez-vous ……100
- Faciliter la proposition de soin ……100
- Déstigmatiser la consultation psychiatrique ……..101
- Découvrir de nouvelles ressources…….101

C/ PROPOSITIONS D'AMÉLIORATIONS POUR OPTIMISER L'OFFRE DE SOINS

- Optimiser le temps consacré aux rencontres entre équipes soignantes……102
- Développer le rôle de l'infirmière libérale dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques……103
- Améliorer l'information du patient……...105
- Développer des programmes d'éducation thérapeutique du patient…… 105
- Partager le dossier médical informatisé……107
- Collaborer avec les professionnels de santé mentale pour la gestion des maladies chroniques……107
- Améliorer la compétence et les connaissances du médecin généraliste……...108
- Vers une reconnaissance du médecin généraliste comme professionnel de santé mentale ?..... 109

CONCLUSION…….110

INDEX ….……112

BIBLIOGRAPHIE ……..……113

ANNEXES……..……..…….125

- Annexe 1 : fiche de liaison
- Annexe 2 : la Fédération de Santé Publique, ses actions
- Annexe 3 : la convention
- Annexe 4 : bilans trimestriels de la consultation avancée
- Annexe 5 : dossiers de demandes de subvention
- Annexe 6 : ETP diététicienne
- Annexe 7 : associations pour un réseau de soins dans le territoire du Sud-Loire
- Annexe 8 : formation au repérage de la crise suicidaire
- Annexe 9 : échelles d'évaluation du risque suicidaire

RESUME

INTRODUCTION

« Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide » CAMUS Le mythe de sisyphe.

Le suicide et la crise suicidaire sont des problèmes majeurs que le médecin généraliste rencontre parfois dans sa pratique quotidienne, et qui nécessitent une prise en charge optimale pour tenter d'assurer le bien-être ou la survie du patient en souffrance.

Une surmortalité suicidaire est enregistrée dans Les Pays de La Loire. Elle concerne principalement les hommes et n'a pas diminué de façon significative depuis plusieurs années, par rapport aux moyennes françaises.

S'il n'est pas épidémiologiquement fréquent, le suicide est un phénomène grave qui incite à rechercher des stratégies préventives efficaces. Des recommandations et plans nationaux ou régionaux ont été mis en place depuis une quinzaine d'années pour aider le médecin généraliste dans la prise en charge des patients en souffrance psychique qui représentent une proportion importante de son activité.

C'est dans ce contexte qu'a été créée en 2002 une Équipe de Prévention du Suicide pour le territoire sud de Loire Atlantique, avec le projet de développer des actions locales en soins primaires. Un nouveau type de collaboration entre médecins généralistes et professionnels de soins de santé mentale a vu le jour en 2009 au Pôle Santé de Clisson, maison de santé pluridisciplinaire.

Nous avons souhaité faire une étude rétrospective sur une durée d'un an pour tenter d'apprécier les résultats de ce nouveau modèle de soins au cœur d'un milieu de vie semi-rural.

Quels avantages un tel projet apporte t'il par rapport à la prise en charge habituelle des patients souffrant de troubles santé mentale ?

Ce modèle peut-il être transposé dans d'autres lieux ou pour d'autres situations ?

Après un rappel sur les pathologies dépressive et suicidaire, le contexte politique et local et une revue de la littérature sur les modèles de collaboration entre soins primaires et professionnels de santé mentale, nous décrirons ce nouveau mode de travail, étudierons les résultats, les avantages et proposerons des possibilités d'amélioration.

I/ LA SITUATION : DÉFINITIONS, CONTEXTE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

A/ CRISE SUICIDAIRE ET DÉPRESSION : DÉFINITION ET ÉTAT DES LIEUX

1/ La dépression

a) Définition

- **Selon la CIM-10 (dixième édition de la Classification Internationale des Maladies)**

En France, les critères diagnostiques les plus communément utilisés pour caractériser un épisode dépressif sont ceux décrits dans la CIM-10. C'est cette échelle qui est utilisée par les secteurs psychiatriques publics locaux (hôpital de Montbert).

A/ Critères généraux (obligatoires) :

G1: l'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines
G2: Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet.
G3: Critères d'exclusion: épisode non imputable à l'utilisation d 'une substance psycho active (F10-19) ou à un trouble mental organique (défini en F00-F9)

B/ Présence s'au moins 2 des 3 symptômes suivants:

1: humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines
2: diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
3: réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité

C/ Présence d'au moins 1 des 7 symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins 4 syptômes:

1: perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.
2: sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.
3: pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type.
4: diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.
5: modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés)
6: perturbations du sommeil de n'importe quel type.
7: modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale

correspondante.

- **Selon la DSM-IV (quatrième édition de "Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders")**

La classification par le DSM-IV, souvent utilisée dans les études, offre une définition similaire.

A**.** ***Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.***

1 : Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. pleure). NB. Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

2 : Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

3 : Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par exemple modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB. Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4 : Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5 : Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6 : Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7 : Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8 : Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9 : Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. ***Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.***

C**.** ***Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.***

D. ***Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament), ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).***

E. ***Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.***

b) Epidémiologie

Il est important de savoir que la maladie dépressive, ou le syndrome dépressif, est un trouble fréquent, souvent récurrent ou de longue durée notamment en l'absence de traitement et de poids économique non négligeable. C'est un problème majeur de santé publique.

Ceci explique probablement les nombreuses études épidémiologiques nationales et internationales étudiant les sujets dépressifs.

- **Données mondiales**

Prévalence des troubles mentaux

Les troubles mentaux sont universels, ils touchent tous les pays, industrialisés ou en voie de développement et toutes les classes sociales.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recensait dans son rapport de 2001 450 millions d'êtres humains atteints de troubles neuropsychiatriques, soit environ 10% des adultes. Plus de 25% des individus ont été, sont ou seront touchés au cours de leur vie par un de ces troubles.

Répercussion des troubles mentaux

Les troubles mentaux ont un impact majeur sur les individus, leur famille et la communauté. C'est un aspect qu'il est important de prendre en compte, et qui nécessite de mesurer la charge du handicap résultant de ces maladies chroniques et invalidantes. L'indicateur estimant cette incapacité mesure « les Années de Vie Corrigées de l'Incapacité », définies comme « la somme des années de vie perdues à la suite des décès prématurés survenus dans la population et des années perdues pour cause d'incapacité (AVI : Années de Vie vécues avec une Incapacité) pour les cas incidents de la maladie en question.» (OMS, 2001).

En 2000, les estimations étaient pour les troubles neuropsychiatriques de 12,3% du nombre total d'AVCI et 30,8% des AVI.

Toujours d'après l'OMS, les troubles dépressifs étaient alors la première cause d'incapacité au monde (12% des AVI). Ils devraient représenter, selon les estimations, la deuxième cause d'AVCI en 2020, après les maladies cardiovasculaires.

Ces mesures montrent l'impact sanitaire majeur que représentent les troubles mentaux, en particulier la dépression, dans toutes les sociétés, avec les répercussions humaines et économiques que l'on imagine.

- **Données nationales**

Les données nationales présentées ici sont tirées de l'étude ESEMeD (Alonso et al 2004, Lépine et al 2005, Gasquet et al 2005), première étude nationale réalisée de 2001 à 2003 en population générale auprès d'un large échantillon aléatoire.

Description de l'étude ESEMeD

Les sujets âgés de plus de 18 ans et non institutionnalisés ont été contactés par téléphone et soumis à un questionnaire en face à face à leur domicile. Le taux de participation a été de seulement 46%. Cette étude a été menée de façon parallèle dans cinq autre pays européens (Allemagne, Pays-Bas, Belgique, Espagne et Italie) et les résultats comparés.

Prévalence des troubles mentaux en France

Les prévalences des troubles anxieux, anxio-dépressifs et liés à l'alcool en France ont été mesurées sur les douze derniers mois et sur la vie entière des sujets interrogés.

Parmi les troubles dépressifs, on retrouvait une majorité d'épisodes dépressifs majeurs (EDM) par rapport à un plus faible nombre de dysthymies (dépressions moins sévères).

	Sur les 12 derniers mois	Sur la vie entière
Troubles anxieux	9,8%	24,1%
Troubles dépressifs	6,7%	22,4%
dont EDM	6%	21,4%
dont dysthymies	1,6%	7,9%
Troubles liés à l'alcool	0,8%	5,7%

Prévalence des troubles psychiatriques en France sur les douze derniers mois et sur la vie entière dans l'étude ESEMeD

18,4% des personnes interrogées rapportaient avoir souffert d'au moins un de ces troubles au cours de l'année précédente.

On voit dans ces résultats que près d'un quart de la population française rapporte avoir souffert de dépression au cours de sa vie et plus de 5% au cours de l'année passée.

Il faut noter qu'il y avait de nombreuses limites à cette étude, et qu'une sous-évaluation de la prévalence des troubles est très probable. En effet, peu de personnes âgées ont participé, et les personnes à haut risque de problèmes psychiatrique graves tels que les personnes

institutionnalisées, sans domicile fixe ou ne pouvant assister à un entretien ont été exclues. La prévalence des troubles liés à l'alcool semble elle aussi faible par rapport aux données d'autres études, ceci en raison de la réticence des personnes à parler de ces problèmes en face à face.

Les facteurs de risque sociodémographiques

Au cours de cette étude, l'examen des données sociodémographiques a montré une prévalence significativement plus élevée des troubles dépressifs chez :

- les femmes (facteur 1,5 à 2 par rapport aux hommes),
- les sujets jeunes (diminution de la prévalence avec l'âge), donnée non systématiquement retrouvée dans les autres études nationales étrangères,
- les sujets vivant seuls,
- les sujets vivant en milieu urbain,
- les sujets sans emploi rémunéré.

La comorbidité

Il est intéressant de souligner la forte comorbidité des troubles: 37,6% des sujets présentant un trouble dépressif avaient également un trouble anxieux ou lié à l'alcool. Ceci était particulièrement marqué chez les femmes, les sujets jeunes (18-24 ans) et les sujets sans emploi rémunéré.

Troubles dépressifs dans l'ensemble des autre pays européens étudiés

En comparaison avec, la prévalence des troubles dépressifs dans l'ensemble des autre pays européens étudiés sur douze mois et sur la vie entière est nettement supérieure en France.

	Sur les 12 derniers mois	Au cours de la vie entière
En France	6,7%	22,4%
Dans l'ensemble des pays étudiés	4,2%	14%

Prévalence des troubles dépressifs en France et dans l'ensemble des pays étudiés (France, Allemagne, Pays-Bas, Belgique, Espagne et Italie) dans l'étude ESEMeD.

Comparaison avec d'autres études françaises

La comparaison de la prévalence des troubles dépressifs avec d'autres études menées en France montre que dans l'étude ESEMeD, le taux d'épisodes dépressifs majeurs était le plus faible.

Ces études sont :

- DEPRES publiée en 1997 par Lépine et al (in Taleb et al 2006),
- Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) menée en 1996 et 1997 par Le Pape et al,
- Enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG) entre 1999 et 2003 par Bellamy et al,
- Baromètre santé 2005 de l'INPES.

Prévalence d'un épisode dépressif caractérisé	Sur 2 semaines	Sur 1 mois	Sur 6 mois	Sur 12 mois	Sur la vie entière
ESMeD 2000				6%	21,4%
DEPRES 1995			9,1%		
ESPS 1996-1997		14,9%			
SMPG 1999-2003	11%				
INPES 2005				7,8%	

Comparaison des prévalences d'épisodes dépressifs caractérisés dans des études françaises de 1995 à 2005.

Les variations de prévalence peuvent être expliquées par l'utilisation d'outils de recueil et de mesures différents.

On retrouve cependant de façon uniforme une prévalence plus importante de troubles dépressifs chez les femmes que chez les hommes.

Enquêtes sur la perception de la dépression

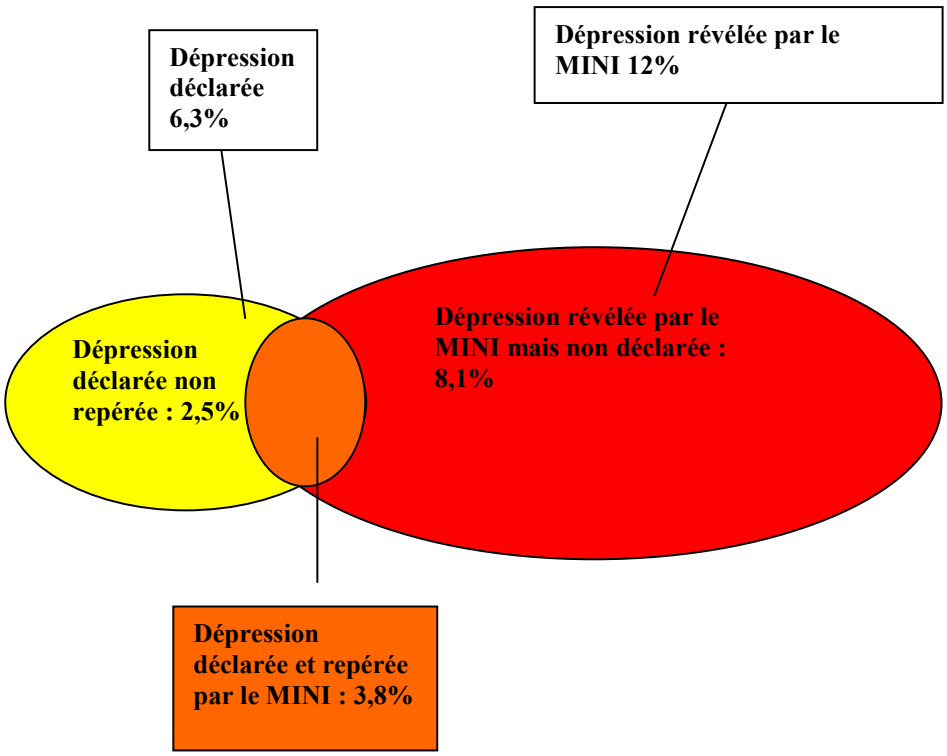
A côté de ces données épidémiologiques qui ont été mesurées par divers tests (le CIDI : Composite International Depression Interview, le GHQ : General Health Questionnaire, le MINI : Mini International Psychiatric Interview) il est intéressant de savoir comment la population perçoit son état de santé.

Le CREDES (Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la santé, devenu l'IRDES, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) a comparé quatre études évaluant la prévalence de personnes déclarant souffrir de dépression depuis les années 1970. Ce taux, de 1,1% en France en 1970, a été multiplié par 6 en 1997 (6,7%) (Le Pape, 1999).

Cette évolution pourrait être expliquée par un changement de la reconnaissance et du vécu du trouble dépressif, mieux accepté dans la société et que l'on cache moins, mais aussi par des outils de mesures différents.

Dans l'étude SPS menée en 1996-1997, on mesurait parallèlement les troubles dépressifs estimés par le test du MINI (12%), et ceux ressentis ou perçus par les patients mais non retrouvés par l'évaluation médicale (7%) soit un taux global de 14,9%. Ce taux « global » est important à prendre en compte car les personnes se sentant dépressives et exprimant leur

mal-être consultent plus facilement, sont reconnues comme dépressives et sont donc souvent plus précocement et mieux prises en charge sur un plan thérapeutique.



Prévalence de la dépression mesurée et ressentie chez les patients de 16 ans et plus
Inspiré de CREDES, Le Pape et al, ESPS 1996-1997

- **<u>Données régionales</u>**

Les données sont issues des enquêtes et études menées par l'Observatoire régional de Santé des Pays de la Loire, de l'INSEE, des travaux de la Conférence Régionale de Santé (CRS) et du Plan Régional de Santé Publique (PRSP).

2,4% de la population des Pays de la Loire était suivie par les secteurs de psychiatrie en 2003.

La fréquence des troubles mentaux et du comportement est difficile à évaluer et souvent sous-estimée pour les raisons suivantes, évoquées par l'Observatoire Régional de la Santé (avril 2005) :

- Il n'y a pas de donnée disponible sur les motifs de recours aux soins en médecine générale, sauf dans des études locales et de durée limitée.

- Des données sur le recours aux soins de psychiatrie libérale et sur les prescriptions de médicaments psychotropes existent dans les bases informatiques des caisses d'assurance maladie. On ne peut y avoir accès directement et l'analyse de ces données nécessite une exploitation spécifique locale.

- Les données sur le recours aux soins dans les services de psychiatrie des établissements publics sont difficilement mobilisables pour l'ensemble des territoires de santé,

- Les données sur les hospitalisations dans les autres services des établissements publics (médicine, chirurgie et obstétrique) pour des troubles de santé mentale sont disponibles et concernaient 1340 séjours par an de 2001 à 2003 pour le territoire de santé de Nantes. Elles donnent une image trop partielle de la situation.

Le taux de décès par suicide est plus facile à mesurer, mais probablement aussi sous-estimé. Nous reverrons ces données épidémiologiques dans la partie sur la crise suicidaire.

c) Le médecin généraliste face au patient dépressif

En France comme dans de nombreux pays, les troubles mentaux, dont la dépression, sont des pathologies fréquemment rencontrées dans les services de soins de santé primaires, représentant jusqu'à 26% des problèmes de santé traités par les médecins généralistes parisiens en 1991 et avec une prévalence moyenne dans 15 sites mondiaux de 24% (Goldberg et al 1998).

Des études montrent que les patients atteints de troubles dépressifs consultent en priorité un médecin généraliste : dans l'enquête européenne DEPRES (in Taleb et al 2006), parmi les sujets dépressifs qui ont eu recours au système de santé (57%), la majorité s'est d'abord tournée vers un médecin généraliste. Dans l'étude ESEMeD (Alonso et al 2004), un tiers des personnes souffrant de troubles de la santé mentale a consulté un médecin généraliste et un tiers a consulté à la fois un médecin généraliste et spécialiste de santé mentale.

Une étude menée en région parisienne a montré que plus de la moitié (57,8%) des personnes interrogées (qui ne présentaient pas de problème de santé mentale) iraient d'abord consulter un médecin généraliste en cas de trouble psychologique, et que 46,6% souhaiteraient être prises en charge et suivies par leur médecin traitant (Kovess-Masfety et al 2007).

Des enquêtes locales françaises (Ventelou et al 2005 en région PACA) montrent que les médecins généralistes se sentent plutôt confiants dans leur capacité à prendre en charge les troubles dépressifs : 78,4% des 450 médecins interrogés se sentaient efficaces dans la prise en charge de l'état dépressif majeur, contre seulement 42,6% dans la prise en charge des adultes obèses ou en surpoids. Ce sentiment d'efficacité pourrait s'expliquer par la forte prescription médicamenteuse : 71,8% des antidépresseurs étaient prescrits par les médecins généralistes, (CNAMTS 2002).

Pourtant, les difficultés de la prise en charge des troubles dépressifs en soins de première ligne sont bien établies.

- **Diagnostic de la dépression**

Les difficultés concernent d'abord l'étape diagnostique. Plusieurs études internationales montrent que les médecins généralistes ne diagnostiqueraient que la moitié des troubles psychiatriques de leurs patients (Simon et al 1995, Golberg et al 1998) notamment en cas de troubles psychosomatiques par exemple (Simon et al 1999) ou de comorbidité avec une maladie somatique. Les difficultés de repérage de la dépression est surtout vrai pour les troubles les moins sévères (Simon et al 1995, Ronalds et al 1997, Dowrick et al 1995).

Si les problèmes de santé mentale représentent jusqu'à 25% des problèmes de santé rencontrés en médecine générale, seuls 1% des motifs de consultation sont des signes de dépression (Zung et al 1993).

La difficulté est donc de reconnaître la majorité de patients ne consultant pas pour souffrance psychologique mais pour un autre motif (douleur, fatigue…), pourtant réellement atteints de dépression, et de leur proposer le traitement le plus adéquat.

Outils diagnostiques et de dépistage

Il existe des outils validés, et d'utilisation simple plus simple que les critères de la CIM- 10 ou du DSM-IV (décrits plus haut) pour le dépistage de la dépression au cours d'une consultation de médecine générale. Le critère de temps est en effet important, tout comme la simplicité de l'outil qui permettrait de dépister de façon optimale, mais non spécifique, les troubles dépressifs.

Il s'avère cependant que cette évaluation est souvent peu praticable en médecine générale en raison du temps imparti à chaque consultation (15 à 20 minutes) et la nécessité d'une certaine habitude pour l'utilisation de ces outils. Par ailleurs, il ne s'agit pas de proposer un interrogatoire psychiatrique à chaque patient, mais plutôt de repérer rapidement ceux qui sont potentiellement déprimés pour ensuite les évaluer de manière plus complète.

Les tests de dépistage suivants ont été créés pour une utilisation en consultation de médecine générale :

- Le PRIME-MD proposé par Whooley:

C'est un test à deux questions:

Au cours du dernier mois,
- avez-vous ressenti un désintérêt ou une absence de plaisir à accomplir les choses de la vie (anhédonie)?
- vous êtes-vous senti abattu, déprimé ou désespéré?

Le test est considéré comme positif si le patient répond « oui » à l'une des deux questions. Il a une bonne sensibilité de 96% et une spécificité de 57% (Lowe, 2004)

En cas de positivité, il faut réaliser un bilan complémentaire car la spécificité est très faible. On peut alors utiliser un deuxième test:

- Le T4 évalué par Brody en 1998:

Il interroge les patients sur quatre symptômes:
- les troubles du sommeil (Sleep disturbance,)
- l'anhédonie (Anhedonia),
- la baisse de l'estime de soi (Low Self-estime),
- les modifications de l'appétit (Appetite change).

Le test est considéré comme positif s'il y a au moins deux réponses positives.
Sa sensibilité est de 97% s'il est utilisé en complément du PRIME-MD. Il permet en plus d'évaluer la sévérité du syndrome dépressif.

- Le test à quatre items de Duburcq

Ce test a été élaboré et évalué en France (Duburcq et al 2000).

Il comporte quatre items:
- j'ai des troubles du sommeil,
- je me sens fatigué(e) tout le temps,
- je me sens nerveux (se), tendu(e),
- j'ai du mal à faire face aux événements.

Le test est positif si le patient répond positivement à au moins l'une des quatre propositions. La sensibilité est de 82,5%. La spécificité est de 54,6%.
Son utilisation est simple et facile à utiliser en consultation de médecine générale.

- L'échelle MINI-GDS

Cette échelle est plus adaptée au sujet âgé (Clément et al 1997).

Elle comporte quatre questions:
- avez-vous le sentiment que votre vie est vide?
- êtes-vous heureux (se) la plupart du temps?
- vous sentez-vous découragé(e) et triste?
- avez-vous l'impression que votre situation est désespérée?

Score:

Question / Réponse	Oui	Non
1	1	0
2	0	1
3	1	0
4	1	0

Le test est positif si le score total est supérieur ou égal à un.
La sensibilité est de 75%, la spécificité elle aussi de 75% pour le score -seuil de 0/1.

- Echelle adaptée à l'adolescent: l'ADRS (Adolescent Depression Rating Scale) (Revah-Levy et al 2007)

Lors de sa conception, elle comportait 44 items puis dix d'entre eux ont été sélectionnés pour une évaluation rapide :

1/ Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail.
2/ J'ai du mal à réfléchir.
3/ Je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment.
4/ Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien qui m'amuse.
5/ Ce que je fais ne sert à rien.
6/ Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir.
7/ Je ne supporte pas grand-chose.
8/ I Je me sens découragé.
9/ Je dors très mal.
10/ A l'école, au boulot, j'y arrive pas.

Cet outil de dépistage des états dépressifs chez l'adolescent est notamment recommandé par la Haute Autorité de Santé. L'auto questionnaire permet d'obtenir un score entre 0 et 10 (chaque réponse positive donne un point).

- Si le score est supérieur ou égal à 4, il témoigne d'une souffrance psychique.
- Si le score est supérieur ou égal à 7 il s'agit d'une dépression avérée.

Les difficultés pour reconnaître la dépression

Il existe de nombreuses raisons pouvant expliquer une non détection des états dépressifs en médecine générale. Les principales causes de ces difficultés ont été résumées par Docherty d'après une analyse non exhaustive de la littérature (Docherty 1997).

- Difficultés liées au patient

Absence de prise de conscience des troubles (-)

Présentation clinique :
- maladie physique associée (-)
- symptômes physiques (-)
- plaintes somatiques (-)

Caractères de la dépression :
- degré de sévérité (+)
- capacité à distinguer la qualité de l'humeur (+)
- sentiments de honte/culpabilité/désespoir/incurabilité (-)

- Difficultés liées au médecin

Connaissance et stages pratiques antérieurs sur la dépression (+)

Croyances sur :
- efficacité des traitements (+)
- confiance personnelle pour prendre en charge une dépression (+)
- nécessité de recueillir des informations pour établir le diagnostic d'une dépression (+)

Attitudes :
- à l'aise sur les sujets psychologiques (+)
- disponibilité en temps pour prendre en charge les problèmes psychologiques (+)
- considère que le traitement des troubles mentaux fait partie de ses responsabilités (+)
- considère le patient comme coupable de sa dépression (-)
- considère que le patient a de bonnes raisons d'être déprimé (-)

Savoir-faire :
- questions systématiques pour établir le diagnostic de la dépression (+)
- questionnement direct sur le thème de la dépression (+)
- perception adéquate des signes non verbaux de détresse émotionnelle (+)

(+) favorise la reconnaissance, (-) empêche la reconnaissance d'une dépression.

Difficultés à reconnaître la dépression en médecine générale d'après Docherty, 1997

- **Les conséquences de la sous- détection de certaines dépressions**

Seulement la moitié des patients dépressifs seraient dépistés par les médecins généralistes. Ces patients dépressifs non reconnus ne seront pas traités.

Peut-on pour autant parler d'un système de soins défaillant ? Et doit-on considérer que toute dépression doit être traitée ?

Plusieurs études en Europe et aux Etats-Unis (Simon et al 1995, Ronalds et al 1997, Dowrick et al 1995) ont montré que les difficultés diagnostiques concernent une majorité de dépressions « peu sévères », souvent récentes, avec une souffrance psychologique modérée.

- **Adéquation des traitements**

L'adéquation des traitements est une autre difficulté. Le traitement de la dépression sévère est un des exemples de traitements codifiés par des recommandations de bonnes pratiques, mais souvent conduit de manière insuffisante : médicaments inadaptés comme les hypnotiques ou anxiolytiques, posologies trop faibles, durées de traitement trop courtes, psychothérapies rarement prescrites (DEPRES in Taleb et al 2006, Wang et al 2005, Fernandez et al 2007).

Dans l'étude européenne de 2007 reprenant les données de l'ESEMeD, qui portait sur la prévalence et les traitements des troubles mentaux, les résultats se sont avérés proches de ceux de l'étude américaine menée en 2005 par Wang et al et tout à fait insuffisants pour

pouvoir parler d'une prise en charge satisfaisante des épisodes dépressifs (Fernandez et al 2007). Le traitement « minimal adéquat » était considéré comme :

- un traitement médicamenteux par antidépresseurs d'au moins deux mois, avec quatre consultations au moins (avec un médecin généraliste ou un psychiatre),
- ou une psychothérapie d'au moins huit séances de trente minutes au moins par un psychiatre ou un psychologue.

Les données sont reprises dans le tableau ci-dessous :

Taux d'adéquation du traitement :	USA, Wang et al, 2005	Europe, Fernandez et al, 2007
- prescrit par les spécialistes de santé mentale	52%	57,4%
- prescrit par les médecins généralistes	14,9%	23,3%
- globalement	37,5%	45,8%

Taux d'adéquation des traitements des troubles anxieux et troubles dépressifs

Le taux d'adéquation des traitements de l'état dépressif sévère était globalement de 45,8% dans les pays européens, avec un taux beaucoup plus faible, quasiment divisé par deux, si l'on ne considère que les prescriptions des médecins généralistes. Cette différence était plus marquée dans les pays du « nord » de l'Europe (dont la France) que dans ceux plus au sud, où les patients ne peuvent consulter un spécialiste de santé mentale qu'après avoir consulté un médecin généraliste.

D'après les données du baromètre santé français 2005, l'adéquation des traitements des épisodes dépressifs sévères (seule la durée du traitement a pu être prise en compte) serait plus importante :

- chez les patients de sexe féminin,
- chez les patients de haut niveau socioprofessionnel,
- en cas de prise en charge conjointe par un médecin généraliste et d'un professionnel de santé mentale.

Ces constatations soulignent la nécessité, pour un traitement optimal de la dépression, d'instaurer des prises en charge en collaboration entre médecine générale et soins de santé mentale, et de fournir des informations au grand public sur les troubles dépressifs et les traitements possibles ou recommandés.

2/ La crise suicidaire

a) Définition

Selon les recommandations publiées en 2000 par la Haute Autorité de Santé, l'HAS, la crise suicidaire peut se définir ainsi :

« Crise psychique dont le risque majeur est le suicide, (…) moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture. »

C'est un concept dynamique, évolutif, donc réversible, mais impliquant les notions de rupture, d'échappement qui en font toute la gravité et rendent les efforts de prévention particulièrement difficiles.

Définitions (Le Robert quotidien, 1996) :

- suicidaire : « qui, par sa psychologie, semble prédisposé au suicide. »
- suicidant : « personne qui a fait une ou des tentatives de suicide, ou risque de le faire. »
- suicidé : « qui s'est tué volontairement ; mort par suicide. »

b) Epidémiologie

Le suicide est un événement statistiquement rare, mais extrêmement grave car non réversible et souvent brutal.

- **Données mondiales**

L'estimation de la prévalence mondiale du suicide est difficile, les données sont en effet récoltées de façons différentes et des biais sont fréquents pour des raisons d'assurance, de croyances ou politiques.

L'OMS l'estimait à un million de décès dans le monde en 2000, faisant partie des dix premières causes de décès (OMS, 2001).

En Europe, la France et un des pays les plus touchés par le suicide (Mouquet et al 2006)

- **Données nationales**

Prévalence des suicides :

D'après l'INSERM-CépiDC, 10.313 personnes, 7.589 hommes et 2.724 femmes sont décédés par suicide en 2008. Ceci représente 2% des causes de décès dans la population, 3% pour les hommes et 1% pour les femmes. Ces chiffres sont relativement stables depuis 1997 avec une tendance à la diminution des décès masculins par suicide (INSEE).

Ce taux, qui repose sur les certificats de décès remplis par les médecins, est très probablement sous-estimé. Le CépiDC évalue cette sous-estimation à environ 20% (Mouquet et al 2006).

La surmortalité masculine (les hommes se suicident presque trois fois plus que les femmes) existe depuis les années 1980.

En 2002, les classes d'âges les plus touchées étaient les 35-44 ans et les 45-54 ans. Les taux les plus élevés concernaient les plus de 85 ans.

Le suicide est la deuxième cause de décès chez les 15-44 ans.

Modes de suicide :

Les modes de suicide les plus fréquents sont :
- la pendaison (45%), premier mode chez les hommes ;
- le mort par arme à feu (16%) ;
- l'intoxication (15%), premier mode chez les femmes entre 25 et 54 ans.

Prévalence des tentatives de suicide :

L'étude Santé Mentale en Population Générale (SMPG) menée de 1999 à 2003 a permis une évaluation de la prévalence des tentatives de suicide. L'estimation de ce taux au cours du mois précédant l'enquête était de 0,7% de la population, chiffre élevé par rapport au nombre de tentatives prises en charge par le système de soins (presque 200 000 tentatives de suicide prises en charge par le système de soins français en 2002).

Neuf pour cent des femmes et 6% des hommes de 18 ans ou plus déclaraient dans la même enquête avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (Mouquet et al 2006).

En 2002, le nombre de tentatives de suicide ayant donné lieu à un contact avec le système de soins (médecin généraliste, services d'urgences ou hospitalisation directe) était évalué à 195.000. Les femmes ont été hospitalisées (court séjour aux urgences ou hospitalisation plus longue) pour tentative de suicide plus souvent que les hommes, jusqu'à 2,5 fois plus pour les 15-24 ans, et 2 fois plus pour les 45-74 ans.

On voit donc que les caractéristiques des personnes ayant fait une tentative de suicide (principalement des femmes et des jeunes personnes) diffèrent de celles des personnes effectivement décédées par suicide (une majorité d'hommes et de personnes de 65 ans ou plus).

- **<u>Données régionales</u>**

En 2008, 730 personnes sont décédées par suicide dans les Pays de la Loire (jusqu'à 900 si l'on considère que le nombre total est minoré de 20%) (ORS 2011).

Comme pour la France, il existe une surmortalité masculine de 75%.

La classe d'âge la plus concernée est de 35 à 54 ans, elle représente 41% des suicides. C'est cependant chez les 25-34 ans que la proportion de suicides parmi la totalité des décès est la plus importante.

Les Pays de la Loire font partie des régions françaises les plus touchées : 25 à 30% de surmortalité masculine par rapport à la moyenne nationale.

La prévalence des suicides a diminué entre 1991 et 2007 sauf en Vendée où la mortalité masculine a augmenté pendant cette période.

c) Le médecin généraliste face à la crise suicidaire

Une revue de la littérature mondiale menée en 2002 a montré que 70% des suicidants avaient eu recours à un professionnel de santé et que 45% des suicidés avaient rencontré un médecin généraliste en consultation dans le mois précédant leur tentative de suicide. Les trois quarts avaient été vus par un médecin généraliste dans l'année précédant le suicide (Luoma et al 2002).

Une enquête française menée en 2005-2006 a montré que 82% des suicidés et suicidants (acte suicidaire avec ou sans décès) inclus avaient eu recours à un médecin généraliste au cours du trimestre, 51% dans le mois et 17% dans les sept jours précédant le passage à l'acte suicidaire. Soixante-quinze pour cent des suicidés avaient consulté un médecin généraliste dans l'année (Turbelin 2008).

Une enquête belge montrait que 80% des patients ayant été hospitalisés aux urgences suite à une tentative de suicide avaient eu un contact avec un professionnel de santé (médecin généraliste dans 50%des cas) dans le mois précédent le passage à l'acte (De Gregorio et al 2006).

Le malade en souffrance psychique semble se tourner en premier lieu vers son médecin traitant lorsque ses capacités d'adaptation et de défense sont débordées. Celui-ci a donc un rôle incontournable dans la prévention du suicide.

Selon les recommandations de l'HAS (HAS, 2000), il est préconisé que le médecin généraliste ou l'intervenant médico-social sollicité par le patient en souffrance psychologique suive la démarche suivante :

- Repérage des éléments de gravité

- Écoute active de la souffrance

- Organisation d'un suivi spécialisé, et donc de la prise en charge thérapeutique

- **Identifier la crise suicidaire**

Les recommandations de l'HAS portent notamment sur l'évaluation du risque suicidaire au cours de la consultation de médecine générale (HAS, 2000). Les pistes évoquées pour améliorer cette évaluation sont de trois types :

1) Le renforcement de la formation des médecins généralistes concernant :

- Le repérage des éléments de gravité de la crise suicidaire
- L'écoute active de la souffrance psychique
- La préparation du sujet et de son entourage à un suivi spécialisé
- L'implication de la famille ou de l'entourage
- La collaboration avec les partenaires locaux (réseaux sanitaires et sociaux)

2) L'organisation d'une expérience de formation sur le modèle de Gotland en Suède :

Le renforcement de la formation de médecins généralistes permettrait une diminution du

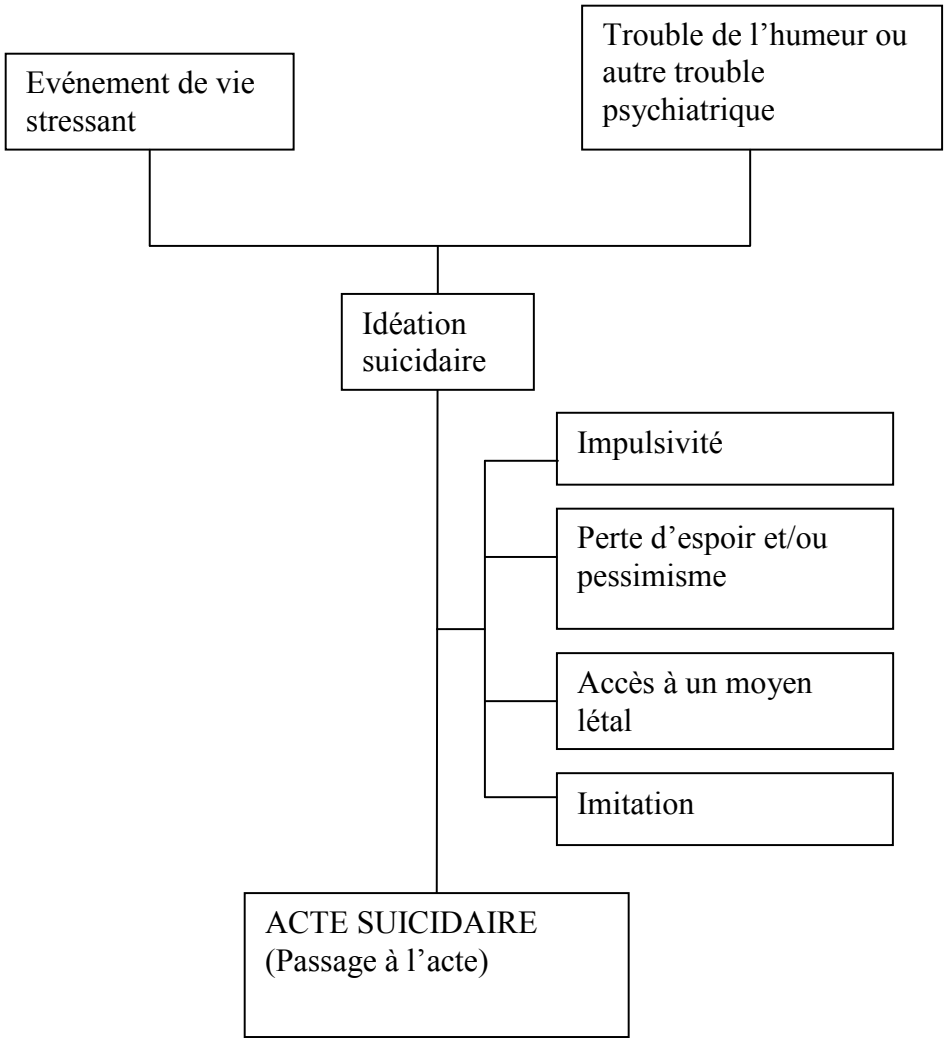
nombre de patients dépressifs et du nombre de décès par suicide (in Rutz et al 2007, in Gilbody et al 2003).

3) Le développement d'instruments d'aide à la décision spécifiquement destinés aux généralistes : échelles d'évaluation du risque suicidaire.

* L'échelle de désespoir de BECK est la plus classique (Beck et al 1974). La sensibilité est excellente. Elle comporte 20 items, et est en pratique difficilement utilisable en médecine générale en raison du temps imparti à chaque consultation qui semble souvent trop court pour une telle évaluation (15 à 20 minutes). Elle permet pourtant une bonne évaluation du pessimisme et indirectement du risque suicidaire (voir annexe IX-1).

* L'Echelle d'Evaluation du Risque Suicidaire de Ducher comprend seulement 10 items, elle a été validée pour évaluer de façon directe l'imminence d'un éventuel passage à l'acte (Ducher et al 2006) (voir annexe IX-2).

Un schéma de la crise suicidaire peut aider à comprendre ce phénomène complexe :



Schématisation de la crise suicidaire, repris de Mann et al 2005

- **<u>Evaluer la crise suicidaire</u> (HAS, 2000 ; Walter et al, 2003)**

Facteurs de risques :

De nombreuses études ont tenté d'identifier les facteurs de risque de la crise suicidaire et du suicide, chez des personnes atteintes de troubles psychiatriques ou indemnes, suicidantes (ayant fait une tentative de suicide), ou suicidées. Les résultats montrent qu'il y a peu de facteurs prédictifs du risque suicidaire à long terme, y compris dans les populations de patients hospitalisés dans les services de psychiatrie, qui semblaient à haut risque.

En effet, la majorité des personnes qui présentent des facteurs de risques suicidaires ne se suicident pas à l'acte et trouvent d'autres solutions.

Le suicide est par ailleurs un phénomène multi déterminé, résultant d'une intrication de facteurs biologiques, génétiques, psychologiques, sociologiques et environnementaux. C'est la multiplication des risques à un moment donné, dans un contexte donné, chez une personne fragilisée, qui peut conduire à cet état de crise psychique.

Un certain nombre de problèmes de santé mentale peuvent être à l'origine de comportements suicidaires (trouble dépressif, trouble bipolaire, alcoolisme, toxicomanie). Ce sont des facteurs de risque démontrés dans de nombreuses études. Cependant, une personne ne souffrant pas de tels problèmes peut aussi se suicider, et la majorité des personnes atteintes de ces maladies ne se suicideront jamais.

Une étude prospective française menée à Bordeaux sur 8 ans (Bioulac et al 1999) a montré que seuls deux facteurs prédictifs du suicide sont retrouvés de façon significativement plus fréquente chez les suicidés :

- les antécédents familiaux (au premier degré) de suicide ou d'hospitalisation en psychiatrie,
- l'impulsivité (définie sur des échelles telles que les échelles d'impulsivité BIS de Barratt ou d'impulsivité/non conformité de Chapman).

Dans une étude britannique menée à Manchester (Appleby et al 1999), les facteurs prédictifs de suicide retrouvés chez les patients souffrant de troubles mentaux et suicidés étaient:

- un antécédent d'autolyse,
- l'expression d'idées suicidaires avant le passage à l'acte.

D'autres études confirment l'importance de « la dynamique familiale dans la genèse du geste suicidaire » (Chastang et al 1997), c'est-à-dire les antécédents familiaux de suicides. Ceci est particulièrement vrai pour les suicidants récidivistes, et non plus pour les seuls suicidés.

On imagine alors pouvoir agir sur les facteurs de risque afin de diminuer le nombre de décès par suicide, ou d'entrée dans une crise suicidaire, et donc agir en prévention primaire ou secondaire. On considère ainsi que le suicide est un risque critique évitable.

Si on a montré que l'existence d'un ou plusieurs troubles mentaux et les antécédents personnels de tentatives de suicide augmentent jusqu'à dix fois le risque suicidaire, la multiplicité des possibles facteurs psychosociaux fait qu'il est aujourd'hui impossible de prédire cet événement, y compris dans une population à risque.

La notion de « facteurs de risque » est donc inadaptée à l'évaluation du risque suicidaire dans une population, mais ces critères souvent cités peuvent cependant être utilisées comme facteurs prédictifs à court terme au cours d'une crise chez un individu donné, ou facteurs de vulnérabilité :

- antécédent de tentative de suicide : comme le montre une revue de la littérature internationale, 15% des suicidants récidiveront à un an et 20-25% dans les années suivantes (Owens et al 2002)

- maladie psychiatrique chronique,

- sortie récente de l'hôpital,

- solitude,

- inactivité professionnelle,

- célibat.

- tendance dépressive.

Facteurs d'urgence :

Cela implique l'exploration de la probabilité d'un passage à l'acte imminent :

- le niveau de souffrance psychique (intensité du désespoir, sentiment d'impuissance, de dévalorisation)

- le niveau d'impulsivité,

- le degré d'intentionnalité (d'élaboration du « scénario suicidaire »),

- l'événement précipitant.

Facteurs de danger :

Le médecin évalue la dangerosité du scénario : la létalité et l'accessibilité du moyen envisagé pour le passage à l'acte suicidaire.

Facteurs protecteurs :

Ces facteurs de protection ont été beaucoup moins étudiés que les facteurs de risque. Ils sont pourtant importants à rechercher et à souligner :

- la qualité du support social et familial.

- la prise en charge thérapeutique.

- **<u>La prise en charge thérapeutique (du patient en crise suicidaire par le médecin généraliste)</u>**

Le passage à l'acte suicidaire n'est donc « pas corrélé au nombre d'items dans une liste de facteurs de risque, mais est un processus extrêmement dynamique » au bout d' « une chaîne causale qui a conduit au geste » (Vandevoorde et al 2009). Ceci explique la grande difficulté de la prévention du risque suicidaire, auquel le médecin traitant est pourtant souvent confronté, malgré la bonne connaissance des facteurs de risque.

C'est pourtant à ce moment que le médecin doit apporter une solution rapide et efficace, en accord avec le patient, ou contre sa volonté lorsque le risque lui semble trop important. Il va alors, après avoir évalué l'intensité de la crise, développer une stratégie thérapeutique adaptée.

Prise en charge ambulatoire par le médecin généraliste :

Une prise en charge ambulatoire par le médecin traitant est parfois possible, notamment lorsque la relation thérapeutique avec le patient est de qualité et lorsqu'une verbalisation des affects est possible.

Les modalités thérapeutiques sont discutées avec le patient, et le suivi de crise planifié en fonction de la gravité de la crise et la capacité du sujet à s'inscrire dans un projet de soins.

Prise en charge spécialisée (intervenant psychiatrique) :

Des études conduites en France auprès de médecins généralistes, mais aussi dans d'autres pays européens, montrent que la principale difficulté rencontrée dans ces moments est la possibilité d'utiliser les réseaux formels qu'ils connaissent pourtant bien (Aubin-Auger et al, 2008). Pour de nombreuses raisons, les relations entre médecins traitants et psychiatres restent parfois compliquées, comme nous le verrons plus loin. Le médecin inquiet face au patient suicidaire se sent parfois abandonné et impuissant, utilisant des réseaux informels ou personnels pour l'orienter ou l'aider.

La peur du patient de l'hospitalisation en psychiatrie est un élément qui ne peut être négligé, autre obstacle à une prise en charge optimale.

Quelles structures sont alors identifiées par le médecin comme recours possible devant une menace de passage à l'acte suicidaire, et quel en est le vécu ? (De l'étude conduite en Haute-Normandie et région parisienne par Aubin-Auger et al, 2008)

- Les hôpitaux psychiatriques : bonne structure en cas de proximité, mais sectorisation rigide, saturation des places, changements réguliers des praticiens.

- Les services d'urgence psychiatrique des CHU et CHG : rassurants et confortables pour adresser le patient, mais saturés, avec des attentes souvent longues et de fréquents transferts des patients. Le retour du patient vers le médecin traitant n'est pas forcément suivi de recommandations ou d'un suivi spécialisé.

- Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) : gratuits, mais souvent peu disponibles.

- Les cliniques psychiatriques : utiles en cas d'urgence différée, pas pour les urgences immédiates.

- Les psychiatres libéraux : ils sont parfois organisés pour les urgences (comme peuvent l'être les cardiologues) et sont plus disponibles si le patient est déjà connu. Parfois, il n'est pas possible d'entrer en contact avec eux (absence de secrétariat ou de répondeur téléphonique).

- Réseaux de soins (dont les psychologues libéraux) : sont informels et construits sur la pratique du médecin, ils sont peu visibles et vécus comme peu efficaces…

Une bonne coordination des soins face à une situation de crise, donc « critique », est nécessaire, lorsque le patient a « fait l'effort » de consulter son médecin et que celui-ci doit gérer une potentielle et angoissante issue fatale.

Comment peut-on améliorer la prise en charge de la crise suicidaire au niveau des soins de santé primaires (notamment en médecine générale) ?

Voilà la préoccupation de nombreux ministères qui ont tenté et tentent encore de trouver des solutions pour parvenir à diminuer de façon significative le nombre de suicidés. C'est cette même préoccupation qui a motivé la création de l'Equipe mobile de Prévention du Suicide, notre partenaire qui a contribué à la mise en place de la consultation spécialisée au sein du Pôle Santé de Clisson.

- **<u>Le suivi du patient suicidant</u>**

Une autre question est celle du suivi du patient après une tentative de suicide prise en charge à l'hôpital. Comme on l'a vu plus haut, un antécédent personnel de tentative de suicide augmente la probabilité d'un nouveau passage à l'acte (Owens et al, 2002).

Un audit clinique réalisé dans 76 établissements français sur la prise en charge des jeunes suicidants (sujets de 15 à 25 ans) a montré que l'évaluation de l'environnement, la

communication avec les partenaires extrahospitaliers (entourage, médecin traitant) et la préparation du suivi spécialisé étaient insuffisantes (Bouet et al, 2005).

L'HAS a rédigé en 1998 des recommandations pour la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. On y retrouve notamment les critères suivants, respectés dans moins de la moitié des cas de l'audit:

- Etablissement de contacts préalables à la sortie avec les intervenants extérieurs (avec l'accord du patient ou de ses tuteurs légaux) : milieu éducatif, sanitaire, scolaire ou professionnel.
- Rencontre des proches par le psychiatre au moins une fois pendant l'hospitalisation.
- Détermination des modalités d'un suivi ultérieur : fixer un rendez-vous de suivi en consultation spécialisée avant la sortie de l'hôpital.

La sortie, et le retour dans la vie quotidienne, peuvent être difficiles et doivent pour cela être préparés avec le médecin traitant qui sera l'interlocuteur médical de première ligne en cas de récidive de crise suicidaire.

B/ LE CONTEXTE

1/ L'organisation du système de soins en santé mentale

a) Le médecin généraliste : pivot des soins primaires

Le médecin généraliste français est depuis 2007 un médecin traitant désigné par le patient, avec un accord formel, signé par les deux parties. Son rôle est clairement celui du médecin référent, possédant les informations du dossier médical (mais qui est la propriété de son patient), et a un rôle central dans la prise en charge globale des patients. Il les adresse aux spécialistes lorsqu'il considère qu'il ne peut offrir les soins optimaux (rôle de « gate-keeper »).

Le patient souffrant de troubles psychiatriques peut contacter directement un psychiatre ou un psychologue sans être financièrement pénalisé. Des études montrent que le médecin généraliste est pourtant très souvent le premier professionnel de soins contacté par ces patients présentant des problèmes de santé mentale (DEPRES in Taleb et al 2006).

Les médecins généralistes travaillent pour la plupart en libéral, seuls ou dans des cabinets de groupe, voire des maisons de soins pluridisciplinaires qui restent rares en France.

Les médecins généralistes ont aujourd'hui une formation de trois ans, dont un stage obligatoire de 6 mois au sein d'un ou plusieurs cabinets de médecine générale.

Les stages en milieu psychiatrique ne sont pas obligatoires, ce que les rédacteurs du Plan de Santé Mentale, proposition de réformes pour améliorer les soins psychiatriques et de santé mentale (voir le contexte politique) souhaiteraient voir changer.

La formation post universitaire est obligatoire, mais les sujets abordés sont choisis par les participants eux-mêmes en fonction de leurs souhaits ou de leur difficultés.

Certains professionnels de santé mentale proposent des formations spécifiques pour le grand public ou pour tous les intervenants médico-sociaux sur la prévention du suicide.

Des enquêtes tenues auprès de médecins généralistes français ont montré qu'ils se plaignaient d'un manque de formation initiale (Trojak et al 2004, Ventelou et al 2005).

Ma formation de six mois au sein d'un hôpital psychiatrique (Montbert) m'a permis de découvrir des maladies, des personnalités, des techniques thérapeutiques que je n'avais pu appréhender jusqu'alors, me formant à la prise en charge de pathologie fréquentes en médecine générale telles que la dépression mais aussi de pathologies plus rares et plus inquiétantes ou déconcertantes pour un étudiant ou jeune médecin généraliste (psychoses, troubles bipolaires, syndromes hallucinatoires…). Les places dans ces stages sont rares et souvent convoitées par les étudiants de la faculté de médecine de Nantes, en raison de leur qualité et de l'importance de la pathologie psychiatrique en médecine générale.

b) Le système de soins de santé mentale : le service public

Depuis les années 1970, le service public français est sectorisé : les départements sont partagés en différentes zones (secteurs) dépendant d'un service hospitalier avec une équipe de soins déterminée. Il existe 16 secteurs homogènes de psychiatrie adulte d'environ 65.000 à 70.000 habitants en Loire-Atlantique (et 815 en France). Cette réforme devait permettre une centralisation des informations et une continuité des prises en charge des patients en fonction de leur lieu de domicile.

Certains pôles ne sont pas concernés par cette sectorisation, comme la pédopsychiatrie, l'addictologie, les soins pour les personnes en situation précaire, ainsi que les centres d'accueil de crise.

- **Les unités d'hospitalisation « de temps plein »**

Au sein de centres hospitaliers, les unités d'hospitalisation de différents secteurs sont regroupées. Pour le secteur de Clisson, c'est le pôle G08 avec deux unités au centre hospitalier spécialisé de Montbert.

Le première unité, dite « fermée », concerne les hospitalisations de courte durée, ou pour des patients nécessitant des soins et une surveillance rapprochés, ou une hospitalisation sous contrainte.

La seconde unité concerne des patients hospitalisés de façon plus durable et nécessitant une réadaptation à l'autonomie en vue d'une réinsertion ou en attente d'un lieu de vie adapté (famille d'accueil ou appartement thérapeutique par exemple).

Il y a quatre centres hospitaliers offrant des soins de psychiatrie en Loire-Atlantique :
- CHU de Nantes,
- CHS de Blain,
- Centre hospitalier de Saint-Nazaire,
- CHS de Montbert (qui sera localisé à Bouguenais en 2012).

- **Les unités d'hospitalisation de jour**

Elles sont le plus souvent au sein des centres hospitaliers. Elles permettent une prise en charge des patients pendant la journée, avec des activités d'évaluation, de diagnostic, de soins, avec des ateliers occupationnels et de réinsertion. Elles permettent une approche préventive, thérapeutique et de réadaptation sans les inconvénients, pour le patient, d'une hospitalisation classique.

Ces structures sont particulièrement intéressantes pour la médecine gériatrique et la pédopsychiatrie ; les patients âgés et les enfants sont en effet sensibles à la rupture avec leur milieu de vie, situation qui peut défavoriser un soin de qualité.

Le CHS de Montbert possède dix hôpitaux de jour.

- **Les Centres Médico-Psychologiques (CMP)**

Ce sont des centres situés dans les villes, distincts des établissements hospitaliers. Il y a un CMP par secteur. Ils permettent une activité de consultation, de visites à domicile, et d'ateliers thérapeutiques. Ce sont les pivots de l'action extrahospitalière psychiatrique.

L'équipe est composée de psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques, assistants sociaux et parfois d'éducateurs. Tous types de patients y sont pris en charge, adressés par un psychiatre, par leur médecin traitant ou venant spontanément.

Les secteurs dépendants du CHS de Montbert sont au nombre de neuf, cinq d'entre eux sont ouverts 7 jours/7. Le CMP dépendant du pôle G08 est situé à Clisson.

Ces centres de consultation tiennent une place importante en soins primaires. Ce sont les « premiers lieu de référence et d'implantation de l'équipe polyvalente de secteur dans l'arrondissement, la ville, le village, le canton » (Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, 1987).

Ils ont l'avantage d'une activité consultative remboursée en partie par l'Assurance Maladie dans des villes qui peuvent être à distance des métropoles. Ils sont malheureusement de plus en plus sollicités et les délais de prise en charge des patients s'allongent.

- **Les Centres d'Accueil et de Crise**

Ce sont des centres situés principalement dans les grandes villes. Il permettent un accueil sans rendez-vous, pour les soins ou l'orientation de personne en état de crise psychique. Ils sont une alternative aux services hospitaliers d'urgence psychiatrique.

Les consultations y sont gratuites, souvent tous les jours et 24 heures sur 24.

Certains centres proposent une hospitalisation courte.

Le CAPSI, Centre d'Accueil Psychologique Intersectoriel, est un modèle de centre d'accueil et de crise. Situé à Rezé, ville en périphérie sud de Nantes, il permet une prise en charge de personnes en souffrance morale de l'ensemble de la région Sud Loire (mais il n'est pas strictement sectorisé). On peut s'y présenter sans rendez-vous. Il propose un accueil téléphonique 24h/24. Sa mission est d'aider et d'orienter des personnes en crise. Il n'est pas ouvert en permanence et ne possède pas de lits d'hospitalisation, il peut cependant permettre

une hospitalisation en urgence dans un des centres hospitaliers spécialisés après évaluation du patient.

c) le système de soins de santé mentale : les services privés ou libéraux

- **Les cliniques privées**

Plus de 150 cliniques privées, conventionnées ou non, prennent en charge des patients atteints de troubles psychiatriques pour des consultations ou des hospitalisations « libres », c'est-à-dire de plein gré du patient et sans sectorisation. Elles proposent ainsi des hospitalisations de jour, de crise, en post- cure et parfois de longue durée.

Il existe en Loire-Atlantique :
- une clinique à Nantes,
- une clinique à Guérande (au Nord du département),
- un foyer thérapeutique à Saint-Herblain (ville de l'agglomération nantaise)

- **Les psychiatres libéraux**

Les psychiatres « libéraux » sont des médecins spécialisés, exerçant une activité libérale de soins psychiatriques. Ils ne sont pas soumis à la politique de sectorisation.

Ils peuvent dispenser des traitements médicamenteux ou de type psychothérapeutique, pris en charge la plupart du temps par les Assurances Maladie.

Ils sont surtout installés au sein des grandes agglomérations (Nantes ou Saint-Nazaire par exemple). En 1998, 80% des psychiatres libéraux de Loire-Atlantique étaient installés dans l'agglomération nantaise, soit une centaine de médecins (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998).

- **Les psychologues libéraux**

Les psychologues exerçant une activité libérale sont installés de façon plus dispersée dans toute la Loire-Atlantique, dans les grandes agglomérations et dans des villes plus rurales.

Il y a une trentaine de psychologues à Clisson et dans ses alentours (sur un rayon de vingt kilomètres).

Les prestations de ces praticiens ne sont pas remboursées par les Assurances Maladie, ce qui ne permet pas aux patients aux revenus les plus faibles d'y avoir accès.

2/ Le contexte local

a) Le Pôle Santé de Clisson

La consultation avancée a été mise en place au sein d'un pôle santé pluridisciplinaire, regroupement de professionnels de santé. Ce pôle a été créé en avril 2007 à Clisson, ville de Loire-Atlantique située à 30 km an Sud-est de Nantes, au sein d'un bassin de vie de 80 000 habitants.

Il regroupe à ce jour :
- 5 médecins généralistes, un médecin généraliste remplaçant régulier,
- 1 laboratoire d'analyses biologiques avec un médecin biologiste,
- 9 kinésithérapeutes,
- 2 ostéopathes,
- 4 dentistes,
- 3 orthophonistes,
- 1 diététicienne,
- 2 infirmières diplômées d'état,
- 3 podologues.

Le Pôle n'avait jusqu'alors pas bénéficié de l'adhésion d'un professionnel de soins de santé mentale (psychologue par exemple), malgré le souhait initial des médecins.

b) L'Unité de Prévention du Suicide (Annexe II)

Les intervenants de santé mentale appartiennent à l'Equipe ambulatoire de Prévention du Suicide.

L'Unité de Prévention du Suicide a été créée en 2002. Elle est au sein de la Fédération de Santé Publique du Centre Hospitalier Spécialisé de Montbert.

La Fédération de Santé Publique regroupe trois pôles :
- Pôle Alcoologie / Addictologie dirigée par le Dr Pascale CHAUVIN-GRELIER
- Pôle Précarité
- Pôle Prévention du suicide, dirigé par le Dr Kahina YEBBAL

L'action du pôle Prévention du Suicide est ambulatoire et intersectorielle pour le territoire Sud de la région nantaise.

Sa mise en place répond à la demande gouvernementale d'action face au suicide, ses missions étant :

- la sensibilisation de la population à la problématique de la souffrance psychologique et du suicide ;

- le soutien aux patients, familles et professionnels face aux questions du risque suicidaire, du suicide et du deuil ;

- la mise en place de programmes communautaires, en collaboration avec les intervenants des soins primaires, directement au contact des populations.

Ont ainsi été mis en place entre 2003 et 2009 :

- des consultations spécialisées pour les familles confrontées à la crise suicidaire d'un proche, pour les endeuillés et pour l'expertise des troubles de l'humeur,

- des groupes d'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de dépression chronique,

- des formations pour les médecins généralistes et autres intervenants médicosociaux sur la crise suicidaire,

- des groupes de paroles pour les personnes en crise suicidaire hospitalisées au centre hospitalier de Montbert.

Cette équipe regroupe :
- un médecin psychiatre : Dr Kahina YEBBAL,

- une psychologue : Mme Elise AVIET,

- 3 infirmiers psychiatriques : Mme Nadine BOSQUE, intervenant au Pôle Santé, Mme Françoise LESIMPLE et M. Cyprien ANROCHTE,

- une assistante sociale : Mme Estelle NICOLAS.

c) <u>La mise en place de la collaboration</u>

- **<u>La rencontre de deux motivations</u>**

Le projet de collaboration sur le pôle santé de Clisson a d'abord été possible grâce à la motivation et au désir de travailler ensemble des soignants. La réussite d'une collaboration est en effet directement liée à la volonté commune et à la reconnaissance du travail de l'autre.

Un des objectifs de la Fédération de Santé Publique est de travailler en dehors de l'hôpital et des structures déjà existantes. Lorsque l'équipe a été contactée par les médecins de Clisson à propos d'un projet de collaboration, elle a rapidement pu le faire coïncider avec ses désirs de pratique au cœur du système des soins primaires, en amont du réseau psychiatrique publique classique.

Un projet d'un autre type avait déjà pu voir le jour en 2004 à Vallet, ville située à 10 km de Clisson.

- **L'expérience collaborative mise en place à Vallet (annexes II-10, II-11)**

Un projet de collaboration pour la prévention du suicide a été mis en place dès 2004 à la demande des élus de la ville de Vallet, commune située à une dizaine de kilomètres de Clisson.

Un groupe de prévention du suicide (GPS) composé de volontaires s'engageant à former la population au dépistage des conduites et du risque suicidaire a été formé par des professionnels de santé de la Fédération de Santé Publique du CHS Montbert, de la Mutualité et de professionnels libéraux.

La formation est celle mise en place par le GRSP (Groupe Régional de Prévention du Suicide) sur le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire.

Des réunions mensuelles ont été organisées dans différentes communes, en présence du maire, afin de sensibiliser la population à ce sujet.

Au moins une trentaine de personnes ont été formées.

La deuxième étape a été la mise en place une cellule d'écoute avec permanence téléphonique pour des personnes en mal-être qui peuvent alors bénéficier de contacts téléphoniques ou de rencontres.

Un des prochains objectifs est l'apport de soutien aux personnes endeuillées.

3/ Le contexte politique

a) Plans d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale

Cette mission a été confiée en 2003 au Dr Philippe Clery-Melin, médecin psychiatre Chargé de Mission auprès de Monsieur Jean-François MATTEI, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, en vue de la réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale.

Une distinction a alors été apportée aux concepts de psychiatrie et de santé mentale :

- la psychiatrie : « partie de la médecine qui étudie et traite les maladies mentales, les troubles pathologiques de la vie psychique. » (Le Robert Quotidien 1996).

- la santé mentale : concerne le vaste domaine de la souffrance psychique, la prévention et la promotion d'un « bon » état de santé (santé mentale positive), et non plus seulement des maladies mentales.

Les discussions ont porté sur :

- La redéfinition des missions de la psychiatrie dans tous ses modes d'exercice.

- La meilleure accessibilité à une réponse adaptée et efficace pour les problèmes psychiatriques et de santé mentale.
- L'amélioration de la formation des intervenants de ces champs.

Le plan d'action a ensuite été rédigé selon ces axes prioritaires (citations adaptées de « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, rapport d'étape, 2003 ») :

- Réorganiser l'offre de soins de première ligne (avec les médecins généralistes et les psychologues pour un accès aux psychothérapies) et sensibiliser le public à la prévention en santé mentale et au bon usage des soins (information, actions de prévention et de promotion).

- Réduire les inégalités de l'offre de soins en psychiatrie (réduire les disparités géographiques par une meilleure coordination public/privé et sanitaire/médico-social), donner un cadre propice à l'efficience, la proximité et la souplesse des soins, aidé par des leviers d'actions innovants (rôle pivot du CMP; permanence de l'offre de soins, continuité des soins et réinsertion grâce à des partenariats multiples et des moyens matériels).

- Mieux dépister et mieux traiter les troubles psychiques des enfants et des adolescents, promouvoir leur santé mentale.

- Doter la santé mentale d'un cadre spécifiquement adapté à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées.

- Réformer l'espace médico-judiciaire, en réaffirmant les droits des malades, et en réactualisant certaines dispositions de la loi du 27 juin 1990 (hospitalisations sous contraintes) et en optimisant la prise en charge psychiatrique des personnes sous main de justice.

- Développer la démarche qualité et les actions de formation dans tous les secteurs de la psychiatrie et de la santé mentale en initiant l'évaluation des pratiques.

- Développer la recherche en psychiatrie.

Le premier point de ce plan d'actions concerne directement le médecin généraliste et l'offre de soins de première ligne, dans la prise en charge du patient atteint de maladie mentale ou en souffrance psychique. L'accent est mis sur la nécessité de favoriser l'accès au soin, et en particulier l'accès aux psychothérapies et de développer la prévention, objectif qui est le cœur du projet de la consultation avancée, sujet de notre étude.

La coordination public/privé est un autre aspect de notre collaboration qui rentre dans les objectifs du Plan de Santé Mentale.

b) Les stratégies d'action régionales et nationale d'action face au suicide

Les années 1990 ont permis une prise de conscience de la nécessité de développer des actions préventives pour le suicide qui devenait alors un événement évitable à condition de mettre suffisamment de moyens en place. Nous décrivons ici les actions nationales et internationales des vingt dernières années pour la prévention du suicide.

- **Stratégie Nationale d'Action face au Suicide (2000-2005)**

Suite aux recommandations faite par l'OMS en 1989 et au développement de programmes de prévention dans plusieurs pays européens, le gouvernement français a mis en priorité nationale de santé publique la prévention des conduites suicidaires, élaborant une stratégie nationale d'action face au suicide présentée au gouvernement le 19 septembre 2000.

Les objectifs principaux étaient d'aider les personnes en souffrance psychique, d'accompagner des jeunes et leurs familles, d'améliorer les pratiques professionnelles, de coordonner les différents acteurs de soins et les interventions et d'améliorer l'information du public et des professionnels.

Cette stratégie nationale a surtout suscité une prise de conscience de l'importance de la prévention du suicide, avec comme postulat que le suicide est une cause de mortalité évitable, et est donc accessible à la prévention.

Elle s'est étalée sur 5 ans, et comportait 4 axes principaux :

- l'amélioration de la prévention du suicide par un dépistage accru des conduites suicidaires,
- la diminution de l'accès aux moyens de suicide les plus létaux,
- l'amélioration de la prise en charge des personnes en mal-être, des suicidants et de leurs proches,
- une évaluation épidémiologique de la situation.

En 2006, une évaluation du bilan du plan d'action a été réalisée.

Les actions mises en place ont été de trois types :
- formations aux personnes ressources,
- audits cliniques, pour l'amélioration de la prise en charge hospitalière des personnes en crise suicidaire,
- création de répertoires d'acteurs locaux pour référencer l'ensemble des acteurs intervenant sur la problématique du suicide, à l'intention des professionnels et du public.

La mobilisation des acteurs a été forte au départ, puis a décru à partir de 2002, en raison de changements de priorité des institutions. On a cependant vu un renforcement significatif de la mobilisation dans les régions déjà sensibilisées, et ayant des plans d'actions de santé publique.

Les discussions ont montré que les médecins généralistes ne s'impliquaient pas suffisamment dans la prévention du suicide. Ceci pouvait être expliqué par différentes raisons :

- le manque de temps et la difficulté de suivre les formations en raison de modalités pratiques (durée, non rémunération, horaires…)
- le désintérêt de certains praticiens pour les questions psychiatriques
- une insuffisance de formation initiale

- **<u>Programme national de lutte contre la dépression (2005-2008)</u> (Taleb et al, 2006)**

Un Plan de Santé Mentale de lutte contre la dépression a été mis en place sur la période 2005-2008, afin de poursuivre les actions prévues dans la stratégie de prévention du suicide (axe 4 .1 : Dépression et suicide).

Il comprenait 5 axes :

- l'information du grand public sur la dépression et les traitements,
- l'amélioration du dépistage et de l'identification diagnostique,
- l'amélioration des stratégies de prise en charge thérapeutiques,
- la standardisation des mesures de prévention des récidives dépressives et de la chronicisation,
- la recherche et l'évaluation su la dépression et son traitement.

Une attention plus particulière a par ailleurs été portée aux populations considérées comme vulnérables : personnes âgées, jeunes homosexuels, personnes détenues, personnes souffrant d'addictions, proches des victimes de suicides.

- **<u>Les Plans Régionaux de Santé Publique (2006-2009)</u>**

Notre région est impliquée depuis la fin des années 1990 dans la prévention du suicide. Des actions préventives existaient en effet sur le plan régional avant la mise en place des Plans Régionaux de Santé Publique, avec un programme de santé initié par la DRASS des Pays de La Loire en 1997, nommé « suicides et tentatives de suicide » (de 1998 à 2002). La stratégie nationale a permis la pérennisation des actions en ce sens.

Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) a mobilisé de nombreuses personnes, avec la réalisation de multiples actions sur différents plans :

- <u>observation</u> : état des lieux sur le suicide en pays de la Loire (par l'ORS, Observatoire Régional de Santé)

- <u>Information et communication</u> : exemple de la conférence européenne sur le suicide des jeunes organisée à Nantes en septembre 2000

- <u>formation</u> : au repérage et la gestion de la crise suicidaire par les professionnels depuis 2002

- accès à la prévention et aux soins : création en 2003 de la fédération de santé publique au CHS de Montbert

- éducation pour la santé : depuis 2001, mise en place par l'association Recherche et Rencontre de groupes de paroles pour personnes endeuillées

- amélioration de la qualité de vie : dispositifs d'écoute en direction de différents publics en difficulté.

Les conclusions des experts montraient qu'une stratégie régionale était plus adaptée qu'une stratégie nationale, et qu'il était d'autant plus aisé de renforcer des mesures déjà mises en place localement. Ceci a été facilité par l'octroi de compétences supplémentaires aux régions, par le biais de conférences de santé régionales, les GRSP (Groupements Régionaux de Prévention de la Santé).

Le GRSP de Loire Atlantique a été le premier créé en France (31 mars 2006). Il avait pour fonction de mettre en pratique le Plan Régional de Santé Publique (PRSP).

Le PRSP a pour finalité un renforcement des mesures préventives, et une diminution des inégalités d'accès à la prévention et aux soins. Des formations de professionnels ont été mises en place, l'accent a été mis sur la nécessité de communiquer avec les familles en souffrance, et d'informer la population.

La Fédération de Santé Publique de l'hôpital de Montbert, Loire-Atlantique, a bien sûr bénéficié des ces politiques régionales.

- **Programmes nationaux de prévention du suicide à l'étranger**

Depuis 1984, l'OMS a mis l'accent sur la nécessité de renverser la tendance à l'augmentation des suicides dans le monde.

Il apparaît clairement qu'il n'y a aucun pays, ni aucune époque qui n'échappe au suicide, même si certaines statistiques locales (en Egypte par exemple) ne font état d'aucun suicide (WHO 2002). Ceci est probablement à mettre en rapport avec la mode de recueil des statistiques mais aussi avec le tabou et les croyances qui font du suicide un événement que l'on préfère ne pas évoquer.

En 1989, L'OMS recommandait à tous les états membres de développer un programme national de prévention du suicide, en lien avec les autres programmes de santé publique existant dans le pays.

Les démarche une vision différenciée dans chaque pays du phénomène suicidaire, parfois traité comme une maladie, parfois comme un processus de crise complexe, et de définitions de la notion de prévention.

EN EUROPE

En 2003, dix pays européens (la Finlande, la Norvège, la Suède, le Danemark, l'Estonie, l'Ecosse, l'Angleterre, l'Allemagne, la France et la Slovénie) avaient écrit et appliqué un programme de prévention du suicide.

La Finlande : la référence de tous les programmes

Le projet, antérieur aux autres programmes européens, a été mis en place d'après les recommandations de l'OMS de 1984 (« La santé pour tous en l'an 2000 ») et a été financé par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, sous la direction du centre national de recherche et de développement pour le bien-être et la santé.

La stratégie s'est déroulée en quatre phases :

- De 1986 à 1991 : une analyse par autopsies psychologiques des suicides de l'année 1987, avec identification des groupes de population cibles et les facteurs de risque en population générale.

- En 1992 : création d'un programme d'actions pour la prévention du suicide.

- De 1992 à 1996 : mise en place du programme.

- En 1997-1998 : évaluation des mesures prises.

Ce programme s'appuie sur une logique interventionniste de santé publique, faisant coopérer tous les acteurs à leur niveau et s'appuyant sur des organismes locaux déjà impliqués dans des politiques de prévention. Le projet a été appliqué dans l'ensemble du pays, intégré dans le secteur public de santé. L'accent a été mis sur le soutien dans les situations de crises suicidaire, la reconnaissance des facteurs de risque et le renforcement des facultés pour faire face aux événements difficiles à gérer (« coping »).

C'est la première stratégie aussi complète et vaste à avoir été menée en Europe, ce qui en fait une référence.

Nous reprenons les résultats de l'évaluation dans la troisième partie (« évaluation des mesures »).

La Norvège

Dès 1989, un premier programme a vu le jour : il visait à l'augmentation de l'attention des politiques et administratifs sur les facteurs de risque associés au suicide, donnait des directives vers les services de santé et le service social, favorisait une coopération avec les médias, des programmes d'éducation en suicidologie pour les professionnels, et le développement de la recherche et de la mise en réseaux des organisations existantes.

De 1994 à 1998, un programme plus interactif (National Plan for Suicide Prevention) a été élaboré par the Norwegian Board of Health, organisme prenant en charge l'organisation et la supervision de la santé, des services sociaux et du bien-être des enfants. Il reprend le modèle de collaboration mis en place dans la ville de Baerum entre municipalité et milieu

hospitalier, optimisant la prise en charge des suicidants hospitalisés, dès leur arrivée dans le service jusqu' à leur retour dans leur milieu de vie.

Aujourd'hui, la politique de prévention se concentre autour des groupes dits « à risque » (enfants, adolescents, personnes âgées, homosexuels, endeuillés).

La Suède : améliorer le traitement de la dépression

En 1996, la Suède a mis en place un premier plan issu du modèle d'interaction de la Norvège.

Puis elle a développé une nouvelle stratégie basée sur cette hypothèse : l'amélioration du dépistage et du traitement de la dépression dans la population permettrait de diminuer le nombre de suicides. En effet, selon l'expérience faite sur l'île de Gotland où les médecins généralistes ont reçu une formation sur le diagnostic et le traitement de la dépression, on a noté une diminution de 60% de la mortalité par suicide.

Ces résultats ont par la suite été débattus, notamment au cours du 9ème Symposium européen sur le « suicide et comportement suicidaire ». Les excellents résultats de cette expérience ne sont retrouvés dans aucune des études similaires et seraient liés à un biais de taille de population qui était très faible. Il faut enfin souligner que les résultats se sont inversés quelques années après l'arrêt de la formation des médecins, montrant une nouvelles limite : les effets ne sont pas durables et un changement d'organisation plus profond semble nécessaire.

La Grande-Bretagne

En raison de la politique de décentralisation, l'Angleterre et l'Ecosse ont mis en place des programmes différents.

Le programme anglais (National Suicide Prevention Strategy) a vu le jour en 2002, dirigé par The National Institute, et présentant six objectifs principaux :

- diminuer le risque suicidaire dans les groupes à risque,
- promouvoir la santé mentale dans la population,
- diminuer l'accessibilité et la létalité des moyens de suicide,
- améliorer la façon dont les médias rapportent les suicides,
- augmenter la recherche,
- optimiser la surveillance de l'évolution des actions en prévention du suicide.

Le programme écossais, se nommait « Choisir la vie : une stratégie d'action et un plan pour prévenir le suicide en Ecosse ». Les objectifs étaient similaires à ceux de l'Angleterre.

Les Pays-Bas

La première décision du gouvernement hollandais fut de ne pas avoir de stratégie nationale mais d'encourager les corps professionnels à assumer leurs responsabilités et à développer les procédures de prévention du suicide grâce à des formations et des subventions.

Il a ensuite modifié sa position et décidé de rédiger un plan national de prévention du suicide.

Le Danemark

Les recommandations datent de 1998 et concernent trois niveaux de prévention :
- la prévention centrée sur l'individu et le processus suicidaire,
- la prévention centrée sur les facteurs de risque et les groupes à risque,
- la prévention générale délivrant des informations pour améliorer la qualité de vie.

Ce programme national était prévu pour 5 ans, parallèlement à des programmes régionaux.

L'Allemagne

L'Allemagne a mis en place deux stratégies :

1) L'Alliance contre la dépression : inspirée de l'expérience de Nuremberg, c'est une initiative régionale qui comporte quatre niveaux :
- L'optimisation des soins primaires dont la collaboration avec les médecins généralistes
- Une campagne de relation publique afin de ne plus stigmatiser la dépression
- La coopération avec les enseignants, infirmiers, prêtres, pharmaciens, policiers
- Une ligne téléphonique ouverte 24h/24

2) Le programme national de prévention du suicide, en 2003, qui définit les groupes à risque suicidaires et les mesures applicables.

DANS LE RESTE DU MONDE

L'Australie:

La stratégie australienne a d'abord été tournée vers les jeunes avec publication par le Commonwealth Department of Health and Ages Care en 1995 d'un programme très complet, la stratégie de prévention du suicide des jeunes (Mitchell P., 2000)

La Nouvelle-Zélande

La stratégie néo-Zélandaise a été publiée en 1998 et s'intitulait « Youth Suicid Prevention Strategy ». Elle concernait la prévention du suicide des jeunes (adolescent et jeunes adultes).

Un nouveau programme a été mis en place en 2006 pour 10 ans. Comme pour les autres pays, l'approche est multifactorielle et, dans le cas particulier de ce pays, multiethnique.

Les Etats-Unis

Le « US Surgeon General's Call to Action to Prevent Suicide » a été établi en 1999, donnant une quinzaine de recommandations et énumérant les facteurs de risque et de protection du risque suicidaire.

Suite à la rédaction de ce document, la collaboration de chercheurs, médecins, suicidants a mené au développement de la stratégie nationale pour la prévention du suicide publiée par le Département de la Santé et des Ressources Humaines en 2001.

Le Canada et le Québec

Le Canada est un pays où l'accent a été mis de façon importante sur la prévention du suicide. De nombreux projets ont vu le jour dans les différentes régions, avec un investissement pourtant faible et des résultats décevants notamment au Québec (Mishara 2003). Cet auteur explique cet échec par le manque de volonté du gouvernement québécois et de croyance de la population selon laquelle le suicide est presque une fatalité.

L'état Canadien a pourtant mis en valeur des actions de prévention du suicide en créant l'Initiative Canadienne de Collaboration en Santé Mentale (CCMHI) qui apporte depuis 2005 des documents très élaborés, basés sur les expériences multiples et internationales, offrant une « trousse d'outils » pour favoriser la travail en collaboration entre soins primaires et milieu psychiatrique (CCMHI 2005, 2006).

SUR LE PLAN INTERNATIONAL

Il existe depuis les années 1960 une association internationale pour la prévention du suicide, l'IASP (International Association for Suicide Prevention), pour guider et coordonner les actions des différents pays.

Elle a pour but:

- « la prévention des comportements suicidaires,
- l'allègement de ses comportements,
- la création d'un lieu d'échange pour les chercheurs, professionnels la santé mentale, intervenants crise, bénévoles et endeuillés par suicide du monde entier. »

Elle organise des rencontres telles que la journée mondiale de prévention du suicide, des groupes de travaux et des congrès.

- **L'évaluation des programmes étrangers**

(Batt 2003, Australian Government 2006)

Une évaluation a été réalisée dans différents pays, en observant les taux de suicide cinq années avant et après la mise en place des programmes.

L'analyse de ces taux dans la population totale (adolescents et adultes) a montré des résultats plutôt décevants :

- en Australie : le taux de suicide des femmes australiennes a augmenté,

- en Finlande : la tendance à augmenter s'est inversée, donnant des résultats satisfaisants, avec une diminution de 20% du taux de suicide,

- en Norvège et Suède : il y avait une tendance à la diminution du taux de suicide avant la création de plans de prévention, et on note plutôt une stabilisation après sa mise en place (diminution moins forte des taux),

- A Nuremberg en Allemagne : l'Alliance contre la dépression aurait permis une diminution de 25% des suicides et 21% des tentatives de suicide

La réussite de la mise en place d'une politique de prévention telle que celle du suicide demande une organisation dépendante de nombreux facteurs :

- une volonté politique,
- l'orientation à partir de valeurs partagées,
- les objectifs clairement exprimés,
- la coordination des actions,
- l'organisation de la coopération entre intervenants,
- un budget,
- des travaux de recherche,
- une évaluation,
- et un temps imparti à ces tâches qui peut être important.

Les principales actions pouvant participer à la réussite du projet, retrouvés de façon assez homogène dans les différents pays, et qui nécessitent d'être en synergie pour être potentialisées :

- la formation intensive des intervenants médicaux et psychosociaux en dépistage et prévention du suicide,
- formation et mise en réseaux des éducateurs, prêtres et autres acteurs du culte,
- éducation et formation du grand public,
- campagnes de prévention auprès des jeunes,
- augmentation des services téléphoniques et
- augmentation des aides psychothérapeutiques en prévention du suicide.

Ces interventions simultanées sur plusieurs niveaux augmentent les chances de succès.

Une revue systématique des différentes stratégies mises en place et de leurs résultats a finalement été menée en 2005 par des experts de quinze pays à travers le monde Man et al 2005). La conclusion était la suivante : la prévention du suicide est possible grâce à la formation des médecins et professionnels de santé et par la diminution de l'accès aux moyens létaux. Les autres stratégies (éducation du public, programmes de dépistage et information des médias) nécessitent plus d'investigations avant de pouvoir les reconnaître comme moyens efficaces dans la prévention du suicide.

c) La loi HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire : « Une loi à la croisée de nombreuses attentes »

Cette loi, adoptée en juin 2009, est un projet d'organisation sanitaire qui a pour missions :

- la modernisation des établissements de santé, en améliorant leur fonctionnement, la qualité de la prise en charge et de la sécurité des soins, les outils de coopération entre établissements et leur performance.

- l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, en respectant la liberté d'installation des professionnels libéraux. Cela implique une meilleure répartition des médecins, et une optimisation de la coordination, de la qualité et de la permanence des soins.

- la prévention et la santé publique, érigées en politique nationale. Elles concernent la prévention des facteurs de risques, des complications et des rechutes des maladies chroniques et des cancers par l'éducation thérapeutique et par des mesures restrictives (concernant la consommation d'alcool et de tabac).

- l'organisation territoriale du système de santé. C'est la création des ARS, Agences Régionales de Santé, pilotes des systèmes de santé en région. Ces interlocuteurs uniques se substituent aux 7 structures qui étaient en place :
    - ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation),
    - DRASS et DDASS (Directions Régionale et Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales)
    - URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie)
    - GRSP (Groupements Régionaux de Santé Publique)
    - MRS (Missions Régionales de Santé)
    - CRAM (Caisse Régionale d'Assurance maladie), dans son volet sanitaire.

  Leurs missions concernent le pilotage de la santé publique et la régulation de l'offre de santé, dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social.

  Il y a par ailleurs création d'un nouvel outil de représentativité des professionnels de santé libéraux, les URPS (Unions Régionales des professionnels de Santé), qui remplacent les URML (Union Régionales des Médecins Libéraux).

Cette loi tend à réorganiser le système de soins de santé français, en regroupant les instances dirigeantes du milieu hospitalier public et des intervenants libéraux, afin de coordonner au mieux les soins de première ligne, et de favoriser les collaborations

interprofessionnelles. Un effort est par ailleurs fait pour privilégier les pratiques centrées sur la prévention.

Ces deux derniers éléments (collaboration interprofessionnelle et prévention en soins de première ligne) sont à la base du projet de consultation avancée décrit dans notre étude.

C/ REVUE DE LA LITTERATURE : COLLABORATIONS ENTRE MÉDECINS GENERALISTES ET EQUIPES DE SANTÉ MENTALE EN SOINS PRIMAIRES

1/ Modèles de collaboration

MODÈLES DECRITS DE PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

Différents modèles de prise en charge des maladies psychiatriques courantes en médecine générale, telles que la dépression, sont décrits dans la littérature :

a) La première classification de Williams & Clare, existant depuis 1981

- **Le modèle de substitution : (replacement model)**

Le médecin spécialiste voit directement le patient sans avoir été sollicité par un médecin généraliste, et prend entièrement en charge le soin de la pathologie. Ce modèle est toujours présent en France, puisque la consultation psychiatrique est possible et remboursée sans référence par le médecin traitant.

- **Le modèle de référence : (the increased-throughput model)**

Le médecin adresse le patient à un spécialiste

- **Le modèle en collaboration : (the consultation-liaison model)**

Le médecin généraliste reste gestionnaire du soin, en liaison ou collaboration avec les professionnels de santé mentale.

Ce modèle peut prendre plusieurs formes :

- Modèle intégré :

Un ou plusieurs intervenants psychiatriques (infirmiers ou psychologues) sont intégrés à l'équipe de soins primaires, au sein d'une maison médicale par exemple, ou d'un pôle santé, avec des fonds communs, et sont alors attachés à cette équipe. Ce modèle est fréquemment représenté au Royaume-Uni par exemple.

- Modèle du « co-emplacement » :

Le psychiatre, l'infirmier ou le psychologue partage les locaux de soins primaires, en restant indépendant notamment financièrement. Ce rapprochement géographique permet des rencontres informelles plus fréquentes.

- modèle de « tri » :

Un soignant attaché, souvent infirmier, voit tous les patients adressés au spécialiste pour « trier » les patients. Les consultations se déroulent sur le lieu d'exercice du médecin généraliste.

- Modèle de consultation-liaison :

Des cas de patients qui pourraient être référés sont discutés avec le psychiatre qui rencontre les médecins généralistes régulièrement sur leur lieu de travail. Cela permet d'éviter la consultation spécialisée, au médecin d'avoir un avis et des conseils de façon plus précoce et de poursuivre la prise en charge au sein du cabinet de soins primaires.

Une autre variation de ce modèle est celle de consultants spécialisés, souvent infirmiers, qui rencontrent les patients adressés par le médecin généraliste sur le lieu des soins de santé primaire. Les soignants non médecins peuvent alors mettre en liaison les cabinets de soins de médecine générale et les soignants spécialisés, facilitant la référence. Contrairement au modèle du tri, tous les patients ne sont pas évalués par ces soignants, seulement ceux qui ne peuvent être directement adressé au psychiatre ou posant des problèmes diagnostiques en dehors du contexte d'urgence vitale. Ce modèle est celui repris pour la consultation avancée au Pôle Santé de Clisson.

Les deux premiers modèles (substitution et référence) ont été largement utilisés depuis plusieurs dizaines d'années au Royaume-Uni par exemple, et ont montré beaucoup de limites.

Le modèle de consultation-liaison, qui tend à être développé dans de nombreux pays, a plusieurs avantages :

- optimiser la communication entre professionnels autour d'un patient,
- améliorer les compétences du médecin généraliste qui est directement en contact avec les spécialistes,
- élargir les possibilités d'intervention : médecins psychiatres mais aussi professionnels de santé tels que psychologues ou infirmiers, mais aussi travailleurs sociaux,
- faciliter l'accès aux soins notamment pour les zones rurales,
- rentabilité financière en délégant les soins à des professionnels de santé non médecin, avec un psychiatre référent,
- favoriser la prévention secondaire (récidive) ou tertiaire (chronicisation), mais aussi primaire (chez des patients à risque) en rendant le patient acteur du soin

Ceci mènerait à une amélioration du soin en privilégiant une organisation de soins globale et coordonnée et non plus un système avec séparation des compétences.

b) <u>Classification décrite en Grande-Bretagne en 1984 par Stradthee & Williams</u>

- **<u>La consultation</u> (supervision)**

Elle dérive de la méthode de « groupes Balint », créée en 1964 par le Dr Michael Balint, psychiatre suédois. Elle consiste en la supervision du médecin généraliste par un psychiatre ou psychothérapeute qui le rencontre régulièrement et l'aide à analyser sa relation au patient, avec les mécanismes de transfert et contre-transfert, afin d'améliorer sa prise en charge.

- **<u>Le déplacement</u> (shifted-out patient)**

Le psychiatre tient une consultation régulière au sein du cabinet ou de centre de soins primaires.

Les avantages sont nombreux pour les médecins généralistes et les psychiatres :

- La facilitation de l'accès aux avis spécialisés
- La diminution des hospitalisations
- Le maintien de la continuité des soins
- Un accès plus facile au dossier médical pour la spécialiste
- Une possibilité de prise en charge commune

Les inconvénients sont principalement d'ordre administratif.

On a vu récemment une détérioration du système de contacts entre médecins génralistes et psychiatres, liée à une délégation des consultations aux internes de spécialité, qui, de par leur fonction, ne restent pas en place de façon durable.

- **<u>L'accompagnement liaison</u> (liaison-attachment)**

Cela consiste en des rencontres régulières entre l'équipe de soins de santé mentale et les médecins généralistes pour discuter de cas complexes ou de patients à l'origine de difficultés de prise en charge.

Les avantages pour les psychiatres sont de même ordre que pour le système de déplacement.

Les avantages pour les médecins généralistes sont les suivants :

- la discussion de dossiers et des retours d'informations réguliers,
- le bénéfice d'une formation continue,
- la facilitation de l'obtention des avis spécialisés,
- la diminution des hospitalisations,
- une prise en charge en accord avec le spécialiste,
- la continuité des soins.

Les inconvénients sont apparus après la mise en place du système :

- l'augmentation du nombre de patients adressés au spécialiste. C'est une conséquence logique lors de la mise en place d'un système facilitant l'accès aux soins spécialisés.
- La majoration de l'attention portée aux troubles névrotiques aux dépens de pathologies plus sévères. Ce problème est pourtant contredit dans des études en fonction du lieu d'observation. Il reste donc secondaire.

Dr Burns et Bale, psychiatres anglais, ont décrits les moyens pouvant faciliter la mise en place d'une telle collaboration (Burns et al 1997).

Les questions principales qu'ils se sont posées sont les suivantes :

- *Qui veut la liaison ?*

Il faut d'abord une volonté commune de travailler en collaboration. Elle est plus facile lorsque des contacts entre médecins généralistes et psychiatres sont déjà existants et qu'une reconnaissance du travail de l'autre est réelle. La motivation et le savoir faire de chaque personne impliquée auront une influence sur les résultats.

- *Où et à quelle fréquence ?*

Le cabinet du médecin généraliste est le lieu le plus sûr pour une participation optimale.

La fréquence d'une rencontre par mois d'une heure maximum permet une bonne participation sans irrégularités.

- *Qui doit y assister ?*

Un nombre à peu près égal de médecin généralistes et de professionnels de soins de santé mentale, avec au moins un psychiatre.

- *Quelles doivent être la structure et le contenu des rencontres ?*

La forme doit être celle d'un dialogue sans structure trop formelle qui pourrait étouffer la créativité.

Le sujet principal doit être la prise en charge du patient, mais la discussion de sujets non cliniques (logistique ou politique) et les questions médicales ou psychologiques sont des moments importants à respecter.

- *Comment régler les difficultés ?*

Les médecins peuvent rencontrer des difficultés avec des patients auxquels ils ne savent plus quoi proposer. Exprimer ses limites, expliquer les pressions ressenties et l'incompréhension peut rendre les difficultés plus acceptables. La rencontre avec les soignants psychiatriques est un moment propice pour ce type de démarche.

Des rencontres régulières entre médecins généralistes et équipes de soins de santé mentale semble un investissement peu coûteux en temps et permettant d'améliorer à la fois la prise en charge des patients mais aussi le vécu des difficultés que peuvent rencontrer les médecins dans leur pratique.

2/ Exemples dans la littérature d'études de collaboration entre soins primaires et équipes de soins de santé mentale

a) En France

- **L'expérience de Versailles**

(Younes et al 2005)

Des psychiatres hospitaliers de Versailles, sous la direction de Younes, ont fait plusieurs études en 2005 dans la région Yvelines-Sud afin de connaitre les conditions de prises en charge des patients souffrant de pathologies psychiatriques par les médecins généralistes et les psychiatres, avec notamment des indicatons sur le vécu des médecins et leurs attentes pour l'amélioration de leur pratique.

Ils ont d'abord mis en évidence que les patients des médecins généralistes et des psychiatres libéraux étaient très semblables, avec une prédominance de troubles de l'humeur, principalement dépressions et troubles anxieux, contrairement aux patients des psychiatres hospitaliers qui prennent plus souvent en charge des pathologies plus sèvères et plus chroniques (Younes et al, 2005).

Une des études portait plus spécifquement sur l'opinion des médecins généralistes envers les psychiatres (Younes et al 2005). Elle a mis en avant davantage de difficultés relationnelles avec les psychiatres des secteurs public et privé qu'avec les autres médecins spécialistes. Cette insatisfaction serait à l'origine d'une moindre référence vers les professionnels de santé mentale des patients souffrant de troubles psychiatriques, eux-mêmes souvent peu enclins à consulter un tel professionnel. La demande des médecins généralistes de plus de soutien pour la prise en charge de ces patients était toutefois évidente, avec une solution possible : celle d'une collaboration, avec possibilité d'avoir des avis rapides, sans nécessairement la mise en place d'un suivi par le spécialiste.

Suite à ces enquêtes et la confirmation d'un réel besoin de collaboration, un modèle a été mis en place à Versailles (Younes et al 2005).
Le but était de faire collaborer médecins généralistes et psychiatres, notamment du secteur public (hospitalier) sans transférer la responsabilité du soin.

Le médecin généraliste resterait donc le soignant principal, mais pourrait bénéficier d'avis psychiatriques rapides ou de soutien face à des patients souffrant de problèmes psychiatriques et posant des difficultés diagnostiques ou thérapeutiques.

Le modèle a été mis en place en 2001 selon le schéma suivant : au sein d'un centre hospitalier général, une équipe psychiatrique comportant un psychiatre, deux infirmières psychiatriques et un psychologue ont vu en consultation des patients adressés par les médecins généralistes, ou à la demande du patient avec contact téléphonique de son médecin traitant. Une première évaluation était faite par une infirmière psychiatrique permettant orientation vers un avis ou des soins spécialisés.

Une étude retrospective à 3 ans a montré une utilisation importante de ce service : 500 demandes de prises en charge par an, pour 139 médecins généralistes, avec une orientation

des patients vers un soignant psychiatre ou psychologue dans 30% des cas, et une réorientation vers le médecin traitant dans 70% des cas.

Les médecins généralistes ont été satisfaits avec cette collaboration plus directe, permettant des avis plus rapides, et apporte surtout un soutien au médecin généraliste qui reste dans un grand nombre de cas (80%) le soignant principal dans la prise en charge psychiatrique du patient. (cf GP's opinion on their practice of mental health and on their collaboration with mental health professionnals)

b) <u>Aux Etats-Unis</u>

Le Dr J. Wayne Katon, de Seattle, a conduit plusieurs études expérimentales dans les années 90, mettant en pratique des modèles de collaboration de différents types.

L'étude de 1992 (Katon et al 1992*)* faisait collaborer un psychiatre avec le médecin généraliste avec une consultation conjointe, un protocole de soins pour chaque patient qui était révisé en cours d'étude si nécessaire, une rencontre pour l'évaluation de l'amélioration de l'état de chaque patient. Elle n'a pas montré de différence significative dans l'amélioration clinique des patients qui adhéraient pourtant mieux au traitement médicamenteux que le groupe témoin.

En 1995, une autre étude a donné des résultats plus positifs (Katon et al 1995). Le protocole était beaucoup plus complet, et complexe ; un psychiatre collaborait avec les médecins généralistes qui recevaient une formation renforcée sur la dépression et les traitements possibles. Les patients bénéficiaient eux aussi d'une information par documents écrits et vidéos. Les consultations étaient alternées entre médecin traitant et spécialiste, avec des rencontres mensuelles pour discuter des cas cliniques. Les résultats ont montré une amélioration de l'état de santé et une plus grande satisfaction des patients souffrant de dépression sévère, mais pas de résultat significatif sur les cas de dépression mineure.

Ces résultats positifs ont secondairement été étudiés par les Dr Lin, Katon et collègues (Lin et al 2000). Ils ont mis en évidence que l'amélioration de l'état de santé des patients ne pouvait être effective que si la formation des médecins traitants était couplée à une intervention clinique du médecin psychiatre auprès des patients. Une réorganisation du système de soins primaires était donc indispensable, impliquant la collaboration des médecins généralistes avec les soignants de santé mentale.

Une nouvelle étude a été menée par la même équipe en 1996 (Katon et al 1996). Elle faisait collaborer des médecins généralistes, des psychologues cliniciens et un psychiatre tenant un rôle de supervision. Les patients et les médecins recevaient encore une fois une formation sur la dépression, puis les patients étaient pris en charge par des psychologues cliniciens, dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale courte. Le suivi psychologique et les réunions de discussion de cas avec le psychiatre se déroulaient en l'absence du médecin traitant. Celui-ci était informé au jour le jour par écrit des évolutions et des consignes thérapeutiques médicamenteuses à suivre. Les résultats ont montré cette fois encore une amélioration de l'état de santé des patients qui présentaient une dépression sévère par rapport au groupe témoin, mais un bénéfice non significatif pour les cas de dépression mineure. La critique principale serait pour cette étude le manque d'implication du médecin

traitant dans la prise de décisions et dans la planification des traitements, limitant la collaboration à une transmission d'informations par le biais du psychologue.

Dr Hunkeler et ses collaborateurs ont mené une étude mettant en place un suivi psychologique des patients dépressifs par contacts téléphoniques rapprochés d'une infirmière non spécialisée mais préalablement formée à cette tâche et supervisée par un psychologue clinicien (Hunkeler et al 2000). Les résultats ont montré une efficacité nette de ce suivi téléphonique régulier, avec amélioration de la satisfaction et de l'état de santé des patients par rapport au groupe témoin, sans que l'on note une augmentation de l'observance du traitement médicamenteux. Cette réussite semble tenir à l'effet de soutien moral de ce suivi. Ce schéma thérapeutique est par ailleurs très intéressant en dehors de l'expérimentation car facile à mettre en place en soins primaires, après une formation adaptée des infirmières déjà en activité dans les maisons médicales, sans coût ou surcharge de travail importants.

Une autre étude applicable à la pratique courante de médecine générale a été mise en place par K. Rost et collègues (Rost et al 2002). Les médecins, infirmières libérales et les secrétaires ont reçu une formation pour le dépistage ou le traitement des dépressions. Les patients étaient orientés par les secrétaires vers le médecin, qui posait le diagnostic de syndrome dépressif. La prise en charge était ensuite faite par les infirmières lors d'une consultation, suivie d'une consultation médicale pour la prescription d'un traitement, puis par un suivi téléphonique fréquent et prolongé (24 mois). Des retours mensuels étaient donnés au médecin traitant sur l'état de santé du patient. Au cours de l'étude, aucun psychiatre n'a été contacté pour avis. Les résultats ont été très positifs, avec amélioration de l'adhésion au traitement (médicamenteux ou psychothérapeutique), des taux de rémission et de la qualité de vie des patients. Le point négatif a résulté de l'importance du temps nécessaire à ces prises en charge pour des demandes de plus en plus nombreuses. On voit ici qu'il est possible de mettre en place une collaboration efficace sans intervention de soignants de santé mentale, mais qu'il est indispensable de donner des ressources supplémentaires pour financer l'excès de temps nécessaire.
Une expertise supplémentaire a montré que le coût financier ne dépassait pas le coût de prise en charge d'autres maladies chroniques, et qu'il diminuait avec le temps, donnant donc une rentabilité croissante.

c) <u>Au Royaume-Uni</u>

Des études menées par le Dr G. Wilkinson et ses collègues, de Liverpool, ont évalué le rôle possible des infirmières libérales des maisons médicales anglaises (cité par Ccraven et al 2006). Ces infirmières non spécialisées ont reçu une formation sur l'évaluation de la gravité des symptômes dépressifs. Leur participation au bilan des patients reconnus comme souffrant de dépression par les médecins généralistes a permis une amélioration de leur prise en charge, et de leur état de santé.

Par contre, ces études ont montré que la mise en place de consultations de soutien par les infirmières n'a pas apporté de bénéfice supplémentaire.

Elles montrent donc qu'une formation courte des infirmières libérales sur la dépression permettrait un changement bénéfique dans la prise en charge par le médecin généraliste et le devenir des patients dépressifs, mais aue des consultations de suivi infirmier n'auraient pas de bénéfice.

d) Aux Pays-Bas

Aux Pays-Bas, les patients sont pris en charge par les médecins généralistes qui sont le pivot et les adressent aux spécialistes. Devant l'augmentation de la charge de travail, on a noté une augmentation des patients adressés aux psychiatres pour la prise en charge de leur pathologie psychiatrique.

Une étude réalisée de 2003 à 2005 cherchait à montrer s'il existe une différence entre la prise en charge classique et une prise en charge en collaboration en ce qui concerne le délai de prise en charge, la durée du traitement, le nombre de consultations spécialisées nécessaires et le coût total de la prise en charge (Van Orden et al 2009).

Une équipe de soins psychiatrique comportant des infirmiers psychiatriques et des psychologues intervenait dans la moitié des cabinets de médecine générale, sous la tutelle d'un médecin psychiatre. Ils rencontraient les patients adressés par leur médecin traitant, d'abord pour une évaluation, avec ensuite possibilité de 4 consultations pour une prise en charge psychothérapeutique brève, ou une orientation.

Les résultats de cette étude ont d'abord confirmé que les soins en collaboration sont possibles et efficaces en soins primaires, et ils ont montré de manière significative une prise en charge plus rapide, moins longue, moins coûteuse et satisfaisant les médecins généralistes, sans augmentation significative de la satisfaction des patients

e) Au Canada

Le système de santé de soins primaires du Québec est très développé et regroupé dans les centres de santé et de services sociaux au sein de 95 réseaux locaux de services. Les médecins de famille de l'ensemble du Canada rencontrent cependant des difficultés similaires à celles décrites par les médecins généralistes français (Les soins de santé mentale partagés au Canada 2000).

Une revue de la littérature a été faite et publiée en 2006 par l'Initiative Canadienne de Collaboration en Santé Mentale (Craven et al 2006). Elle recense les études expérimentales récentes portant sur l'efficacité des pratiques de soins de santé mentale en collaboration dans le contexte de soins de santé primaire. Les principales critiques ont été de deux ordres : d'abord l'absence d'études portant sur certaines populations telles que les sans-abri, les communautés rurales, et la faible représentation des pathologies mentales telles que les troubles anxieux, les troubles de l'alimentation ou la démence. Par ailleurs, ces études portent sur des modèles de collaboration souvent pluridisciplinaires, combinés à l'utilisation de protocoles de soins basés sur les recommandations des spécialistes, études à multiples facettes, et donc difficiles, voire impossible à mettre en œuvre dans la pratique courante de soins primaires.

II/ LA CONSULTATION AVANCÉE DE PSYCHIATRIE AU PÔLE SANTÉ DE CLISSON

A/ DESCRIPTION DE LA CONSULTATION AVANCEE

1/ Les participants

a) Equipe psychiatrique

Les intervenants appartiennent à l'équipe mobile de prévention du suicide du centre hospitalier spécialisé de Montbert :

- Dr YEBBAL Kahina, psychiatre, responsable du Pôle intersectoriel et de l'Unité de Prévention du Suicide, avec un rôle de supervision
- Mme AVIET Elise, psychologue consultante
- Mme BOSQUE Nadine, infirmière psychiatrique consultante

b) Médecins généralistes participants

Ce sont les cinq médecins travaillant au Pôle Santé de Clisson :

- Dr ALLAIN Christophe
- Dr ARISTE Philippe
- Dr BARNABE Gilles
- Dr JUTEL Didier
- Dr NAOUR-LEROY Sabine

c) Médecin référent

Dr NAOUR-LEROY Sabine

2/ Fonctionnement de la consultation spécialisée avancée

a) Description de la convention (annexe III)

Les consultations ont débuté début septembre 2009.

Les patients sont exclusivement adressés par les médecins du Pôle Santé. Une fiche de renseignements est complétée par le médecin. (Annexe I)

L'objectif de la consultation a ainsi été énoncé dans la convention : « Faciliter l'accès aux dispositifs d'aides et de soins spécialisés pour les patients en souffrance psychologique ». (Annexe III). Ce projet s'inscrit dans un travail de santé publique et de prévention.

Les indications de consultation sont les suivantes :

- Patient identifié par le médecin traitant comme étant en mal-être, sans suivi psychiatrique en cours, réticent à consulter un professionnel de santé mentale mais acceptant une consultation au sein du cabinet de son médecin généraliste,

- Soutien aux familles de suicidants, suicidés ou victime de mort violente (hors du cadre de la consultation spécialisée de Montbert),

- Formation, soutien et information des professionnels de première ligne confrontés à ces situations.

Le temps de présence des consultantes (la psychologue et l'infirmière psychiatrique déjà citées) est d'une demi-journée par semaine (le vendredi matin), pendant quatre heures (de 9h à 13h), permettant trois rendez-vous d'une heure au sein du cabinet de groupe de médecine générale, avec mise à disposition d'un poste téléphonique indépendant.

Tous les médecins prescripteurs sont présents durant cette demi-journée (sauf exception) et disponibles pour discuter avec les soignants de l'équipe mobile de psychiatrie si nécessaire. Un temps de rencontre avec les médecins généralistes est théoriquement réservé de 9h à 9h30 et de 12h30 à 13h. Ce temps n'est pas nécessairement utilisé.

Après proposition de consultation par le médecin généraliste, le patient prend lui-même rendez-vous auprès de la secrétaire du Pôle Santé.

Les dates des rendez-vous ultérieurs sont fixées par les consultantes en accord avec le patient.

Les rendez-vous sont habituellement limités à un nombre de trois par patient. Ils peuvent être moins nombreux, mais dans certains cas des patients ont été vus quatre à cinq fois.

En cas d'absence du patient à la première consultation, le patient est contacté par une secrétaire du Pôle Santé pour lui proposer de convenir d'un nouveau rendez-vous. En cas d'absence au deuxième ou troisième entretien, les consultantes le contacte par courrier pour poursuivre la prise en charge.

Après chaque entretien, la consultante rédige les éléments importants de la rencontre, les conseils donnés, les éventuelles orientations ou la date de la prochaine rencontre. Les fiches de liaisons sont transmises le jour même au médecin traitant et intégrées au dossier médical informatisé.

Des réunions mensuelles d'une heure et demie devaient être mises en place. Elles n'ont pas eu lieu faute de temps médical disponible.

Des réunions trimestrielles ont permis d'évaluer le bilan de la consultation et de revoir ses modalités de fonctionnement (annexe IV).

Une participation des psychologues libéraux de Clisson et des villes avoisinantes à la consultation avancée sur le Pôle Santé avait été évoquée lors de la création du projet. Ce projet n'a pour le moment pas abouti.

b) Modifications apportées au cours de, et après la première année

- **Modifications locales**

En raison de l'allongement des délais d'attente pour les consultations :
- Les motifs d'orientation des patients ont été reprécisés.
- Une plage d'une heure a été réservée aux patients consultant pour la première fois.

Ces réadaptations ont permis une diminution du délai d'attente des premiers rendez-vous et une diminution des patients adressés grâce à la réévaluation des motifs de consultation.

- **Elargissement de la collaboration**

Après une année de fonctionnement, a consultation s'est étendue à deux autres cabinets de médecine générale dans des villes de la communauté de communes de la vallée de Clisson:
- cabinet des Dr Carton et Siboulet à Monnières, commune de 1900 habitants, à 15 km au Nord-Ouest de Clisson,
- cabinet des Dr Erbacher et Fillaudeau à Gétigné, commune de 3500 habitants, à 3 km au Sud-Est de Clisson.

M. ANROCHTE Cyprien, infirmier psychiatrique de l'Equipe de Prévention du Suicide de Montbert, vient consulter un vendredi sur deux dans chaque cabinet depuis septembre 2010.

3/ Modalités de financement

La prise en charge financière des consultations dépend du Centre Hospitalier Spécialisé public de Montbert auquel appartient l'équipe mobile de prévention du suicide. Cette consultation a été intégrée aux travaux de ce pôle intersectoriel hospitalier. Les patients bénéficient donc d'un remboursement par les Assurances Maladies ou du tiers payant qui permet de les dispenser de l'avance des frais.

Une demande de financement (annexe V) a été adressée à l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Loire-Atlantique par les Dr Yebbal et Barnabé, pour une prise en charge:
- des temps d'élaboration du projet,
- des temps de rencontres (réunions mensuelles) avec les intervenants de la consultation avancée et de coordination hebdomadaire par le médecin coordinateur,
- du temps de travail de secrétariat,
- du temps d'évaluation (questionnaires de satisfaction).

Il n'y a pas eu de réponse claire en raison des transformations actuelles, la création de l'ARS, la transformation de l'URML en URSP et les nouvelles réformes présentées dans la loi HPST.

B/ MÉTHODE

1/ Mode de collecte des données

Nous avons récolté les informations à partir des fiches de liaison remplies par les médecins demandeurs de consultation spécialisée et par les consultantes (psychologue et infirmière psychiatrique) à chaque rendez-vous avec le patient. Les absences étaient reportées sur ces fiches.

Lorsque des éléments de renseignement manquaient, nous avons repris les dossiers médicaux, interrogé les secrétaires et les médecins.

Pour collecter les données de suivi, nous avons revu chaque dossier médical informatique, et interrogé les médecins.

2/ Tests statistiques

Les données ont été utilisées avec le logiciel Excel de Microsoft pour la réalisation des graphiques.

Le test statistique utilisé pour l'analyse comparative des données était le test du Khi2, permettant de comparer une distribution théorique à une distribution observée, avec un risque d'erreur de 5%., et la correction de Yates en cas d'effectifs trop faibles.

Le test utilisé pour l'analyse de l'indépendance des données était le test de corrélation, avec un risque d'erreur de 5%.

3/ Définitions

La moyenne est « la valeur unique résultant de plusieurs valeurs et située entre elles. »

La médiane est « la valeur centrale d'un caractère, séparant une population statistique en deux parties égales. »

L'écart type est « la racine carrée de la variance, que l'on calcule pour mesurer la dispersion des distributions dites normales. » (Le Robert Quotidien 1996).

4/ Questionnaire médecins

Nous avons adressé un questionnaire aux médecins généralistes 18 mois après la mise en place de la consultation avancée afin d'avoir leur avis.

5/ Activités du cabinet et du CMP

Nous avons récolté auprès d'un des médecins généralistes des données chiffrées sur l'activité médicale de la période d'étude.

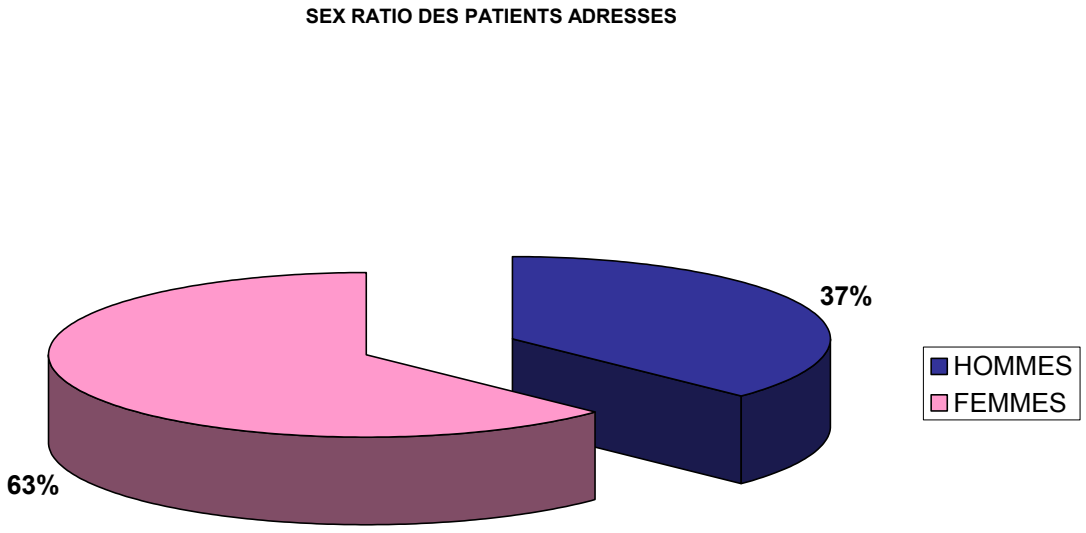
Nous avons enfin pu avoir les données sur l'activité du CMP de Clisson en 2010 auprès du Dr Antonioli, responsable du Département d'Information Médicale du Centre Hospitalier Spécialisé de Montbert et grâce au Dr Garrigou-Canevet, responsable du Pôle G08.

C/ RÉSULTATS

- **Effectifs**

Patients adressés (inclus)

Le nombre de patients adressés par les médecins généralistes, rencontrés par l'équipe de soins de santé mentale, est de 59 :
- 37 femmes soient 63% des patients adressés,
- 22 hommes soient 37% des patients adressés.
-



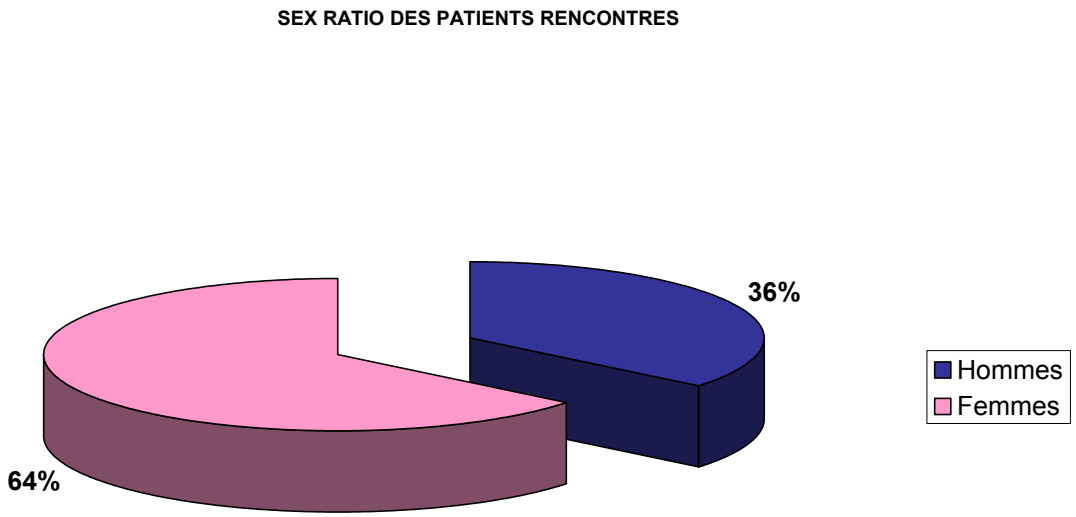
Cette répartition n'est pas significativement différente de la répartition de la population française (48,4% d'hommes et 51,6% de femmes en 2009 selon l'Insee).

Patients vus en consultation

Le nombre de patients rencontrés en consultation est de 53 :
- 34 femmes soient 64% des patients vus,
- 19 hommes soient 36% des patients vus.

Le nombre de femmes vu en consultation est significativement plus élevé que le nombre d'hommes (par rapport à la répartition française).

Nous avons comparé la répartition des genres des patients qui sont venus à la consultation avancée avec les patients qui sont venus en consultation au CMP de Clisson au cours de l'année 2010 : 43,7% d'hommes et 56,3% de femmes. Le sex-ratio n'était pas statistiquement différente (au risque $\alpha = 5\%$).



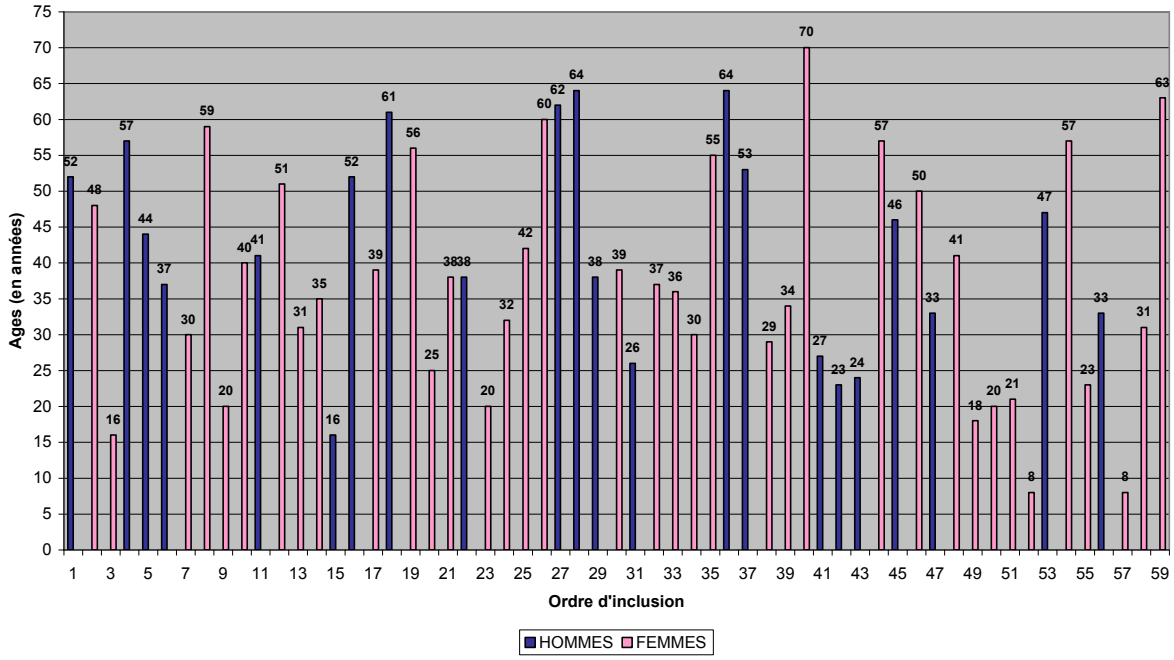
Nombre d'actes :

Le nombre d'actes (de consultations) était de 98.

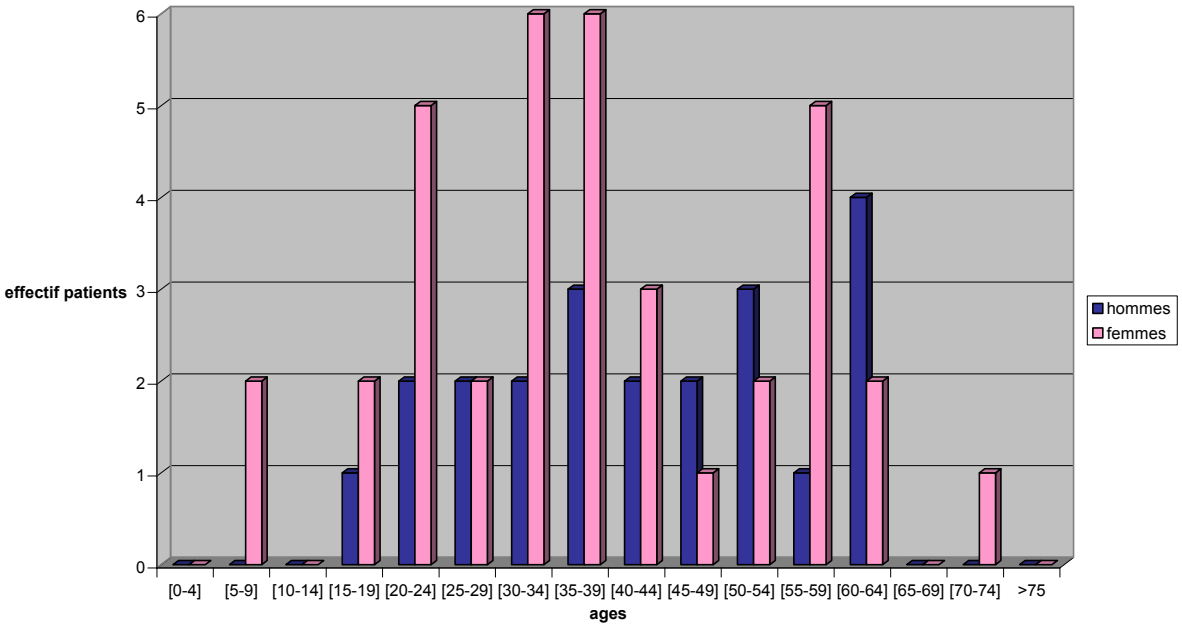
- **<u>Ages des patients adressés (inclus)</u>**

Les âges s'étendent de 8 à 70 ans, avec la répartition suivante :

AGES DES PATIENTS ADRESSES



REPARTITION AGES DES PATIENTS ADRESSES SELON L'AGE ET LE SEXE



Concernant les 59 patients adressés par les médecins généralistes :

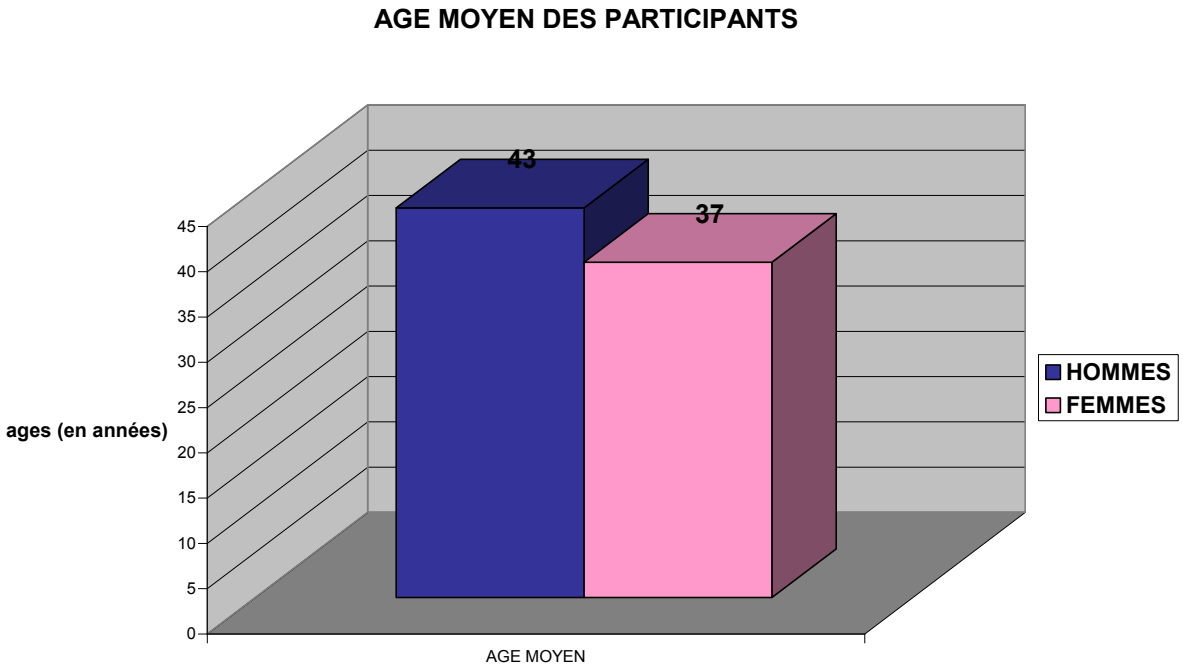
- l'âge moyen était de 39 ans
- l'âge médian était de 38 ans.

Parmi eux, les 37 femmes présentaient :

- un âge moyen de 37 ans
- un âge médian de 36 ans,
- un écart-type de 16 ans.

Quant aux 22 hommes adressés, ils présentaient :

- un âge moyen de 43 ans,
- un âge médian de 41 ans
- un écart-type de 13,5 ans.



Les hommes adressés étaient donc en moyenne plus âgés que les femmes.

Nous avons mis en rapport les âges des patients adressés avec ceux de la population française donnés au premier janvier 2011.

	Age moyen (années)			Age médian (années)		
	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes
Population française	40,1	38,6	41,6	38,8	37,3	40,3
Patients inclus	39	43	37	38	41	36

Les âges moyens et médians de l'ensemble des patients sont proches de ceux de la population française. Ces données ne sont pourtant pas comparable en raison des écart types de l'échantillon qui sont faibles (13,5 et 16 ans) ce qui montre une très faible dispersion autour de la moyenne.

- **<u>Ages des patients venus en consultation</u>**

Concernant les 53 personnes vues en consultation :
- l'âge moyen était de 40 ans,
- l'âge médian de 38 ans,
- l'écart-type de 15,3 ans.

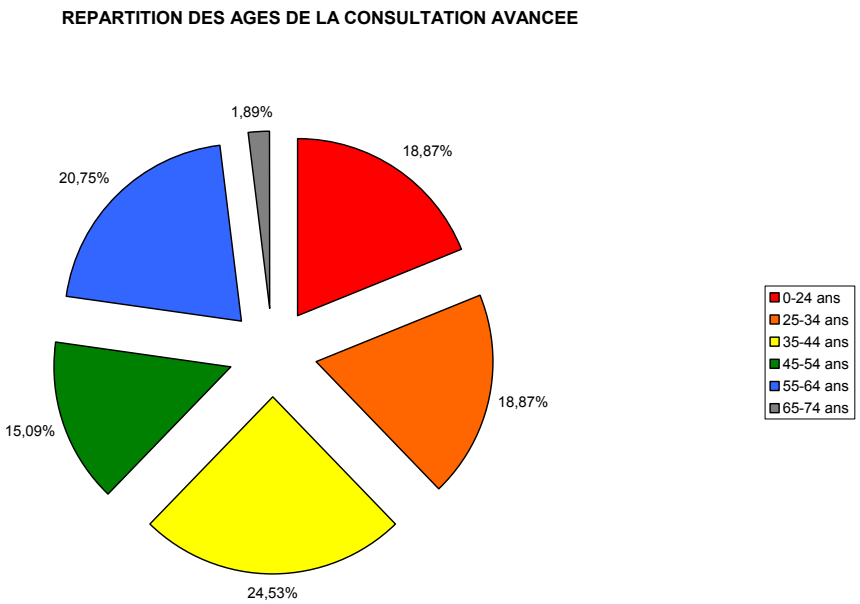
Les 34 femmes présentaient :
- un âge moyen de 38 ans,
- un âge médian de 37 ans,
- un écart-type de 15,4 ans.

Et les 19 hommes présentaient
- un âge moyen de 43 ans,
- un âge médian de 43 ans,
- un écart type de 14 ans.

Nous avons utilisé les données du CMP de Clisson et comparé les âges des personnes venues en consultation. Le but était de savoir si ces deux populations étaient similaires en terme d'âges.

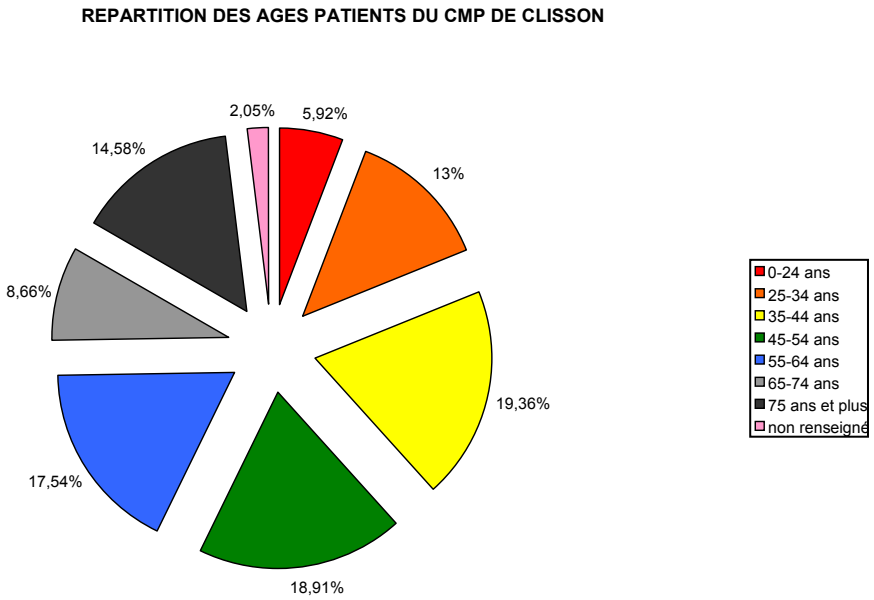
Consultation avancée :

AGES	0-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans
REPARTITION	18,87%	18,87%	24,53%	15,09%	20,75%	1,89%



CMP de Clisson :

Ages (en années)	0-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et plus	Non renseigné
Répartition	5,92%	13%	19,36%	18,91%	17,54%	8,66%	14,58%	2,05%



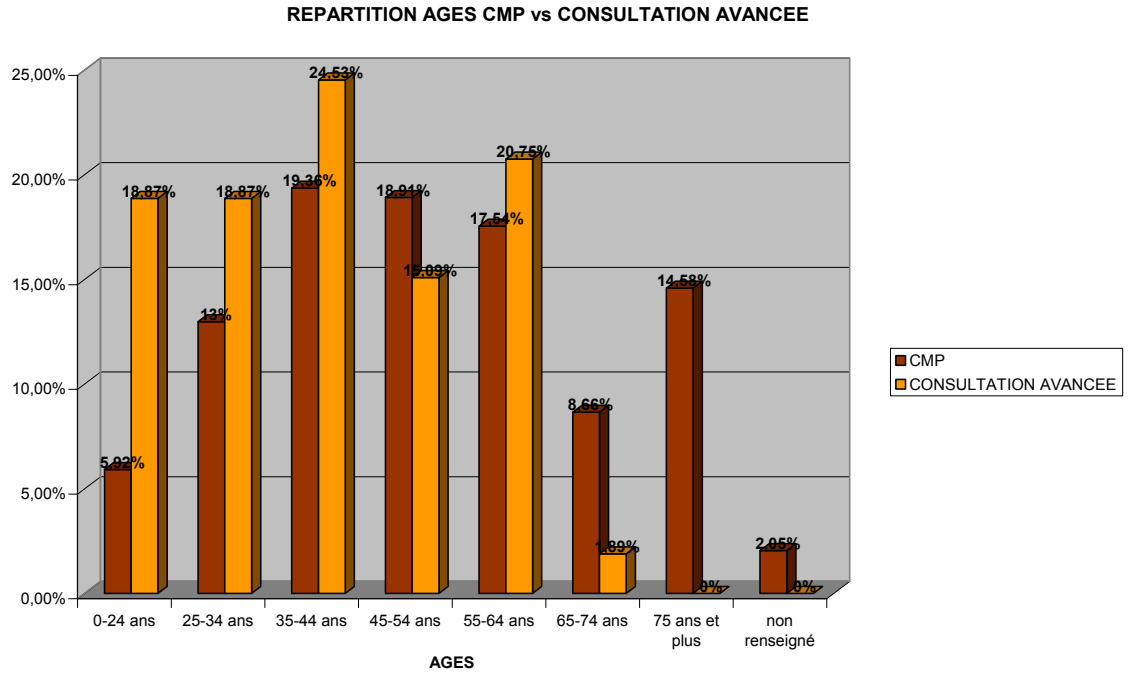
Pour réaliser cette comparaison, et en raison du faible effectif de notre échantillon, nous avons dû regrouper les patients de 0 à 34 ans en une catégorie, et décidé d'inclure les 9 patients d'âge non renseigné en les distribuant dans les trois catégories les plus représentées au CMP (3 patients pour les 35-44 ans, 3 patients pour les 45-54 ans et 3 patients pour les 55-64 ans).

Voici la répartition des âges du CMP « adaptée » pour l'étude :

CLASSES D'AGES	EFFECTIF	PROPORTION
[0-34 ans]	83	18,9%
[35-44 ans]	88	20%
[45-54 ans]	86	19,6%
[55-64 ans]	80	18,2%
[65-74 ans]	38	8,7%
> 75 ans	64	14,6%
TOTAL	439	100%

Nous avons utilisé le test du Khi2 pour un risque α de 5%.

Résultats : Khi2 = 22,41 > Khi 2 0,05 pour DDL = 5.
Les populations sont donc statistiquement différentes en terme de distribution d'ages.



Lieu de consultation	Age médian	Age moyen	Ecart type
Consultation avancée du Pôle Santé de Sept. 2009 à Sept. 2010	38 ans	40 ans	15,3 ans
CMP de Clisson de janv. 2010 à Déc. 2010		50 ans	20,9 ans

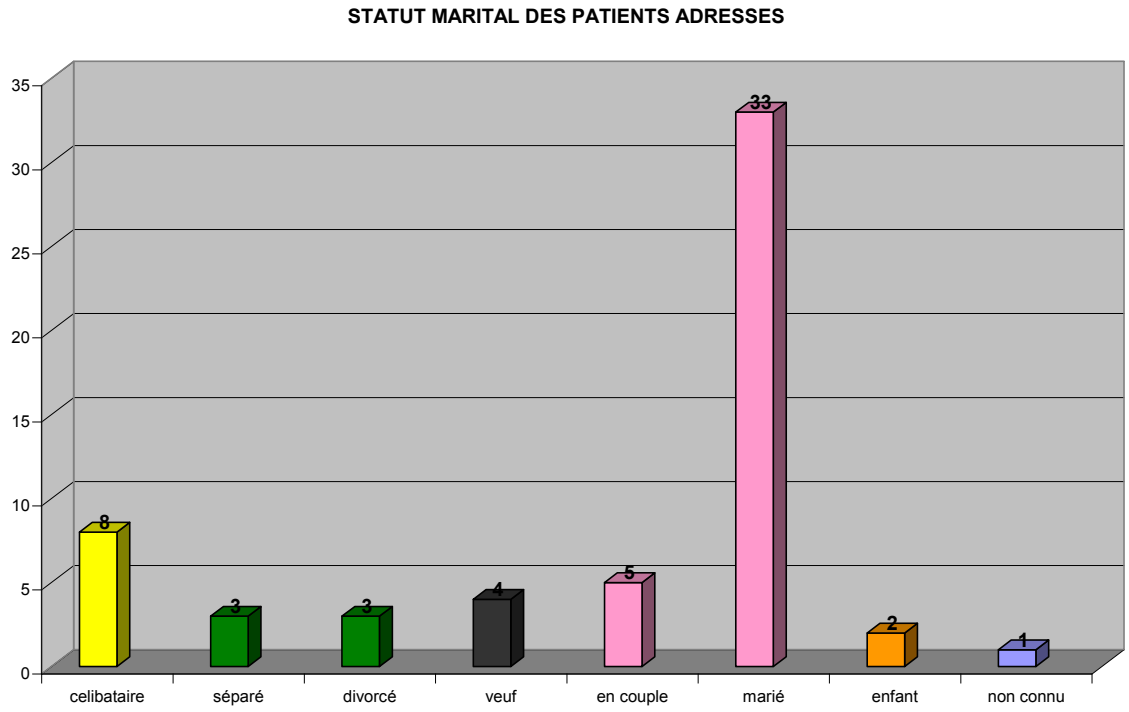
On voit en effet que les patients venus à la consultation avancée sont dans l'ensemble plus jeunes, avec un âge moyen de dix années inférieur.

La distribution est beaucoup plus large pour les patients du CMP : l'écart type est de plus de vingt ans et les âges s'étalent de 15 à plus de 85 ans.

- **Le statut marital**

Nous avons recensé le statut marital des patients adressés à la consultation avancée. Nous n'avons pas eu de donnée fiable pour l'un d'entre eux.

Statut	Célibataire	Séparé(e)	Divorcé(e)	Veuf(ve)	En couple	Marié(e)	Enfant	Non connu
Effectif	8	3	3	4	5	33	2	1
Proportion	13,5 %	5,1 %	5,1 %	6,8 %	8,5 %	55,9 %	3,4 %	1,7 %



Plus de la moitié des patients de l'étude (56%) étaient mariés et 8,5% vivaient en concubinage, donc presque les deux tiers (64,5%) des patient vivaient en couple.

Dix pour cent des patients adressés étaient séparés ou divorcés.

Parmi ces patients, 5 couples on consulté ensemble pour problème conjugaux ou problèmes familiaux (inquiétude parentale).

Une mère a été vue avec sa fille de 8 ans, une autre avec son fils de 16 ans et un père avec sa fille de 8 ans.

Nous avons comparés ces données avec les données de l'Insee de 2009 sur la population française de 15 ans et plus. L'institut ne fait pas de distinction entre célibataire, séparé et en couple. Nous les avons donc regroupés en la catégorie « célibataires ».

Statut	célibataires	Mariés	Veufs	Divorcés
Proportion nationale	37,35 %	47,5 %	7,6 %	7,55 %
Proportion de l'échantillon	27,1 %	55,9 %	6,8 %	5,1 %

Nous n'avons malheureusement pas pu faire de test statistique valide en raison des faibles effectifs de l'échantillon.

Nous avons cependant décidé de comparer les effectifs des personnes mariées et de celles vivant seules, en supposant que les personnes en couple, divorcés, célibataires et veuves vivent seules.

Statut	Personnes mariées	Personnes non mariées
Proportion nationale	47,5 %	52,5 %
Proportion de l'échantillon	55,9 %	44,1 %

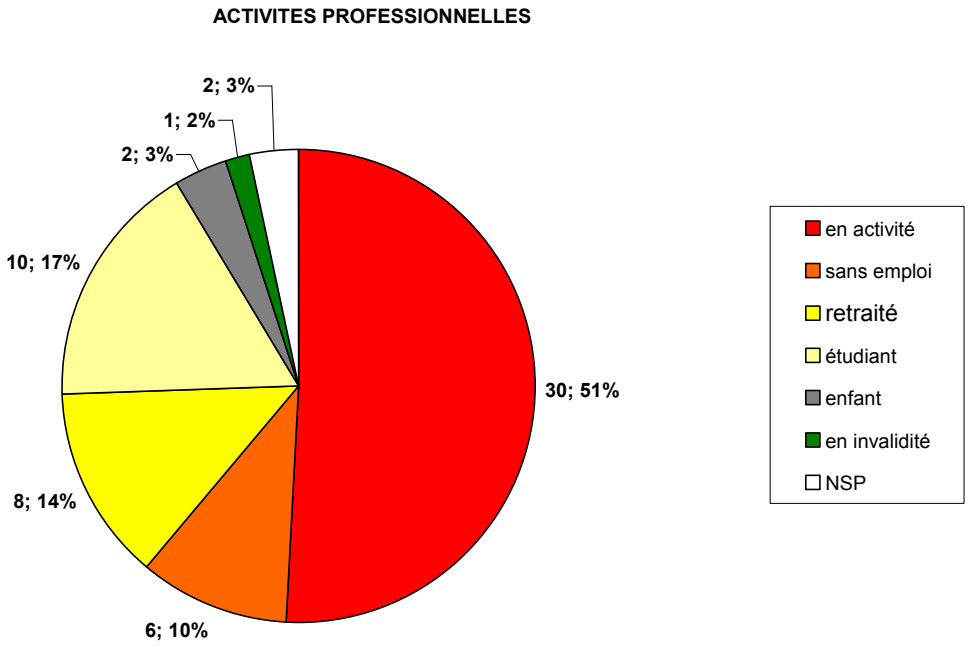
Résultat : Le test du Khi2 ne montre pas de différence significative entre l'échantillon et la population générale pour une probabilité de 5%. Cette analyse reste à utiliser avec précautions en raison des hypothèses faites.

- **L'activité professionnelle**

Nous avons recensé les activités professionnelles des patients adressés à la consultation spécialisée. N'ayant pas eu suffisamment de détails sur les activités, nous avons donc séparés les catégories de la façon présentée dans le tableau.

ACTIVITE PROFESSIONNELLE		NOMBRE DE PATIENTS	POURCENTAGE DE PATIENTS
Actifs :	En activité	30	51 %
	Sans emploi	6	10 %
A la retraite		8	14 %
Etudiant		10	17 %
Age scolaire		2	3 %
Invalidité		1	2 %
NSP : pas d'information fiable sur leur statut		2	3 %

Concernant les deux derniers patients du tableau, ils avaient tous deux l'âge d'être en activité.



Nous avons comparé ces données à celle de la population française de 2009 : 9,1% des actifs étaient alors sans emploi en France (Insee 2011). Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre répartition de l'étude et répartition nationale.

Au dernier trimestre 2010, les données régionales (Pays de la Loire) rapportaient un taux de chômage de 7,9 % (Insee). Ces données ne diffèrent pas non plus significativement avec les données de l'étude.

- **<u>Nombre de consultations</u>**

Sur la totalité des 37 femmes, 34, soient 92 % d'entre elles ont consulté au moins une fois.

Sur la totalité des 22 hommes, 19, soient 86 % d'entre eux ont consulté au moins une fois.

Les motifs d'absence à la première consultation sont :

- l'absence de prise de rendez-vous pour 2 femmes et 2 hommes soient 7% des personnes adressées,
- une absence sans explication pour un homme qui n'a pas repris RDV,
- une absence en raison d'une hospitalisation en psychiatrie pour une jeune fille souffrant d'anorexie mentale.

Huit personnes ont été rencontrées au moins une fois et ne se sont pas présentées à la deuxième consultation prévue, soient 15% des consultants.

Les motifs étaient un oubli, et des motifs non connus pour les autres patients.

Le suivi a été interrompu pour ces consultants, avec cependant possibilité de reprendre un rendez-vous.

Nous avons ensuite comparé le nombre de patients suivis et vus une ou plusieurs fois sur la période du premier Septembre 2009 au 31 Août 2010 avec le nombre de patients adressés à la consultation avancée, en posant l'hypothèse suivante : le nombre de patients adressés est statistiquement lié au nombre de patients suivis au cours de la même période.

	Nombre de patients vu une ou plusieurs fois pendant la période concernée	Distribution théorique
Médecin n°1	1956	19,3 %
Médecin n°2	2414	23,8 %
Médecin n°3	2080	20,5 %
Médecin n°4	1714	16,9 %
Médecin n°5	1974	19,5%
Total	10138	100 %

Conclusion : Selon le test du Khi2, la distribution observée n'est pas conforme à la distribution des patients vus en consultation à la même période. Il n'y a pas de lien statistique entre le nombre de patients suivis par les médecins (vus une ou plusieurs fois au cours de cette période) et le nombre de patients adressés à la consultation.

Limites : Un des médecins (le numéro 5) a adressé un très faible nombre de patients à la consultation avancée. Nous avons décidé de refaire le calcul en retirant ses patients afin d'avoir une distribution plus homogène.

	Nombre de patients vu une ou plusieurs fois pendant la période concernée	Distribution théorique
Médecin n°1	1956	24 %
Médecin n°2	2414	29,5 %
Médecin n°3	2080	25,5 %
Médecin n°4	1714	21 %
Total	8164	100 %

Conclusion : la distribution est statistiquement la même si l'on considère le nombre de patients suivis par les médecins (patients vus au moins une fois en consultation) et le nombre de patients adressés à la consultation avancée, à condition de ne pas tenir compte du cinquième médecin.

- **Délais de consultation**

Nous avons calculé le délai entre le jour de la prise de rendez-vous avec une consultante de la consultation avancée et le jour de consultation.

Parmi les 59 patients adressés à la consultation, 4 patients n'ont pas pris rendez-vous et 2 patients ont pris rendez-vous mais ne sont pas venus à la consultation.

Nous considèrerons les délais de tous les patients ayant pris rendez-vous (y compris les deux qui n'ont pas consulté).

Les délais s'étendent de 0 (rendez-vous pour le jour même) à 32 jours.
La moyenne est de 13 jours.
Le délai médian est de 10 jours.
L'écart type est de 9 jours.

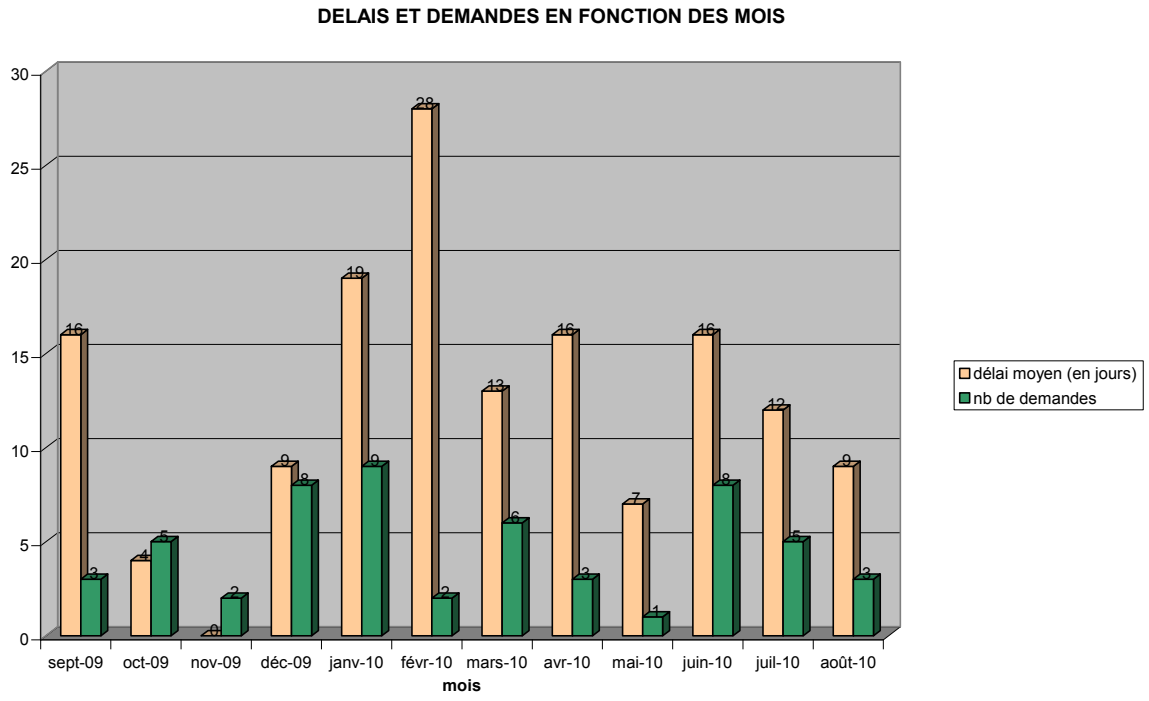
- **Corrélation délais et nombre de demandes**

Nous avons étudié le nombre de patients adressés à la consultation spécialisée et les délais en fonction des différents mois de l'année et testé s'il existait un lien entre ces paramètres.

Nous avons utilisé pour cela le test de corrélation.

Le coefficient de corrélation entre le nombre de demandes de consultations spécialisées et les délais de rendez-vous en fonction des mois de l'année est :
$r = 0,1469 < r_{0,05} = 0,5760$ pour ddl = 10

Conclusion : On ne peut donc pas rejeter l'hypothèse H0 selon laquelle le délai de consultation est indépendant du nombre de demandes de consultation pour une probabilité de 0,05%.



- **Motifs de consultation**

Nous avons recensé le motif principal que les médecins reportaient dans la feuille de transmission lorsqu'il adressait un patient à la consultation avancée.

MOTIF PRINCIPAL	FEMMES	HOMMES	TOTAL	PROPORTION
Angoisse, anxiété (sans syndrome dépressif)	5	3	8	13,6 %
Etat dépressif ou dysthymie (avec ou sans anxiété)	16	5	21	35,6 %
Douleur morale, souffrance psychique	3	1	4	6,8 %
Mal-être	4	3	7	11,9 %
Trouble de consommation de toxiques	2	0	2	3,4 %
Troubles du comportement alimentaire	1	0	1	1,7 %
Inquiétude parentale	5	3	8	13,6 %
Difficultés conjugales	1	2	3	5,1 %
Demande d'avis diagnostic spécialisé	1	3	4	6,8 %
Evaluation demandée par la psychologue	0	1	1	1,7 %

Les patients adressés pour un avis diagnostique présentaient des symptômes évoquant :

- un trouble bipolaire : jeune femme d'une trentaine d'années, diagnostiquée comme fibromyalgique, présentant un syndrome dépressif sévère, et évoquant une « impression de plusieurs moi » (alternance de phase d'énervement et de grande tristesse). Elle n'a finalement pas pris rendez-vous pour une consultation spécialisée. Elle est régulièrement suivie par les médecins du cabinet médical.

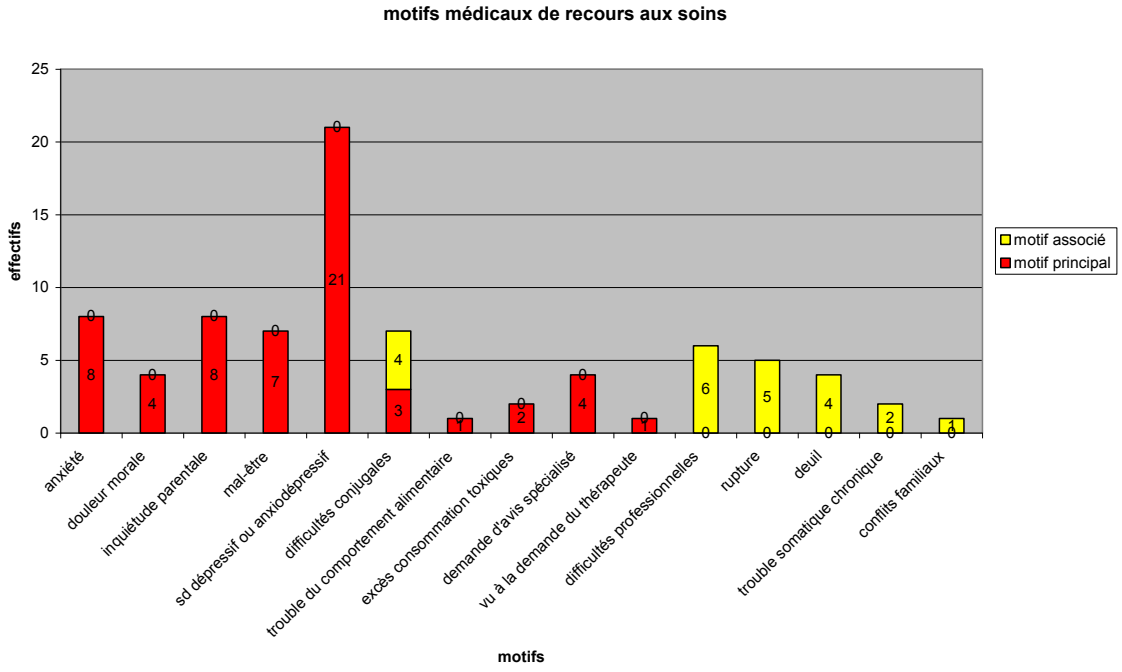
- un trouble d'allure psychosomatique : malaises à répétition dans un contexte de conflit avec l'employeur chez un homme d'une quarantaine d'années. Le bilan somatique est actuellement encore en cours, et la prise en charge psychiatrique réalisée par le psychiatre qui le suivait il y a quelques années.

- un trouble de personnalité de type border-line, chez un jeune homme de 26 ans adressé à la demande de ses parents : il était déjà suivi au CMP de Clisson (suivi interrompu par le patient), sans qu'un diagnostic n'ait été posé ou donné aux parents et au médecin traitant. Ce patient a été vu et re-adressé à son psychiatre référent.

- une anxiété généralisée avec des répercussions majeures sur l'emploi (à la demande de l'employeur) : patient d'une trentaine d'année en arrêt de travail dans un contexte d'anxiété invalidante mise sur le compte d'un « burn-out ». Il présentait en fait des signes de dépression qui a persistée plus de six mois et l'ont conduit à une consultation pour évaluation de l'humeur par la psychiatre de l'Equipe de Prévention du Suicide.

Un patient a été vu à la demande de la psychologue de la consultation avancée. Suite à la rencontre avec une femme adressée en raison d'un syndrome dépressif chronique, la psychologue a souhaité rencontrer son fils, source d'inquiétudes chez sa mère.

Nous avons recensés l'ensemble des motifs de recours au soin, et les avons classés en motifs principaux et associés.



- **<u>Orientations des patients</u>**

Les consultations avancées ont permis différentes orientations des patients. Parfois, le patient a été rencontré plusieurs fois et cela a suffi à apaiser la souffrance psychologique, sans nécessairement aboutir à un transfert du soin vers un autre spécialiste, psychologue, psychiatre ou association d'aide. La prise en charge pouvait ainsi se poursuivre avec le médecin traitant.

Nous avons recensé les différentes orientations des patients. Certains en ont reçu plusieurs (consultation spécialisée et association d'écoute par exemple).

Orientations :

- ***vers un psychiatre libéral*** : 2 patients.

- ***vers un psychologue libéral*** : 2 patients.

- ***vers le CMP de Clisson*** : 4 patients.

- ***vers la consultation Endeuillés de Montbert*** (et poursuite du suivi par la consultante de la consultation avancée) : 2 patients.

- ***vers un service d'addictologie*** : 5 patients.

- ***vers la CAF médiation familiale*** (service des Allocations Familiales pour une médiation familiale) : 2 patients.

- ***vers une association d'écoute et de soutien :***

- SOS amitié : 2 patients.
- Association couple et famille : 2 patients.
- Association d'écoute non précisée : 1 patient.

- ***vers l'EPE44***, Ecole des Parents et des Educateurs de Loire-Atlantique (association de psychologues offrant des entretiens et des groupes de parole aux enfants, jeunes et parents et des formations pour les professionnels) : 4 patients.

- ***vers un psychologue du service des grossesses à risque*** : 1 patiente.

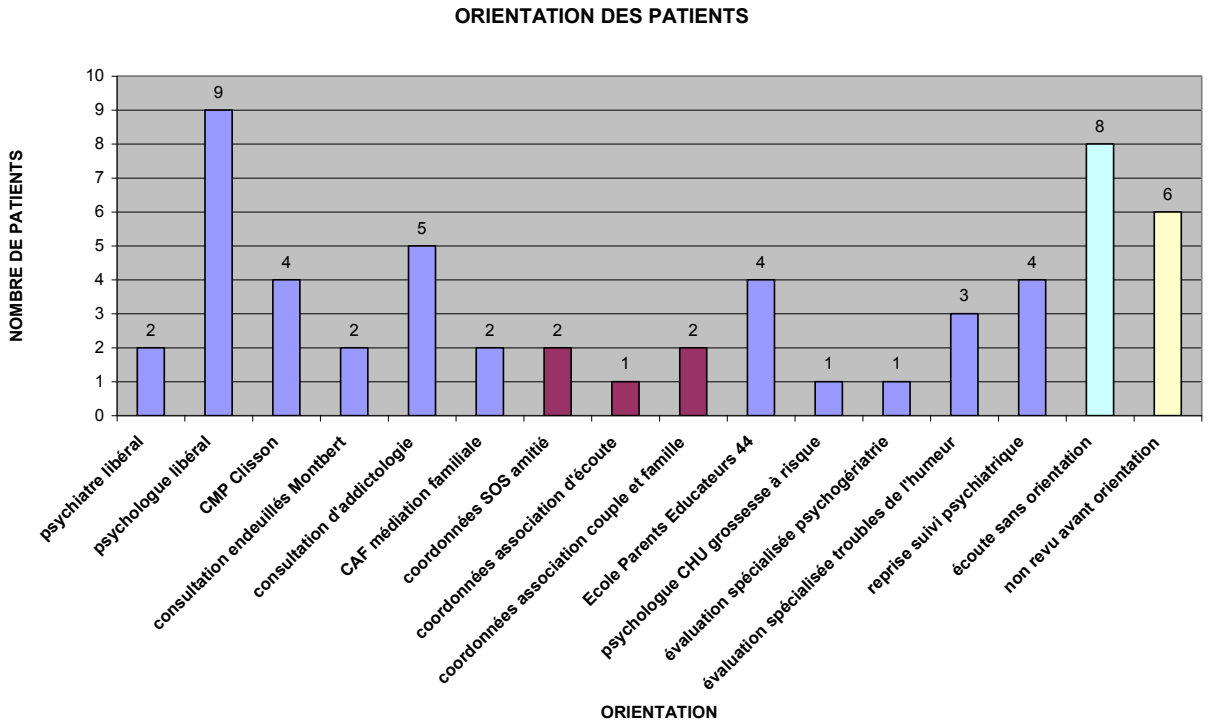
- ***vers un psychiatre spécialisé*** :

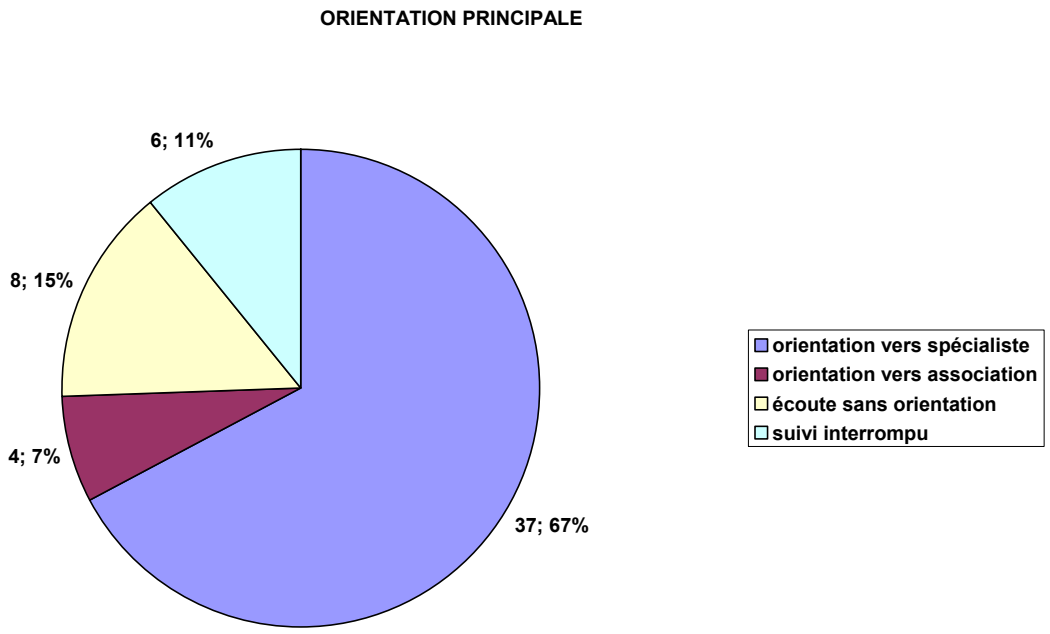
- psychogériatre : un patient.
- psychiatre de l'équipe de prévention du suicide: 3 patients.

- ***reprise d'un suivi par un psychiatre connaissant déjà le patient*** : 4 patients.

Huit patients (15% de l'effectif) n'ont pas été orientés, l'écoute ayant permis une amélioration de l'état psychique, avec la possibilité d'une nouvelle rencontre en cas de besoin.

Six patients (10% de l'effectif) n'ont pas été revus avant une éventuelle orientation et ont interrompu le suivi.





- **<u>Suivi à court terme des patients</u>**

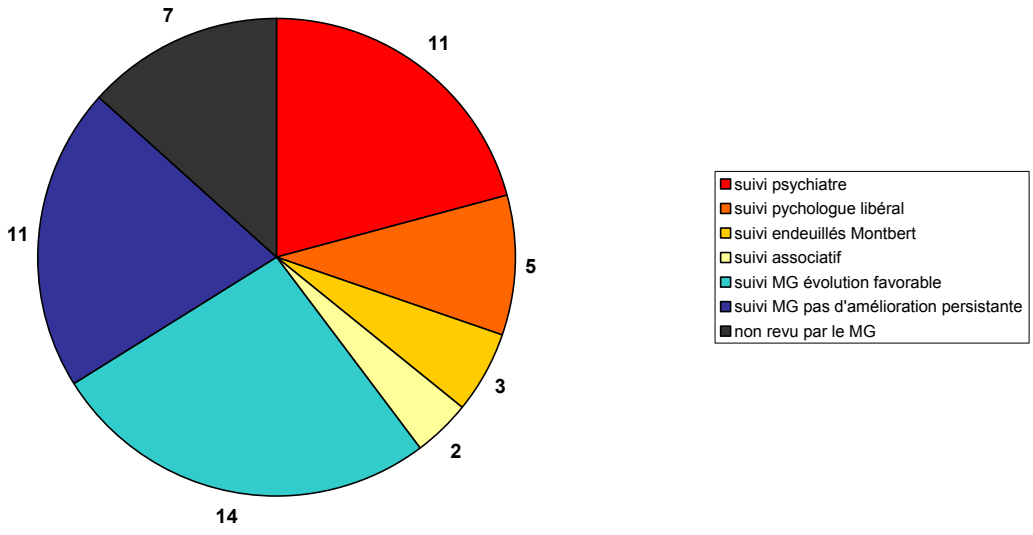
Nous avons répertorié le suivi à court terme (délais inférieur à 18 mois) des patients vus en consultation avancée par l'équipe de prévention du suicide.

Nous avons récolté les informations auprès des médecins traitants, dans les données des dossiers médicaux informatisés et parfois directement auprès du patient.

SUIVI		EFFECTIFS		PROPORTION	
Psychiatre	Libéral	3	Total : 11	5,7 %	Total : 20,8 %
	Hospitalier	8		15,1 %	
Psychologue libéral		5		9,4 %	
Service Endeuillés Montbert		3		5,6 %	
Association		2		3,8 %	
Suivi MG	Evolution favorable	14	25	26,4 %	Total : 47,2 %
	Pas d'amélioration persistante	10		18,9 %	
	Secondairement réorienté par la consultation avancée	1		1,9 %	
Non revu par le MG		7		13,2 %	

Suivi à court terme (<18 mois) des patients vus en consultation avancée. MG = Médecin Généraliste

SUIVI A COURT TERME DES PATIENTS VUS EN CONSULTATION



- **Profils des patients non vus en consultation**

Effectifs

Trois femmes et trois hommes soient six personnes. Ces effectifs sont trop faibles pour établir des comparaisons fiables avec l'ensemble des patients adressés ou vus en consultation.

Ages

Moyenne d'âge des femmes : 24 ans avec une médiane de 21 ans
Moyenne d'âge des hommes : 43 ans avec une médiane de 37 ans

Motifs de recours aux soins

- trouble du comportement alimentaire : une personne
- syndrome anxiodépressif secondaire à un deuil : deux personnes
- anxiété réactionnelle : une personne
- mal-être : une personne
- demande d'avis spécialisé : une personne

Motifs d'absence à la consultation

Deux personnes ont pris rendez-vous mais ne s'y sont pas rendu :
- une absence sans explication,
- une absence en raison d'une hospitalisation en psychiatrie.

Les quatre autres personnes n'ont pas fixé de date de rendez-vous. L'une d'entre-elles a été hospitalisée en psychiatrie avant de fixer une date de rendez-vous, les autres n'ont pas donné d'explication.

D/ PROFILS DES PATIENTS QUE J'AI ADRESSES A LA CONSULTATION AVANCEE

- **Melle E.**

Cette première patiente était une jeune femme de 25 ans présentant un premier épisode de syndrome anxiodépressif réactionnel à une rupture sentimentale et au décès de son cousin germain. Il n'y avait pas de signe de gravité, pas d'idée suicidaire, aucun antécédent particulier. Elle travaillait en tant que représentante, était bien insérée sur les plans professionnels et sociaux, bien entourée sur un plan familial et amical.

Elle s'est adressée à moi pour recevoir une aide psychologique près de son lieu actuel de résidence, son médecin traitant travaillant au nord de Nantes, sa région d'origine.

Je l'ai facilement adressée vers la consultation avancée qui proposait un rendez-vous rapide (délais de 10 jours) et j'ai revu la patiente une fois pendant cette période pour réévaluer son état, puis régulièrement à une fréquence d'une consultation tous les 15 jours

pendant deux mois. J'ai introduit un traitement anxiolytique à prendre en cas d'anxiété importante.

Elle a rencontré la psychologue à deux reprises, qui l'a orientée vers le CMP de Nozay, le secteur où elle retournait vivre, et lui a donné les coordonnées d'une psychologue libérale à Nantes.

Son état s'est rapidement amélioré grâce notamment à ses capacités d'élaboration, un entourage soutenant et la prise en charge psychologique proposée.

J'ai saisi l'opportunité de la consultation avancée dont je venais de découvrir l'existence sans en connaître les indications précises. J'aurais pu en effet adresser cette patiente en demande de soutien psychologique directement à un psychologue libéral ou l'orienter vers le CMP de Clisson. La rapidité de la consultation avancée était rassurante, m'apportant une chance de déléguer en partie la gestion de cet état dépressif qui, malgré des signes rassurants, générait chez moi une certaine angoisse.

- **Mme Y.**

La seconde patiente que j'ai adressée était une femme de 55 ans, suivie depuis des années par son médecin traitant pour un syndrome dépressif récidivant et évoluant depuis plus d'un an, associé à un syndrome douloureux chronique. Elle avait été suivie il y a une vingtaine d'année par un psychiatre dans une autre région, n'avait pas d'antécédent de tentative de suicide. Elle avait jusqu'alors refusé de rencontrer un nouveau soignant de santé mentale.

Elle était mariée et travaillait dans l'entreprise familiale avec ses deux enfants.

Après plusieurs rencontres avec moi-même, elle a accepté de consulter une des soignantes de la consultation avancée pour évaluer son état psychologique et la possibilité d'un traitement psychothérapique.

La première consultation avec la psychologue a permis d'évoquer des événements anciens extrêmement douloureux qu'elle avait toujours tus à son médecin traitant. Devant ce tableau d'épisode dépressif sévère, elle l'a adressée au Dr Yebbal, psychiatre de l'Equipe de Prévention du Suicide qui l'a rencontrée et a mis en évidence « un syndrome dépressif en lien avec une réactualisation d'une problématique familiale ancienne et douloureuse », associé à des éléments de personnalité la rendant très ambivalente par rapport à un travail psychothérapique. Elle l'a adressée à une consoeur psychiatre libérale qui la suit actuellement.

Cette prise en charge m'avait pleinement satisfaite, offrant à cette patiente en souffrance et en échec devant les traitements proposés jusqu'alors une possibilité d'évoquer une souffrance liée à des moments très douloureux de son histoire personnelle, ce qu'elle n'avait pu exprimer au sein de la prise en charge de médecine générale, qui était depuis des années régulière et centrée sur son tableau douloureux.

J'ai revu cette patiente, elle ne présentait plus de symptômes dépressifs et était satisfaite de la prise en charge. Elle vient à présent beaucoup moins consulter au Pôle Santé.

- **M. A :**

J'ai rencontré ce jeune patient de 26 ans pour la première fois avec sa femme qui venait en consultation en raison d'un début de première grossesse. Il était accompagnant mais a été le principal interlocuteur de la consultation.

Il avait de nombreuses questions sur la grossesse de sa femme, et des inquiétudes par rapport à l'arrivée, si rapide après leur mariage, d'un enfant. Il exprimait des craintes financières, il n'était qu'étudiant avec un faible salaire, et évoquait des conflits avec sa belle-famille, des tensions dans son couple qui l'angoissaient. Il était en demande de « thérapie de couple » avant l'arrivée de cet enfant, ce que sa femme ne trouvait pas nécessaire.

M. A. posait de multiples questions, et il écoutait peu les réponses que je formulais. Sa femme se disait gênée par son comportement, qu'il n'avait pas « à embêter le médecin avec leurs problèmes personnels », que « c'était normal qu'il soit angoissé par la grossesse » mais que les « choses allaient s'arranger ».

Après avoir examiné sa femme et donné des conseils par rapport à la grossesse, je me suis entretenue avec son mari, en sa présence.

Il m'a décrit un terrain anxieux, avec un antécédent de dysthymie réactionnelle à des difficultés personnelles de 2003 à 2008, sans prise en charge spécialisée. Il ne présentait pas de symptômes dépressifs ni de signe évocateurs d'un état maniaque, plutôt un syndrome anxieux marqué et exacerbé depuis le début de grossesse. En discutant avec le couple, nous avons pensé qu'une évaluation personnelle serait sans doute bénéfique avant d'envisager une prise en charge conjugale que sa femme ne souhaitait d'ailleurs pas.

M. A. ne souhaitait pas une prise en charge par le CMP de Clisson, et ne pouvait financièrement pas se tourner vers un psychologue libéral. Sa demande d'aide restait ambivalente puisqu'il ne pensait pas qu'une prise en charge personnelle pourrait améliorer la situation.

Je lui ai donc proposé de prendre rendez-vous avec les praticiennes de la consultation avancée afin de recevoir une orientation optimale. Cette possibilité semblait lui convenir, bien qu'encore compliquée à ses yeux.

Il n'a finalement jamais pris rendez-vous.

Je ne l'ai pas revu mais j'ai suivi une partie de la grossesse de sa femme. Elle m'a rapporté que les angoisses de son mari s'étaient plutôt atténuées et que les conflits étaient moins fréquents.

- **Enfant H., 8 ans**

Cette enfant de 8 ans fait partie d'une fratrie que je suis régulièrement pour des problèmes d'asthme sévère, et dans le cadre des visites périodiques de prévention (vaccinations par exemple).

Sa maman l'a amenée ce jour en raison de douleurs abdominales récidivantes. Je l'avais vu quelques semaines avant pour le même motif, et elle avait déjà bénéficié d'une échographie abdominale qui était alors normale.

Le contexte était particulier puisque son père avait été victime d'un accident de travail plus d'une année auparavant avec l'amputation d'une de ses mains, et que cette enfant est l'aînée d'une fratrie avec de sévères problèmes de santé à l'origine de nombreuses hospitalisation. Elle est la seule des quatre enfants à ne pas être atteinte de maladie chronique.

La consultation s'est rapidement focalisée sur une possible origine psychosomatique à ces douleurs, hypothèse posée par la maman. Les douleurs étaient en effet plus fréquentes

depuis l'accident du papa, aggravées pendant les périodes scolaires et sans étiologie organique retrouvée jusqu'alors. Elle décrivait d'autres symptômes comme une « boule dans la gorge » et sa maman la décrivait comme de « plus en plus sensible », pleurant facilement mais parlant peu.

J'ai essayé de parler avec cette enfant de 8 ans, mais elle n'arrivait pas à exprimer ses sentiments autrement que par des hochements de tête et des larmes.

Je lui ai proposé de rencontrer la psychologue de la consultation avancée qui avait pris en charge son père pour une orientation suite à son accident. L'enfant et sa maman ont tout de suite accepté cette opportunité.

Elle a été vue une première fois avec sa maman, a alors pu exprimer des inquiétudes par rapport à son papa.

Elle est venue une deuxième fois avec son père, a montré des angoisses de séparation importantes. Elle a donc été orientée vers une psychologue de l'Ecole des Parents et des Educateurs (EPE44). Elle a débuté le suivi psychologique.

Mon vécu du travail en collaboration avec la consultation avancée a été très positif, avec un sentiment marqué de réassurance notamment dans la prise en charge de patients en souffrance réelle et à l'origine d'une certaine anxiété par rapport à leur devenir. Ca a aussi été l'opportunité d'offrir un soutien ou une orientation de qualité par des soignants que j'avais rencontrés et en lesquels j'avais confiance.

E/ QUESTIONNAIRE MEDECINS

QUESTIONNAIRE MEDECINS DISTRIBUE EN MARS 2011
(soit un an après la mise en place de la consultation avancée)

Réponses données par écrit.

1/ Rencontriez-vous des difficultés avec la prise en charge des patients présentant des plaintes ou des tableaux cliniques de type dépressif ?

Médecin n°1: Non. Ma démarche : premier contact d'expression des difficultés, des plaintes. Souvent deuxième contact : programme de l'élaboration du diagnostic, échelle HAD ou Beck et proposition de prise en charge psychothérapeutique. Choix selon le souhait du patient (antécédents, habitudes, réticences)

Médecin n°2: Oui, parfois.

Médecin n°3: Parfois. Problème de rendez-vous rapide, distance des services CAPSI, problème de sectorisation avec une population sur des départements limitrophes.

Médecin n°4: Oui, parfois.

Médecin n°5: (pas de réponse)

2/ Aviez-vous déjà imaginé travailler en collaboration avec une psychologue, un psychiatre ou une infirmière psychiatrique au sein du pôle santé ?

Médecin n°1: Oui pour la psychologue. Cela me paraissait absolument nécessaire au bon fonctionnement d'un Pôle Santé. Pour le psychiatre, la collaboration reste différente. Pour l'infirmière psychiatrique, je n'imaginais pas son rôle avec la collaboration actuelle.

Médecin n°2: Non.

Médecin n°3: Dans l'attente d'une prise en charge, et du fait de l'éloignement des psychiatres et du manque de créneaux des CMP, j'ai pu le souhaiter.

Médecin n°4: C'était un rêve qui semblait inaccessible…

Médecin n°5: Absolument pas !

3/ Connaissiez-vous la Fédération de Santé Publique de Montbert et ses actions de prévention du suicide et de soutien au familles endeuillées ?

Médecin n°1: Non, avant leur arrivée au sein de notre structure.

Médecin n°2: Oui

Médecin n°3: Depuis l'intervention de l'équipe de prévention du suicide au sein du Pôle Santé.

Médecin n°4: Non.

Médecin n°5: Non, pas avant la mise en place au niveau du Pôle.

4/ Pensez-vous bien connaître le réseau de soins psychiatriques local (rôle des CMP, hôpitaux de jour, prises en charge hospitalières, psychologues et psychiatres libéraux) et le fonctionnement de la psychiatrie publique (sectorisation) ?

Médecin n°1: Non, il existe un flou important et beaucoup de frustrations d'être en première ligne et de ne pas toujours savoir sur quelles ressources on peut s'appuyer (en dehors de situations d'urgence où les procédures sont finalement plus simples : urgences, Montbert, …). Cela fait également ressortir le peu de collaboration entre la psychiatrie et la médecine de premier recours, dans les pathologies chroniques, et souvent l'impression d'abandon dans certaines situations complexes que nous sommes amenés à gérer.
Cela renvoie aussi au manque criant de communication avec la psychiatrie libérale (manque d'informations, manque de courriers, avec des diagnostics souvent non établis clairement même si l'on sait la difficulté de ceux-ci…)

Médecin n°2: Oui, dans les grandes lignes.

Médecin n°3: Oui, en dehors des psychologues vers lesquels j'ai toujours du mal à orienter.

Médecin n°4: Correctement, sans plus.

Médecin n°5: J'ai une connaissance très pragmatique, acquise au fil de l'expérience.

5/ Comment avez-vous accueilli le projet de consultation avancée ?

Médecin n°1 : Très bien, d'autant que j'ai personnellement participé à sa mise en place…

Médecin n°2: Avec enthousiasme !

Médecin n°3: Vivement !

Médecin n°4: Avec enthousiasme !

Médecin n°5: Une chance inattendue.

6/ Quels bénéfices cela vous a t'il apportés ?

Médecin n°1 : Une grande satisfaction de voir une collaboration public/privé se mettre en place. Bien sûr, la possibilité d'avoir des interlocutrices rapidement disponibles, et un fléchage plus facile pour des prises en charge des patients a priori plus adaptées.

Médecin n°2:
- l'accès aux soins psychiatriques facilités,
- des délais relativement courts,
- l'« accroche » de patients qui n'auraient pas consulté ailleurs.

Médecin n°3:
- débloquer des situations difficiles rapidement, sans hospitalisation,
- amener des personnes réfractaires à consulter au sein d'une structure rassurante car connue.

Médecin n°4:
- meilleure prise en charge des pathologies psychiatriques et des détresses psychologiques des patients,
- meilleure orientation.

Médecin n°5: La possibilité d'une prise en charge spécialisée, rapide, gratuite pour des patients qui autrement n'auraient pas accepté.

7/ Quelles améliorations pourraient d'après-vous être apportées ?

Médecin n°1 :
- Encore plus de temps de consultation,
- Des staffs, des protocoles…
- L'informatique avec un poste dédié en réseau,

- La prise en compte du temps médecin, du temps secrétariat pour les rémunérer,
- La possibilité d'aller au domicile du malade quand cela est nécessaire.

Médecin n°2:
- Délais qui s'allongent !
- Interface informatique.

Médecin n°3: Peut-être au niveau des délais de prise en charge avec des créneaux « d'urgence ».

Médecin n°4: Augmentation des temps de présence.

Médecin n°5: Le problème de réserver un créneau pour l'urgence ayant été résolu, je ne vois pas. Peut-être le domaine d'intervention de l'équipe du CHS Montbert pourrait-elle être élargie au-delà de la prévention du suicide (en pratique, ça se fait déjà) ?

8/ Quelles critiques pourriez-vous formuler ?

Médecin n°1: cf question 7.

Médecin n°2: cf question 7.

Médecin n°3: aucune.

Médecin n°4: difficultés à réserver les plages de « consultations plus urgentes ».

Médecin n°5: Pas de critique, juste la question de savoir pourquoi j'ai eu si peu recours à la consultation avancée par rapport aux autres confrères.

9/ Cette réalisation vous a-t-elle évoqué d'autres projets pouvant être mis en place au sein du Pôle Santé ?

Médecin n°1 : les autres projets sont nombreux et pour certains en place avant même cette collaboration. Peut-être dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient une prise en charge des dépressifs et de leur famille… avec un médecin du Pôle bientôt thésé et l'équipe mobile ?

Médecin n°2: pas sous cette forme (intervenants extérieurs).

Médecin n°3: Non.

Médecin n°4:Coordination avec les pharmaciens.

Médecin n°5: Il y a déjà beaucoup de projets pour le Pôle dont un engagement « lourd » avec l'ARS

III/ DISCUSSION

A/ DISCUSSION DES RÉSULTATS

- **Les biais**

Notre étude est descriptive et rétrospective, elle a donc des limites inhérentes à ce type d'étude.

Les résultats ont été repris sur les dossiers. Il manque certaines données sur les professions ou le statut marital.

Nous n'avons pas pris en compte les données sur le nombre d'enfants car il manquait trop d'éléments d'information.

Les motifs sont ceux donnés par les médecins généralistes, ou interprétés à partir des éléments de la consultation médicale. Il n'y a pas eu d'utilisation d'outil diagnostic ou d'échelle d'évaluation validés.

Le devenir des patients n'a pas pu être toujours connu (perdus de vue, pas d'élément dans le dossier ou médecins ne se souvenant plus si leur patient avait vu un psychologue par exemple).

La période d'étude (12 mois) et le délai depuis la fin de l'étude sont faibles (5 mois) et ne permettent pas de conclure de façon significative.

Enfin l'échantillon est parfois de trop petite taille pour donner des différences significatives et une puissance statistique.

- **Effectifs des patients inclus**

Le nombre de patients adressés était de 59, et 53 patients ont été rencontrés en consultation.

Le nombre d'actes (consultations) était de 98.

L'effectif est inférieur à la prévision qui était d'une centaine de patients.

Analyse de la distribution des patients adressés par chaque médecin en fonction de leur activité :

Les distributions sont très différentes lorsque l'on considère l'activité des cinq médecins, le nombre de patients adressés à la consultation avancé n'est statistiquement pas lié au nombre de patients suivis par chaque médecin.

Par contre, lorsque l'on écarte le médecin n°5 qui a adressé beaucoup moins de patients que les autres, il n'y a plus de différence significative entre les deux distributions (en prenant un risque de 5%).

Ce médecin n°5 a donc eu une pratique très différente des autres médecins, n'ayant adressé que deux patients à la consultation avancée de psychiatrie, contre 9 à 22 patients adressés par les autres médecins, et malgré une activité similaire en terme de nombre de patients suivis sur la cette période.

Ceci pourrait être expliqué par plusieurs hypothèses :

- le réseau de soins psychiatriques de ce médecin est développé,
- ce médecin ne ressent pas le besoin d'une aide pour la prise en charge ou l'orientation de ses patients. Si on prend en compte qu'il est le plus âgé, il peut être aussi le plus familier dans la prise en charge des troubles psychiatriques, sachant qu'il n'a cependant jamais reçu de formation en milieu psychiatrique.
- les patients de ce médecin ont moins de problèmes de santé mentale que ceux des autres médecins,
- ce médecin s'intéresse peu aux plaintes d'allure psychologique des patients,
- ce médecin pose moins de diagnostics de troubles psychiatriques.

Ces explications sont bien entendu des hypothèses qu'il conviendrait d'analyser en reprenant par exemple les motifs de consultation des patients vus par les médecins généralistes sur la période de l'étude et les diagnostics posés, en voyant s'il existe une différence significative avec les patients des autres médecins.

Dans le questionnaire remis aux médecins, le médecin n°5 soulevait la même interrogation : à la question « *Quelles critiques pourriez-vous formuler ? »,* il répondait : « Pas de critique, juste la question de savoir pourquoi j'ai eu si peu recours à la consultation avancée par rapport aux autres confrères. » Il écrivait par ailleurs qu'il ne rencontrait habituellement pas de problème avec les patients atteints de problèmes de santé mentale, et qu'il avait « une connaissance très pragmatique » des réseaux de soins, « acquise au fil de l'expérience ».

Ces remarques semblent appuyer l'hypothèse du réseau de soins développé : ce médecin parviendrait à trouver plus facilement de l'aide (à type de conseils par exemple) pour la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques lui « posant problème ».

Dans l'enquête réalisée par les Dr Aubin-Auger et Baumann-Coblentz auprès de médecins généralistes de la région parisienne et de Haute Normandie, ceux-ci soulignaient l'importance des réseaux personnels, de contacts spécialistes connus et joignables face à un patient en crise suicidaire par exemple (Aubin-Auger et al, 2008).

Le médecin n°1 du Pôle Santé soulignait le « flou » des réseaux et le « manque de collaboration » entre spécialistes de santé mentale et médecins généralistes.

L'existence de l'Equipe de Prévention du Suicide, créée sept ans auparavant, n'était connue que d'un seul médecin sur les cinq.

- **Ratio hommes / femmes**

Par rapport à la population générale

La comparaison avec les effectifs nationaux montre que le ratio hommes/femmes inclus est comparable à la population française, mais qu'un nombre plus élevé de femmes ont été vues en consultation avancée.

Nous pouvons essayer d'expliquer cela de plusieurs façons :

- Les femmes consultent plus fréquemment des médecins généralistes lorsqu'elles présentent une souffrance morale ou un problème de santé mentale : 2/3 des patients consultant pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques dans l'enquête de Labarthe pour la DRESS (2004) étaient des femmes. Les taux de l'INSEE 2009 montrent aussi un déséquilibre dans la prévalence des motifs de recours et/ou des diagnostics pour 100 séances de médecins : les femmes sont majoritaires quelque soit l'âge en ce qui concerne les troubles mentaux.

- Les femmes seraient plus réceptives à la proposition d'aide par leur médecin généraliste. Une étude française montrait que les femmes étaient deux fois plus enclines que les hommes à suivre les conseils du médecin généraliste lorsque celui-ci leur proposait de voir un spécialise de santé mentale, et notamment à se tourner vers un psychologue lorsque les hommes préférait voir un psychiatre (Kovess et al 2007).
  Ces constatations ont des répercussions évidente sur la prise en charge des troubles de santé mentale, notamment dans les régions plus rurales où le nombre de psychologues est élevé par rapport aux psychiatres, regroupés dans les grandes agglomérations.
  Ces remarques ont aussi été faites par les consultantes venues au Pôle Santé qui disaient voir très peu d'hommes dans les consultations aux personnes en crise suicidaire ou endeuillées (au centre hospitalier de Montbert) par rapport à la consultation avancée.

- Les femmes ont plus de facilité à parler de leurs problèmes, elles sont plus demandeuses de psychothérapie (Kovess et al 2007)

- Les femmes sont plus souvent atteintes de troubles anxieux ou anxiodépressifs que les hommes (Lépine et al pour l'étude ESEMeD 2005, Alonso et al 2004, Labarthe 2004). La prévalence des troubles dépressifs est 1,5 à 2 fois plus élevée chez la femme que chez l'homme dans la plupart de ces études. Or nous avons vu que les motifs les plus fréquents de demande de consultation dans notre étude étaient des troubles dépressifs avec ou sans anxiété associée.

Par rapport aux patients du CMP

La comparaison avec les patients suivis au CMP de Clisson montre un ratio hommes/femmes similaire à notre étude. Cette constatation présente des limites :

- Il faut d'abord noter que la période d'observation (septembre 2009 à septembre 2010) n'est pas identique à celle d'où sont issues les données du CMP (année 2010).

- Les patients ne présentent pas tout à fait les mêmes pathologies : 17% des patients consultants au CMP sont atteints de troubles psychotiques, alors qu'un seul patient (représentant à peine 2% des effectifs) a été diagnostiqué comme tel parmi les patients inclus dans notre étude. Ce taux de 17% est élevé par rapport à une prévalence habituelle des syndromes d'allure psychotique de 2,8% en médecine générale française (étude Santé Mentale en Population Générale, Bellamy et al 2008). Le ratio homme/femme de cette pathologie est proche de 1. D'autres pathologies, comme la dépression et les troubles anxieux, touchent plus fréquemment les femmes. Les troubles liés aux consommations de toxiques (dont l'alcool) sont par contre jusqu'à dix fois plus fréquents chez les hommes (Lépine et al pour ESEMeD 2005).

- L'âge des consultants différait de manière significative, avec des patients plus âgés au CMP (moyenne de 54 ans, écart-type 18,3 ans contre une moyenne de 40 ans +/- 15,3 ans).

Par rapport aux suicidants et suicidés

Les intervenantes de l'Equipe de Prévention du suicide rapportaient que la proportion d'hommes consultants au sein de leur pôle était beaucoup plus faible qu'à la consultation avancée, avec même une augmentation de ce ratio depuis le début de l'année 2011 (communication orale).

Une étude prospective réalisée à Caen (Basse-Normandie) en 1993-1994 montrait que la majorité des suicidants hospitalisés aux urgences étaient des femmes (61,5%) d'âge jeune (34 ans en moyenne) et que 54% d'entre eux étaient des récidivistes (Chastang et al 1997). Ceci est habituellement retrouvé dans les études sur les tentatives de suicide (Mouquet et al 2006). Les femmes utilisent des moyens moins létaux (intoxications médicamenteuses) mais récidivent leurs tentatives de suicide.

Les enquêtes épidémiologiques montrent que les suicidés sont plus fréquemment des hommes : en Loire-Atlantique en 2006, les décès masculins par suicide étaient 3 fois plus nombreux que les décès féminins (ORS 2009), et les valeurs étaient du même ordre en France en 2008 (INSEE 2008). Les résultats de 2008 en Pays de Loire montrent une aggravation de cette différence puisque ¾ des décès par suicide concernait des hommes, quelque soit la classe d'âge (Tallec et al 2011).

Les suicides masculins sont souvent brutaux, avec utilisation de moyens violents entrainant la mort (arme à feu, pendaison).

Comme nous l'avons déjà évoqué, les hommes ont plus de difficulté à demander de l'aide lorsqu'ils souffrent moralement. La crise suicidaire est souvent plus difficile à mettre en évidence, et n'est parfois reconnue qu'après le passage à l'acte, souvent létal.

Ces éléments expliquent probablement en partie pourquoi d'avantage de femmes sont suivies par les réseaux spécialisés dans la prise en charge des suicidants ou des endeuillés.

Conclusion :

Si la majorité des patients vus en consultation avancée étaient des femmes, le nombre d'hommes inclus n'est pas négligeable par rapport à la population consultant habituellement les réseaux psychiatriques de prévention du suicide.

- **<u>Ages des patients</u>**

Lorsque l'on considère la population française au premier janvier 2011 (INSEE), on retrouve des âges moyens et médians similaires à notre échantillon.

Mais comme nous l'avons constaté dans la présentation des résultats, cette interprétation est fausse.

En effet, la dispersion des âges autour de la moyenne de l'échantillon est faible : écart type de 15,3 ans. La proportion de personnes âgées de plus de 64 ans était très faible (1,89%), alors qu'elles représentaient 16,8% de la population en 2010 ainsi que la proportion de personnes de moins de 15 ans (3,39%), représentant pourtant 18,5% de la population en 2010.

L'échantillon des patients du CMP est nettement plus représentatif, si l'on ne tient pas compte de l'absence d'enfants (suivis dans un autre centre à Gorges, ville voisine).

Jeunes patients

L'amplitude des âges des patients inclus était importante car il n'y avait pas eu de limite d'âge fixée, notamment concernant les moins de 16 ans (pédiatrie), qui sont régulièrement pris en charge par l'Equipe de Prévention du Suicide dans la consultation pour les endeuillés. Deux enfants de 8 ans ont pu être vus par les intervenantes de la consultation avancée et orientés après des rencontres avec les parents et une évaluation de l'environnement familial.

D'autres enfants ont été pris en charge depuis la fin de notre observation.

Statistiquement, le suicide est un événement rare avant 15 ans. L'aide apportée aux enfants de notre étude était plus de l'ordre d'un soutien dans un contexte de difficultés familiales, et la découverte d'une possibilité d'aide en cas de problèmes ultérieurs, qu'une prévention de la crise suicidaire. Il n'y a pas eu de prise en charge d'enfant endeuillé.

Patients d'âge intermédiaire

Lorsque l'on reprend les données de notre étude, on voit que la majorité des femmes incluses avaient de 20 à 44 ans, avec un autre pic à 55-59 ans (âge moyen 37 ans et écart type de 16 ans). On peut considérer qu'un certain nombre de ces femmes peuvent présenter un risque suicidaire : le taux de mortalité par suicide des femmes augmente progressivement entre 15 et 54 ans (DRESS 2006).

Le taux de mortalité par suicide des hommes augmente entre 15 et 34 ans, se stabilise et recule entre 45 et 74 ans avant d'augmenter de façon très marquée comme nous l'avions précisé ci-dessus.

Les hommes inclus étaient en moyenne plus âgés (âge moyen de 43 ans et écart-type de 13,5 ans). Ils sont en théorie moins à risque suicidaire, mais plus de la moitié d'entre eux (12 individus) avaient entre 15 et 44 ans, tranche d'âge plus « à risque ».

L'étude menée en 2007 en région parisienne montrait, comme d'autres études internationales (Allemagne, Etats-Unis et Hollande), que les personnes qui se tournent d'abord vers leur médecin généraliste lorsqu'elles présentent des troubles psychiques sont âgées de plus de 50 ans.

On peut supposer que les personnes plus âgées consultant au Pôle Santé ont su demander de l'aide à leur médecin traitant et ont pu être pris en charge sans difficulté et sans « passer par » la consultation avancée (Kovess et al 2007). cela explique le faible effectif de personnes de plus de 64 ans

Les patients suivis au CMP sont statistiquement plus âgés que les patients vus en consultation avancée.

Patients âgés de plus de 75 ans

Nous remarquons qu'une seule personne âgée de plus de 65 ans a été adressée et qu'aucun patient n'avait plus de 70 ans. Ceci contraste avec les résultats fournis par le CMP de Clisson : 102 personnes soient presque un quart des personnes suivies en consultation sur un an avaient 65 ans ou plus, 5,5% d'entre elles avaient plus de 85 ans.

Les études montrent pourtant que le suicide atteint toutes les classes d'âges, et que le taux de mortalité augmente très fortement après 75 ans, jusqu'à 126 décès pour 100 000 habitants après 85 ans dans les Pays de la Loire (Tallec 2011).

Le CHU de Nantes a développé une filière complète pour la prise en charge des personnes âgées sur plusieurs sites, avec un accueil de jour sur l'Hôpital Bellier, une permanence de psychogériatrie dans le centre de Nantes et une équipe mobile sur le CHU.

On peut cependant penser avec justesse que nombre de personnes très âgées (plus de 85 ans) se déplacent plus difficilement, notamment lorsqu'ils sont atteints de pathologies chroniques réduisant leur autonomie et potentielles sources de dépression. Les médecins généralistes les voient habituellement au cours de visites à leur domicile, ou en maison de retraite. Ces patients ne sont donc pas les plus concernées par les consultations au cabinet du médecin. Un système de consultation d'évaluation psychiatrique à domicile ou en maison de retraite, qui existe déjà dans le cadre de la psychiatrie hospitalière publique, serait probablement une solution, avec la participation de psychologues ou infirmiers psychiatriques, tout en gardant à l'esprit que la consultation avancée n'était pas une consultation de suivi psychothérapique, mais d'orientation ou de psychothérapie courte.

- **Statut marital**

Les deux tiers des patients adressés à la consultation étaient en couple ou mariés.

Les études montrent que le célibat ou le veuvage sont des facteurs de vulnérabilité pour un individu en crise suicidaire, ou que l'entourage avec support émotionnel est un facteur de protection (ANAES 2000, Chastang et al 1997, De Gregorio et al 2006).

Ce statut marital ne nous informe cependant pas sur les difficultés que peuvent rencontrer les couples.

Lorsque l'on regarde les motifs principaux et associés de consultation des patients de l'étude, sept individus présentaient des difficultés conjugales, ce qui fait une proportion de 18% soit presque un cinquième des patients en couple ou mariés (7/38).

Si être entouré, ne pas vivre seul, est un facteur de protection de la crise suicidaire, les problèmes conjugaux et les séparations peuvent aussi être un facteur déclenchant ou aggravant un trouble dépressif ou un comportement suicidaire.

Le veuvage et le deuil sont des facteurs de vulnérabilité, d'autant plus lorsque le conjoint est décédé par suicide. Quatre patients de l'étude étaient veufs, trois d'entre eux souffraient de dépression liée directement ou indirectement au décès de leur conjoint ou conjointe.

- **Activités professionnelles**

Nous n'avons pas trouvé de données épidémiologiques locales (régionales ou départementales) concernant les activités professionnelles des patients suicidants ou suicidés.

L'étude nationale Santé Mentale en Population Générale de la DRESS a montré que le risque suicidaire était plus élevé chez les personnes au chômage que chez les personnes e, activité : le risque suicidaire est estimé à 4.7% chez les chômeurs contre 1.5% pour les personnes ayant un emploi, 1% pour les retraités et 3.1% pour les autres personnes sans emploi (étudiants, femmes au foyer, invalidité, …). Cette constatation est retrouvée dans de nombreuses études sur les facteurs de risque suicidaire.

Nous avons comparé le taux de chômage chez les patients adressés à la consultation avec les données nationales et régionales : il n'y a pas de différence significative. On ne peut donc pas présumer à partir de notre échantillon que les patients sans emploi sont plus souvent en état de souffrance psychologique.

- **Conclusions sur l'échantillon**

On peut dire que cet échantillon est intéressant car représentatif de la population française sur le plan des genres, du statut marital (avec les précautions que l'on a prises) et professionnel (activité ou non activité).

Il n'est cependant pas du tout représentatif en ce qui concerne l'âge des patients en raison de la faible dispersion (écart type) et de la quasi absence de personnes de plus de 65 ans.

- **Nombre de consultations**

Le nombre moyen de consultation était conforme à ce qui était prévu dans la convention (1 à 3 consultations par patient)

Seuls deux patients ont eu besoins d'une quatrième consultation:

- le premier, un homme de 52 ans a été vu 3 fois pour évaluation et orientation vers un psychiatre. Il a été revu une quatrième fois plusieurs mois après à sa demande en raison d'une rechute avec aggravation de son état psychique.

- le second, un homme de 64 ans, a été vu à une fréquence d'une fois par mois. Il présentait encore une idéation suicidaire lors du troisième rendez-vous. La quatrième rencontre a permis de refaire le point, avec possibilité d'un nouveau rendez-vous que le patient a annulé car il se sentait mieux. Ce cas est un exemple de prise en charge d'un patient présentant un syndrome anxio-dépressif récidivant, avec des idées suicidaires, mais ne souhaitant pas de prise en charge psychiatrique. Il a reçu un traitement antidépresseur prescrit par son médecin traitant et bénéficié d'un suivi psychologique sur le Pôle Santé pendant 4 mois.

- **Délais de consultation**

Les délais pour l'obtention d'un premier rendez-vous s'étendaient de 0 (le jour-même) à 32 jours, soit un mois après la prise de rendez-vous.

En moyenne, ils étaient de 13 +/- 9 jours ce qui est satisfaisant dans un contexte de prise en charge non urgente.

Nous n'avons pas de données sur les délais pour les prises de rendez-vous au CMP de Clisson.

Le délai moyen a eu tendance à s'allonger après les premiers mois de fonctionnement avec le nombre de demandes de consultation par les médecins généralistes. Cette observation est classique lors de la mise en place d'un nouveau mode de consultation qui facilite la pratique des médecins (Burns et al 1997).

Corrélation entre nombre de demandes et délais:

Nous avons pris comme paramètre pour cette analyse le mois, unité de temps arbitraire. L'activité des médecins généralistes varie en fonction des saisons, des semaines, des jours. Les vacances scolaires par exemple sont un motif de moindre proposition de consultation spécialisée car les médecins sont parfois remplacés par des personnes ne connaissant pas l'existence ou le fonctionnement de cette consultation.

Nous n'avons pas montré que le délai dépendait de manière significative du nombre de patients adressés sur une période par les médecins généralistes.

Le délai des rendez-vous pouvait être lié à d'autres facteurs :

- l'activité de consultation spécialisée, celle-ci variant selon la présence ou non des consultantes (psychologue et infirmière psychiatrique), plus rare lors de la période des vacances scolaires d'été, et du nombre de consultations proposées à chaque patient, variant de 1 à parfois quatre rendez-vous.
- de la disponibilité du patient (contraintes professionnelles, absences personnelles),
- parfois des hésitations du patient par rapport à sa démarche de prise de rendez-vous (difficulté à « faire le pas » et à fixer un rendez-vous).

- **<u>Motifs de consultation :</u>**

Nous n'avons pas utilisé de classification des maladies psychiatriques (CIM10 ou DSM IV) qui ne nous semblaient pas adaptées pour décrire des motifs qui ne sont pas des diagnostics posés selon des critères référencés tels que ceux utilisés dans ces classifications. Les éléments diagnostiques rapportés dans les feuilles de transmission ou le dossier médical informatisé étaient trop succincts, les critères de temps souvent absents. Un grand nombre de patients ne présentait pas de tableau de maladie psychiatrique, mais plutôt des symptômes de souffrance morale, d'anxiété, dans des contextes de deuil, de difficultés familiale, conjugale ou professionnelle. Nous avons donc choisi de reprendre des dénominations énoncées par les médecins généralistes.

Les motifs principaux étaient dans un tiers des cas (33,6%) un trouble de l'humeur de type dépressif, avec ou sans anxiété associée. Nous n'avons pas différencié les états dépressifs sévères (ou avérés) et les plus légers, sachant que les patients adressés à cette consultation présentaient pour la plupart des tableaux cliniques avec des signes de gravité, ne nécessitant pas une prise en charge urgente, mais à l'origine de difficultés pour le médecin généraliste et justifiant un avis spécialisé.

Typologie des consultations et visites des médecins généralistes

Une enquête menée par la DREES en 2002 auprès de 922 médecins généralistes a conduit à une typologie des motifs de consultations et visites (« séances ») de ces médecins (Labarthe 2004).

Elle montrait que 10% des séances concernaient un problème d'ordre psychologique ou psychiatrique. 50% de ces séances étaient motivées par le contrôle ou suivi d'une affection chronique stable.

- 38% des patients concernés avaient de 25 à 44 ans et 41% de 45 à 69 ans.
- 64% des patients étaient des femmes.

Les motifs de consultations étaient :

- anxiété ou angoisse dans la moitié des cas,
- une dépression ou un syndrome dépressif dans un tiers des cas,
- une insomnie dans un cas sur dix,
- la déstabilisation d'un état chronique dans un quart des cas.

Trois pour cent (3%) de ces patients étaient pris en charge dans le cadre de l'Affection de Longue Durée « psychose, troubles graves de la personnalité ou arriérations mentales ».

Une autre typologie réalisée par la Société Française de Médecine Générale en 2003 montrait que 8% des consultations concernaient une prise en charge psychologique, ce qui est conforme à ces résultats.

Age du patient	0 à 12 ans	13 à 24 ans	25 à 44 ans	45 à 69 ans	70 ans et plus
DRESS 2002	1%	3%	38%	41%	17%
CLISSON 2009-2010	3,4%	17%	44%	34%	1,7%

Comparaison en fonction de l'âge des patients de l'étude menée par la Dress en 2002 et ceux de la consultation avancée.

On remarque à nouveau la faible proportion de patients âgés de plus de 70 ans adressés à la consultation avancée.

Motif	Anxiété ou angoisse	Dépression ou sd dépressif
Clisson	13,6%	33,6%
Dress	50%	33%

Les données sont difficilement comparables car l'étude de la Dress prend en compte les pathologies chroniques stables, qui représentaient la moitié des patients recensés, alors que les patients adressés à la consultation avancée de Clisson étaient des patients en crise plus aiguë ou dans un état instable, ce qui souvent motivait la demande d'un avis spécialisé.

Par ailleurs, notre échantillon est une « sélection » de patients parmi les patients présentant des plaintes d'ordre psychologique, et non pas représentatif de tous les consultants habituels en médecine générale.

Huit patients, soient 13,6% de l'échantillon, ont été vus pour une « inquiétude parentale » dans des contextes de difficultés relationnelles ou de troubles du comportement alimentaire ou addictifs de leur enfant. C'est un rôle important d'accompagnement que peuvent (et doivent) tenir les professionnels de soins de santé mentale. Dans le cadre de la problématique suicidaire, des consultations pour les endeuillés et l'entourage des patients en crise suicidaire ont été mises en place sur l'hôpital de Montbert.

- **<u>Orientations</u>**

Quinze pour cent (15%) des patients ont été rencontrés une à quatre fois sans qu'une orientation ne soit nécessaire. La rencontre avec la psychologue ou l'infirmière psychiatrique a fait connaître au patient un espace de parole et d'écoute, permettant de « désamorcer » la crise psychique, et à l'origine d'une amélioration suffisante pour qu'un suivi plus long ne soit nécessaire. Ceci a aussi pu permettre à ces patients de découvrir une possibilité psychothérapique qu'ils ne connaissaient pas auparavant en faisant l'expérience de la

parole dans un échange interactif ce qui pourra faciliter une possible orientation ultérieure vers un professionnel de santé mentale par le médecin traitant.

Ce soutien psychologique est difficile à mettre en pratique en consultation de médecine générale pour deux raisons principales :

- la nécessité de posséder un savoir faire psychothérapique :

Ces techniques nécessitent un apprentissage particulier, et une connaissance des techniques de bases, et de la relation thérapeutique. Une formation universitaire avec stage en milieu psychiatrique lors de l'internat de médecine générale pourrait apporter les bases de cet apprentissage, qui se développeront avec l'expérience relationnelle du médecin avec ses patients, à condition de les mettre suffisamment en pratique. Or le médecin généraliste est certes souvent confronté à la détresse psychologique de ses patients, mais a principalement (dans 90% du temps) des activités clinique somatique ou éducationnelle et administrative qui demandent d'autres aptitudes (Kandel et al 2004).

- Le temps nécessaire à une consultation psychothérapique qualitativement satisfaisante.

Il est difficile d'appliquer des techniques de thérapie en moins d'une demi-heure. La durée d'une heure choisie par les soignantes de la consultation avancée semble « idéale» pour établir un contact de qualité, tresser une relation thérapeutique avec des patients auparavant inconnus. Le fait que le médecin traitant connaisse la plupart des patients qu'il voit en consultation (médecin de famille) permet un contact immédiat et de le situer dans son contexte de vie social et familial. Cependant, toute thérapie à visée psychique nécessite un temps de 30 à 60 minutes, ce qui n'est pas impossible en médecine générale, mais difficile à appliquer régulièrement, à moins qu'une compensation financière par exemple soit proposée (tarification particulière pour un acte de psychothérapie).

Une étude transversale en médecine générale a montré que l'allongement du temps de consultation de médecine générale favorisait le dépistage des troubles d'ordre psychique (Kandel et al 2008). Ceci y est expliqué par l'appréhension que peut avoir le patient a exprimer ses difficultés psychologique qu'il « masque » souvent par des plaintes somatiques (fatigue ou malaise par exemple).

Six patients (10%) ont arrêté la prise en charge avant même d'être orientés.

On remarquera que seulement que l'équipe de Prévention du suicide n'ont eu à orienter que trois personnes (soit 5,7% de l'effectif) pour évaluation des troubles de l'humeur par la psychiatre référente pour les motifs suivants :

- 1ère patiente : évaluation de l'humeur et diagnostic devant un tableau de dépression sévère avec une histoire personnelle difficile (abus sexuels dans l'enfance). L'évaluation a permis de poser un diagnostic de « syndrome dépressif en lien avec une problématique familiale ancienne et douloureuse. » Une seconde orientation vers une psychiatre pour psychothérapie a été proposée suite à cette consultation. La prise en charge a apporté une nette amélioration à l'état psychique de la patiente qui est toujours suivie actuellement.

- 2ème patiente : évaluation de l'humeur devant un tableau de syndrome dépressif avéré. Cette patiente n'a pas pris rendez-vous avec la psychiatre.

- 3ème patient : ce patient a d'abord été suivi par la psychologue de la consultation spécialisée qui l'a rencontré à 3 reprises. Puis il a demandé à la revoir cinq mois après la dernière consultation (en février 2011). Devant la persistance d'un syndrome dépressif avéré, l'infirmière psychiatrique qui l'avait prise en charge lui a proposé de discuter de son cas en réunion avec l'Equipe de Prévention du Suicide, et de lui proposer une probable évaluation psychiatrique. Cette consultation n'a pas encore eu lieu.

- **Suivi à court terme**

Nous avons un recul de cinq mois par rapport à la fin de l'étude, ce qui est faible, et ne permet pas d'établir de conclusion.

Le bilan est dans l'ensemble bon avec un retour positif des patients sur leur prise en charge par la consultation avancée.

Nous ne connaissons pas le devenir de 7 patients (13%) qui n'ont pas consulté leur médecin traitant ou un des médecins du cabinet médical depuis leur prise en charge par la consultation avancée

La majorité des patients orientés vers un spécialiste ou une association (39 sur 53) se sont saisi de l'opportunité et ont contacté ou consulté le partenaire.

Un seul des 6 patients qui ont arrêté la prise en charge n'a pas été revu par le médecin généraliste. Les autres sont suivis par leur médecin traitant et ont tous eu une amélioration de leur état psychique.

A notre connaissance, aucun des patients vus à la consultation avancée pendant la période d'étude n'a fait de passage à l'acte suicidaire pris en charge médicalement (par un service d'urgence, pompiers, SOS médecins ou autre médecin généraliste).

B/ AVANTAGES DE LA CONSULTATION AVANCEE

- **Toucher des populations à risque suicidaire**

Un des buts de la mise en place de la consultation avancée au sein des soins primaires était d'atteindre des personnes à risque suicidaire qui sont habituellement exclus de la prise en charge spécialisée.

Le travail de l'Equipe Prévention du Suicide est d'agir préventivement, c'est-à-dire avant même que le patient n'ait évoqué des pensées suicidaires ou passé à l'acte.

Le médecin généraliste est un des premiers intervenants au contact de la population générale, sans distinction d'âges. Rares sont les personnes ne consultant jamais un médecin, traditionnel « médecin de famille » qui prend en charge le patient dans sa globalité.

Les motifs de consultation sont divers et multiples, comme le montrent les enquêtes de typologie réalisées auprès des médecins (Kandel et al 2004, Labarthe 2004).

Certaines personnes sont à risque suicidaire plus élevé : les hommes qui se suicident utilisent souvent des moyens plus violents, et plus « efficaces », que les femmes. En France, la prévalence de suicides masculins est 3 fois supérieure à celle des suicides féminins (ORS 2011). Le taux de suicide augmente fortement avec l'âge (pic après 75 ans). Les maladies psychiatriques, l'alcoolisme et les toxicomanies sont des facteurs de risque suicidaires.

Or nombre d'études montrent que les personnes qui consultent le plus facilement un médecin lorsqu'elles sont malades, et notamment lorsqu'elles présentent un trouble psychique, sont les femmes jeunes d'un bon niveau socio-culturel. Ceci est encore plus vrai en ce qui concerne les consultations spécialisées. Si la proportion d'hommes consultant au CMP de Clisson est comparable à la population générale, la proportion d'hommes qui viennent en consultation sur le Pôle de Prévention du Suicide est beaucoup plus faible (communication orale).

La vallée de Clisson , ville de secteur semi-rural, située dans le vignoble nantais, a une économie artisanale concernant 40% des entreprises, contre moins de 30% sur l'agglomération nantaise.

L'expérience de collaboration de Toronto a montré que la mise en place d'une collaboration entre les médecins généralistes et le service de psychiatrie d'un hôpital local permet de toucher un grand nombre de patients par un effet « multiplicateur » : gain de temps et facilitation du travail pour l'ensemble de professionnels grâce à une meilleure communication, disparition des barrières socioculturelles qui favorisent habituellement la prise en charge spécialisée des personnes des plus hautes classes, amélioration de la prise en charge de patients présentant des comorbidités telles que les addictions. (Turner et al 1997).

Ces remarques semblent donc opérantes et s'appliquent d'autant mieux lorsque le lieu de consultation est le cabinet même du médecin.

- **Améliorer la communication entre médecins généralistes et professionnels de santé mentale**

Les médecins généralistes français interrogés dans diverses enquêtes sont globalement insatisfaits de la communication avec le secteur psychiatrique (Cohidon et al 1999, Mercier et al 2009, Trojak et al 2004).

Il en ressort de façon assez unanime des difficultés et une insatisfaction des médecins généralistes, qui relèvent de plusieurs causes possibles :

- le manque de temps des psychiatres et des médecins généralistes, qui ont des emplois du temps surchargés par leur pratique clinique mais aussi par des obligations administratives

- la difficulté à contacter les psychiatres notamment par téléphone, l'absence fréquente de secrétaire et le manque de développement de la communication sécurisée par informatique,
- le traditionnel « cloisonnement » des psychiatres et psychologues, notamment libéraux, qui partagent rarement ou voire jamais les informations ressortant de leurs consultations avec les médecins traitants,
- le sentiment pour certains médecins généralistes d'être dépossédés de leur patient en l'absence de ce retour d'informations.

Pourtant, le renforcement de la collaboration médecine générale - psychiatrie par le biais d'une meilleure communication est apparue comme un élément majeur de l'amélioration de la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux (XXXVIIIe congrès de la SPMLF in Cohidon 1999)

Communication orale

Le rapprochement géographique des intervenants semble être un facteur améliorant la communication. Cela n'est cependant vrai que si des mesures sont mises en place pour des échanges formalisés au cours de réunions régulières par exemple.

Plusieurs études, menées notamment en Grande-Bretagne où les rencontres entre professionnels de santé mentale et médecins généralistes sont plus habituelles, montrent l'efficacité de ces réunions de liaison (Creed et al 1989, Burns et al 1997). Nous détaillons cet aspect dans le chapitre sur les rencontres entre équipes soignantes.

En l'absence de réunions formalisées, le fait de partager les mêmes locaux permettrait en théorie un accès au spécialiste plus facile. La communication serait facilitée par la possibilité de se rencontrer immédiatement pour échanger sur des difficultés ou des situations complexes. Ceci n'est pourtant pas toujours vérifié, les personnes se croisant sans prendre le temps de parler. Nous en faisons d'ailleurs l'expérience au Pôle santé où nous ne croisons finalement que les personnes travaillant dans les bureaux annexes, et quasiment jamais les autres professionnels paramédicaux.

Dans le cadre de la consultation avancée, j'ai rencontré les intervenantes à deux reprises au cours des derniers mois pour échanger sur des patients.

La première situation concernait la prise en charge d'une enfant que la psychologue rencontrait pour la première fois. Elle m'a demandé des informations supplémentaires sur le contexte familial et m'a fait part de son inquiétude quant à l'état psychologique de l'enfant ainsi que les orientations qu'elle avait conseillées. J'étais moi aussi très inquiète, et j'ai pu en rediscuter ultérieurement avec lorsque je me suis trouvée à nouveau en difficulté face à la situation préoccupante de cette famille.

La seconde situation concernait une patiente vue en suivi par l'infirmière psychiatrique (3ème consultation). Elle tenait des propos suicidaires, avec une altération de l'état psychique depuis la précédente rencontre. A la demande de la thérapeute, j'ai revue en urgence cette patiente que je n'avais pas adressée mais que je connaissais. Nous avons pu mettre en place à ce moment un traitement psychotrope qu'elle avait jusqu'alors refusé, et qui nous apparaissait à présent nécessaire, ainsi qu'un suivi rapproché.

Ces rencontres « informelles » ont permis des échanges et des prises en charges rapides, sans difficulté d'ordre « technique » (contact téléphonique, déplacement du patient d'un lieu à un autre), rassurantes à la fois pour les soignants et les soignés.

Communication écrite

Sur le plan de la communication écrite, un cadre strict a été mis en place et respecté au sein du Pôle Santé :

Le médecin traitant qui adresse son patient à la consultation avancée doit remplir une fiche d'informations, avec le motif de sa demande d'aide, et des renseignements qui peuvent apporter une meilleure connaissance de la situation posant problème. Cette fiche est établie sur le programme informatique commun ou numérisé en cas de demande dactylographiée.

La psychologue et l'infirmière psychiatrique remplissent après chaque rencontre une fiche résumant les points importants de la consultation, les conseils donnés au patient, les éventuelles orientations. Ces documents sont transmis le jour même au médecin traitant par les secrétaires et intégrés dans le dossier informatique.

Les intervenants de l'Equipe de Prévention du Suicide n'ont pour le moment pas accès au dossier partagé où toutes les informations médico-sociales sont mises en commun entre médecins généralistes et secrétaires.

Si l'on revient sur les difficultés habituelles de communication entre médecins généralistes et psychiatres rapportées dans les études, l'intervention de cette nouvelle équipe a sans doute permis à certains médecins d'être plus à l'aise dans le rapport au soignant psychiatrique, à condition qu'ils eussent ressenti de telles difficultés. Cela n'a bien entendu pas résolu les difficultés pratiques qu'ils peuvent rencontrer lorsqu'ils essaient de joindre un confrère psychiatre, ni le manque de retour d'informations à types de courriers.

Ce système de correspondance est bien suivi par l'ensemble des services du centre hospitalier psychiatrique local de Montbert, mais finalement peu en psychiatrie et psychologie libérales, rendant le partenariat dans la prise en charge du patient souffrant de trouble de santé mentale parfois difficile lorsque le patient est le médiateur.

Le médecin traitant est devenu « officiellement » depuis une dizaine d'année le point central de la prise en charge du patient dans sa globalité, avec obligation de communiquer par écrit aux spécialistes auquel il réfère ses patients. Les retours des spécialistes sont systématiques, par courrier, ou même courrier électronique sécurisé, dans des délais variable. Seule la psychiatrie résiste encore à cette habitude, pour diverses raisons parfois anciennes et défendables, mais allant sans doute à l'encontre d'une prise en charge optimale du patient.

- **<u>Mettre en commun des secteurs de soins traditionnellement à part : les secteurs public et libéral.</u>**

Une des particularités de la collaboration de Clisson est la mise en commun de 2 types d'exercice : d'une part l'exercice libéral des médecins généralistes, d'autre part des consultants issu d'un centre hospitalier psychiatrique public.

Collaboration avec le milieu hospitalier public

La collaboration entre intervenants de soins primaires et secondaires, et plus particulièrement entre système de soins libéral et établissement hospitalier public est un des atouts majeurs du projet. La promotion de ce type de collaboration, ou coopération, est en effet une idée à l'origine de la création des ARS, Agences Régionales de la Santé, ces organismes qui coordonnent hôpitaux, champ ambulatoire et champ médico-social en décloisonnant leurs fonctionnements, regroupant notamment les anciennes ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) et URML (Union Régionale des Médecins libéraux).

Ce nouveau rapport au soin décloisonné est un avantage évident. L'espoir est de faciliter les rapports et la communication entre des soignants qui ont reçu la même base de formation mais ont suivi des chemins professionnels différents, avec des modes de rémunération différents qui rendent habituellement ce travail en collaboration difficile.

Si l'hôpital public apporte des techniques, un savoir-faire et des prises en charge de grande qualité, le travail des médecins généralistes avec ces professionnels de santé est freiné par un système de soin de grande taille (9972 salariés au CHU de Nantes en 2008 dont 2147 médecins, internes et étudiants en médecine), premier employeur de la région des Pays de la Loire, dont l'activité est énorme (78 125 entrées, 358 841 consultations externes et 88 192 passages aux urgences en 2007) (CHU de Nantes, données 2007/2008). La communication est naturellement plus difficile, moins directe, avec des intermédiaires qui peuvent parfois être multiples, bien que le CHU de Nantes met en place de plus en plus de lignes directe entre médecins hospitaliers et médecins extérieurs (pour des demandes d'avis ou des hospitalisations par exemple)

Collaboration avec les médecins spécialistes libéraux

Le médecin généraliste a donc traditionnellement plus facilement recours aux professionnels libéraux spécialisés, consultant dans des cabinets ou centres médicaux et qui peuvent avoir une activité de soins techniques au sein d'établissements privés (cliniques) de taille modérée. Un aspect cependant non négligeable de ces consultations spécialisées « privées » est le surcoût pour le patient : ces professionnels appartiennent souvent au secteur 2, non conventionné, avec tarifs de consultation libres et non pris en charge par le système classique d'assurance maladie.

En terme de prise en charge psychiatrique, il y a presque autant de psychiatres non libéraux travaillant dans les différents secteurs (6900 en 2009) que de psychiatres libéraux en France (6400 en 2009). L'offre de soins est cependant tout à fait inégale avec une répartition très inhomogène des psychiatres libéraux : 18 pour 100 000 habitants en région parisienne contre 3 pour 100 000 habitants en Picardie (Observatoire Régional de la Santé, 2001).

La sectorisation du paysage de la psychiatrie publique avait pour objectif d'éviter ces inégalités dans l'offre de soin. La psychiatrie privée n'est pas soumise à ces restrictions.

Si les professionnels libéraux ne proposent pas obligatoirement des tarifs non conventionnés, c'est plutôt leur nombre insuffisant et inégal entre milieux urbain et rural qui freine la prise en charge des patients.

Collaboration avec les psychologues

En ce qui concerne les psychologues libéraux, professionnels formés pendant au moins 5 années à la prise en charge psychothérapique, leurs offres de soins ne sont malheureusement jamais remboursés par le système d'assurance maladie français.

Conclusion

La consultation avancée mise en place à Clisson a permis d'offrir une expertise psychologique rapide mais aussi gratuite pour des personnes souvent en difficulté sociale, professionnelle, financière, et ne pouvant avoir accès aux psychologues travaillant dans le secteur libéral, le coût de certaines psychothérapies étant un facteur limitant aux soins psychiatriques (Trojak 2004).

La collaboration privé (libéral) public est donc possible, et même souhaitée si l'on considère à juste raison que le médecin généraliste est la plaque tournante du système de soins, à condition de trouver des modes de rémunérations nouveaux et acceptables par les deux partis.

- **Faciliter le recours au soin par sa proximité**

Le lieu de consultation est géographiquement proche du domicile des patients, au sein même de son bassin de vie, dans un espace « neutre », rassurant car connu.

L'éloignement géographique du lieu de consultation est un facteur limitant en milieu rural, où les transports en communs sont moins habituels qu'en milieu urbain. « Aller vers la ville » demande une organisation et un temps non négligeable si l'on considère les difficultés de circulation. Or, en Loire-Atlantique, la majorité des psychiatres libéraux exercent sur Nantes (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998).

- **Faciliter la prise de rendez-vous**

Pour un premier contact avec le milieu psychiatrique, il est rassurant pour le patient de pouvoir joindre facilement une secrétaire, et d'avoir un rendez-vous rapide.

Les patients sont souvent découragés de ne pouvoir prendre facilement un rendez-vous avec un psychiatre libéral lorsque celui-ci n'a d'une part pas de secrétariat, ce qui n'est pas rare, et lorsqu'il n'a malheureusement pas beaucoup de disponibilité pour une date de rendez-vous, avec des délais de plusieurs semaines.

- **Faciliter la proposition de soin**

Les médecins traitants du Pôle Santé ont reconnu, lors des réunions trimestrielles (communication orale) qu'il était plus facile de proposer à certains patients de voir le thérapeute pour un premier contact directement sur le lieu de consultation, que de les « convaincre » d'aller consulter au CMP ou chez un psychologue libéral. Les professionnels

de soin qui travaillent auprès du médecin traitant peuvent être alors en partie investis de cette confiance particulière que porte le patient à son médecin de famille.

Une étude américaine randomisée compare la prise en charge de patients âgés présentant des troubles psychiatriques ou des addictions au sein d'un centre de soins primaires et la prise en charge à l'extérieur dans un centre spécialisé (Bartels et al 2004). Les patients ont accepté de manière significativement plus importante les soins et ont davantage respecté les rendez-vous prévus lorsqu'ils étaient pris en charge sur le cabinet de soins primaires par rapport à la prise en charge dans le centre extérieur malgré une offre de transports totalement gratuits. Cela appuie l'hypothèse que le cabinet de médecine générale est l'endroit le plus adapté pour une prise en charge optimale des patients souffrants de troubles mentaux et ne nécessitant pas d'être hospitalisés, sans doute plus encore pour des raisons de réassurance (connaissance du lieu, des intervenants) que pour des motifs de facilité de transport ou économiques.

- D**<u>éstigmatiser la consultation psychiatrique</u>**

Le cabinet du médecin généraliste semble naturellement le lieu privilégié pour un premier accueil, moins « stigmatisé » que l'hôpital psychiatrique, le centre médico-psychologique ou le cabinet du psychiatre libéral.

Ce lieu connu du patient est rassurant, et permet de faciliter une rencontre avec un nouveau professionnel, appartenant à l'équipe de soins psychiatriques. L'adhérence au soin pourrait en être améliorée, avec moins d'absences à la première consultation.(pas de données cependant). les consultantes ont fqait remarquer ce point

Les enquêtes réalisées auprès des médecins généralistes et des patients montrent parfois une vision déformée du système de soin psychiatrique, notamment des services hospitaliers, élargie aux consultations psychiatriques pour certains patients qui ont « peur de la folie » ou sont dans le déni de leurs troubles (Trojak et al 2004).

Ceci permettrait d'atteindre et de pouvoir proposer un traitement psychothérapique adapté à des populations peu habituées à consulter un autre professionnel que leur médecin de famille.

Cet élément revient à plusieurs reprises dans le questionnaire des médecins, qui apprécient « *l'accroche* » de patient « *réfractaires* » ou « *qui n'auraient pas consulté ailleurs* ».

Conclusion :

La consultation avancée de psychiatrie s'inscrit dans un désir de prise en charge en collaboration avec les médecins généralistes, sur leur lieu de travail, en se situant au plus près des patients, et offrant plusieurs avantages : un recours au soin et une proposition du soin facilités par la proximité et la connaissance rassurante du lieu de consultation. La consultation psychiatrique serait moins stigmatisée que dans les endroits habituels.

- **<u>Découvrir de nouvelles ressources</u>**

Les intervenantes de la consultation avancée nous ont fait découvrir, ou redécouvrir, les réseaux associatifs de la région. Elles m'ont expliqué être en contact étroit avec le système associatif vers lequel elles orientaient facilement les patients pour un soutien psychologique souvent efficace. La création de liens avec le patient suicidaire serait un facteur de protection pour éviter le passage à l'acte.

Nous avons mis en annexe les documents qu'elles nous ont transmis et qui peuvent aider le médecin généraliste dans son orientation du patient en souffrance psychologique (annexes VII).

Nous avons vu dans le questionnaire des médecins que la connaissance des ressources ou réseaux psycho-sociaux était insuffisante.

La collaboration pourrait donc être source d'information et d'amélioration des compétences des médecins généralistes.

C/ PROPOSITIONS D'AMELIORATIONS POUR OPTIMISER L'OFFRE DE SOINS

- **Optimiser le temps consacré aux rencontres entre équipes soignantes.**

Malgré la proximité des bureaux de consultation, les médecins et les soignants de la consultation avancée ne sont pas rencontrés de façon formelle pour discuter des patients et des difficultés liées aux malades psychiatriques.

Des rencontres organisées régulièrement pourraient pourtant permettre des échanges riches, avec conseils de prise en charge, explications thérapeutiques, y compris pour des patients non vus au sein de cette consultation avancée.

Dans l'étude menée à Londres dans les années 1990 par S. Midgley et ses collègues (Midgley et al 1996), des rencontres entre une équipe psychiatrique et des médecins généralistes travaillant dans deux centres de santé ont été analysées. Les réunions étaient mensuelles, toujours bien suivies, ce qui montrait le besoin réel de communication entre ces professionnels. Plus de 90% du temps clinique (temps passé à discuter des patients) portait sur des patients connus des deux équipes, et étonnamment, peu de temps était utilisé par les médecins généralistes pour demander des conseils de prise en charge pour des patients non suivis par les intervenants de soins psychiatriques. Cinquante pour cent du temps clinique a été consacré à parler de patients psychotiques, patients finalement peu nombreux dans la clientèle des médecins généralistes par rapport aux personnes souffrant de dépression, légère ou sévère, et de troubles anxieux, symptômes névrotiques. Les échanges étaient réciproques, peu éducationnels, plutôt à type de discussion de pratiques entre professionnels de santé, pour résoudre des problèmes. Peu de décisions étaient finalement prises, mais l'échange d'informations permettait surtout de rassurer les deux équipes.

Cette réassurance et ses bénéfices sont retrouvés dans d'autres études sur ce travail de collaboration comportant des rencontres régulières (Creed et al 1989, Burns et al 1997) semblables aux réunions d'évaluation des pratiques professionnelles entre médecin

généralistes : chacun apporte son savoir, son regard critique mais confraternel pour augmenter le savoir-faire de chacun et remettre en question sa pratique quotidienne.

En termes de soin psychiatrique, ces rencontres entre spécialistes et généralistes permettent d'apporter une aide non négligeable lorsque le patient ne souhaite pas rencontrer de psychiatre, optimisant la prise en charge par le médecin généraliste.

Enfin, les début et fins de réunions pouvaient mener à des échanges informels, moments pendant lesquels certains aspects de la pratique peuvent être évoqués en tête-à-tête, renforçant encore une fois les liens entre professionnels de santé.

Ces échanges sont donc souvent vécus comme très positifs pour les médecins généralistes mais aussi pour les équipes de soins psychiatriques. Il est cependant plus facile de mettre en place une consultation avancée que des réunions régulières, qui sont un nouveau mode de travail, auquel le psychiatre doit être formé (Creed et al 1989). Ces échanges seront alors riches pour tous les participants.

Le mode de collaboration mis en place à Clisson n'a pas pour le moment permis de telles rencontres. Discuter de patients suivis par les deux équipes ne serait pas la priorité. Les intervenants psychiatriques ont en effet un rôle d'orientation et rarement de suivi : les patients de notre étude réellement suivis par l'équipe de prévention du suicide après la prise en charge sur le Pôle étaient au nombre de deux. Des réunions régulières pourraient cependant permettre de discuter de cas de patients en souffrance, dont la prise en charge semble difficile au médecin généraliste, mais ne nécessitant pas forcément d'être rencontrés en consultation par les spécialistes pour avancer dans la prise en charge. Elles pourraient aussi être un moment d'échange et d' « apprentissage » (formation continue avec amélioration des pratiques des médecins généralistes) bien que cet aspect soit peu retrouvé, bien qu'espéré, dans nombre de modèles de collaboration (Warner et al1993).

Au sein du Pôle Santé, les réunions entre médecins généralistes et équipe de Prévention du Suicide étaient d'abord trimestrielles puis semestrielles. Elles devaient permettre d'évaluer le fonctionnement de la collaboration, et non pas de discuter de cas cliniques à l'origine de difficultés.

Des rencontres « informelles » ont bien sûr été possibles, avant ou après les rendez-vous de consultation avancée, et l'occasion d'échanger sur des prises en charge difficiles.

Il serait intéressant de mettre en place des rencontres régulières entre soignants, mais ceci nécessite du temps et un financement basé sur le temps clinique des médecins, qui travaillent de façon libérale.

- **Développer le rôle de l'infirmière libérale dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques**

Suite aux différentes réformes de la santé, les infirmières travaillant sur un mode libéral voient leurs pratiques se modifier, avec de plus en plus de tâches en collaboration avec le médecin généraliste.

On peut citer le système de l'Hospitalisation à domicile (HAD) développé avec succès pour la prise en charge des patients en fin de vie au sein de leur famille.

De même, les infirmières ont un rôle important dans la prise encharge des patients atteints de maladies chroniques telles que le diabète (Résodiab44).Elle ont alors un rôle éducatif pour l'aide à l'autonomisation du patient.

Au sein du Pôle Santé à Clisson, l'infirmière participe au programme d'éducation thérapeutique pur les patients obèses ou en surpoids mis en place avec la diététicienne et un médecin généraliste.

Qu'en est-il du rôle de l'infirmière non spécialisée en psychiatrie et travaillant de façon autonome pour la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques ?

Une étude anglaise de grande envergure a évalué l'efficacité sur le devenir des patients dépressifs d'une collaboration entre des médecins généraliste et infirmières travaillant auprès d'eux (.

Les infirmières de vingt cabinets médicaux ont été formées :

- au dépistage des symptômes de dépression chez les patients qu'elles suivaient, avec la nécessité de faire part aux médecins traitant des cas suspectés de dépression,
- au suivi en consultation du patient dépressif recevant un traitement antidépresseur.

Les résultats n'ont pas monté de différence entre le groupe témoin et le groupe recevant l'intervention des infirmières formées. Le suivi régulier n'a pas apporté de bénéfice évident. Cependant, une amélioration significative de l'état de santé des patients dépressifs a été notée dans les deux groupes, ce qui laisse à penser que former les infirmières au repérage des symptômes dépressifs et au travail en collaboration avec les médecins traitants optimiserait la prise en charge des patients.

Une étude californienne a étudié le suivi téléphonique de patients traités par antidépresseurs par des infirmières formées et connues des patients, en plus du suivi habituel par le médecin traitant (Hunkeler et al 2000). Les appels offraient un support émotionnel et permettaient une évaluation de l'observance du traitement, et une motivation des patients qui ne souhaitaient par le poursuivre.

Les résultats ont montré une nette diminution des symptômes dépressifs à 6 mois pour ces patients recevant un soutien téléphonique pendant 16 semaines. De façon surprenante, il n'y pas eu d'amélioration de l'adhérence au traitement chez les patients suivis, mais l'effet positif serait, selon les auteurs, plus lié à un effet psychosocial (patient rassuré par le suivi et le soutien réguliers) que pharmacologique.

Cette étude avait un avantage majeur : la facilité d'intégration de telle mesures en soins de santé primaire. La formation était de quelques heures, les suivis téléphoniques courts et formalisés, la rentabilité excellente.

L'infirmière libérale, actrice au cœur du soin primaire, pourrait avoir une place non négligeable dans le suivi ou le dépistage du patient à risque suicidaire.

- **Améliorer l'information du patient**

Peut-on améliorer le fonctionnement de la consultation en informant de façon plus systématique les patients de son existence ?

L'information du patient permet souvent de rendre une prise en charge plus familière, et donc moins stigmatisée et plus acceptable.

La mise en place de prospectus ou d'affiches dans les salles d'attente peut être un moyen d'informer et de familiariser le patient avec la possibilité de rencontrer facilement une psychologue ou une infirmière psychiatrique, au sein même du cabinet médical.

Des informations sur les pathologies, les traitements, les réseaux de soins pourraient aussi être transmis par le médecin traitant à l'aide de supports documentaires écrits ou vidéo, associés à une information orale. La meilleure connaissance des traitements pharmacologiques ou psychothérapiques, leurs bénéfices, leurs effets indésirables, mais aussi des bases de la pathologie dépressive par exemple, avec les facteurs aggravants, les évolutions habituelles, pourrait améliorer l'acceptation et l'adhésion au traitement.

Des études américaines ont montrées que des prises en charge « à multiples facettes », comportant une étape d'information du patient, permettent de meilleurs résultats en terme d'évolution notamment chez des patients présentant un état dépressif sévère (Katon et al 1995, 1999). Il n'est pas possible de connaître la part jouée par chaque intervention (information du patient, prise en charge par une équipe spécialisée, intensification du suivi par le médecin généraliste, adaptation des doses thérapeutiques des traitements antidépresseurs), mais leur cumulation pourrait avoir un effet multiplicateur sur la réussite du projet.

- **Développer des programmes d'éducation thérapeutique du patient**

Cette information, qui est donnée de façon habituelle, informelle et plus ou moins importante au patient par le médecin généraliste au cours de ses consultations quotidiennes (par exemple : conseils diététiques pour le patient diabétique, conduite à tenir en cas de fièvre, ou de crise d'asthme) est appelée « éducation thérapeutique du patient » (ETP) lorsqu'elle est transmise de façon formelle, dans un cadre précis, au cours de rencontres individuelles et en groupe, par le médecin ou un autre professionnel de soin. Cette éducation est particulièrement intéressante dans le cadre de maladies chroniques, et donc de longue durée, avec nécessité d'une observance thérapeutique stricte, d'une connaissance des signes de rechute, de la maîtrise des facteurs de risque pour éviter une aggravation de l'état de santé du patient. L'objectif parait simple mais est un travail de longue haleine : rendre le patient acteur de son soin, en lui donnant la possibilité de comprendre un peu mieux sa maladie, et non plus de la subir passivement, et de participer de façon éclairée à une prise en charge thérapeutique optimale.

Définition par l'HAS de l'éducation thérapeutique (HAS juin 2007):

« Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

« Cette démarche éducative, qui repose de manière fondamentale sur la relation de soin et sur une approche structurée, inscrite dans la durée, accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé. » (HAS 2007).

Cette manière de procéder est un des grands projets de la loi HPST. Les médecins sont incités à se former pour mettre en place des groupes d'éducation thérapeutique au sein de leurs cabinets, en collaboration avec les soignants paramédicaux (infirmiers libéraux, kinésithérapeutes ou diététiciens par exemple.)

Un projet de ce type a été mis en place dès 2008 par un des médecins du Pôle Santé, la diététicienne et l'infirmière qui travaillent au sein même de la maison médicale.

Cet atelier concerne la prise en charge des patients obèses et aux patients en surpoids qui ont au moins un facteur de risque cardiovasculaire associé (dyslipidémie, hypertension artérielle, tabagisme, sédentarité, diabète, antécédent familial de maladie cardio-vasculaire). Les patients sont « recrutés » par les médecins généralistes ou la diététicienne, et peuvent alors participer au programme. Un document informatif sur les modalités de la formation leur est remis, et expliqué par leur médecin traitant (annexe VI).

Cette démarche éducative est prise en charge à l'aide d'un financement des partenaires, l'Assurance Maladie (Sécurité Sociale) et l'Union Régionale des Médecins Libéraux, qui dépend aujourd'hui de l'Agence Régionale de la Santé.

L'objectif est de donner au patient les informations nécessaires sur sa maladie et son traitement, et de lui offrir un espace de parole en groupe, afin de vérifier la bonne compréhension et assimilation des acquis.

La dépression est parfois une maladie chronique comme le diabète, l'asthme ou l'obésité. On peut donc faire bénéficier les patients souffrant de cette affection d'une éducation thérapeutique. L'équipe de Prévention du Suicide de Montbert a mis en place en 2010 un groupe pour en la prise en charge de cette affection. Les modalités sont décrites dans le document de l'annexe II-4. L'objectif est exactement le même que celui du programme d'éducation des personnes obèses ou en surpoids : rendre la patient acteur de son soin.

Cette « nouvelle » forme de prise en charge est un moyen de donner de façon formelle et contrôlée une information au patient. Les objectifs sont de plusieurs ordres :

- diminuer le nombre de décès liés à la maladie (suicides dans le cas de la dépression),
- améliorer la qualité de vie du patient, en diminuant le nombre de rechutes, en favorisant l'acceptation du traitement, en diminuant les périodes aigues, source de mal-être, mais aussi d'inactivité professionnelle.

On voit bien le poids que ces programmes devraient peser dans l'économie de soin : le rapport coût efficacité semble en effet favorable mais ces temps de formation et d'échanges nécessitent un investissement personnel du patient et des thérapeutes qui n'est pas négligeable. La généralisation de ces techniques de soins devrait permettre de les intégrer plus facilement à la pratique quotidienne du médecin généraliste.

C'est aussi, point essentiel, une façon d'optimiser la collaboration entre médecins et intervenants paramédicaux en milieu libéral, ou entre médecins généralistes et spécialistes libéraux, pratique habituelle dans le monde hospitalier, mais encore trop rare au cœur des soins de première ligne.

- **Partager le dossier médical informatisé**

L'échange d'informations pourrait être optimisé par le partage de tout ou partie des données du dossier médical informatisé commun à tous les médecins avec l'équipe de prévention du suicide, et le retour d'informations directement entré dans le dossier informatisé, pour économiser un temps de secrétariat non rémunéré en tant que tel et garder la confidentialité des informations, protégés par le serveur numérique. C'est un aspect lié au secret médical qui mériterait d'être amélioré, et faciliterait le partage d'informations.

Le partage est actuellement possible entre les médecins par un système de réseau informatique interne performant. Une solution serait de mettre à disposition des consultantes un poste informatique fonctionnant sur le même réseau. Ceci est théoriquement possible dans l'état actuel des choses (la salle de consultation possède une connexion informatique), mais le coût d'achat de matériel est pour le moment trop élevé.

Le partage en réseau des informations en dehors des murs du Pôle Santé n'est pour le moment pas réalisable.

- **Collaborer avec les professionnels de santé mentale dans la gestion de maladies chroniques**

Une proposition de collaboration pourrait consister en l'intervention d'un soignant de santé mentale dans le soutien ou la gestion de maladies chroniques.

Ceci est déjà proposé en milieu hospitalier dans des contextes de soins palliatifs par exemple, dans les services d'oncologie, ou de traitement de la douleur.

Une participation pourrait être intéressante pour l'aide à la prise en charge de pathologies moins graves, mais chroniques et à l'origine de morbi-mortalité importante.

Ainsi on peut imaginer une collaboration dans la gestion du diabète, des syndromes douloureux chroniques, ou des maladies cardiovasculaires dans un contexte de médecine générale, et si possible sur le lieu des soins primaires.

On pourrait offrir au patient ou à sa famille un soutien psychologique adapté à sa pathologie. On peut aussi envisager des sessions éducatives, en collaboration avec le médecin traitant, pour des patients en échec thérapeutique ou non-observants, afin de les aider à comprendre certaines causes de leurs difficultés. Nous retrouvons ainsi les objectifs de l'éducation thérapeutique : offrir une aide au patient pour qu'il devienne maître de son soin.

- **Améliorer la compétence et les connaissances du médecin généraliste**

Les études récentes menées dans les pays à haut niveau de ressources comme la France montrent que la prévalence de patients souffrant de troubles psychiatriques ayant recours aux services de soins de santé primaire est aux alentours de 20 à 25% (Goldberg et al 1998).

Elles montrent cependant aussi que les troubles mentaux sont globalement sous diagnostiqués par les médecins généralistes, avec méconnaissance de la moitié des cas.

Peut-on espérer une amélioration des compétences diagnostiques dans ce domaine du médecin généraliste travaillant en collaboration avec des soignant de santé mentale ?

Une étude anglaise a évalué les conséquences de la collaboration d'une équipe de soins de santé mentale (deux infirmiers psychiatriques, une assistante sociale, un ergothérapeute, un psychologue clinicien, supervisés par plusieurs psychiatres) avec 10 médecins généralistes de la région de Manchester (Warner et al 1993). La collaboration était sur 2 niveaux : d'abord la possibilité pour les médecins généralistes d'adresser directement leurs patients de 16 à 65 ans à l'équipe, mais aussi des réunions entre les médecins et l'équipe de soins de santé mentale permettant de discuter de cas qui ne leur sont alors pas adressés.

Si la satisfaction des médecins généralistes par rapport à cette aide était nette, avec par ailleurs une augmentation de leur intérêt pour le soin de ces patients, on ne retrouvait pas d'amélioration de leur compétence diagnostique des pathologies psychiatriques. On notait alors même une diminution de leur implication dans la prise en charge thérapeutique (traitements médicamenteux et suivi) de ces patients atteints de troubles psychiatriques.

Une étude australienne montrait des résultats similaires, et souligne la nécessité d'une formation, et non pas seulement une aide diagnostique ou thérapeutique, pour améliorer les compétences des médecins en psychiatrie (Carr et al 1997).

Les formations post-universitaires, ou formation médicale continue, restent donc indispensables, et sont d'ailleurs fortement sollicitées par les médecins généralistes (Trojak et al 2004, Ventelou et al 2005).

Une expérience telle que celle de l'île de Gotland avait montré que la formation de l'ensemble des médecins généralistes au dépistage de la dépression et à la reconnaissance du risque suicidaire avait entraîné une nette diminution locale de la prévalence des suicides (in Rutz et al 2007). Cet effet s'était estompé au bout de quelques années, probablement en raison des mouvements des médecins et l'arrivée de nouveaux praticiens qui n'avaient pas été formé.

L'Equipe de Prévention du suicide propose une formation au repérage du risque suicidaire aux médecins, aux étudiants en médecine, et à toutes les personnes qui pourraient être concernées de par leur fonction (annexe VIII).

- **Vers une reconnaissance du MG comme « spécialiste de santé mentale » ?**

Au Canada, de larges régions rurales sont démunies de psychiatres. Une expérience menée en Ontario consistait en la mise en place un médecin généraliste formé en tant que psychiatre consultant dans un hôpital local (Kaufmann 1993). Il prenait en charge les patients adressés par le centre médical attenant (équivalent d'une maison médicale française) à raison d'une à cinq consultations sur un an. Il était supervisé par un psychiatre par téléphone et pouvait lui adresser les patients lui posant des difficultés. Cette expérience a été un succès, 29 patients ont été pris en charge, seuls 6 d'entre eux ont été adressés au référent spécialisé. Les patients étaient en général moins réfractaires à aller en consultation avec un médecin généraliste même si le but était une évaluation de leur état de santé mentale. La rentabilité a été meilleure qu'une consultation psychiatrique classique.
Cette consultation qui devait être temporaire a finalement été maintenue pendant une longue période, offrant à une population rurale un soin jusqu'alors difficilement accessible. Ce modèle n'est peut-être pas transposable dans un autre système de soins, il donne tout de même à réfléchir.

Si un médecin généraliste ne peut se substituer à un psychiatre, spécialiste fort de compétences acquises lors d'une longue formation universitaire, il pourrait cependant un jour devoir prendre une place plus importante dans le système de soin de santé mentale français, dans lequel les carences en psychiatres s'accentuent, et dans une société qui porte une attention de plus en plus importante aux souffrances psychiques.

CONCLUSION

"J'ai reçu la vie comme une blessure et j'ai défendu au suicide de guérir la cicatrice." [Lautréamont, *Les champs de Maldoror*]

Le suicide et la crise suicidaire sont des problèmes de santé actuels qui font l'objet de recommandations et de plans d'action. Le médecin généraliste est tout particulièrement concerné par les difficultés de prise en charge des patients en souffrance psychique et la prévention de la problématique suicidaire.

Un quart des patients le consultant serait atteint d'un trouble mental, avec une forte prévalence des troubles dépressifs.

Notre étude présente un nouveau mode de travail en collaboration entre médecins généralistes et professionnels de soins de santé mentale : la consultation avancée au sein des soins de santé primaires. L'objectif du projet était d'améliorer la prise en charge des patients à risque suicidaire en optimisant leur orientation, ou en leur offrant une compétence psychothérapique afin de leur permettre de surmonter les difficultés qu'ils traversaient. Ces soins étaient proposés par le médecin généraliste et pratiqués par une infirmière psychiatrique et la psychologue de l'Equipe de Prévention du Suicide du Centre Hospitalier de Montbert, Loire-Atlantique.

Elle montre un bilan positif de ce modèle d'offre de soins :

- Les médecins y ont adhéré de façon avec beaucoup d'enthousiasme, et ils ont pu découvrir un réseau psychiatrique qu'ils connaissaient parfois insuffisamment,
- La majorité des patients adressés ont saisi l'opportunité de cette prise en charge, avec une bonne observance des consultations et des orientations proposées,
- La satisfaction des intervenants, professionnels et patients, était très bonne,
- Une proportion importante d'hommes, consultant habituellement peu pour des motifs psychiatriques, a été vue par les intervenantes,
- Si la population prise en charge était variée sur le plan socio-culturel, elle l'était très peu sur le plan de l'âge: une seule personne de 70 ans ou plus a été adressée, malgré l'incidence des problématiques dépressive et suicidaire chez ces sujets.

La réussite de cette consultation a permis l'extension du projet à deux autres cabinets de médecine générale de la vallée de Clisson.

Nous avons proposé quelques pistes de réflexion pour tenter d'optimiser ce modèle de collaboration :

- l'organisation de réunions formelles régulières entre professionnels pour des discussions cliniques,
- la participation des infirmières libérales au dépistage et au suivi des patients à risque suicidaire,
- une plus grande implication du patient grâce à une meilleure information,
- la participation des professionnels de soins de santé mentale à d'autres projets de suivi des patients.

C’est ainsi que se concevra une médecine générale de prévention réalisée en collaboration.

INDEX

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de la Santé
CAPSI : Centre d'Aide Psychologique Intersectoriel
CH : Centre Hospitalier
CMP : Centre Médico-Psychologique
CRS : Conférence Régionale de Santé
DRESS :
ETP : Education Thérapeutique du Patient
GRPS : Groupements Régionaux de Prévention de la Santé
HAS : Haute Autorité de Santé
INSEE : Institut National des Statistiques Economiques et Environnementales
Loi HPST : Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire
ORS : Observatoire Régional de Santé
PRS : Plan Régional de Santé
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
URML : Union Régional des médecins Libéraux
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

BIBLIOGRAPHIE

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Epremed* [en ligne]. Acta Psychiatr Scand Suppl 2004:55-64 [consulté le 03/04/2011]. Disponible sur http://www.epremed.org/docs/Use_mental_health_services.pdf

Appleby L, Dennehy J, Thomas C, Faragher B, Lewis G. Aftercare and clinical characeristics of people with mentl illness who commt suicide: a case-conrol study. *The Lancet* [extrait en ligne]. 1999 ; Vol 353, n°9162, p.1397 – 1400. [Consulté le 21/05/2011].Extrait disponible sur http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2898%2910014-4/abstract

Association Internationale pour la Prévention du Suicide [en ligne]. [Consulté le 12/04/2011]. Disponible sur http://www.iasp.info/fr/accueil.php

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. *John Libbey Eurotext* [en ligne]. Médecine, 2008, vol. 4, n°6, pp. 279-283. [Consulté le 20/04/2011]. Disponible sur http://www.jle.com/e-docs/00/04/40/2E/vers_alt/VersionPDF.pdf

Australian Government. Department of Health and Ageing [en ligne]. National suicide prevention strategies. 2006 ; International Suicide Rates; pp.77-89.[Consulté le 16/05/2011]. Disponible sur http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/1D2B4E895BCD429ECA2572290027094D/$File/intprev.pdf

Bartels SJ, Coakley EH, Zubritsky C, Ware JH, Miles KM, Arean PA, Chen H, Oslin DW, Llorente, MD, Costantino G, Quijano L, McIntyre JS, Linkins KW, Oxman TE, Maxwell J, Levkoff SE. Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *Am J Psychiatry* [en ligne]. 2004; 161: 1455-1462. [Consulté le 29/03/2011]. Disponible sur http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/161/8/1455

Batt A. Les programmes nationaux de prévention du suicide en Europe. *ADSP* [en ligne]. 2003, 45: 44-49 [consulté le 04/04/2011]. Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-45/ad454449.pdf

Beck A, Weissman A. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. Journal of Consulting and Clinical sychology. *MRES Web Resources* [en ligne]. 1974, vol 42, n°6, 861-865. [Consulté le 20/04/2011]. Disponible sur http://mres.gmu.edu/pmwiki/uploads/Main/PCA1clinical2011.pdf

BEH. *INVS* [en ligne]. 2008, n°35-36. [Consulté le 20/04/2011]. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2008/35_36/beh_35_36_2008.pdf

Bellamy V, Roelandt J, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale. *Ministre de la Santé et de la protection sociale* [en ligne]. Etudes et Résultats, DREES 2004; n°347:1-12. [consulté le 03/04/2011]. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er347.pdf

Bouet R, Glikma J, Terra JL, Mayault C. L'audit clinique adapté à la prise en charge hospitalière des jeunes suicidants : bilan d'une expérience auprès de 76 établissements. *L'Encéphale*, 2005 ; 31 : 567-73, cahier 1.

Bower PJ. Primary care mental health workers: models of working and evidence of effectiveness. *Ncbi* [en ligne]. British Journal of General Practice. 2002; 52: 484. [Consulté le 28/05/2010]. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314446/pdf/12434963.pdf

Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, Dardennes R & Lamboy B. Facteurs associés à l'adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. L'Encéphale, Volume 36, Supplement 2, Juin 2010, p. D59-D72. .

Brody DS. Identifying patients with depression in the primary care setting. *Arch Int Med* [en ligne]. 1998; 7 :2469- 75. [Consulté le 17/04/2011]. Disponible sur http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/158/22/2469

Burns T., Bale R. Establishing a mental health liaison attachment with primary care. *Advances in Psychiatric Treatment* [en ligne]. 1997; vol 3, 219-224. [Consulté le 06/01/2011]. Disponible sur http://apt.rcpsych.org/cgi/reprint/3/4/219.pdf

Carr V, Faehrmann C, Lewin T, Walton J, Reid A. Determininig the effect that consultation-liaison psychiatry in primary care has on family physicians' psychiatric knowledge and practice. Psychiatry on line [en ligne]. Psychosomatics 1997; 38, p. 217-229. [Consulté le 22/05/2011]. Disponible sur http://psy.psychiatryonline.org/cgi/reprint/38/3/217

Centre Hospitalier Universitaire de Nantes [en ligne]. Intervention 26 novembre 2009. Présentation du projet PHARES. [Consulté le 10/05/2011]. Disponible sur http://federation.fhf.fr/content/download/17836/90809/version/1/file/CHU+NANTES.pdf

Chastang F, Rioux P, Dupont I, Kovess V, Zarifian E. Enquête prospective sur les tentatives de suicide. L'*Encéphale*, 1997; XXIII:100-4.

Clément JP, Nassif RF, Léger JM, Marchan F. Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. *L'Encéphale* 1997; XXIII:91-99.

Colas CL, Charles R, Meyrand B. La crise suicidaire en médecine générale: Une revue de morbidité et de mortalité en groupe d'analyse de pratiques. *John Libbey Eurotext* [en ligne]. Médecine, 2010, vol. 6, n°2, pp. 78-83. [Consulté le 20/04/2011]. Disponible sur http://www.john-libbey-eurotext.fr/e-docs/00/04/55/02/vers_alt/VersionPDF.pdf

Creed F, Marks B. Liaison psychiatry in general practice: a comparison of the liaison-attachment scheme and shifted out patient clinic models. *NCBI* [en ligne]. 1989; 39, 514-517. [consulté le 08/05/2011]. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1712187/pdf/jroyalcgprac00012-0031.pdf

Craven M, Bland R. Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : une analyse des données existantes. *CCMHI* [en ligne]. Mars 2006. [Consulté le 03/04/2011]. Disponible sur http://www.ccmhi.ca/fr/products/documents/04_BetterPractices_FR.pdf

De Gregorio F, Damsa C, AdamE, Rggers J, Marcoz N, LejeuneJ,lazignac C, Ansseau M. L'utilisation du système de santé avant une tentative de suicide : étude préliminaire dans un service d'urgences psychiatriques. Annales Médico Psychologiques 164 ; 2006 ; p. 574-580. *ScienceDirect* [en ligne]. [consulté le 15/0/2011]. Disponible sur SCD Université de Nantes

Dowrick C, Buchan I. Twelve month outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference? *NCBI* [en ligne]. BMJ 1995; 311:1274-6. [Consulté le 17/04/2011] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2551186/pdf/bmj00618-0040.pdf

Duburcq A, Charpak Y, Blin P. Comment diagnostiquer la dépression en médecine générale ? Élaboration d'un test de repérage des patients déprimés. Rev Prat MG 2000; 14:1403-7.

Ducher JL, Terra JL. L'échelle d'évaluation du risque suicidaire RSD possède t'elle une valeur prédictive ? L'Encéphale. *Fédération de l'Hospitalisation Privée* [en ligne]. oct 2006, vol 32, n° 5-C1, p. 738-745. [Consulté le 20/04/2011]. Disponible sur www.fhp.3cfr.com/fhp_circulaires/Diapo-rsd.ppt

Dumel F. Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale ? *Psydoc* [en ligne]. [Consulté le 02/05/2010]. Disponible sur http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/dumel.html

Etude ANADEP 2005. *INPES* [en ligne]. [Consulté le 04/04/2011]. Disponible sur http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1210.pdf

Fernandez A, Haro JM, Martinez-Alonso M, Demyttenaere K, Brugha TS, Autonell J, De Girolamo G, Bernert S, Lepine JP, Alonso J. Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *The British Journal of Psychiatry* [en ligne]. 2007, 190: 172-173. [Consulté le 14/04/2011]. Disponible sur http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/190/2/172

Gagné MA. Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration. *CCMHI* [en ligne]. [Consulté le 04/03/2011]. Disponible sur http://www.ccmhi.ca/fr/products/documents/01_AdvancingtheAgenda_FR.pdf

Gagné MA. Les soins de santé mentale axés sur la collaboration, de quoi s'agit-il ? Un introduction au Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration. *CCMHI* [en ligne]. [Consulté le 04/03/2011]. Disponible sur http://www.ccmhi.ca/fr/products/documents/02-Framework-FR.pdf

Gasquet I, Negre-Pages L, Fourrier A, Nachbaur G, El-Hasnaoui A, Kovess V, Lépine JP. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude

épdémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000 en population générale. L'Encéphale 2005; 31:195-206

Genet P, Haxaire C, Walter M. Souffrance psychosociale et risque suicidaire, quelle articulation entre médecine de ville et psychiatrie hospitalière? Résultats d'une étude qualitative. *France Elvesier* [en ligne]. Annales Médico Psychologiques, 2007, vol 165, n°8, p. 583-588. [Téléchargé le 15/02/2011 par SCD UNIVERSITE DE NANTES]. Disponible sur http://france.elsevier.com/direct/AMEPSY/

Giboldy S, Whitty P, Grimshaw J et al. Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care. A Systematic Review. *JAMA* [en ligne]. 2003; 289 (23): 3145-3251. [Consulté le 11/05/2010]. Disponible sur http://jama.ama-assn.org/content/289/23/3145.full.pdf+html

Goldberg D, Privett M, Ustun B, Simon G, Linden M. The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *NCBI* [en ligne]. Br J Gen Pract 1998; 48:1840-4. [Consulté le 15/04/2011]. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313290/pdf/10198504.pdf

HAS Haute Autorité de Santé [en ligne]. Conférence de consensus. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire, argumentaire. 2002. [Consulté le 17/01/2011]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_depression_2002_-_mel_2006_-_argumentaore.pdf

HAS Haute Autorité de Santé [en ligne]. Conférence de consensus. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire, recommandations. 2002. [Consulté le 17/01/2011]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_depression_2002_-_mel_2006_-_recommandations._2006_12_27__16_20_34_967.pdf

HAS, Haute Autorité de Santé [en ligne]. Conférence de consensus: La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge, texte long; 2000. [Consulté le 20/04/2011]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf

HAS, Haute Autorité de santé [en ligne]. Exercice coordonné et protocolé en maison, pôles de santé et centres de santé. Une démarche d'amélioration des pratiques ; 2007. [Consulté le 02/08/2010]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/lexercice_coordonne_et_protocole_en_ms_ps_et_cs_-_novembre_2007.pdf

HAS, Haute Autorité de Santé. Les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatre lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique. Recommandations pour la pratique clinique. *Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie* [en ligne]. Sept. 2010. [Consulté le 22/05/2011]. Disponible sur https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxjbnFzcHN5fGd4OjFjZGQwOTlkYjJjNjA2Yg

HAS, Haute Autorité de santé [en ligne]. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. juin 2007. [Consulté le 24/04/2011]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf

Hunkeler EM, Meresman JF, Hargreaves WA, Fireman B, Berman WH, Kirsch AJ, Groebe J, Hurt SW, Braden P, Getzell M, Feigenbaum PA, Peng T, Salzer M. Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Arch Fam Med* [en ligne]. 2000; 9: 700-708. [Consulté le 28/03/2011]. Disponible sur http://archfami.ama-assn.org/cgi/reprint/9/8/700

INPES [en ligne]. La dépression : en savoir plus pour en sortir. Repérer les symptômes, connaître les traitements, savoir à qui s'adresser. Guide destiné aux patients. 2007. [consulté le 15/03/2011]. Disponible sur http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1057.pdf

INSEE [en ligne]. Age moyen et âge médian de la population. [Consulté le 07/04/2011]. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATnon02147

INSEE [en ligne]. Etat matrimonial des personnes de 15 ans ou plus. [Consulté le 07/04/2011]. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02311

INSEE [en ligne]. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2011, France. [Consulté le 07/04/2011]. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02150

INSEE [en ligne]. Répartition de la population par sexe et âge au 1er janvier 2011. [Consulté le 07/04/2011]. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02150

INSEE [en ligne]. Taux de chômage depuis 1975. [Consulté le 07/04/2011]. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon03337

INSEE santé [en ligne]. Principales causes de décès en 2008. [Consulté le 20/04/2011]. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natfps06205

INSEE santé [en ligne]. Principaux motifs de recours et/ou diagnostics pour 100 séances de médecins selon l'âge. 2009 [consulté le 30/04/2011]. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATCCV06201&reg_id=0

Isacsson G, Lesage A, Grunberg F et Séguin M. Données récentes d'études scandinaves. Traiter la dépression : une stratégie efficace de prévention du suicide? *Erudit* [en ligne]. Santé mentale au Québec, vol. 27, n° 2, 2002, p. 235-259. [Consulté le 06/04/2011]. Disponible sur http://www.erudit.org/revue/SMQ/2002/v27/n2/014566ar.pdf

Kandel O, Duhot D., Very G, Lemasson JF, Boisnault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? Société Française de Médecine Générale [en ligne]. La revue du praticien – médecine générale, Tome 18, n° 656/657, 7 juin 2004. [Consulté le 13/04/2011]. Disponible sur

http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_categorie/2/fichier_article_typo_rdpf2cc3.pdf

Kandel O, Ripault A, Jourdain M, Bouche G. La durée de consultation intervient-elle dans la prescription de psychotropes ? *La Revue du Praticien* [en ligne]. 2008; suppl., vol 58, p 19-24. [Consulté le 23/04/2011]. Disponible sur http://www.larevuedupraticien.fr/images/recherche_MG/RDP_2008_12_19_kandel.pdf

Kates N, Ackerman S, Crustulo AM, Mach M. Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires. Une trousse d'outils sur la planification et la mie en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs. *CCMHI* [en ligne]. Février 2006. [consulté le 03/04/2011]. Disponible sur http://www.ccmhi.ca/fr/products/toolkits/documents/FR_CollaborationbetweenmentalhealthandprimarycareservicesS.pdf

Katon W, Robinson P, VonKorff M, Lin E, Bush T, Ludman E et al. A multifaceted inter

vention to improve treatment of depression in primary care. *Ncbi* [en ligne]. Arch Gen Psychiatry 1996; 53:924-32. [Consulté le 10/05/2010]. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8857869

Katon W, Von Korff M, Lin E, Walker E, Simon G, Bush T, Robinson P, Russo J. Collaborative management to achieve treatment guidelines: impact on depression in primary care. *JAMA* [en ligne]. 1995; 273:1026-1031. [Consulté le 10/05/2010]. Disponible sur http://jama.ama-assn.org/content/273/13/1026.full.pdf

Katon W, VonKorff M, Lin E, Simon G, Walker G, Unützer J, Bush T, Russo J, Ludman E: Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* [en ligne]. 1999; 56:1109–1115. [Consulté le 10/05/2010]. Disponible sur http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/56/12/1109.pdf

Kaufmann M. Rural psychiatric services : a collaborative model. *NCBI* [en ligne]. Canadian Family Physician 1993; 39, p.1957-1961. [Consulté le 20/08/2010]. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2379905/pdf/canfamphys00115-0105.pdf

Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie. *ONALA* [en ligne]. DREES n°335. Juin 2004. [Consulté le 13/04/2011]. Disponible sur http://onala.free.fr/drees315.pdf

Lamboy B. La santé mentale : état des lieux et problématique. *Santé publique* [en ligne]. 2005, vol.17, n°4, p. 583-596. [Consulté le 12/04/2011]. Disponible sur http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-4-page-583.htm

Le Pape A, Lecomte T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997. *IRDES* [en ligne]. Questions d'économie de la santé, CREDES 1999; n°21:1-6 [Consulté le 04/04/2011]. Disponible sur http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes21.pdf

Lepine JP. Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. *NCBI* [extrait en ligne]. J Clin Psychiatry. 2001; 62 (Suppl 13): 4-10. [Consulté le 20/05/2011]. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11434418

Lepine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Negre-Pages L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française: résultats de l'étude épidémiologique ESMeD/MHEDEA 2000. *Université de Montréal* [en ligne]. L'Encéphale, 2005; 31:182-94. [Consulté le 10/04/2011]. Disponible sur http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1J2NVV7MT-N12L4X-ZM/documentaliste_Prevalence%20et%20comorbidite%20des%20troubles%20psychiatriques.pdf

Les soins de santé mentale partagés au Canada. Etat actuel, commentaires et recommandations. *Canadian Psychiatric Association* [en ligne]. Décembre 2000. [Consulté le 04/06/2010].Disponible sur http://ww1.cpa-apc.org:8080/French_Site/Professional/shared_care_fr.pdf

Lin EH, Katon WJ, Simon GE, Von Korff M, Bush TM, Rutter CM, Saunders KW, Walker EA. Achieving Guidelines for the treatment of depression in primary care: is physician education enough? *Ncbi* [en ligne]. Medical Care 2000; 35 (8): 831-842 [consulté le 22/0/2011]. Extrait disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9268255?dopt=Abstract

Luoma J, Martin C, Pearson J. Contact with mental health and primary care providers before suicide : a review of evidence. *Am J Psychiatry* [en ligne]. June 2002, 159:909-916. [Consulté le 28/05/2010]. Disponible sur http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/159/6/909

Mann A, Blizard R, Murray J, Smith JA, Botega N et al. An evaluation of practice nurses working with general practitioners to treat people with depression. NCBI [en ligne]. Br J Gen Pract. 1998 Jan; 48(426):875-9. [Consulté le 28/03/2011]. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1409896/pdf/brjgenprac00090-0009.pdf

Macfarlane D. Etat actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration. *CCMHI* [en ligne]. Juin 2005. [Consulté le 03/04/2011]. Disponible sur http://www.ccmhi.ca/fr/products/documents/12_OverviewPaper_FR.pdf

Methrotra A, Epstein AM, Rosenthal MB. Do integrated medical groups provide higher-quality medical care than individual practice associations ? *Commonwealth Fund* [en ligne]. Annals of Internal Medicine 2006; 145:826-833 [Consulté le 02/08/2010]. Disponible sur http://www.commonwealthfund.org/~/media/Files/Publications/In%20the%20Literature/2007/Jan/Do%20Integrated%20Medical%20Groups%20Provide%20Higher%20Quality%20Medical%20Care%20Than%20Individual%20Practice%20Associatio/Mehrotra_doIMGsprovidehigher%20qualitymedcare_986_itl%20pdf.pdf

Midgeley S., Burns T.& Garland C. What do mental health teams and general practitioners talk about? Descriptive analysis of liaison meetings. *Ncbi* [en ligne]. British Journal of General Practice, 1996; 46, 69-71. [Consulté le 29/05/2010]. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239532/?tool=pubmed

Midgley S, Burns T, Garland C. What do general practitioners and community health teams talk about : descriptive analysis of liaison meetings in general practice. *Ncbi* [en ligne]. British Journal of General Practice. 1996; 46: 69-71. [Consulté le 28/03/2011]. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239532/pdf/brjgenprac00011-0017.pdf

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité [en ligne]. Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale. Rapport sur l'organisation de la psychiatrie dans le département de la Loire Atlantique. Décembre 1998. [Consulté le 16/04/2011]. Disponible sur http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RapportsSite/rapport-site-161.pdf

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées [en ligne].ARS : Améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité de notre système de santé. 2009. [Consulté le 05/07/2010]. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ARS_ameliorer_la_sante_de_la_population_et_accroitre_l_efficacite_de_notre_systeme_de_sante.pdf

Ministère de la Santé et des Solidarités [en ligne]. Evaluation de la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005. Rapport final. Octobre 2006. [Consulté le 02/05/2010]. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-2.pdf

Ministère de la Santé et des Sports [en ligne]. Fiche pédagogique HPST. Coopération entre professionnels de santé. [Consulté le 05/02/2011]. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cooperation_entre_professionnels_de_sante_4.pdf

Ministère de la Santé et des Sports [en ligne]. Le support pédagogique de la loi HPST. [Consulté le 05/02/2011]. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf

Mishara B. Succès, échecs et défis en prévention du suicide au Québec. *Revue québécoise de psychologie* [en ligne]. Vol. 24, no 1, 2003. [Consulté le 05/03/2011]. Disponible sur http://www.rqpsy.qc.ca/ARTICLE/V24/24_1_125.pdf

Nicot P, Bouet R. Risque suicidaire : peut-on mieux faire ? Le système de soins français entre paradoxes et tabous. John Libbey Eurotext [en ligne]. Médecine, juin 2008 ; Volume 4, Numéro 6, 244-6. [Consulté le 21/02/2011]. Disponible sur http://www.jle.com/e-docs/00/04/40/25/article.phtml

Norton J, David M, Boulenger JP. General practitioners are bearing an increasing burden of the care of common mental disorders in France. *Hal inserm* [en ligne]. Eur. J. Psychiat. 2007 ; vol 21, n°1: 63-70. [Consulté le 22/04/2011]. Disponible sur http://www.hal.inserm.fr/docs/00/19/41/48/PDF/NortonEurJPsy.pdf

Norton J., De Roquefeuil G., David M., Boulenger JP., Ritchie K., Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le Patient Health Questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *Inserm* [en ligne]. Encéphale vol 35, n°6, p. 560-569 ; 2009. [Consulté le 12/04/2011]. Disponible sur http://www.hal.inserm.fr/docs/00/31/95/08/PDF/Norton_Encephale.pdf

ORS, Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire [en ligne]. La mortalité par suicide dans les Pays de la Loire. ORS janvier 2011. [Consulté le 18/05/2011]. Disponible

sur http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/suicides/Suicides2011_region_impressionA3.pdf

ORS, Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire [en ligne]. La santé observée en Pays de la Loire – 2011. Soins en psychiatrie. ORS, Février 2011. [consulté le 10/05/2011]. Disponible sur http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/LSO/2011LSOpdl_V.2.6.pdf

ORS, Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire [en ligne]. La santé observée dans le territoire de santé de Nantes. ORS, Avril 2005. [Consulté le 18/04/2011]. Disponible sur http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/LSO/2005lsoTS_nantes.pdf

ORS, Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire [en ligne]. Troubles mentaux et du comportement. Juin 2007. [Consulté le 13/04/2011]. Disponible sur http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/LSO/2007LSOpdl8_1.pdf

OMS, Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Rapport sur la santé dans le monde, 2001. [Consulté le 12/04/2011]. Disponible sur http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf

Owens, D.,Horrocks, J. & House, A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, [en ligne]. 2002, 181,193-199. [Consulté le 20/04/2011]. Disponible sur http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/181/3/193

Mann J, Apter A, Bertolote J et al. Suicide Prevention Strategies : a systematic review. *JAMA*.[en ligne]. 2005; 294(16):2064-2074. [Consulté le 16/05/2011]. Disponible sur http://www.dhmh.maryland.gov/suicideprevention/Suicide%20prevention%20strategies-systematic%20review.pdf

Mouquet MC, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. *DREES* [en ligne]. Mai 2006, n°488. [Consulté le 20/04/2011]. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er488.pdf

Pawlenko N. Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires au Canada : un examen des politiques. CCMHI [en ligne]. [Consulté le 03/04/2011]. Disponible sur http://www.ccmhi.ca/fr/products/documents/06_PolicyReview_FR.pdf

Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. *BMC psychiatry* [en ligne]. 2007, 7:2. [Consulté le 18/04/2011]. Disponible sur http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-7-2.pdf

Ronalds C, Creed F, Stone K, Webb S, Tomenson B. Outcome of anxiety and depressive disorders in primary care. *Robert Whitaker* [en ligne]. Br J Psychiatry. 1997 Nov;171:427-33. [consulté le 18/05/2011]. Disponible sur http://www.robertwhitaker.org/robertwhitaker.org/Depression_files/Outcome%20of%20anxiety%20and%20depressive%20disorders%20in%20primary%20care.PDF

Rost K, Nutting P, Smith J, Elliot C, Dickinson M. Managing depression as a chronic disease: a randomised trial of ongoing treatment in primary care. *BMJ* [en ligne]. 2002; 325: 934-939. [Consulté le 04/04/2011]. Disponible sur http://www.bmj.com/content/325/7370/934.full.pdf

Rost K, Zhang M, Fortney J, Smith J, Coyne J, Smith GRJ. Persistently poor outcomes of undetected major depression in primary care. *Science direct* [extrait en ligne]. Gen Hospital Psychiatry 1998; 20:12-20. [Consulté le 17/04/2011]. disponible sur http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T70-3VKTK5F-2&_user=10&_coverDate=01%2F31%2F1998&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=gateway&_origin=gateway&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1722673403&_rerunOrigin=google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=db4df54392036a0a54c4436d962363f4&searchtype=a

Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* [en ligne]. 1999; 341:1329-35. [Consulté le 17/04/2011]. Disponible sur http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199910283411801

Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* [en ligne]. 1995; 4:99-105. [Consulté le 18/05/2011]. Disponible sur http://archfami.ama-assn.org/cgi/reprint/4/2/99

Société Française de Santé publique [en ligne]. Cohidon C, Duchet N, Cao MM, Benmebarek M, Sibertin-Blanc D, Demogeot C, Deschamps JP. La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale. Santé publique 1999 ; vol 11, n°3, pp. 357-362. [Consulté le 28/05/2010]. Disponible sur http://sfsp.unice.fr/publications/1999/numero3/article10.pdf

Taleb M, Rouillon F, Hegerl U, Hamdani N, Gorwood Ph. Les programmes d'action contre la dépression. *L'Encéphale* fev. 2006; Vol 32, N° 1, pp. 9-15.

Tallec A, Goupil MC, Bercelli P. Suicides et tentative de suicide en Pays de Loire- bilan 2011.*Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire* [en ligne]. Janvier 2011. [Consulté le 20/04/2011]. Disponible sur http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/suicides/Suicides2011_region_impressionA4.pdf

Topkanou I. Prise en charge de la crise suicidaire. *Annales Médico Psychologiques*, 2003, 161, 179-182.

Trojak B, Barra JD, Milleret G. Les médecins généralistes regardent la psychiatrie. *Minkowska* [en ligne]. Nervure : Journal de psychiatrie, avril 2004, p.9. [Consulté le 07/01/2011]. Disponible sur http://www.minkowska.com/article.php3?id_article=776

Turbelin C., Jehel L, Boelle PY, Kieffer A, Blanchon T, Flahault A. Recours aux médecins généralistes avant un acte suicidaire chez l'adulte. *EMConsulte* [en ligne]. Communications orales / Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2008, 56S, S292. [Consulté le 20/04/2011]. Disponible sur http://www.em-consulte.com/showarticlefile/182011/main.pdf

Turbelin C. *Recours au médecin généraliste avant un acte suicidaire. Etude épidémiologique et retrospective en cas-croisé.[en ligne]* Thèse d'exercice de médecine. Paris : Université Pierre et Marie Curie, 2007. 47f. [consulté le 13/04/2011]. Disponible sur http://websenti.b3e.jussieu.fr/sentiweb/document.php?doc=844

Turner T, De Sorkin A. Sharing psychiatrc care with primary care physicians : the Toronto Doctors Hospital Experience (1991-1995). *Can J Psychiatry* [en ligne]. 1997; 42: 950-954. 5en ligne]. [consulté le 08/06/2010]. Disponible sur http://ww1.cpa-apc.org:8080/publications/archives/PDF/1997/Nov/TURNER.PDF

Van Orden Mirjam, Hoffman Tonko, Haffmans Judith, Spinhoven Philip, Hoencamp Erik: Collaborative mental health care versus care as usual in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Ncbi* [en ligne]. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2009; 60(1):74-9. [Consulté le 10/05/2010]. Disponible sur http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/60/1/74

Vandevoorde J, Andronikof A, Baudoin T. Dynamique de l'idéation et des comportements préparatoires dans le passage à l'acte suicidaire : vers une méthodologie qualitative standardisée. L'Encéphale, vol. 36, Supplement 2, Juin 2010, p. D22-D31.

Ventelou B, Paraponaris A, Sebbah R, Aulagnier M, Protopopescu C, Gourheux JC, Verger P. Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côtes d'Azur. *Cairn* [en ligne]. RFAS n°1-2005; p.127-160. [consulté le 20/05/2011]. Disponible sur http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-127.htm

Walter M, Topkanon I. Identification et évaluation de la crise suicidaire. *Annales Médico Psychologiques* 161 (2003) 173-178.

Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry [en ligne]. 2005; 62(6): 629-40. [Consulté le 14/04/2011]. Disponible sur http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/62/6/629

Warner RW, Gater R, Jackson MG, Goldberg DP: Effects of a community mental health service on the practice and attitudes of general practitioners. *Ncbi* [en ligne]. Br J Gen Pract 1993, 43(377):507-511. [Consulté le 27/03/2011]. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1372615/pdf/brjgenprac00037-0023.pdf

WHO [en ligne] La prévention du suicide : indication pour les médecins généralistes. Genève 2001. [Consulté le 20/04/2011]. Disponible sur http://www.who.int/mental_health/media/en/57.pdf

Williams P. & Clare A. Changing patterns of psychiatric care. *Ncbi* [en ligne]. British Medical Journal. 1981; 282, 375-377. [Consulté le 28/03/2011]. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1504190/pdf/bmjcred00643-0037.pdf

Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, Kovess V, Falissard, B, Hardy Bayle MC: General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration

with mental, health professionals. *Ncbi* [en ligne]. BMC Fam Pract 2005, 6:18. [Consulté le 27/05/2010]. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1131897/pdf/1471-2296-6-18.pdf

Younes N, Hardy-Bayle MC, Falissard B, Kovess V, Chaillet MP, Gasquet I: Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *Ncbi* [en ligne]. BMC Public Health 2005, 5:104 [Consulté le 28/05/2010]. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1266376/pdf/1471-2458-5-104.pdf

Younes N, Passerieux C, Hardy-Bayle MC, Falissard B, Gasquet I. Long term GP opinions and involvement after a consultation-liaison intervention for mental health problems. *BMC Family Practice* [en ligne]. 2008, 9:41. [Consulté le 27/03/2011]. Disponible sur http://www.biomedcentral.com/1471-2296/9/41

Zung WW, Broadhead WE, Roth ME. Prevalence of depressive symptoms in primary care. *NCBI* [en ligne]. J Fam Pract. 1993 Oct; 37(4):337-44. [Consulté le 15/05/2011]. Extrait disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8409886

ANNEXES

ANNEXE I : Fiche de liaison.

ANNEXE II: La fédération de Santé Publique, ses actions.

ANNEXE III : La convention.

ANNEXE IV : Bilans trimestriels de la consultation avancée.

ANNEXE V : Dossiers de demande de subvention.

ANNEXE VI : Education thérapeutique du patient, surpoids et facteurs de risque vasculaires

ANNEXE VII : Les associations du réseau.

ANNEXE VIII : Formation au repérage du risque suicidaire.

ANNEXE IX : Echelles d'évaluation du risque suicidaire

ANNEXE I.1

EQUIPE DE PREVENTION DU SUICIDE
Nadine BOSQUE, Infirmière
Elise AVIET, Psychologue

PÔLE SANTE DE CLISSON
Docteur ALLAIN
Docteur ARISTE
Docteur BARNABE
Docteur JUTEL
Docteur NAOUR-LEROY

FICHE DE LIAISON

MEDECIN REFERENT

Date de la demande : .....

Médecin référent : .....

- **PERSONNE A RENCONTRER:**
  - **Nom et Prénom :** .....
  - **Adresse :** .....
    .....
  - **Téléphone :** .....
  - **Date de naissance :** ...../...../.....
- **NUMERO DE SECURITE SOCIALE :** .....
- **SITUATION FAMILIALE :**

  Situation maritale : marié(e), séparé(e), divorcé(e), en couple, veuf(ve)

  Nombre d'enfants : ..... dont ..... à charge
- **SITUATION PROFESSIONNELLE :**

  étudiant(e) - en activité – chômage – invalidité - retraité(e)
- **MOTIF DE LA DEMANDE :**

  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....

ANNEXE I.2

FICHE DE LIAISON

EQUIPE DE PREVENTION DU SUICIDE

Psychologue / Infirmière : .....

- **OBSERVATIONS :**

Date :
Première rencontre : .....
.....
.....
.....
.....
.....

Propositions : .....
.....
.....
.....

Date :

Deuxième rencontre : .....
.....
.....
.....

Propositions : .....
.....
.....
.....

Date :

Troisième rencontre : .....
.....
.....
.....

Propositions : .....
.....
.....
.....

Concertation : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

24 h/24

Suicide écoute
01.45.39.40.00

SOS Amitié
02.40.04.04.04

Urgences médico-psychologiques :
NANTES : 02.40.08.38.71
SAINT NAZAIRE : 02.40.90.62.35

Consultations Hospitalières

Centre Hospitalier de MONTBERT
Standard : 02.40.80.23.23

Centre Hospitalier de BLAIN
Standard : 02.40.51.51.51

Hôpital Saint Jacques – C.H.U. de NANTES
Standard : 02.40.08.33.33
Unité Espace : 02.40.84.62.98

Centre Hospitalier de SAINT NAZAIRE
Standard : 02.40.90.60.00

Soutien à l'entourage

Recherche et Rencontres (adultes)
02.40.08.08.10

JALMALV (enfants + ados)
02.51.88.91.32

Jonathan Pierres Vivantes (enfants + ados)
02.40.43.63.11

Dans tous les cas, n'hésitez pas à demander conseil auprès de votre médecin généraliste

Prévenir le suicide ? Oui, ensemble…

Sensibiliser
Former
Soutenir

Equipe de Prévention du Suicide
☎ **02 40 80 23 80**

Fédération de Santé Publique
POLE INTERSECTORIEL
CENTRE HOSPITALIER - 44140 Mont

ANNEXE II.1

UNE STRATEGIE NATIONALE D'ACTION FACE AU SUICIDE

Une équipe hospitalière

1 Psychiatre

1 Psychologue clinicienne

3 Infirmiers

1 Secrétaire médicale

---

1 cadre de santé

Pour diminuer le taux de mortalité par suicide et le nombre de tentatives de suicide, une équipe de prévention du suicide développe, depuis 2002, des modalités d'intervention impliquant tout membre de la communauté (professionnels, bénévoles, famille, entourage), identifié comme aidant.

Une démarche communautaire

1 - d'information de la population générale sur le mal-être, la dépression, la crise suicidaire

Des

2 - de formation et de soutien des intervenants de 1ère ligne pour améliorer le repérage précoce de la souffrance psychique

pratiques

3 - de soutien à l'entourage et à la famille des personnes en crise suicidaire ou ayant fait une tentative de suicide

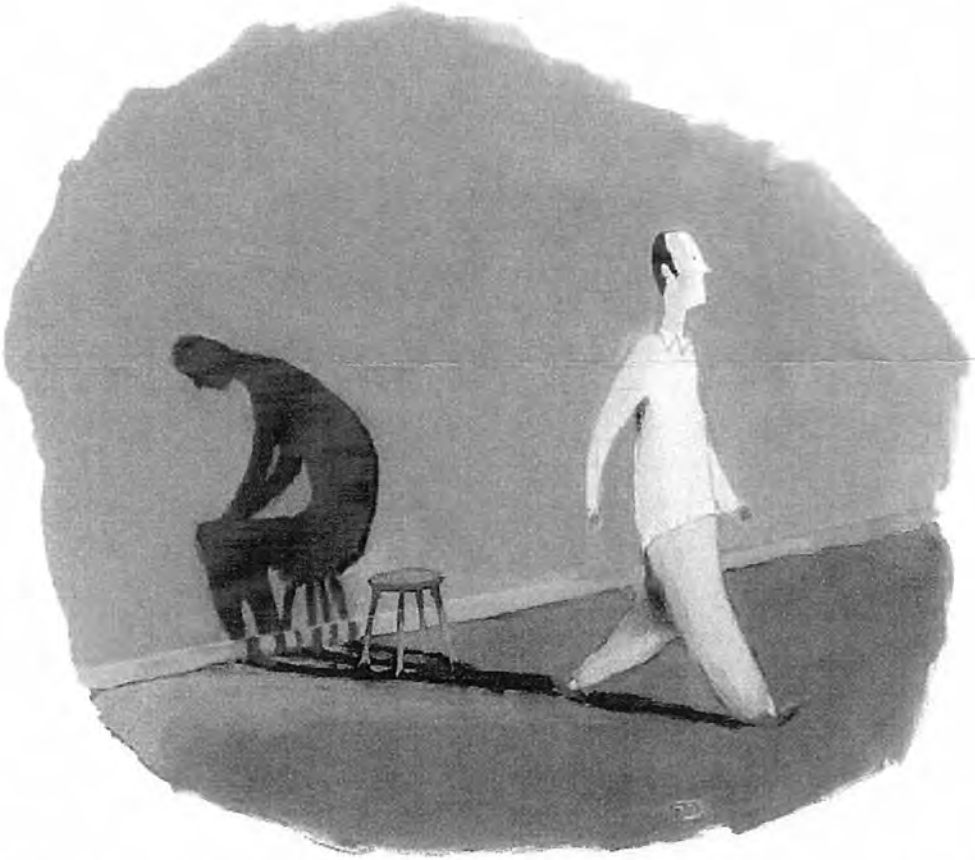
cliniques

4 - d'accompagnement des personnes endeuillées

ANNEXE II.2

ANNEXE II.3

« Mon médecin m'a dit que j'étais dépressif... »



L'équipe de prévention de suicide vous propose deux espaces, en groupe, pour échanger et s'informer :

- pendant l'hospitalisation, un groupe de parole sur la dépression,
- en dehors de l'hospitalisation, un atelier d'éducation thérapeutique sur la dépression.

Parlez-en et renseignez vous auprès de votre médecin ou de notre équipe.

FEDERATION DE SANTE PUBLIQUE- CH MONTBERT
Equipe de Prévention du Suicide
02.40.80.23.80

ANNEXE II.4

Madame, Monsieur,

L'Équipe de Prévention du Suicide du centre hospitalier de Montbert débute un nouvel **atelier d'éducation thérapeutique pour les personnes dépressives.** Ce groupe se déroulera sur 7 séances, à partir de mi-février, chaque jeudi de 17h à 19h, **à l'hôpital local de Vertou**, en dehors des vacances scolaires.

Les objectifs de ce groupe sont :
d'optimiser l'alliance thérapeutique en renforçant les connaissances sur la dépression ;
diminuer le risque de rechute et de passage à l'acte suicidaire inhérent à la dépression.

Cet atelier, d'un minimum de trois et d'un maximum de sept personnes s'engageant à participer à l'ensemble du programme, est animé par deux infirmiers (Françoise LESIMPLE et Cyprien ANROCHTE). Au cours de ces séances, sont abordés des thèmes tels que :

des généralités sur la dépression (symptômes et origines) ;
la question du diagnostic ;
les traitements ;
les actions que le patient peut mettre en place par lui-même ;
le rôle de l'entourage (avec une séance où l'entourage peut participer).

Pour les inscriptions ou toute information complémentaire, nous vous prions de contacter notre secrétariat au : 02.40.80.23.80, du lundi au vendredi de 9h à 17h.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Docteur Kahina YEBBAL,

FEDERATION DE SANTE PUBLIQUE
CENTRE HOSPITALIER - BP 8 – 44140 MONTBERT
Tél : 02.40.80.23.80 – Fax : 02.40.80.23.88
E-mail : secretariat.fsp@ch-montbert.fr

POLE INTERSECTORIEL
Responsable médical : Dr Kahina YEBBAL – Cadre supérieur de santé : Thierry BROHAN
Référent administratif : Madame BERNARD-MULLER, Directeur Adjoint
Centre Hospitalier – BP 8 – 44140 MONTBERT
FINESS : 440 003 309

ANNEXE II.5

LA DEPRESSION

En savoir plus et en parler

Vous avez été hospitalisé suite à une dépression
Vous avez bénéficié du groupe de parole sur la
épression

ou

Vous êtes suivi par votre médecin pour un
isode dépressif

Atelier ambulatoire d'éducation thérapeutique

Pour qui : **personnes dépressives (non hospitalisée)**
Pourquoi : **favoriser l'expression et les échanges autour du vécu de chacun, renforcer les connaissances et les compétences des personnes dépressives.**
Par qui : **2 infirmiers**
Comment : **après entretien avec le psychiatre de l'unité, Engagement sur 7 séances**
Quand : **le jeudi de 16h à 18h** (peut être modifié)
Où : **à l'hôpital de Vertou**

Programme de l'atelier ambulatoire d'éducation thérapeutique

1ère séance : **présentation des participants et du contenu**
2ème séance : **définition de la dépression**
3ème séance : **la question du diagnostic**
4ème séance et la 5ème séance : **les traitements**
6ème séance : **la place de l'entourage (avec un membre de la famille)**
7ème séance : **ce que l'on peut faire soi-même**

ANNEXE II.6

Centre hospitalier de Montbert
Pôle Intersectoriel - Fédération de Santé Publique
BP n°8
44 140 MONTBERT

Tel : 02 40 80 23 80
secretariat.fsp@ch-montbert.fr

COMPOSITION :

Médecin :

Docteur Pascale CHAUVIN-GRELIER

Cadre de Santé :

Marie-Paule JUGE

Psychologue :

Jean-René LE GALL

Assistante Sociale :

Anne GODEST

Infirmiers :

Dominique BERTRAND

Nicole RACHDI

François NUAUD

Mise à jour le 18 septembre 2007

Fédération de Santé Publique

Alcoologie – Précarité – Prévention du Suicide

☎ 02.40.80.23.80

02.40.80.23.88

EQUIPE D'ALCOOLOGIE ADDICTOLOGIE

Centre Hospitalier Spécialisé
Les Loges
44140 MONTBERT

ANNEXE II.7

NOS MISSIONS :

- **CONSTRUIRE** des **ACTIONS DE PREVENTION** avec :
  - les collèges / lycées
  - les professionnels médico-sociaux
  - les associations

- **SOUTENIR** dans l'accompagnement de la personne dépendante :
  - l'entourage
  - les professionnels
  - les bénévoles des associations

- **METTRE EN LIEN** les acteurs intervenants en alcoologie (zone Sud Loire) :
  - favoriser le travail commun entre la médecine générale et l'Hôpital

- **FORMER** des professionnels à la prise en charge des personnes dépendantes.

Vous pouvez prendre contact au :
☎ 02.40.80.23.97
☎ 02.40.80.23.80

ENTRETIEN POUR L'ENTOURAGE DE PERSONNES AYANT DES PROBLEMES AVEC L'ALCOOL

Une fois par mois de 14h00 à 21h00 :

A Saint Philbert de Grand Lieu et Au Loroux-Bottereau

L'inscription se fait par téléphone du lundi au vendredi de 9h à 17h au :
☎ 02.40.80.23.97 ou au ☎ 02.40.80.23.80

ENTRETIEN POUR L'ENTOURAGE ET/OU LES PERSONNES EN DIFFICULTE AVEC L'ALCOOL

Une consultation médicale hebdomadaire :

Au Centre Hospitalier de Montbert et Au Centre Médico-Psychologique de Saint Philbert de Grand Lieu

Des entretiens psychologiques :

Au Centre Hospitalier de Montbert

Prise de rendez-vous du lundi au vendredi de 9h à 17h au :
☎ 02.40.80.23.80

ANNEXE II.8

ANNEXE II.9

FEDERATION DE SANTE PUBLIQUE
Tel : 02.40.80.23.80
@ : secretariat.fsp@ch-montbert.fr

ALCOOLOGIE/ADDICTOLOGIE :
Dr Pascale CHAUVIN-GRELIER

Jean René LE GALL
Psychologue

Anne GODEST
Assistante sociale

Christiane GRIVEAU
Jean Michel ADAM
Nicole RACHDI
Dominique BERTRAND
Infirmiers

EQUIPE MOBILE PSYCHIATRIE PRECARITÉ :
Dr Isabelle DURANEL

Sylvie PAUMIER
Assistante sociale

Philippe CAILLAUD
Psychologue

Sébastien MORANDEAU
Infirmier

PRÉVENTION DU SUICIDE :
Dr Kahina YEBBAL

Elise AVIET
Psychologue

Cyprien ANROCHTE
Nadine BOSQUE
Françoise LESIMPLE
Infirmiers

Céline BRUNO
Assistante sociale

CAPSI
Dr Nafissa BABOUCHE
Tel : 02.40.08.98.80

DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICAL
Dr Daniel ANTONIOLI
Tel : 02.40.80.23.70

MEDECINE GENERALE
Dr Marie-Hélène KIRSNER-BESSE
Tel : 02.40.80.23.23 – Poste 25.50

PHARMACIE
Michelle LE MEHAUTE
Chef de service
Tel : 02.40.80.23.49

PSYCHOGERIATRIE SUD LOIRE
Dr Hélène DE BRUCQ
Tel : 02.51.89.02.02

SOIRÉE DÉBAT À LA CHAPELLE HEULIN, LE 17 MARS 2010.

Le mal être, comment le repérer ? Comment agir ?

En abordant le thème du mal-être le Docteur Yebbal responsable de l'unité de prévention du suicide au Centre Hospitalier Spécialisé de Montbert et des membres de son équipe Cyprien Anröchte, infirmier psychiatrique et Estelle Nicolas, assistante sociale, ont parlé de **la crise suicidaire**, un moment clef où il est possible d'agir en prévention.

Tout le monde vit des moments de cafard, de doute, de questionnement, ce qui ne signifie pas être déprimé. Une dépression nerveuse répond à des critères précis (ne pas qualifier de dépression un simple mal être, mais ne pas sous estimer un état dépressif chez quelqu'un qui souffre moralement). Un diagnostic de dépression n'est jamais à négliger car, qui dit vraie dépression dit risque de suicide (70 % des décès par suicide compliquent une dépression !).
La crise suicidaire fait partie du processus dépressif. La personne qui souffre n'arrive plus à faire face ; elle n'a pas forcément envie de mourir mais d'arrêter de souffrir. C'est un état qui dure 6 à 8 semaines mais qui est réversible à tout moment, d'où l'intérêt d'une intervention pour aider la personne suicidaire à sortir de la crise.

Comment repérer des signes de crise suicidaire ?

Là, réside la difficulté, il n'y a aucun signe spécifique. Des questions dans ce sens peuvent être posées à quelqu'un qui semble exprimer un mal être. La durée, l'intensité, le cumul d'éléments de souffrance morale, des changements brutaux de comportement doivent alerter d'où l'intérêt de travailler ensemble (professionnels de santé, parents, enseignants, bénévoles…) pour partager des impressions. La personne susceptible de faire une tentative de suicide peut alors rencontrer quelqu'un capable de l'aider.

Comment entrer en contact avec la personne qui souffre ?

En l'écoutant, en restant à ses côtés, en abordant directement avec elle ses intentions suicidaires (si l'on ne pose pas la question, comment le deviner ?). Agir ainsi, c'est briser l'isolement, c'est aussi transmettre de l'espoir en montrant qu'il y a autre chose que d'en finir…

Savoir repérer une crise suicidaire, entrer en contact avec la personne qui souffre, l'écouter, travailler avec les professionnels de santé, c'est ce à quoi se forment les membres du GPS, c'est ce qu'ils font, c'est ce qu'il faut encourager.

Chiffres du suicide en France.
Par an, 12 000 suicides, 160 000 tentatives de suicide.
2è cause de mortalité chez les 15-24 ans ; 1ère cause chez les 25-34 ans.
Le taux de suicide augmente avec l'âge (6 fois plus important chez les plus de 60 ans).
Après une tentative de suicide, il y a une récidive dans 40 % des cas, dans les 3 mois, dans 60 % avant un an.

Harmonie Atlantique
Harmonie Mutuelles
PLUS PROCHES, PLUS HUMAINS, PLUS UTILES

LETTRE INFO du GPS N° 2.

Juillet 2010

Interwiew de Mr BACHELIER, président du GPS.

Qu'est ce qui fait que vous vous êtes investi dans ce projet ?
En 2005, le constat de la survenue de 25 suicides (et de 24 tentatives) sur la CC de Vallet en 5 ans (chiffres de la gendarmerie) !

Pourrait-on concevoir l'action du GPS sans la composante professionnelle apportée par l'équipe psy de Montbert ?
La démarche a été amorcée avant la création de l'unité de prévention du suicide, le CHS constitue un appui important mais l'absence d'une telle organisation ne doit pas empêcher d'imaginer d'autres GPS, en développant des contacts avec les psychiatres, les psychologues locaux.

L'investissement des élus municipaux est impressionnant, avez-vous l'impression que leur action dans le domaine de la santé publique se limite à la prévention du suicide ?
Non, il y a par exemple à la Chapelle Heulin, à l'initiative d'élus, des actions prévention sur la nutrition, sur le mal être…

Est-ce qu'il y a des bénévoles qui n'ont pas pu poursuivre leur investissement parce que c'était « trop lourd » ?
Non, mais il y a des gens formés à l'écoute qui hésitent à se lancer. De toute façon, l'expérience s'acquiert en étant suppléant d'écoutants expérimentés pendant 6 mois minimum.

Comment sont les relations avec les médecins généralistes ?
Elles sont bonnes mais sans noter d'investissement comme on le voit avec beaucoup de paramédicaux. La diffusion de cette lettre, la rencontre prévue avec chaque médecin (comme ce fut le cas avec les pharmaciens) vont faire mieux connaître le GPS auprès des médecins.

Pour joindre le GPS
02 40 46 27 52
(répondeur)

Prochaine réunion GPS
Mardi 6 juillet
Mouzillon. 20 h.

Le GPS de plus en plus sollicité…
- présentation du GPS à la C.C de Clisson (mai)
- intervention auprès de jeunes lors d'un forum santé (lycée Sainte Anne à St Nazaire, avril)
- intervention à la manifestation Prévention 5/5 à Guérande, oct.

ANNEXE III.1

CONVENTION
Année 2009

Etablie entre :

UNITE DE PREVENTION DU SUICIDE
Pôle Intersectoriel – Centre Hospitalier Spécialisé
Les Loges
44140 MONTBERT

Secrétariat :	02.40.80.23.80
Dr YEBBAL Kahina	02.40.80.23.81
AVIET Elise, *psychologue*	02.40.80.23.85
BOSQUE Nadine, *infirmière*	02.40.80.23.86

Et

CABINET MEDICAL POLE SANTE
7 rue du Docteur DOUSSAIN
44 190 CLISSON

Dr ALLAIN Christophe	02.40.03.91.14
Dr ARISTE Philippe	02.40.03.97.10
Dr BARNABE Gilles	02.40.54.09.39
Dr JUTEL Didier	02.40.54.28.65
Dr NAOUR-LEROY Sabine	02.40.03.03.29

Le contexte

Les médecins généralistes, intervenants de première ligne, sont confrontés, entre autres, au mal être, à la souffrance psychique, à la dépression, voire à la crise suicidaire de patients qu'ils prennent en charge. Pour certains d'entre eux l'accès aux dispositifs d'aide et de soins spécialisés, médicaux, psychologiques, sociaux, et associatifs, publics et/ou libéraux restent difficiles voire impossible ou encore interrogent.

L'unité de prévention du suicide a pour objectif, entre autres, le repérage précoce de la souffrance psychique et sa prise en charge.

Aussi, au regard des besoins des médecins généralistes du Pôle Santé de Clisson et de l'offre de soins et de réseau de l'unité de prévention du suicide du CH Montbert, il a été décidé le dispositif expérimental suivant : **La consultation spécialisée avancée.**

Le projet

Objectif :

Faciliter l'accès aux dispositifs d'aides et de soins spécialisés

Public :

- Patient en mal être sans suivi spécialisé en cours ou réticent à l'accès aux soins spécialisés, malgré un besoin identifié par le médecin généraliste
- Famille endeuillée par suicide et autre mort violente, mort traumatique
- Professionnel ayant une demande de soutien : diagnostic, piste d'intervention, réseau
- Famille de patient dépressif et/ou suicidaire

Moyens :

- Consultation conjointe
- Accueil, écoute et évaluation psychologique
- Sensibilisation à l'intérêt d'un suivi
- Information et/ou orientation sur le dispositif d'aide et de soin du territoire
- Articulation avec les secteurs I03 de pédopsychiatrie et G08 de psychiatrie adulte

Durée du suivi : de une à trois consultations.

Aussi afin de formaliser ce projet expérimental, il a été décidé la rédaction de cette convention.

Celle-ci stipule les engagements suivants :

➢ **Pour le Pôle Santé de Clisson**

- Action sous la référence du Dr NAOUR-LEROY Sabine
- Mise à disposition d'un local équipé d'un poste téléphonique pour l'accueil du public concerné sur le Pôle Santé
- Orientation du public faite par les médecins généralistes
- Prise du premier rendez vous faite par le secrétariat du Pôle Santé défini par créneau d'une heure pour chaque rendez vous le vendredi entre 9h30 et 12h30
- Concertation avec les professionnels de l'unité de prévention du suicide en amont et en aval de la consultation avancée
  Moyens : - Temps de staff médical le vendredi de 9h à 9h30 sur le Pôle Santé
  - Fiche de liaison
  - Contacts téléphoniques
- Information sur ce dispositif, au réseau de médecins généralistes de ce territoire

➢ **Pour l'Unité de Prévention du Suicide du Pôle Intersectoriel** sous couvert de Monsieur PRAUD, Directeur du Centre Hospitalier Spécialisé de Montbert

- Action engagée sous la responsabilité du Dr YEBBAL Kahina, médecin psychiatre, responsable du Pôle Intersectoriel et de l'unité de prévention du suicide
- Mise à disposition de : Mme AVIET Elise, psychlogue
  Mme BOSQUE Nadine, infirmière
  référentes pour cette consultation avancée et présentes chaque vendredi hors période de vacances scolaires, en alternance sur le Pôle Santé de Clisson de 9h à 13h.
- Accueil des patients
- Information aux secrétaires du Pôle Santé des rendez-vous pris en consultation
- Concertation avec les médecins généralistes en amont et en aval de la consultation avancée
  Moyens : - Temps de staff médical le vendredi de 9h à 9h30 sur le Pôle
  - Fiche de liaison
  - Contacts téléphoniques
- Information sur l'action aux Secteur G08 et I03, dispositifs psychiatriques publics de référence et aux psychologues libéraux de ce territoire

Mise en œuvre de l'action

La première consultation est prévue le 11 septembre 2009.

Evaluation

↳ *A court terme* : Un bilan pour ajustements si besoin est prévu courant décembre 2009.

↳ *A moyen terme* : une évaluation précédera chaque année la signature de la convention.

Convention signée pour une durée de un an, à revoir en septembre 2010.

Pour le Pôle Santé de Clisson

Dr. NAOUR-LEROY Sabine
Dr. ALLAIN Christophe
Dr. ARISTE Philippe
Dr. BARNABE Gilles
Dr. JUTEL Didier

Fait le

Signatures :

Pour l'Unité de Prévention du Suicide
CH MONTBERT

Dr. YEBBAL Kahina
s/c Mr PRAUD Yves, Directeur

Fait le

Signatures :

(Document signé les 16 et 18 septembre 2009)

ANNEXE III.4

0240438934

A l'intention de : L'URML, Monsieurs Thomas HERAULT, DUSQUENEL, GASSER

L'équipe mobile de Montbert

Le Pôle Santé de Clisson

Avenant à la convention Unité Prévention Suicide

Le contexte vu du Pôle Santé de Clisson.

Nous sommes régulièrement confronté dans notre exercice de médecin généraliste, à des situations médico psychologiques, nécessitant une appréciation plus approfondi dont nous n'avons ni le temps ni le savoir faire.

De plus, la prise en charge psychiatrique actuelle est d'approche difficile, autant pour les professionnels et les patients, tant sur le plan méthodologique que l'orientation.

Il nous semble intéressant de faire bénéficier aux patients qui le souhaitent une première écoute dans un lieu de consultation qu'ils connaissent, plus neutre, et du savoir faire de l'équipe mobile de Montbert.

Ces consultations orientées pour les motifs repris dans la convention, devraient pouvoir évoluer pour recevoir toute personne en mal être qui le souhaite dans la mesure où sa situation devient un réel handicap dans sa vie quotidienne.

Une première évaluation sera mise en place dans un délai fixe à un an et une extension des motifs de consultation se discutera en fonction des contraintes d'effectifs et de temps.

Le temps de concertation pris sur les consultations libérales, feront l'objet d'une demande de financement de même que le temps de secrétariat dédié, l'informatique nécessite également une prise en compte.

Le dernier point concerne la location de la salle de réunion, dédié à l'entretien, dont le financement doit être également pris en compte.

Comme nous l'avons dit et écrit lors de la 1ère réunion de travail, il est souhaitable que les professionnels de santé, psychologues et psychiatres du territoire soit informés de cette initiative et puissent participer, s'ils le souhaitent, dans des conditions à déterminer.

Ces consultations dédiées sur le pôle santé n'ont pas vocation à suivre les personnes mais à évaluer et orienter vers le système de soins appropriés.

ANNEXE IV.1

FEDERATION DE SANTE PUBLIQUE

CENTRE HOSPITALIER - BP 8 – 44140 MONTBERT
Tél : 02.40.80.23.80 - Fax : 02.40.80.23.88
E-mail : secretariat.fsp@ch-montbert.fr

FEDERATION DE SANTE PUBLIQUE
Tel : 02.40.80.23.80
@ : secretariat.fsp@ch-montbert.fr

ALCOOLOGIE / ADDICTOLOGIE :
Dr Pascale CHAUVIN-GRELIER
Jean René LE GALL
Psychologue
Anne GODEST
Assistante sociale
Christiane GRIVEAU
Jean Michel ADAM
Nicole RACHDI
Dominique BERTRAND
Infirmiers

PRECARITE :
Sylvie PAUMIER
Assistante sociale
Philippe CAILLAUD
Psychologue
Sébastien MORANDEAU
Infirmier

PREVENTION DU SUICIDE :
Dr Kahina YEBBAL
Elise AVIET
Psychologue
Cyprien ANROCHTE
Nadine BOSQUE
Françoise LESIMPLE
Infirmiers
Estelle NICOLAS
Assistante sociale

CAPSI
Dr Nafissa BABOUCHE
Tel : 02.40.08.08.80

DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICAL
Dr Danielle LE GUEN
Tel : 02.40.80.23.70

MEDECINE GENERALE
Dr Marie-Hélène KIRSNER-BESSE
Tel : 02.40.80.23.23 - Poste 25.50

PHARMACIE
Michelle LE MEHAUTE
Chef de service
Tel : 02.40.80.23.49

PSYCHOGERIATRIE SUD LOIRE
Dr Hélène DE BRUCQ
Tel : 02.51.89.02.02

Montbert le 4 décembre 2009

Consultation avancée Pôle Santé de Clisson
Premier bilan intermédiaire

Objectif :

Rencontre avec le Docteur Barnabé du 4 12 2009, le Docteur Naour, référente du projet n'ayant pu se rendre disponible. Cette rencontre a pour objectif une première évaluation intermédiaire à la mise en place de la consultation avancée, pour ajustements si besoin.

Plusieurs points ont été évoqués

Organisation :

1- Il nous semble plus pertinent et confortable pour les patients qu'ils soient orientés vers la salle d'attente de leur médecin traitant, où nous irons les chercher. En effet, l'attente au secrétariat ou l'arrivée sans préalable de notre part dans l'espace consacré à cette consultation, ne nous paraît satisfaisante.

2- Nous souhaitons être prévenues la veille soit par téléphone soit par faxe des rendez-vous programmés afin d'optimiser notre temps de présence au pôle santé de Clisson mais également sur notre unité.

3- Pour les questions organisationnelles le Docteur Barnabé nous propose de correspondre par mail avec le Docteur Naour et de le mettre en copie.
Pour ce qui relève d'informations générales le Docteur Barnabé nous propose d'envoyer un mail à l'ensemble des médecins.

4- Nous convenons avec le Docteur Barnabé que chaque patient qui nous est orienté doit être indiqué par son médecin traitant qui nous fait part de l'indication via la fiche de transmission ou un courrier.

FEDERATION DE SANTE PUBLIQUE
CENTRE HOSPITALIER - BP 8 – 44140 MONTBERT
Tél : 02.40.80.23.80 - Fax : 02.40.80.23.88
E-mail : secretariat.fsp@ch-montbert.fr

ANNEXE IV.2

Ju 2009

Transmission des informations :

1- Le Docteur Barnabé évoque la possibilité de transmettre les données patients via une boîte électronique sécurisée, afin de ne pas multiplier les supports papiers et informatiques et permettre ainsi une exploitation directe des données recueillies.

Les sites internet référencés par les médecins généralistes sont actuellement : Planet santé et Apycript
Nous nous engageons à faire part de cette demande au niveau de notre institution pour en voir la faisabilité.

2- Nous transmettons ce jour notre d'activité pour la période du 11 septembre 2009 au 4 décembre 2009.

3- Une rencontre avec tous les médecins du pôle est programmée le vendredi 12 mars 2010 à 8h30 pour un second bilan.

Nadine BOSQUE
Infirmière
Elise AVIET
Psychologue

RECUEIL D'ACTIVITE septembre à décembre 2009
CONSULTATION AVANCEE - POLE SANTE CLISSON

Sexe	Age	Domicile	Médecin traitant	Indication médicale	Orientation Réponse	Vu par	Nombre de RDV				
							Sept	Oct	Nov	Dec	Total
F	48	Clisson	Dr Barnabé	Ecoute		NB	0				0
H	52	Cugand	Dr Barnabé	Evaluation	Psychothérapie	NB	1	1	1		3
F	16	Gétigné	Dr Barnabé	Evaluation	Espace de parole	EA	1	1			2
H	59	Clisson	Dr Jutel	Ecoute Evaluation	CMP	EA		2			2
H	44	Gétigné	Dr Barnabé	Ecoute		EA		1			1
F	20	Clisson	Dr Allain	Ecoute Evaluation		EA		1	0		1
F	60	Clisson	Dr Allain	Ecoute		NB		1	1		2
H			Dr Jutel					0			
H	40	Gorges	Dr Jutel	Ecoute Evaluation	Psycho Lieu de parole	NB			1		1
F	40		Dr Jutel	Ecoute Evaluation	Psychothérapie	NB			1		1
F	30	St Macaire	Dr Barnabé	Evaluation	Psy libéral	EA			1		1
TOTAL							2	7	5		14

ANNEXE IV.3

ANNEXE IV.4

Consultation avancée pôle santé

Bilan de l'activité pour la période du 8 janvier au 5 mars 2010

21 personnes ont été orientées dont **13 femmes** et **8 hommes**

Sur ces 21 personnes **17** sont venues dont **11 femmes** et **6 hommes**

La moyenne d'âge est de 44 ans.

7 personnes ont été orientées pour troubles anxio dépressifs ou dépression
7 personnes ont été orientées pour leur entourage (fils ou fille)
2 personnes ont été orientées pour des troubles du comportement alimentaire
1 personne a été orientée pour deuil
1 personne a été orientée pour trouble somatique
1 personne a été orientée pour syndrome anxieux

Toutes ces consultations ne donnent pas lieu à une orientation spécialisée et quand c'est nécessaire les patients semblent s'en saisir.

---

11 sept / 18 décembre 2009 -

14 patients orientés - 10 personnes venues pour 15 consultations -

8 femmes orientées → 6 femmes venues
6 hommes " → 4 hommes "

ANNEXE IV.5

Compte rendu du bilan de la consultation avancé du Pôle Santé Clisson

Date : 12/03/2010

Lieu : Pôle Santé Clisson

Présents :

- pour le pôle : tous les médecins
- pour l'équipe de prévention du suicide : Elise Aviet (psychologue), Nadine Bosque (infirmière)

Excusée : Dr Kahina Yebbal

1/ Bilan quantitatif (cf. pièce jointe)

Période du 8 janvier au 5 mars 2010

21 personnes ont été orientées dont **13 femmes** et 8 **hommes**

Sur ces **21** personnes **17** sont venues dont **11 femmes** et **6 hommes**

La moyenne d'âge est de 44 ans.

7 personnes ont été orientées pour troubles anxio dépressifs ou dépression
7 personnes ont été orientées pour leur entourage (fils ou fille)
2 personnes ont été orientées pour des troubles du comportement alimentaire
1 personne a été orientée pour deuil
1 personne a été orientée pour trouble somatique
1 personne a été orientée pour syndrome anxieux

Toutes ces consultations ne donnent pas lieu à une orientation spécialisée et quand c'est nécessaire les patients semblent s'en saisir.

2/ Bilan qualitatif

Pour l'équipe de prévention du suicide :

- Les orientations sont adaptées par rapport aux objectifs fixés.
- Les consultations ne conduisent pas toujours à des orientations vers un spécialiste.

⊕ permet de toucher un public masculin souvent + réticent

- Si orientation, bonne compliance des patients.
- Les consultations concernent des patients en crise même si celle-ci n'est pas aiguë.
- Cette crise s'inscrit dans un contexte : familiale (couple, parent, inquiet pour un membre de l'entourage ou endeuillée), professionnel (perte d'emploie, harcèlement), personnel (troubles anxio-dépressif).
- La file active ayant considérablement augmentée, les délais pour les rendez-vous se sont allongés, plusieurs aménagements sont envisagés :
  - orientation plus précoce pour diminuer le nombre de consultations ;
  - réservation d'un créneau pour les 1er rendez-vous ;
  - ouverture d'une plage de consultations supplémentaires.

Pour les médecins généralistes :

- Bonne observance des patients sur la consultation avancée.
- Retour positif des patients (qualité d'écoute, consultation destigmatisée)
- Questionnement de certains sur le sens de cette consultation.

Propositions :

- Réaliser une fiche de liaison par consultation qui sera scannée par les secrétaires et jointe au dossier patient afin d'optimiser la liaison.
- Une réflexion s'établit concernant la transmission informatique des données confidentielles entre les professionnels de l'équipe de prévention du suicide et du pôle santé.
- Définition des modalités en cas d'absence :
  - si absence au 1er rendez-vous : la secrétaire du pôle prend contact avec le patient ;
  - si absence en cours de suivi, les intervenantes de l'équipe de prévention du suicide adressent un courrier avec l'entête commune et les coordonnées du secrétariat du pôle pour une prise de rendez-vous.

Financement de l'action : le Dr Barnabé nous informe des demandes faites auprès de l'Urml et nous propose d'être présents lors de la rencontre avec eux. Il nous fournit un document reprenant les éléments de leur demande.

Nous convenons d'un prochain bilan le **25 juin 2010 à 8h30** au pôle santé de Clisson.

ANNEXE IV.8

Compte rendu du bilan de la consultation avancé du Pôle Santé Clisson

Date : 25/06/2010

Lieu : Pôle Santé Clisson

Présents :

- pour le pôle : tous les médecins et le Docteur Alice Piel (remplaçante)
- pour l'équipe de prévention du suicide : Dr Kahina Yebbal, Elise Aviet (psychologue)

Excusée : Nadine Bosque (infirmière)

1/ Bilan quantitatif

Période du 11 septembre 2009 au 25 juin 2010

46 personnes orientées dont 7 qui ne sont pas venues moyenne d'âge: 41,6

28 femmes orientées dont 4 qui ne sont pas venues moyenne d'âge: 40,3
18 hommes orientés dont 3 qui ne sont pas venus moyenne d'âge: 43,7

39 personnes suivies sur 36 semaines pour un nombre d'actes total de 74 rencontres à hauteur d'environ 2 rendez-vous par personnes moyenne d'âge des personnes reçues: 42,3

24 femmes reçues moyenne d'âge: 41,3
15 hommes reçus moyenne d'âge: 43,8

4 femmes non venues moyenne d'âge: 34,25
3 hommes non venus moyenne d'âge: 43

La majorité des consultations concerne des syndromes anxio-dépressifs anciens ou réactionnels, l'entourage d'un proche en difficulté ou des sujets présentant des difficultés socio-professionnelles et familiales.

Toutes ces consultations ne donnent pas lieu à une orientation spécialisée et quand c'est nécessaire les patients semblent s'en saisir.

19 personnes ont été orientées depuis le mois de septembre 2009 soit vers le C.M.P. de Clisson, un professionnel en libéral ou vers la consultation des troubles de l'humeur du Docteur Yebbal.

2/ Bilan qualitatif

Pour les médecins généralistes

•- Le Docteur Naour rappelle à ses collègues que le motif d'orientation demande à être bien précisé au regard du cadre de notre intervention à savoir que nous recevons des patients non suivis ou pour qui il est impossible de se diriger d'emblée vers du soin spécialisé. De plus, il nous paraît important que le médecin traitant puisse rechercher avec son patient s'il a déjà bénéficié d'un suivi ultérieur. Le cas échéant il est préférable, dans la mesure du possible, de réorienter le patient vers ce professionnel.

•- Il est remarqué que les délais d'attente deviennent plus longs et qu'ils pourraient remettre en question la pertinence d'un dispositif de consultation précoce si ces délais persistaient. Il est envisagé d'augmenter le temps de présence de l'équipe de l'unité. Cependant, si cette possibilité semble intéressé l'ensemble des partenaires, cela demande à ce que l'actuelle convention soit revue et validée par le Directeur du CH de Montbert. Le Docteur Yebbal propose que le Docteur Barnabé rencontre M Praud afin d'étayer sa demande. Cet allongement des délais, outre le succès que rencontre cette consultation est également à mettre en lien avec la précision des orientations.

•- Plusieurs questions concernent le devenir des patients. Lorsqu'ils sont orientés vers un professionnel et que leur demande est efficiente, Mme Bosque ou Mme Aviet font le relais en amont.

•- Sur le prochain bilan, il est demandé que figure la date de demande de rendez-vous et celle du premier rendez-vous. Il est à noter que la date de demande qui figure sur la fiche de liaison correspond à celle du médecin et non à celle du patient, bien que dans la majeure partie des situations le patient fait une demande de consultation le jour même. Dans certains cas le patient ne prend pas rendez-vous.

•- Une demande est faite concernant l'ouverture de la consultation aux patients des autres médecins généralistes du territoire. Cette possibilité est intéressante mais soulève plusieurs questions. En effet, il est important que l'orientation de ces nouveaux patients vers la consultation du pôle santé soit précisée, tant sur la forme que sur le fond afin que cela ne devienne pas l'équivalent des consultations faites en CMP. De plus, ce qui permet une adhésion des patients, vers la consultation avancée, est le lien de confiance et de proximité qui existe avec le médecin généraliste qui oriente sur son lieu de consultation. La démarche de prise de rendez-vous ne serait donc pas la même s'il fallait que le patient se déplace dans un autre lieu.

•-Retour positif des patients (qualité d'écoute, consultation destigmatisée)

Pour l'équipe de prévention du suicide

•-Bonne observance des patients sur la consultation avancée.

•-Les indications médicales sont adaptées par rapport aux objectifs fixés.

•-Les consultations ne conduisent pas toujours à des orientations vers un spécialiste.

•-Si orientation, bonne compliance des patients.

•- Le Docteur Yebbal fait une proposition de formation pour les médecins généralistes sur le repérage de la crise suicidaire. Un échéancier de rencontres est à prévoir ultérieurement.

•- Il est proposé de laisser toutes les semaines un créneau de disponible pour les premiers rendez-vous afin de ne pas allonger la liste d'attente.

•- Les consultations vont se poursuivre durant l'été à raison une fois tous les 15 jours sur les mois de juillet et août.

Distinction de la consultation avancée avec ce que propose le capsi, les urgences médico-psychologiques et le cmp :

- Les consultations concernent des patients en souffrance psychique même s'il ne s'agit pas d'une crise aigue, comme au capsi ou au cmp.
- La demande de consultation s'inscrit dans un contexte : familiale (couple, parent, inquiet pour un membre de l'entourage ou endeuillée), professionnel (perte d'emploie, harcèlement), personnel (troubles anxio-dépressif).
- Consultation d'une équipe ambulatoire et mobile sur l'ensemble du territoire desservi par les secteurs de Montbert.
- Pas de consultation d'urgence psychiatrique qui relève des urgence ou du capsi.
- Etre en amont de la crise

Le Docteur Piel souhaiterait effectuer son travail de thèse de fin d'étude sur le projet de la consultation avancée. Elle demande au Docteur Yebbal d'être son responsable de thèse.

Equipe de prévention du suicide

ANNEXE V.1

CONSULTATION AVANCEE
AVEC SUIVI CONJOINT DES MEDECINS GENERALISTES
DU POLE SANTE CLISSON

Date : 29 juillet 2010

Etat des lieux :

En France/chiffres	**Pays de La Loire**
12.000 suicides/an 160.000 T.D.S. 60.000 endeuillés/suicide	Surmortalité régionale Augmentation 33% Hommes Augmentation 8% Femmes

Missions de l'U.P.S. du Centre Hospitalier Spécialisé de MONTBERT :

Depuis 2002, l'U.P.S. (Unité de Prévention du Suicide) développe des actions de prévention du suicide en lien avec les recommandations S.N.A.F.S. (Stratégie Nationale d'Action Face au Suicide) et le P.R.S. (Programme Régional de Santé) sur l'ensemble du territoire sud.

Objectifs ⇨

- Faciliter l'accès aux soins psychiques primaires
- Soutenir les intervenants de première ligne

Mission 1 ⇨ Information et sensibilisation de la population à la problématique de la souffrance et du suicide.

Mission 2 ⇨ Formation des professionnels et bénévoles au repérage de la crise suicidaire.

Mission 3 ⇨ Implantation de projets communautaires impliquant les élus et les citoyens dans la prévention du suicide

Mission 4 ⇨ Organisation de différentes consultations pour faciliter l'accès aux soins primaires en psychiatrie.

2003	Consultations pour les familles confrontées à la crise suicidaire d'un proche
2005	Consultations pour les endeuillés par suicide
2007	Consultations psychiatriques d'expertise des troubles de l'humeur : Dg. Evaluation prise en charge conjointe avec les médecins généralistes
2009	Consultations avancées conjointes avec les médecins généralistes (CLISSON) pour dépistage précoce de la souffrance psychique

⇨ **Groupes d'éducation thérapeutique :**

- La dépression : 2009

- Les troubles bipolaires depuis 2007

⇨ Les moyens :

- E.T.P. Psychiatres
- E.T.P. Psychologues
- 2,3 E.T.P. Infirmiers
- 80% A.S.

⇨ Partenariat :

- Pôle santé CLISSON
- Centre Hospitalier Spécialisé de MONTBERT (voir projet)
- Secteur G08
- Intersecteurs de pédopsychiatrie G03
- Pôle intersectoriel

⇨ Territoire :

- Le territoire de CLISSON : une population de 80.000 habitants.
- L'expérience se déploie la 1ère année sur le bassin de vie de CLISSON.
- L'objectif est d'étendre cette expérience à l'ensemble du territoire de 1er recours.

⇨ Population ciblée :

- Les patients repérés par le médecin généraliste comme présentant des signes de souffrances psychiques, non suivis en psychiatrie et/ou réticents à une consultation psychiatrique.
- Les familles confrontées à un problème suicidaire : crise T.D.S., suicide d'un proche.
- Les professionnels de première ligne confrontés à ces situations (formations, soutien, information).

⇨ Description de l'action :

Voir projet médecins généralistes.

⇨ Ressources utilisées et besoins :

Expérimentation mise à disposition d'un psychologue et d'un infirmier psychiatrique tous les vendredis de 9h00 à 13h00.

⇨ Besoins :

- Couvrir les vacances scolaires.
- Ouvrir une autre ½ consultation hebdomadaire.
- Augmenter le temps infirmier.

⇨ Budget : Voir avec le Directeur du Centre Hospitalier Spécialisé de MONTBERT

⇨ Evaluation sur 10 mois :

Documents ci-joints.

ANNEXE V.3

0240438934

DEMANDE DE SUBVENTION : DOSSIER FIQCS

EXPERIMENTATION D'UNE COOPERATION PLURIDSCIPLINAIRE POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS A RISQUE SUICIDAIRE SUR LE POLE DE SANTE LIBERAL DE CLISSON

ANNEXE V.4

SOMMAIRE

1. Contexte d'émergence du projet

2. Présentation du promoteur

3. Présentation du projet
   a. Objectifs du projet
   b. Population cible
   c. Territoire concerné
   d. Description du parcours patient
   e. Ressources
   (Moyens humains et moyens matériels)

4. Budget

5. Suivi du dispositif et Evaluation

ANNEXES :
- convention passée avec l'équipe mobile du Centre hospitalier de Montbert
- statuts de l'association pôle santé clisson ?
- exemple fiche d'orientation (ou fiche de liaison) ??
- exemple questionnaire de satisfaction ?

ANNEXE V.5

1. Contexte d'émergence du projet

Le suicide est responsable chaque année d'environ 10 600 décès en France métropolitaine sur la période 2001- 2003.
La mortalité par suicide dans la région des pays de la Loire est significativement supérieure à la moyenne nationale, 33 % chez les hommes et 18 % chez les femmes.
C'est la deuxième cause de mortalité prématurée (décès avant 65 ans chez les hommes comme chez les femmes ; représentant pour les 25- 34 ans, près d'un décès masculin sur trois, et un décès féminin sur cinq.
(source : ORS- La santé Observée dans les Pays de la Loire- Edition 2007)

Face à ce constat, la région a fait de ce problème une priorité régionale de santé publique au travers la mise en place dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique d'un Plan de Santé Mentale.

Les médecins généralistes libéraux sont donc régulièrement confrontés dans le cadre de leur exercice à des situations médico-psychologiques, nécessitant une appréciation plus approfondie qui nécessite du temps et des compétences.

De plus, la prise en charge des patients à risque suicidaire est d'approche difficile pour les professionnels :

- un manque de visiblité sur les dispositifs existants
- une difficulté d'orientation des patients vers une prise en charge adaptée
- un manque de coordination entre les structures spécialisées et le médecin traitant.

Dans ce contexte, il semble intéressant de développer une coopération pluridisciplinaire pour améliorer l'orientation des patients dans le cadre de cette prise en charge et leur faire bénéficier d'une première écoute, dans un lieu qu'ils connaissent, avec la mise en place d'une consultation psychologique avancée.

En effet, l'un des objectifs du pôle de santé de Clisson, constitué de 20 professionnels de santé libéraux, est de développer des actions de prévention dans le cadre de risque suicidaire.

Ce sera possible grâce à la présence au sein du pôle, des différents acteurs de soin qui vont travailler en collaboration avec un établissement de soins psychiatrique, bénéficiant des compétences techniques permettant de prendre en charge cette population.

Le but mettre en place une consultation psychologique avancée, organiser des réunions de concertation sur cette prise en charge, de communiquer auprès des médecins généralistes du bassin de vie de Clisson concernant les dispositifs existants et l'orientation possible de leurs patients.

C'est sur ce type d'action, centrée sur l'identification d'un besoin de santé, l'orientation vers une 1ères consultation psychologique adaptée, et une collaboration pluriprofessionnelle pour une prise en charge globale adaptée, que les professionnels de santé du bassin de vie de Clisson ont localement une capacité d'action.

Cette action de proximité, facilite :

- l'identification et le « recrutement » des patients nécessitant une prise en charge spécialisée
- l'orientation de ces patients vers les dispositifs existants
- une prise en charge coordonnée, avec une meilleure information entre le 1er recours (médecin traitant) et les structures de soins spécialisées.

3. Présentation du promoteur et partenariat

Le promoteur du projet est l'association Pôle Santé de Clisson.

Cette association est représentée par son Président : Le Dr Gilles Barnabé

L'association a pour objet de créer le pôle de santé libéral pluridisciplinaire du bassin de vie de Clisson dont l'objet est :

- de contribuer à l'organisation de l'aménagement sanitaire et social sur le territoire du bassin de vie de Clisson
- de contribuer à l'organisation de l'accès aux soins de premiers recours et à la prévention de la population sur ce territoire
- D'organiser des actions de santé publique et de prévention
- De contribuer à la coordination et coopération entre les professionnels de santé du Bassin de vie de Clisson

Par ailleurs, le pôle santé de libéral de Clisson met également en place une expérimentation pour une action d'éducation thérapeutique dans le cadre des patients à risques cardiovasculaires, en lien avec les médecins généralistes libéraux du bassin de vie de Clisson, 1 diététicienne et 1 IDE.

Association Pôle santé Clisson
7, rue du Docteur DOUSSIN
44190 CLISSON

Le référent de l'action de coopération professionnelle dans le cadre de la prise en charge de patients à risque suicidaire est pour le Pôle Santé de Clisson :
Le Dr Sabine NAOUR

Partenariats :

- Le pôle santé de Clisson a développé et met en place cette action en étroite collaboration avec l'équipe ambulatoire de Prévention du Suicide Sud Loire, du pôle intersectoriel du Centre Hospitalier de Montbert.

Cette équipe, experte dans la prise en charge psychologique est composée : d'un médecin psychiatre, de psychologue, d'Infirmières formées à la prise en charge psychologique et d'assistante sociale.

Cette équipe met en œuvre, dans le cadre de ces activités générales des actions :

- pour les personnes en mal être : consultation médicale de diagnostic, ateliers d'éducation thérapeutique sur les troubles de l'humeur, groupe de parole sur la dépression, accompagnement individuel

- pour l'entourage : soutien à l'entourage, groupe d'aide aux aidants
- pour les professionnels : formation des intervenants de 1ère ligne pour améliorer le repérage précoce de la souffrance psychique, soutien aux professionnels intervenant dans ce type de prise en charge.

C'est dans ce cadre, que l'équipe ambulatoire de Prévention Suicide Sud Loire développe cette action de coopération pluriprofessionnelle pour la prise en charge de patients à risque suicidaire avec le pôle de santé de Clisson.

- L'Union Régionale des Médecins Libéraux, soutient ce projet et accompagner la structuration du projet et aider à la structuration de l'évaluation.

ANNEXE V.9

0240438934

1. Présentation du projet

- ***Objectifs du projet***

La finalité de cette action est de faciliter l'orientation et l'accès aux dispositifs d'aides et de soins spécialisés pour les patients à risque suicidaire, nécessitant une prise en charge psychologique.

L'objectif est également de développer la coopération inter-professionnelle dans le cadre de la prise en charge du risque suicidaire, avec les médecins généralistes du Bassin de vie de Clisson, une équipe hospitalière compétente en psychiatrie et les psychologues libéraux du territoire concerné : pour une prise en charge globale du patient.

Cette collaboration tente de répondre aux objectifs opérationnels suivant :

- Améliorer l'orientation des patients nécessitant une prise en charge psychologique.
- Proposer aux patients, au travers une consultation avancée, un 1er lieu d'écoute et d'orientation vers un dispositif de soins spécialisés ; dans un lieu connu par le patient.

Cette dernière action, a pour objectif de proposer, au patient qui le nécessite, une consultation psychologique avancée, dans les locaux du Pôle santé de Clisson.
La mise en place de cette consultation est rendu possible, avec dans un premier temps : l'orientation par le médecin traitant des patients concernés, puis la réalisation d'une consultation psychologique par des membres de l'équipe d'unité mobile de psy de Montbert.

- Développer l'échange de pratiques concernant la prise en charge psychologique avec la mise en œuvre de staffs mensuels pluridisciplinaires.

- ***Territoire concerné et Population cible***

Le territoire de 1er recours de Clisson comprend 3 communautés de communes et représente un bassin de population de 80 000 habitants pour laquelle l'offre de soins de 1er recours est d'environ 50 médecins généralistes.

L'action sera déployée dans une première phase au niveau du bassin de vie de Clisson pour la 1ère année.
L'objectif est d'étendre ensuite ce dispositif à l'ensemble du territoire de 1er recours.

Les critères d'inclusion dans l'action sont :
- Les patients en mal être sans suivi spécialisé en cours ou qui n'adhère pas au soin malgré un besoin identifié par le médecin généraliste.

ANNEXE V.10

- Famille endeuillée par un suicide et autre mort violente, mort traumatique.
- Professionnel ayant une demande de soutien : diagnostic, piste d'intervention, réseau.

Dans le cadre du déploiement de cette action, le nombre de patients visés par l'action est de 100 sur une période de 12 mois

DESCRIPTION DE L'ACTION :

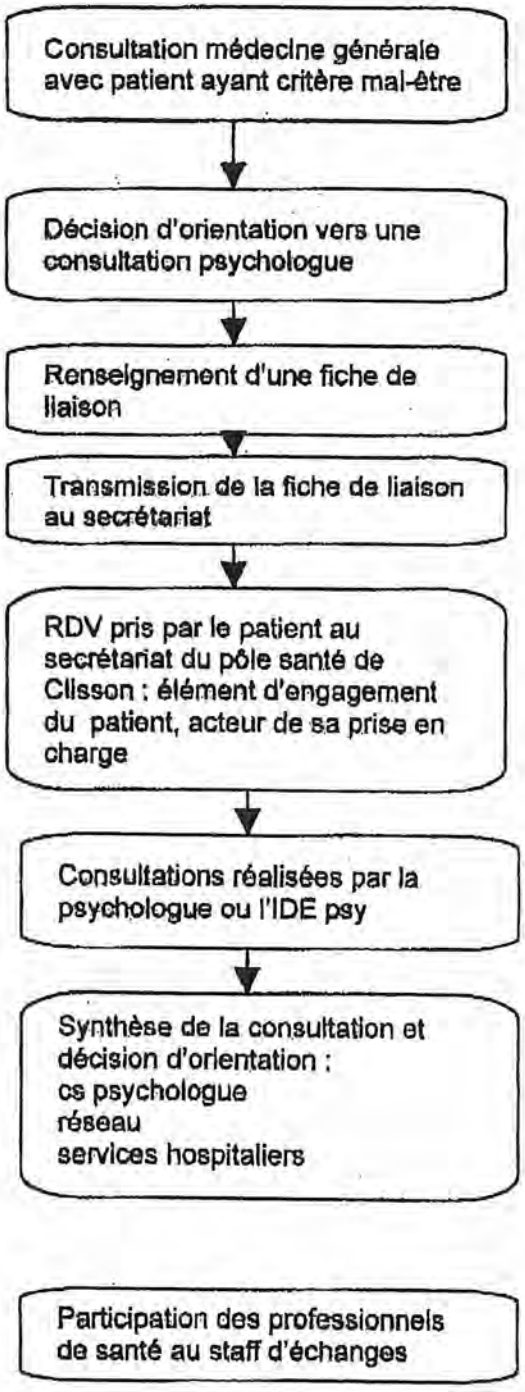
- Organisation d'une réunion d'information avec l'ensemble des médecins généralistes libéraux et psychologues libéraux du Bassin de vie de Clisson pour présenter le dispositif et les modalités d'organisation de l'action.

- Lors d'une consultation de médecine générale : identification par le médecin traitant de patients ayant des critères de mal-être, pour lesquels, il est important de proposer une consultation psychologique avancée.
- Proposition au patient de bénéficier d'une consultation psychologique avancée avec un psychologue du de l'équipe mobile du Centre de Montbert ou un psychologue libéral.
- Renseignement par le médecin traitant d'une fiche de liaison pour le psychologue
- Transmission de la fiche de liaison au secrétariat
- RDV pris par le patient au secrétariat du pôle de santé de Clisson : élément d'engagement du patient, acteur de sa prise en charge
- Une plage horaire est définie pour la réalisation de cette consultation : tous les vendredi matin entre 9h et 13h, dans la salle de réunion du pôle de santé de Clisson
- Réalisation de la consultation psychologique d'une durée de 45 minutes par un psychologue ou infirmière psy de l'équipe mobile de Montbert ou un psychologue libéral (en fonction des disponibilités).
- Réalisation d'une synthèse de la consultation et de la décision d'orientation : consultation psychologue libéral, réseaux, services hospitaliers.
- Organisation de réunions de concertation mensuelle, le vendredi d' 1,5 heure, avec les médecins et psychologues libéraux ayant orienté ou prise en charge un patient et l'équipe mobile du Centre Hospitalier.
- Communication avec la diffusion de plaquette pour les médecins généralistes libéraux sur les possibilités d'accompagnement psychologique existant sur leur territoire.

ANNEXE V.11

0240438934

DESCRIPTION DU SCHEMA ORGANISATIONNEL



- ***Ressources***

Moyens Humains :

- *médecins généralistes libéraux du bassin de vie de Clisson*

Rôle :
- Orientation des patients présentant les critères vers une consultation psychologique
- Participation au staff d'échange 1 fois/mois

- *médecin coordonnateur de l'action :*

Rôle :
- Coordination de l'action : au travers l'organisation et l'animation des staffs
- Responsable du suivi et évaluation de cette action

- *Personnels de l'Unité de Prévention du Suicide du Pôle Intersectoriel*

Rôle :
- Mise à disposition d'une psychologue et d'une IDE psy, référentes pour cette consultation avancée et présentes sur le pôle santé de Clisson chaque vendredi de 9h à 13h hors période de vacances scolaires
- Concertation avec les médecins généralistes du bassin de vie de Clisson en amont et en aval de la consultation avancée.
- Informations sur les dispositifs psychiatriques publics de référence aux médecins et psychologues libéraux du bassin de vie de Clisson.

- *Psychologues libéraux*

Rôle :
- Possibilité de réaliser des consultations avancées sur le pôle santé de Clisson
- Participation au staff d'échange mensuel

- *Secrétariat*

Rôle :
- Gestion de la prise des rendez-vous
- Recueil des fiches de liaisons et transmission des informations patients aux professionnels concernés
- recueil des données et traitement des questionnaires de satisfaction dans le cadre de l'évaluation.

Moyens matériels :

Locaux :

- salle de réunion du pôle santé de Clisson

- cabinets médicaux

Documents :

Support d'information patient : plaquette d'information patient

Support d'information des professionnels : plaquette de présentation des dispositifs existant

Support de suivi pluridisciplinaire de l'action:

Dossier comprenant :

- Une fiche de liaison
- Une grille de synthèse de consultation
- Le questionnaire de satisfaction patient
- Le questionnaire de satisfaction professionnel

Système d'information :

- système informatique du pôle de santé de Clisson, à partir duquel seront extraites certaines données pour réaliser l'évaluation

ANNEXE V.13

4. Budget :

Estimation du nombre de patients pris en charge dans le cadre de cette action : 100 sur 12 mois

Estimation sur la base de 3C de l'heure comme taux horaire concernant les médecins libéraux, adaptés pour les professionnels de santé libéraux.

Structuration de la démarche : - Indemnisation des médecins libéraux pour le temps d'élaboration de l'action : **définition du parcours patient, définition et structuration de l'organisation envisagée, élaboration des supports de suivi de l'action, élaboration et signature d'une convention avec l'équipe mobile de Montbert**. 5 réunions de 1.5 heure en présence de l'équipe médicale de 5 médecins assurant la coordination de l'action et 10 heures de préparation et rédaction des supports : *soit 3C*10 = 660 euros + 5*3C*7,5= 2475 Euros* - **Edition d'une plaquette de présentation pour les patients et les professionnels de santé : présentant les différents acteurs et ressources disponibles localement.** *(sur la base d'un A4 : à 0.10 euros l'édition d'un document A4 : pour un volume de 1000 copies) 0.10*1000 = 100 euros*	**3 240**
Mise en place de l'action : - **Indemnisation du temps de secrétariat pour :** la planification des rendez-vous, l'organisation des consultations psychologiques avec transmission des données nécessaires, l'organisation logistique des staffs et recueil des données pour réaliser le suivi et l'évaluation de l'action. par la secrétaire médicale du pôle de santé de Clisson (*temps passé par le secrétariat médical : 2h par semaine, soit sur 12 mois : 96H. donc sur la base de 17.81 euros/heure (salaire brut avec charges) : 1800 euros* - **Temps de coordination de l'action par le médecin coordonnateur de l'action** (point hebdomadaire avec l'équipe, communication auprès des médecins généralistes et psychologues du bassin de vie de Clisson, suivi budgétaire de l'action) : *1,5h par semaine, soit 72 h/an : 4752 euros* - **Indemnisation du temps de réunion de concertation mensuelle,** d'une durée de 1.5 heure avec l'équipe pluridisciplinaire (médecins et psychologues libéraux) : *12*1.5*3C*7 = 8316 euros* - **50 séances de consultations psychologiques (par un psychologue libéral) de 45 minutes** : *50*1.5C = 1650 euros*	**16 520**
Evaluation du dispositif : Indemnisation du groupe de travail (médecins et psychologues libéraux) pour l'évaluation du dispositif : Elaboration des questionnaires de satisfaction, Extraction et traitement des données, recueil et analyse des questionnaires de satisfaction, rédaction du rapport, communication des résultats par le comité de pilotage : 3 réunions de 1,5 heures avec 5 professionnels : 3*1,5*5 = 1 485	**1 500**
TOTAL	21 260

5. Suivi du dispositif et évaluation

Le suivi de l'action et l'évaluation, seront effectués par un comité de pilotage animé par le médecin coordonnateur de l'action.
L'évaluation sera réalisée 12 mois après la mise en place du début de l'action.

Les indicateurs de suivi de l'évaluation sont :

Objectif de l'évaluation	Indicateurs / critères	Modalités de recueil
Evaluation de la mise en place de l'action	- Nombre de fiches de liaison élaborés - nombre de staffs réalisés	Evaluation réalisée par la secrétaire médicale, à partir des données issues du système d'information commun aux médecins du pôle de santé clisson.
Evaluation des résultats de l'action	- nombre de patients ayant bénéficié d'une consultation avancée - résultats de l'analyse des questionnaires de satisfaction patient - résultats de l'analyse des questionnaires de satisfaction des professionnels	Evaluation et traitement des données par la secrétaire médicale et analyse par le médecin coordonnateur de l'action.
	- type d'orientation à l'issue de la consultation avancée.	

L'évaluation sera réalisée avec des données anonymisées.

POURQUOI ADHERER A CE PROGRAMME ?

- Mieux connaître votre maladie,
- Comprendre les enjeux de la maladie et l'importance d'une prise en charge efficace,
- Parler de sa maladie et échanger,
- Résoudre les problèmes pratiques liés à sa maladie (traitement, alimentation, activité physique...),
- Impliquer votre entourage,
- Assurer votre auto-surveillance,
- Apprendre à éviter les situations à risques,
- Améliorer votre vie de tous les jours, se sentir mieux, en meilleur forme.

Une démarche simple pour rejoindre ce programme :

- Parlez-en à votre médecin traitant,
- Adhérez au projet en signant la charte d'engagement pour intégrer le programme d'éducation thérapeutique.

Pour plus d'informations sur le programme :

Pôle santé de Clisson
7 rue du Docteur
Doussain
44190 CLISSON
Tél : 02 40 54 09 39

S'éduquer pour mieux se soigner
Parlez-en à votre médecin

l'Assurance Maladie

URML UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX PAYS DE LA LOIRE

Pôle Santé Pluridisciplinaire de Clisson

PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

DESTINE

AUX PATIENTS A RISQUES CARDIOVASCULAIRES

Devenez Acteur de votre Santé

ANNEXE VI.1

L'EDUCATION THERAPEUTIQUE, une démarche validée par la Haute Autorité de Santé (HAS)

« L'éducation thérapeutique vise **à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie au quotidien (comprendre leur maladie, leur traitement...).**
Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.
Elle comprend des activités organisées conçues **pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins et des comportements liés à leur santé. »**

Définition de l'OMS

L'éducation thérapeutique du patient a fait preuve de son efficacité, en particulier en **augmentant l'observance des patients au traitement et à l'hygiène de vie** et en **ralentissant l'apparition des complications.**

LES CRITERES D'INCLUSION

- **Vous présentez une obésité avec un IMC > à 35,**
- **Vous présentez un IMC>28 avec 1 facteur de risque associé** (HTA, Tabac, Dyslipidémie, Sédentarité, Diabète, Antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire)

UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE
pour vous accompagner lors de séances individuelles et collectives et pour :

- Une augmentation de l'observance de votre traitement et de votre hygiène de vie,
- Un ralentissement de l'apparition des complications,
- Une meilleure collaboration entre vous et les acteurs de soins.

MODELISATION DE LA PRISE EN CHARGE : le programme s'articule autour de :

- 1 consultation médicale permettant votre inclusion,
- 1 Diagnostic Educatif mettant en avant vos besoins et vos attentes,
- 3 ateliers,
- 1 évaluation individuelle,
- 1 consultation médicale à 6 mois réalisée par votre médecin traitant pour évaluer l'efficacité du programme sur les facteurs de risque.

LES ATELIERS

- **Atelier 1** : Physiopathologie de la maladie, aspects médicaux,
- **Atelier 2** : Apprendre à manger équilibré, à identifier les différents groupes d'aliments, à décrypter les étiquettes...
- **Atelier 3** : Intérêt de l'activité physique dans votre prise en charge, comment la planifier et l'adapter à vos besoins pour un bénéfice santé.

Ces Ateliers durent environ 1h30.

Ils sont animés par des professionnels de santé formés à la méthodologie de l'éducation thérapeutique.

Des supports seront remis aux participants à l'issue des ateliers.

ANNEXE V1.2

A La Claire Fontaine

100 quai de la Fosse
44100 NANTES
☎ 02.40.69.91.34

La Claire Fontaine est un lieu d'accueil, de rencontres et de réinsertion qui accueille des majeurs en grande difficulté (SDF, problèmes d'alcool, psychiatriques...). On peut y prendre un repas chaud le midi moyennant une participation, une boisson non alcoolisée au bar, se faire aider dans ses propres démarches de soins, sociales et administratives.
En plus des jeux de société et autres activités conviviales, des ateliers participent à la redynamisation et à la reconstruction de soi.
Une quarantaine de bénévoles et l'équipe pluridisciplinaire assurent l'accueil et l'accompagnement.

AL-ANON

Centre Socioculturel « Loire et Seil » - Maison Le Port au Blé
Rue Véga
44400 REZE
☎ 02.40.37.50.57

Al-Anon, Groupes Familiaux, est une association qui apporte aide et espoir aux conjoints, parents, enfants et amis des malades alcooliques.
Les Al-Anon partagent leur force et leur espoir dans le but de résoudre leurs problèmes communs.
Al-Anon est une fraternité dont les membres sont anonymes, parallèle à celle des Alcooliques Anonymes.

ALATEEN

Maison des Associations
42 rue des Hauts Pavés
44000 NANTES
☎ 02.40.37.50.57

Alateen est une section d'Al-Anon qui s'adresse aux enfants et adolescents dont l'un ou l'autre des parents est alcoolique. Les groupes Alateen sont animés par deux adultes Al-Anon, qui ont vécu auprès d'un malade alcoolique.

Alcool Assistance

45 rue Richebourg
44000 NANTES
☎ 02.40.74.22.51

Association qui propose l'aide et l'accompagnement des personnes en difficultés avec l'alcool, la sensibilisation sur les risques d'une consommation excessive d'alcool, l'information et le soutien à l'entourage. Lieu d'accueil et d'écoute.

Alcooliques Anonymes

Centre Socioculturel « Loir et Seil » - Maison le Port au Blé
Rue Véga
44400 REZE
☎02.40.37.91.91

Alcooliques Anonymes est une association d'hommes et de femmes qui partagent leur expérience, leur force et leur espoir dans le but de résoudre leur problème commun et d'en aider d'autres à se rétablir de l'alcoolisme. La seule condition requise pour en être membre est un désir d'arrêter de boire.

APPA (Aide Pour les Problèmes d'Alcool)

9 rue Logne
44650 LEGE
☎ 02.40.04.96.35
@ : associationappa.googlepages.com

Accepter, aimer le malade tel qu'il est pour l'aider à redevenir ce qu'il était avant sans l'alcool mais avec de nouveaux amis, c'est la mission de l'APPA, accompagner, donner envie d'en sortir, sans rien obliger, sans jamais juger, mais d'abord « en parler pour en sortir ».

APPRIVOISER L'ABSENCE

1 rue Affre
44000 NANTES
☎ 02.40.20.19.14
@ : cado.gerard@free.fr

Apprivoiser l'absence propose des groupes d'entraide pour des parents ayant perdu un enfant pour : écouter, mettre des mots sur l'absence et le chagrin après le décès d'un enfant.

BI-POLES

28 boulevard Albert Thomas
44000 NANTES
☎ 06.86.54.77.64

L'Association BI-POLES a pour but d'AIDER :

- Le patient et son entourage, à apprendre à gérer au quotidien la bipolarité
- Les professionnels de santé à mieux diagnostiquer la bipolarité et à mieux communiquer avec le patient et l'entourage
- Faire connaître au grand public une pathologie pas assez connue.

CROIX BLEUE

3 rue Amiral Duchaffault
44000 NANTES
☎ 02.40.69.93.14 / 06.16.75.80.08

Accompagner vers la guérison les personnes en difficulté avec l'alcool et leur entourage.

Favoriser le dialogue et l'échange pour prévenir les rechutes

DASA - DEPENDANTS AFFECTIFS ANONYMES ET SEXUELS

La Maison des Associations
80 rue du Port-Boyer
44300 NANTES.
@ dasa.paysdelaloire@live.fr
Site National DASA France : http://dasa.france.free.fr

DASA (Dépendants Affectifs Anonymes et Sexuels) est une association à but non lucratif d'hommes et de femmes pour qui la dépendance affective et sexuelle est devenue un problème majeur. L'appartenance à l'association est gratuite, individuelle et complètement volontaire. Les réunions de partage ont pour but de se rétablir de cette dépendance en modifiant les comportements déclencheurs.

ECOLE DES PARENTS ET DES EDUCATEURS DE LA LOIRE ATLANTIQUE

8 allée Baco
44000 NANTES
☎ 02.40.35.47.73
@ : www.epe44.fr

L'école des parents propose :

- pour les parents : des entretiens sur rendez-vous, des groupes de parole, des rencontres thématiques.
- pour les jeunes de 12 à 25 ans : un espace d'écoute anonyme et gratuit
- pour les professionnels : des formations, des séances d'analyse de la pratique et de supervision.

→ Marie Anne Broussard - psychologue

ANNEXE VII.2

INTER-FACES

2 rue Conon Mériadec
44200 NANTES
@ :inter_faces@yahoo.fr
☎ 06.13.41.01.23 / 06.20.44.50.90

Des psychologues accueillent les personnes souhaitant s'informer sur les différentes pratiques d'aides psychologiques (tarifs, horaires, orientations) et vous accompagnent dans vos éventuels démarches.

Gratuit, ouvert à tous, les entretiens se font sur rendez-vous.

JALMALV

1 rue d'Angleterre
44000 NANTES
☎ 02.51.88.91.32
@ :jalmalv.lo@wanadoo.fr

Pour accompagner votre deuil, l'Association Jalmalv Loire-Océan vous propose de rencontrer un bénévole pour un entretien individuel ou de participer à un groupe d'entraide Adultes, Jeunes, Enfants.

JONATHAN PIERRES VIVANTES

joseph.moulin.dasi@mairie-nantes.fr

L'association JONATHAN Pierres Vivantes accueille et accompagne les parents endeuillés d'enfant(s).
Elle organise des groupes d'entraide pour les adultes et aussi pour les frères et sœurs à partir de 6 ans.

LES AMIS DE LA SANTE

La Haute Vallée
44450 LA CHAPELLE BASSE MER
☎ 02.40.03.62.01

Une association au service des malades de l'alcool et de la famille, pour un accueil, une aide, un soutien, pour répondre à vos interrogations, vous comprendre, vous aider…

LES APSYADES - AUTREMENT DIT

72 rue de la Bottière
44300 NANTES
☎ 02 40 52 11 00
@ : autrement-dit@ochs.fr

Autrement Dit est un lieu d'écoute immédiate et de libre parole :
- Pour des entretiens individuels gratuits, sans RV, anonymes : Mardi, Mercredi, Jeudi, de 14h à 18h
- Pour un groupe de parole gratuit, sans inscription préalable : le vendredi de 14h à 16h

Le lieu d'écoute Autrement Dit permet de reprendre souffle, d'exprimer ses difficultés, ses souffrances, de mettre de la distance en mettant des mots et surtout de prendre conscience des possibilités qu'on a en soi.

LES APSYADES - CENTRE DE SOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE

55 rue Jean Jaurès
44400 REZE
☎ 02 40 04 10 19

Les CSAPA (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en Addictologie) au sein de l'Association LES APSYADES, accueillent en consultation ambulatoire sur rendez-vous les personnes et/ou leur entourage avec une problématique de dépendance.
6 équipes pluridisciplinaires reparties sur l'ensemble du département (médecins, psychologues, assistantes sociales et secrétaires) proposent à cet effet, une prise en charge individuelle, familiale, de groupes thérapeutiques ainsi que des interventions en milieu carcéral. Des formations-informations auprès des professionnels peuvent être dispensées.

La Maison

17 rue Joseph Turbel
44400 REZE
@ : lamaison.reze@orange.fr

L'association LA MAISON (REZE) reçoit du lundi au vendredi, en matinée, des personnes en situation de précarité. L'équipe accueillante, composée de bénévoles et d'un travailleur social, travaille dans le but de restaurer ou de maintenir le lien social. Il s'agit d'un lieu d'écoute et d'expression, d'orientation, d'aide à la personne... Des projets de dynamisation, construits en commun, accueillis et bénévoles, peuvent être mis en place ponctuellement.

Naitre et Vivre

5 rue de La Perouse
75116 PARIS
☎ 01.47.23.05.08 ou 06.61.36.93.52

Association nationale avec antenne locale, mobilisée autour de la prévention de la mort inattendue du nourrisson et l'accompagnement des parents en deuil d'un tout petit quelque soit la cause du décès.

Petite Etoile

21 rue de la Mairie
44130 FAY DE BRETAGNE
☎02.40.87.85.56 ou 02.40.79.11.46
@ : raguin.isabelle@wanadoo.fr

Petite étoile rassemble, accompagne et soutient les parents endeuillés d'un petit enfant décédé avant, pendant ou après la naissance jusqu'à l'âge de trois ans quelle que soit la cause.
Petite étoile propose une écoute téléphonique, des rencontres privilégiées, des réunions mensuelles à thème, une conférence débat annuelle et une bibliographie.

Les Restos du Cœur

Groupe d'aide à la personne

5 rue de la Garde – BP 13528
44335 NANTES Cedex 3

Antenne de Legé

Centre Polyvalent des Visitandines
37 rue de la Chaussée
4650 LEGE

Aider et apporter une assistance bénévole aux personnes en difficulté en luttant contre la pauvreté et l'exclusion, dans le domaine alimentaire par la distribution de denrées et par toute action d'insertion dans la vie sociale et économique.

Recherche et Rencontres

23 rue Adolphe Moitié
44000 NANTES
☎ 02.40.08.08.10 / 01.42.78.19.87
@ : rrnantes@wanadoo.fr

L'équipe de professionnels spécialisés du Centre Recherche et Rencontres propose : des entretiens individuels de soutien et d'accompagnement social et groupes d'expression et de créativité pour les personnes isolées et en mal-être ; des groupes de parole, d'échange et de soutien pour les familles touchées par un suicide ; des groupes d'entraide mutuelle pour les loisirs autonomes s'adressant aux personnes en souffrance psychique ainsi que des interventions et animations en milieu scolaire, milieu professionnel et auprès des personnes retraitées sur les thèmes du mal-être et du suicide.

SOS Amitie

BP 82228
44022 NANTES Cedex 01
☎ 02.40.04.04.04
www.sosamitienantes.free.fr

Service d'écoute anonyme confidentiel, par téléphone, assuré par des bénévoles formés, nuit et jour, tous les jours de l'année, ouvert à tous ceux qui éprouvent des difficultés diverses : mal-être, angoisse, solitude, problèmes relationnels, dépendances de toutes sortes, idées suicidaires. Et écoute web par messagerie et « tchat » sur le site : www.sos-amitie.org

SOS Depression 44

Maison des Associations
42 rue des Hauts Pavés
44000 NANTES
☎ 02.40.08.25.60

SOS Dépression 44 propose une aide aux personnes dépressives, bipolaires et à leur entourage en encourageant les échanges et en proposant différents modes d'écoute et de partage pour combattre l'isolement et prévenir le suicide

UNAFAM 44

Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques
5 rue Moquechien
44000 NANTES
☎ 02.51.83.17.73
44@unafam.org

Accueillir, écouter, soutenir, informer et orienter les familles vivant auprès d'une personne souffrant de troubles psychiques. Représenter ces personnes malades et handicapées ; défendre leurs droits et ceux de leurs aidants naturels. Promouvoir des structures d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement qui leur soient adaptées.

Vie Libre

26 rue du Clos Toreau
44200 NANTES
☎ 02.40.34.71.12

Le Mouvement VIE LIBRE est composé d'anciens buveurs, d'abstinents volontaires et de sympathisants.
Ces personnes sont à l'écoute des malades qui font appel à eux.
C'est l'action du « semblable sur le semblable ».
Les malades guéris, leurs conjoints, leurs enfants se consolident eux-mêmes dans la guérison et le renouveau, en aidant d'autres personnes à s'en sortir à leur tour.
Cette action militante bénévole donne à chaque équipe l'essentiel de son dynamisme et de sa crédibilité

Si vous êtes intéressés, prenez contact avec la secrétaire de la délégation de la solidarité du Vignoble Nantais au 02 28 21 21 00.

02.28.21.21.00

Elle vous donnera un rendez-vous sur la permanence de votre choix…

Pour vos déplacements, pensez à ***Lila à la demande*** *du Vignoble.*
Voyage aller/retour 4 € par personne
Tél. 02 40.54.86.19

École des Parents et des Éducateurs
de Loire Atlantique

Permanences d'écoute et de soutien aux parents du Vignoble

LOIRE ATLANTIQUE
Département solidaire
Conseil général

ALLOCATIONS FAMILIALES
Caf
de Loire-Atlantique

epe
ecole des parents et des educateurs
LOIRE-ATLANTIQUE

ANNEXE VII.6

Sur le Vignoble Nantais, l'École des Parents et des Éducateurs propose des permanences de soutien aux parents, assurées par Bérengère JEANNEAU, psychologue.

Parents, vous pouvez venir seuls ou accompagnés de votre enfant ou adolescent pour :

- **être écoutés, soutenus, guidés, accompagnés dans votre rôle de parents**
- **échanger sur une situation personnelle qui interroge ou pose problème (problème relationnel, familial, scolaire ou de comportement)**

Ces entretiens sont gratuits.

Choisissez le lieu qui vous convient…
et prenez rendez-vous

Les permanences ont lieu <u>le vendredi</u>,
toutes les 3 semaines.

<u>De 9h30 à 13h30 à VALLET</u>

- **Au Centre Médico Social**
  48, rue d'Anjou - 44330 Vallet

<u>De 14h30 à 18h30 à AIGREFEUILLE</u>

- **A la Maison des permanences**
  25 avenue de Nantes - 44140 Aigrefeuille

⇨ 3 septembre 2010
⇨24 septembre 2010
⇨ 15 octobre 2010
⇨ 5 novembre 2010
⇨ 26 novembre 2010
⇨ 17 décembre 2010
⇨ 7 janvier 2011
⇨ 4 février 2011
⇨ 11 mars 2011
⇨ 1er avril 2011
⇨ 6 mai 2011
⇨ 3 juin 2011
⇨ 1er juillet 2011

ANNEXE VII.7

Analyse de la Pratique
Formations

L'Ecole des Parent accompagne et soutient les professionnels dans leurs projets et dans leurs pratiques, à travers :

- de l'analyse de la pratique professionnelle
- de la supervision individuelle et d'équipe
- de la formation en INTRA ou en INTER

(s'adresser au secrétariat : 02 40 35 47 73)

****

Vous pouvez soutenir l'association et bénéficier d'avantages en y adhérant :

Tarif adhésion :
25 € pour les personnes individuelles
120 € pour les organismes, institutions...

****

Ecole des Parents et des Educateurs de Loire-Atlantique
8 Allée Baco – 44000 NANTES
e.mail : epe44@wanadoo.fr
site : www.epe44.fr

Association loi 1901 apolitique & aconfessionnelle
Affiliée à la Fédération Nationale des Ecoles des Parents & des Educateurs

ACCES :

- **tramway – ligne 1 : arrêt Hôtel Dieu**
- **bus – 24 & 56 : arrêt Monteil**

epe
ECOLE DES PARENTS ET DES EDUCATEURS
LOIRE-ATLANTIQUE

PROGRAMME DES ACTIONS
2009 - 2010

L'Ecole des Parents et des Educateurs de Loire-Atlantique

a pour mission :

l'accueil,
l'écoute et
l'accompagnement
des familles
à toutes étapes
de la vie.

Pour tous renseignements,

contacter le secrétariat

02 40 35 47 73

du lundi au vendredi
de 9 h à 13 h & de 14 h à 18 h

ANNEXE VII.8

Point Ecoute Parents

Des psychologues assurent des permanences téléphoniques à destination des parents, pour les écouter, les aider, les accompagner, les soutenir et les guider dans leur fonction parentale.

HORAIRES :
- Mardi : de 13 h à 17 h (hors vacances scolaires)
- Jeudi : de 10 h 00 à 14 h 00
- Vendredi : de 10 h 00 à 14 h 00

Ce service est également ouvert aux professionnels confrontés à une difficulté avec un enfant ou un jeune.

ECOUTE TELEPHONIQUE

02 40 35 00 88

Conférences-Débat Cafés de thèmes

L'Ecole des Parent et des Educateurs anime des conférences-débat à la demande des organismes qui la sollicitent sur différents thèmes.

Espace Ecoute Jeunes

L'Espace Ecoute Jeunes est un service **anonyme & gratuit,** assuré par des psychologues, à destination **des jeunes de 12 à 25 ans,** qui permet :

- D'aborder des questions personnelles
- D'exprimer des préoccupations
- D'obtenir des informations
- De pouvoir parler et être écouté

HORAIRES :
- Lundi : de 15 h 30 à 18 h 30
- Mercredi : de 15 h 30 à 18 h 30
- Jeudi : de 15 h 00 à 20 h 00

ECOUTE TELEPHONIQUE & ACCUEIL SUR PLACE

02 40 47 71 28

Consultations

Des consultations individuelles sur rendez-vous sont assurées par des psychologues, pour faire le point sur une situation qui interroge ou qui pose problème (*au niveau relationnel, familial, comportemental, scolaire...*).

Elles ont lieu :
- à Nantes : 02 40 35 47 73
- à Guémené-Penfao : 02 40 51 11 44
- à Paimboeuf : 02 40 27 50 50
- à St Père en Retz : 02 40 21 70 29
- à Treillières : 02 40 94 52 42
- aux Sorinières : 02 40 13 00 05
- à Vertou : 02 51 71 05 09
- dans le secteur du Vignoble nantais : 02 28 21 21 00

Groupes de parole pour parents

L'Ecole des Parent et des Educateurs organise des groupes d'échanges et de soutien pour accompagner les parents dans leur réflexion éducative.

Les parents se réunissent en groupe fermé, accompagnés par un psychologue, sur 6 séances de 2 heures.

Inscriptions au 02 40 35 47 73

Ateliers-Débat pour les jeunes

L'Ecole des Parent propose dans les établissements scolaires ou dans les centres socio-culturels, des ateliers d'échanges pour les jeunes, sur des thèmes correspondant à leurs préoccupations quotidiennes (*confiance en soi, vie amoureuse, sexualité, conduites dangereuses...*)

ANNEXE VII.9

ANNEXE VIII.1

FORMATION AU REPERAGE DE LA CRISE SUICIDAIRE

+ également axé / dépression en général.

OBJECTIFS :

- Améliorer le repérage
- Favoriser le travail en réseau

CONTENU DE LA FORMATION :

⇒ 1er jour :

- Introduction : Stratégie Nationale d'Action face au suicide.
- Travail sur les idées reçues en petits groupes
- Quelques données épidémiologiques
- La notion de crise suicidaire
- Crise psychiatrique et crise psychosociale
- Reconnaître un état de crise
- L'intervention en situation de crise : mise en situation sous forme de jeux de rôle
- Le processus suicidaire : mise en situation sous forme de jeux de rôle

⇒ 2ème jour :

- Evaluation du potentiel suicidaire
- Les facteurs de risque
- L'urgence
- La dangerosité
- Mise en situation sous forme de jeux de rôle
- Discussion
- Les populations à risque
- Evaluation des deux journées

FORMATEUR :

Docteur YEBBAL K. : psychiatre responsable de l'unité de prévention du suicide

Groupes pluridiciplinaires d'une quinzaine de personnes.

INSCRIPTION :

Formation prise en charge par la DRASS, en 2006, dans le cadre de la Stratégie Nationale d'Action Face au Suicide (SNAFS)

ECHELLE DE BECK

ANNEXE IX.1

QUESTIONNAIRE

Prénom : ..... Age : ..... ans

Date : ..... / ..... / .....

Femme O / Homme O

CONSIGNES – *Dans ce questionnaire, vous trouverez 20 phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Lisez attentivement chacune de ces phrases. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes,* ***indiquez si elles vous correspondent ou non en encerclant vrai ou faux****. Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit être avant tout être personnelle.*

1. J'attends le futur avec espoir et enthousiasme..... ☐ Vrai ☐ Faux
2. Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi.. ☐ Vrai ☐ Faux
3. Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours..... ☐ Vrai ☐ Faux
4. Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans 10 ans..... ☐ Vrai ☐ Faux
5. J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire faire le plus..... ☐ Vrai ☐ Faux
6. Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi..... ☐ Vrai ☐ Faux
7. Mon avenir me semble plus sombre..... ☐ Vrai ☐ Faux
8. Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens.... ☐ Vrai ☐ Faux
9. Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raison de croire que j'en aurai dans le futur..... ☐ Vrai ☐ Faux
10. Mon expérience passée m'a préparé parfaitement pour l'avenir..... ☐ Vrai ☐ Faux
11. Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir..... ☐ Vrai ☐ Faux
12. Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus..... ☐ Vrai ☐ Faux
13. Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant..... ☐ Vrai ☐ Faux
14. Les choses ne sont pas comme je le veux..... ☐ Vrai ☐ Faux
15. J'ai foi en l'avenir..... ☐ Vrai ☐ Faux
16. Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que ce soit..... ☐ Vrai ☐ Faux
17. Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelles satisfactions dans le futur.... ☐ Vrai ☐ Faux
18. L'avenir me semble vague et incertain..... ☐ Vrai ☐ Faux
19. Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments..... ☐ Vrai ☐ Faux
20. Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que probablement je ne l'obtiendrai pas..... ☐ Vrai ☐ Faux

ANNEXE IX.2

ECHELLE D 'EVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE DE DUCHER (R.S.D.)

COTER L'ITEM LE PLUS FORT

0	**PAS D'IDEES DE MORT**		Ne pense pas plus à la mort qu'habituellement
1			Pense plus à la mort qu'habituellement
2	**IDEES DE MORT**		Pense souvent à la mort
3			A quelques idées de suicide
4	**IDEES DE SUICIDE**		A assez souvent des idées de suicide
5			Pense très souvent au suicide et parfois ne voudrait plus exister
6	**DESIR PASSIF DE MOURIR**		Désire mourir ou plutôt être mort
7	a : lien fort b : lien faible		Désir de mort très fort, mais retenu par quelque chose (être cher...)
8	**VOLONTE ACTIVE DE MOURIR**		Veut mettre fin à ses jours
9	a : projet défini à long terme b : projet défini à court terme		Sait comment il veut mettre fin à ses jours
10	**DEBUT DE PASSAGE A L'ACTE**		A déjà préparé son suicide ou a commencé de passer à l'acte

NOM : PIEL-DESRUISSEAUX DALBY **PRÉNOM : Alice**

Titre de thèse : PRÉVENTION DU SUICIDE : MISE EN PLACE D'UNE CONSULTATION AVANCÉE DE PSYCHIATRIE EN SOINS PRIMAIRES. BILAN APRES UN AN AU SEIN DU POLE SANTE DE CLISSON.

RÉSUMÉ

Le suicide et la crise suicidaire sont des problèmes de santé majeurs en médecine générale.

Notre étude porte sur la mise en place d'une collaboration avec des professionnels de santé mentale pour la prise en charge et l'orientation de patients en souffrance psychique au sein même d'une maison médicale pluridisciplinaire à Clisson.

Cinquante-neuf patients ont été adressés par les cinq médecins généralistes au cours d'une année.

Notre analyse rétrospective met en évidence les avantages de ce modèle de soins: atteindre des patients habituellement réticents au soin psychiatrique, améliorer la communication et les relations entre professionnels de santé.

Cette aide à la prise en charge psychiatrique en soins primaires va dans le sens d'une prévention bien en amont de la crise suicidaire. Cette démarche pourrait être progressivement étendue à d'autres structures, avec participation de nouveaux acteurs, à condition de bénéficier d'aides organisationnelle et financière.

Les réformes actuelles du système de santé feront probablement le lit de ce projet.

MOTS-CLES

Prévention

Suicide

Dépression

Médecin généraliste

Soins primaires

Collaboration